

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**Analyse de l'impact des cliniques NAOMI en matière de débris, d'activités déviantes
et d'événements reliés à la sécurité publique dans leur quartier d'implantation**

Par
Marc-André Ally

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de M.Sc. en Criminologie

Janvier 2009

© Marc-André Ally 2009



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Analyse de l'impact des cliniques NAOMI en matière de débris, d'activités déviantes et d'événements reliés à la sécurité publique dans leur quartier d'implantation

présenté par :

Marc-André Ally

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louis-Georges Cournoyer
Président-rapporteur

Serge Brochu
Directeur de recherche

Étienne Blais
Membre du jury

Résumé

Plusieurs consommateurs d'héroïne s'avèrent réfractaires aux différents traitements pharmacologiques traditionnels, notamment ceux utilisant la méthadone. De manière à rejoindre cette clientèle marginale, certaines nations ont fait l'étude d'un programme de prescription médicale d'héroïne; alternative thérapeutique cadrant dans une optique de réduction des méfaits. Au Canada, ce projet fut baptisé NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*). Deux cliniques de prescription médicale d'héroïne furent donc implantées; la première à Vancouver (Downtown Eastside) en mars 2005 et la seconde à Montréal (Plateau Mont-Royal) en juin 2005. L'objectif de ce mémoire consiste à vérifier si l'arrivée de ces cliniques a produit un impact sur la quantité de différents débris indésirables ainsi que sur le nombre d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans un périmètre de 200 mètres autour de ces cliniques. La collecte de données de cette étude s'est appuyée sur la réalisation de marches ethnographiques à l'intérieur des deux sites expérimentaux, et ce, pour une période allant de janvier 2005 à janvier 2008, à raison de trois marches par mois. Les analyses des séries chronologiques interrompues démontrent que l'implantation de ces cliniques a produit, pour le site montréalais, une diminution rapide ($t\text{-ratio} = -3,064$; $p \leq 0,01$) et constante ($t\text{-ratio} = -4,479$; $p \leq 0,001$) de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues, ainsi qu'une réduction constante de la quantité de débris associés au milieu de la rue ($t\text{-ratio} = -3,790$; $p \leq 0,001$). De plus, une hausse du nombre de participants au projet NAOMI fut également associée à une baisse de la quantité de débris d'injection ($r = -0,487$; $p \leq 0,01$), à une diminution de la quantité de débris associés au milieu de la rue ($r = -0,230$; $p \leq 0,01$) ainsi qu'à une décroissance du nombre d'activités déviantes ($r = -0,207$; $p \leq 0,05$). Quant au site expérimental de Vancouver, seule une réduction rapide de la quantité de débris en lien avec l'usage de drogues par voie intraveineuse fut notée ($t\text{-ratio} = -2,094$; $p \leq 0,05$), décroissante également proportionnelle au nombre de participants du programme NAOMI recevant un opiacé injectable ($r = -0,662$; $p \leq 0,01$). Par ailleurs, les cliniques NAOMI n'ont eu aucun impact sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique. Cette étude illustre donc que l'implantation de cliniques offrant un programme de maintien à l'héroïne ne semble aucunement mener à une détérioration de l'environnement de sa communauté hôte, situation fort encourageante.

MOTS CLÉS : PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE – DÉBRIS – ACTIVITÉS DÉVIANTES – SÉCURITÉ PUBLIQUE – COMMUNAUTÉ ENVIRONNANTE - MONTRÉAL – VANCOUVER

Abstract

Many heroin users are resistant to traditional pharmacological treatments like methadone maintenance therapy. In order to reach these misfits, some countries examined the possibility to prescribe medical heroin, a therapeutic alternative elaborated in the harm reduction perspective. In Canada, this study was called NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*). Two clinics offering medical heroin prescription were established: the first one in Vancouver (Downtown Eastside) in March 2005 and the second one in Montreal (Plateau Mont-Royal) in June 2005. The main objective of this master thesis is to determine if the establishment of these clinics has produced an impact on the amount of various unwanted debris and on the presence of deviant activities and events linked with public security observable in a 200 meters perimeter around these clinics. The data for this study has been collected through ethnographical walks inside the two experimental sites, from January 2005 to January 2008 at the rate of tree walks per month. Interrupted time-series analyses indicate that the establishment of the Montreal NAOMI clinic had produced a quick (t-ratio= -3.064; $p \leq 0.01$) and continuous decrease (t-ratio= -4.479; $p \leq 0.001$) of the amount of injection debris as well as a continuous reduction of street debris (t-ratio= -3.790; $p \leq 0.001$). Moreover, an increased of the number of people receiving prescribed opiate from the NAOMI project was also associated with a reduction of the amount of injection debris ($r = -0.487$; $p \leq 0.01$), a decrease of the amount of street debris ($r = -0.230$; $p \leq 0.01$) as well as a decline of deviant activities ($r = -0.207$; $p \leq 0.05$). Regarding the experimental site of Vancouver, the analyses show only a quick reduction of the amount of injection debris (t-ratio= -2.094; $p \leq 0.05$). This reduction was also proportional to the number of people receiving prescribed opiate from the NAOMI project ($r = -0.662$; $p \leq 0.01$). In addition, these NAOMI clinics had no impact on the presence of events linked with public security. Thus, this study shows that the instauration of a clinic offering medical heroin prescription does not seem to lead to the worsening of the community surrounding the clinic, situation that is very promising.

KEY WORDS : MEDICAL HEROIN PRESCRIPTION – DEBRIS – DEVIANT ACTIVITIES – PUBLIC SECURITY – SURROUNDING COMMUNITY – MONTREAL – VANCOUVER

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Table des matières	v
Liste des cartes	viii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xii
Liste des sigles et abréviations	xv
Remerciements	xvi
Introduction	1
CHAPITRE 1 : Recension des écrits et cadre théorique	6
1.1 : Revue de la littérature scientifique et cadre théorique	7
1.1.1 : <i>La diacétylmorphine et ses utilisateurs</i>	8
1.1.2 : <i>Les politiques de réduction des méfaits comme alternative à l'approche prohibitionniste (Cadre théorique)</i>	13
1.1.3 : <i>Principaux traitements adressés aux héroïnomanes</i>	22
1.2 : Problématique	34
CHAPITRE 2 : Méthodologie	38
2.1 : Caractéristiques des sites expérimentaux	40
2.1.1 : <i>L'arrondissement du Plateau Mont-Royal (Montréal)</i>	40
2.1.2 : <i>L'arrondissement du Downtown Eastside (Vancouver)</i>	44
2.2 : Méthode de collecte des données	47
2.3 : Les séries chronologiques interrompues	49
2.3.1 : <i>Effets principaux : la constante et la pente</i>	50
2.3.2 : <i>Menaces à la validité interne</i>	52

2.4 : Description des variables	55
2.4.1 : Variables dépendantes associées aux items indésirables	56
2.4.2 : Variables indépendantes cliniques	57
2.4.3 : Variables indépendantes de tendance	61
2.4.4 : Variables indépendantes saisonnières	63
2.4.5 : Variables indépendantes journalières	65
2.5 : Analyses statistiques	67
2.5.1 : Méthodologie de la régression segmentée	69
CHAPITRE 3 : Résultats	72
3.1 : Analyses descriptives	74
3.1.1 : Site expérimental de Montréal	74
3.1.1.1 : Débris en lien avec l'injection de drogues	75
3.1.1.2 : Débris associés au milieu de la rue	77
3.1.1.3 : Bouteilles d'alcool	78
3.1.1.4 : Activités déviantes	80
3.1.2 : Site expérimental de Vancouver	82
3.1.2.1 : Débris en lien avec l'injection de drogues	82
3.1.2.2 : Débris associés au milieu de la rue	84
3.1.2.3 : Activités déviantes	86
3.1.2.4 : Événements en lien avec la sécurité publique	88
3.2 : Analyses multivariées	90
3.2.1 : Débris en lien avec l'injection de drogues	91
3.2.2 : Débris associés au milieu de la rue	94
3.2.3 : Bouteilles d'alcool	97
3.2.4 : Activités déviantes	98
3.2.5 : Événements en lien avec la sécurité publique	101

CHAPITRE 4 : Discussion	103
4.1 : Débat actuel sur la prescription médicale d'héroïne	105
4.2 : Retour sur les hypothèses de départ	109
Conclusion	118
Bibliographie	130
Annexes	xvii

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Carte utilisée lors des marches ethnographiques réalisées à l'intérieur du site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) xxi

Carte 2 : Carte utilisée lors des marches ethnographiques réalisées à l'intérieur du site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) xxii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Statistiques démographiques, économiques et sociales du Plateau Mont-Royal en comparaison avec la ville de Montréal, 2006	43
Tableau 2 : Statistiques démographiques, économiques et sociales du Downtown Eastside en comparaison avec la ville de Vancouver, 2001	46
Tableau 3 : Nombre de participants recevant un opiacé injectable en fonction de chacun des mois de l'étude NAOMI, pour Montréal (Plateau Mont-Royal) et pour Vancouver (Downtown Eastside)	60
Tableau 4 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)	93
Tableau 5 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)	96
Tableau 6 : Résultats de l'analyse par régression segmentée de la série chronologique portant sur la quantité de bouteilles d'alcool recensées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal)	98
Tableau 7 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur le nombre d'activités déviantes recensées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)	100
Tableau 8 : Résultats de l'analyse par régression segmentée de la série chronologique portant sur le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique de Vancouver (Downtown Eastside)	102
Tableau 9 : Distribution saisonnière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxiii
Tableau 10 : Distribution journalière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxiv

Tableau 11 : Distribution saisonnière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxv
Tableau 12 : Distribution journalière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxvi
Tableau 13 : Distribution saisonnière des bouteilles d'alcool recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxvii
Tableau 14 : Distribution journalière de bouteilles d'alcool recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxviii
Tableau 15 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxix
Tableau 16 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxi
Tableau 17 : Distribution saisonnière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxiii
Tableau 18 : Distribution journalière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxiv
Tableau 19 : Distribution saisonnière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxv
Tableau 20 : Distribution journalière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxvi
Tableau 21 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxvii

Tableau 22 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xxxix
Tableau 23 : Distribution saisonnière des événements en lien avec la sécurité publique recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xli
Tableau 24 : Distribution journalière des événements en lien avec la sécurité publique recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlii
Tableau 25 : Résultats des analyses corrélationnelles entre le nombre de participants au programme NAOMI recevant un opiacé injectable et les différentes variables dépendantes de cette étude, pour Montréal (Plateau Mont-Royal) et Vancouver (Downtown Eastside)	xliii

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Changement dans la constante suite à la venue d'une intervention	51
Figure 2 : Changement dans la pente suite à la venue d'une intervention	52
Figure 3 : Effet réducteur illusoire d'une intervention provoqué par une tendance initiale à la baisse	53
Figure 4 : Distribution de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	76
Figure 5 : Distribution de la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	78
Figure 6 : Distribution de la quantité de bouteilles d'alcool recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	80
Figure 7 : Distribution du nombre d'activités déviantes recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	82
Figure 8 : Distribution de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	84
Figure 9 : Distribution de la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	85
Figure 10 : Distribution du nombre d'activités déviantes recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	87
Figure 11 : Distribution du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	89

Figure 12 : Distribution de la quantité des différents débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xliv
Figure 13 : Distribution de la quantité des différents débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xliv
Figure 14 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'itinérance recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlv
Figure 15 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'usage ou la vente de substances psychoactives recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlv
Figure 16 : Distribution du nombre d'activités de squeegee recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlvi
Figure 17 : Distribution de la quantité des différents débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlvi
Figure 18 : Distribution de la quantité des différents débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlvii
Figure 19 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'itinérance recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlvii
Figure 20 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'usage ou la vente de substances psychoactives recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlviii
Figure 21 : Distribution du nombre d'activités de prostitution dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008	xlviii

Figure 22 : Distribution du nombre des différents événements en lien avec la sécurité publique recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACF	Autocorrelation Fonction
AIC	Akaike's Information Criterion
CRAN	Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes
IRSC	Institut de Recherche en Santé du Canada
NAOMI	North American Opiate Medication Initiative
NAOMI-CI	North American Opiate Medication Initiative – Community Impact
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACF	Partial Autocorrelation Fonction
SBC	Schwarz's Bayesian Criterion
UDI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier plusieurs personnes qui, par leur support respectif, ont grandement contribué à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, je désire offrir mes plus sincères remerciements à mon directeur de recherche, M. Serge Brochu, pour son entière collaboration tout au long de ce projet académique. Son tempérament compréhensif et positif m'a assurément permis de rédiger ce mémoire dans un climat de travail optimal, tandis que son apport intellectuel continu fut d'une aide inestimable lors de la conception et de l'élaboration de ce projet de recherche.

Je souhaite également remercier les personnes suivantes :

- « Les brochistes », Valérie Beauregard, Benoit Lasnier et Marie-France Nadeau, pour leur invariable jovialité, mais également pour leur dévouement à l'endroit des nombreuses marches ethnographiques, et ce, malgré la pluie, la neige et les températures froides de l'hiver;
- M. Étienne Blais, pour son aide tant appréciée lors des analyses statistiques;
- Mme. Carla McLean, pour son excellente collaboration lors du partage des données en provenance de Vancouver;
- M. Pascal Schneeberger, pour sa très grande disponibilité afin de répondre à mes innombrables questions sur le projet NAOMI;
- Ma copine Marie-Hélène, pour son support inconditionnel lors des moments les plus exigeants, pour sa bonne humeur contagieuse ainsi que pour son amour sans borne qui assure mon bonheur quotidien;
- Ma famille, particulièrement mes parents Gilles et Thérèse, qui croit en moi depuis le tout début.

En terminant, un grand merci à l'École de Criminologie de l'Université de Montréal pour le soutien financier qu'elle m'a apporté durant ces mois de rédaction.

INTRODUCTION

La consommation d'héroïne, bien que principalement néfaste pour ses utilisateurs aux plans physiques et psychologiques, s'avère une problématique sociale largement plus pernicieuse dont les contrecoups indirects touchent l'ensemble de la population. À titre d'exemple, la pharmacodépendance à ce psychotrope incite bien souvent le consommateur à dépenser une somme monétaire considérable, pécune maintes fois obtenue par le biais d'une criminalité économique pouvant s'exprimer à l'intérieur du quartier de séjour de l'usager. Par ailleurs, les méfaits d'ordre communautaire engendrés par la consommation non sécuritaire de cette substance illicite hautement addictive se remarquent entre autres par la présence de débris reliés à l'usage par voie intraveineuse qui s'avèrent laissés à l'abandon suite à leur utilisation. Une proportion importante de consommateurs d'héroïne s'avérant infectée par diverses maladies virales, notamment le VIH, les citoyens rencontrant ces items, par crainte de contamination, peuvent ressentir une baisse de leur sentiment de sécurité générale, produisant du même coup une entache à leur qualité de vie.

Afin de limiter les conséquences personnelles, mais également environnementales occasionnées par l'usage d'héroïne, divers traitements biomédicaux furent mis au point, utilisant notamment la méthadone ou la buprénorphine. Afin de rejoindre les plus sévères consommateurs d'héroïne qui demeurent réticents à ces interventions thérapeutiques plus traditionnelles, certains pays prirent l'initiative d'étudier la faisabilité d'un programme axé sur la prescription médicale d'héroïne. Le Canada, par le biais du programme NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*), s'avère d'ailleurs l'une de ces nations.

Selon le Dr. Martin Schechter (2006), chercheur principal de l'étude NAOMI, l'idée générale derrière ce projet consiste au fait que d'un point de vue strictement médical, les dommages relatifs à l'usage d'héroïne proviennent du style de vie du consommateur, de la prohibition, du marché noir et de la violence associée au milieu de la toxicomanie plutôt que de la drogue comme telle. Dans ce contexte, l'offre d'héroïne sous supervision médicale pourrait s'avérer une alternative de dernière ligne afin de limiter les méfaits occasionnés par l'usage de ce psychotrope. De manière à réaliser cet

essai clinique, l'Institut de recherche en santé du Canada (*IRSC*) octroya, en 2005, approximativement 8,1 millions de dollars en subventions, somme qui fut répartie entre les deux sites expérimentaux de l'étude, soit Montréal et Vancouver. Ce projet n'aurait aucunement pu voir le jour sans l'appui du gouvernement canadien qui, par le biais du Ministère de la Santé, assure une supervision stricte du déroulement de l'étude (Institut de recherche en santé du Canada, 2005). Les conclusions futures du projet NAOMI mettront en lumière l'efficacité réelle d'un programme thérapeutique axé sur la prescription médicale d'héroïne sur le plan personnel du consommateur.

Toutefois, l'amélioration de la condition de l'utilisateur d'héroïne ne peut se produire au détriment de la qualité de vie de l'ensemble des citoyens. En fait, aucune communauté contemporaine ne serait en mesure de permettre l'établissement permanent d'un centre de prescription médicale d'héroïne si ce dernier amenuiserait le sentiment de sécurité de ses habitants. De manière à vérifier l'influence communautaire associée aux cliniques NAOMI, une étude parallèle fut créée, soit NAOMI-CI (*Community Impact*). Sous la supervision de Serge Brochu pour le site expérimental de Montréal ainsi que de Neil Boyd et de Benedikt Fischer pour le site d'étude de Vancouver, ce projet pilote s'appuie sur trois volets de manière à permettre une évaluation juste et complète de l'impact du programme NAOMI sur la communauté environnante. En premier lieu, la réalisation de plusieurs entrevues structurées avec différents acteurs communautaires demeurant ou travaillant dans les environs des cliniques de prescription médicale d'héroïne (résidents, commerçants, éducateurs, travailleurs sociaux, agents de sécurité, policiers et sans-abri) permet de connaître la perception de ces gens sur le secteur expérimental, et ce, pour la durée totale de l'étude. Le second volet consiste quant à lui à évaluer les conséquences des cliniques NAOMI sur la criminalité ainsi que sur la présence d'actes incivils sur la communauté avoisinant ces centres de prescription. Une étude présentant les résultats partiels rattachés à cette partie peut d'ores et déjà être consultée (Lasnier, 2007). Finalement, le dernier volet du projet NAOMI-CI consiste à déterminer l'impact des centres de prescription médicale d'héroïne sur la quantité de divers débris nuisibles, sur la présence d'activités déviantes ainsi que sur le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique observables à l'intérieur des deux sites expérimentaux. Il en va de soi

qu'une augmentation de la quantité de débris, tout comme une accentuation du nombre d'activités marginales, favoriserait une détérioration de la qualité de vie des personnes résidant ou travaillant dans ces quartiers, limitant du même coup l'intérêt social qui pourrait être porté à l'endroit d'une mise en place officielle de traitements pharmacologiques utilisant de l'héroïne. C'est d'ailleurs dans l'optique de répondre à ce troisième volet que fut réalisé ce présent mémoire.

Bien sûr, une connaissance approfondie du corpus théorique et méthodologique inhérent à ce mémoire permettra de mieux saisir la pertinence de cette étude, mais également d'être en mesure de percevoir la rigueur scientifique à laquelle elle fut soumise. De ce fait, les conclusions avancées pourront être considérées à leur juste valeur. Ce mémoire sera donc divisé en quatre chapitres. Tout d'abord, une revue de la littérature associée à la criminologie, à la sociologie, voire en lien avec le domaine médical, permettra d'explorer le contexte socio-sanitaire et législatif à l'intérieur duquel se positionne la problématique de la consommation d'héroïne, et, du même coup, l'arrivée d'une philosophie contemporaine suggérant la prescription médicale d'héroïne. Bien sûr, cette alternative thérapeutique représente une stratégie d'intervention novatrice qui s'insère au sein d'un concept plus large, soit la réduction des méfaits. Cette notion constituant le cadre théorique sur lequel repose ce mémoire, une section explicitera cette approche moderne dirigée principalement envers les consommateurs de substances psychoactives illicites. Ce premier chapitre permettra également de comprendre la réalité ayant mené, d'une part, à l'élaboration de la problématique, et, d'autre part, à la conception des diverses hypothèses avancées à l'intérieur de ce mémoire.

Le second chapitre contribuera à fournir une présentation détaillée des secteurs expérimentaux choisis pour l'étude NAOMI-CI, et ce, de manière à démontrer les similitudes, mais également les divergences entre le site de Montréal et celui de Vancouver. L'objectif de ce mémoire consistant à déterminer l'impact des cliniques NAOMI sur la quantité de divers débris ainsi que sur le nombre d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique, la méthode de collecte de données, les variables utilisées ainsi que les techniques statistiques employées à des fins d'analyses

permettant de répondre à cet objectif s'avèreront également exposées à l'intérieur de ce deuxième chapitre.

Les résultats de ces analyses seront quant à eux présentés à l'intérieur du troisième chapitre, ce qui permettra de percevoir l'impact des cliniques NAOMI sur les divers aspects d'ordre communautaire évalués par cette étude, et ce, en fonction des différents sites expérimentaux. Finalement, le quatrième chapitre de ce mémoire s'orientera vers un retour sur les différends moraux et scientifiques actuels entourant l'offre d'héroïne dans un cadre médical. Cette étude s'insérant parfaitement dans ce débat idéologique, la seconde partie de ce chapitre explicitera les répercussions des cliniques NAOMI sur la quantité de débris indésirables ainsi que sur le nombre d'activités nuisibles et d'événements en lien avec la sécurité publique présents dans les environs de chacun des centres de prescription médicale d'héroïne. Cela permettra de déterminer si les conséquences communautaires observées divergent en fonction des caractéristiques distinctives des sites expérimentaux, volet qui mènera à la confirmation ou à l'infirmité des hypothèses de départ. Il deviendra donc possible, en guise de conclusion, d'émettre des recommandations quant aux choix de l'emplacement idéal pour la mise en place future d'une clinique offrant un traitement de maintien à l'héroïne. Par la suite seront abordées certaines limites méthodologiques inévitables dues à la nature même de cette étude, mais également quelques pistes futures de recherche pouvant être réalisées en continuité à ce mémoire.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

1.1 Revue de la littérature scientifique et cadre théorique

L'objectif de ce premier chapitre consiste à présenter la prévalence de la consommation d'héroïne ainsi que les conséquences découlant de cette pratique, mais également les réponses sociales face à cette problématique. À cet effet, un intérêt sera porté à l'égard de la proportion d'utilisateurs de ce psychotrope prohibé à l'échelle internationale ainsi que plus spécifiquement à la situation observée aux États-Unis et au Canada. En second lieu sera exposé le cadre théorique à l'intérieur duquel se positionne cette étude, soit la réduction des méfaits. Afin de bien cerner les particularités de cette approche ainsi que la pertinence de son application, certaines notions présentées proviendront de critiques émises à l'égard des politiques valorisant la prohibition des substances psychoactives illicites, concept pourtant couramment perçu, dans certains pays, comme la réponse au problème des drogues.

Puisque l'héroïnomanie constitue une pathologie aux conséquences multiples, la troisième partie de ce chapitre mettra en lumière les avantages, mais également les limites de divers traitements disponibles, principalement ceux recourant à des produits de substitution tels que la méthadone ou la buprénorphine. Dans le dessein de proposer une alternative aux consommateurs d'héroïne ayant vécu maints échecs lors de ces traitements plus traditionnels, des études européennes récentes ont expérimenté la faisabilité de la prescription médicale d'héroïne. À cet égard, les principales conclusions de ces études seront explicitement énoncées.

1.1.1 La diacétylmorphine et ses utilisateurs

Préalablement à la présentation de cette première section, il importe de préciser que la diacétylmorphine se réfère au nom chimique de l'héroïne (Schneeberger, 1999). Produit par l'acétylation de la morphine (Hosztafi, 2001), l'héroïne fut synthétisée dans le but d'être commercialisée à des fins médicales, ce qui se produisit dès 1898. Plus puissante que la morphine, la diacétylmorphine devint rapidement une substance de choix pour le traitement de diverses maladies, notamment celles reliées aux troubles respiratoires. Toutefois, les propriétés euphorisantes apparaissant suite à la consommation intraveineuse de l'héroïne ternirent l'image de ce produit, au point tel qu'à partir de 1931, un nombre grandissant de pays bannirent la production de ce psychotrope (Hosztafi, 2001).

L'usage d'héroïne s'avérant désormais proscrit par une majorité de pays, un examen descriptif de la prévalence internationale quant à la consommation de cette substance psychoactive illicite permettra d'illustrer l'ampleur de cette problématique sociale. La connaissance de cet aspect ajoutera également de la profondeur à ce projet de recherche en ciblant les nations comportant le plus de concitoyens adeptes de cette pratique, faisant de ces pays les endroits les plus propices à s'intéresser éventuellement aux programmes de prescription médicale d'héroïne. Parallèlement à ce volet suivra une précision sur les coûts engendrés par la consommation d'héroïne sur le plan économique, mais également sur le plan sanitaire, et ce, afin de mieux cerner les conséquences associées à l'usage de ce psychotrope prohibé pour le consommateur, pour la communauté ainsi que pour l'État. La clarification de tous ces champs favorisera l'établissement d'un portrait juste et complet du phénomène de l'utilisation de diacétylmorphine.

Prévalence de la consommation d'héroïne

Dans l'univers des drogues illicites, il s'avère impensable de prétendre connaître le nombre exact de consommateurs et pour cause. De nature foncièrement illégale, les comportements liés à l'usage de certains psychotropes, notamment ceux en lien avec la consommation d'héroïne, se produisent souvent à l'abri des regards d'une majorité de citoyens. Quant aux utilisateurs, les stigmates véhiculés à leur endroit les poussent souvent à demeurer dans l'ombre. Dans un tel contexte, un recensement exact du nombre d'usagers d'héroïne se révèle inconcevable (Fischer, Rehm et al., 2002). Les données présentées ici doivent donc être interprétées avec prudence puisqu'elles représentent des estimations du nombre réel.

Une évaluation épidémiologique récente stipule que plus de 13 millions de consommateurs d'héroïne se répartissent sur la surface du globe. (Morgan, Griffiths & Hickman, 2006). Uniquement à l'intérieur de l'Union Européenne, l'étude de Fischer, Cruz et Rehm (2006) situe entre 850 000 et 1 300 000 le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse, sous population composée entre autres de consommateurs d'héroïne. C'est d'ailleurs la Grande-Bretagne, avec une estimation avoisinant les 270 000 utilisateurs de diacétylmorphine, qui représente le pays d'Europe regroupant le plus grand bassin d'usagers de ce psychotrope. De ce nombre, 150 000 individus consomment de l'héroïne quotidiennement (Morgan et al., 2006). La France et l'Allemagne, avec des chiffres respectifs de 160 000 et 150 000 consommateurs de diacétylmorphine, demeurent également des nations dignes de mention (Fischer, Rehm et al., 2002). Quant à l'Australie, principal État indépendant de l'Océanie, on retrouve approximativement 75 000 individus de 15 à 54 ans dépendants de l'héroïne, ce qui représente le double de ce qui fut estimé au milieu des années 1980 (Fischer et al., 2006).

Mais qu'en est-il des pays nord-américains? Selon Léonard et Ben Amar (2002), l'héroïne représente l'opiacé illicite le plus souvent consommé en Amérique du Nord. Lors d'une première estimation effectuée dans les années 1980, on évaluait à 600 000 le nombre d'individus consommant des opiacés illégaux aux États-Unis et on supposait qu'au Canada, entre 60 000 et 90 000 personnes utilisaient également ces psychotropes

régulièrement (Fischer, Rehm et al., 2002; Popova, Rehm & Fischer, 2006). Vingt ans plus tard, une recrudescence de ce phénomène fut observée. En fait, entre 750 000 et 1 000 000 consommateurs d'héroïne résidaient aux États-Unis au début des années 2000 (Fischer et al., 2006; Johnson, Strain & Amass, 2003; Léonard & Ben Amar, 2002). Au Canada, on estimait, à cette même époque, que le nombre de consommateurs d'opiacés illégaux se retrouvait entre 90 000 et 125 000 individus (Fischer, Rehm et al., 2002; Fischer et al., 2006). Uniquement pour la ville de Montréal, le nombre d'utilisateurs d'héroïne avoisinait les 5 000 à 6 000 personnes, tandis que pour la cité de Vancouver, cette estimation atteignait plutôt les 16 000 individus (Schneeberger & Guèvremont, 2007). Bien que les chiffres présentés ici ne représentent que des approximations, il n'en demeure pas moins que ces derniers illustrent la présence indéniable de la consommation d'héroïne dans les différents pays industrialisés, mais également que la prévalence de l'utilisation de cette substance psychoactive prohibée s'est accentuée entre les années 1980 et les années 2000. Depuis 2006, une certaine stabilisation de l'usage d'opiacés illicites (principalement sous forme d'héroïne) semble toutefois se dessiner en Amérique du Nord, mais également à l'échelle planétaire, et ce, malgré un accroissement de 17% de la production mondiale d'héroïne. (Bussink et al., 2008).¹

Coûts découlant de l'usage d'héroïne

Les premiers coûts notoires de la consommation d'héroïne se remarquent au niveau de la santé de l'utilisateur. En fait, une utilisation chronique de ce psychotrope peut mener, à long terme, au développement de problèmes hépatiques et rénaux. Combiné à l'apparition probable d'infections bactériennes des vaisseaux sanguins ainsi que des valves cardiaques, l'abus de ce produit demeure sans contredit une menace pour l'organisme humain (National Institute on Drug Abuse, 2005). Par ailleurs, l'apparition d'une dépendance s'avère une conséquence majeure à la consommation répétée d'héroïne. En altérant les molécules et les neurotransmetteurs du cerveau, l'accoutumance à cette substance psychoactive provoque une panoplie de symptômes de sevrage (douleurs musculaires, insomnie, vomissements) lorsqu'un manque de la drogue se fait ressentir (Léonard & Ben Amar, 2002; Miller, 2004). Les contre-coups de l'usage de diacétylmorphine apparaissent également sur le plan psychologique, particulièrement

¹ En 2007, la production mondiale d'héroïne se chiffrait à 733 tonnes métriques, comparativement à 606 tonnes métriques pour l'année 2006 (Bussink et al., 2008).

en bouleversant la personnalité de l'utilisateur habituel. À cet égard, l'humeur du sujet devient instable, fluctuant constamment en fonction de la quantité d'héroïne présente dans son sang (Léonard & Ben Amar, 2002). Une fois que l'état de manque se voit atteint, les pensées de l'usager d'héroïne s'orienteront systématiquement vers le désir de s'administrer une nouvelle dose de ce psychotrope. À ce moment, l'abandon de la consommation s'avère un objectif souvent perçu comme étant insurmontable. Bien que certains utilisateurs de diacétylmorphine parviennent à mettre un terme à leur usage de cette drogue sans avoir bénéficié d'un quelconque traitement, il n'en demeure pas moins que les individus qui participent à un programme d'aide accentuent significativement leur chance de réduire, voire de mettre un terme à leur consommation (Prendergast, Podus, Chang & Urada, 2002; Van Der Poel, Barendregt & Van De Mheen, 2006).

En ajout à cela, les conséquences économiques liées à l'usage d'héroïne demeurent notables. En effet, Popova, Rehm et Fischer (2006), à l'instar de Fischer, Rehm et de ses collègues (2002), mentionnent que les coûts occasionnés par chacun des consommateurs de diacétylmorphine canadiens non traités s'évaluent approximativement à 45 000\$ annuellement, montant principalement expliqué par la perte de productivité de ces individus, par les frais de soins de santé qu'ils occasionnent ainsi que par la criminalité dont ils s'avèrent responsables. Puisque la plupart des utilisateurs d'héroïne demeurant au Canada ne bénéficient d'aucun traitement, les pertes économiques s'avèrent considérables. À titre d'exemple, le maintien à la méthadone, qui demeure pourtant la principale alternative thérapeutique canadienne destinée aux usagers d'héroïne, ne rejoint qu'approximativement 25% des consommateurs de diacétylmorphine de ce pays (Fischer, Chin, Kuo, Kirst & Vlahov, 2002; Popova et al., 2006; Srivastava & Kahan, 2006). Quant à la situation observée aux États-Unis, les coûts relatifs aux utilisateurs d'opiacés illégaux qui ne reçoivent aucun soutien extérieur se chiffrent approximativement à 21 milliards de dollars annuellement (Rosenheck & Kosten, 2001).

De manière connexe, l'impact de la consommation d'héroïne se fait ressentir au niveau de la collectivité en accentuant les risques sanitaires pour la population. Tel qu'affirmé par Fischer, Rehm et ses collègues (2002), une proportion considérablement

élevée de consommateurs d'opiacés illicites demeurent sans emploi, situation favorisant l'amplification du nombre de sans-abri. À cet effet, une étude canadienne démontre que les usagers de drogues par injection sans logement s'injectent dans des endroits publics presque sept fois plus souvent que les utilisateurs bénéficiant d'une résidence (Fischer et al., 2006). La voie intraveineuse représentant le mode d'administration choisi par la majorité des consommateurs d'héroïne (Fischer, Rehm et al., 2002; Léonard & Ben Amar, 2002), une augmentation de la quantité de débris reliés à l'injection de drogues semble envisageable à l'intérieur des quartiers comportant plusieurs héroïnomanes. Par conséquent, la menace d'une contamination à différents virus en provenance du matériel d'injection souillé se voit accentuée pour la population en général.

En résumé, le bilan précédemment exposé atteste des multiples retombées de la consommation d'héroïne sur l'individu, mais également sur la communauté. En réponse à ce phénomène, les dirigeants nationaux conçoivent diverses politiques visant à réduire les répercussions de cette problématique. Le modèle prohibitionniste, axé principalement sur la quête de l'abstinence de consommation, sert de base à la création de bon nombre de ces politiques. Produisant des résultats mitigés, les stratégies découlant de cette approche furent remises en question, plus intensément dans les années 1980 suite à la propagation du SIDA en Europe (Brisson, 1997). De cela découla l'élaboration d'un second modèle intéressé plutôt par la réduction des méfaits associés à la consommation de drogues. Cette vision novatrice, en tolérant entre autres l'usage de substances psychoactives illicites, offre des stratégies différentes de celles prodiguées par l'approche suggérant la proscription des psychotropes. La section suivante focalisera donc sur le concept de la réduction des méfaits puisque cette approche représente l'approche conceptuelle à l'intérieur duquel se positionne tout programme de prescription médicale d'héroïne.

1.1.2 Les politiques de réduction des méfaits comme alternative à l'approche prohibitionniste (Cadre théorique)

Préalablement à l'exposition du concept de la réduction des méfaits et de son histoire, il apparaît intéressant de présenter la vision prohibitionniste. Bien que ces deux approches partagent un but commun, soit la promotion de la santé de la population, il n'en demeure pas moins que leurs stratégies afin d'atteindre cet objectif s'avèrent passablement distinctes. À ce sujet, la logique prohibitionniste perçoit l'élimination de l'offre et de la demande de psychotropes illégaux comme étant la solution ultime au problème des drogues (Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004; Carrier & Quirion, 2003). Pour ce faire, les adeptes de cette idéologie croient que la réduction des dommages causés par la drogue passe par la criminalisation de divers comportements en lien avec ces substances, dont bien sûr la possession, mais également la culture ainsi que le trafic (Bewley-Taylor, 2003; Carrier & Quirion, 2003; Krajewski, 2004). De nature fondamentalement répressive, l'incarcération demeure ainsi une stratégie en vigueur à l'intérieur de tout modèle prohibitionniste (Carrier & Quirion, 2003). Quant aux diverses interventions thérapeutiques disponibles, ces dernières s'avèrent axées invariablement sur l'abstinence de consommation, et ce, peu importe la substance utilisée, la quantité, la fréquence, le voie d'administration choisie ainsi que le profil biopsychosocial de l'utilisateur; le maintien de la consommation s'avérant contraire à l'approche prohibitionniste (Carrier & Quirion, 2003; Magura, 2007).

Dans un tel contexte, il ne s'avère donc pas surprenant que très peu de toxicomanes dans le besoin reçoivent l'aide appropriée; les fonds monétaires servant principalement au contrôle des psychotropes illégaux (Brocato & Wagner, 2003; Carrier & Quirion, 2003). Dans le cas des usagers de drogues par voie intraveineuse (*UDI*), cette réalité stigmatisante conduit bien souvent au phénomène du partage de seringues, comportement qui favorise la propagation de plusieurs maladies transmissibles par le sang, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (*VIH*) ainsi que le virus de l'hépatite C (*VHC*). À titre d'exemple, le VIH touche approximativement 17% des UDI montréalais et environ 20% des consommateurs de drogues par injection de Victoria,

métropole de l'Ouest canadien. Quant au VHC, près de 85% des UDI de Montréal et de Vancouver s'avèrent contaminés par ce virus, l'incidence annuelle se chiffrant à 26% et 27% respectivement (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Puisque la majorité des usagers d'héroïne optent pour une consommation intraveineuse (Fischer, Rehm et al., 2002; Léonard & Ben Amar, 2002), l'approche prohibitionniste, en ne focalisant pas sur l'offre de matériel d'injection propre, fut qualifiée d'échec dans une perspective de santé publique (Malkin, Elliott & Mcrae, 2003). C'est d'ailleurs dans l'optique de prévenir la transmissibilité de ces virus qu'une nouvelle vision s'est développée, axée principalement sur la réduction des méfaits (Beauchesne, 2000; Cusick, 2005; Tammi, 2005).

Définition du concept de la réduction des méfaits

Bien des auteurs se sont positionnés sur la signification exacte et sur l'implication concrète du concept de la réduction des méfaits. Malgré cet effort considérable, aucune définition n'est à ce jour encore acceptée de manière unanime par la communauté scientifique. Néanmoins, Brisson (1997), en regroupant les caractéristiques principales attribuées à ce terme par de nombreux auteurs, propose une définition dite « maximale » de cette approche.² Objectivement, la réduction des méfaits se conçoit comme :

« Une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risques dit « addictifs »), 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 sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social » (Brisson, 1997, p13).

La définition présentée par Brisson regroupe exhaustivement tous les éléments essentiels de l'approche de réduction des méfaits. C'est pourquoi la philosophie derrière la réduction des méfaits présentée dans ce mémoire se réfère à cette définition. Par ailleurs, une analyse en profondeur de ce concept permet de faire ressortir son premier grand principe fondamental, soit le pragmatisme. Puisque la drogue demeure omniprésente et que la conjuration de son usage s'avère chimérique, l'adoption de

² Une vingtaine d'experts en provenance du Canada, des États-Unis et de l'Europe ont contribué à l'élaboration de la définition du terme « réduction des méfaits ». La définition maximale fait donc référence à la définition obtenue suite à l'intégration des éléments apportés par chacun de ces auteurs.

stratégies visant à contrer les dommages collatéraux de ce phénomène, dont la propagation de virus, se révèle davantage sensé que l'entreprise d'une action visant à l'éradication complète de tous les psychotropes (Beyers et al., 2005; Brisson, 1997; Cusick, 2005; Koenig, Erickson, Riley, Yuet & O'Hare, 2000; Ramirez-Jonville, 2006; Strike, O'Grady, Myers & Millson, 2004; Tammi, 2005). En fait, cette conception propre à la réduction des méfaits démontre une certaine acceptation de la consommation de drogues prohibées et qu'à cet effet, l'usage de psychotropes illicites à l'intérieur de toute société contemporaine représente une réalité qui ne peut être évitée (Thomas, 2005). Bien sûr, le volet pragmatique de la réduction des méfaits implique également que les dommages induits par la criminalisation des drogues ne doivent aucunement surpasser les méfaits occasionnés par la consommation de la drogue elle-même (Marlatt, 1996).

Afin de mettre en œuvre ces diverses stratégies, l'intervenant doit assurément considérer le toxicomane comme un être humain à part entière, possédant des droits et capable de prendre des décisions (Brisson, 1997). En ajout à cela, Tigerstedt (1999) mentionne que la réduction des méfaits implique l'émancipation des consommateurs de psychotropes de toute pratiques thérapeutiques injustes où règne une philosophie d'inégalité, de discrimination ou de soumission. Cette attitude élémentaire favorisant le respect de l'autonomie individuelle de chaque consommateur de drogues se nomme humanisme. Plusieurs auteurs, dont Beyers et ses collaborateurs (2004), Brisson (1997), Brocato et Wagner (2003), Bullington, Korf et Riper (1999) ainsi que Cusick (2005), considèrent d'ailleurs l'humanisme comme le second principe fondamental de l'approche de réduction des méfaits. De par cette notion, la prise en charge totale du toxicomane ou simplement l'imposition d'un plan d'action ne s'harmonisent aucunement avec l'intervention recherchée (Koenig et al., 2000). Le respect de l'humanisme implique donc la capacité à rejoindre le consommateur de drogues à l'intérieur de son milieu de vie pour ensuite lui assurer l'accessibilité à divers services (Brisson, 1997). En résumé, l'amélioration de la qualité de vie du toxicomane doit primer sur l'objectif d'un arrêt de sa consommation de substances psychoactives, et ce, tout en limitant la stigmatisation que l'usager de drogues pourrait vivre quotidiennement.

Par ailleurs, la portée de la réduction des méfaits ne s'avère aucunement exclusive aux toxicomanes chroniques, puisque cette approche présente de nombreux volets préventifs destinés à l'ensemble de la population démontrant un attrait quelconque pour les psychotropes. Au niveau de la prévention primaire, l'éducation de la population consommant occasionnellement des drogues s'avère la principale stratégie afin d'assurer une gestion minimale des risques (Brisson, 1997). En étant à l'affût des conséquences réelles associées à l'usage de psychotropes, les différents utilisateurs de substances psychoactives illicites deviennent en mesure de gérer plus efficacement leur consommation.

En plus d'une importance évidente accordée à la prévention primaire, l'approche de réduction des méfaits sert de base à plusieurs stratégies associées à la prévention secondaire. La visée de ces programmes consiste à documenter les utilisateurs de drogues sur les risques d'un usage non sécuritaire. La connaissance des dangers directs et indirects provenant de l'adoption de comportements de consommation irresponsables pourrait s'avérer un facteur motivationnel de premier plan incitant cette population à développer des techniques moins compromettantes pour leur santé. Afin de permettre ces modifications comportementales, la mise en place de plusieurs outils s'avère recommandée. C'est d'ailleurs à l'intérieur de ce cadre que se positionnent plusieurs services dont les programmes d'échange de seringues et les centres d'injection supervisée (Brisson, 1997; Lert, 2006; Tammi, 2005).³

Finalement, l'approche de réduction des méfaits se manifeste également au niveau de la prévention tertiaire, et ce, par le biais de stratégies orientées vers une certaine prise en charge des toxicomanes chroniques (Brisson, 1997). À titre d'exemples, la mise en place de certains programmes de maintien à la méthadone, mais également l'ouverture de cliniques offrant de l'héroïne sous supervision médicale représentent des alternatives représentatives de ce volet (Brisson, 1997; Satel & Aeschbach, 1999; Tammi, 2005). Bien sûr, l'abstinence de consommation ne s'avère aucunement imposée à l'intérieur de ces programmes thérapeutiques (Brocato & Wagner, 2003; Gillet & Brochu,

³ Un centre d'injection supervisé est un endroit géré par des travailleurs de la santé qui fournit du matériel d'injection stérile ainsi que des conseils aux toxicomanes, mais qui ne fournit pas de drogue et qui n'apporte aucune aide directe dans le processus d'injection.

2006; Koenig et al., 2000; Zajdow, 2005). Par ailleurs, le respect du principe humaniste demeurant central à toute stratégie associée à la réduction des méfaits, l'utilisateur de substances psychoactives illicites peut à tout moment mettre un terme à sa participation.

Les nombreux usagers de drogues par voie intraveineuse représentent la population principalement bénéficiaire des multiples stratégies précédemment exposées. Néanmoins, c'est la collectivité en entier qui profite des retombées associées à l'instauration de telles mesures. Cette réalité se conçoit plus aisément lorsque l'on s'attarde aux répercussions des cliniques offrant la possibilité aux consommateurs d'héroïne de recevoir une prescription médicale de diacétylmorphine. En fait, tout participant à ces programmes consommera son héroïne à l'intérieur d'un centre fermé où du matériel d'injection propre sera mis à sa disposition (Dijkgraaf et al., 2005; March, Oviedo-Joekes, Perea-Milla & Carrasco, 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Schneeberger & Guèvremont, 2007; Verthein et al., 2008). Conséquemment, l'emploi de seringues stériles réduira considérablement les probabilités de contamination au VIH et au VHC chez cette population à risque. Parallèlement à cela, il est plausible de croire que ces utilisateurs d'héroïne s'injecteraient moins fréquemment dans les endroits publics, provoquant du même coup une baisse notable de débris reliés à leur consommation à l'intérieur de leur communauté. De ce fait, les citoyens de ces secteurs se verraient moins à risque de rencontrer du matériel d'injection souillé, et donc, de contracter par mégarde différents virus (Kimber, Dolan & Wodak, 2005). De plus, ces centres de traitement offrant gratuitement l'héroïne pharmaceutique, une réduction de la criminalité pourrait également être perçue à l'intérieur de la communauté; l'apparition d'une dépendance combinée au prix élevé de l'héroïne pouvant mener certains usagers vers une criminalité lucrative (Brochu, 2006).

Cependant, la réduction des méfaits, de par son volet humaniste, doit être principalement orientée vers les besoins individuels de l'utilisateur, et non pas essentiellement vers la minimisation des risques collectifs associés à la toxicomanie, notamment la propagation du VIH (Quirion, 2001). En focalisant uniquement sur l'impact communautaire provenant de la consommation des drogues, les stratégies

découlant de cette approche considéreraient dès lors les utilisateurs de substances psychoactives illicites comme la sous population responsable de certains méfaits sociaux. Dans un tel cas, ces programmes de soutien mèneraient à une intensification de la stigmatisation de ces individus, phénomène qui va à l'encontre du principe même de la réduction des méfaits.

En résumé, l'objectif central de l'approche de réduction des méfaits ne s'oriente pas vers l'arrêt de l'utilisation des différents psychotropes illégaux, mais plutôt vers la réduction des conséquences néfastes associées à toutes formes de consommation. Bien que cette approche s'adresse tout d'abord aux différents consommateurs de drogues, il n'en demeure pas moins que c'est toute la communauté qui finalement en retirerait un bénéfice. La prochaine section fera la lumière sur la genèse de la réduction des méfaits, de ses origines jusqu'à son application contemporaine.

Évolution de l'approche

La toute première tentative visant à réduire les méfaits associés à l'usage de psychotropes trouve son origine au Royaume-Uni par le biais de la publication, en 1926, du rapport Rolleston. En fait, ce document présentait une caractéristique bien précise puisqu'il permettait à tous médecins anglais d'avoir recours à un système de prescription médicale de substances illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines, etc.) pour traiter les individus souffrant de toxicomanie (Brisson, 1997; Ramirez-Jonville, 2006). Volet majeur du « British System », les médecins de ce pays ont employé les méthodes suggérées par ce rapport jusqu'à la fin des années 1950. Hormis le fait que dorénavant chaque toxicomane était considéré comme un individu malade, très peu d'innovations en termes de réduction des méfaits découlant de la consommation de drogues n'ont été développées entre les années 1960 à 1980, exception faite de la décriminalisation du cannabis en sol hollandais (Brisson, 1997; Bullington et al., 1999). En fait, il fallu attendre jusqu'au début des années 1980 pour qu'une approche axée spécifiquement sur la réduction des méfaits prenne véritablement de l'ampleur, et ce, suite à la propagation massive du VIH en Europe (Brisson, 1997).

Tel que mentionné précédemment, les années 1980 furent marquées par la prolifération rapide du SIDA à l'intérieur de plusieurs nations européennes, notamment au Royaume-Uni. Ce Pays, déjà avant-gardiste dans ses politiques en matière de drogues, mit en place, au milieu des années 1980, un système d'aide dans le comté de Mersey, dans le but avoué de freiner la multiplication des infections au virus de l'immunodéficience humaine (Brisson, 1997; O'Hare, 2007). Regroupant entre autres la ville de Liverpool, surnommée « smack city » ainsi que le quartier Wirral, regroupant approximativement 5 000 usagers d'héroïne, la région de Mersey s'avérait un endroit propice pour mettre en place un ensemble de programmes destinés aux utilisateurs de diacétylmorphine (O'Hare, 2007; Parker, Newcombe & Bakx, 1988). Dirigée notamment par le Dr. John Marks, cette initiative tenta entre autres de remettre en avant scène le système de prescription de drogues illicites. La réutilisation de cette possibilité clinique, pratiquement délaissée entre les années 1960 à 1980, fut une des pierres angulaires du modèle de réduction des méfaits du comté de Mersey (Brisson, 1997). Concrètement, l'objectif s'avérait principalement d'entrer en contact avec la population utilisatrice d'héroïne de ce secteur et de maintenir ce contact le plus longtemps possible, non pas pour forcer ces individus à mettre un terme à leur consommation, mais plutôt pour que cette dernière soit la plus sécuritaire possible (O'Hare, 2007). En fait, la réduction des comportements d'injection à risque demeura le principal dessein de cette initiative et, pour ce faire, l'éducation de cette population consommant de la diacétylmorphine fut perçue comme un objectif clé. Par ailleurs, le programme d'échange de seringues s'avéra le principal service offert, même s'il demeurait possible, pour les participants, de recevoir de la méthadone ou de l'héroïne à des fins thérapeutiques (O'Hare, 2007). De plus, les policiers locaux firent également leur part afin de réduire la stigmatisation faite à l'endroit des usagers de drogues par voie intraveineuse. En fait, ces derniers, plutôt que de mettre en état d'arrestation les individus en possession de matériel d'injection, optaient pour orienter ces personnes vers un centre d'échange de seringues (Brisson, 1997; O'Hare, 2007; Parker & Kirby, 1996).

La mise en place du modèle de réduction des méfaits du comté de Mersey fit en sorte que l'épidémie de VIH observée en Europe fut pratiquement inexistante chez les

consommateurs de drogues par injection de cette région (O'Hare, 2007). En comprenant les dangers reliés à l'injection de psychotropes et en ayant les moyens nécessaires pour prévenir le partage de seringues, les usagers de drogues par voie intraveineuse de ce comté avaient désormais les outils pour réduire les méfaits reliés à leur consommation. Ces répercussions encourageantes conduirent d'ailleurs le Royaume-Uni à adopter une politique officielle de réduction des méfaits, et ce, en 1987 (Ramirez-Jonville, 2006). Ainsi, vers la fin des années 1980, le tiers des prescriptions de méthadone s'effectuait à Liverpool. De nos jours, cette métropole fournit ce substitut à plus de 5 000 usagers d'héroïne anglais (O'Hare, 2007). Suite aux succès observés dans la région de Mersey, l'approvisionnement en seringues, que ce soit par l'échange, par la distribution ou même par la vente aux usagers de drogues par voie intraveineuse, devint l'outil principal de l'approche de réduction des méfaits (Brisson, 1997). Par la suite, les programmes de prescription de méthadone prirent de l'expansion, tout d'abord en Europe, puis en Amérique du Nord. Bien que certains de ces programmes fussent déjà présents dans les années 1960, cette forme d'intervention ne fut employée dans une optique de réduction des méfaits qu'à partir des années 1980 (Brisson, 1997).

Quant au Canada, ce pays ouvrit sa première clinique de maintien à la méthadone à Toronto, et ce, en 1970. En 1986, ce fut au tour de Montréal, par le biais du Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes (*CRAN*), de mettre en place ce type de traitement (Brisson, 1997; Gillet & Brochu, 2006). À cette époque, cette stratégie ne cadrerait cependant pas dans une optique de réduction des méfaits puisqu'elle visait systématiquement l'abstinence de consommation d'héroïne de la part du participant (Gillet & Brochu, 2006). Aussi curieux que cela puisse paraître, les stratégies propres à la réduction des méfaits ont cependant devancé les politiques officielles axées sur cette approche. En fait, ce fut en 1998 que le gouvernement fédéral intégra le terme « méfaits » dans son discours ministériel à l'égard des drogues, et ce, même si des programmes d'échange de seringues furent présents dans ce pays depuis 1989 (Strike et al., 2004). À l'aube des années 2000, l'approche de réduction des méfaits fut donc intégrée à l'intérieur de la politique antidrogue canadienne. Pour la première fois, une rupture d'avec le principe d'abstinence et de prohibition fut formellement exprimée par les

dirigeant fédéraux canadiens (Gillet & Brochu, 2006). Dès lors, la toxicomanie fut définie comme étant un problème de santé. Par la suite, certains programmes de maintien à la méthadone adoptèrent les principes fondamentaux propres à l'approche de réduction des méfaits, soit le pragmatisme et l'humanisme, abolissant du même coup l'obligation d'abstinence de consommation chez leurs bénéficiaires (Gillet & Brochu, 2006).

Depuis ce temps, le Canada examine la faisabilité et l'efficacité de nombreuses stratégies découlant de l'approche de la réduction des méfaits. Tout d'abord, une étude expérimentale réalisée uniquement à Vancouver et portant sur l'efficacité d'un site d'injection supervisée débuta en 2003. À ce sujet, tout laisse croire que la mise en place d'une telle stratégie réduirait la propagation du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse qui fréquentent ces centres (Tibbetts, 2008). En ajout à cela, le Canada étudie depuis 2005 la faisabilité d'un programme de prescription d'héroïne sous contrôle médical par le biais de sites expérimentaux situés à Vancouver et Montréal (Cruz, Patra, Fischer, Rehm & Kalousek, 2007; Fischer et al., 2007). La réalisation de ce mémoire s'effectue d'ailleurs dans le cadre de ces expérimentations.

En somme, l'approche de réduction des méfaits représente une philosophie alternative à la prohibition. De par les bénéfices qu'elle démontre à l'égard de la promotion de la santé des usagers de drogues par voie intraveineuse (O'Hare, 1997) et, indirectement, envers la population en générale (Kimber et al., 2005), cette idéologie semble parfaitement adaptée pour faire face à la problématique de l'héroïnomanie. Afin de présenter en détail certaines formes d'application des politiques de réduction des méfaits, la section suivante focalisera sur les traitements couramment employés à l'égard des consommateurs d'héroïne, soit le traitement de maintien à la méthadone et le traitement de maintien à la buprénorphine, mais également sur une stratégie plus controversée axée sur la prescription médicale d'héroïne.

1.1.3 Principaux traitements adressés aux héroïnomanes

Préalablement à l'approfondissement des retombées associées aux programmes de prescription médicale d'héroïne, il s'avère essentiel de définir clairement les stratégies de traitement plus traditionnelles en réduction des méfaits, d'une part, afin de mieux connaître les interventions thérapeutiques actuelles offertes aux consommateurs d'héroïne, et, d'autre part, afin de souligner les limites de ces différentes pratiques. En fait, les imperfections découlant de ces stratégies conventionnelles ont sans contredit influencé les dirigeants de nombreux pays à explorer de nouvelles alternatives, dont, entre autres, les traitements de maintien à l'héroïne. Dans cette optique, puisque les programmes utilisant la méthadone comme produit de substitution représentent la plus courante forme d'intervention auprès de la clientèle utilisatrice d'héroïne, le premier volet de cette section focalisera sur l'exploration de cette technique thérapeutique. Par la suite, un intérêt sera porté à l'égard des traitements utilisant plutôt la buprénorphine comme substitut à l'héroïne. Finalement, la dernière partie de cette section s'orientera vers la description des programmes de prescription médicale d'héroïne, stratégie de réduction des méfaits qui s'avère étudiée par le projet canadien NAOMI.

Programme de maintien à la méthadone

L'utilisation de la méthadone à des fins de traitement débuta en 1963, suite à l'expérience concluante de Dole et Nyswander (Brisson, 1997; Dole & Nyswander, 1966; Fischer et al., 2002; Murray, 1998). Démontrant une efficacité significative en termes de réduction de la consommation d'héroïne, la méthadone devint rapidement le principal produit utilisé pour le traitement de l'héroïnomanie (Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2002). De nos jours, plus de 90% de tous les traitements offerts aux individus désirant réduire, voire mettre un terme à leur consommation d'héroïne, présentent une composante biomédicale utilisant la méthadone (Fischer et al., 2006; Fischer, Rehm et al., 2002; Morgan et al., 2006). Bien que ce substitut synthétique opiacé puisse être consommé par voie intraveineuse, l'administration par voie orale demeure privilégiée puisque ce mode de consommation favorise une réduction des risques de propagation de certaines maladies virales qui se verraient transmises par le biais du partage de matériel d'injection souillé,

notamment le VIH et le VHC (D'Aunno & Pollack., 2002; Gibson & Flynn, 1999; Kerr, Marsh, Li, Montaner & Wood, 2005; Murray, 1998; Zaric, Barnett & Brandeau, 2000). Par ailleurs, Luty (2003) mentionne que les risques d'infection au VIH sont cinq fois plus importants chez les usagers d'héroïne qui n'adhèrent à aucun traitement, en comparaison avec ceux participant à un quelconque programme de maintien à la méthadone.

Bien sûr, la méthadone doit toutefois être offerte à des doses suffisantes pour s'avérer efficace; dosage qui se doit d'être ajusté en fonction de chaque bénéficiaire (Amato et al., 2005; Amato & Minozzi, 2004; D'Aunno & Pollack., 2002; Dony, Brassier, Bigelow, Stitzer & Walsh, 2005; Langendam, Van Brussel, Coutinho & Van Ameijden, 2001; Luty, 2003; Simoens & Matheson, 2005; Van Den Brink & Haasen, 2006). Par ailleurs, l'ajout de composantes psychothérapeutiques (Scherbaum et al., 2005) ou behavioristes (Lussier, Heil, Mongeon, Badger & Higgins, 2006; Robles, Stitzer, Strain, Bigelow & Silverman, 2002), ainsi que l'intégration d'une thérapie de « contingency management » (Greenwald, 2006; Prendergast & Podus, 2006) ou d'un support communautaire (Abbott, Moore & Delaney, 2003) augmente également l'efficacité du traitement biomédical à base de méthadone.

Par ailleurs, il existe différents types d'intervention utilisant la méthadone, allant des programmes à haut seuil jusqu'aux programmes à bas seuil. Selon Brisson (1997), on caractérise comme programme à **haut seuil** tout programme de maintien à la méthadone qui place le toxicomane dans un cadre très stricte. À titre d'exemple, ces programmes à exigences élevées peuvent obliger le participant à demeurer abstinent (Brisson, 1997). Au Québec, un examen médical complet, une évaluation psychosociale ainsi que la signature d'un contrat thérapeutique s'avèrent nécessaires préalablement à tout traitement de désintoxication utilisant la méthadone. (Collège des médecins du Québec & Ordre des pharmaciens du Québec, 2000). Quant aux programmes à **bas seuil**, ces derniers cadrent davantage dans une optique de réduction des méfaits puisqu'ils focalisent, non pas sur l'arrêt de la consommation, mais plutôt sur l'accompagnement de l'utilisateur d'héroïne dans son style de vie, et ce, en tentant de l'aider à réduire les risques liés à sa consommation (Brisson, 1997). Selon Brisson (1997), ces programmes présentent une efficacité notable

avec les consommateurs de diacéylmorphine qui affichent des problèmes sociaux, comportementaux et/ou psychiatriques et qui semblent avoir une faible motivation à changer leurs habitudes de vie.

Généralement, la participation à un programme de maintien à la méthadone conduit le bénéficiaire vers une réduction de sa consommation d'opiacé illégale, une réduction des symptômes de sevrage ainsi que vers une amélioration de sa condition physique, psychologique, sociale, voire économique (Dony et al., 2005; Fairbank, Dunteman & Condelli, 1993; Fischer et al., 2005; Fischer, Rehm et al., 2002; Greenwald, 2006; Murray, 1998). Toutefois, la consommation de ce substitut opiacé peut mener à l'apparition de divers effets secondaires désagréables, notamment la diaphorèse, une baisse de libido, la constipation, les troubles du sommeil et, plus rarement, des troubles d'appétit (Léonard & Ben Amar, 2002). À cela peut s'ajouter l'apparition d'engourdissements, de maux de tête et de nausées (Fischer, Chin et al., 2002). Il importe cependant de mentionner que certains de ces symptômes ne s'avèrent aucunement exclusif à la consommation de méthadone; l'usage d'héroïne pouvant également en produire l'apparition (Léonard & Ben Amar, 2002).

Malgré les bénéfices largement reconnus associés à l'usage de méthadone, la difficulté à rejoindre ou à garder les participants en traitement demeure tout de même une réalité courante (Popova et al., 2006). En fait, plus d'un participant sur deux quitterait le programme dans l'année suivant son admission en traitement (Fischer, Rehm et al., 2002; Kahan, Srivastava & Shen, 2006; Soyka, Zingg, Koller & Kuefner, 2008). Cet abandon précoce cause problème, puisque les avantages associés à la méthadone s'avèrent proportionnels à la durée de l'usage (Condelli & Dunteman, 1993; Fischer et al., 2005; Hser, Anglin & Liu, 1991). À titre d'exemple, Murray (1998) affirme que 70% des gens qui cessent la méthadone réutiliseront des opiacés illégaux et adopteront de nouveau un mode de consommation non sécuritaire moins d'un an après leur abandon du traitement.

En somme, les traitements de maintien à la méthadone ne conviennent pas à tous les usagers d'héroïne. Certains consommateurs semblent même réfractaires à l'idée de

participer à un quelconque programme biomédical utilisant la méthadone, et ce, malgré les nombreux appuis scientifiques illustrant les avantages de ces programmes thérapeutiques. C'est d'ailleurs dans l'optique de venir en aide à un plus grand nombre d'utilisateurs de diacétylmorphine que les traitements de maintien à la buprénorphine ont fait leur apparition, principalement en Europe.

Programme de maintien à la buprénorphine

La buprénorphine représente un agoniste-antagoniste pouvant être employé dans le traitement de l'héroïnomanie. Commercialisé généralement sous le nom de Buprenex[®] (Léonard & Ben Amar, 2002), cet agent thérapeutique agit principalement sur les récepteurs opioïdes *mu* et *kappa* (Johnson, Strain & Amass 2003; Srivastava & Kahan, 2006). Lorsque consommé, l'aspect antagoniste de cette substance provoque le blocage des récepteurs opioïdes, empêchant du même coup l'apparition de l'effet agréable que procure l'injection d'héroïne, et ce, pour une période pouvant atteindre les 72 heures (Rosen et al., 1994). De par sa longue durée d'action, la buprénorphine peut être administrée trois fois par semaine, ce qui représente un net avantage comparativement à la méthadone, substance qui doit être consommée à tous les jours pour demeurer efficace (Zickler, 2001). Par ailleurs, l'aspect agoniste de la buprénorphine permet à l'utilisateur d'héroïne de percevoir un effet analgésique, faisant en sorte que ce produit demeure généralement bien accepté par les consommateurs de diacétylmorphine (Léonard & Ben Amar, 2002). De par son profil plus sécuritaire, Srivastava et Kahan (2006) croient que la buprénorphine doit primer sur la méthadone lorsque l'utilisateur d'héroïne présente un plus grand risque de dépression respiratoire ou s'il s'adonne à la consommation de benzodiazépines, réalité observée principalement chez les consommateurs plus âgés.

Lors d'un traitement, la buprénorphine demeure généralement consommée par voie sublinguale (Johnson et al., 2003). Bien qu'initialement ce produit fut disponible en solution, les praticiens dans le milieu de la toxicomanie ont rapidement préféré prescrire des comprimés de buprénorphine puisque sous cette forme, le dosage de chaque consommation devient nettement plus précis et plus stable (Johnson et al., 2003). Malgré cet effort destiné à sécuriser l'utilisation de ce substitut opiacé, bon nombre d'utilisateurs

d'héroïne, souhaitant potentialiser l'effet agoniste de la buprénorphine, transforment les comprimés afin d'être en mesure de s'injecter le produit (Johnson et al., 2003). Dans l'optique de contrer cet usage problématique, les comprimés de buprénorphine intègrent très souvent du naloxone, substance antagoniste rendant inefficace la consommation par voie intraveineuse (Léonard & Ben Amar, 2002; Johnson et al., 2003; Rosenheck & Kosten, 2001).⁴ De cette manière, l'usager d'héroïne qui s'injecte un mélange de buprénorphine et de naloxone ne ressentira non pas l'effet agréable de la buprénorphine, mais plutôt plusieurs symptômes associés au sevrage de l'héroïne (Fudala, Yu, Macfadden, Boardman & Chiang, 1998; Mendelson et al., 1996; Stoller, Bigelow, Walsh & Strain, 2001).

L'usage de buprénorphine dans une optique thérapeutique constitue donc une alternative aux traitements de maintien à la méthadone (Mattick & Kimber, 2003). Ce type de programmes s'avère d'ailleurs fortement prôné par la France, qui fût la première nation à prescrire ce substitut opiacé afin de traiter les usagers d'héroïne, et ce, dès 1987 (Hervé et al., 2004; McMurphy, Shea, Switzer & Turner, 2006). Uniquement lors de l'année 2001, ce n'est pas moins de 80 000 consommateurs d'opiacés français qui ont bénéficié de ce produit (Jacquiez, 2003). La prescription de buprénorphine demeure également une pratique courante aux États-Unis puisque près de 15% des usagers de diacétylmorphine américains sont traités avec ce substitut (Rosenheck & Kosten, 2001). Au Canada, l'autorisation officielle à l'égard de la prescription de buprénorphine n'est que tout récente (Provost, 2008; Santé Canada, 2007). Toutefois, seul le Suboxone[®] peut être administré, comprimé combinant la buprénorphine et le naloxone. Par ailleurs, tout médecin ou pharmacien canadien désirant être habilité du droit de prescrire ce produit doit préalablement avoir suivi une formation (Provost, 2008; Santé Canada, 2007).

En termes d'efficacité, la buprénorphine consommée en dose adéquate présente un portrait sensiblement similaire à la méthadone, notamment lorsque l'on s'attarde à l'usage subséquent d'héroïne (Harris, Gospodarevskaya & Ritter, 2005). Bien sûr, l'ajout de composantes behavioristes ou d'un volet de « contingency management » (Connock et al., 2007), mais également l'offre d'un support psychosocial (Clark, 2003; Dif & Winter,

⁴ Le naloxone est un antagoniste semi-synthétique à courte durée d'action. Son usage empêche la manifestation d'effets agréables associés à la prise d'un agoniste opiacé (Léonard & Ben Amar, 2002).

2005) accentue également l'efficacité du traitement. Par ailleurs, le maintien à la buprénorphine réduit la fréquence d'adoption de comportements à risque, restreignant du même coup la propagation du VIH (Marsch, Bickel & Jacobs, 1999). Toutefois, l'utilisation de ce substitut présente certains inconvénients dignes de mention. En plus de son risque de précipiter les symptômes de sevrage, la consommation régulière de buprénorphine mène au développement d'une tolérance au produit, obligeant ainsi le médecin traitant à augmenter considérablement la dose requise pour assurer l'efficacité du traitement (Johnson et al., 2003). De plus, l'apparition de nausées, de vomissements, de vertiges, de maux de tête et de constipations peut suivre l'usage de buprénorphine, et ce, au même titre que pour la méthadone ou l'héroïne (Bickel & Amass, 1995). Quant au taux de rétention en traitement, ce dernier ressemble à celui observé avec la méthadone, se chiffrant approximativement à 50% après un an (Mattick & Kimber, 2003; Strain, Stitzer, Liebson & Bigelow, 1994).

En somme, les traitements utilisant la buprénorphine ou la méthadone ne conviennent pas à tous les usagers d'héroïne. Afin de venir en aide aux consommateurs de diacétylmorphine réfractaires aux programmes thérapeutiques traditionnels, plusieurs chercheurs se sont penchés sur la possibilité d'offrir de l'héroïne sous supervision médicale à ces individus de manière à réduire les méfaits associés à leur consommation. Quelques pays ont donc mis à l'étude ce traitement novateur dans l'optique d'évaluer l'efficacité que pourrait présenter un tel programme. La prochaine section traitera des développements scientifiques qui furent réalisés sur la prescription médicale d'héroïne.

Programme de prescription médicale d'héroïne

La prescription médicale d'héroïne représente une forme de pharmacothérapie assistée où la diacétylmorphine demeure le principal agent thérapeutique. Cela s'entend que le participant à cette forme d'intervention biomédicale peut, s'il en ressent le besoin, recevoir de la méthadone en complémentarité à l'héroïne (Fischer, Rehm et al., 2002). Bien que l'héroïne pharmaceutique s'avère généralement injectée, les participants peuvent également consommer ce produit par inhalation (Van Den Brink et al., 2003). Dans certains cas, la prescription de diacétylmorphine sous forme de comprimés demeure

tout aussi possible (Office fédérale de la santé publique, 2007). Par ailleurs, l'adhésion à cette forme de traitement implique que l'utilisateur consomme sur place; l'héroïne administrée ne pouvant en aucun cas sortir du centre de prescription, et ce, par crainte d'une possible revente du produit (Dijkgraaf et al., 2005; Institut de recherche en santé du Canada, 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999). Étant donné que la demie vie de l'héroïne varie entre trois et cinq heures (Léonard & Ben Amar, 2002), le participant peut se présenter jusqu'à trois fois par jour à la clinique pour consommer de la diacétylmorphine ou de la méthadone fournis par le centre de prescription. Bien sûr, du matériel d'injection stérile est également offert au consommateur.

Un objectif central à tout traitement adressé aux usagers chroniques d'héroïne consistant à réintégrer ces individus dans la société (Bammer, Dobler-Mikola, Fleming, Strang & Uchtenhagen, 1999), il demeure important de tenter de rejoindre ceux dont les interventions thérapeutiques conventionnelles furent un échec. Pour ces consommateurs, la prescription de diacétylmorphine peut donc s'avérer une alternative intéressante. Toutefois, un écart majeur persiste entre les politiciens et les scientifiques quant au bien fondé de cette pharmacothérapie; les premiers croyant que ces traitements enverraient un mauvais message à la société, produiraient une accentuation du nombre d'usagers dans les environs des centres de prescription médicale d'héroïne et réduirait l'intérêt des héroïnomanes envers la méthadone, tandis que les seconds, par le biais de quelques études, croient aux bienfaits d'une telle alternative thérapeutique (Bammer et al., 1999).

Plusieurs de ces études ont d'ailleurs tenté d'évaluer si la participation à ce type de traitement améliorerait la santé physique et psychologique du consommateur d'héroïne et s'il favoriserait son insertion sociale (Fischer, Rehm et al., 2002). Bien que la prescription médicale de diacétylmorphine demeure une pratique acceptée au Royaume-Uni au début du XX^e siècle, il n'en demeure pas moins que c'est la Suisse qui réalisa la première étude expérimentale d'un tel programme thérapeutique (Satel & Aeschbach, 1999). Dans le cadre de ce mémoire, il s'avère pertinent de présenter tout d'abord cette étude pionnière dans le traitement de l'héroïnomanie. Par la suite, les conclusions de l'étude néerlandaise, espagnole et allemande seront exposées.

L'étude suisse

Première nation à évaluer expérimentalement l'efficacité d'un programme de prescription médicale de diacétylmorphine, la Suisse peut être considérée à juste titre comme un protagoniste dans le développement de traitements adressés aux usagers d'héroïne. En fournissant de la diacétylmorphine (qui devait toutefois être consommée par voie intraveineuse), mais également de la méthadone et de la morphine aux participants, en leur offrant divers soins médicaux et psychiatriques ainsi qu'en plaçant plusieurs conseillers sociaux à leur disposition, l'étude suisse représente une stratégie novatrice développée dans une optique de réduction des méfaits (Satel & Aeschbach, 1999).

La participation à un tel programme thérapeutique ne fut réservée qu'aux consommateurs d'héroïne les plus dépendants ayant échoué minimalement deux tentatives de traitement (principalement celui de maintien à la méthadone) et démontrant des signes évidents de détresse physique, mais également psychologique et sociale (Satel & Aeschbach, 1999). Au total, ce n'est pas moins de 385 usagers d'héroïne qui ont bénéficié d'un traitement axé sur la consommation intraveineuse de diacétylmorphine. Réalisé sur une période de trois ans, soit de 1994 à 1997, les résultats avancés par ce projet dénotent, sur le plan de l'utilisateur, une amélioration de sa condition physique et psychologique, une meilleure intégration sociale ainsi qu'une réduction de sa consommation d'héroïne illicite (Rook et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999). Par ailleurs, le taux de rétention au programme thérapeutique fut également encourageant puisque approximativement 70% des participants recevant de l'héroïne sous supervision médicale s'avéraient toujours en traitement après 18 mois (Rehm et al, 2001; Satel & Aeschbach, 1999).

Bien qu'aucune évaluation de l'impact communautaire de l'implantation de ces cliniques ne fut effectuée, les expérimentateurs suisses ont néanmoins remarqué que la participation au programme de prescription médicale d'héroïne prévenait l'itinérance. En fait, seulement 1% des participants ne possédaient aucune résidence lors de la fin de l'étude, comparativement à 12% au début du projet (Satel & Aeschbach, 1999). Puisque

l'étude de Fischer et de ses collaborateurs (2006) stipule que les individus sans domicile fixe s'injectent jusqu'à sept fois plus souvent à l'extérieur que les usagers de drogues par injection qui possèdent une résidence, il s'avère logique de supposer que la mise en place d'un programme de prescription médicale d'héroïne puisse favoriser une réduction de la quantité de débris associés à l'injection de drogues au sein de la communauté hôte.

En somme, l'étude réalisée en suisse illustre que la prescription médicale d'héroïne représente une stratégie d'intervention faisable et efficace. D'ailleurs, les conclusions de cet essai clinique ont mené la Suisse à adopter officiellement cette forme de traitement pharmacologique adressé aux usagers chroniques d'héroïne. Connue sous le nom de « traitement HeGeBe », ce programme thérapeutique s'avérait disponible, en 2006, dans 23 institutions de ce pays (Office fédérale de santé publique, 2007). Bien que les résultats du projet suisse encouragent la création de tels centres de traitement, Satel et Aeschbach (1999) dénotent certaines limites méthodologiques à cette étude, notamment l'absence d'un groupe contrôle, l'utilisation de données auto révélées pour mesurer la criminalité et l'usage d'opiacés illicites chez les participants ainsi que l'offre pratiquement cinq fois plus élevée de services psychosociaux comparativement aux traitements traditionnels. Dans un tel contexte, les conclusions de cette étude furent contestées sur la base de leur réelle validité. Dans les années qui suivirent, plusieurs nations mirent donc en place de nouvelles études dans le but de corriger les lacunes méthodologiques observées dans l'étude suisse.

Autres études évaluatives d'un programme de prescription médicale d'héroïne

La diffusion des résultats prometteurs en provenance de l'étude suisse a rapidement incité les Pays-Bas à pousser plus loin les expérimentations sur les traitements de maintien à l'héroïne. En fait, ce pays réalisa une étude afin d'évaluer, d'une part, l'impact d'une telle intervention sur la consommation d'héroïne illicite des sujets, et, d'autre part, afin d'analyser les coûts monétaires découlant de la participation à un tel programme thérapeutique (Dijkgraaf et al., 2005). Utilisant une cohorte de 430 consommateurs d'héroïne recrutés entre juillet 1998 et octobre 2000, les expérimentateurs ont divisé cet échantillon en deux groupes : les participants du groupe

expérimental recevaient de la méthadone ainsi que de la diacétylmorphine injectable ou inhalable (193 sujets) tandis que les participants du groupe contrôle recevaient uniquement de la méthadone (237 sujets). Par ailleurs, 58 sujets du groupe expérimental ainsi que 33 sujets du groupe contrôle ont abandonné l'étude en cours de route (Dijkgraaf et al., 2005); les raisons évoquées, à l'exception de deux cas de décès, ne furent pas communiquées par les expérimentateurs. Toutefois, cette situation où les participants du groupe expérimental semblent davantage portés à quitter l'étude (30% des sujets) que ceux du groupe contrôle (14% des sujets) demeure curieuse. En fait, ce phénomène peut même produire un biais affectant la validité des conclusions de cette étude.

Suite à la complétion de cette expérimentation, Dijkgraaf et ses collaborateurs (2005) ont tout d'abord constaté une diminution significative de l'usage d'héroïne de rue chez plusieurs participants, peu importe leur groupe d'origine. Cependant, la proportion de sujets affichant une réduction de leur consommation d'héroïne illicite s'est avérée nettement plus élevée à l'intérieur du groupe expérimental (51,8% des participants) que parmi le groupe contrôle (28,7% des sujets). Cette situation illustre ainsi que la prescription médicale de diacétylmorphine semble présenter une alternative intéressante dans une optique de réduction de la consommation d'héroïne de rue. En ajout à cela, cette étude hollandaise laisse présager que les programmes de maintien à l'héroïne semblent démontrer un avantage économique significatif (Dijkgraaf et al., 2005). À cet égard, bien que les traitements utilisant de la diacétylmorphine comme agent thérapeutique semblent plus onéreux que ceux favorisant l'emploi unique de méthadone, il n'en demeure pas moins qu'en prenant en considération certains coûts indirects (mise en application des lois, dommages aux victimes d'actes criminels, etc.), le maintien à la méthadone conjointement à la prescription d'héroïne représente une intervention thérapeutique plus rentable économiquement que l'offre unique de méthadone (Dijkgraaf et al., 2005).

Quelques années suivant la publication des conclusions encourageantes avancées par l'étude suisse et néerlandaise, l'Espagne mit sur pied une étude comparative entre la prescription d'héroïne et le maintien à la méthadone quant à l'impact de ces traitements sur la condition physique, psychologique et sociale de l'usager d'héroïne. Se déroulant

lors des années 2003 et 2004, ce projet regroupa 62 participants qui furent assignés, de manière aléatoire, soit dans un groupe recevant uniquement de la méthadone (31 sujets), soit dans un groupe traité avec de la méthadone et de la diacétylmorphine par voie intraveineuse (31 sujets) (March et al., 2006). Bien sûr, tous les participants pouvaient bénéficier de soins médicaux, mais également être orientés vers les divers services sociaux disponibles, notamment une aide à l'emploi et au logement (March et al., 2006).

Les résultats de ce projet furent visiblement similaires à ceux recueillis lors des précédentes études sur le sujet. En fait, une amélioration en termes de la santé physique, psychologique et sociale, une réduction de la consommation d'héroïne illicite ainsi qu'une diminution de l'adoption de comportements à risque furent remarquées chez plusieurs participants, qu'ils fussent dans le groupe recevant de la méthadone ou dans le groupe traité avec de la méthadone et de l'héroïne (March et al., 2006). Cependant, les améliorations observées furent significativement plus marquées chez les individus bénéficiant du traitement incluant un volet de prescription de diacétylmorphine, à l'exception des aspects en lien avec la qualité de vie de l'utilisateur d'héroïne où les deux groupes présentaient un profil statistiquement semblable. Dans une optique de santé publique, les conclusions de l'étude espagnole démontrent également que les programmes de maintien à l'héroïne présentent des signes prometteurs quant à leur efficacité en termes de réduction de la propagation de maladies virales (March et al., 2006).

En ajout à cela, Verthein et ses collègues (2008) ont publié les résultats de leur étude randomisée sur la prescription médicale d'héroïne, projet qui s'est déroulé en Allemagne entre 2002 et 2004. Parmi les 1015 consommateurs d'héroïne formant l'échantillon de cette étude, 515 sujets furent traités avec de la méthadone et de la diacétylmorphine par voie intraveineuse (groupe expérimental) tandis que les 500 sujets restant reçurent uniquement de la méthadone (groupe contrôle). Les conclusions de cette étude furent particulièrement encourageantes. Comparativement aux sujets du groupe contrôle, les participants recevant de l'héroïne sous supervision médicale présentèrent un meilleur taux de rétention après deux ans (67,2% vs. 40,0%), une plus grande amélioration en termes de leur santé physique et psychologique (80,0% vs. 74,0%) ainsi

qu'une plus forte réduction de leur consommation de psychotropes illégaux (69,1% vs. 55,2%). Suite aux deux ans de l'étude, Verthein et ses collaborateurs (2008) ont également constaté que, parmi les sujets recevant de l'héroïne médicale, 90,0% d'entre eux possédaient une demeure fixe, comparativement à 75,5% au début de l'étude.⁵ Bien que ce projet empirique n'ait pas évalué expérimentalement l'impact du programme de maintien à l'héroïne sur la quantité de débris dans le voisinage immédiat de la clinique, il demeure envisageable que la baisse du taux d'itinérance observée puisse avoir influé sur la quantité de débris reliés à l'injection de drogues présents dans le secteur de la clinique.

En résumé, les quelques études internationales effectuées sur la prescription médicale d'héroïne exposent l'efficacité de cette pratique en termes d'amélioration de la santé physique et psychologique des usagers d'héroïne, mais également en termes d'optimisation de l'intégration et de la condition sociale de ces individus. Toutefois, la littérature scientifique actuelle demeure pratiquement exempte d'études évaluant l'impact des cliniques offrant ce type de programme sur la communauté environnante, plus précisément quant à leur influence sur la quantité de débris indésirables ainsi que sur le nombre d'activités déviantes observables aux abords de ces centres. Bien que la présentation de certaines hypothèses quant aux répercussions probables de ces cliniques sur ces aspects s'avère possible, notamment si l'on s'attarde à leur influence sur le taux d'itinérance des participants, il importe de préciser davantage ce volet. En fait, puisque la quantité de débris nuisibles ainsi que la présence d'activités déviantes à l'intérieur d'un quartier représentent des éléments qui peuvent déranger certains résidents, il importe de connaître précisément l'influence des cliniques de prescription médicale d'héroïne sur ces aspects préalablement à l'instauration officielle d'un de ces centres en territoire canadien. Ce présent mémoire cadre d'ailleurs dans cet optique, de manière à clarifier et à définir explicitement l'impact de l'implantation de ces programmes sur la quantité de divers débris, notamment ceux reliés à l'injection de drogues, mais également sur la présence d'activités nuisibles ainsi que sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans les environs des cliniques de prescription médicale d'héroïne.

⁵ Fait référence à la phase II de l'étude. Ce volet ne fut réalisé qu'avec le groupe expérimental; le groupe recevant de la méthadone ayant été ignoré.

1.2 Problématique

La dépendance aux opiacés, principalement à l'héroïne, ne représente nullement une réalité spécifique à l'Europe. Au Canada, l'abus et la dépendance à ce psychotrope touchent en fait plusieurs milliers d'individus. À titre d'exemple, Fischer et ses collègues (2006) allèguent qu'il ne s'avère aucunement déraisonnable de supposer que près de 100 000 canadiens adoptent un usage récréatif ou abusif de ce produit. Puisque la tolérance à la diacétylmorphine s'installe très rapidement, O'Brien (2001) stipule que plusieurs consommateurs néophytes augmenteront significativement leur consommation quotidienne d'héroïne afin de palier à cet accoutumance. Par exemple, Brands, Sproule et Marshman (1998) ont remarqué qu'au départ, certains usagers d'héroïne consomment quotidiennement 3mg ou moins de ce psychotrope. Plusieurs années plus tard, certains de ces individus rapportent faire usage d'une quantité pouvant être 100 fois supérieure à la dose initialement requise pour satisfaire leur désir d'héroïne. Dans une optique de santé publique, il devient donc essentiel de développer diverses stratégies afin d'atténuer les répercussions individuelles, mais également sociales associées à cette pratique.

Bien que l'approche prohibitionniste tente d'enrayer la consommation des substances psychoactives illégales, plusieurs membres de la communauté scientifique sont d'avis que cette approche répressive accentue plutôt l'adoption de comportements à risque, notamment le partage de seringues entre utilisateurs, qui, à son tour, favorise la propagation de plusieurs maladies virales dont le VIH (Bammer, Hall, Hamilton & Ali, 2002; Inchaurraga, 2003; Léonard & Ben Amar, 2002). Dans l'optique de réduire les conséquences néfastes associées à la consommation de drogues par voie intraveineuse, le gouvernement du Canada s'est penché sur l'adoption de stratégies variées découlant de l'approche de réduction des méfaits, notamment les programmes pharmacologiques axés sur le maintien à la méthadone. Ce n'est cependant qu'approximativement 25% des usagers d'héroïne canadiens qui participent à un tel programme thérapeutique. Par ailleurs, seulement 60% de ces individus poursuivront le traitement au-delà d'un an (Fischer, Rehm et al., 2002). Pour tenter de rejoindre ces gens qui ont connu maints échecs avec la méthadone, le Canada, suite aux résultats encourageants provenant des

études européennes sur les programmes de prescription médicale d'héroïne, débuta en 2005 un projet expérimental du même type, baptisé NAOMI.

Les objectifs de cet essai clinique randomisé consistent, d'une part, à comparer la rétention en traitement des consommateurs de diacétylmorphine participant à un programme de prescription médicale d'héroïne avec celui des individus inscrits à un traitement de maintien à la méthadone. D'autre part, ce projet pilote tente de mesurer l'impact de ces deux méthodes thérapeutiques sur divers aspects, notamment sur la santé physique et psychologique des participants, sur leur consommation de drogues illicites ainsi que sur leurs activités criminelles (Institut de recherche en santé du Canada, 2005). Bien sûr, tout comme lors des expérimentations européennes portant sur l'offre d'héroïne sous supervision médicale, l'étude NAOMI permet à ses participants de bénéficier de divers services cliniques et sociaux (Institut de recherche en santé du Canada, 2005). Puisque les études réalisées sur le vieux continent concluent que la participation à un programme de prescription médicale d'héroïne réduit la consommation d'héroïne de rue, optimise la condition sociale et améliore la santé physique et psychologique de l'utilisateur d'héroïne européen (Dijkgraaf et al., 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Verthein et al., 2008), le Canada prit l'initiative de vérifier si ces résultats pouvaient également être observés pour la clientèle canadienne utilisatrice de diacétylmorphine. Pour ce faire, deux villes furent choisies afin d'assurer l'implantation et la supervision des cliniques de prescription médicale d'héroïne, soit Vancouver et Montréal. À cet égard, les premiers participants de l'étude firent leur entrée en mars 2005 (Vancouver) ou en juin 2005 (Montréal). Pour de plus amples informations concernant cet essai clinique, une section intitulée « Fonctionnement du projet NAOMI » se retrouve en annexe.

Afin de bonifier cette étude, le projet NAOMI-CI fut créé de manière à évaluer l'impact des cliniques NAOMI sur la communauté, volet qui fut toujours négligé par les précédentes études portant sur les programmes de prescription d'héroïne sous supervision médicale. Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse portera plus précisément sur l'impact de l'implantation des cliniques NAOMI sur la quantité de certains débris jugés indésirables, sur le nombre d'activités déviantes ainsi que sur la présence d'événements

en lien avec la sécurité publique présents dans les environs des cliniques de Vancouver et de Montréal.

Fait notable, le site expérimental de Vancouver diffère largement du site de Montréal, principalement quant au nombre de consommateurs d'héroïne présents dans le secteur à l'étude. En fait, la clinique NAOMI de Vancouver se situe à l'intérieur du Downtown Eastside, quartier regroupant plus de 5 000 usagers de drogues par voie intraveineuse (Small, Rhodes, Wood & Kerr, 2007). Quant au site de Montréal, la clinique NAOMI s'avère implantée dans le quartier Mont-Royal, secteur plutôt reconnu pour ses caractéristiques culturelles et artistiques. Dans cette condition, il demeure possible que les conséquences communautaires découlant de l'implantation du programme NAOMI puissent diverger entre les deux sites à l'étude. Cette dissemblance a d'ailleurs conduit à la conception de deux hypothèses distinctes.

La première hypothèse de ce mémoire se rapporte au fait que l'implantation de la clinique NAOMI dans le quartier expérimental de Vancouver provoquera une réduction de la quantité de différents débris jugés indésirables ainsi qu'une diminution du nombre d'activités déviantes à l'intérieur de ce site d'étude. De ce fait, le nombre d'événements en lien avec les services d'urgence risque également d'être moins élevé. Tel que mentionné par Small et ses collègues (2007), la très grande majorité des consommateurs de drogues injectables du site de Vancouver s'injectent dans des endroits publics, provoquant ainsi une présence importante de débris d'injection dans le quartier. Puisque les utilisateurs d'héroïne de ce secteur, en participant au programme NAOMI, doivent consommer leur diacétylmorphine pharmaceutique à l'intérieur de la clinique, une réduction de la quantité de débris d'injection ainsi qu'une diminution du nombre d'activités déviantes, tel l'usage d'héroïne sur la voie publique, s'avère envisageable dans le voisinage du centre de prescription d'héroïne. Du même coup, les risques d'une surdose accidentelle, situation qui demande l'intervention des ambulanciers, voire des policiers, se voient également réduits. Ces multiples répercussions positives furent d'ailleurs observées près du centre d'injection supervisée de Vancouver (Wood et al., 2004), service favorisant également la consommation intraveineuse à l'intérieur d'un

endroit prédéterminé. De plus, un rapport en provenance d'Australie datant de 1998 soutient que la venue de centres d'injection supervisée pourrait produire une réduction de la présence de matériel d'injection souillé dans la communauté (Symonds et al., 1998). Il devient donc possible qu'une réalité similaire se produise dans les environs de la clinique NAOMI de Vancouver.

Puisque le site expérimental de Montréal se retrouve dans un quartier plutôt caractérisé par ses activités culturelles et artistiques, une seconde hypothèse fut élaborée à l'effet que, contrairement à ce qui demeure envisagé pour le site de Vancouver, le programme NAOMI de Montréal pourrait attirer un plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables dans les environs de la clinique, situation qui pourrait provoquer une augmentation de la quantité de débris indésirables, mais également une accentuation du nombre d'activités nuisibles ainsi qu'une hausse du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans le voisinage immédiat de la clinique NAOMI. Bien que les usagers d'héroïne inscrits à cet essai clinique ne devraient pas laisser de débris dans le voisinage du centre de prescription d'héroïne, il demeure possible que ces participants pourraient affluer dans le quartier en compagnie d'autres consommateurs non sujets à l'étude NAOMI. Comme le mentionne Soward, les centres d'injection supervisée peuvent attirer de nouveaux usagers de drogues injectables, menant ainsi à une accentuation du nombre de ces individus dans le voisinage immédiat du centre (Symonds et al., 1998).⁶ Puisque les cliniques NAOMI partagent plusieurs caractéristiques communes avec de tels centres, ce phénomène pourrait également se reproduire près de la clinique NAOMI de Montréal. Par conséquent, une augmentation du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse dans le secteur favoriserait une accentuation de la consommation extérieure de psychotropes injectables, phénomène qui pourrait mener à une hausse de la quantité de débris reliés à l'injection (Dehue, 2002), mais également à une accentuation des risques de surdoses accidentelles qui nécessiteraient alors l'intervention des services d'urgence.

⁶ Gregory Soward est le président de l'Association des contribuables de Nimbin, situé dans le New South Wales, Australie.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

L'utilité première du précédent chapitre consistait à documenter le phénomène de l'héroïnomanie de manière à favoriser une meilleure connaissance du contexte dans lequel se positionne la prescription médicale d'héroïne. Cette pratique thérapeutique émanant de l'approche de réduction des méfaits s'avère d'ailleurs une stratégie encourageante pour répondre au problème grandissant de l'usage d'héroïne, principalement sur les plans individuels et sociaux du consommateur. Par contre, la littérature scientifique étant dépourvue d'études empiriques portant sur l'impact des cliniques offrant de la diacétylmorphine dans un cadre thérapeutique sur la quantité de débris indésirables, sur le nombre d'activités déviantes ainsi que sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique présents dans le voisinage de ces centres, la recommandation d'une mise en place permanente de ce type de programme restera audacieuse tant et aussi longtemps que ces derniers aspects demeureront nébuleux.

Le second chapitre de ce mémoire présentera la méthodologie employée afin d'évaluer ces conséquences d'ordre communautaire, évaluation qui s'effectuera par le biais d'une étude empirique utilisant, comme sites expérimentaux, les quartiers de Montréal et de Vancouver qui abritent une clinique NAOMI. Dans un premier temps, certaines caractéristiques démographiques, économiques et sociales seront exposées pour chacun des secteurs à l'étude de manière à illustrer les similarités, mais également les divergences entre ces deux arrondissements. Afin d'assurer la production d'une image fidèle de chacun de ces sites, ces derniers seront également comparés avec leur agglomération propre (région métropolitaine de Montréal ou de Vancouver). Le second volet de ce chapitre présentera la méthode de collecte des données utilisée pour la réalisation de cette étude, section qui sera suivie par plusieurs explications théoriques quant au format de ces données, soit sur les séries chronologiques interrompues. Par la suite seront présentées les différentes variables choisies afin d'évaluer l'impact des cliniques NAOMI sur leur communauté environnante. La dernière section de ce chapitre apportera certaines précisions sur la régression segmentée, méthodologie employée pour l'analyse statistique des différentes séries chronologiques de cette étude.

2.1 Caractéristiques des sites expérimentaux

Une connaissance démographique, économique et sociale des arrondissements de Montréal et de Vancouver où se retrouvent les cliniques NAOMI s'avère un outil élémentaire permettant de bien comprendre le contexte à l'intérieur duquel chacun des centres de prescription médicale d'héroïne se voit implanté. Afin d'assurer une interprétation plus juste des chiffres avancés, une comparaison des statistiques des secteurs à l'étude avec celles de leur agglomération propre se doit d'être réalisée. Ainsi, les données numériques décrivant l'arrondissement du Plateau Mont-Royal seront mises en perspective avec celles dépeignant la situation de la ville de Montréal.⁷ De même, les observations statistiques spécifiques à l'arrondissement du Downtown Eastside se verront comparées avec celles de la cité de Vancouver.⁸ L'adoption de cette approche donnera lieu à une vision plus nuancée des différents quartiers à l'étude.

2.1.1 L'arrondissement du Plateau Mont-Royal (Montréal)

Le Plateau Mont-Royal représente un arrondissement de 8,1 km² situé au nord-est du centre-ville de Montréal. Traversé par trois lignes de métro, ce quartier comporte plusieurs restaurants, de nombreuses boutiques ainsi que quelques salles de spectacle. Dans un tel contexte, il s'avère donc prévisible que ce secteur reçoive fréquemment la visite de nombreux Montréalais en quête de gastronomie ou de divertissements.

Les statistiques descriptives de cette agglomération qui seront présentées subséquemment proviennent de deux documents officiels de la ville de Montréal. Le premier de ces écrits fut rédigé en 2008 et s'appuie sur le recensement de 2006, tandis que le second document fut produit en 2007 et se base sur les données socio-économiques

⁷ Fait référence à la moyenne des 19 arrondissements composant la ville de Montréal soit: Ahuntsic-Cartierville, Anjou, Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce, Lachine, LaSalle, L'Île-Bizard-Sainte-Geneviève, Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, Montréal-Nord, Outremont, Pierrefonds-Roxboro, Plateau Mont-Royal, Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles, Rosemont-La Petite-Patrie, Saint-Laurent, Saint-Léonard, Sud-Ouest, Verdun, Ville-Marie et Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension.

⁸ Fait référence à la moyenne des 23 communautés composant la ville de Vancouver soit : Arbutus Ridge, Downtown, Downtown Eastside, Dunbar-Southlands, Fairview, Grandview-Woodland, Hastings-Sunrise, Kensington-Cedar Cottage, Kerrisdale, Killarney, Kitsilano, Marpole, Mount Pleasant, Oakridge, Renfrew-Collingwood, Riley Park, Shaughnessy, South Cambie, Strathcona, Sunset, Victoria-Fraserview, West End et West Point Grey.

de 2001. L'usage du second bilan s'explique par le fait que le document de 2008 n'est que partiel; plusieurs informations pertinentes en lien avec l'immigration, le revenu et la scolarité des citoyens s'avérant manquantes. Toutefois, il devient fort probable que les chiffres avancés par ce rapport de 2007 puissent varier de la réalité notée en 2008.

Sur le plan démographique, le plus récent recensement réalisé sur le Plateau Mont-Royal affiche une population de 101 054 individus, ce qui représente 6,2% des 1 620 693 habitants de la ville de Montréal. Par ailleurs, près de la moitié de cette population (46,6%) se compose de gens âgés de 20 à 39 ans, ratio nettement supérieur à tout autre quartier de Montréal. À titre comparatif, les individus inclus dans cette tranche d'âge représentent 30,2% de l'ensemble de la population montréalaise (Montréal en statistiques, 2008). À l'instar de Montréal, la majorité des familles du Plateau Mont-Royal se composent de deux parents; les familles monoparentales ne représentant qu'approximativement 20% du nombre total de familles. Parmi celles-ci, la mère a la charge de ou des enfants dans sensiblement quatre familles monoparentales sur cinq (Montréal en statistiques, 2008). Dans un autre ordre d'idées, 90% des citoyens de cet arrondissement s'avèrent en mesure de converser en français, comparativement à 68% pour l'anglais (Montréal en statistiques, 2008). Par ailleurs, 71,2% des foyers de ce quartier emploient principalement la langue française, comparativement à 19,4% pour l'anglais. En fait, ces statistiques ressemblent à ce qui s'observe pour l'ensemble de la ville de Montréal, où 87% des habitants s'avèrent habilités à entretenir une conversation en français, comparativement à 64% pour la langue anglaise. Toutefois, le français représente moins fréquemment la langue de choix utilisée à la maison (59,8%) (Montréal en statistiques, 2008). Bref, le Plateau Mont-Royal comporte un bassin populationnel considérable. De plus, la proportion élevée de gens âgés de 20 à 39, tout comme la présence importante de citoyens utilisant uniquement le français à leur domicile, représentent des aspects distinctifs de cet arrondissement.

Le Plateau Mont-Royal se distingue également par certaines caractéristiques économiques. Tout d'abord, les coûts mensuels destinés au logement se chiffrent en moyenne à 1084\$ pour un appartement à trois chambres de cet arrondissement (Le Hirez,

2008), comparativement à 661\$ pour une habitation à deux chambres située à l'intérieur de l'ensemble de la ville de Montréal (Ringuet, 2008). Malgré la présence d'une pièce en moins, l'écart observé demeure considérable. Par ailleurs, le plus récent bilan officiel produit par la ville de Montréal et incluant une mention du revenu moyen indique que le revenu annuel moyen des citoyens de 15 ans et plus demeurant à l'intérieur du Plateau Mont-Royal s'avère légèrement supérieur à celui observé chez la moyenne des citoyens montréalais (27 449\$ comparativement à 25 942\$) (Fouron, 2007). Malgré cette réalité économique favorable, 32,2% des ménages du Plateau Mont-Royal sont considérés comme bénéficiant d'un faible revenu, proportion qui s'apparente à la moyenne observée pour l'ensemble des arrondissements montréalais (31,5%). Par conséquent, il n'est pas surprenant de remarquer que les statistiques officielles de Montréal montrent que 22,2% des habitants du Plateau Mont-Royal sacrifient minimalement 30% de leur revenu pour les coûts reliés à l'habitation, phénomène démontrant la précarité d'un nombre important de citoyens de ce secteur (Fouron, 2007). Somme toute, bien que globalement la population du Plateau Mont-Royal présente un revenu moyen supérieur à la normale montréalaise, il n'en demeure pas moins qu'une proportion considérable d'habitants de cet arrondissement subsiste en bénéficiant de ressources monétaires limitées.

Afin de compléter le portrait statistique du Plateau Mont-Royal, il importe de présenter quelques précisions sur certaines caractéristiques sociales représentatives de cet arrondissement. En premier lieu, l'évaluation de la mobilité des habitants démontre que 55% de la population du Plateau Mont-Royal a déménagé entre 2001 et 2006, comparativement à 45% pour l'ensemble de Montréal. En fait, c'est à l'intérieur du Plateau Mont-Royal que l'on observe le second roulement de citoyens en importance de toute la région métropolitaine de Montréal (Montréal en statistiques, 2008). Par ailleurs, malgré le fait que la proportion d'immigrants s'avère non négligeable (21,4%), il n'en demeure pas moins que ce taux se place sous la moyenne montréalaise de 27,5%. Bien que les immigrants qui se retrouvent à Montréal s'avèrent principalement d'origine italienne (12,6%), les nouveaux arrivants en provenance de France (19,6%) s'affichent comme les principaux immigrants demeurant sur le Plateau Mont-Royal (Fouron, 2007). Par ailleurs, la scolarité de la population habitant cet arrondissement diffère grandement

du niveau d'éducation moyen des habitants de Montréal. À cet effet, 48,8% des citoyens du Plateau Mont-Royal ont effectué des études universitaires, proportion définitivement plus élevée que pour l'ensemble des quartiers de Montréal (26,4%). Quant au bassin populationnel sans aucun bagage académique équivalent aux études secondaires, une divergence marquée existe entre le Plateau Mont-Royal (9,2%) et la moyenne observée pour la ville de Montréal (16,8%) (Fouron, 2007). En résumé, ces chiffres démontrent que la population du Plateau Mont-Royal s'avère davantage mobile et davantage instruite tout en présentant un taux inférieur d'immigrants comparativement à la moyenne observée pour la cité de Montréal.

Tableau 1 : Statistiques démographiques, économiques et sociales du Plateau Mont-Royal en comparaison avec la ville de Montréal, 2006

	Plateau Mont-Royal	Ville de Montréal	Écart
DÉMOGRAPHIE			
Population	101 054	1 620 693	
Population âgée de 20 à 39 ans	46,6 %	30,2 %	↗
Proportion de familles monoparentales	18,7 %	21,7 %	↘
Langue principale au domicile des citoyens	Français (71,2 %)	Français (59,8 %)	↗
ECONOMIE			
Coût moyen du logement ¹	1084 \$	661 \$	↗
Revenu annuel moyen *	27 449 \$	25 942 \$	↗
Proportion de ménages ² à faible revenu *	32,2 %	31,5 %	↗
SOCIÉTÉ			
Taux de mobilité (entre 2001 et 2006)	55,0 %	45,0 %	↗
Proportion d'immigrants *	21,4 %	27,5 %	↘
Proportion d'individus ayant obtenu un diplôme universitaire *	48,8 %	26,4 %	↗
Proportion d'individus sans diplôme secondaire *	9,2 %	16,8 %	↘

* Statistiques provenant des données de recensement de 2001

¹ Fait référence à un logement à trois chambres (Plateau Mont-Royal) ou à deux chambres (Montréal)

² Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un même logement et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada

2.1.2 L'arrondissement du Downtown Eastside (Vancouver)

Situé dans la partie nord-est de Vancouver, le quartier Downtown Eastside, avec une superficie de 9 km², représente un des plus petits, mais également un des plus anciens quartiers de cette métropole de la Colombie-Britannique. Abritant une population marginale, cette communauté s'avère généralement reconnue pour ses problèmes de pauvreté, de toxicomanie, de prostitution, de criminalité et d'itinérance (Small et al., 2007). À titre d'exemple, Small et ses collègues (2007) affirment que ce secteur comporterait plus de 5 000 usagers de drogues par injection, situation qui laisse présager que la consommation extérieure de psychotropes illicites représenterait une problématique importante dans le Downtown Eastside. Il importe de mentionner que les données statistiques qui seront présentées proviennent d'études de recensement réalisées en 2001; à l'exception des informations en lien avec la population; ces dernières provenant des données de 2006. À l'instar du Plateau Mont-Royal, il existe très probablement une légère différence entre les chiffres présentés et la réalité observable en 2008. Toutefois, ces statistiques permettront de tracer un portrait représentatif de la situation du Downtown Eastside.

Sur le plan démographique, on recense 56 189 individus à l'intérieur du Downtown Eastside. Ce nombre constitue 9,1% de la population totale de la ville de Vancouver, qui elle-même se chiffre à 618 469 habitants. Parmi cette population de moins de 60 000 citoyens, 23,6% d'entre eux sont âgés de 20 à 39 ans, ratio nettement moins élevé que celui calculé pour la cité de Vancouver (36,6%). En fait, la population du Downtown Eastside se compose plutôt de gens âgés de 40 à 64 ans (48,1%) (BC Stats, 2006). Dans un autre ordre d'idées, le taux de familles monoparentales se chiffre à 41,9%, ce qui représente une proportion beaucoup plus élevée que la moyenne observée pour l'ensemble de Vancouver (27,5%) (BC Stats, 2006). Par ailleurs, lorsque l'on s'intéresse à la langue maternelle des citoyens du Downtown Eastside, on note que l'anglais vient en tête de liste avec un taux de 59,9%, suivi du chinois avec une proportion de 16,6%. Ces statistiques diffèrent légèrement de ce qui s'observe à Vancouver, ville où l'anglais représente la langue maternelle de 49,4% d'individus tandis

que le chinois se chiffre plutôt à 26,4% (BC Stats, 2006). En somme, l'arrondissement du Downtown Eastside ne contient qu'une faible fraction de la population totale de la ville de Vancouver. Réunissant principalement des gens âgés de plus de 40 ans, ce quartier renferme une proportion plus importante d'anglophones de souche ainsi qu'un taux plus marquant de familles monoparentales que pour l'ensemble de la ville de Vancouver.

Par ailleurs, l'arrondissement du Downtown Eastside demeure plus touché par la pauvreté que ce que l'on peut noter pour la métropole de Vancouver. Tout d'abord, une différence majeure s'observe quant aux coûts mensuels moyens associés au logement. À cet égard, les citoyens du Downtown Eastside déboursent approximativement 544\$ par mois pour se loger, montant inférieur à ce qui est généralement dépensé pour un logement de la cité de Vancouver (768\$) (BC Stats, 2006). Par ailleurs, le revenu annuel moyen des habitants de cet arrondissement se chiffre à 15 647\$. À titre comparatif, les citoyens de Vancouver touchent en moyenne 57 916\$, ce qui représente un revenu annuel moyen pratiquement quatre fois plus élevé (Community web pages, 2001). Dans un tel contexte, il n'est donc pas étonnant de constater que la proportion de ménages à faible revenu atteigne les 79,8% dans la communauté du Downtown Eastside, statistique définitivement plus élevée que pour l'ensemble des arrondissements de Vancouver (27,9%) (Community web pages, 2001). Somme toute, le Downtown Eastside demeure, d'un point de vue économique, un secteur où la prospérité financière de sa population s'avère limitée.

Dans l'optique de parfaire le portrait de l'arrondissement du Downtown Eastside, le dernier volet de cette analyse descriptive s'intéresse aux caractéristiques sociales de ce quartier. En termes de mobilité de la population, les statistiques officielles de la Colombie-Britannique démontrent que 67,5% des résidents du Downtown Eastside ont déménagé entre 1996 et 2001, comparativement à 51,7% pour l'ensemble des citoyens de Vancouver (Community web pages, 2001). Ces données démontrent que la population demeure davantage changeante dans cet arrondissement comparativement à la moyenne observée pour l'ensemble des quartiers de Vancouver. Par ailleurs, les immigrants du Downtown Eastside représentent 40,5% de la population totale du secteur, dont plus du quart (25,6%) s'avèrent d'origine chinoise. À titre comparatif, la proportion d'immigrants

pour l'ensemble de la ville de Vancouver rejoint les 48,9%, population principalement composée d'individus d'ethnicité chinoise (29,7%) (BC Stats, 2006). Dans un autre ordre d'idées, uniquement 19% des résidents du Downtown Eastside possèdent un diplôme universitaire, comparativement à 30,5% pour l'ensemble de la population de Vancouver. D'autre part, 23% des habitants de cet arrondissement n'ont pas complété l'école secondaire tandis qu'à Vancouver, cette proportion rejoint plutôt les 14,5% (BC Stats, 2006). Bref, la population du Downtown Eastside s'avère davantage changeante, comporte un bassin d'immigrants moins important et se révèle moins scolarisée que la moyenne de la population habitant les différentes communautés de Vancouver.

Tableau 2 : Statistiques démographiques, économiques et sociales du Downtown Eastside en comparaison avec la ville de Vancouver, 2001

	Downtown Eastside	Ville de Vancouver	Écart
DÉMOGRAPHIE			
Population *	56 189	618 469	
Population âgée de 20 à 39 ans *	23,6 %	36,6 %	↙
Proportion de familles monoparentales	41,9 %	27,5%	↗
Langue maternelle	Anglais (59,9 %)	Anglais (49,4 %)	↙
ÉCONOMIE			
Coût moyen du logement ¹	544 \$	768 \$	↙
Revenu annuel moyen	15 647 \$	57 916 \$	↙
Proportion de ménages ² à faible revenu	79,8 %	27,9 %	↗
SOCIÉTÉ			
Taux de mobilité (entre 1996 et 2001)	67,5 %	51,7 %	↗
Proportion d'immigrants	40,5 %	48,9 %	↙
Proportion d'individus ayant obtenu un diplôme universitaire	19,0 %	30,5 %	↙
Proportion d'individus sans diplôme secondaire ³	23,0 %	14,5 %	↗

* Statistiques provenant des données de recensement de 2006

¹ Montant ajusté par le Consumer Price Index

² Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un même logement et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada

³ Traduction libre du terme « High School »

En résumé, avec un bassin populationnel près de deux fois plus élevé, le Plateau Mont-Royal diffère fortement du Downtown Eastside. Principalement francophones, les habitants de cette communauté montréalaise s'avèrent généralement plus jeunes, davantage instruits et d'ordinaire plus fortunés que leurs homologues majoritairement anglophones du Downtown Eastside. Par ailleurs, le coût de la vie semble plus élevé à l'intérieur du Plateau Mont-Royal, affirmation qui trouve tout son sens lorsque l'on s'attarde aux frais pour un logement qui s'avèrent nettement supérieurs. Finalement, le Downtown Eastside comporte une proportion approximativement deux fois plus élevée de familles monoparentales et d'immigrants, renforçant du même coup sa dissemblance du Plateau Mont-Royal. Bref, les deux sites expérimentaux présentent des caractéristiques différentes, réalité qui permettra de déterminer si l'impact potentiel des cliniques NAOMI est fonction des attributs propres au site d'implantation ou si plutôt l'effet se remarque en tout temps et en tout lieu, du moment où l'intervention cible les utilisateurs d'héroïne. La réalisation d'une expérimentation similaire au sein de deux endroits différents, dans ce cas-ci, le Plateau Mont-Royal et le Downtown Eastside, représente une technique statistique qui favorise la validité interne de cette étude (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Par ce procédé, il deviendra possible de connaître avec davantage de certitude l'impact des cliniques NAOMI sur les divers aspects d'ordre communautaire évalués à l'intérieur de ce mémoire.

2.2 Méthode de collecte des données

Les données relatives à cette étude furent collectées par le biais de marches ethnographiques réalisées à l'intérieur des sites expérimentaux de Montréal et de Vancouver. En premier lieu, cette présente section définira ce en quoi consiste une marche ethnographique. Par la suite seront exposées les frontières géographiques délimitant chacun des sites expérimentaux, mais également la procédure adoptée afin de mener à bien ces dites marches.

Concrètement, chacune des marches ethnographiques consiste en une observation systématique de la réalité observée sur le terrain où chacun des marcheurs compte

précisément la quantité de débris, mais également le nombre d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique observables à l'intérieur de chacun des sites expérimentaux. En fait, la décision d'opter pour cette technique descriptive trouve tout son sens à l'effet que cette méthode permet d'obtenir une information juste et non biaisée de la quantité d'items associés à chacune des variables dépendantes de cette étude (Lamoureux, 2000). Afin d'observer l'intégralité des sites expérimentaux, ces marches d'une durée maximale de deux heures, se sont déroulées à l'intérieur de toutes les rues, de toutes les ruelles, des parcs et des stationnements se situant dans un rayon approximatif de 200 mètres autour des cliniques NAOMI de Montréal et de Vancouver. À cet effet, le site expérimental de Montréal représente un quadrilatère formé des rues Sherbrooke au sud, St-Dominique à l'est, Avenue des Pins au nord et Ste-Famille à l'ouest. Quant au secteur de Vancouver, ce dernier se voit principalement délimité par les rues Pender au sud, Carrall à l'est, Water au nord et Cambie à l'ouest. Toutefois, le secteur entouré par les rues Pender au sud, Hamilton à l'ouest, Hastings au nord et Cambie à l'est, tout comme la région localisée entre les rues Keefer Place au sud, Taylor à l'est, Pender au nord et Abbott à l'ouest s'avèrent également intégrés au site de Vancouver. Par ailleurs, la section de la rue Beatty qui rejoint la rue Pender au nord fut également annexée au site expérimental de Vancouver.

Bien sûr, le protocole de réalisation des marches ethnographiques fut clairement défini dans le but de limiter certaines sources d'erreurs potentielles associées au recensement des items et ainsi favoriser l'accord inter-juge. Tout d'abord, les marches ethnographiques furent effectuées par équipe de deux marcheurs de manière à assurer, d'une part, la sécurité des expérimentateurs, et d'autre part, afin de favoriser une recension plus exacte de la quantité d'items se retrouvant au sein des sites expérimentaux. De plus, dans le dessein de produire une étude valide, les marcheurs empruntèrent invariablement le même trajet pour parcourir l'itinéraire de marche. En ajout à cela, les expérimentateurs recensèrent les items de manière individuelle, et ce, sans jamais discuter entre eux de leurs observations. La mise en place de ce procédé favorise ainsi une recension plus exacte du nombre d'items; les individus attentifs à leur tâche présentant une plus grande facilité à détecter les différents items (Bear, Connors & Paradiso, 2002).

Afin de réaliser cette recension, chaque observateur possédait une carte papier du quartier sur laquelle les différentes rues et ruelles s'avéraient clairement identifiées (voir cartes 1 et 2 en annexe). Ainsi, à chaque fois qu'un marcheur remarquait un débris, une activité ou un événement en lien avec la sécurité publique à l'intérieur du secteur, ce dernier notait directement sur la carte le symbole associé à l'item observé à l'endroit où il l'apercevait. Ce n'est que lorsque la marche fut complétée que les données recueillies par chacun des observateurs furent combinées. En somme, les sites expérimentaux de Montréal et de Vancouver ont adopté un protocole de collecte de données comparable, notamment en termes de la superficie couverte par les marches ethnographiques ainsi qu'en termes du déroulement de ces dites marches.

Finalement, il importe de mentionner que les données relatives à cette étude ont été agrégées sur une base journalière, soit en fonction des journées de marche. Chacune des variables dépendantes sera donc composée de plusieurs moments d'observation qui se seront succédés à des intervalles réguliers tout au long de la période de collecte de données. En langage statistique, une telle série d'observations porte le nom de « série chronologique ». Ces séries chronologiques seront également dites « interrompues » puisqu'une intervention (l'ouverture de la clinique NAOMI) scindera en deux parties chacune des séries d'observations étudiées (Blais, 2008; Cable, 2001; Cook & Campbell, 1979; Gillings, Makuc & Siegel, 1981; Hartmann et al., 1980; McDowall, McCleary, Meidinger & Hay, 1976; Shadish et al., 2002; Tabachnick & Fidell, 2007). En fait, les séries observées relatives aux variables dépendantes se voient interrompues par l'arrivée de la clinique NAOMI à l'intérieur des sites expérimentaux.

2.3 Les séries chronologiques interrompues

Afin d'illustrer la logique derrière l'analyse de séries chronologiques interrompues, il importe de fournir certaines explications, d'une part, quant aux effets possibles pouvant subvenir suite à l'arrivée d'une intervention au sein d'une série d'observations, et, d'autre part, quant aux menaces à la validité des résultats d'une étude

analysant des séries chronologiques. Tout d'abord, il existe deux types d'effets principaux qui peuvent suivre la venue d'une intervention à l'intérieur d'une série d'observations : le premier implique une modification de la constante de la série, tandis que le second se rapporte à un changement de la pente de cette même série. La prochaine section expliquera les deux effets que peut produire l'ouverture de la clinique NAOMI, de même que les menaces à éviter afin de garantir la validité interne des résultats.

2.3.1 Effets principaux : la constante et la pente

Le premier effet qui peut être noté suite à l'instauration des cliniques canadiennes de prescription médicale d'héroïne consiste en un changement de la constante des différentes séries. Fréquemment, ce type d'effet démontre un impact immédiat observable à court terme (Blais, 2008; Cook & Campbell, 1979; Shadish et al., 2002). Afin d'illustrer cet effet, regardons l'exemple suivant :

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, **X**, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Les valeurs 1 à 7 représentent les observations réalisées avant l'intervention **X**, tandis que les chiffres 5 à 11 représentent les observations effectuées après cette même intervention. En suivant la logique inhérente à la série pré intervention, le chiffre débutant la série d'observations suivant l'intervention **X** devrait être 8. Cependant, la valeur notée s'avère être un 5. Puisque la série post intervention débute avec une valeur inférieure à ce qui fut attendu, il peut être conclu que l'arrivée de l'intervention **X** a produit un changement dans la constante de la série, dans ce cas-ci, la constante connaissant une diminution. La figure 1 illustre cette situation; la constante de la série s'avérant inférieure suite à la mise en place de l'intervention **X**. Si l'on applique cette situation aux cliniques NAOMI en fonction, par exemple, du nombre de débris observés, cela démontrerait que le nombre de débris diminue soudainement suite à l'instauration de la clinique de prescription médicale d'héroïne.

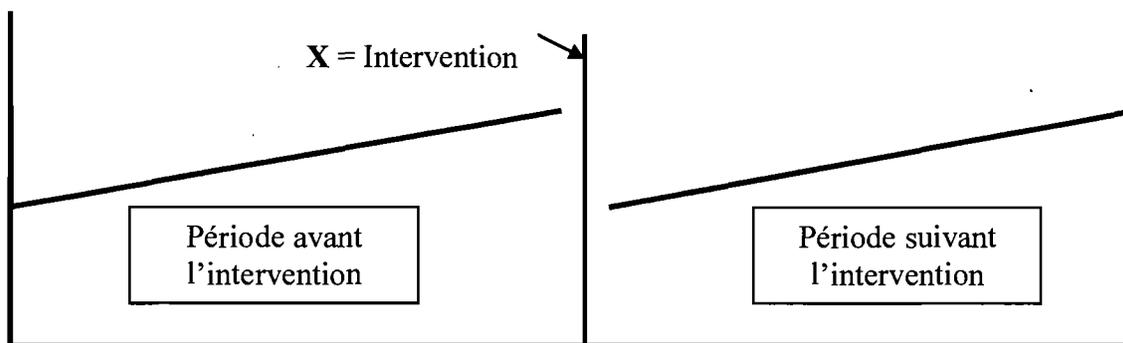


Figure 1 : Changement dans la constante suite à la venue d'une intervention

Tel qu'il le sera mentionné à l'intérieur de la prochaine section, le changement dans la constante sera évalué par le biais de la variable indépendante clinique « Statut de la clinique NAOMI ». Dans le cas où cette dernière présenterait un coefficient statistique négatif combiné avec un seuil statistique « p » inférieur à 5%, cela se traduirait par une réduction de la constante suite à l'instauration de la clinique NAOMI.

Le second effet principal qui peut être produit suite à la venue d'une intervention consiste en un impact sur la pente de la série. Contrairement à l'impact sur la constante, un effet sur la pente s'observe généralement à long terme (Blais, 2008; Cook & Campbell, 1979; Shadish et al., 2002). Afin d'illustrer un tel effet, regardons l'exemple suivant :

2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, **X**, 14, 12, 10, 8, 6, 4, 2

Les valeurs 2 à 14 représentent les observations colligées avant la venue de l'intervention **X**, tandis que les valeurs 14 à 2 se rapportent aux observations qui font suite à cette même intervention **X**. Cet exemple illustre donc une pente positive pour la série pré intervention (les chiffres augmentent graduellement de 2 unités), tandis que suite à l'intervention **X**, la pente présente un coefficient négatif (les chiffres diminuent graduellement de 2 unités). Ainsi, l'intervention a produit un changement dans la pente; dans ce cas-ci, la pente de la série d'observations connaissant une modification de sa direction (figure 2). Si l'on applique cette situation aux cliniques NAOMI en fonction du

nombre de débris recensés, cela illustrerait que le nombre de débris augmentait avant l'ouverture des cliniques, mais qu'une fois les cliniques instaurées, le nombre de débris connaîtrait une diminution graduelle.

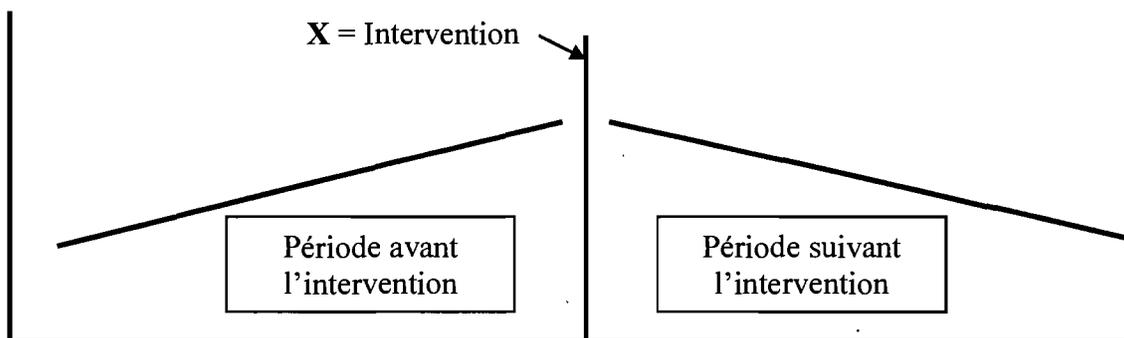


Figure 2 : Changement dans la pente suite à la venue d'une intervention

Tel qu'il le sera expliqué à l'intérieur de la section portant sur la description des variables, le changement dans la pente sera analysé par le biais de l'évaluation de deux variables de tendance, soit la « Tendance générale » et la « Tendance post intervention ». À l'instar de ce qui fut mentionné pour l'examen de la constante, ces variables devront également présenter un seuil statistique « p » inférieur à 5% pour être prises en considération. Advenant le cas où les deux variables de tendance présenteraient un coefficient différent, en valeur ou en signe, cela reflèterait que l'instauration de la clinique NAOMI a produit une modification de la pente de la série d'observations.

2.3.2 Menaces à la validité interne

Tel que mentionné par Blais (2008), différents pièges existent lorsqu'il est question d'analyser l'impact d'une intervention qui serait introduite à l'intérieur d'une série chronologique. D'ailleurs, le simple fait de ne pas tenir compte de ces menaces peut s'avérer suffisant pour discréditer l'ensemble des résultats de cette étude, et, par le fait même, de la possibilité d'identifier l'impact réel des cliniques NAOMI sur leur communauté environnante. Six principaux biais peuvent mettre en péril la crédibilité des différents résultats.

La première menace à la validité interne de cette étude porte sur une tendance post intervention qui s'avérerait être une continuité de la tendance initiale. Prenons l'exemple d'un scénario où il y aurait présence d'une tendance à la baisse avant même l'ouverture de la clinique NAOMI. Ainsi, toute diminution de la fréquence des observations suivant l'instauration du centre de prescription médicale d'héroïne s'expliquerait par la tendance initialement à la baisse, et non par l'instauration de la clinique comme telle. En fait, il pourrait être supposé que la série aurait pris la même tangente sans la présence de l'intervention. La figure 3 illustre d'ailleurs un tel phénomène.

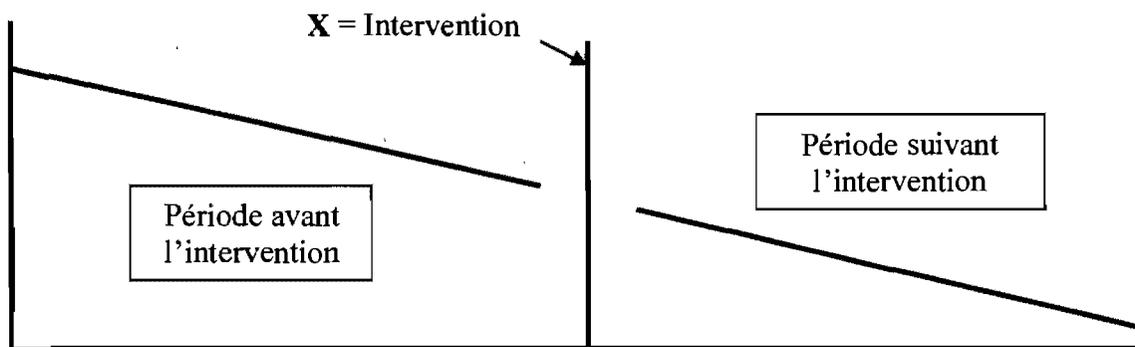


Figure 3 : Effet réducteur illusoire d'une intervention provoqué par une tendance initiale à la baisse

Dans la même veine, il demeure possible qu'une série chronologique suffisamment longue puisse également être influencée par une tendance saisonnière, seconde menace à la validité interne des résultats. Dans le cas présent, il demeure envisageable que la recension d'items fluctue en fonction des saisons, atteignant par exemple des sommets lors de la saison estivale, pour ensuite être à son plus bas lors de l'hiver. Selon cette perspective, l'instauration d'une clinique NAOMI juste avant l'hiver coïnciderait avec une réduction de la quantité d'items recensés. Pourtant, le centre de prescription médicale d'héroïne ne pourrait pas être considéré comme étant responsable de cette baisse; l'imputabilité revenant au passage normal des saisons. Somme toute, il demeure essentiel d'inclure des variables associées aux tendances à l'intérieur des

analyses. Par ce procédé, les différentes tendances seront contrôlées statistiquement, ce qui permettra d'éviter les pièges précédemment exposés (Blais, 2008).

Une troisième menace à la crédibilité des résultats se rapporte à l'historique de la série (Blais, 2008). Concrètement, ce biais se réfère au fait qu'il demeure possible que d'autres facteurs extérieurs à la clinique NAOMI puissent venir interférer avec les différentes séries d'observations. De manière à tenir compte de cette éventualité, l'emploi d'une série témoin représente une solution optimale (Blais, 2008; Shadis et al., 2002). Plus spécifiquement, une série témoin s'avère être une variable dépendante qui ne devrait pas connaître de changement suite à l'arrivée de la clinique NAOMI, mais qui demeure toutefois affectée par les autres facteurs d'influence, notamment par les conditions météorologiques, par le cycle des saisons ainsi que par le nettoyage des rues. Dans le cas présent, cette série témoin se composera des bouteilles d'alcool recensées; les cliniques NAOMI s'attaquant à la problématique de l'héroïnomanie et non pas à la consommation extérieure de boissons alcoolisées.

Dans un autre ordre d'idées, l'instrumentation, soit la manière dont les différentes informations ont été collectées, peut également représenter une menace à la validité interne des résultats (Blais, 2008). Toutefois, ce biais demeure inexistant pour cette présente étude; les données ayant été recensées et colligées selon la même technique, et ce, pour la totalité de l'étude. Par ailleurs, la sélection des groupes expérimentaux aurait également pu constituer une menace pour la crédibilité des résultats advenant le cas où les marches ethnographiques auraient eu lieu au sein de différents secteurs. Cependant, le quartier expérimental de Montréal de même que celui de Vancouver sont demeurés inchangés pour les trois ans de collecte de données. De ce fait, la sélection représente une menace qui ne s'applique pas à cette étude.

Finalement, la dernière menace à la validité interne des résultats se rapporte à la validité de construit, soit la capacité à mesurer précisément l'impact de l'intervention étudiée. (Blais, 2008). Dans le cas présent, les différentes variables dépendantes choisies pour cette étude doivent bel et bien quantifier les conséquences socio-sanitaires des

cliniques NAOMI sur leur voisinage immédiat, condition qui se voit respectée. Par ailleurs, aucune autre stratégie communautaire pouvant avoir un impact sur les diverses variables dépendantes de cette étude ne fut mise en place dans les mêmes temps que les cliniques NAOMI, limitant du même coup le piège associé à la validité de construit.

2.4 Description des variables

L'évaluation des retombées découlant des cliniques NAOMI sur leur communauté avoisinante respective s'effectuera au moyen d'une analyse portant sur la fluctuation dans le temps de la quantité de différents types de débris reliés soit à l'injection de drogues, soit au milieu de la rue, mais également par l'évaluation de la variation du nombre d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique. Le choix d'opter pour ces variables dépendantes demeure fort simple; leur présence étant susceptible d'influencer le sentiment de sécurité des citoyens. Bien sûr, l'évaluation de l'impact des cliniques NAOMI implique l'ajout de variables indépendantes cliniques; ces dernières portant, d'une part, sur la présence des centres de prescription médicale d'héroïne à l'intérieur de chacun des deux sites expérimentaux, et, d'autre part, sur le nombre de clients recevant un opiacé injectable.

Tel qu'il le fut mentionné à l'intérieur de la section précédente, la collecte de données s'est effectuée au moyen de marches ethnographiques réalisées à l'intérieur des deux sites expérimentaux. À cet égard, divers facteurs extérieurs ont pu soit perturber la recension des items choisis, notamment la fluctuation des saisons, soit influencer la présence de certaines activités déviantes, notamment les précipitations extérieures de même que la journée de la semaine où la collecte de données s'est déroulée (Blais & Ouimet, 2003). Afin de neutraliser l'impact de ces facteurs, certaines variables indépendantes saisonnières et journalières furent intégrées aux analyses statistiques. Finalement, puisque la collecte de données s'est échelonnée sur plusieurs années, des variables tendanciennes furent également requises. En fait, ces dernières mesurent la tendance générale des observations ainsi que la tendance suivant l'instauration des cliniques NAOMI.

2.4.1 Variables dépendantes associées aux items indésirables

À prime abord, il apparaît essentiel de constituer une liste exhaustive de tous les items indésirables pouvant influencer la qualité de vie des citoyens. Une première variable dépendante se réfère donc à la *quantité de débris reliés à l'injection de drogues*. Cette variable comprend les seringues, mais également les embouts ainsi que les enveloppes de seringues, les contenants d'eau stérile, les tampons d'alcool et les stéricups.⁹ Puisque ces items se rapportent directement à la consommation d'héroïne, il demeure supposé que cette variable dépendante représentera l'aspect d'ordre communautaire qui sera principalement affecté par l'instauration des cliniques NAOMI.

Une seconde variable dépendante s'intéresse à la *quantité de débris associés au milieu de la rue*, ce qui fait référence aux contenants de drogue, aux condoms ainsi qu'à certains items transitoires.¹⁰ Il importe cependant de mentionner qu'afin de refléter la réalité locale, les items transitoires observés sur le site de Montréal se rapportent généralement à des bâtons de squeegee ou à des sacs de couchage, tandis que pour le site de Vancouver, ces items font plutôt référence à des paniers d'épicerie. Considérant cette seconde variable dépendante, il demeure attendu que l'impact des cliniques NAOMI soit plus marginal, étant donné que les différents items reliés au milieu de la rue s'avèrent également en lien avec des problématiques sociales autre que la consommation d'héroïne.

Par ailleurs, les expérimentateurs montréalais ont également comptabilisé la *quantité de bouteilles d'alcool*, ce qui représente la troisième variable dépendante de cette étude. Tel que mentionné précédemment, ces items agiront à titre de série témoin non équivalente, puisqu'en toute logique, la mise en place de la clinique NAOMI ne devrait pas affecter la présence de ce type de débris. Toutefois, les bouteilles d'alcool ne furent pas recensées à l'intérieur du site de Vancouver. Bien que ce quartier renferme fort possiblement plusieurs bouteilles d'alcool, les expérimentateurs de Colombie-Britannique n'ont pourtant pas pensé à comptabiliser ces items à titre de série témoin.

⁹ Le stéricup sert à la préparation des drogues qui seront injectées. Chaque emballage contient un petit bol légèrement plus gros qu'une cuillère à table, une poignée ainsi qu'un petit morceau de coton servant à protéger la région du corps qui aura été transpercée par l'aiguille.

¹⁰ Puisqu'il s'avère possible que plusieurs contenants de drogue observés aient pu servir à contenir un psychotrope non injectable, notamment du cannabis, ce type de débris ne peut être comptabilisé à l'intérieur de la variable associée aux débris reliés à l'injection de drogues.

En ajout aux variables précédemment exposées se greffe une quatrième variable dépendante mesurant le *nombre d'activités déviantes* observées à l'intérieur de chacun des sites expérimentaux. Ces activités font référence aux comportements de sollicitation, de flânage, de vente de drogues ainsi que de fouille à l'intérieur des poubelles.¹¹ À ces items s'ajoutent les activités de squeegee, la présence de prostituées ainsi que le nombre d'individus observés qui consomment publiquement des psychotropes (drogue ou alcool) ou qui se retrouvent en état d'intoxication apparent. Enfin, le *nombre d'événements découlant d'interventions reliées à la sécurité publique* (policiers, agents de sécurité privée, ambulanciers, pompiers) forme la cinquième variable dépendante. La totalité des variables dépendantes de cette étude s'avèrent de type intervalle/ratio.

VARIABLES DÉPENDANTES ASSOCIÉES AUX ITEMS INDÉSIRABLES

- 1- Quantité de débris reliés à l'injection de drogues observés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal et de Vancouver**
- 2- Quantité de débris associés au milieu de la rue observés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal et de Vancouver**
- 3- Quantité de bouteilles d'alcool observées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (*Série témoin*)**
- 4- Nombre d'activités déviantes observées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal et de Vancouver**
- 5- Nombre d'événements découlant d'interventions reliées à la sécurité publique observés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal et de Vancouver**

2.4.2 Variables indépendantes cliniques

La première variable indépendante de cette étude se réfère au *statut d'opération de la clinique NAOMI* de Montréal et de Vancouver. De type dichotomique (0= période témoin et 1= période expérimentale), l'utilité première de cette variable indépendante consiste à déterminer si l'instauration d'une clinique NAOMI dans un secteur donné

¹¹ Le flânage fait référence aux individus errant sur la place publique sans raison apparente.

produit un impact à court terme et immédiat, effet qui se remarquerait par un changement de la constante des différentes séries d'observations. Par exemple, un coefficient négatif avec un seuil de tolérance inférieur à 5% indiquerait que la clinique NAOMI a eu un effet à la baisse sur la variable dépendante étudiée. L'évaluation de l'impact du programme NAOMI implique donc la comparaison de la situation antérieure à l'ouverture des cliniques avec la situation ultérieure à l'implantation de ces mêmes cliniques. À cet égard, lors de la période précédant l'ouverture de la clinique NAOMI de Vancouver, soit du 31 janvier 2005 au 4 mars 2005, les expérimentateurs ont réalisé 15 marches ethnographiques. Puisque cette période fut particulièrement courte, les marcheurs se devaient de suivre un rythme d'une marche à pratiquement tous les deux jours dans l'optique de collecter suffisamment de données de manière à pouvoir évaluer adéquatement l'impact de la clinique NAOMI sur la communauté. Par ailleurs, la situation observée pour le site de Montréal s'avère toute autre puisque cette clinique du Québec débuta ses activités en juin 2005, soit trois mois après celle située en Colombie-Britannique.¹² Cette période étant davantage étendue que celle allouée pour le site de Vancouver, les marcheurs ont plutôt effectué trois marches ethnographiques par semaine, à raison de deux semaines par mois. À ce sujet, lorsqu'une série de marches avait lieu lors d'une semaine, aucune marche n'était réalisée lors de la semaine suivante. Ce protocole méthodologique fut adopté lors de la période du 24 janvier 2005 au 17 juin 2005, ce qui permit d'obtenir des données en provenance de 33 marches ethnographiques.

Quant à la période suivant l'ouverture des cliniques NAOMI, les expérimentateurs de Vancouver et de Montréal ont adopté un protocole similaire en termes de réalisation des marches. Objectivement, trois marches furent effectuées lors d'une semaine d'observation, à raison d'une semaine par mois. Lors du premier mois, les marches avaient lieu durant la première semaine. Pour le second mois, les marches se déroulaient dans la deuxième semaine. Lors du troisième et du quatrième mois de marches, ces dernières se voyaient réalisées respectivement pendant la troisième et la quatrième semaine. Arrivé au cinquième mois de marches, ces dernières recommençaient lors de la

¹² Cette situation s'explique par le fait que l'ouverture d'une clinique NAOMI nécessitait tout un processus d'approbation de la part de Santé Canada, et qu'à cet effet, les superviseurs du projet jugèrent plus efficace de concentrer leurs efforts sur un seul site à la fois. Suite à l'ouverture de la clinique NAOMI de Vancouver, une nouvelle demande d'approbation pour l'ouverture de la clinique NAOMI de Montréal fut effectuée auprès de Santé Canada, processus qui dura trois mois (P. Schneeberger, communication personnelle, 11 juillet, 2008).

première semaine du mois. Ainsi, le nombre de marches effectuées suite à l'implantation de la clinique NAOMI se chiffre à 93 pour le site de Montréal (5 juillet 2005 au 13 janvier 2008) et à 105 pour le site de Vancouver (14 mars 2005 au 19 janvier 2008). Au total, les données recueillies pour l'ensemble de cette étude proviennent donc de 120 marches réalisées à Vancouver et de 126 marches effectuées à Montréal, le tout étalé sur une période de 37 mois, de janvier 2005 à janvier 2008.

Afin de préciser davantage la relation qui pourrait s'établir entre les variables dépendantes de cette étude et la présence d'une clinique NAOMI, l'ajout d'une seconde variable indépendante de type intervalle/ratio associée au *nombre mensuel moyen de participants au programme NAOMI* s'avère nécessaire. À cet effet, seul les sujets recevant un opiacé injectable furent considérés. Ce choix méthodologique s'appuie sur le fait que les participants traités avec de la méthadone (groupe contrôle) ne font acte de présence aux cliniques NAOMI qu'à raison d'une fois par mois, à l'exception des premières semaines du traitement où les visites s'avèrent plus fréquentes (Institut de recherche en santé du Canada, 2005). Quant aux sujets composant les groupes expérimentaux, ces derniers doivent obligatoirement se présenter aux cliniques NAOMI afin de recevoir leur opiacé injectable, situation qui peut se produire jusqu'à trois fois par jour. De ce fait, leur présence dans les environs de ces cliniques demeure fort probable, situation pouvant influencer directement les différentes variables dépendantes de cette étude. Le tableau 3 présente d'ailleurs le nombre de participants recevant un opiacé injectable en fonction de chacun des mois de l'étude, pour Montréal et pour Vancouver.

VARIABLES INDÉPENDANTES CLINIQUES

- 1- Statut d'opération de la clinique NAOMI de Montréal et de Vancouver**
- 2- Nombre mensuel moyen de participants au programme NAOMI de Montréal et de Vancouver qui reçoivent un opiacé injectable**

Tableau 3: Nombre de participants recevant un opiacé injectable en fonction de chacun des mois de l'étude NAOMI, pour Montréal (Plateau Mont-Royal) et pour Vancouver (Downtown Eastside)

ANNÉE	MOIS	NAOMI – VANCOUVER (Downtown Eastside)	NAOMI - MONTRÉAL (Plateau Mont-Royal)
2005	Janvier		
	Février		
	Mars	4	
	Avril	4	
	Mai	9	
	Juin	11	1
	Juillet	16	1
	Août	19	2
	Septembre	24	3
	Octobre	27	5
	Novembre	30	7
	Décembre	36	8
2006	Janvier	44	8
	Février	46	8
	Mars	48	9
	Avril	47	9
	Mai	47	11
	Juin	51	13
	Juillet	52	12
	Août	55	14
	Septembre	51	14
	Octobre	53	16
	Novembre	57	14
	Décembre	56	14
2007	Janvier	59	17
	Février	55	17
	Mars	57	17
	Avril	54	17
	Mai	46	16
	Juin	45	13
	Juillet	41	12
	Août	37	12
	Septembre	32	10
	Octobre	30	8
	Novembre	28	7
	Décembre	25	7
2008	Janvier	23	5

2.4.3 Variables indépendantes de tendance

Puisque cette étude s'appuie sur l'évaluation de plusieurs séries d'observations relatives aux différentes variables dépendantes, il s'avère possible que la quantité d'items recensés tout au long de l'étude affiche une certaine tendance. En fait, cette tendance consiste au taux de changement présent entre les mesures prises lors de chacune des marches ethnographiques. En d'autres mots, la tendance représente la pente observée pour une période donnée, c'est-à-dire l'orientation générale que prennent les différentes valeurs (Wagner, Soumerai, Zhang & Ross-Degnan, 2002). Généralement, cette tendance s'observe par une hausse ou une baisse constante dans le temps des valeurs associées aux diverses variables dépendantes. Tel que mentionné précédemment, deux types de tendance doivent être prises en considération, soit la *tendance générale* et la *tendance post intervention*.

Tout d'abord, la tendance générale fait référence à la direction naturelle que prennent les valeurs associées aux différentes séries chronologiques au fur et à mesure des 37 mois de l'étude, ce qui inclut la période antérieure, mais également ultérieure à l'implantation des cliniques NAOMI. À titre d'exemple, il est tout à fait possible que le nombre de débris recensés s'avère graduellement plus élevé tout au long de l'étude; les débris non ramassés s'accumulant de semaine en semaine à l'intérieur des sites expérimentaux. Selon Wagner et ses collaborateurs (2002), l'insertion d'une variable intervalle/ratio donnant une valeur numérique à chacune des observations réalisées permet de contrôler cette tendance générale. Dans le cas de ce mémoire, les 120 marches d'observations réalisées à Vancouver nécessiteront l'intégration d'une variable intervalle/ratio allant de 1 à 120 tandis qu'à Montréal, cette variable tendance prendra une valeur de 1 à 126 (le nombre de marches ethnographiques pour ce site expérimental s'élevant à 126). Bien sûr, la valeur donnée pour chacune des observations s'effectue en fonction de la chronologie des marches, la plus ancienne recevant la valeur 1. Cette variable permettra ainsi de tenir compte de toute tendance déjà présente dans la série et qui aurait pu être amorcée par des facteurs autres que la venue de la clinique NAOMI.

Tel que stipulé antérieurement, chacune des séries d'observations de cette étude peut être influencée par une seconde forme de tendance, soit la *tendance post intervention*. En réalité, cette dernière se conçoit de manière similaire à la tendance générale, exception faite qu'elle ne concerne que la période post implantation des cliniques NAOMI (Gillings et al., 1981; Wagner et al., 2002). Dans le cadre de ce mémoire, la tendance post intervention sera intégrée aux analyses statistiques par le biais d'une variable intervalle/ratio où la valeur 0 est octroyée aux observations pré implantation de la clinique tandis qu'une valeur croissante allant de 1 à 105 (Vancouver) ou allant de 1 à 93 (Montréal) marque les observations post implantation de la clinique (Wagner et al., 2002). L'utilité de cette variable consistera à mesurer le potentiel effet à long terme et graduel du changement dans la pente de chacune des séries d'observations. Tout changement dans la tendance pourra donc être attribuable à l'instauration du programme NAOMI. Par exemple, un coefficient négatif indiquera que l'introduction des cliniques a produit une tendance à la baisse sur la variable dépendante étudiée. Un tel coefficient pourrait également signaler que la mise en place du programme NAOMI a mené à une accélération de la tendance à la baisse déjà présente.

Bien sûr, plusieurs facteurs peuvent influencer cette deuxième forme de tendance, notamment l'arrivée d'une nouvelle politique sociale de même que l'apparition de changements au niveau communautaire ou législatif à l'intérieur des sites expérimentaux. Toutefois, les secteurs à l'étude n'ont pas connu de tels changements, de sorte que l'implantation des cliniques NAOMI peut être considérée comme le facteur principal influençant cette tendance post implantation. Ainsi, l'évaluation de l'impact réel des cliniques NAOMI sur les différents aspects d'ordre communautaire centraux à cette étude s'effectuera par l'interprétation conjointe de la variable clinique associée au statut des cliniques NAOMI et de la variable de tendance post intervention. Toutefois, il s'avérera essentiel que la série témoin ne connaisse aucun changement suite à la venue de la clinique de prescription médicale d'héroïne pour confirmer un possible effet.

VARIABLES INDÉPENDANTES DE TENDANCE

- 1- Tendance générale pour la totalité des séries d'observations réalisées sur le site expérimental de Montréal et de Vancouver**
- 2- Tendance post intervention pour la totalité des séries d'observations réalisées sur le site expérimental de Montréal et de Vancouver**

2.4.4 Variables indépendantes saisonnières

La collecte de données s'étant déroulée à l'extérieur, certaines marches ethnographiques ont eu lieu lors de journées neigeuses ou pluvieuses. À cet égard, Feldman et Jarmon (1979) affirment que la présence de précipitations s'avère inversement corrélée au nombre de crimes commis à l'intérieur d'un secteur ciblé. Dans ce contexte, il devient envisageable qu'un tel facteur puisse également influencer le nombre de comportements marginaux observables dans le secteur des cliniques NAOMI, notamment quant à la consommation extérieure de psychotropes. Afin de contrôler statistiquement l'influence des précipitations lors de la collecte de données, une variable contrôle dichotomique associée à la *présence ou à l'absence de précipitations* fut intégrée aux différentes analyses.

En ajout à cela, un second facteur saisonnier, associé cette fois à la condition au sol lors de la collecte de données, a indéniablement perturbé la comptabilisation des items indésirables ciblés par cette étude. En fait, puisque la recension des divers débris implique une observation directe de ces derniers, il est tout à fait cohérent de supposer que la présence de neige dans les rues puisse empêcher l'observation de plusieurs items qui se retrouvent ensevelis. En ajout à cela, la température extérieure associée à chacune des journées où une marche s'est réalisée représente également un facteur saisonnier d'importance, mais cette fois en interférant principalement sur la présence d'activités déviantes. Comme le mentionne certains auteurs, une température plus chaude favorise la perpétration d'actes criminels et incivils (Feldman & Jarmon, 1979; Hipp, Bauer, Curran & Bollen, 2004). L'étude de Lasnier (2007) portant sur l'impact du programme NAOMI

sur la commission d'actes criminels et incivils illustre d'ailleurs l'exactitude d'un tel phénomène pour le site expérimental de Montréal. Dans cet optique, il devient également possible que la température puisse jouer un rôle sur la consommation extérieure de substances psychoactives (Blais & Ouimet, 2003), et indirectement, sur la quantité de divers débris reliés à leur usage observés à l'intérieur des secteurs à l'étude.

Cependant, la température et la condition au sol s'avèrent des variables fortement corrélées, situation qui s'explique par le fait qu'un sol couvert demeure fortement associé à une température froide. Plus précisément, la neige au sol persistera tant et aussi longtemps que la température extérieure avoisinera ou demeurera sous le point de congélation. Tel que le mentionnent Tabachnick et Fidell (2007), l'intégration de variables qui présentent de la multicollinéarité à l'intérieur d'un même modèle statistique doit être évitée puisque cela réduit la précision des coefficients associés aux différents régresseurs. Dans l'optique de prendre en considération l'influence de la température et de la condition au sol lors des marches ethnographiques, et ce, tout en évitant cette contrainte statistique, une variable saisonnière de type catégorielle associée à la *saison* où les marches se sont déroulées se doit également d'être intégrée aux analyses de cette étude. Toutefois, certains postulats statistiques peuvent venir empêcher l'insertion d'une telle variable.

En fait, les données de cette étude furent analysées par le biais de régressions multiples de type « séries chronologiques ». À cet égard, un postulat inhérent aux régressions multiples, qui s'applique également aux séries chronologiques, stipule qu'aucune variable catégorielle ne peut être insérée à l'intérieur de ce type d'analyse (Tabachnick & Fidell, 2007). Dans cette condition, des variables dichotomiques (également appelée « variables discrètes ») associées à chacune des saisons durant lesquelles une marche ethnographique peut être réalisée seront intégrées aux analyses statistiques, à l'exception d'une saison qui servira de catégorie de référence. Comme le mentionnent Tabachnick et Fidell (2007), la seule méthode statistiquement acceptée permettant d'intégrer une variable catégorielle à l'intérieur de régressions multiples implique la création de N-1 variables dichotomiques, où le N représente le nombre de

catégories de la dite variable. Ainsi, la catégorie restante se voit désignée comme la catégorie de référence. À ce sujet, il importe de préciser que le choix du mois servant de catégorie de référence ne s'avère d'aucune importance; cette décision n'affectant ni la précision ni la validité du modèle (Hutcheson & Sofroniou, 1999). Tel que mentionné par Hutcheson et Sofroniou (1999), la catégorie de référence ne sert que de point de comparaison pour les variables discrètes. Dans le cadre de ce mémoire, l'hiver représentera cette catégorie de référence. Bien sûr, le printemps, l'été ou même l'automne aurait tout aussi bien pu être désigné pour remplir ce rôle. Afin de faciliter la comparaison entre les différents modèles statistiques, il demeure toutefois recommandé d'utiliser la même catégorie de référence pour l'ensemble des analyses réalisées (Hutcheson & Sofroniou, 1999). Cette règle sera donc respectée pour la totalité des régressions multiples de cette étude.

VARIABLES INDÉPENDANTES SAISONNIÈRES

- 1- Présence ou absence de précipitations lors des marches ethnographiques réalisées à l'intérieur du site expérimental de Montréal et de Vancouver**
- 2- Le printemps**
- 3- L'été**
- 4- L'automne**

2.4.5 Variables indépendantes journalières

L'intégration de variables contrôles journalières demeure essentielle, situation qui s'explique principalement par la présence d'un horaire de marches systématique et pré défini. En fait, ces marches s'accomplissaient à différentes heures dans le but avoué de couvrir trois moments précis de la journée, soit la fin de la matinée, le midi et la fin de l'après-midi. Pour le site expérimental de Montréal, les marches effectuées le lundi et le mardi se déroulaient entre 10h et midi (à l'exception d'une marche du lundi et d'une marche du mardi qui eurent lieu entre 16h et 18h), les marches effectuées le mercredi se

réalisèrent entre 11h et 13h (à l'exception d'une marche qui eu lieu entre 16h et 18h) tandis que les marches du dimanche se produisaient entre 16h et 18h. Quant aux marches réalisées le vendredi, ces dernières se tenaient soit entre 11h et 13h, soit entre 16h et 18h, dépendamment de la semaine de marches. Par ailleurs, une seule marche fut réalisée le jeudi; cette dernière ayant lieu entre 16h et 18h. Pour ce qui se rapporte aux marches effectuées à Vancouver, les marches du lundi et du mardi se déroulaient entre 10h et midi (à l'exception d'une marche du lundi qui eu lieu entre 11h et 13h), les marches du mercredi et du jeudi se réalisaient entre 11h et 13h (à l'exception d'une marche du mercredi et de deux marches du jeudi qui se produisirent entre 16h et 18h) tandis que celles du vendredi et du samedi se déroulaient entre 16h et 18h. Finalement, deux marches eurent lieu le dimanche, réalisées soit entre 10h et midi, soit entre 16h et 18h.

En fait, il s'avère plausible qu'avec l'arrivée du crépuscule, une recension des items en fin d'après-midi devienne plus ardue. À cet égard, les statistiques de Météomédia (2008) démontrent qu'à Montréal tout comme à Vancouver, la tombée du jour lors de la période hivernale débute généralement aux environs de 17h. Certaines marches de recension se déroulant entre 16h et 18h, la réduction de la visibilité provoquée par ce facteur peut assurément influencer la quantité d'items repérés. Par ailleurs, il demeure également réaliste de supposer qu'un nombre plus important d'activités déviantes soit observé lors des marches en fin d'après-midi du vendredi, du samedi ou du dimanche, périodes davantage propices à l'usage de substances psychoactives comparativement aux autres moments de la semaine. Conséquemment à ce phénomène social, il s'avère également possible qu'une quantité plus élevée de débris en lien avec l'usage de psychotropes soit recensée les samedis, les dimanches et les lundis, étant donné que ces marches permettront la recension des résidus de la veille. Pour ces raisons, une variable catégorielle associée à la *journée de marche* se doit d'être incluse à l'intérieur des modèles statistiques de ce mémoire, et ce, de manière à contrôler statistiquement la distribution journalière des différentes séries d'observations.

Toutefois, à l'instar des variables associées à la saison, la variable catégorielle relative aux journées de marche doit être préalablement transformée en six variables

discrètes; la catégorie de référence se référant à la journée du mercredi. Fait notable, il importe de préciser qu'une seule marche ethnographique fut réalisée le jeudi sur le site montréalais tandis que seulement deux marches furent réalisées le dimanche sur le site de Vancouver. Dans un tel contexte, les régressions multiples propres à chacun de ces sites expérimentaux exclurent la variable discrète associée soit au jeudi ou soit au dimanche, et ce, afin d'éviter une spécification trop précise des modèles statistiques, situation qui biaiserait les résultats de ces analyses (Tabachnick & Fidell, 2007).

VARIABLES INDÉPENDANTES JOURNALIÈRES

- 1- Marches ethnographiques réalisées le dimanche**
- 2- Marches ethnographiques réalisées le lundi**
- 3- Marches ethnographiques réalisées le mardi**
- 4- Marches ethnographiques réalisées le jeudi**
- 5- Marches ethnographiques réalisées le vendredi**
- 6- Marches ethnographiques réalisées le samedi**

2.5 Analyses statistiques

Ainsi, les données relatives aux divers débris indésirables, aux activités déviantes et aux événements en lien avec la sécurité publique proviennent de marches ethnographiques réalisées dans le voisinage immédiat des cliniques de Vancouver et de Montréal. L'analyse statistique de ces données s'est effectuée au moyen du logiciel SPSS (12^e édition) et a permis de déterminer l'impact des cliniques NAOMI sur ces aspects d'ordre communautaire bien précis. Dans un premier temps, des analyses descriptives de même que des représentations graphiques seront présentées pour chacune des variables dépendantes. Cela favorisera un premier aperçu des données, étape qui permettra de justifier le choix des analyses statistiques plus poussées qui ont été réalisées.

Par la suite, une présentation des principales mesures de tendance centrale assurera une meilleure compréhension des données à l'étude. Fait notable, puisque les observations relatives à chacune des variables s'avèrent interdépendantes, il demeure capital que les analyses tiennent compte de cette caractéristique. C'est pourquoi le choix d'adopter une méthode statistique basée sur l'analyse de séries chronologiques représente la technique optimale puisqu'elle prendra en considération la réalité d'interdépendance des variables (Cook & Campbell, 1979; Hartmann et al., 1980; Nagata, Setoguchi, Hemenway & Perry, 2008; Shadis et al., 2002; Tabachnick & Fidell, 2007).

En fait, les séries chronologiques peuvent être analysées par le biais de différentes techniques. Dans le cadre de ce mémoire, il importe de comprendre que chacune des séries d'observations relatives aux cinq variables dépendantes se trouve divisée en deux segments; le premier segment se référant aux observations antérieures à l'ouverture des cliniques NAOMI tandis que le second segment se rapporte aux données collectées ultérieurement à l'instauration des centres de prescription médicale d'héroïne. Ainsi, l'intervention expérimentale représente le moment où chacune des cliniques NAOMI fut implantée. Dans un tel contexte, l'analyse des séries chronologiques par la méthodologie de la régression segmentée demeure le choix statistique tout indiqué pour évaluer adéquatement l'impact des cliniques NAOMI sur leur communauté environnante (Cook & Campbell, 1979; Gillings et al., 1981; Hartmann et al., 1980; McDowall et al., 1976; Shadis et al., 2002; Tabachnick & Fidell, 2007; Wagner et al., 2002). Fait notable, ce type d'analyse implique que les variables étudiées ne contiennent aucune valeur manquante, postulat qui s'avère respecté pour l'ensemble des variables insérées à l'intérieur des différents modèles statistiques. Bien sûr, les conséquences découlant des cliniques NAOMI ne peuvent être identifiées que par l'inclusion des variables portant sur les différentes tendances, mais également des variables saisonnières et journalières précédemment définies. L'insertion de ces variables lors de l'analyse des différentes séries chronologiques permettra de déterminer le poids réel qui peut être attribué aux cliniques de prescription médicale d'héroïne.

Pour faire suite à l'analyse par régression segmentée des diverses séries chronologiques, des analyses corrélationnelles seront réalisées pour la période suivant l'ouverture des cliniques NAOMI de manière à identifier l'influence du nombre de participants recevant un opiacé injectable sur les différentes variables dépendantes. À cet égard, l'utilisation du coefficient de Pearson s'avère le choix le plus judicieux, puisque ce coefficient, en transformant les données en valeurs standardisées, informe sur la linéarité possible entre deux variables pré définies (Tabachnick & Fidell, 2007). Ce procédé permettra ainsi de déterminer s'il y a présence de covariance entre le nombre de participants recevant un opiacé injectable et la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues, la quantité de débris associés au milieu de la rue, la quantité de bouteilles d'alcool, le nombre d'activités déviantes ainsi que le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique présents à l'intérieur des deux sites expérimentaux. Il deviendra donc possible de préciser davantage l'impact réel de l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne sur ces aspects d'ordre communautaire. À présent que la méthodologie propre à ce mémoire s'est vue énoncée, il importe d'apporter certaines précisions justifiant l'emploi de la régression segmentée pour analyser les différentes séries chronologiques.

2.5.1 Méthodologie de la régression segmentée

Selon Wagner et ses collègues. (2002), l'analyse de régression segmentée représente la stratégie idéale pour évaluer l'impact d'une intervention sur un comportement. Ce protocole de type quasi-expérimental permet non seulement d'estimer l'impact de NAOMI sur les variables dépendantes mais également de vérifier si l'effet est immédiat et abrupte ou s'il se déploie à long terme et de manière graduelle (Gillings et al., 1981; Wagner et al., 2002).¹³ Cette approche s'avère particulièrement recommandée lorsque la randomisation des unités d'analyse demeure impossible (dans le cas présent il s'avère inconcevable de randomiser des communautés et d'implanter une clinique dans toutes les communautés du groupe expérimental), puisqu'elle permet un contrôle des facteurs confondant par l'emploi de tests statistiques et de séries témoins.

¹³ Cette étude s'avère de nature quasi-expérimentale puisque plusieurs facteurs influençant directement les variables dépendantes ne peuvent se soumettre au contrôle des expérimentateurs, notamment la température extérieure, les précipitations ainsi que la condition au sol lors des marches ethnographiques (Cook & Campbell, 1979; McDowall et al., 1976; Shadis et al., 2002; Tabachnick & Fidell, 2007).

Bien qu'il demeure possible d'assumer une distribution normale des données en raison de la taille de notre échantillon (Fox, 1999), deux bris de postulats nous empêchent d'utiliser la régression linéaire multiple. Tout d'abord, les données sont corrélées les unes par rapport aux autres lors de l'analyse des séries chronologiques, ce qui présente comme effet de gonfler les coefficients des variables indépendantes (Cook & Campbell, 1979). Afin de remédier à ce bris de postulat, des paramètres autorégressifs sont ajoutés aux analyses de régression. Ces derniers sont identifiés à l'aide des matrices d'autocorrélation (*ACF*) et d'autocorrélation partielle (*PACF*). Lorsque nécessaire, ces paramètres furent ajoutés aux modèles d'analyse, et ce, afin d'obtenir des distributions dites de bruit blanc des termes d'erreur. Tous les modèles qui seront subséquemment présentés affichent des statistiques Q non significatives ($p > 0,05$), indiquant l'absence d'autocorrélation entre les termes d'erreur (Yaffee & McGee, 2000). Ces termes d'erreur montrent également une distribution normale et homogène, situation qui confirme la validité des différents modèles (Tabachnick & Fidell, 2007). Les coefficients s'appuient donc sur le principe des moindres carrés généralisés (Ostrom Jr., 1990).

En ajout à cela, l'analyse de régression linéaire multiple implique la stationnarité des données. Ce postulat n'est pas respecté puisque les données relatives aux différentes variables dépendantes varient non seulement sur une base saisonnière, mais également sur une base journalière. À cet égard, plusieurs méthodes existent pour remédier au problème de stationnarité des séries chronologiques (Cook & Campbell, 1979; Greenberg, 2001). Dans le cadre de ce mémoire, le contrôle statistique de ce problème s'est effectué à l'aide des variables de tendance et des variables discrètes représentant les mois et les jours de la semaine.

Finalement, il importe de mentionner que la démarche analytique de séries chronologiques implique bien souvent un processus d'essais et d'erreurs quant au choix des différents paramètres. Lorsque plusieurs modèles portant sur une même série d'observations sont testés, le plus parcimonieux d'entre eux est conservé. Cette décision se prend suite à l'évaluation du Akaike's Information Criterion (*AIC*) et du Schwarz's Bayesian Criterion (*SBC*). Selon Schwarz (1978), plus ces indices présentent une faible

valeur numérique, plus le modèle utilisé s'avère adéquat en termes de sa capacité prédictive. Ainsi, les résultats exposés par cette étude prendront en considération ces deux critères de manière à assurer une compréhension plus juste de l'impact réel des cliniques de prescription médicale d'héroïne sur les aspects communautaires évalués. Les modèles qui seront présentés seront donc ceux présentant les plus faibles indices AIC et SBC.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

L'objectif du précédant chapitre consistait, d'une part, à présenter le contexte social à l'intérieur duquel s'insèrent les cliniques de prescription médicale d'héroïne de manière à permettre une meilleure compréhension des racines ayant mené à la conception des hypothèses propres à ce mémoire. D'autre part, la description des différentes variables, l'explication de la méthode de collecte de données ainsi que la présentation des diverses analyses statistiques réalisées servaient le dessein d'exposer la méthodologie inhérente à cette étude afin d'évaluer l'impact des cliniques NAOMI sur divers facteurs d'ordre communautaire observables au sein de leur communauté respective.

Par ailleurs, le présent chapitre exposera les résultats obtenus suite à ces analyses statistiques de manière à illustrer la réalité communautaire possible suite à l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne. En premier lieu, les résultats en provenance des analyses descriptives seront présentés de manière à permettre une compréhension de nature plus générale des répercussions de l'arrivée du programme NAOMI sur leur quartier respectif. Par la suite, les résultats engendrés par les analyses des différentes séries chronologiques réalisées au moyen de la régression segmentée permettront de quantifier ces retombées, et, par le fait même, d'exposer l'ampleur réel des conséquences associées aux cliniques NAOMI sur la quantité de divers débris, sur le nombre d'activités déviantes ainsi que sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique. Finalement, les résultats découlant des analyses corrélationnelles bonifieront l'évaluation des diverses séries chronologiques dans le sens où ils informeront sur l'impact potentiel de la fluctuation du nombre de participants sur la variation des différentes variables dépendantes de cette étude.

3.1 Analyses descriptives

Préalablement à la présentation des résultats en provenance des analyses multivariées, plusieurs aperçus graphiques illustrant la variation observée quant aux diverses variables dépendantes recensées sur le site expérimental de Montréal et de Vancouver seront présentés. Les figures subséquentes illustreront donc cette fluctuation tandis que les tableaux 9 à 24 insérés en annexe exposeront certaines statistiques descriptives en lien avec chacune de ces variables dépendantes. En fait, ces tableaux fourniront de l'information complémentaire permettant de préciser les dites figures.

3.1.1 Site expérimental de Montréal

La première figure constituant cette section illustrera la fluctuation quant à la quantité recensée de débris en lien avec l'injection de drogues (figure 4). Par la suite, une seconde figure exposera la variation du nombre de débris associés au milieu de la rue (figure 5). Par ailleurs, une composante exclusive au site expérimental de Montréal s'intéressera à la fluctuation de la quantité de bouteilles d'alcool (figure 6). Finalement, une quatrième figure mettra en lumière la variation du nombre d'activités déviantes observées à l'intérieur du voisinage de la clinique montréalaise offrant de l'héroïne pharmaceutique (figure 7). Quant à la variable dépendante portant sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique, aucune intervention des services d'urgence ne fut observée préalablement à l'ouverture de la clinique NAOMI. Suite à l'implantation de ce projet pilote, uniquement trois événements impliquant une présence policière furent recensés. La quasi inexistence de données observées démontre que l'arrivée de la clinique NAOMI ne favorise aucunement une accentuation de cet aspect d'ordre communautaire.

3.1.1.1 Débris en lien avec l'injection de drogues

Tout d'abord, il ressort de la figure 4 que les marches réalisées antérieurement à l'ouverture de la clinique NAOMI menaient, en moyenne, à une recension de 83,88 débris d'injection, situation qui démontre que le site expérimental de Montréal comportait une quantité importante de débris reliés à l'usage de drogues par voie intraveineuse, et ce, même si ce quartier s'avère plutôt reconnu pour son aspect culturel que par la présence d'usagers de drogues injectables. Par ailleurs, certaines conclusions peuvent être avancées quant aux seringues souillées, items généralement considérés comme inquiétant par la population en général dû aux risques de contamination qu'ils affichent. D'une part, les seringues ne représentent qu'une faible fraction de la quantité totale de débris d'injection, et, d'autre part, une accentuation de leur présence ne semble aucunement se remarquer suite à l'ouverture de la clinique NAOMI (voir figure 12 en annexe).

Par ailleurs, l'observation conjointe de la figure 4 et du tableau 9 (voir en annexe) laisse présager la présence d'un facteur de saisonnalité. En fait, les marches hivernales affichent la plus faible recension puisque pendant cette saison, plusieurs débris se retrouvent ensevelis par la neige ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 21,21$). Quant aux pointes supérieures, ces dernières s'associent aux marches printanières ($\bar{X}_{\text{PRINTEMPS}} = 75,68$) ou estivales ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 66,79$). À cet égard, la fonte de la neige lors du printemps explique probablement la supériorité de cette saison en termes de quantité totale de débris d'injection; les débris jetés lors de l'hiver devenant désormais visibles. En troisième lieu, les marches effectuées le mardi ($\bar{X}_{\text{MARDI}} = 62,30$) semblent produire la plus importante recension en termes de la quantité de débris d'injection observés (voir tableau 10 en annexe). Puisque ces marches se réalisaient entre 10h et midi (à l'exception d'une marche qui fut réalisée en fin d'après-midi), les périodes de collecte de données effectuées lors de cette journée n'ont pratiquement jamais été influencées par l'arrivée du crépuscule, situation qui favorise fort probablement une meilleure recension. Cependant, les marches du lundi, qui présentent pourtant cette même caractéristique, s'avèrent associées à la plus faible quantité de débris d'injection observés ($\bar{X}_{\text{LUNDI}} = 49,24$). Il importe toutefois de mentionner que la plupart des rues du quartier furent nettoyées le lundi matin entre 7h et 9h30, soit tout juste avant

la réalisation des marches ethnographiques. Cette situation explique fort possiblement la faible recension lors de cette journée.

Finalement, une diminution du nombre total moyen de débris reliés à l'injection de drogues s'observe suite à l'arrivée de la clinique NAOMI ($\bar{X}_2 = 44,77$). Cependant, ce phénomène ne s'avère pas consécutif à l'ouverture de la clinique, apparaissant plutôt après un certain délai. À cet égard, une hausse du nombre de participants recevant un opiacé injectable peut représenter une explication possible à cette situation, puisque ces individus se voient dans l'obligation de consommer leur opiacé à l'intérieur de la clinique (du moins celui fournit par l'étude NAOMI). Une fois cette réduction produite, cette série se stabilise autour de cette nouvelle moyenne pour la durée des observations restantes. Bref, la clinique NAOMI de Montréal semble être associée à une réduction de la quantité de débris d'injection, effet qui se produit de manière abrupte et différé et qui semble permanent pour la durée de la période suivant l'implantation de la clinique.

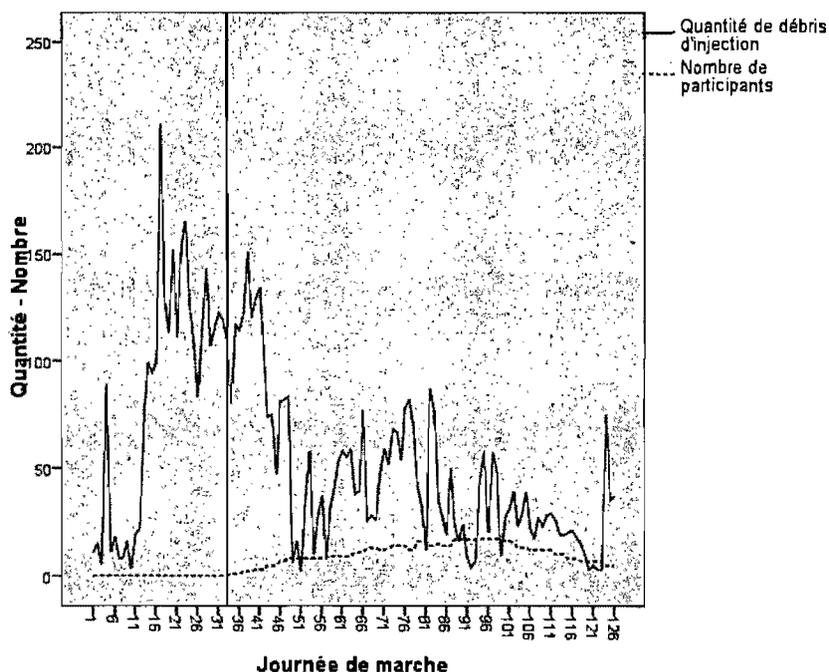


Figure 4 : Distribution de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.1.2 Débris associés au milieu de la rue

L'étude de la figure 5 démontre que plusieurs débris associés au milieu de la rue furent observés à l'intérieur du site expérimental de Montréal, principalement sous la forme de contenants de drogue divers. En fait, les items transitoires, tout comme les condoms, demeurent des débris relativement peu commun dans le voisinage de la clinique NAOMI, et qu'à cet effet, l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne ne semble aucunement avoir affecté cette réalité (voir figure 13 en annexe).

À l'instar de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues, les débris associés au milieu de la rue s'avèrent également influencés par un facteur de saisonnalité. En fait, les pointes inférieures font références aux marches ethnographiques réalisées lors de la saison hivernale, tandis que les pointes supérieures s'associent aux observations effectuées en été. Le tableau 11 présenté en annexe quantifie d'ailleurs cette réalité en présentant des moyennes considérablement plus faible en hiver ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 2,79$) que pendant la saison estivale ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 21,24$). En fait, la présence de neige qui recouvre les différents débris reliés au milieu de la rue a certainement limité la recension d'un bon nombre de ces items. Dans un autre ordre d'idées, aucune explication logique ne peut justifier la présence d'une donnée extrême lors de la 40^e observation. Dans un tel contexte, la recension réalisée lors de cette marche devra vraisemblablement être exclue lors des analyses multivariées. Par ailleurs, le nombre d'items observés semble plus élevée le mardi ($\bar{X}_{\text{MARDI}} = 20,26$) que lors de toute autre journée de marche, principalement en termes de contenants de drogue (voir tableau 12 en annexe). Cette réalité se justifie possiblement de manière identique à ce qui fut avancé pour les débris en lien avec l'injection de drogues à l'effet que ces marches, se déroulant presque exclusivement en matinée, n'ont aucunement été influencée par l'arrivée du crépuscule. Bien sûr, une telle situation favorise assurément une meilleure recension; les contenants de drogue s'avérant de petite dimension, leur repérage devient nettement plus ardu lorsque le secteur s'assombri.

Par ailleurs, l'arrivée du centre offrant de l'héroïne sous supervision médicale coïncide avec une baisse graduelle et constante de la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue; la quantité moyenne de ces items se chiffrent à 14,30 pour chacune des marches réalisées avant l'implantation de la clinique NAOMI, quantité légèrement supérieure à la moyenne de 13,52 observée pour chacune des marches ethnographiques effectuées suite à l'ouverture du centre de prescription médicale de diacétylmorphine.

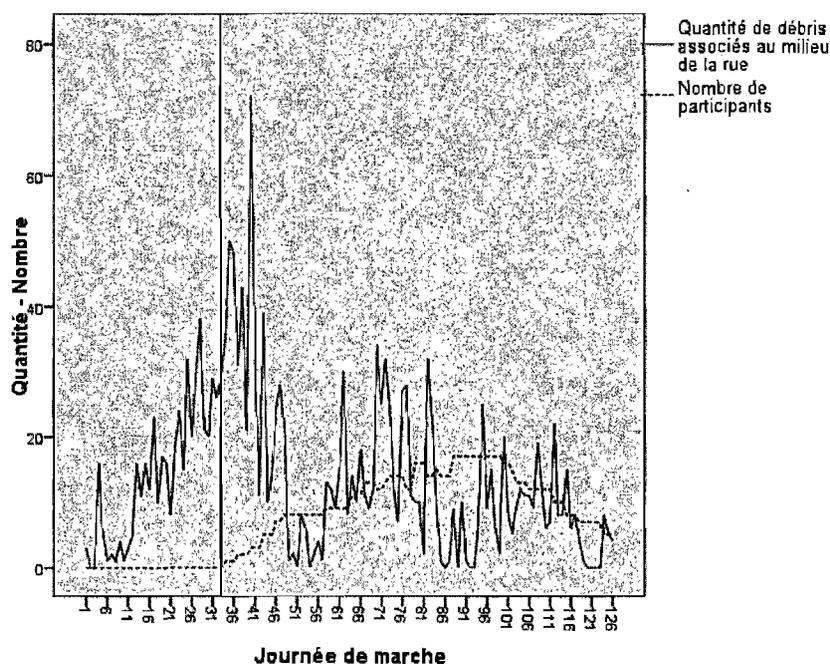


Figure 5 : Distribution de la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.1.3 Bouteilles d'alcool

Un examen de la figure 6 permet de constater que le secteur expérimental de Montréal comporte une quantité importante de bouteilles d'alcool sur la voie publique; chacune des marches réalisées avant l'ouverture de la clinique NAOMI ayant mené à une recension moyenne de 32,61 bouteilles d'alcool, comparativement à une moyenne de 40,11 pour les marches effectuées lorsque la clinique de prescription médicale d'héroïne était opérationnelle. Bien que cet écart puisse paraître considérable, rappelons que la

période pré implantation de la clinique NAOMI ne comporte aucune marche réalisée lors de l'automne, mois où la moyenne de bouteilles d'alcool observées s'avère pourtant élevée ($\bar{X}_{\text{AUTOMNE}} = 41,19$) (voir tableau 13 en annexe). De plus, certaines marches effectuées suite à la venue de la clinique NAOMI ont conduit à la recension de plus de 110 bouteilles d'alcool, situation qui gonfle assurément la moyenne des observations post implantation de la clinique. D'ailleurs, suite au retrait de ces marches, la moyenne post ouverture de la clinique se voit considérablement réduite ($\bar{X}_2 = 36,52$). Dans un tel contexte, il appert que l'augmentation moyenne observée quant à la quantité de bouteilles d'alcool s'explique davantage par ces deux facteurs que par l'instauration du centre de prescription d'héroïne pharmaceutique.

D'autre part, l'analyse descriptive de cette variable fait ressortir un facteur de saisonnalité. En fait, l'étude du tableau 13 (voir en annexe) démontre que la quantité moyenne de bouteilles d'alcool s'avère minimale lors la saison hivernale ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 29,38$). Quant à l'été qui présente un moyenne semblable ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 33,79$), l'ouverture des terrasses extérieures incite possiblement les gens à consommer leurs boissons alcoolisées à ces endroits plutôt que dans les rues, ruelles et parcs. Par ailleurs, les marches réalisées le matin ($\bar{X}_{\text{LUNDI}} = 44,14$; $\bar{X}_{\text{MARDI}} = 42,43$) s'associent à la plus forte recension de bouteilles d'alcool (voir tableau 14 en annexe). Ce phénomène s'explique en partie par l'absence de l'arrivée du crépuscule lors de ces marches, mais principalement par le fait que la quantité de bouteilles d'alcool peut tendre à diminuer avec la passation de la journée; les sans-abri pouvant ramasser ces items afin de les échanger pour de l'argent dans les dépanneurs du quartier.

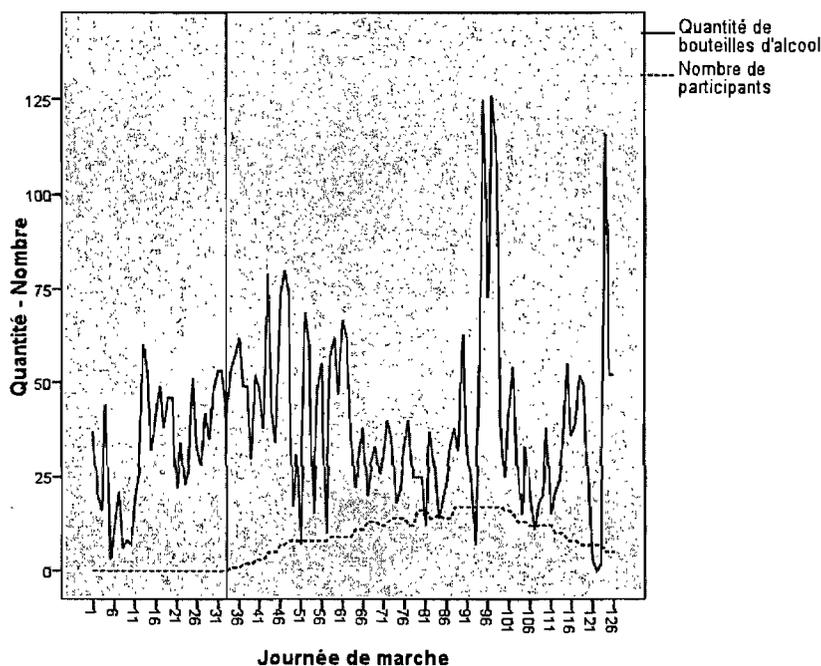


Figure 6: Distribution de la quantité de bouteilles d'alcool recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.1.4 Activités déviantes

En premier lieu, la figure 7 fait ressortir la très faible présence d'activités déviantes à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal, et ce, tout au long des 37 mois de l'étude. À l'exception de deux marches ethnographiques, un maximum de cinq activités indésirables furent notées lors des périodes de collecte de données. Il importe également de mentionner que les comportements en lien avec l'itinérance, principalement la sollicitation et le flânage (voir figure 14 en annexe), demeurent les principales activités déviantes observées à l'intérieur du site expérimental de Montréal, tandis que pratiquement aucune activité relative à la vente ou à la consommation de stupéfiants ne fut repérée par les différents marcheurs (voir figure 15 en annexe). De plus, très peu d'activités de squeegee furent observées, que ce soit antérieurement ou ultérieurement à l'ouverture de la clinique NAOMI (voir figure 16 en annexe).

Par ailleurs, la moyenne d'activités déviantes recensées lors de chacune des marches suivant l'ouverture de la clinique de prescription médicale d'héroïne est demeurée relativement similaire à celle observée pour chacune des marches effectuées lors de la période pré implantation de la clinique; ces moyennes étant respectivement de 1,62 et de 2,00. Cette réalité statistique illustre ainsi que la présence de la clinique NAOMI ne semble aucunement conduire à une hausse d'activités pouvant importuner la communauté. D'autre part, l'étude du tableau 15 (voir en annexe) démontre qu'une présence légèrement plus marquée de comportements jugés nuisibles semble se dessiner pendant la saison estivale ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 2,28$), tandis que la saison hivernale s'affiche comme la période de l'année où l'affluence d'activités marginales s'avère la moins élevée ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 0,91$). Cette situation présente une certaine logique; la température plus froide lors de l'hiver incite possiblement les gens à s'abriter plus fréquemment, limitant du même coup le nombre observable d'activités déviantes. Ainsi, un facteur de saisonnalité semble être présent à l'intérieur de cette série d'observations. Quant à la journée où les marches se sont effectuées, ce facteur ne semble présenter aucun impact sur la quantité d'activités déviantes (voir tableau 16 en annexe). En fait, ces comportements marginaux n'ayant été que très peu observés, il devient ardu d'évaluer adéquatement ce facteur journalier; l'écart remarqué entre les différentes journées s'avérant très faible.

En somme, l'examen descriptif du site expérimental de Montréal illustre, d'une part, une possible association entre la présence de la clinique NAOMI et une réduction de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues ou associés au milieu de la rue, et, d'autre part, une probable absence d'impact sur la quantité de bouteilles d'alcool, sur le nombre d'activités déviantes ainsi que sur le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique présents à l'intérieur du secteur à l'étude. Lorsqu'un effet semble noté, ce dernier s'avère généralement différé, abrupte et permanent, supposant ainsi l'apport possiblement préventif de la clinique NAOMI en termes de conséquences communautaires liées à l'usage de psychotropes.

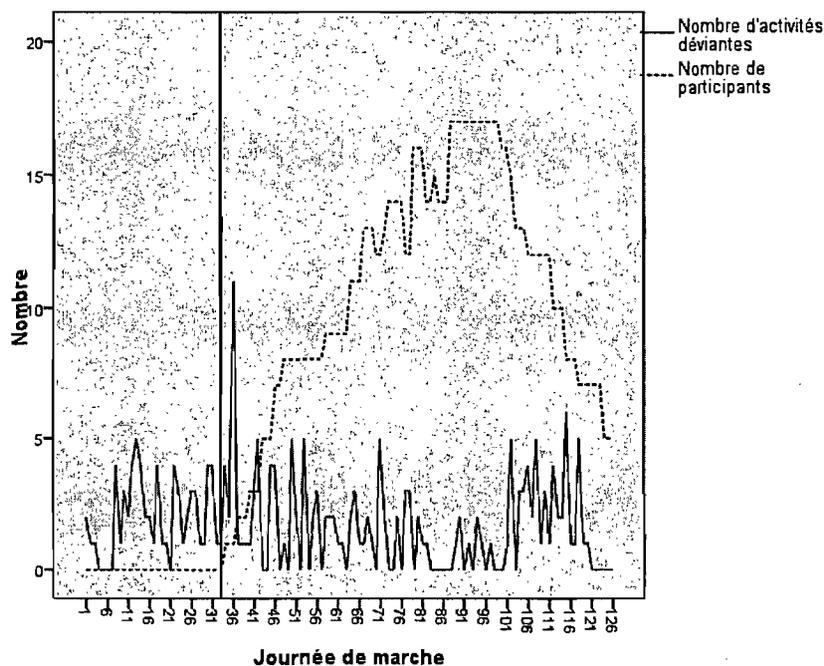


Figure 7 : Distribution du nombre d'activités déviantes recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.2 Site expérimental de Vancouver

À l'instar de ce qui fut réalisé pour le site expérimental de Montréal, divers tableaux et figures seront présentés, et ce, afin d'entrevoir l'évolution des différentes variables dépendantes de cette étude tout au long des 37 mois d'observations effectuées sur le site de Vancouver. Il deviendra donc possible de vérifier si la tendance des observations associées au site expérimental de Vancouver ressemble ou diverge de celle notée pour le quartier du Plateau Mont-Royal.

3.1.2.1 Débris en lien avec l'injection de drogues

L'examen de la figure 8 démontre que les environs de la clinique NAOMI comportent une quantité importante de débris d'injection, illustrant du même coup que l'usage de drogues par voie intraveineuse s'avère une réalité évidente à l'intérieur de ce secteur. Toutefois, ces débris se rapportent généralement au matériel d'injection autre que

les seringues souillées; cet item précis ne représentant qu'une faible fraction du total observé (voir figure 17 en annexe). Bien que la moyenne associée à la quantité totale des débris d'injection s'avère largement supérieure lors de la période pré implantation de la clinique NAOMI ($\bar{X}_1 = 135,40$) que lors de la période suivant son arrivée ($\bar{X}_2 = 70,93$), une prudence d'interprétation demeure de mise. En fait, une tendance à la baisse semble déjà être entamée lorsque la clinique NAOMI fut instaurée dans le secteur. Par contre, la hausse importante de débris d'injection suite à la diminution graduelle du nombre de participants recevant un opiacé injectable incite à croire que la clinique NAOMI, ou plus précisément l'augmentation du nombre de participants à l'intérieur des groupes expérimentaux, a possiblement prolongé, voire accentué la tendance décroissante initialement remarquée. Quant à la quantité de seringues souillées, cette catégorie de débris ne semble pas particulièrement touchée par l'implantation de la clinique NAOMI.

En ajout à cela, l'étude du tableau 17 (voir en annexe) démontre qu'une quantité relativement constante de débris d'injection s'observe indépendamment des saisons, à l'exception du printemps ($\bar{X}_{\text{PRINTEMPS}} = 65,66$) qui affiche une moyenne sensiblement en deçà de l'été ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 79,59$), de l'automne ($\bar{X}_{\text{AUTOMNE}} = 83,69$) et de l'hiver ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 85,53$). Dans ce contexte, le contrôle de ce facteur saisonnier pourra assurément bonifier les analyses multivariées subséquentes. D'autre part, une plus grande quantité de débris d'injection semble être recensée le lundi ($\bar{X}_{\text{LUNDI}} = 95,55$) tandis que le mercredi ($\bar{X}_{\text{MERCREDI}} = 70,10$) et le jeudi ($\bar{X}_{\text{JEUDI}} = 68,62$) s'avèrent associés aux journées où l'observation demeure la moins élevée. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre d'individus consomment des drogues injectables lors de la fin de semaine, d'autant plus que les marches du vendredi ($\bar{X}_{\text{VENDREDI}} = 81,33$) et du samedi ($\bar{X}_{\text{SAMEDI}} = 79,11$) mènent également à une observation moyenne importante de débris reliés à l'usage de psychotropes par voie intraveineuse (voir tableau 18 en annexe). En somme, l'implantation de la clinique NAOMI de Vancouver semble être associée à une réduction de la quantité de débris d'injection, influence qui paraît graduelle et proportionnelle au nombre de participants.

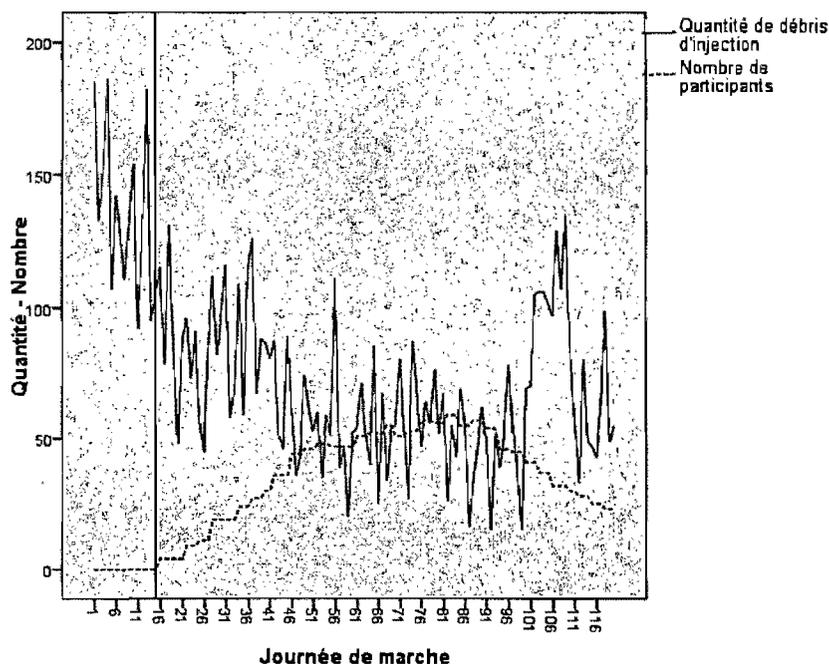


Figure 8 : Distribution de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.2.2 Débris associés au milieu de la rue

En premier lieu, la figure 9 démontre que le site de Vancouver ne contient que très peu de débris associés au milieu de la rue. Par ailleurs, cette variable dépendante semble principalement composée d'items transitoires; les contenants de drogue et les condoms ne s'avérant que rarement observés lors des marches ethnographiques (voir figure 18 en annexe). D'autre part, la quantité moyenne de débris reliés au milieu de la rue recensés pour chacune des marches ethnographiques s'avère légèrement moins élevée suite à l'ouverture de la clinique NAOMI ($\bar{X}_2 = 6,38$) qu'antérieurement à l'implantation de cette même clinique ($\bar{X}_1 = 8,40$). Cependant, le très faible nombre de marches réalisées préalablement à l'instauration du programme NAOMI (15 observations) limite considérablement la valeur pouvant être attribuée à cet écart. Par ailleurs, la fluctuation du nombre de participants recevant un opiacé injectable n'apparaît pas comme un facteur influençant la quantité de ce type d'items. Bref, la clinique NAOMI ne semble présenter aucun impact sur la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue.

Dans un autre ordre d'idées, le tableau 19 (voir en annexe) démontre la possible influence des saisons sur la fluctuation de la quantité de débris associés au milieu de la rue. À ce sujet, l'écart entre l'automne ($\bar{X}_{\text{AUTOMNE}} = 7,92$) et le printemps ($\bar{X}_{\text{PRINTEMPS}} = 5,55$), qui représentent respectivement les saisons ayant la plus forte et la plus faible moyenne en termes de la recension de ce type de débris, peut s'avérer substantiel. En fait, il ne faut pas perdre de vue que cette catégorie d'items ne s'avère que peu observée à l'intérieur du site expérimental de Vancouver et qu'à cet effet, même un faible écart peut devenir significatif. Cette situation fait donc ressortir l'influence potentielle d'un facteur saisonnier sur cette variable dépendante. Par ailleurs, le tableau 20 présenté en annexe semble démontrer que la journée où la marche ethnographique fut réalisée ne s'avère pas un facteur déterminant sur la quantité observée de débris reliés au milieu de la rue.

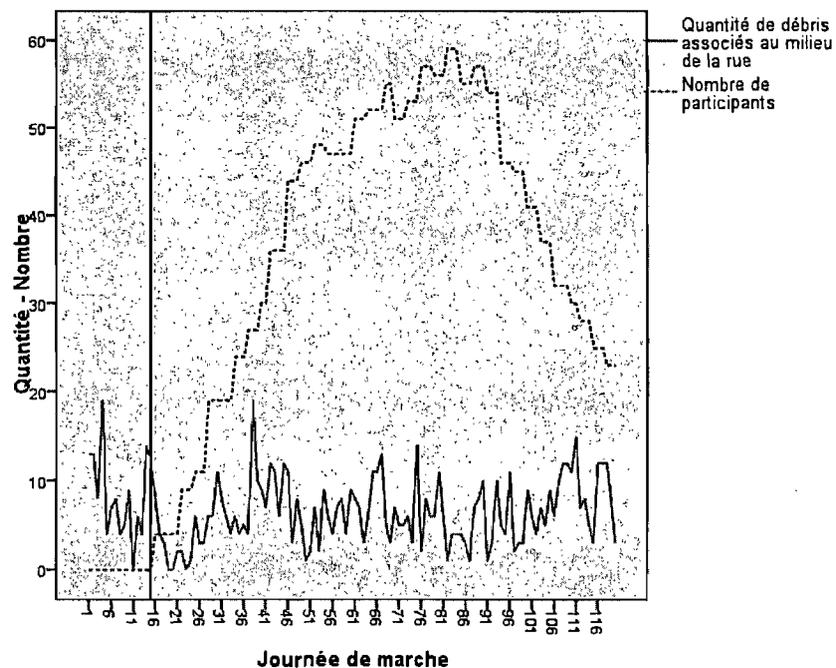


Figure 9 : Distribution de la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.2.3 Activités déviantes

L'examen de la figure 10 permet de constater que de nombreuses activités déviantes s'observent à l'intérieur du site expérimental de Vancouver. En termes d'importance, les comportements de flânage se retrouvent en tête de liste ($\bar{X}_{\text{FLANAGE}} = 37,69$), suivi de la consommation en public de psychotropes (principalement associée à l'usage de drogues) ($\bar{X}_{\text{CONSOMMATION}} = 13,92$) et de la vente de substances psychoactives illicites ($\bar{X}_{\text{VENTE}} = 3,75$). Dans une proportion moindre figurent la fouille dans les poubelles ou conteneurs à déchets ($\bar{X}_{\text{FOUILLE}} = 1,32$) ainsi que les comportements de sollicitation ($\bar{X}_{\text{SOLLICITATION}} = 0,94$) (voir figures 19 et 20 en annexe). Quant à la prostitution, cette activité s'est avérée quasi inexistante ($\bar{X}_{\text{PROSTITUTION}} = 0,13$) (voir figure 21 en annexe).

Par ailleurs, la présence de la clinique NAOMI à l'intérieur de ce secteur semble être associée à une hausse de la totalité du nombre d'activités déviantes; l'écart entre la période pré implantation de la clinique de prescription médicale d'héroïne ($\bar{X}_1 = 44,53$) et la période suivant l'arrivée de cette même clinique ($\bar{X}_2 = 59,65$) s'avérant considérable. Une possible explication à cette situation provient du fait que les participants recevant un opiacé injectable demeurent dans les alentours de la clinique entre chacune des périodes d'injection. Cette hypothèse semble intéressante puisque le nombre moyen d'activités de flânage observées lors de chacune des marches ethnographiques présente une accentuation notable entre la période pré implantation de la clinique NAOMI ($\bar{X}_{\text{FLANAGE}_1} = 25,60$) et la période post implantation de cette même clinique ($\bar{X}_{\text{FLANAGE}_2} = 39,42$). Puisque cette activité s'affiche comme le comportement le plus fréquemment observé parmi l'ensemble des activités déviantes, il s'avère logique que cette hausse influence également la moyenne de la totalité des activités déviantes.

D'autre part, l'étude du tableau 21 (voir en annexe) fait ressortir l'influence potentielle des saisons. En fait, la recension de ces items semble être la plus élevée lors de l'été ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 76,59$), mais également la plus faible pendant la saison hivernale ($\bar{X}_{\text{HIVER}} = 42,03$). À ce sujet, la température plus fraîche lors de l'hiver peut inciter bon

nombre d'individus s'adonnant à des activités déviantes à raccourcir leur présence à l'extérieur, limitant du même coup leur observation lors des marches ethnographiques. Par ailleurs, les normales climatiques fournies par Environnement Canada (2004) démontrent qu'à Vancouver, les précipitations s'avèrent nettement plus abondante lors de la saison hivernale, facteur qui influence fort possiblement la présence extérieure d'individus s'adonnant à des comportements déviantes. Finalement, la recension d'activités indésirables s'avère la plus élevée le jeudi ($\bar{X}_{\text{JEUDI}} = 63,86$) et la moins élevée le lundi ($\bar{X}_{\text{LUNDI}} = 48,15$), situation qui ne présente pas de logique apparente (voir tableau 22 en annexe).

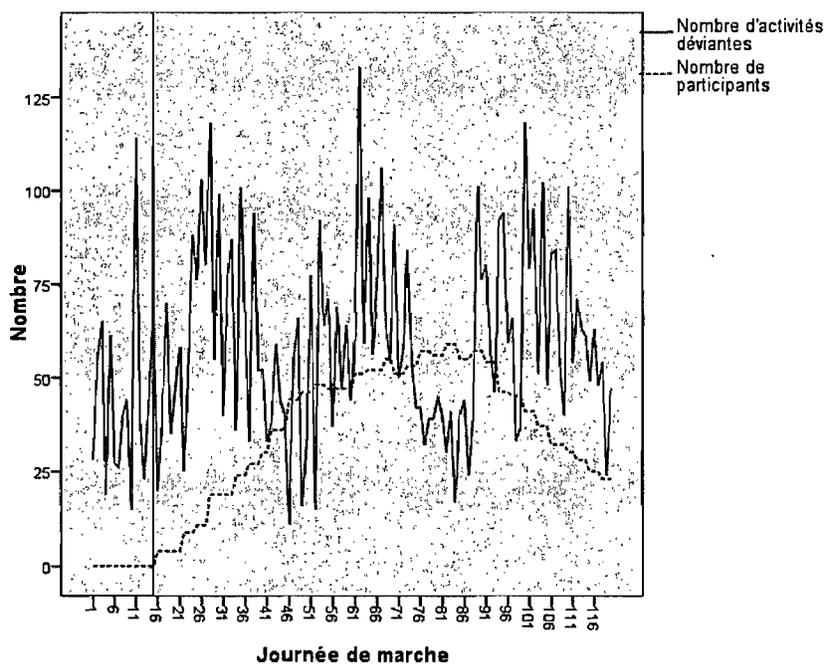


Figure 10 : Distribution du nombre d'activités déviantes recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

3.1.2.4 Événements en lien avec la sécurité publique

Tout d'abord, la figure 11 démontre que les marches ethnographiques ont permis la recension d'un très faible nombre moyen d'événements en lien avec la sécurité publique, autant celles réalisées avant l'ouverture de la clinique NAOMI ($\bar{X}_1 = 0,53$) que celles effectuées suite à son implantation ($\bar{X}_2 = 0,45$). En fait, 82 marches ethnographiques sur un total de 120 marches n'ont recensé aucun événement se rapportant à l'intervention des services d'urgence (voir figure 22 en annexe). Par ailleurs, seul une marche réalisée suite à l'ouverture de la clinique NAOMI a permis de recenser quatre événements relatifs à la sécurité publique, situation qui avait pourtant été également remarquée lors d'une marche effectuée antérieurement à l'implantation de la clinique NAOMI. Dans un tel contexte, il semble donc que la mise en place du centre de prescription médicale d'héroïne de Vancouver ne provoque aucune augmentation du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique.

En ajout à cela, le tableau 23 (voir en annexe) démontre que les événements en lien avec la sécurité publique se produisent moins fréquemment en été ($\bar{X}_{\text{ÉTÉ}} = 0,22$) que pour toute autre saison. Par ailleurs, le tableau 24 présenté également en annexe illustre que la recension demeure plus élevée lors des marches du dimanche ($\bar{X}_{\text{DIMANCHE}} = 1,00$) ou du samedi ($\bar{X}_{\text{SAMEDI}} = 0,72$), tandis que le nombre d'observations atteint son seuil le plus bas lors des marches effectuées le lundi ($\bar{X}_{\text{LUNDI}} = 0,25$). Toutefois, dû à la très faible quantité d'événements recensés tout au long de cette étude, il importe d'accorder une importance plus que modeste à ces écarts.

Bref, les analyses descriptives portant sur le site expérimental de Vancouver semblent démontrer que plus le nombre de participants recevant un opiacé injectable s'avère élevé, plus la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues semble diminuer à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI. En contre partie, une accentuation du nombre de ces participants tend toutefois à s'associer à une augmentation des activités de flânage dans les environs de la clinique. D'autre part, l'implantation de la

clinique NAOMI ne semble présenter aucun impact sur la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue ainsi que sur le nombre d'événements associés à la sécurité publique.

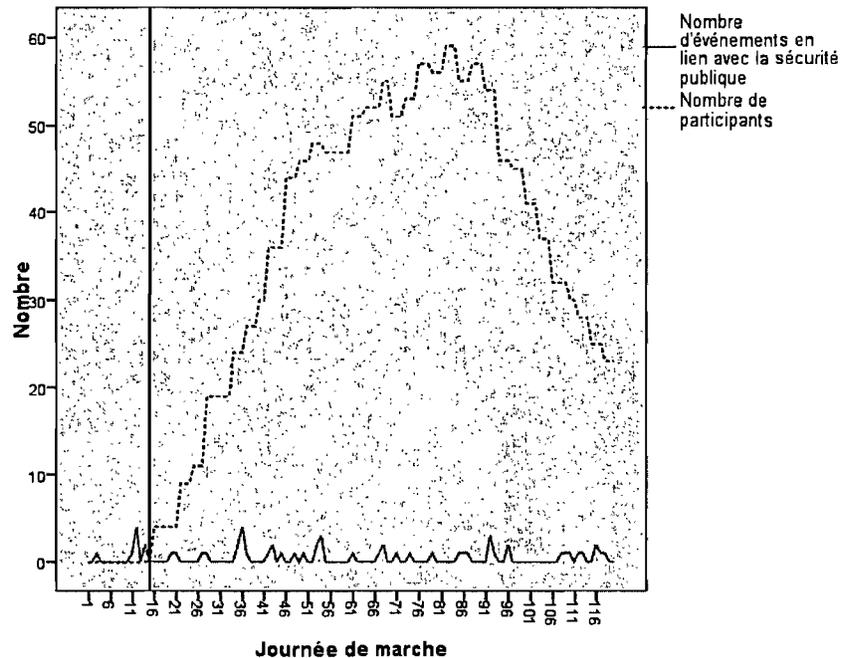


Figure 11 : Distribution du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

En résumé, il ressort généralement que les cliniques NAOMI de Montréal et de Vancouver puissent être associées à une possible réduction de la quantité de débris (en lien avec l'injection de drogues ou associés au milieu de la rue) ainsi qu'à une probable augmentation du nombre d'activités déviantes, et ce, dépendamment du site d'implantation. De manière à quantifier ce possible impact des cliniques NAOMI, une analyse des séries chronologiques associées aux différentes variables dépendantes fut réalisée, et ce, au moyen de la régression segmentée. Les résultats obtenus seront d'ailleurs présentés lors de la prochaine section.

3.2 Analyses multivariées

Contrairement à la formule de présentation des analyses descriptives où l'évaluation du site québécois précéda l'examen du site de Vancouver, les résultats en provenance des analyses multivariées seront exposés en fonction des diverses variables dépendantes utilisées pour ce mémoire. Ce changement facilitera ainsi la comparaison entre eux des deux sites expérimentaux, et, par le fait même, permettra de vérifier plus aisément l'influence du contexte social propre aux secteurs comportant une clinique NAOMI sur les divers aspects d'ordre communautaire examinés par cette étude.

Par ailleurs, chacune des sous-sections subséquentes présentera les résultats de deux types d'analyse. Tout d'abord, les résultats découlant de l'évaluation des séries chronologiques seront exposés de manière à quantifier l'impact des cliniques de prescription médicale d'héroïne sur les différentes variables dépendantes. À ce sujet, ces résultats seront présentés sous la forme de deux coefficients, soit le coefficient de régression non standardisé B et le t-ratio.¹⁴ Tout d'abord, le coefficient B s'avère particulièrement important puisqu'il informe sur la valeur qui doit être ajoutée à la constante du modèle afin de connaître, d'une part, la puissance du paramètre autorégressif et, d'autre part, le poids accordé à chacune des variables du modèle. C'est donc par le biais de ce coefficient qu'il s'avérera possible de quantifier l'impact des cliniques NAOMI sur les diverses variables dépendantes de cette étude (Tabachnick & Fidell, 2007). Le second coefficient, soit le t-ratio, permet quant à lui de déterminer la certitude statistique du coefficient B (Card & Krueger, 1995). L'interprétation de chacun des coefficients de régression non standardisé B du modèle statistique ne s'avère valide que dans le cas où la valeur absolue du t-ratio qui en découle se trouve supérieure à deux (Card & Krueger, 1995). Dans le cadre de ce mémoire, les coefficients B devront donc respecter cette norme préalablement à leur interprétation.

Afin d'alléger les différents tableaux affichant les résultats de l'analyse des séries chronologiques, les coefficients associés aux variables indépendantes saisonnières et journalières ne seront pas présentés; l'objectif de ce mémoire n'étant pas d'expliquer les

¹⁴ Le t-ratio se calcule en divisant le coefficient non standardisé B par son erreur standard. De ce fait, cette valeur présente l'avantage de tenir compte du terme d'erreur (Blais, 2001).

facteurs menant à la variation du nombre d'items observés, mais bien plutôt de déterminer l'impact associé à l'implantation des cliniques NAOMI.

Par la suite seront avancés les résultats émanant des analyses corrélationnelles, volet qui permettra de comprendre l'influence de la fluctuation du nombre de participants recevant un opiacé injectable sur ces mêmes variables dépendantes, soit la quantité de divers débris présents dans le voisinage des cliniques NAOMI, mais également le nombre d'activités déviantes observées à l'intérieur des deux secteurs visés par cette étude. Quant à la variable associée au nombre d'événements en lien avec la sécurité publique, la réalisation d'analyses multivariées s'avérera appropriée uniquement pour le site expérimental de Vancouver; le nombre d'interventions reliées aux différents services d'urgence recensées à l'intérieur du secteur montréalais s'avérant trop faible pour effectuer des régressions multiples. Bien sûr, tous les modèles qui seront présentés satisfont la totalité des postulats relatifs à leurs résidus, assurant du même coup leur validité. À ce sujet, le retrait de quelques données extrêmes s'est avéré essentiel afin d'améliorer la validité de certains modèles.¹⁵

3.2.1 Débris en lien avec l'injection de drogues

En premier lieu, il ressort du tableau 4 que l'arrivée de la clinique NAOMI à l'intérieur du site expérimental de Montréal a rapidement provoqué une forte baisse de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues présents dans le voisinage de la clinique ($B = -54,261$), situation confirmant ce qui fut remarqué lors de l'évaluation visuelle de la figure 4. Par ailleurs, un effet similaire, quoique d'importance moindre, fut également observé à l'intérieur du site d'étude de Vancouver ($B = -35,902$). Ainsi, l'implantation d'une clinique offrant de l'héroïne à des fins médicales mène à une réduction immédiate de la quantité de débris d'injection, et ce, peu importe le contexte social du quartier à l'intérieur duquel se retrouve la clinique.

¹⁵ Lors du diagnostic des résidus (Casewise Diagnostics), les observations présentant un résidu standard supérieur à 3 ou inférieur à -3 furent considérées comme des données extrêmes. Tel que le mentionne Tabachnick et Fidell (2007), une technique statistique acceptée afin d'accentuer la validité des régressions multiples comportant des données extrêmes consiste à retirer ces données des différentes analyses.

Par ailleurs, une analyse complète de l'impact des cliniques NAOMI doit également prendre en considération les modifications de tendances pouvant être observées suite à l'arrivée des cliniques. À cet égard, l'étude du tableau 4 démontre que, pour le site de Montréal, la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues affichait une tendance générale ascendante significative ($B= 3,472$), démontrant du même coup que la problématique associée à la présence de ces items indésirables s'avérait de plus en plus présente à l'intérieur de ce secteur. Cependant, dès l'instant où la mise en place du programme de prescription médicale d'héroïne s'est effectuée, une tendance inverse s'est installée, menant ainsi à une réduction graduelle et constante de la quantité observable de ce type de débris à l'intérieur du voisinage de la clinique ($B= -4,185$). Par surcroît, cette tendance à la baisse s'est maintenue tout au long de la période post intervention, situation démontrant, d'une part, la persistance de l'effet bénéfique de la clinique NAOMI en termes d'une réduction de la quantité de débris d'injection, mais, plus encore, démontrant l'amplification de cette décroissance sur une période de plus de deux ans suivant l'ouverture de la clinique. Un tel effet désirable relatif à la tendance ne fut toutefois nullement observé pour le site expérimental de Vancouver. En fait, les résultats de l'analyse de la série chronologique interrompue portant sur la quantité de débris reliés à l'injection de drogues recensés sur le site de Vancouver démontrent l'inexactitude de la supposition apportée suite à l'observation descriptive de la situation (figure 8). À cet effet, l'hypothétique tendance générale décroissante se voit infirmée; la réduction de la quantité de débris d'injection s'avérant bel et bien expliquée par l'arrivée de la clinique NAOMI. Bien que cet effet bénéfique important apparaisse rapidement et persiste dans le temps, l'influence de la clinique NAOMI de Vancouver sur ce facteur communautaire ne prend pas d'ampleur au fil des 34 mois suivant son implantation, situation contraire à ce qui fut noté pour le site expérimental de Montréal.

Tableau 4 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)

	Montréal (Plateau Mont-Royal)		Vancouver (Downtown Eastside)	
	B	T-Ratio	B	T-Ratio
Paramètre autorégressif (ARI)	0,581	7,501 ***	0,231	2,486 *
CONSTANTE	8,343	0,473	157,302	8,674 ***
TENDANCE				
Générale	3,472	3,937 ***	-3,797	-1,942
Post intervention	-4,185	-4,479 ***	3,576	1,820
VARIABLE CLINIQUE				
Statut d'opération de la clinique NAOMI	-54,261	-3,064 **	-35,902	-2,094 *
INDICES DE VALIDITÉ				
Akaike's Information Criterion (AIC)		1144		1136
Schwarz's Bayesian Criterion (SBC)		1181		1175

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

En ajout à cela, les résultats en provenance des analyses corrélationnelles (voir tableau 25 en annexe) confirment les suppositions émises lors de l'évaluation des figures 4 et 8 à l'effet que plus le nombre de participants recevant un opiacé injectable s'accroît, moins élevée s'avère la quantité observable de débris en lien avec l'injection de substances psychoactives dans le voisinage du centre de prescription d'héroïne. Cette relation s'annonce d'ailleurs considérablement plus forte pour le site expérimental de Vancouver ($r = -0,662$; $p \leq 0,01$) que pour le site montréalais ($r = -0,487$; $p \leq 0,01$), réalité pouvant s'expliquer par le fait que ces participants, qui s'injectent désormais à quelques reprises à l'intérieur de la clinique, demeurent approximativement trois fois plus nombreux à Vancouver qu'à Montréal. Cette situation confirme donc une partie de la première hypothèse de cette étude à l'effet que l'arrivée de la clinique NAOMI induit une réduction du nombre de débris en lien avec l'injection de drogues dans les environs de la clinique NAOMI implantée dans un secteur abritant plusieurs consommateurs d'héroïne; hypothèse qui, rappelons-le, s'appuyait sur les études de Symonds et de ses collègues

(1998) portant sur les centres d'injection supervisée. Toutefois, cette situation va à l'encontre de la seconde hypothèse de ce mémoire qui stipulait que l'arrivée d'une clinique de prescription médicale de diacétylmorphine dans un secteur comportant peu d'usagers d'héroïne (site de Montréal) provoquerait une hausse de la quantité de débris d'injection; phénomène qui fut supposé par Soward à l'égard des centres d'injection supervisée (Symonds et al., 1998). Il importe cependant de rappeler que l'observation descriptive (figure 4) a fait ressortir une présence importante de débris d'injection à l'intérieur du voisinage de cette clinique NAOMI préalablement à son ouverture, démontrant du même coup que l'usage de drogues injectables s'avère peut-être une problématique davantage présente dans ce secteur que ce qui fut initialement envisagé.

En somme, l'arrivée d'une clinique NAOMI produit une réduction rapide et importante de la quantité de débris d'injection dans ses environs, et ce, peu importe les caractéristiques démographiques et socio-économiques du secteur d'implantation. De plus, cette décroissance s'accroît de manière proportionnelle au nombre de participants recevant un opiacé injectable. Par ailleurs, la baisse de la quantité de débris d'injection peut s'accroître graduellement avec la passation du temps, suggérant du même coup l'effet préventif des cliniques offrant un programme de maintien à l'héroïne. Toutefois, cette situation ne semble se refléter que lorsque la clinique NAOMI se retrouve à l'intérieur d'un quartier plus favorisé et comportant un bassin moindre d'usagers d'héroïne. De manière générale, l'implantation d'une clinique NAOMI affiche des conséquences positives en termes de réduction de la quantité de débris reliés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

3.2.2 Débris associés au milieu de la rue

L'examen du tableau 5 démontre que l'implantation de la clinique NAOMI ne produit aucun impact immédiat sur la quantité de débris associés au milieu de la rue, situation observée autant pour le site expérimental de Montréal que pour celui de Vancouver. Toutefois, une étude plus approfondie des résultats en provenance des analyses par régression segmentée démontre, pour le site montréalais, que la présence de

cette clinique favorise une légère réduction graduelle de ce type de débris. En fait, une faible tendance à la hausse quant à la quantité de contenants de drogue, de condoms et d'items transitoires caractérisait ce site expérimental ($B= 0,606$), tendance qui pourtant s'est inversée suite à l'arrivée de la clinique NAOMI ($B= -0,787$). Une telle situation illustre donc que la clinique de prescription médicale d'héroïne de Montréal produit un impact sur cette catégorie de débris, mais que cette influence devient décelable uniquement suite à une période de plusieurs mois suivant l'ouverture de la clinique. En fait, il s'avère réaliste de croire que cette réalité s'explique par l'arrivée d'un nombre grandissant de participants; l'analyse corrélationnelle (voir tableau 25 en annexe) démontrant un lien faible, mais significatif, entre le nombre de participants recevant un opiacé injectable et la quantité de débris associés au milieu de la rue ($r= -0,230$; $p\leq 0,01$). Ces résultats confirment d'ailleurs ce qui fut noté lors de l'examen visuel de cette variable (figure 5). Cette situation va donc à l'encontre de la seconde hypothèse de ce mémoire puisque la venue de la clinique NAOMI à l'intérieur du Plateau Mont-Royal conduirait, non pas à une accentuation de la quantité de débris associés au milieu de la rue, mais bien à une diminution de la présence de ces items.

Quant au site expérimental de Vancouver, il semblerait que la clinique NAOMI n'influence guère la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue, situation qui concorde avec la supposition émanant de l'étude de la figure 9. En ajout à cela, l'analyse corrélationnelle démontre l'absence de relation entre le nombre de participants recevant un opiacé injectable et la fluctuation de la quantité de ce type de débris (voir tableau 25 en annexe). Ainsi, la première hypothèse de ce mémoire se voit en partie infirmée; la venue de la clinique NAOMI n'a produit aucune diminution de la quantité de débris associés au milieu de la rue. Il importe cependant de mentionner que les analyses descriptives ont démontré que ce secteur de la Colombie-Britannique ne semblait afficher aucune problématique reliée à la présence de débris autres que ceux en lien avec l'injection de drogues. Néanmoins, l'arrivée de la clinique NAOMI n'a nullement conduit à une hausse de contenants de drogue, de condoms et d'items transitoires.

Tableau 5 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur la quantité de débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)

	Montréal		Vancouver	
	(Plateau Mont-Royal)		(Downtown Eastside)	
	B	T-Ratio	B	T-Ratio
Paramètre autorégressif (AR1)	0,269	2,951 ***	0,167	1,726
CONSTANTE	-1,958	-0,503	10,528	4,200 ***
TENDANCE				
Générale	0,606	3,015 **	-0,283	-1,049
Post intervention	-0,787	-3,790 ***	0,309	1,138
VARIABLE CLINIQUE				
Statut d'opération de la clinique NAOMI	-4,127	-0,974	-1,790	-0,755
INDICES DE VALIDITÉ				
Akaike's Information Criterion (AIC)		873		674
Schwarz's Bayesian Criterion (SBC)		909		714

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Bref, l'instauration d'une clinique de prescription médicale d'héroïne ne produit aucun effet immédiat significatif sur la quantité de débris associés au milieu de la rue, et ce, peu importe les caractéristiques démographiques, économiques et sociologiques de son secteur d'implantation. À long terme, il s'avère même possible d'observer une légère réduction de la quantité de ce type de débris à l'intérieur du voisinage de la clinique, et ce, de manière proportionnelle au nombre de participants recevant un opiacé injectable. Les résultats en provenance du site montréalais tendent d'ailleurs à démontrer un tel phénomène. Par ailleurs, il demeure essentiel de bien comprendre que la mise en place d'une clinique NAOMI ne conduit aucunement à l'amplification de la quantité de débris reliés au milieu de la rue, et ce, peu importe le contexte social de la communauté hôte.

3.2.3 Bouteilles d'alcool

Puisque la problématique visée par les cliniques NAOMI focalise uniquement sur l'usage d'héroïne par voie intraveineuse, rien ne laissait présager que la présence du centre de prescription de diacétylmorphine montréalais influencerait la quantité de bouteilles d'alcool observables dans les environs de la clinique. C'est d'ailleurs pour cette raison que la série d'observations relative à cette variable fut considérée comme une série témoin; cette dernière pouvant confirmer le réel impact de la clinique NAOMI sur les autres variables dépendantes de cette étude, notamment celle en lien avec les débris associés à l'usage de psychotropes par voie intraveineuse. Par ailleurs, les résultats de la régression segmentée portant sur cette série d'observations (tableau 6) confirment les observations qui ont suivi l'examen descriptif de la situation (figure 6), à l'effet que la quantité de bouteilles d'alcool recensées sur le site expérimental de Montréal ne s'avère aucunement influencée par la présence de la clinique NAOMI.

Toutefois, il semble plausible que ce soit le nombre de participants recevant un opiacé injectable qui présenterait un impact sur cette variable. En fait, ces individus, en attente de leur prochaine séance d'injection, pourraient consommer de l'alcool à quelques pas de la clinique, produisant du même coup une hausse de la quantité de bouteilles d'alcool vides dans le secteur. Cependant, l'analyse corrélacionnelle démontre qu'aucun lien significatif n'existe entre le nombre de participants recevant un opiacé injectable et la quantité de bouteilles d'alcool observables dans le voisinage de la clinique (voir tableau 25 en annexe). Cette réalité confirme donc la validité de cette série témoin.

Tableau 6 : Résultats de l'analyse par régression segmentée de la série chronologique portant sur la quantité de bouteilles d'alcool recensées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal)

	MONTRÉAL (Plateau Mont-Royal)	
	B	T-Ratio
Paramètre autorégressif (AR1)	0,366	4,055 ***
CONSTANTE	16,076	1,714
TENDANCE		
Générale	0,575	1,183
Post intervention	-0,769	-1,526
VARIABLE CLINIQUE		
Statut d'opération de la clinique NAOMI	7,417	0,726
INDICES DE VALIDITÉ		
Akaike's Information Criterion (AIC)		1049
Schwarz's Bayesian Criterion (SBC)		1085

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

3.2.4 Activités déviantes

Les résultats découlant de l'analyse par régression segmentée illustrent que l'arrivée de la clinique NAOMI à l'intérieur du site expérimental de Montréal n'a pas eu d'impact sur le nombre d'activités déviantes observables dans le voisinage immédiat de la clinique; le paramètre associé à la tendance post intervention ainsi que celui associé au statut d'opération de la clinique NAOMI s'avérant non significatifs (tableau 7). En fait, les résultats de cette analyse vont dans le même sens que ce qui fut supposé lors de l'examen descriptif de la figure 7; la présence de comportements marginaux dans un secteur donné ne semble nullement reliée à la venue d'un centre offrant un programme de maintien à la diacétylmorphine.

Toutefois, les résultats en provenance de l'analyse corrélationnelle (voir tableau 25 en annexe) permettent d'apporter certaines précisions à cette relation qui pourtant semble inexistante. En fait, une augmentation du nombre de participants recevant un

opiacé injectable demeure associée à une légère réduction du nombre d'activités déviantes dans les environs de la clinique ($r = -0,207$; $p \leq 0,05$), situation qui s'avère contraire à l'hypothèse formulée lors de la présentation de la problématique de ce mémoire. À ce sujet, rappelons que pour le site expérimental de Montréal, il semblait plausible que la présence d'une clinique de prescription médicale d'héroïne provoque une recrudescence du nombre de consommateurs de drogues dans le voisinage du centre de prescription, individus notamment reconnus pour s'adonner à des activités marginales. D'ailleurs, une telle situation avait été supposée lors de l'implantation de certains centres d'injection supervisée, service présentant plusieurs caractéristiques communes aux cliniques NAOMI (Symonds et al., 1998). Dans le cas présent, un phénomène inverse fut remarqué, réalité qui s'avère fort encourageante.

Quant au site expérimental de Vancouver, les résultats produits par l'analyse utilisant la régression segmentée démontrent l'inexactitude de la supposition émanant de l'évaluation visuelle de la figure 10 qui stipulait qu'un nombre plus important d'activités déviantes semble être remarqué suite à l'implantation de la clinique de prescription médicale d'héroïne de ce secteur. En fait, les résultats de l'analyse de la série chronologique interrompue associée à cette variable démontrent l'absence de relation significative entre la venue de la clinique NAOMI et le nombre d'activités marginales observables dans les environs du centre de prescription d'héroïne (tableau 7). Dans le même sens, une augmentation du nombre de participants recevant un opiacé injectable n'influence en rien la quantité d'activités déviantes pouvant être remarquées aux abords de la clinique NAOMI; le résultat de l'analyse corrélationnelle s'avérant non significatif (voir tableau 25 en annexe). Bref, le centre de prescription médicale d'héroïne implanté à l'intérieur du secteur expérimental de Vancouver ne produit aucune amélioration, mais également aucune détérioration en termes du nombre d'activités déviantes pouvant être observées dans le voisinage immédiat de la clinique offrant de la diacétylmorphine dans un cadre thérapeutique. Ce phénomène se voit d'ailleurs différent de l'hypothèse de départ qui penchait plutôt, pour le site expérimental de Colombie-Britannique, vers une décroissance du nombre de ces activités marginales suite à la mise en place de la clinique NAOMI.

Tableau 7 : Résultats de l'analyse par régression segmentée des séries chronologiques portant sur le nombre d'activités déviantes recensées à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) et de Vancouver (Downtown Eastside)

	Montréal (Plateau Mont-Royal)		Vancouver (Downtown Eastside)	
	B	T-Ratio	B	T-Ratio
Paramètre autorégressif (AR1)	-0,029	-0,303	-0,309	-3,344 **
CONSTANTE	2,898	3,816 ***	45,340	4,409 ***
TENDANCE				
Générale	0,000	0,013	-0,034	-0,032
Post intervention	-0,002	-0,078	0,118	0,111
VARIABLE CLINIQUE				
Statut d'opération de la clinique NAOMI	-0,499	-0,754	-2,223	-0,241
INDICES DE VALIDITÉ				
Akaike's Information Criterion (AIC)		477		1090
Schwarz's Bayesian Criterion (SBC)		514		1129

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

En somme, l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne ne produit aucun effet immédiat sur le nombre d'activités déviantes, et ce, peu importe le caractère démographique, sociologique ou économique de la communauté hôte. Par contre, ces activités marginales semblent devenir légèrement moins fréquentes plusieurs mois suite à l'ouverture d'une telle clinique, et ce, principalement en fonction de l'augmentation du nombre de participants recevant un opiacé injectable. Toutefois, un tel phénomène fut uniquement remarqué pour le site expérimental de Montréal, secteur qui, en comparaison avec Vancouver, demeure moins reconnu pour comporter une présence massive d'individus marginaux. Cependant, il s'avère fondamental de se rappeler que l'instauration d'une clinique NAOMI n'accentue en rien la présence d'activités déviantes, et ce, pour les deux sites expérimentaux.

3.2.5 Événements en lien avec la sécurité publique

En premier lieu, il importe de mentionner qu'aucune analyse statistique n'a été réalisée avec les données associées au nombre d'événements en lien avec la sécurité publique en provenance du site expérimental de Montréal; le nombre d'interventions des policiers, des agents de sécurité privée, des ambulanciers et des pompiers se chiffrent uniquement à trois pour la totalité de l'étude. Par ailleurs, aucun de ces événements ne fut remarqué lors des marches ethnographiques réalisées antérieurement à l'ouverture de la clinique NAOMI, situation qui semble démontrer le caractère paisible du site montréalais. Par ailleurs, seul quelques événements isolés reliés aux services d'urgence ont été recensés suite à l'implantation de la clinique NAOMI. Bien que l'hypothèse de départ stipulait que la mise en place d'un centre de prescription médicale d'héroïne produirait une accentuation du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique dans les environs d'une telle clinique implantée à Montréal, cette hausse ne peut confirmer cette hypothèse. D'une part, la présence de ces événements suite à l'ouverture de la clinique s'avère extrêmement faible (trois observations sur une période de 31 mois). D'autre part, puisque la collecte de données suivant l'implantation de la clinique NAOMI couvre une période définitivement plus longue que la recension réalisée antérieurement à la mise en place de cette même clinique, la possibilité d'observer les différents services d'urgence en action se voit assurément supérieure. Dans un tel contexte, il devient plus adéquat d'affirmer que l'instauration de la clinique NAOMI à l'intérieur du secteur montréalais ne présente possiblement aucun impact sur le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans le voisinage immédiat de la clinique.

En ajout à cela, l'examen du tableau 8 indique que l'implantation de la clinique NAOMI de Vancouver n'a aucunement influencée le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique, phénomène qui fut préalablement observé par l'évaluation de visu de la figure 11. En fait, l'intervention des policiers, des agents de sécurité privée, des ambulanciers ou même des pompiers ne fut que sporadique tout au long de l'étude; un total de 55 événements ayant été recensés lors des 37 mois d'expérimentation. Par ailleurs, l'analyse corrélacionnelle mesurant la force du lien entre le nombre de

participants recevant un opiacé injectable et la variation de la quantité d'événements associés à la sécurité publique affiche une absence de relation significative entre ces deux variables (voir tableau 25 en annexe). Bref, l'étude actuelle démontre que la mise en place de la clinique NAOMI ne provoque aucune augmentation du nombre d'interventions associées à divers services assurant la sécurité des citoyens, réalité qui infirme ainsi une partie de l'hypothèse de départ avancée pour le site de Vancouver.

Fait notable concernant cette variable dépendante, il importe de mentionner que les marches ethnographiques ne duraient que deux heures, et, qu'à cet effet, il demeure tout à fait possible que bon nombre d'événements en lien avec la sécurité publique aient pu se produire en dehors des périodes de collecte de données. Dans un tel contexte, l'étude de Lasnier (2007), en s'appuyant sur les données policières officielles, servirait de meilleur indicateur afin de connaître l'impact réel des cliniques NAOMI sur les événements reliés à l'intervention des services d'urgence, variable étroitement reliée à la criminalité et aux actes incivils.

Tableau 8 : Résultats de l'analyse par régression segmentée de la série chronologique portant sur le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique de Vancouver (Downtown Eastside)

	VANCOUVER (Downtown Eastside)	
	B	T-Ratio
Paramètre autorégressif (AR1)	0,151	1,535
CONSTANTE	-0,062	-0,103
TENDANCE		
Générale	0,088	1,562
Post intervention	-0,089	-1,567
VARIABLE CLINIQUE		
Statut d'opération de la clinique NAOMI	-0,534	-1,070
INDICES DE VALIDITÉ		
Akaike's Information Criterion (AIC)		303
Schwarz's Bayesian Criterion (SBC)		339

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Le précédent chapitre a permis d'exposer les résultats émanant, d'une part, des analyses descriptives, et, d'autre part, de celles portant sur les différentes séries chronologiques. Afin de faire suite à ces analyses, le dessein du présent chapitre consiste à discuter des résultats obtenus de manière à démontrer leur pertinence scientifique. La première section s'orientera donc vers un retour sur le débat actuel entourant les programmes offrant de l'héroïne sous contrôle médical, et ce, de manière à démontrer le contexte contemporain à l'intérieur duquel s'insère cette présente étude. Par la suite suivra une discussion portant sur les hypothèses élaborées lors du premier chapitre de ce mémoire; cette discussion s'appuyant sur les principaux résultats statistiques obtenus. D'une part, ces résultats permettront de rendre davantage explicite l'influence réelle des cliniques NAOMI en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques des communautés abritant ces centres de prescription médicale d'héroïne. Il deviendra ainsi possible de vérifier si la mise en place d'un programme de maintien à la diacétylmorphine satisfait la philosophie propre à l'approche de la réduction des méfaits, à savoir le soutien de l'utilisateur de drogues sans pour autant provoquer une détérioration de la communauté qui offre ce service thérapeutique. D'autre part, ces résultats permettront de déterminer si l'impact des cliniques NAOMI varie en fonction de l'importance du bassin populationnel d'utilisateurs de drogues injectables présent dans le voisinage immédiat du centre de prescription médicale de diacétylmorphine.

4.1 Débat actuel sur la prescription médicale d'héroïne

L'offre d'héroïne sous contrôle médical représente une stratégie thérapeutique alternative qui, au sein de notre société contemporaine, regroupe un lot indéniable de sympathisants, mais également un bassin considérable de détracteurs. Pour certains, l'opinion véhiculée à l'endroit de cette pratique repose sur les résultats de diverses études scientifiques. Pour d'autres, leur conception de la prescription médicale d'héroïne semble plutôt s'appuyer sur des hypothèses purement théoriques axées sur la moralité d'un tel traitement. À l'intérieur de ce contexte, il demeure donc tout à fait compréhensible qu'un débat idéologique émerge entre les individus tenant un discours sensiblement discordant quant à la pertinence d'offrir ce service de dernière ligne aux usagers d'héroïne. De manière à cerner l'état actuel de cette situation, la présente section exposera l'argumentation des adhérents à cette alternative thérapeutique, mais également le raisonnement des individus réfractaires à cette pratique. De par cette approche, il deviendra plus aisé de se façonner une image davantage représentative de la réalité qui entoure la prescription médicale d'héroïne.

Lorsque l'on s'attarde au débat qui existe au sujet de l'offre thérapeutique d'héroïne, on ne peut passer sous silence les retombées d'un tel traitement sur la consommation de diacétylmorphine des participants. À cet égard, les individus en faveur de cette alternative thérapeutique s'appuient sur les résultats des études européennes (Suisse, Pays-Bas, Espagne et Allemagne) stipulant que les participants à ce type de programme connaissent une réduction de leur consommation de ce psychotrope (Dijkgraaf et al., 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Verthein et al., 2008). De plus, Nordt et Stohler (2006) affirment même qu'en Suisse, le nombre d'individus dépendants à cette drogue opiacée diminuerait graduellement à chaque année, et ce, depuis le début des expérimentations sur la prescription médicale d'héroïne. En fait, l'héroïne de rue présenterait une image nettement plus négative aujourd'hui comparativement à la période antérieure à l'ouverture de cliniques offrant ce service, soit depuis le début des années 1990 (Nordt & Stohler, 2006).

Bien que les opposants à cette alternative thérapeutique ne réfutent pas les conclusions de ces études, ces derniers soulignent que ces programmes ont fort possiblement réduit l'intérêt de leurs participants à mettre éventuellement un terme à leur usage d'héroïne (Nordt & Stohler, 2006). Selon cette perspective, l'offre d'héroïne sous contrôle médicale représenterait donc une solution inadéquate pour le traitement des usagers de diacéylmorphine.

De plus, le débat idéologique demeure ouvert quant à l'impact personnel potentiel de ces programmes de prescription d'héroïne pharmaceutique. À cet égard, certains auteurs affirment que la participation à un tel traitement favoriserait, chez l'adhérent, une amélioration de sa santé physique (nombre d'épisodes de convulsions, abcès, perte de poids, atrophie musculaire, faiblesse générale) et psychologique (troubles anxieux, troubles affectifs), de même qu'un changement positif au niveau de son fonctionnement social, notamment une réduction des comportements criminels tels le trafic de stupéfiants et la commission de crimes contre la propriété (Utchenhagen et al., 1999; Van Den Brink et al., 2003). Cependant, les conclusions de ces études scientifiques n'obtiennent pas l'appui de tous. En fait, certains opposants à la prescription médicale d'héroïne peuvent alléguer la vétuste étude anglaise de Hartnoll et de ses collègues (1980) mentionnant que l'offre de diacéylmorphine aux individus recevant de la méthadone n'améliore en rien leur santé physique. Toutefois, les sympathisants aux traitements de maintien à l'héroïne, en s'appuyant sur l'étude plus récente de Perneger et de ses collègues (1998), peuvent mettre en doute la fiabilité des résultats de Hartnoll pour diverses raisons, soit l'utilisation d'un échantillon moins sévèrement dépendant à l'héroïne, l'administration d'une très faible dose quotidienne d'héroïne (60mg, comparativement à une moyenne de 480mg lors de l'étude suisse) ainsi que par l'emploi d'une méthode d'évaluation axée uniquement sur l'observation des participants (aucun outils quantitatif ne fut utilisé).

Les principales critiques en provenance des détracteurs de cette pratique médicale ne proviennent toutefois pas de conclusions découlant d'études scientifiques. En fait, plusieurs d'entre eux sont d'avis que la participation à un tel traitement peut effectivement produire des résultats positifs. Selon McKeganey (2008), il demeure

cependant très difficile de déterminer si ces différents bénéfices s'avèrent être le résultat de la prescription médicale d'héroïne comme telle, ou si plutôt ces retombées encourageantes seraient principalement engendrées par les autres volets du programme thérapeutique, notamment le soutien psychosocial du participant.

Dans un autre ordre d'idées, les opposants à l'offre de diacétylmorphine pharmaceutique voient d'un mauvais œil le fait que certains médecins puissent prescrire un traitement à base d'héroïne à certains individus sévèrement dépendants. Pour ces gens, le simple fait que cette possibilité clinique existe pourrait mener certains cliniciens à gérer une toute nouvelle forme de pression de la part de leurs clients. En fait, ces patients pourraient inciter leur médecin traitant à leur prescrire une quantité de plus en plus grande de drogues (McKeganey, 2008). Selon McKeganey (2008), il deviendrait alors particulièrement difficile pour le clinicien de garder le plein contrôle des prescriptions qu'il effectue; les clients pouvant sans cesse menacer de retomber dans un style de vie marginal et criminalisé advenant le cas où ces derniers jugeraient insuffisant leur dosage quotidien d'héroïne pharmaceutique. À titre d'exemple, Dr. Frankau, une psychiatre anglaise de renom, aurait par le passé prescrit plus de 600 000 doses d'héroïne à ses patients toxicomanes en seulement une année (Interdepartmental Committee on Drug Addiction, 1965).

Bien sûr, les partisans de l'offre d'héroïne à l'intérieur d'un cadre thérapeutique répondent à ces affirmations en mentionnant que sur le sol anglais, seuls des médecins certifiés ont le privilège de prescrire de l'héroïne à ces consommateurs chroniques d'opiacés (McKeganey, 2008). Quant à la Suisse, qui demeure actuellement le seul pays qui offre de manière officielle un programme de prescription médicale d'héroïne aux usagers sévèrement dépendants à la diacétylmorphine, ce problème se voit contourné puisque l'héroïne est offerte par le biais de centres de prescription, et non pas via une ordonnance reçue par un clinicien indépendant (Satel & Aeschbach, 1999; Higgins, 2008; Uchtenhagen et al., 1999). C'est d'ailleurs cette approche qui fut également employée lors des expérimentations hollandaises, espagnoles, allemandes et canadiennes (Dijkgraaf et al., 2005; Institut de recherche en santé du Canada, 2005; March et al., 2006; NAOMI

Study, 2006; Verthein et al., 2008). Dans ce contexte, il devient peu probable que les médecins soient victimes de pressions importantes en matière de prescription d'héroïne à l'égard des participants à ces programmes.

Somme toute, les partisans à l'idée d'offrir de la diacétylmorphine sous supervision médicale demeurent convaincus que cette possibilité clinique représente une alternative intéressante pour certains usagers d'héroïne chroniques (Rehm et al., 2001; Uchtenhagen et al., 1999). Selon Rehm et Fisher (2008), l'ajout de ce type de programme produirait ainsi une amélioration du système canadien de santé actuel, puisque ces traitements pourraient rejoindre les usagers d'héroïne résistants aux programmes thérapeutiques contemporains, mais également les consommateurs réfractaires aux traitements plus conventionnels. En opposition à cela, certains individus s'avèrent d'avis qu'une telle alternative ne peut être considérée comme un traitement viable. Selon McKeganey (2008), les usagers de diacétylmorphine sévèrement dépendants commettent des crimes et adoptent des comportements néfastes pour leur santé parce que la drogue demeure plus importante à leurs yeux que la vie elle-même. Dans cette optique, tout traitement destiné aux consommateurs d'héroïne, et, à plus large échelle, aux toxicomanes en général, doit présenter comme objectif l'idée de renverser ce mode de pensée problématique. À cet effet, tout traitement axé sur l'offre médicale d'héroïne ne s'avère aucunement en mesure de satisfaire ce dessein. Toutefois, si l'objectif d'un tel programme vise à s'attaquer, non pas au problème de la dépendance, mais plutôt aux conséquences sociales néfastes associées à l'usage de diacétylmorphine (HIV, hépatite C, criminalité), il devient possible que les programmes de prescription médicale d'héroïne aient leur place dans notre société.

De manière à s'insérer à l'intérieur de ce débat idéologique contemporain, ce mémoire a permis de vérifier certaines hypothèses quant à l'impact potentiel des cliniques NAOMI sur leur communauté environnante respective. La prochaine section s'orientera donc vers un retour sur ces dites hypothèses; ces dernières pouvant être vérifiées suite à l'examen des résultats statistiques obtenus dans le cadre de cette étude.

4.2 Retour sur les hypothèses de départ

Dans une optique de réduction des méfaits associés à l'usage d'héroïne, certaines nations, dont le Canada, mirent au point de nouvelles initiatives thérapeutiques adressées aux consommateurs de ce psychotrope; les traitements conventionnels de maintien à la méthadone ou à la buprénorphine ne convenant qu'à près de 25% du nombre total d'usagers de diacétylmorphine (Fischer, Rehm et al., 2002; Mattick & Kimber, 2003; Popova et al., 2006; Strain et al., 1994). En fait, les consommateurs de cette substance illicite dépendogène ne bénéficiant d'aucun traitement s'avèrent bien souvent responsables d'une amplification, voire même de l'émergence de certains problèmes sociaux divers à l'intérieur de leur communauté, notamment en termes d'itinérance et d'insalubrité de leur quartier (Fischer, Rehm et al., 2002). À ce sujet, Fischer et ses collaborateurs (2006) mentionnent que les usagers d'héroïne sans domicile fixe s'injectent jusqu'à sept fois plus souvent dans les endroits publics comparativement aux consommateurs possédant un refuge quelconque, phénomène qui, assurément, favorise une accentuation de la quantité de débris reliés à l'injection de drogues dans le secteur de l'utilisateur d'héroïne. Il en va de soi qu'une telle situation puisse affecter le sentiment de sécurité des citoyens résidant à l'intérieur de ces quartiers; les risques d'une infection à divers virus s'avérant amplifiés. À titre d'exemple, rappelons que plus de quatre UDI sur cinq demeurant à Montréal ou à Vancouver s'avèrent infectés au VIH ou au VHC (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Bien que les différents débris d'injection ne présentent pas tous le même risque potentiel en termes d'une possible contamination virale, il n'en demeure pas moins que la présence de tout item indésirable ou activité déviante favorise assurément une détérioration environnementale de la communauté. Bref, à l'instar de ce qu'affirment Wood et ses collègues (2005), l'usage public de diacétylmorphine par voie intraveineuse demeure une problématique qui touche l'ensemble de la population, du consommateur d'héroïne au simple citoyen.

C'est donc à l'intérieur de ce contexte que furent entreprises plusieurs études empiriques portant sur l'évaluation de l'efficacité et de la faisabilité d'un programme de maintien à l'héroïne adressé aux usagers sévèrement dépendants à ce psychotrope. Bien

que ce type de traitement innovateur semble mener à une amélioration de la qualité de vie du participant (Dijkgraaf et al., 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Verthein et al., 2008), aucune étude à ce jour ne fut réalisée de manière à évaluer scientifiquement les conséquences sur la communauté environnante de ces cliniques offrant un tel programme thérapeutique. En fait, le volet du projet NAOMI-CI portant sur l'impact des cliniques de prescription médicale d'héroïne sur la quantité de divers débris, sur le nombre d'activités déviantes ainsi que sur la présence d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans le voisinage immédiat de ces centres de prescription représente un champ d'étude novateur dans le domaine de l'offre thérapeutique de diacétylmorphine.

De ce fait, les hypothèses avancées à l'intérieur de ce mémoire n'ont pu que s'appuyer sur des conclusions émises à l'égard de stratégies connexes en réduction des méfaits, à savoir les centres d'injection supervisée. Les justifications menant à ce choix théorique s'avèrent fort simples; ces endroits présentant de nombreux points en commun avec les cliniques de prescription médicale d'héroïne, notamment l'offre de matériel d'injection stérile, la présence de médecins qualifiés et préparés à réagir face à une surdose accidentelle ainsi qu'une possibilité aux clients d'entrer en contact avec divers intervenants sociaux offrant une aide à l'emploi et au logement (Wood et al., 2005). Toutefois, l'argument principal consiste au fait que les centres d'injection supervisée, à l'instar des cliniques offrant un traitement de maintien à la diacétylmorphine, obligent chaque participant à s'injecter sur place (Schneeberger & Guèvremont, 2007; Wood et al., 2005). Éventuellement, cette réglementation peut entraîner certains clients à consommer moins fréquemment dans les divers endroits publics du quartier, phénomène qui peut produire un impact sur la quantité de débris associés à l'injection de drogues observables dans les différentes rues, ruelles et parcs du secteur.

Puisque les cliniques NAOMI furent implantées à l'intérieur de deux communautés dissemblables en termes démographiques et socio-économiques, mais également quant au profil de consommation de psychotropes de leur population respective, deux hypothèses distinctes furent avancées. À cet égard, rappelons que le site

expérimental de Montréal s'avère davantage reconnu pour ses apports artistiques et culturels que pour sa population utilisatrice d'héroïne, contrairement au site de Vancouver qui demeure quant à lui caractérisé par une forte proportion d'usagers de diacétylmorphine (Small et al., 2007).

La première hypothèse émise se rapportait donc exclusivement au site expérimental de Vancouver et consistait au fait que l'instauration d'une clinique de prescription médicale d'héroïne à l'intérieur de cette communauté de l'Ouest canadien produirait une réduction de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues, une diminution de la quantité de débris associés au milieu de la rue, une décroissance du nombre d'activités déviantes ainsi qu'une baisse en termes de la présence d'événements en lien avec la sécurité publique observables dans le voisinage immédiat de la clinique NAOMI. Cette hypothèse s'est appuyée, d'une part, sur les conclusions d'un rapport australien présenté au Parlement de New South Wales à l'effet que l'implantation de centres d'injection supervisée favoriserait une réduction significative du nombre de débris d'injection à l'intérieur des environs immédiats de chacun de ces centres (Symonds et al., 1998). En fait, le New South Wales s'avère reconnu pour son large bassin populationnel d'usagers d'héroïne (Darke, Topp & Kaye, 2001), ce qui explique le choix d'appuyer la première hypothèse de cette étude sur les conclusions de ce rapport.

D'autre part, cette première hypothèse s'est également appuyée sur l'étude de Wood et de ses collaborateurs (2004) à l'effet que l'implantation d'un centre d'injection supervisée à l'intérieur du Downtown Eastside a produit une réduction de la quantité de débris en lien avec l'injection de substances psychoactives, mais également une diminution du nombre d'individus consommant publiquement des drogues par voie intraveineuse. En fait, les usagers d'héroïne du Downtown Eastside consomment régulièrement ce psychotrope à même les rues, ruelles et parcs de ce secteur, phénomène qui a conduit à une présence particulièrement importante de débris reliés à l'injection de drogues sur la voie publique (Wood et al., 2004). Dans un tel contexte, il demeure fondamental de s'assurer que l'instauration d'une clinique offrant de la diacétylmorphine

pharmaceutique n'envenime aucunement cette problématique déjà présente préalablement à la mise en place officielle et permanente d'une telle clinique.

À ce sujet, les résultats de ce mémoire permettent de confirmer une partie de l'hypothèse de départ. Tout d'abord, il appert que le site de Vancouver comporte réellement une problématique liée à l'usage d'héroïne au sein de la communauté puisqu'une quantité importante de débris d'injection fut observée lors de la période pré implantation de la clinique NAOMI. En fait, les consommateurs d'héroïne nord-américains optant généralement pour un mode d'administration par voie intraveineuse (Léonard & Ben Amar, 2002), il demeure prévisible que tout secteur canadien comportant plusieurs usagers d'héroïne présente une problématique associée à une présence notoire de débris provenant de l'injection de stupéfiants. Bien que les seringues souillées ne représentent qu'une minorité de ces items indésirables, il n'en demeure pas moins que la présence de tout rebut associé à l'injection de drogues peut affecter le sentiment de sécurité de la population; ces items démontrant que la consommation de psychotropes par voie intraveineuse s'avère bel et bien manifeste au sein même de leur communauté.

Tel que mentionné précédemment, l'implantation de la clinique NAOMI à l'intérieur de ce secteur de l'Ouest canadien a produit une diminution importante et rapide de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues, situation qui concorde avec les observations notées pour les centres d'injection supervisée. Cet effet bénéfique prend d'ailleurs de l'ampleur de manière proportionnelle au nombre d'individus traités avec un opiacé injectable. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en participant au programme NAOMI, les héroïnomanes doivent consommer leur opiacé pharmaceutique à l'intérieur de la clinique (Dijkgraaf et al., 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Schneeberger & Guèvremont, 2007; Verthein et al., 2008), situation qui peut se produire jusqu'à trois fois par jour. Puisqu'en moyenne un usager d'héroïne dépendant s'injecte approximativement à quatre occasions quotidiennement (O'Brien, 2001), la consommation de diacétylmorphine en dehors des périodes d'injection devient nettement moins fréquente, voire inexistante; le besoin journalier en héroïne pour plusieurs

participants étant satisfait. Par conséquent, une utilisation plus sporadique de diacétylmorphine dans les rues, ruelles et parcs du quartier favorisera une quantité moindre de débris en lien avec l'injection de drogues à l'intérieur de la communauté. De ce fait, la mise en place d'une clinique de prescription médicale d'héroïne à l'intérieur d'un secteur reconnu pour abriter un nombre important d'usagers de diacétylmorphine conduit à une amélioration environnementale de la communauté; les débris d'injection s'avérant nettement moins présents.

Par contre, aucune baisse significative du nombre d'activités déviantes, aucune diminution de la quantité de débris associés au milieu de la rue ainsi qu'aucune décroissance du nombre d'interventions des services d'urgence ne furent remarquées suite à l'instauration de la clinique NAOMI du Downtown Eastside. Ainsi, ce volet précis de l'hypothèse de départ se voit donc infirmé. Toutefois, cette réalité milite néanmoins en faveur des programmes de prescription médicale d'héroïne; aucune aggravation des facteurs communautaires précédemment cités ne s'observe suite à l'implantation d'une clinique NAOMI dans un quartier comportant un large bassin populationnel de consommateurs de diacétylmorphine.

La seconde hypothèse centrale à cette étude concernait le site de Montréal et allait dans le sens que l'implantation de la clinique NAOMI à l'intérieur du Plateau Mont-Royal mènerait à une accentuation de la quantité de divers débris indésirables, mais également à une augmentation du nombre d'activités déviantes ainsi qu'à une amplification du nombre d'interventions des policiers, des agents de sécurité privée, des ambulanciers, voire même du service des incendies, à l'intérieur du voisinage immédiat de la clinique. La justification théorique derrière cette seconde hypothèse provient également de conjectures dirigées à l'endroit des centres d'injection supervisée, mais dans une optique diamétralement opposée à ce qui fut avancé pour le site de Vancouver (Symonds et al., 1998).

Ainsi, puisqu'au départ la communauté incorporant la clinique NAOMI de Montréal fut perçue comme un secteur comportant peu d'usagers d'héroïne, il devenait

probable que l'instauration d'un centre offrant de la diacétylmorphine sous supervision médicale attirerait plusieurs nouveaux consommateurs de substances illicites, notamment des participants au programme NAOMI, mais également des gens du cercle relationnel de ces individus non désireux de s'investir dans ce programme thérapeutique. À ces personnes pourraient s'ajouter des trafiquants de drogues ainsi que des individus provenant du milieu de la rue souhaitant simplement se rapprocher de ces nouveaux fournisseurs de stupéfiants. De ce fait, une accentuation du nombre de consommateurs de drogues par voie intraveineuse entraînerait une intensification de la problématique associée aux débris d'injection; ces derniers devenant nettement plus présents à l'intérieur de la communauté (Dehue, 2002).

Les résultats découlant de cette présente étude démontrent que l'hypothèse initialement avancée en rapport au site expérimental de Montréal demeure inexacte, mais qu'en plus, cette dernière s'avère contraire à la réalité observée en ce qui a trait aux débris en lien avec l'injection de drogues. En fait, il demeure essentiel de comprendre que cette hypothèse fut émise en fonction du portrait démographique et socio-économique qui caractérise le Plateau Mont-Royal, à savoir un quartier où le coût de la vie semble plutôt élevé et où près d'un résident sur deux possède un diplôme universitaire. Dans un tel contexte, il semblait logique de croire que la présence d'usagers de drogues par voie intraveineuse demeurerait négligeable. Toutefois, la réalité semble être fort différente puisque la quantité de débris reliés à l'injection de substances psychoactives observée antérieurement à l'ouverture de la clinique NAOMI, bien qu'étant inférieure à ce qui fut noté pour le site de Vancouver, s'est tout de même avérée particulièrement importante. Une telle situation laisse ainsi entrevoir une présence considérable de consommateurs de psychotropes par injection à l'intérieur du quartier montréalais. Par conséquent, l'hypothèse de départ s'appuie donc sur une présomption biaisée, ce qui explique son inexactitude. Bien que le site de Vancouver présente un profil nettement plus problématique que celui de Montréal en termes du nombre d'usagers de drogues injectables, il demeure que ces deux quartiers ne s'avèrent peut-être pas aussi disparate que l'on pourrait le croire à première vue.

Ainsi, à l'instar de ce qui fut remarqué à l'intérieur du Downtown Eastside, l'implantation de la clinique NAOMI au sein du secteur montréalais favorise une amélioration environnementale du quartier; la quantité de débris reliés à l'usage de drogues par voie intraveineuse connaissant une chute importante. Puisque le site expérimental québécois semble également comporter un bassin considérable d'usagers de drogues par injection, ces résultats permettent de confirmer l'apparition des bénéfices socio-sanitaires qui furent notés suite à l'arrivée de la clinique NAOMI de Vancouver. La prescription médicale de diacétylmorphine semble donc s'insérer parfaitement à l'intérieur de l'approche de réduction des méfaits telle que définie par Brisson (1997); son caractère pragmatique favorisant une réduction des dommages collatéraux associés à l'usage d'héroïne, plus précisément quant à la présence de débris d'injection sur la voie publique. De ce fait, les résidents des communautés offrant ce programme présentent un risque moins élevé d'entrer en contact avec du matériel d'injection souillé, situation limitant la transmissibilité du VIH et du VHC (Kimber et al., 2005).

Quant aux autres problématiques communautaires potentielles évaluées dans ce mémoire, le centre de prescription médicale d'héroïne montréalais s'avère également associé à une réduction significative de la quantité de débris reliés au milieu de la rue, décroissance proportionnelle au nombre de participants recevant un opiacé injectable. Toutefois, bien que le lien noté pour le site expérimental du Plateau Mont-Royal s'avère statistiquement présent, ce dernier demeure particulièrement faible. L'absence d'une puissante relation entre ces deux éléments affiche d'ailleurs une certaine cohérence puisque les débris associés au milieu de la rue répertoriés pour cette étude ne touchent que partiellement le problème de l'héroïnomanie. À titre d'exemple, seul une minorité de contenants de drogue peuvent avoir comporté de l'héroïne. Dans un tel contexte, il demeurerait audacieux d'avancer qu'une augmentation du nombre de clients recevant un opiacé injectable s'avère assurément responsable d'une amélioration de la situation environnementale du voisinage de la clinique en termes d'une réduction de la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue. Bien sûr, tout comme il le fut observé à Vancouver, aucune amplification de cette problématique ne peut être associée à l'arrivée d'un nombre grandissant de participants. Une telle réalité expose ainsi l'inexactitude

d'une partie de la seconde hypothèse de ce mémoire. Finalement, les résultats en provenance du site montréalais démontrent également l'absence de toute relation entre la quantité de bouteilles d'alcool et l'instauration de la clinique NAOMI de même qu'avec la hausse du nombre de sujets recevant un opiacé injectable. Cette situation permet ainsi de confirmer le bien-fondé d'employer de cette variable dépendante comme série témoin pour cette étude.

Contrairement à ce qui fut supposé lors de l'énoncé de l'hypothèse de départ spécifique au site expérimental montréalais, une augmentation du nombre de clients recevant un traitement de maintien à la diacétylmorphine semblerait être associé, non pas à une augmentation du nombre d'activités déviantes, mais bien à une légère réduction de ces comportements marginaux. En fait, il demeurerait possible que certains participants, suite à leur inscription au traitement de maintien à l'héroïne, délaisseraient la voie publique du quartier, réalité qui favoriserait ainsi une réduction de certaines activités observables, notamment celles en lien avec l'itinérance (flânage, sollicitation, fouille dans les ordures), celles associées aux psychotropes (consommation et vente) ou celles touchant au mode de vie de la rue (squeegee). Il importe de mentionner que le programme NAOMI offre en outre de nombreux services d'aide psychosociale et d'orientation communautaire aux participants, assistance qui peut éventuellement mener certains clients à se détourner du milieu de la rue. Par ailleurs, il demeure également possible que cette éventualité représente une piste d'explication quant à la réduction notée en termes de la présence de débris reliés au milieu de la rue; le secteur s'avérant moins fréquenté par les usagers de drogues, les débris associés aux activités déviantes se voient donc naturellement moins présents. Quant au nombre d'interventions des services d'urgence, cette variable n'a aucunement connu de hausse suite à l'instauration de la clinique montréalaise offrant le programme NAOMI. En fait, les événements en lien avec la sécurité publique demeurent tout aussi sporadiques, et ce, malgré l'accroissement du nombre de clients recevant un opiacé injectable.

En somme, l'instauration des cliniques NAOMI de Vancouver et de Montréal provoque des répercussions similaires à celles associées aux centres d'injection

supervisée, confirmant du même coup une partie des hypothèses de ce mémoire. Dès l'instant où ces cliniques offrant un programme de maintien à la diacétylmorphine se retrouvent à l'intérieur d'un secteur comportant plusieurs usagers d'héroïne par voie intraveineuse, une réduction de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues se remarque dans le voisinage immédiat de ces cliniques. Quant aux autres types de débris (contenants de drogue, condoms ainsi que certains items transitoires associés au milieu de la rue), mais également quant aux diverses activités déviantes reliées à l'univers des drogues illicites, une réduction de leur présence peut être observée à l'intérieur des environs de la clinique NAOMI; diminution qui ne s'avère toutefois aucunement systématique. Par ailleurs, la quantité de bouteilles d'alcool ainsi que le nombre d'événements en lien avec la sécurité publique représentent des facteurs communautaires qui n'apparaissent nullement affectés par la présence de ces cliniques. Bref, la mise en place d'une clinique NAOMI ne conduit à aucune dégradation environnementale de son quartier hôte. Les résidents de ces secteurs peuvent même être témoins d'une réduction de la quantité de certains débris et activités déviantes, réalité qui expose le possible caractère prophylactique de ces centres de traitement. Les résidents d'un quartier abritant une clinique offrant un programme de maintien à la diacétylmorphine n'ont donc aucune raison de redouter l'arrivée de répercussions néfastes sur leur communauté si, bien sûr, cette clinique propose des services, mais également une réglementation similaire à ce qui fut mis en place avec le programme NAOMI.

CONCLUSION

De manière à réduire les méfaits associés à l'usage chronique d'héroïne, divers traitements pharmacologiques axés sur la prescription d'un substitut opiacé, généralement la méthadone ou la buprénorphine, s'avèrent actuellement proposés aux consommateurs de ce psychotrope hautement addictif. Bien que la communauté scientifique confirme l'efficacité de ces interventions thérapeutiques aux plans personnels du participant, bon nombre de ces usagers demeurent réfractaires à toute forme d'adhésion à ces programmes biomédicaux. En toute connaissance des dommages occasionnés par la consommation répétée d'héroïne, qu'ils soient d'ordre individuel ou social, certaines nations européennes dont la Suisse, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Allemagne, prirent l'initiative d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un traitement pharmacologique alternatif, soit la prescription médicale de diacétylmorphine. Les conclusions encourageantes de ces études scientifiques en termes de rétention en traitement, d'usage d'opiacés illicites, d'adoption de comportements à risque et même d'itinérance des participants ont d'ailleurs incité le Canada à mettre en place un essai clinique similaire afin de vérifier si de tels résultats pouvaient être reproduits pour la clientèle héroïnomane canadienne. Sous la bannière du projet de recherche NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*) un premier centre offrant un programme de maintien à l'héroïne fut instauré, en mars 2005, dans le quartier du Downtown Eastside de Vancouver. Par la suite, une seconde clinique similaire ouvrit ses portes en juin 2005, mais, cette fois-ci, à l'intérieur d'un secteur du Plateau Mont-Royal, communauté de la région métropolitaine de Montréal.

Conjointement à cette étude fut élaboré le projet NAOMI-CI (*Community Impact*) dans le but avoué de connaître l'influence des cliniques de prescription médicale d'héroïne sur leur communauté environnante. De ce fait, les conclusions combinées du projet NAOMI et de l'étude NAOMI-CI permettront de produire un portrait complet et détaillé quant à l'offre médicale de diacétylmorphine, à savoir son efficacité au plan personnel du consommateur, mais également ses répercussions sur la communauté abritant un tel centre de traitement. Les conclusions inhérentes à ce mémoire fournissent d'ailleurs certaines réponses à ce second volet, soit l'impact des cliniques NAOMI sur la quantité de débris en lien avec l'usage de drogues par voie intraveineuse, sur la quantité de débris associés au milieu de la rue, sur la quantité de bouteilles d'alcool, sur la

présence d'activités déviantes diverses ainsi que sur le nombre d'événements reliés à la sécurité publique observables dans le voisinage immédiat de la clinique.

Les sites expérimentaux présentant des caractéristiques démographiques et socio-économiques différentes, mais principalement en raison d'un bassin populationnel d'usagers chroniques d'héroïne qui semblait, à première vue, fort dissemblable entre les secteurs à l'étude de Montréal et de Vancouver, deux hypothèses distinctes furent initialement avancées. À cet égard, rappelons qu'il fut supposé que la mise en place de la clinique NAOMI à l'intérieur du Downtown Eastside produirait une réduction de la présence des divers aspects d'ordre communautaire précédemment cités, étant donné l'importante population de consommateurs de diacétylmorphine dans ce secteur. En participant au programme NAOMI, il devenait envisageable que plusieurs d'entre eux réduisent leur usage d'héroïne sur la voie publique; la clinique NAOMI obligeant chaque participant à s'injecter à l'intérieur du centre. De par la réduction de la présence de cette activité déviante extérieure, il s'avérait également possible d'observer une diminution de la quantité de divers débris indésirables, principalement en lien avec la consommation de drogues par voie intraveineuse, ainsi qu'une chute du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique, notamment l'intervention des ambulanciers et des policiers suite, entre autres, à une surdose accidentelle.

À ce sujet, les résultats des différentes régressions portant sur les variables dépendantes propres à ce site expérimental permettent de confirmer une partie de l'hypothèse de départ à l'effet que la mise en place de la clinique NAOMI a bel et bien produit une diminution importante de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues à l'intérieur du voisinage immédiat de la clinique de prescription médicale d'héroïne, décroissance proportionnelle au nombre de clients recevant un opiacé injectable. Toutefois, la quantité de contenants de drogue, de condoms et d'items transitoires, le nombre d'activités en lien avec les psychotropes (vente et consommation), les comportements associés à l'itinérance (flânage, sollicitation, fouille dans les ordures), la prostitution ainsi que le nombre d'interventions des différents services d'urgence (policiers, agents de sécurité privée, ambulanciers et pompiers) n'ont connu aucune

réduction suite à l'implantation de la clinique NAOMI. En rapport à ces facteurs d'ordre communautaire, l'hypothèse de départ se voit donc infirmée.

Quant au site expérimental de Montréal, l'hypothèse initiale stipulait que la mise en place de la clinique NAOMI à l'intérieur du Plateau Mont-Royal mènerait à une augmentation de la quantité de divers débris indésirables, à une accentuation du nombre d'activités déviantes ainsi qu'à une hausse du nombre d'événements en lien avec la sécurité publique dans les environs de la clinique de prescription médicale d'héroïne. Puisqu'au départ il fut supposé que ce secteur comportait peu d'utilisateurs de drogues par injection, la venue d'une telle clinique pourrait attirer une nouvelle clientèle marginale aux abords de la clinique. Toutefois, la très forte présence de débris d'injection observés lors de la période de collecte de données antérieure à l'ouverture de la clinique NAOMI laisse présager que ce secteur abritait déjà bon nombre de consommateurs de psychotropes par voie intraveineuse, situation qui invalide assurément l'hypothèse de départ; cette dernière ayant été établie en fonction d'une réalité communautaire erronée.

Dans un tel contexte, les résultats en provenance de l'analyse des différentes séries chronologiques permettent de rejeter la seconde hypothèse de départ. À l'exception des événements liés à la sécurité publique qui furent pratiquement inexistantes lors des périodes de collecte de données, l'instauration de la clinique NAOMI a mené à une diminution rapide et constante de la quantité de débris en lien avec l'injection de drogues; réduction proportionnelle au nombre de clients recevant de l'héroïne pharmaceutique. Par ailleurs, une diminution croissante de la quantité de débris associés au milieu de la rue fut également notée, décroissance qui s'amplifie suite à une hausse du nombre de participants inclus à l'intérieur des groupes expérimentaux de l'étude NAOMI. D'ailleurs, une accentuation du nombre de ces sujets fut même associée à une diminution de la présence d'activités déviantes dans le voisinage immédiat du centre offrant un programme de maintien à l'héroïne.

En somme, les résultats exposés à l'intérieur de ce mémoire démontrent que la mise en place d'une clinique de prescription médicale d'héroïne à l'intérieur d'un secteur

comportant un bassin important d'usagers de drogues par voie intraveineuse joue un rôle préventif pour la communauté hôte, puisqu'elle favorise une réduction de la quantité de débris reliés à l'injection de drogues dans les environs de la clinique. Un tel phénomène fut d'ailleurs observé sur le site expérimental de Vancouver et fut confirmé par les résultats émanant du site montréalais. En ajout à cela, l'absence de relation entre l'implantation de la clinique NAOMI et la fluctuation de la quantité de bouteilles d'alcool recensées sur le site de Montréal tend également à démontrer que l'instauration de la clinique NAOMI semble bel et bien responsable de la réduction observée en termes de la quantité de débris d'injection. En fait, cette variable dépendante de comparaison associée aux bouteilles d'alcool fut soumise aux mêmes facteurs sociologiques et environnementaux sans toutefois être influencée par l'arrivée de la clinique NAOMI.

Quant à la quantité de contenants de drogue, de condoms et d'items transitoires, mais également quant au nombre d'activités déviantes, une réduction de leur présence peut également être possible suite à l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne. Cependant, cette réalité ne fut remarquée que pour le site expérimental de Montréal; aucune décroissance significative ne fut notée à l'intérieur du Downtown Eastside. Quant aux diverses interventions des services d'urgence, cet aspect communautaire ne semble aucunement s'amplifier suite à l'arrivée d'une clinique offrant un programme de maintien à la diacétylmorphine. Les résultats de cette étude démontrent ainsi que la mise en place des cliniques NAOMI n'a aucunement mené à l'émergence, voire à l'accentuation d'une problématique reliée aux différents aspects communautaires précédemment cités à l'intérieur du Downtown Eastside et du Plateau Mont-Royal.

Limites méthodologiques

Bien que le cadre méthodologique de cette étude fut des plus rigoureux, certaines limites découlant principalement de la nature quasi-expérimentale de ce projet sont demeurées présentes. À cet égard, une première limite qui peut être avancée concerne la faible période antérieure à la mise en place des cliniques NAOMI qui a servi à la collecte de données. Tel que mentionné lors du second chapitre, un total de 33 marches ethnographiques réparties sur près de cinq mois d'expérimentation (24 janvier 2005 au 17 juin 2005) servent de période témoin afin d'évaluer l'impact de la clinique NAOMI du site expérimental de Montréal. Quant au site d'étude de Vancouver, la période pré implantation de la clinique NAOMI comporte uniquement 15 marches ethnographiques; ces dernières ayant eu lieu sur une période d'environ un mois (31 janvier 2005 au 4 mars 2005). Puisque ce projet de recherche s'appuie sur l'observation directe du nombre de divers débris indésirables, d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique, la saison en cours lors de chacune des marches influence assurément la quantité d'items recensés. Bien qu'un contrôle statistique fut appliqué lors des différentes analyses multivariées, il aurait été préférable que la période de collecte de données précédant l'ouverture des cliniques NAOMI couvre une année complète, et ce, afin de connaître plus précisément l'influence des saisons, mais également de manière à identifier plus efficacement la tendance générale qui se dessinait avant l'ouverture des cliniques NAOMI. Ainsi, cette étude aurait bénéficié d'une vision plus juste quant au portrait communautaire antérieur à la mise en place des deux cliniques NAOMI.

En ajout à cela, une seconde limite concerne le manque d'information quant à la réelle provenance des participants au programme NAOMI, et ce, autant pour le site montréalais que pour le site de l'Ouest canadien. Bien que cette étude suppose que la très grande majorité des sujets recevant un traitement de maintien à la diacétylmorphine résident à l'intérieur de la communauté étudiée, il demeure possible que certains d'entre eux proviennent de régions éloignées aux sites expérimentaux; ces derniers ne fréquentant le quartier de la clinique NAOMI que lors des sessions d'injection. Dans le cadre de ce mémoire, il fut impossible d'obtenir de l'information portant directement sur les participants au projet NAOMI; la confidentialité des sujets devant être respectée en

tout point. Toutefois, une telle précision aurait assurément bonifié cette étude puisque advenant le cas où les participants séjourneraient à l'extérieur des sites expérimentaux, les répercussions communautaires encourageantes observées suite à l'implantation des cliniques NAOMI pourraient difficilement être associées aux cliniques comme telles. En fait, il importe de bien comprendre que la plupart des débris indésirables, des activités déviantes ainsi que des événements en lien avec la sécurité publique comptabilisés pour cette étude, touchent, de près ou de loin, les usagers chroniques d'héroïne. Ainsi, il demeure attendu que les participants au programme NAOMI, en réduisant possiblement leur consommation extérieure de diacétylmorphine, s'avèrent responsables de la diminution observée quant à la quantité de débris en lien avec l'usage de drogues par voie intraveineuse présents sur les sites expérimentaux.

Par ailleurs, une troisième limite inhérente à cette étude se rapporte à l'absence de sites contrôles servant à des fins de comparaison avec les sites expérimentaux. En fait, la réalisation d'une collecte de données à l'intérieur de secteurs semblables aux quartiers étudiés de Montréal et de Vancouver, mais n'abritant aucune clinique offrant un programme de maintien à l'héroïne, aurait assurément permis d'accentuer la validité de cette étude quant à l'impact communautaire potentiel des cliniques NAOMI sur leur voisinage immédiat. Bien sûr, l'utilisation d'une série témoin (bouteilles d'alcool) de même que la comparaison des résultats en provenance du site montréalais avec ceux émanant du site de Vancouver favorise la validité des conclusions avancées. Toutefois, la présence d'un quartier contrôle pour chacun des deux secteurs expérimentaux aurait assurément bonifié cette étude. Par ailleurs, l'emploi d'une variable de comparaison associée à la quantité de bouteilles d'alcool a permis d'accentuer la validité des résultats en provenance du site expérimental québécois. Dans cet optique, il aurait également été intéressant de collecter ces items reliés à l'usage de boissons alcoolisées lors des marches ethnographiques réalisées dans le Downtown Eastside, démarche qui aurait à coup sûr consolidée les conclusions reliées à ce site d'étude, notamment celle démontrant une baisse significative de la quantité de débris d'injection suite à la venue de la clinique NAOMI.

Portée des résultats

En définitive, les conclusions encourageantes pouvant être tirées de cette étude militent assurément en faveur de l'adoption de programmes thérapeutiques axés sur l'offre de diacétylmorphine sous contrôle médical destinés aux usagers chroniques d'héroïne pour qui les traitements plus conventionnels furent sans succès. Puisque l'instauration de cliniques de prescription médicale d'héroïne peut mener à une réduction significative de la présence de matériel d'injection souillé à l'intérieur de la communauté, tout gouvernement sensible au bien-être de sa population ne peut écarter cette possibilité clinique du revers de la main. Il demeure toutefois évident que cette alternative thérapeutique doit servir de mesure de dernière ligne dans le traitement de l'héroïnomanie. Du reste, toute société contemporaine responsable ne peut abandonner à leur sort ces citoyens sévèrement dépendants à l'héroïne sous prétexte que la consommation de substances illicites représente un comportement criminel. Bien au contraire, ces individus nécessitent une attention particulière, puisque, comprenons-le bien, leur mode de consommation ainsi que leur style de vie mènent souvent à une détérioration significative de leur quartier de séjour.

Par ailleurs, les résultats probants de ce mémoire illustrent qu'un traitement dont les politiques ne visent absolument pas à conduire le participant vers une abstinence de consommation d'héroïne peut s'avérer une solution judicieuse afin d'amenuiser certaines problématiques communautaires déjà présentes, notamment à ce qui a trait à la présence de débris reliés à l'usage de drogues par voie intraveineuse. En fait, l'offre gratuite de diacétylmorphine peut fort probablement représenter un incitatif suffisant pour rejoindre les plus sévères consommateurs d'héroïne réfractaires aux actuels traitements thérapeutiques. Par le biais des différents intervenants disponibles à l'intérieur de ces cliniques, les outils pouvant mener le participant à modifier ses habitudes de consommation, voire son style de vie, s'avèrent désormais nettement plus accessibles. Les conclusions de cette étude démontrent ainsi que la mise en place d'un centre adoptant une stratégie en réduction des méfaits axée sur l'offre de diacétylmorphine ne conduit aucunement à une détérioration environnementale de sa communauté avoisinante. Bien

au contraire, la venue d'une telle clinique peut mener à une amélioration du quartier, notamment quant à la présence de débris reliés à l'injection de substances psychoactives.

Dans un tel contexte, les conclusions pouvant être tirées de ce mémoire plaident en faveur d'une politique nationale axée sur la réduction des méfaits. En fait, les risques de contamination à différents virus, notamment au VIH et au VHC, se voient réduits pour la population en général suite à l'instauration d'une clinique NAOMI; les débris reliés à l'injection de drogues s'avérant moins présents à l'intérieur de la communauté hôte. Un tel constat démontre que l'application de stratégies visant à réduire les dommages causés par la consommation de drogues dures, dans ce cas-ci, l'offre d'héroïne thérapeutique, peut s'avérer une option profitable pour la santé de l'ensemble des citoyens. Toutefois, bon nombre de pays s'opposent à l'idée d'introduire une politique fédérale recommandant l'adoption de tels essais cliniques, et ce, malgré la position officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*), organisme des Nations Unies qui propose aux États membres de poursuivre le développement de programmes axés sur la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues injectables (Organisation Mondiale de la Santé, 2002). Cette absence d'accord international en termes de recherches et d'interventions dans le domaine de la toxicomanie illustre l'importance de créer de nouvelles études empiriques qui permettront de démontrer aux nations réfractaires les répercussions encourageantes associées à la réduction des méfaits, notamment quant à l'offre d'un traitement de maintien à la diacéylmorphine aux héroïnomanes chroniques.

Futures pistes de recherche

À la lumière des conclusions émises par ce mémoire, la prescription médicale d'héroïne ressort comme une alternative thérapeutique dépourvue d'effets pervers sur certains facteurs communautaires pour un quartier offrant ce traitement. Par ailleurs, l'implantation de cliniques offrant un tel programme peut même produire un effet préventif sur la présence de divers débris d'injection au sein de leur communauté hôte. En ajout à cela, de nombreuses études empiriques soutiennent que cette forme d'intervention pharmacologique destinée aux usagers chroniques de diacétylmorphine démontre des signes prometteurs en termes d'une amélioration au plan personnel du bénéficiaire (Dijkgraaf et al., 2005; March et al., 2006; Satel & Aeschbach, 1999; Verthein et al., 2008). Dans un tel contexte, la mise en place officielle de cette stratégie en réduction des méfaits pourrait devenir une solution envisageable pour plusieurs nations, et ce, dans un avenir rapproché. Bien sûr, plusieurs recherches additionnelles s'avéreront nécessaires afin de fournir de nouveaux appuis scientifiques démontrant la sécurité aux plans individuels et sociaux de l'offre d'héroïne sous supervision médicale, mais également la faisabilité économique d'une telle forme d'intervention thérapeutique. Dès lors, il deviendra certainement plus aisé de convaincre la population du caractère moral de cette pratique controversée, aspect essentiel pour l'adoption future d'une politique nationale officielle accréditant et subventionnant un tel traitement.

Parmi les études empiriques qui présenteraient un intérêt scientifique certain dans le domaine de l'impact communautaire pouvant être associé aux cliniques de prescription médicale d'héroïne, notons qu'une évaluation qualitative de la qualité de vie des résidents du secteur de la clinique pourrait assurément être de mise. En fait, il importe de bien comprendre que ce mémoire tente d'évaluer quantitativement l'impact environnemental probable d'une clinique offrant un programme de maintien à la diacétylmorphine, et ce, en s'appuyant sur divers facteurs communautaires quantifiables, qui, de par leur présence, pourraient compromettre le sentiment de bien-être des citoyens. À cet égard, ce mémoire démontre scientifiquement que la mise en place d'une clinique NAOMI n'induit aucune hausse de la quantité de débris indésirables, aucune augmentation du nombre d'activités déviantes ainsi qu'aucune accentuation de la présence d'événements en lien avec la

sécurité publique. Conjointement à cela, Lasnier (2007) conclut que l'instauration d'une clinique NAOMI n'accentue en rien le taux de criminalité de même que le taux d'actes incivils à l'intérieur de la communauté hôte. Ainsi, ces deux études quantitatives indiquent objectivement que la venue d'un centre offrant un programme pharmacologique axé sur la prescription médicale d'héroïne ne provoque nullement une détérioration de son secteur d'implantation.

Bien sûr, ces conclusions servent le dessein de démontrer que l'arrivée d'un tel centre de traitement ne doit aucunement être considérée comme une menace pour le bien-être des citoyens. Toutefois, il demeure essentiel de connaître le réel sentiment des individus séjournant à l'intérieur de ces communautés; ces derniers représentant le groupe populationnel touché par la venue d'une clinique de prescription médicale d'héroïne. C'est pourquoi la réalisation d'entrevues avec les différents acteurs communautaires demeure un aspect fondamental afin de fournir un portrait complet de l'impact des cliniques de prescription médicale de diacétylmorphine; démarche qui demeure d'ailleurs un volet central au projet NAOMI-CI. Advenant le cas où ces gens ne percevaient aucune détérioration de leur quartier, il deviendrait plus aisé de confirmer que la mise en place de ces cliniques ne présente aucune conséquence communautaire négative; réalité qui militerait en faveur d'une implantation officielle de programmes de maintien à l'héroïne. Par contre, une situation inverse où les citoyens de ces secteurs ressentiraient une diminution de leur sentiment de sécurité générale indiquerait que l'instauration d'une telle clinique ne pourrait s'effectuer sans la mise en place conjointe d'un programme éducatif destiné aux citoyens, ce dernier pouvant alors exposer les bienfaits du traitement de maintien à la diacétylmorphine, mais également l'absence de répercussions communautaires perverses pour le quartier hôte, et ce, de manière à rassurer les citoyens craintifs. Dans une telle optique, les conclusions avancées par ce mémoire trouveraient assurément une application pratique.

En ajout à cela, les résultats probants de cette étude démontrent que la mise en place d'un centre offrant un programme de prescription médicale de diacétylmorphine à l'intérieur d'un quartier comportant un bassin considérable d'utilisateurs d'héroïne par voie

intraveineuse n'envenime en rien les problématiques communautaires associées à la présence de débris indésirables, d'activités déviantes et d'événements en lien avec la sécurité publique. Bien que les sites expérimentaux de Vancouver et de Montréal semblaient, au départ, particulièrement disparates en termes de la présence de ces individus marginaux, cette dissemblance fut nettement plus modeste qu'initialement imaginé. En fait, le secteur expérimental situé à l'intérieur du Plateau Mont-Royal semble comporter une population relativement importante d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, déduction rendue possible suite à la quantité importante de débris d'injection observés antérieurement à l'ouverture de la clinique NAOMI. Dans un tel contexte, de futures recherches portant sur l'évaluation de l'impact communautaire de cliniques offrant un programme de maintien à l'héroïne, mais implantées cette fois à l'intérieur d'un secteur relativement vierge de tous consommateurs de drogues, présenteraient un intérêt certain. Bien sûr, les conclusions de telles études permettraient la création d'un portrait plus juste de l'impact communautaire découlant de ces cliniques. Il en va de soi que l'intégration de ces nouvelles informations scientifiques aux conclusions de ce présent mémoire, et ce, tout en considérant les résultats de Lasnier (2007) portant sur l'impact criminel et incivil des cliniques NAOMI, permettrait la soumission de recommandations quant aux caractéristiques optimales qu'un secteur doit présenter afin de promouvoir l'offre d'héroïne sous supervision médicale tout en limitant une possible apparition de dommages collatéraux pour la communauté.

En guise de conclusion, mentionnons que ce mémoire, réalisé dans le cadre du projet NAOMI-CI, a permis de démontrer que l'implantation d'une clinique offrant un programme de maintien à l'héroïne ne semble présenter aucune menace quant à une détérioration potentielle de l'environnement de sa communauté hôte. Mieux encore, la présence de matériel servant à l'usage de substances illicites par voie intraveineuse peut fort bien décroître significativement à l'intérieur du voisinage immédiat de la clinique. Les résidents de ces secteurs peuvent donc être rassurés : cette étude laisse présager que la venue de ces centres de prescription médicale d'héroïne ne causera aucun préjudice à leur qualité de vie en termes de débris indésirables, de comportements déviantes et d'interventions des services d'urgence observables à l'intérieur de leur communauté.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, P.J., Moore, B. & Delaney, H. (2003). Community Reinforcement Approach and Relapse Prevention: 12 and 18 Months Follow Up. *Journal of Maintenance in the Addictions: Innovation in Research, Theory and Practice*, 2 (3), 35-50.

Agence de la santé publique du Canada. (2004). *I-Track – Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada - Rapport sur l'enquête pilote – février*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Canada.

Amato, L., Davoli, M., Peruci, C.A., Ferri, M., Faggiano, F. & Mattick, R.P. (2005). An Overview of Systematic Reviews of the Effectiveness of Opiate Maintenance Therapies: Available Evidence to Inform Clinical Practice and Research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329.

Amato, L. & Minozzi, S. (2004). Psychosocial Combined with Agonist Maintenance Treatments Versus Agonist Maintenance Treatments Alone for Treatment of Opioid Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD00414.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR (4th ed. Revised). Washington, DC.

Bammer, G., Dobler-Mikola, A., Fleming, M., Strang, J. & Uchtenhagen, A. (1999). The Heroin Prescribing Debate: Integrating Science and Politics. *Science*, 284 (5418), 1277-1278.

Bammer, G., Hall, W., Hamilton, M. & Ali, R. (2002). Harm Minimization in Prohibition Context – Australia. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 582, July, 80-93.

BC Stats. (2006). *HSDA 32 – Vancouver : Statistical Profile*. Gouvernement de la Colombie-Britannique, Canada.

BC Stats. (2006). *Vancouver LHA 162 – Vancouver Downtown Eastside : Statistical Profile*. Gouvernement de la Colombie-Britannique, Canada.

Bear, M.F., Connors, B.W. & Paradiso, M.A. (2002). *Neurosciences: À la découverte du cerveau* (2^e édition). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

Beauchesne, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues. Dans Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal : Gaëtan Morin, Vol 3, p. 73-99.

- Bewley-Taylor, D.R. (2003). The American Crusade: The Internationalization of Drug Prohibition. *Addiction Research and Theory*, 11 (2), 71-81.
- Beyers, J.M., Toumbourou, J., Catalano, R.F., Arthur, M.W. & Hawkins, D. (2004). A Cross-National Comparison of Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: The United-States and Australia. *Journal of Adolescent Health*, 16, 3-16.
- Bickel, W.K. & Amass, L. (1995). Buprenorphine Treatment of Opioid Dependence: A Review. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3 (4), 477-489.
- Blais, E. (2001). *Analyse journalière des déterminants du volume des accidents routiers dans la région métropolitaine de Montréal, 1995-1998*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.
- Blais, E. & Ouimet, M. (2003). Météo, criminalité et conduites associées. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 56, 397-416.
- Blais, E. (2008). *L'effet des relâchements dans l'émission de constats d'infraction au CSR sur les collisions de la ville de Québec*. Montréal, QC : Centre International de Criminologie Comparée.
- Brands, B., Sproule, B. & Marshman, J. (1998). *Drugs and Drug Abuse, 3th edition*. Toronto, ONT : Addiction Research Foundation.
- Brisson, P. (1997). L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques. *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, QC : Gouvernement du Québec, 1-127.
- Brocato, J. & Wagner, E.F. (2003). Harm Reduction: A Social Work Practice Model and Social Justice Agenda. *Health and Social Work*, 28 (2), May, 117-125.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: une relation complexe (2^e édition)*. Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Bullington, B., Korf, D.J. & Riper, H. (1999). Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29 (3), 451-472.
- Bussink, C., Davis, P., Kazanxhiu, L., Kunnen, S., Kuttig, K., Leggett, T., Nice, M., Pietschmann, T., Pysden, C., Raithelhuber, M., Rhomberg, W., Saadeddin, A. & Tullis, M. (2008). *World Drug Report*. United Nations, Office on Drugs and Crime.
- Cable, G. (2001). Enhancing Causal Interpretations of Quality Improvement Interventions. *Quality and Safety in Health Care*, 10, 179-186.
- Card, D. & Krueger, A.B. (1995). Time-Series Minimum-Wages Studies: A Meta-Analysis. *The American Economic Review*, 85 (2), 238-243.

Carrier, N. & Quirion, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 1-29.

Clark, N. (2003). High Dose Buprenorphine May Be an Effective Interim Treatment for Long Term Heroin Users Waiting for Drug-Assisted Rehabilitation. *Evidence-Based Mental Health*, 6 (1), 30.

Collège des médecins du Québec & Ordre des pharmaciens du Québec. (2000). The Use of Methadone in the Treatment of Opiate Addiction. *Clinical Practice Guidelines*, February, 1-35.

Community Web Pages. (2001). *Downtown Eastside: Community Statistics Census Data*. City of Vancouver, Statistics Canada.

Condelli, W.S. & Dunteman, G.H. (1993). Exposure to Methadone Programs and Heroin Use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (1), 65-78.

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R.J., Fry-Smith, A., Day, E., Lintzeris, N., Roberts, T., Burls, A. & Taylor, R.S. (2007). Methadone and Buprenorphine for the Management of Opioid Dependence: A Systematic Review and Economic Evaluation. *Health Technology Assessment*, 11 (9), 1-187.

Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimental Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago, IL: Rand McNally College Publishing Company.

Cruz, M.F., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J. & Kalousek, K. (2007). Public Opinion Towards Supervised Injection Facilities and Heroin-Assisted Treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18, 54-61.

Cusick, L. (2005). Widening the Harm Reduction Agenda: From Drug Use to Sex Work. *International Journal of Drug Policy*, 17, 3-11.

D'Aunno, T. & Pollack, H.A. (2002). Changes in Methadone Treatment Practices. *Journal of American Medical Association*, 288 (7), 850-856.

Darke, S., Topp, L. & Kaye, S. (2001). New South Wales Drug Trends 2000 – Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS). *National Drug and Alcohol Research Center - Technical Report*, 117, 1-48.

Dehue, T. (2002). A Dutch Treat: Randomized Controlled Experimentation and the Case of Heroin-Maintenance in the Netherlands. *History of the Human Sciences*, 15 (2), 75-98.

Dif, C. & Winter, G. (2005). Buprénorphine haut-dosage : suivi de 285 patients pendant trois ans. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 36 (2), 143-151.

Dijkgraaf, M.G.W., Van Der Zanden, B.P., De Borgie, A.A.J.M., Blanken, P., Van Ree, J.M. & Van Den Brink, W. (2005). Cost Utility Analysis of Co-Prescribed Heroin Compared with Methadone Maintenance Treatment in Heroin Addicts in Two Randomised Trials. *British Medical Journal*, 330 (7503), 1297-1303.

Dole, V.P. & Nyswander, M.E. (1966). Rehabilitation of Heroin Addicts After Blockade with Methadone. *New York State Journal of Medicine*, 66 (15), 2011-2018.

Dony, E.C., Brasser, S.M., Bigelow, G.E., Stitzer, M.L. & Walsh, S.L. (2005). Methadone Doses of 100 mg or Greater Are More Effective than Lower Doses at Suppressing Heroin Self-Administration in Opioid-Dependent Volunteers. *Addiction*, 100, 1496-1509.

Doran, C.M., Shanahan, M., Mattick, R.P., Ali, R., White, J. & Bell, J. (2003). Buprenorphine vs Methadone Maintenance: A Cost-Effective Analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 295-302.

Environnement Canada. (2004). *Normales climatiques au Canada 1971-2000*. Dernière visite le 18 août 2008, site web : http://www.climate.weatheroffice.ec.gc.ca/climate_normals/.

Fairbank, J.A., Dunteman, G.H. & Condelli, W.S. (1993). Do Methadone Patients Substitute Other Drugs for Heroin? Predicting Substance Use at 1 Year Follow Up. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (4), 465-474.

Feldman, H.S. & Jarmon, R.G. (1979). Factors Influencing Criminal Behaviour in Newark (NJ): A Local Study in Forensic Psychiatry. *Journal of Forensic Sciences*, 24 (1), 234-239.

Fischer, B., Cruz, M.F. & Rehm, J. (2006). Illicit Opioid Use and Its Key Characteristics: A Select Overview and Evidence from a Canadian Multisite Cohort of Illicit Opioid Users (OPICAN). *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (10), September, 624-634.

Fischer, B., Chin, A.T., Kuo, I., Kirst, M. & Vlahov, D. (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., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J. & Van Den Brink, W. (2007). Heroin-Assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *Journal of Urban Health*, 84 (4) 552-562.

Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., Metrebian, N., Reggers, J., Uchtenhagen, A., Van Den Brink, W. & Van Ree, J.M. (2002). Heroin-Assisted Treatment as a Response to the Public Health Problem of Opiate Dependence. *European Journal of Public Health*, 12 (3), September, 228-234.

- Fouron, F. (2007). *Annuaire statistique de l'agglomération de Montréal*. Groupe d'interventions stratégiques et tactiques, Direction de la planification du développement du territoire du Service de la mise en valeur du territoire et du patrimoine, Montréal, QC, 1-152.
- Fox, W. (1999). *Statistiques sociales*. Ste-Foy, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Fudala, P.J., Yu, E., Macfadden, W., Boardman, C. & Chiang, N.C. (1998). Effects of Buprenorphine and Naloxone in Morphine-Stabilized Opiate Addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 1-8.
- Gibson, D.R. & Flynn, N.M. (1999). Effectiveness of Methadone Treatment in Reducing HIV Risk Behavior and HIV Seroconversion Among Injecting Drug Users. *Aids*, 13 (14), 1807-1818.
- Gillet, M. & Brochu, S. (2006). Institutionnalisation des stratégies de réduction des méfaits au sein de l'agenda politique canadien : les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle. *Drogue santé et société*, 4 (2), 79-139.
- Gillings, D., Makuc, D. & Siegel, E. (1981). Analysis of Interrupted Time Series Mortality Trends: An Example to Evaluate Regionalized Perinatal Care. *American Journal on Public Health*, 71, 38-46.
- Greenberg, D.F. (2001). Time-Series Analysis of Crime Rates. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 291-327.
- Greenwald, M.K. (2006). Early Impact of Methadone Induction for Heroin Dependence: Differential Effects of Two Dose Sequences in a Randomized Controlled Study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14 (1), 52-67.
- Harris, A.H., Gospodarevskaya, E. & Ritter, A.J. (2005). A Randomized Trial of the Cost Effectiveness of Buprenorphine as an Alternative to Methadone Maintenance Treatment for Heroin Dependence in a Primary Care Setting. *Pharmacoeconomics*, 23 (1), 77-91.
- Hartmann, D.P., Gottman, J.M., Jones, R.R., Gardner, W., Kazdin, A.E. & Vaught, R.S. (1980). Interrupted Time-Series Analysis and Its Application to Behavioral Data. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 543-559.
- Hartnoll, R., Mitcheson, M.C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P. & Hedley, N. (1980). Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 877-884.
- Hay, R.A. & McCleary, R. (1979). Box-Tiao Time Series Models for Impact Assessment: A Comment on the Recent Work of Deutsch and Alt. *Evaluation Quarterly*, 3 (2), 277-314.

Hervé, S., Riachi, G., Noblet, C., Guillement, N., Tanasescu, S., Gorla, O., Thuillez, C., Tranvouez, J.L., Ducrotte, P. & Lerebours, E. (2004). Acute Hepatitis Due to Buprenorphine Administration. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 16 (10), 1033-1037.

Higgins, G.A. (2008). Heroin Legalization Program Approved by Swiss Voters. *The Huffington Post*, November 2008. Dernière visite: 21 décembre 2008, site web: http://www.huffingtonpost.com/2008/11/30/heroin-legalization-progr_n_147245.html

Hipp, J.R., Bauer, D.J., Curran, P.J. & Bollen, K.A. (2004). Crimes of Opportunity or Crimes of Emotion? Testing Two Explanations of Seasonal Change in Crime. *Social Forces*, 82 (4), 1333-1372.

Hser, Y.I., Anglin, M.D. & Liu, Y. (1991). A Survival Analysis of Gender and Ethnic Differences in Responsiveness to Methadone Maintenance Treatment. *International Journal of the Addictions*, 25 (11A), 1295-1315.

Hosztafi, S. (2001). The History of Heroin. *Acta Pharmaceutica Hungarica*, 71 (2), 233-242.

Hutcheson, G. & Sofroniou, N. (1999). *The Multivariate Social Scientist: Introductory Statistics Using Generalized Linear Models*. London, UK : Sage Publication Inc.

Inchaurrega, S. (2003). Drug Use, Harm Reduction, and Health Policies in Argentina: Obstacles and New Perspectives. *Clinical Infections Diseases*, 37 (5), 366-371.

Institut de recherche en santé du Canada. (2005). *Le projet NAOMI, une étude canadienne de prescription d'héroïne injectée pilotée à Montréal par le CHUM*. Communiqué de presse, Montréal, QC : 6 juin.

Interdepartmental Committee on Drug Addiction (1965). *Drug Addiction in the United Kingdom: The Second Report of the Interdepartmental Committee on Drug Addiction*. London: HMSO.

Jacquiez, O. (2003). Un traitement substitutif aux opiacés. *Annales de médecine interne*, 154, Hors Série I, 1S55-1S57.

Johnson, R.E., Strain, E.C. & Amass, L. (2003). Buprenorphine: How to Use it Right. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, S59-S70.

Kahan, M., Srivastava, A. & Shen, K. (2006). Why We Object to NAOMI. *Canadian Family Physician*, 52 (6), 705-706.

Kerr, T., Marsh, 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.

- Kimber, J., Dolan, K. & Wodak, A. (2005). Survey of Drug Consumption Rooms: Service Delivery and Perceived Public Health and Amenity Impact. *Drug and Alcohol Review*, 24, 21-24.
- Koenig, D.J., Erickson, P.G., Riley, D.M., Cheung, Y.W. & O'Hare, P.A. (2000). Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs. *Journal of Sociology*, 25 (1), 109-112.
- Krajewski, K. (2004). Polish Drug Policies: Between "Hard" and "Soft" Prohibition. *Journal of Drug Issues*, 34 (3), 587-622.
- Lamoureux, A. (2000). *Recherche et méthodologie en sciences humaines* (3^e édition). Laval, QC : Éditions Études Vivantes.
- Langendam, M., Van Brussel, G.H.A., Coutinho, R.A. & Van Ameijden, E.J.C. (2001). The Impact of Harm-Reduction-Based Methadone Treatment on Mortality Among Heroin Users. *American Journal of Public Health*, 91 (5), 774-780.
- Lasnier, B. (2007). *Analyse comparative de l'impact généré par l'existence du programme NAOMI sur les niveaux de commission d'actes criminels et incivils à Montréal et Vancouver*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.
- Le Hirez, C. (2008). Le nombre de reprises reste plus élevé sur le Plateau. *Le Plateau*, Publié le 24 mai.
- Léonard, L. & Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie*. Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Lert, F. (2006). Peut-on enrayer la transmission de l'hépatite C liée à l'usage de drogue?. *Revue épidémiologique de santé publique*, 54, IS61-67.
- Lussier, J.P., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J. & Higgins, S.T. (2006). A Meta-Analysis of Voucher-Based Reinforcement Therapy for Substance Use Disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- Luty, J. (2003). What Works in Drug Addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 280-288.
- Magura, S. (2007). Drug Prohibition and the Treatment System: Perfect Together. *Substance Use and Misuse*, 42, 495-501.
- Malkin, I., Elliott, R. & McRae, R. (2003). Supervised Injection Facilities and International Law. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), 539-578.

March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E. & Carrasco, F. (2006). Controlled Trial of Prescribed Heroin in the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 203-211.

Marsch, L.A., Bickel, W.K. & Jacobs, E.A. (1999). Efficacy of Buprenorphine Treatment in Reducing Drug and Sex Related HIV Risk Behaviour Among Opioid-Dependent Individuals. In: Harris, L.S. (Ed), *Problems of Drug Dependence 1999: Proceedings of the 61st Annual Scientific Meeting*, The College on Problems of Drug Dependence, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

Marlatt, G.A. (1996). Harm Reduction: Come As You Are. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 779-788.

Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. & Davoli, M. (2002). Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002209.

Mattick, R.P. & Kimber, J. (2003). Buprenorphine Maintenance Versus Placebo or Methadone Maintenance for Opioid Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002207.

McDowall, D., McCleary, R., Meidinger, E.E. & Hay, R.A. (1976). *Interrupted Time Series Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc.

McKeganey, N. (2008). Should Heroin Be Prescribed to Heroin Misusers? No. *British Medical Journal*, 336, 71.

McMurphy, S., Shea, J., Switzer, J. & Turner, B.J. (2006). Clinic-Based Treatment for Opioid Dependence: A Qualitative Inquiry. *American Journal of Health Behavior*, 30 (5), September-October, 544-552.

Mendelson, J., Jones, R.T., Fernandez, I., Welm, S., Melby, A.K. & Baggott, M.J. (1996). Buprenorphine and Naloxone Interactions in Opiate-Dependent Volunteers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 60, 105-114.

Météomédia. (2008). *Soleil, lune et saison*. Dernière visite le 23 février 2008, site web : <http://www.meteomedia.com/moonsun/>.

Miller, N.S. (2004). Prescription Opiate Medications: Medical Uses and Consequences, Law and Controls. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 689-708.

Montréal en statistiques. (2008). *Profil sociodémographique: Plateau Mont-Royal, recensement 2006*. Division des affaires économiques et institutionnelles, Direction du développement économique et urbain, Service de la mise en valeur du territoire et du patrimoine, Juin.

Montréal en statistiques (2008). *Profil sociodémographique: Ville de Montréal, recensement 2006*. Division des affaires économiques et institutionnelles, Direction du développement économique et urbain, Service de la mise en valeur du territoire et du patrimoine, Juin, Canada.

Morgan, O., Griffiths, C. & Hickman, M. (2006). Association Between Availability of Heroin and Methadone and Fatal Poisoning in England and Wales 1993–2004. *International Journal of Epidemiology*, 35, 1579-1585.

Murray, J.B. (1998). Effectiveness of Methadone Maintenance for Heroin Addiction. *Psychological Reports*, 83, 295-302.

Nagata, T., Setoguchi, S., Hemenway, D. & Perry, M.J. (2008). Effectiveness of a Law to Reduce Alcohol-Impaired Driving in Japan. *Injury Prevention*, 14, 19-23.

NAOMI Study. (2006), *Backgrounder*, April, 1-5.

National Institute on Drug Abuse. (2005). Heroin Abuse and Addiction. *Research Report Series*, 1-8.

Nordt, C. & Stohler, R. (2006). Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis. *Lancet*, 367, 1830-1834.

O'Brien, C.P. (2001). Chapter 24: Drug Addiction and Drug Abuse. In: Goodman & Gilman's (Eds.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics: 10th edition*, New-York, NY: McGraw-Hill.

Office fédérale de santé publique. (2007). *Le traitement avec prescription d'héroïne/de diacétylmorphine (HeGeBe) en 2006 – Rapport annuel*. Département fédéral de l'intérieur DF1, Division des programmes nationaux de prévention, 1-28.

O'Hare, P. (2007). Merseyside, the First Harm Reduction Conferences, and the Early History of Harm Reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18, 141-147.

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Infections aux VIH et SIDA*. Bureau régional du pacifique occidental, Rapport de la cinquante-troisième session, Kyoto (Japon), 16-20 septembre.

Ostrom, C.W. Jr. (1990). *Time-Series Analysis: Regression Techniques, 2nd Edition*. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-009. Thousand Oaks, CA : Sage.

Parker, H. & Kirby, P. (1996). Methadone Maintenance and Crime Reduction on Merseyside. *Crime Detection and Prevention Series*, 72, 1-36.

- Parker, H., Newcombe, R. & Bakx, K. (1988). *Living with Heroin: The Impact of a Drugs "Epidemic" on an English Community*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Perneger, T.V., Giner, F., Del Rio, M. & Mino, A. (1998). Randomized Trial of Heroin Maintenance Programme for Addicts who Fails in Conventional Drug Treatments. *British Medical Journal*, 317, 13-18.
- Prendergast, M. & Podus, D. (2006). Contingency Management for Treatment of Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Addiction*, 101 (11), 1546-1560.
- Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E. & Urada, D. (2002). The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: A Meta-Analysis of Comparison Group Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.
- Popova, S., Rehm, J. & Fischer, B. (2006). An Overview of Illegal Opioid Use and Health Services Utilization in Canada. *Public Health*, 120, 320-328.
- Provost, M. (2008). La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. *Le collège*, 48 (1), 8.
- Quirion, B. (2001). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et société*, 26 (4), 479-495.
- Ramirez-Jonville, A. (2006). Toxicomanie : la politique de réduction des risques en France et en Espagne. *La presse médicale*, 35, 1151-1161.
- Rehm, J. & Fischer, B. (2008). Should Heroin be Prescribed to Heroin Misusers? Yes. *British Medical Journal*, 336, 70.
- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, Safety, and Efficacy of Injectable Heroin Prescription for Refractory Opioid Addicts: A Follow-Up Study. *The Lancet*, 358, 1417-1420.
- Ringuet, J. (2008). 14 000 Logements libres à Montréal. *Marché Immobilier*, Publié le 7 février.
- Robles, E., Stitzer, M.L., Strain, E.C., Bigelow, G.E. & Silverman, K. (2002). Voucher-Based Reinforcement for Opiate Abstinence During Methadone Detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 65 (2), 179-189.
- Rook, E.J., Van Ree, J.M., Van Den Brink, W., Hillebrand, M.J.X., Hulstema, A.D.R., Hendriks, V.M. & Beljnen, J.H. (2006). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of High Doses of Pharmaceutically Prepared Heroin, by Intravenous or by Inhalation Route in Opioid-Dependent Patients. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 98, 86-96.

Rosen, M.I., Wallace, E.A., McMahon, T.J., Pearsall, H. R., Woods, S.H., Price L.H. & Kosten, T.R. (1994). Buprenorphine: Duration of Blockade of Effects of Intramuscular Hydromorphone. *Drug and Alcohol Dependence*, 35 (2), 141-149.

Rosenheck, R. & Kosten, T. (2001). Buprenorphine for Opiate Addiction: Potential Economic Impact. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 253-262.

Santé Canada. (2007). Direction générale des produits de santé et des aliments – Programme de réunions bilatérales. *Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie*, Ottawa, ONT : 20 Décembre, 1-9.

Satel, S.L. & Aeschbach, E. (1999). The Swiss Heroin Trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (4), 331-335.

Schechter, M. (2006). View Dr. Schechter on NAOMI. Dernière visite le 21 juillet 2008, site web: <http://www.naomistudy.ca/documents.html>.

Schneeberger, P. (1999). Portrait émergeant des consommateurs d'héroïne au Québec. *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, QC : Gouvernement du Québec.

Schneeberger, P. & Guèvremont, P.A. (2007). *NAOMI – North American Opiate Medication Initiative*, Présenté dans le cadre de la Tournée des Partenaires du RISQ, avril 2007.

Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T. & Gastpar, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial. *European Addiction Research*, 11 (4), 163-171.

Schwarz, G. (1978). Estimating the Dimension of a Model. *Annals of Statistics*, 6 (2), 461-464.

Shadis, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin company.

Simoens, S. & Matheson, C. (2005). The Effectiveness of Community Maintenance with Methadone or Buprenorphine for Treating Opiate Dependence. *British Journal of General Practice*, 55 (511), 139-146.

Small, W., Rhodes, T., Wood, E. & Kerr, T. (2007). Public Injection Settings in Vancouver: Physical Environment, Social Context and Risk. *International Journal of Drug Policy*, 18, 27-36.

Soyka, M., Zingg, C., Koller, G. & Kuefner, H. (2008). Retention Rate and Substance Use in Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy and Predictors of Outcome: Results from a Randomized Study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *11* (5), 641-653.

Stoller, K.B., Bigelow, G.E., Walsh, S.L. & Strain, E.C. (2001). Effects of Buprenorphine/Naloxone in Opioid-Dependent Humans. *Psychopharmacology*, *154*, 230-242.

Strain, E.C., Stitzer, M.L., Liebson, I.A. & Bigelow, G.E. (1994). Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Opioid-Dependent Cocaine Users. *Psychopharmacology*, *116* (4), 401-406.

Srivastava, A. & Kahan, M. (2006). Buprenorphine: A Potential New Treatment Option for Opioid Dependence. *Canadian Medical Association Journal*, *174* (13), 1835-1836.

Strike, C., O'Grady, C., Myers, T. & Millson, M. (2004). Pushing the Boundaries of Outreach Work: The Case of Needle Exchange Outreach Programs in Canada. *Social Science and Medicine*, *59*, 209-219.

Symonds, A., Staunton, P.J., Cohen, I., Jobling, J., Kerr, M., Meagher, R., Mills, J., Moore, C., Rixon, B., Thompson, G. & Isaksen, D. (1998). *Report on the Establishment or Trial of Safe Injecting Rooms*. Parliament of New South Wales, NSW: Australia, 1-294.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5th Edition. Boston, MA: Pearson Education, Inc.

Tammi, T. (2005). Discipline or Contain? The Struggle over the Concept of Harm Reduction in the 1997 Drug Policy Committee in Finland. *International Journal of Drug Policy*, *16*, 384-392.

Thomas, G. (2005). Harm Reduction Policies and Programs for Persons Involved in the Criminal Justice System. *Harm Reduction for Special Populations in Canada*, Canadian Centre on Substance Abuse, Canada, 1-11.

Tibbetts, J. (2008). Study Backs More Safe Injection Sites in Canada. *National Post*, Monday, May 5.

Tigerstedt, C. (1999). Alcohol Policy, Public Health and Kjetil Bruun, *Contemporary Drug Problems*, *26* (2), 209-235.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blatter, R. & Pfeifer, S. (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts: Main results of the Swiss National Cohort Study. In Karger (Eds.), *Medical Prescription of Narcotics*, *1*, Basel: Switzerland.

- Van Den Brink, W. & Haasen, C. (2006). Evidenced-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 15 (10), 635-646.
- Van Den Brink, W., Hendriks, V.M., Blanken, P., Koeter, M.W.J., Van Zwieten, B.J. & Van Ree, J.M. (2003). Medical Prescription of Heroin to Treatment Resistant Heroin Addicts: Two Randomized Controlled Trials. *British Medical Journal*, 327 (7410), 1-6.
- Van Der Poel, A., Barendregt, M.A. & Van De Mheen, D. (2006). Drug Users' Participation in Addiction Care : Different Groups Do Different Things. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38 (2), 123-132.
- Verthein, U., Bonorden-Kleij, K., Degkwitz, P., Dilg, C., Köhler, W.K., Passie, T., Soyka, M., Tanger, S., Vogel, M. & Haasen, C. (2008). Long-Term Effects of Heroin-Assisted Treatment in Germany. *Addiction*, 103 (6), 960-966.
- Wagner, A.K., Soumerai, S.B., Zhang, F. & Ross-Degnan, D. (2002). Segmented Regression Analysis of Interrupted Time Series Studies in Medication Use Research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 299-309.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D.C., Montaner, J.S.G. & Tyndall, M.W. (2004). Changes in Public Order After the Opening of a Medically Supervised Safer Injecting Facility for Illicit Injection Drug Users. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (7), 731-734.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Li, K., Lloyd-Smith, E., Small, W., Montaner, J.S.G. & Kerr, T. (2005). Do Supervised Injection Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users?. *American Journal of Preventive Medicine*, 29 (2), 126-130.
- Yaffee, R. & McGee, M. (2000). *Introduction to Time-Series Analysis and Forecasting with Applications of SAS and SPSS*. Boston, MA : Academic Press Inc.
- Zajdow, G. (2005). What Are we Scared of? The Absence of Sociology in Current Debates About Drugs Treatments and Policies. *Journal of Sociology*, 41 (2), 185-199.
- Zaric, G.S., Barnett, P.G. & Brandeau, M.L. (2000). HIV Transmission and the Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *American Journal of Public Health*, 90 (7), 1100-1111.
- Zickler, P. (2001). Buprenorphine Taken Three Times Per Week Is as Effective as Daily Dose in Treating Heroin Addiction, *National Institute on Drug Abuse*, 16, 6-7.

ANNEXES

Fonctionnement du projet NAOMI

Le projet NAOMI étant réalisé conjointement à Vancouver et à Montréal, l'application d'un protocole de recherche commun précisant le choix des participants ainsi que le fonctionnement des cliniques représente un pré requis permettant la comparaison ultérieure des sites expérimentaux. En fait, l'analyse comparative de l'impact de l'étude NAOMI à Montréal et à Vancouver ne devient valide que dans la mesure où les deux cliniques utilisent un canevas expérimental similaire. Dans cette optique, la présente section exposera les critères de sélection des sujets ainsi que le profil des participants choisis. Par la suite, un approfondissement de la structure du projet NAOMI sera réalisé, ce qui inclut une description des groupes expérimentaux, une présentation de la méthode de randomisation des sujets, un examen des procédures d'injection pour les participants traités avec un opiacé injectable ainsi qu'une évaluation de l'apport des services médicaux et psychosociaux fournis par le projet NAOMI.

Critères de sélection et profil des participants

Préalablement au recrutement des sujets, les équipes scientifiques de Montréal et de Vancouver ont constitué de concert une liste exhaustive consignant une série de pré requis devant essentiellement être respectés par tous participants désirant composer l'échantillon du projet. Tout d'abord, il fut exigé que chacun des sujets soit âgé d'au moins 25 ans tout en résidant, pour une période d'au moins un an, dans la région de Montréal ou de Vancouver (NAOMI study, 2006; Schneeberger & Guèvremont, 2007). Par ailleurs, les adhérents se devaient de consommer régulièrement des opiacés par voie intraveineuse depuis une période minimale de cinq ans tout en répondant aux critères de dépendance aux opiacés du DSM-IV.¹⁶ En ajout à ces critères, les expérimentateurs

¹⁶ Selon le DSM-IV, un individu est dépendant aux opiacés s'il remplit au moins trois des critères suivant pour une période continue de 12 mois : 1) Présence de tolérance 2) Présence de symptômes de sevrage 3) Prise du psychotrope en quantités supérieures ou pendant une durée plus longue que prévue 4) Désir persistant ou efforts infructueux de réduction ou de contrôle de la consommation 5) Temps considérable consacré à se procurer le psychotrope, à le consommer ou à récupérer de ses effets 6) Réduction ou abandon d'importantes activités professionnelles, sociales ou récréatives à cause de la consommation du psychotrope 7) Poursuite de la consommation malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par le psychotrope (APA, 2000).

jugèrent impératif que chacun des sujets aient préalablement entrepris au moins deux traitements pour la dépendance aux opiacés, dont minimalement une tentative incluant un volet biomédical utilisant la méthadone. Par ailleurs, aucun des participants ne devait présenter des démêlés avec le système de justice pouvant mener à une incarcération prolongée durant le traitement thérapeutique. Dans une optique de sécurité des participants, chacun d'entre eux se devait de présenter une santé physique et psychologique acceptable afin que la consommation d'héroïne lors du traitement ne présente pas de risques sérieux pour le bénéficiaire (Schneeberger & Guèvremont, 2007).

Au total, le nombre de participants à l'étude NAOMI se chiffre à 251 sujets, répartis inégalement entre Vancouver (192 participants) et Montréal (59 participants). Principalement de sexe masculin (61,4%), l'âge moyen des sujets se situait à 39,7 ans. Au début de l'étude, 72,9% d'entre eux présentaient des conditions de logement instables (chambre louée à la semaine, refuge, sans-abri). Par ailleurs, ces derniers consommaient de l'héroïne depuis une moyenne de 14 ans. Bien sûr, leur carrière de consommation de ce psychotrope fut parsemée de plusieurs tentatives de traitements thérapeutiques. En moyenne, ce n'est pas moins de onze épisodes de traitements antérieurs, dont trois impliquant de la méthadone qui furent observés pour l'ensemble de l'échantillon. Bien que le critère minimum de deux traitements thérapeutiques (dont un à la méthadone) fut respecté par l'ensemble des participants, il n'en demeure pas moins qu'une très grande variabilité entre les différents sujets fut remarquée sur cette caractéristique. Quant à leur profil criminel, 81,7% des participants avaient été jugés coupable à minimalement une occasion pour un crime quelconque. Parmi ces sujets, une moyenne de 21,8 condamnations par individu, représentant un total moyen de 42 mois d'incarcération, pouvait être notée. Il importe également de mentionner que 70,5% des participants furent impliqués dans des activités criminelles le mois précédant l'entrevue d'admission. Fait notable, 15,9% des sujets furent incarcérés dans le mois qui a précédé cette même entrevue (P. Schneeberger, communication personnelle, 11 juillet, 2008). En somme, les participants à l'étude NAOMI s'avèrent être généralement des hommes judiciairisés avoisinant la quarantaine, sans domicile fixe et présentant un problème persistant de consommation d'héroïne.

Protocole de recherche

Afin d'évaluer l'efficacité réelle de la prescription médicale d'héroïne, la totalité des participants à cet essai clinique furent scindés en deux groupes. Étape réalisée de manière aléatoire, chacun des sujets fut alors intégré soit dans le groupe recevant de la méthadone (groupe contrôle), soit dans le groupe traité avec un opiacé injectable (groupe expérimental). Par la suite, les participants du groupe recevant un opiacé injectable se voyaient assignés, également de manière aléatoire, à l'intérieur d'un sous-groupe recevant soit de l'héroïne, soit un hydromorphone (dans le cadre de cette étude, c'est le dilaudid qui fut administré). Il fut également décidé que le maintien à la méthadone représenterait le traitement de 45% des participants, que le programme de prescription médicale d'héroïne serait offert à 45% des sujets, tandis que le dilaudid serait administré à 10% des participants (NAOMI study, 2006; Schneeberger & Guèvremont, 2007).

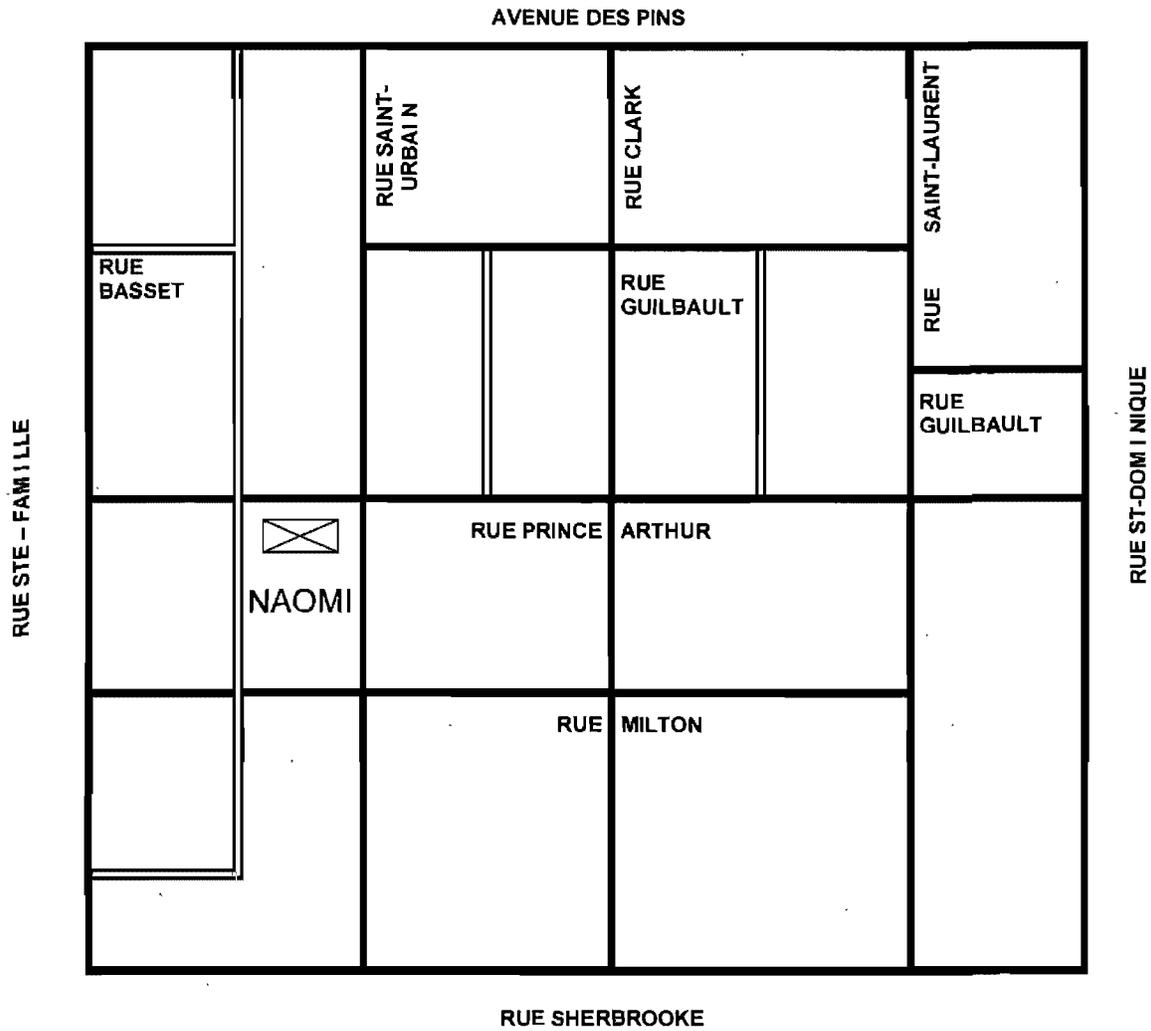
Dans le but de s'assurer que les possibles écarts observés entre les résultats cliniques des trois groupes provenaient explicitement du type de substitut offert, tous les participants bénéficiaient des mêmes services médicaux et sociaux. À cet égard, Schneeberger et Guèvremont (2007) stipulent que des programmes d'enseignement et de prévention sur les infections transmises sexuellement et par le sang, mais également sur les pratiques sécuritaires d'injection furent offerts à tous les participants. À cela s'ajoutent les programmes de dépistage et de vaccination, la disponibilité d'un personnel médical assurant un suivi des problèmes de santé des sujets ainsi que la présence d'intervenants psychosociaux ayant pour mandat d'aider chaque participant à développer diverses compétences favorisant son intégration dans la communauté, notamment quant à la recherche d'un emploi ou d'un lieu d'hébergement.

Toutefois, une réglementation fut mise au point spécifiquement pour les participants recevant de l'héroïne ou du dilaudid. Tout d'abord, les injections d'opiacés ne pouvaient être effectuées plus de trois fois par jour. De plus, aucune dose d'héroïne ou de dilaudid ne pouvait être consommée à l'extérieur de la clinique. Dans cette optique, toutes les périodes d'injection se réalisaient sous la supervision du personnel médical du programme NAOMI. Par ailleurs, une évaluation pré injection était effectuée pour chacun

des sujets attirés à ces groupes minimalement 15 minutes avant l'injection de l'opiacé. Dans le cas où le sujet s'avérait intoxiqué, la séance d'injection pouvait être reportée, voire annulée. À cet égard, l'anxiété, l'agitation et l'ataxie du sujet, son niveau de somnolence ainsi la présence de troubles d'élocution représentent certains signes permettant d'évaluer la présence ou non d'une intoxication importante du sujet. De plus, aucun participant présentant un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,05 mg% n'était autorisé à recevoir une dose d'héroïne ou de dilaudid (Schneeberger & Guèvremont, 2007). Dès la prise d'héroïne ou de dilaudid complétée, le participant devait patienter 30 minutes à la clinique afin de se soumettre à une évaluation post injection de manière à s'assurer qu'aucun patient très intoxiqué ne quitte la clinique (Schneeberger & Guèvremont, 2007).

Somme toute, l'obligation des participants à satisfaire plusieurs critères préalablement à leur sélection fait en sorte que le programme NAOMI s'adresse uniquement aux plus sévères usagers d'héroïne réfractaires aux traitements classiques offerts actuellement au Canada. En plus de favoriser le soutien ainsi que la sécurité des sujets, la randomisation des participants de cette étude contribue à produire des résultats valides et fiables sur l'efficacité thérapeutique de la prescription médicale d'héroïne.

Carte 1 : Carte utilisée lors des marches ethnographiques réalisées à l'intérieur du site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal)



Carte 2 : Carte utilisée lors des marches ethnographiques réalisées à l'intérieur du site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside)

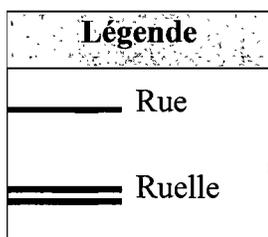
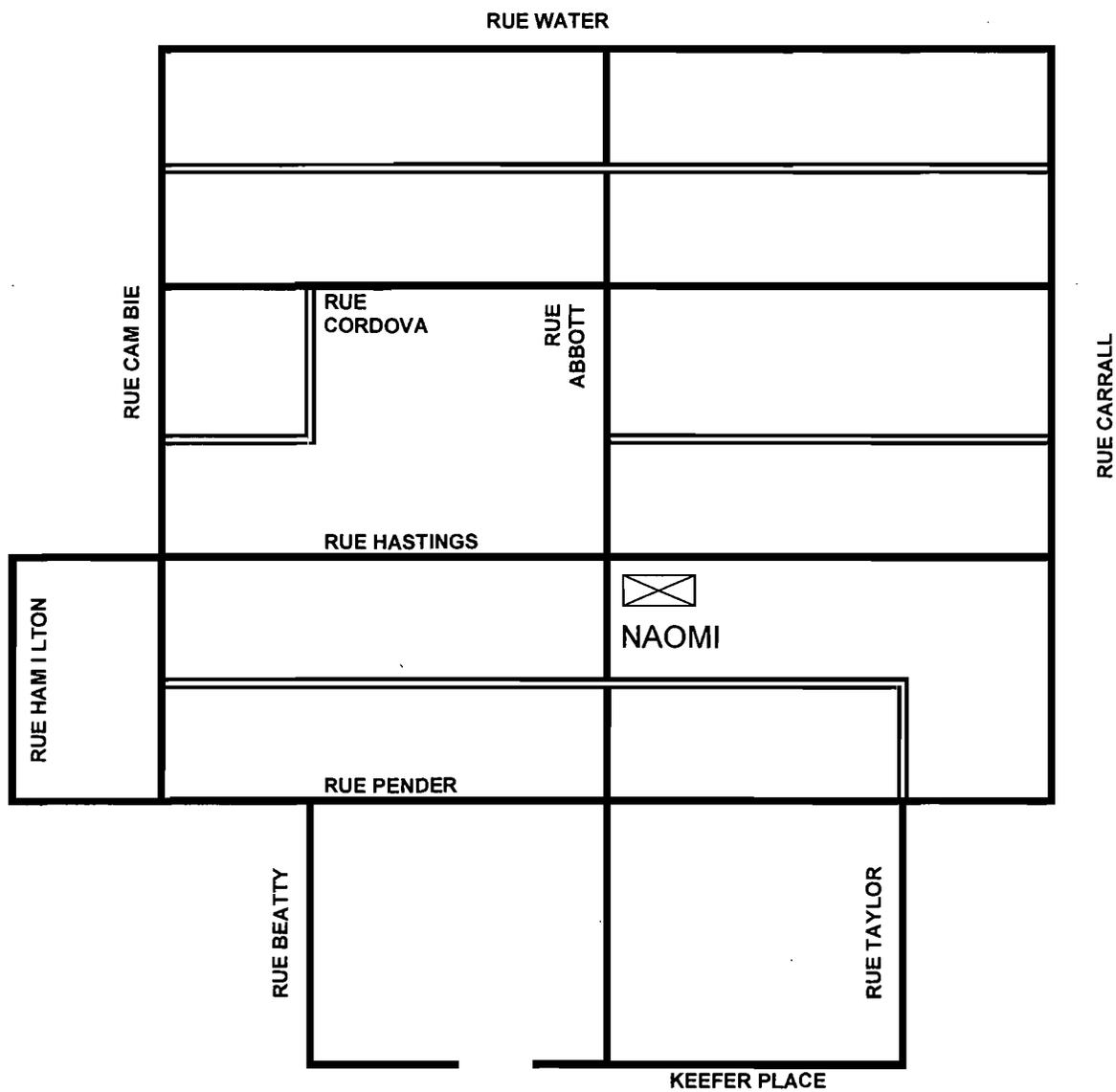


Tableau 9 : Distribution saisonnière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	SERINGUES	AUTRES DÉBRIS D'INJECTION	TOTAL
Hiver (n=34)	68	653	721
Moy. (é.t.)	2,00 (2,015)	19,21 (19,433)	21,21 (20,874)
Indice de symétrie	2,196	1,615	1,756
Aplatissement	6,764	2,350	3,053
Printemps (n=37)	271	2503	2800
Moy. (é.t.)	7,32 (5,716)	67,65 (45,313)	75,68 (49,836)
Indice de symétrie	2,506	0,666	0,746
Aplatissement	10,585	-0,498	-0,012
Été (n=29)	212	1725	1937
Moy. (é.t.)	7,31 (4,167)	59,48 (38,905)	66,79 (42,331)
Indice de symétrie	0,722	0,417	0,434
Aplatissement	-0,413	-1,433	-1,392
Automne (n=26)	122	1352	1474
Moy. (é.t.)	4,69 (3,368)	52,00 (34,357)	56,69 (36,951)
Indice de symétrie	0,881	0,397	0,438
Aplatissement	-0,269	-0,886	-0,788

Tableau 10 : Distribution journalière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	SERINGUES	AUTRES DÉBRIS D'INJECTION	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=19)	106	964	1070
Moy. (é.t.)	5,58 (4,073)	50,74 (39,829)	56,32 (0,567)
Indice de symétrie	0,302	0,632	0,567
Aplatissement	-1,402	-1,230	-1,293
<u>Lundi</u> (n=21)	102	932	1034
Moy. (é.t.)	4,86 (3,497)	44,38 (37,020)	49,24 (39,685)
Indice de symétrie	0,830	0,766	0,732
Aplatissement	0,819	-0,689	-0,726
<u>Mardi</u> (n=23)	124	1309	1433
Moy. (é.t.)	5,39 (3,963)	56,91 (39,036)	62,30 (42,336)
Indice de symétrie	0,661	0,674	0,683
Aplatissement	-0,780	-0,361	-0,367
<u>Mercredi</u> (n=22)	116	974	1090
Moy. (é.t.)	5,27 (4,662)	44,27 (41,912)	53,55 (45,938)
Indice de symétrie	1,038	1,113	1,131
Aplatissement	0,435	0,290	0,352
<u>Jeudi</u> (n=1)	4	66	70
Moy. (é.t.)	4,00	66,00	70,00
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---
<u>Vendredi</u> (n=40)	221	1988	2235
Moy. (é.t.)	5,43 (5,935)	49,70 (44,034)	55,88 (49,396)
Indice de symétrie	2,771	1,124	1,216
Aplatissement	11,018	0,691	1,201
<u>Samedi</u> (n=0)	---	---	---
Moy. (é.t.)	---	---	---
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---

Tableau 11 : Distribution saisonnière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	CONTENANTS DE DROGUE	ITEMS TRANSITOIRES	CONDOMS	TOTAL
Hiver (n=34)	57	8	30	95
Moy. (é.t.)	1,68 (2,815)	0,24 (0,496)	0,88 (1,966)	2,79 (3,740)
Indice de symétrie	1,860	2,066	2,335	1,818
Aplatissement	2,178	3,815	4,546	3,587
Printemps (n=37)	464	22	56	542
Moy. (é.t.)	12,54 (8,382)	0,59 (0,644)	1,51 (1,924)	14,65 (8,677)
Indice de symétrie	0,810	1,278	2,156	0,765
Aplatissement	0,267	3,635	4,428	0,353
Été (n=29)	560	7	49	616
Moy. (é.t.)	19,31 (11,702)	0,24 (0,636)	1,69 (1,834)	21,24 (12,679)
Indice de symétrie	0,457	3,347	1,875	0,753
Aplatissement	-0,963	12,740	4,144	-0,303
Automne (n=26)	406	25	45	476
Moy. (é.t.)	15,62 (14,849)	0,96 (0,824)	1,73 (1,564)	18,31 (15,070)
Indice de symétrie	1,896	0,540	0,622	1,910
Aplatissement	5,091	-0,090	-0,746	5,356

Tableau 12 : Distribution journalière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	CONTENANTS DE DROGUE	ITEMS TRANSITOIRES	CONDOMS	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=19)	217	9	24	250
Moy. (é.t.)	11,42 (11,246)	0,47 (0,841)	1,26 (1,851)	13,16 (11,734)
Indice de symétrie	1,457	1,970	2,916	1,616
Aplatissement	2,358	3,731	10,224	3,395
<u>Lundi</u> (n=21)	242	13	24	279
Moy. (é.t.)	11,52 (11,352)	0,62 (0,805)	1,14 (1,389)	13,29 (11,900)
Indice de symétrie	0,897	1,481	1,453	0,725
Aplatissement	-0,146	2,540	2,049	-0,522
<u>Mardi</u> (n=23)	415	11	40	466
Moy. (é.t.)	18,04 (15,176)	0,48 (0,665)	1,74 (2,115)	20,26 (15,419)
Indice de symétrie	1,648	1,100	1,480	1,776
Aplatissement	4,187	0,194	1,572	4,674
<u>Mercredi</u> (n=22)	186	9	29	224
Moy. (é.t.)	8,45 (10,382)	0,41 (0,503)	1,32 (1,701)	10,18 (11,168)
Indice de symétrie	1,658	0,397	1,620	1,549
Aplatissement	2,300	-2,037	2,152	2,449
<u>Jeudi</u> (n=1)	7	3	1	11
Moy. (é.t.)	7,00	3,00	1,00	11,00
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---
<u>Vendredi</u> (n=40)	420	17	62	499
Moy. (é.t.)	10,50 (10,419)	0,43 (0,594)	1,55 (2,062)	12,48 (11,469)
Indice de symétrie	0,995	1,076	1,568	1,148
Aplatissement	0,263	0,241	1,951	1,310
<u>Samedi</u> (n=0)	---	---	---	---
Moy. (é.t.)	---	---	---	---
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---

Tableau 13 : Distribution saisonnière des bouteilles d'alcool recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	BOUTEILLES D'ALCOOL
Hiver (n=34)	999
Moy. (é.t.)	29,38 (24,725)
Indice de symétrie	1,446
Aplatissement	3,096
Printemps (n=37)	1756
Moy. (é.t.)	47,46 (26,682)
Indice de symétrie	1,668
Aplatissement	3,129
Été (n=29)	980
Moy. (é.t.)	33,79 (14,426)
Indice de symétrie	0,291
Aplatissement	-1,028
Automne (n=26)	1071
Moy. (é.t.)	41,19 (18,995)
Indice de symétrie	0,705
Aplatissement	-0,142

Tableau 14 : Distribution journalière de bouteilles d'alcool recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	BOUTEILLES D'ALCOOL
<u>Dimanche</u> (n=19)	744
Moy. (é.t.)	39,16 (19,323)
Indice de symétrie	0,368
Aplatissement	-0,784
<u>Lundi</u> (n=21)	927
Moy. (é.t.)	44,14 (26,567)
Indice de symétrie	1,370
Aplatissement	3,460
<u>Mardi</u> (n=23)	976
Moy. (é.t.)	42,43 (23,057)
Indice de symétrie	1,442
Aplatissement	3,614
<u>Mercredi</u> (n=22)	777
Moy. (é.t.)	35,32 (24,324)
Indice de symétrie	1,439
Aplatissement	3,875
<u>Jeudi</u> (n=1)	25
Moy. (é.t.)	25,00
Indice de symétrie	---
Aplatissement	---
<u>Vendredi</u> (n=40)	1357
Moy. (é.t.)	33,92 (22,671)
Indice de symétrie	1,773
Aplatissement	5,703
<u>Samedi</u> (n=0)	---
Moy. (é.t.)	---
Indice de symétrie	---
Aplatissement	---

Tableau 15 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	SOLLICITATION	FLANAGE	FOUILE DANS LES ORDURES	SQUEEGEE
Hiver (n=34)	13	10	1	5
Moy. (é.t.)	0,38 (0,697)	0,29 (0,871)	0,03 (0,171)	0,15 (0,359)
Indice de symétrie	2,160	3,456	5,831	2,086
Aplatissement	5,254	5,254	34,00	2,496
Printemps (n=37)	22	29	3	8
Moy. (é.t.)	0,59 (0,686)	0,78 (0,750)	0,08 (0,277)	0,22 (0,534)
Indice de symétrie	0,733	0,384	3,201	2,498
Aplatissement	-0,539	-1,092	8,713	5,534
Été (n=29)	19	29	4	5
Moy. (é.t.)	0,66 (0,857)	1,00 (1,336)	0,14 (0,351)	0,17 (0,602)
Indice de symétrie	2,223	1,736	2,216	4,157
Aplatissement	7,429	2,674	3,123	18,557
Automne (n=26)	12	23	2	1
Moy. (é.t.)	0,46 (0,761)	0,88 (1,275)	0,08 (0,272)	0,04 (0,196)
Indice de symétrie	1,913	1,486	3,373	5,099
Aplatissement	3,974	1,193	10,156	26,000

Tableau 15 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008 (SUITE)

SAISON	VENTE DE DROGUES	CONSOMMATION EN PUBLIC	TOTAL
Hiver (n=34)	0	2	31
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,06 (0,239)	0,91 (1,443)
Indice de symétrie	---	3,925	1,770
Aplatissement	---	14,244	2,472
Printemps (n=37)	2	6	70
Moy. (é.t.)	0,05 (0,229)	0,16 (0,602)	1,89 (1,430)
Indice de symétrie	4,113	3,980	0,562
Aplatissement	15,767	15,977	-0,461
Été (n=29)	0	9	66
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,31 (0,891)	2,28 (2,250)
Indice de symétrie	---	3,229	2,215
Aplatissement	---	10,870	7,131
Automne (n=26)	0	12	50
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,46 (0,811)	1,92 (1,831)
Indice de symétrie	---	1,350	0,715
Aplatissement	---	0,010	-0,610

Tableau 16 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	SOLLICITATION	FLANAGE	FOUILE DANS LES ORDURES	SQUEEGEE
<u>Dimanche</u> (n=19)	14	12	2	6
Moy. (é.t.)	0,74 (0,991)	0,63 (0,831)	0,11 (0,315)	0,32 (0,820)
Indice de symétrie	2,124	1,482	2,798	2,695
Aplatissement	5,965	2,407	6,509	6,781
<u>Lundi</u> (n=21)	8	17	1	2
Moy. (é.t.)	0,38 (0,669)	0,81 (1,250)	0,05 (0,218)	0,10 (0,301)
Indice de symétrie	1,588	1,755	4,583	2,975
Aplatissement	1,428	2,483	21,000	7,562
<u>Mardi</u> (n=23)	11	21	0	4
Moy. (é.t.)	0,48 (0,593)	0,91 (1,203)	0,00 (0,000)	0,17 (0,491)
Indice de symétrie	0,806	1,554	---	2,990
Aplatissement	-0,218	2,065	---	8,946
<u>Mercredi</u> (n=22)	16	11	4	2
Moy. (é.t.)	0,73 (0,883)	0,50 (0,913)	0,18 (0,395)	0,09 (0,294)
Indice de symétrie	1,054	2,892	1,773	3,059
Aplatissement	0,452	10,340	1,250	8,085
<u>Judi</u> (n=1)	0	3	0	0
Moy. (é.t.)	0,00	3,00	0,00	0,00
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---
<u>Vendredi</u> (n=40)	17	27	3	5
Moy. (é.t.)	0,43 (0,636)	0,68 (1,071)	0,08 (0,267)	0,13 (0,335)
Indice de symétrie	1,869	2,151	3,354	2,357
Aplatissement	5,220	5,822	9,736	3,741
<u>Samedi</u> (n=0)	---	---	---	---
Moy. (é.t.)	---	---	---	---
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---

Tableau 16 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008
(SUITE)

JOURNÉE	VENTE DE DROGUES	CONSOMMATION EN PUBLIC	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=19)	0	11	45
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,58 (1,216)	2,37 (2,712)
Indice de symétrie	---	1,969	1,916
Aplatissement	---	2,850	4,801
<u>Lundi</u> (n=21)	1	2	31
Moy. (é.t.)	0,10 (0,436)	0,10 (0,436)	1,48 (1,914)
Indice de symétrie	4,583	4,583	1,318
Aplatissement	21,000	21,000	0,576
<u>Mardi</u> (n=23)	0	7	43
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,30 (0,635)	1,87 (1,687)
Indice de symétrie	---	1,994	0,348
Aplatissement	---	2,935	-1,317
<u>Mercredi</u> (n=22)	0	5	38
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	0,23 (0,612)	1,73 (1,486)
Indice de symétrie	---	2,601	-0,613
Aplatissement	---	5,634	-0,554
<u>Jeudi</u> (n=1)	0	0	3
Moy. (é.t.)	0,00	0,00	3,00
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---
<u>Vendredi</u> (n=40)	1	4	57
Moy. (é.t.)	0,03 (0,158)	0,10 (0,379)	1,43 (1,357)
Indice de symétrie	6,325	4,107	1,042
Aplatissement	40,000	17,568	0,711
<u>Samedi</u> (n=0)	---	---	---
Moy. (é.t.)	---	---	---
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---

Tableau 17 : Distribution saisonnière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	SERINGUES	AUTRES DÉBRIS D'INJECTION	TOTAL
Hiver (n=38)	164	3086	3250
Moy. (é.t.)	4,32 (3,041)	81,21 (45,023)	85,53 (46,550)
Indice de symétrie	0,966	0,753	0,786
Aplatissement	0,292	-0,463	-0,402
Printemps (n=29)	77	1827	1904
Moy. (é.t.)	2,66 (2,159)	63,00 (29,062)	65,66 (29,352)
Indice de symétrie	2,013	0,424	0,435
Aplatissement	7,035	-0,593	-0,516
Été (n=27)	106	2043	2149
Moy. (é.t.)	3,93 (3,125)	75,67 (56,837)	79,59 (56,761)
Indice de symétrie	0,613	2,827	2,726
Aplatissement	-0,552	10,129	9,605
Automne (n=26)	110	2066	2176
Moy. (é.t.)	4,23 (3,734)	79,46 (35,982)	83,69 (36,754)
Indice de symétrie	0,897	1,293	1,112
Aplatissement	-0,138	2,709	2,120

Tableau 18 : Distribution journalière des débris en lien avec l'injection de drogues recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	SERINGUES	AUTRES DÉBRIS D'INJECTION	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=2)	3	220	223
Moy. (é.t.)	1,50 (0,707)	110,00 (33,941)	111,50 (33,234)
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---
<u>Lundi</u> (n=20)	90	1821	1911
Moy. (é.t.)	4,50 (3,706)	91,05 (64,520)	95,55 (65,316)
Indice de symétrie	0,503	2,199	2,058
Aplatissement	-1,079	5,747	4,918
<u>Mardi</u> (n=20)	86	1458	1544
Moy. (é.t.)	4,30 (3,342)	72,90 (41,752)	77,20 (43,356)
Indice de symétrie	1,213	1,136	1,050
Aplatissement	0,512	0,988	0,622
<u>Mercredi</u> (n=21)	60	1412	1472
Moy. (é.t.)	2,86 (1,740)	67,24 (41,842)	70,10 (42,281)
Indice de symétrie	0,304	1,420	1,383
Aplatissement	-0,783	2,859	2,700
<u>Jedi</u> (n=21)	71	1370	1441
Moy. (é.t.)	3,38 (3,514)	65,24 (27,065)	68,62 (26,521)
Indice de symétrie	1,315	0,619	0,493
Aplatissement	0,658	0,401	0,330
<u>Vendredi</u> (n=18)	59	1405	1464
Moy. (é.t.)	3,28 (2,081)	78,06 (42,735)	81,33 (43,594)
Indice de symétrie	0,641	0,904	0,926
Aplatissement	0,643	0,237	0,319
<u>Samedi</u> (n=18)	88	1336	1424
Moy. (é.t.)	4,89 (3,428)	74,22 (30,645)	79,11 (21,099)
Indice de symétrie	0,550	0,298	0,251
Aplatissement	-0,183	-0,698	-0,716

Tableau 19 : Distribution saisonnière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	CONTENANTS DE DROGUE	ITEMS TRANSITOIRES	CONDOMS	TOTAL
<u>Hiver</u> (n=38)	30	186	45	261
Moy. (é.t.)	0,79 (1,663)	4,89 (3,237)	1,18 (2,116)	6,87 (4,375)
Indice de symétrie	2,215	2,215	3,862	0,584
Aplatissement	3,796	3,796	18,655	-0,091
<u>Printemps</u> (n=29)	5	122	34	161
Moy. (é.t.)	0,17 (0,384)	4,21 (3,222)	1,17 (2,237)	5,55 (3,897)
Indice de symétrie	1,831	0,439	3,386	0,298
Aplatissement	1,446	-0,727	13,588	-0,819
<u>Été</u> (n=27)	17	123	28	168
Moy. (é.t.)	0,63 (1,334)	4,56 (3,030)	1,04 (1,160)	6,22 (2,979)
Indice de symétrie	2,951	0,873	1,681	0,616
Aplatissement	9,971	0,135	4,053	-0,405
<u>Automne</u> (n=26)	13	173	20	206
Moy. (é.t.)	0,50 (0,812)	6,65 (3,599)	0,77 (0,908)	7,92 (4,019)
Indice de symétrie	1,697	0,411	1,192	1,030
Aplatissement	2,515	-1,150	0,968	0,940

Tableau 20 : Distribution journalière des débris associés au milieu de la rue recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	CONTENANTS DE DROGUE	ITEMS TRANSITOIRES	CONDOMS	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=2)	0	12	2	14
Moy. (é.t.)	0,00 (0,000)	6,00 (7,071)	1,00 (0,000)	7,00 (7,071)
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---
<u>Lundi</u> (n=20)	11	108	20	139
Moy. (é.t.)	0,55 (1,234)	5,40 (3,283)	1,00 (1,076)	6,95 (3,517)
Indice de symétrie	2,858	0,220	0,845	0,030
Aplatissement	8,983	-0,606	-0,414	-0,661
<u>Mardi</u> (n=20)	11	95	28	134
Moy. (é.t.)	0,55 (1,191)	4,75 (3,076)	1,40 (2,780)	6,70 (4,131)
Indice de symétrie	3,088	0,370	3,296	1,238
Aplatissement	10,751	-0,635	11,989	3,335
<u>Mercredi</u> (n=21)	7	91	30	128
Moy. (é.t.)	0,33 (1,317)	4,33 (3,337)	1,43 (2,420)	6,10 (4,312)
Indice de symétrie	4,397	1,436	3,348	0,946
Aplatissement	19,682	1,592	13,114	-0,292
<u>Jeudi</u> (n=21)	17	101	8	126
Moy. (é.t.)	0,81 (1,537)	4,81 (3,586)	0,38 (0,740)	6,00 (4,416)
Indice de symétrie	2,362	0,552	2,499	1,117
Aplatissement	5,934	-0,181	7,325	2,486
<u>Vendredi</u> (n=18)	9	93	23	125
Moy. (é.t.)	0,50 (0,707)	5,17 (3,569)	1,28 (1,487)	6,94 (3,918)
Indice de symétrie	1,123	0,345	1,272	0,278
Aplatissement	-0,118	-0,928	1,100	-1,166
<u>Samedi</u> (n=18)	10	104	16	130
Moy. (é.t.)	0,56 (1,247)	5,78 (3,228)	0,89 (0,900)	7,22 (3,388)
Indice de symétrie	3,030	0,544	0,782	0,102
Aplatissement	10,102	-1,055	0,064	-1,489

Tableau 21 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	SOLLICITATION	FLANAGE	FOUILE DANS LES ORDURES	PROSTITUTION
Hiver (n=38)	40	967	50	5
Moy. (é.t.)	1,05 (1,161)	25,45 (14,487)	1,32 (1,435)	0,13 (0,529)
Indice de symétrie	0,877	1,100	1,318	4,794
Aplatissement	-0,270	1,041	1,367	24,752
Printemps (n=29)	32	1039	41	8
Moy. (é.t.)	1,10 (1,047)	35,83 (17,909)	1,41 (1,547)	0,28 (0,841)
Indice de symétrie	0,583	1,292	1,292	3,680
Aplatissement	-0,778	-0,269	0,911	14,532
Été (n=27)	23	1451	26	2
Moy. (é.t.)	0,85 (0,989)	53,74 (19,986)	0,96 (1,224)	0,07 (0,267)
Indice de symétrie	1,607	0,437	1,026	3,447
Aplatissement	3,156	-0,458	-0,070	10,670
Automne (n=26)	18	1066	41	1
Moy. (é.t.)	0,69 (0,884)	41,00 (16,871)	1,58 (1,332)	0,04 (0,196)
Indice de symétrie	1,053	0,369	0,647	5,099
Aplatissement	0,212	-0,373	0,293	26,000

Tableau 21 : Distribution saisonnière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008 (SUITE)

SAISON	VENTE DE DROGUES	CONSOMMATION EN PUBLIC	TOTAL
Hiver (n=38)	127	408	1597
Moy. (é.t.)	3,34 (3,671)	10,74 (7,787)	42,03 (19,933)
Indice de symétrie	1,040	1,404	1,232
Aplatissement	0,092	3,436	3,293
Printemps (n=29)	157	419	1696
Moy. (é.t.)	5,41 (5,032)	14,45 (7,204)	58,48 (22,947)
Indice de symétrie	0,625	-0,374	0,054
Aplatissement	-0,798	-0,817	-0,707
Été (n=27)	93	473	2068
Moy. (é.t.)	3,44 (3,683)	17,52 (9,242)	76,59 (26,896)
Indice de symétrie	1,408	0,318	0,282
Aplatissement	1,921	-0,589	-0,780
Automne (n=26)	73	371	1570
Moy. (é.t.)	2,81 (3,878)	14,27 (6,926)	60,38 (21,924)
Indice de symétrie	1,914	0,987	0,526
Aplatissement	4,211	1,731	-0,917

Tableau 22 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	SOLLICITATION	FLANAGE	FOUILE DANS LES ORDURES	PROSTITUTION
<u>Dimanche</u> (n=2)	2	69	1	0
Moy. (é.t.)	1,00 (0,000)	34,50 (2,121)	0,50 (0,707)	0,00 (0,000)
Indice de symétrie	---	---	---	---
Aplatissement	---	---	---	---
<u>Lundi</u> (n=20)	15	659	18	0
Moy. (é.t.)	0,75 (0,910)	32,95 (22,218)	0,90 (1,410)	0,00 (0,000)
Indice de symétrie	1,017	0,900	1,946	---
Aplatissement	0,260	-0,153	3,489	---
<u>Mardi</u> (n=20)	14	817	30	3
Moy. (é.t.)	0,70 (1,081)	40,85 (25,236)	1,50 (1,357)	0,15 (0,489)
Indice de symétrie	1,784	0,465	0,912	3,436
Aplatissement	3,344	-1,187	0,639	11,885
<u>Mercredi</u> (n=21)	24	795	24	6
Moy. (é.t.)	1,14 (1,195)	37,86 (21,652)	1,14 (1,352)	0,29 (0,902)
Indice de symétrie	0,864	1,174	1,325	3,877
Aplatissement	0,007	2,196	1,797	15,945
<u>Jeudi</u> (n=21)	19	849	26	3
Moy. (é.t.)	0,90 (0,944)	40,43 (20,348)	1,24 (1,411)	0,14 (0,655)
Indice de symétrie	0,994	0,227	1,304	4,583
Aplatissement	0,476	-1,367	1,406	21,000
<u>Vendredi</u> (n=18)	20	582	33	2
Moy. (é.t.)	1,11 (1,231)	32,33 (8,977)	1,83 (1,581)	0,11 (0,323)
Indice de symétrie	0,616	-0,226	0,709	2,706
Aplatissement	-1,266	-0,529	-0,177	5,977
<u>Samedi</u> (n=18)	19	752	26	2
Moy. (é.t.)	1,06 (0,938)	41,78 (17,366)	1,44 (1,294)	0,11 (0,323)
Indice de symétrie	0,844	-0,343	1,055	2,706
Aplatissement	0,334	-0,969	2,024	5,977

Tableau 22 : Distribution journalière des activités déviantes recensées sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008
(SUITE)

JOURNÉE	VENTE DE DROGUES	CONSOMMATION EN PUBLIC	TOTAL
<u>Dimanche</u> (n=2)	4	22	98
Moy. (é.t.)	2,00 (2,828)	11,00 (7,071)	49,00 (12,728)
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---
<u>Lundi</u> (n=20)	60	211	963
Moy. (é.t.)	3,00 (3,356)	10,55 (7,515)	48,15 (27,603)
Indice de symétrie	1,123	0,101	0,745
Aplatissement	1,113	-1,128	-0,223
<u>Mardi</u> (n=20)	56	277	1197
Moy. (é.t.)	2,80 (2,567)	13,85 (8,152)	59,85 (32,780)
Indice de symétrie	0,578	0,553	0,33
Aplatissement	-1,081	-0,082	-1,025
<u>Mercredi</u> (n=21)	96	294	1239
Moy. (é.t.)	4,57 (4,654)	14,00 (8,124)	59,00 (24,601)
Indice de symétrie	1,180	0,396	1,698
Aplatissement	0,315	0,337	3,174
<u>Jedi</u> (n=21)	105	339	1341
Moy. (é.t.)	5,00 (4,461)	16,14 (9,085)	63,86 (28,744)
Indice de symétrie	0,822	1,158	0,284
Aplatissement	0,260	0,894	-1,297
<u>Vendredi</u> (n=18)	77	267	981
Moy. (é.t.)	4,28 (5,819)	14,83 (8,946)	54,50 (18,260)
Indice de symétrie	0,951	0,464	0,136
Aplatissement	-0,929	-0,064	-0,016
<u>Samedi</u> (n=18)	52	261	1112
Moy. (é.t.)	2,89 (3,376)	14,50 (6,758)	61,78 (19,869)
Indice de symétrie	0,871	0,993	0,177
Aplatissement	-0,518	1,132	-0,537

Tableau 23 : Distribution saisonnière des événements en lien avec la sécurité publique recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

SAISON	POLICIERS ET	AMBULANCIERS	TOTAL
	AGENTS DE SÉCURITÉ PRIVÉE	ET POMPIERS	
Hiver (n=38)	18	2	20
Moy. (é.t.)	0,47 (0,830)	0,05 (0,226)	0,53 (0,830)
Indice de symétrie	2,485	4,174	2,309
Aplatissement	7,974	16,273	7,297
Printemps (n=29)	15	0	15
Moy. (é.t.)	0,52 (0,949)	0,00 (0,000)	0,52 (0,949)
Indice de symétrie	1,695	---	1,695
Aplatissement	1,669	---	1,669
Été (n=27)	4	2	6
Moy. (é.t.)	0,15 (0,362)	0,07 (0,385)	0,22 (0,506)
Indice de symétrie	2,099	5,196	2,322
Aplatissement	2,594	27,000	5,101
Automne (n=26)	12	2	14
Moy. (é.t.)	0,46 (0,706)	0,08 (0,272)	0,54 (0,905)
Indice de symétrie	1,993	3,373	2,510
Aplatissement	5,408	10,156	7,982

Tableau 24 : Distribution journalière des événements en lien avec la sécurité publique recensés sur le site expérimental de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

JOURNÉE	POLICIERS ET	AMBULANCIERS	TOTAL
	AGENTS DE SÉCURITÉ PRIVÉE	ET POMPIERS	
<u>Dimanche</u> (n=2)	2	0	2
Moy. (é.t.)	1,00 (0,000)	0,00 (0,000)	1,00 (0,000)
Indice de symétrie	---	---	---
Aplatissement	---	---	---
<u>Lundi</u> (n=20)	5	0	5
Moy. (é.t.)	0,25 (0,444)	0,00 (0,000)	0,25 (0,444)
Indice de symétrie	1,251	---	1,251
Aplatissement	-0,497	---	-0,497
<u>Mardi</u> (n=20)	6	0	6
Moy. (é.t.)	0,30 (0,571)	0,00 (0,000)	0,30 (0,571)
Indice de symétrie	1,845	---	1,845
Aplatissement	2,861	---	2,861
<u>Mercredi</u> (n=21)	10	3	13
Moy. (é.t.)	0,48 (0,928)	0,14 (0,478)	0,62 (0,973)
Indice de symétrie	1,734	3,530	1,247
Aplatissement	1,732	12,578	0,160
<u>Jedi</u> (n=21)	7	2	9
Moy. (é.t.)	0,33 (0,483)	0,10 (0,301)	0,43 (0,598)
Indice de symétrie	0,763	2,975	1,078
Aplatissement	-1,579	7,562	0,348
<u>Vendredi</u> (n=18)	7	0	7
Moy. (é.t.)	0,39 (0,778)	0,00 (0,000)	0,39 (0,778)
Indice de symétrie	2,527	---	2,527
Aplatissement	7,244	---	7,244
<u>Samedi</u> (n=18)	12	1	13
Moy. (é.t.)	0,67 (1,188)	0,06 (0,236)	0,72 (1,320)
Indice de symétrie	1,920	4,243	1,959
Aplatissement	3,061	18,000	2,930

Tableau 25 : Résultats des analyses corrélationnelles entre le nombre de participants au programme NAOMI recevant un opiacé injectable et les différentes variables dépendantes de cette étude, pour Montréal (Plateau Mont-Royal) et Vancouver (Downtown Eastside)

	MONTRÉAL (Plateau Mont- Royal)	VANCOUVER (Downtown Eastside)
Débris en lien avec l'injection de drogues	-0,487 **	-0,662 **
Débris en lien avec le milieu de la rue	-0,230 **	-0,060
Bouteilles d'alcool	-0,1043	---
Activités déviantes	--0,207 *	-0,074
Événements en lien avec la sécurité publique	---	-0,022

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Coefficient r de Pearson

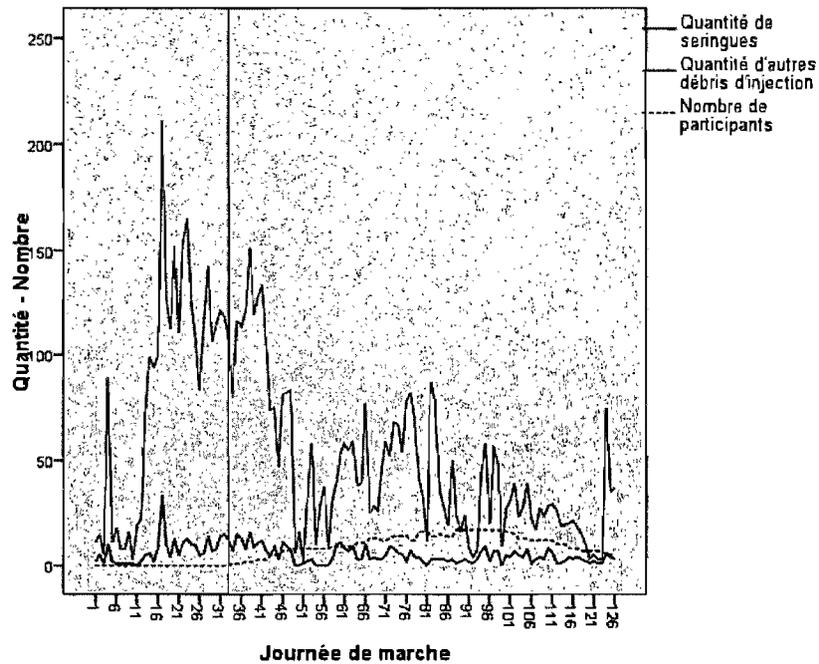


Figure 12 : Distribution de la quantité des différents débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

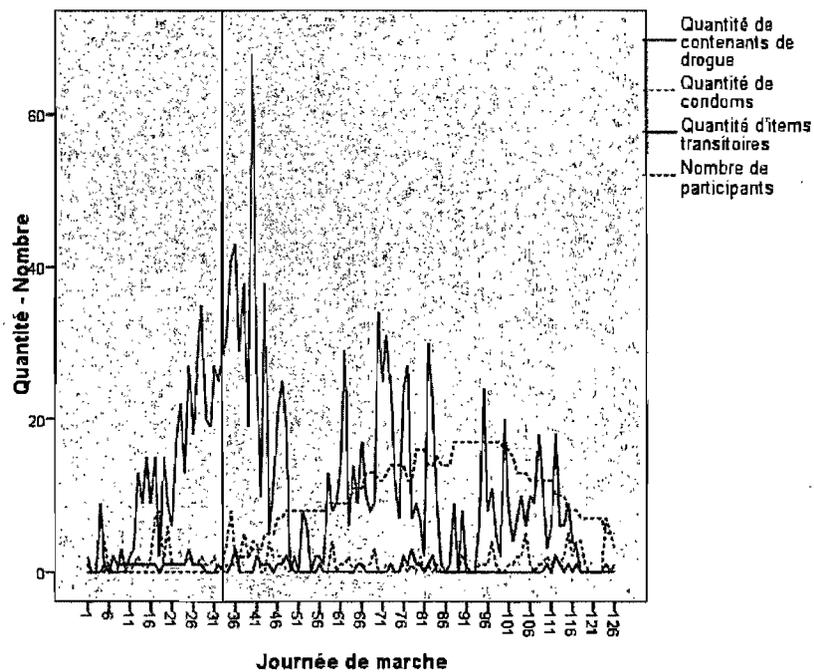


Figure 13 : Distribution de la quantité des différents débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

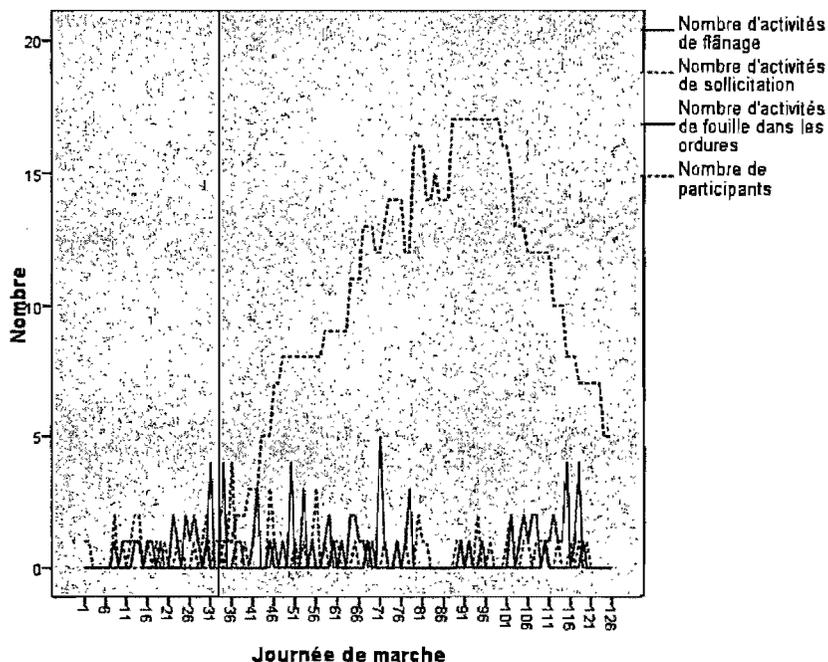


Figure 14 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'itinérance recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

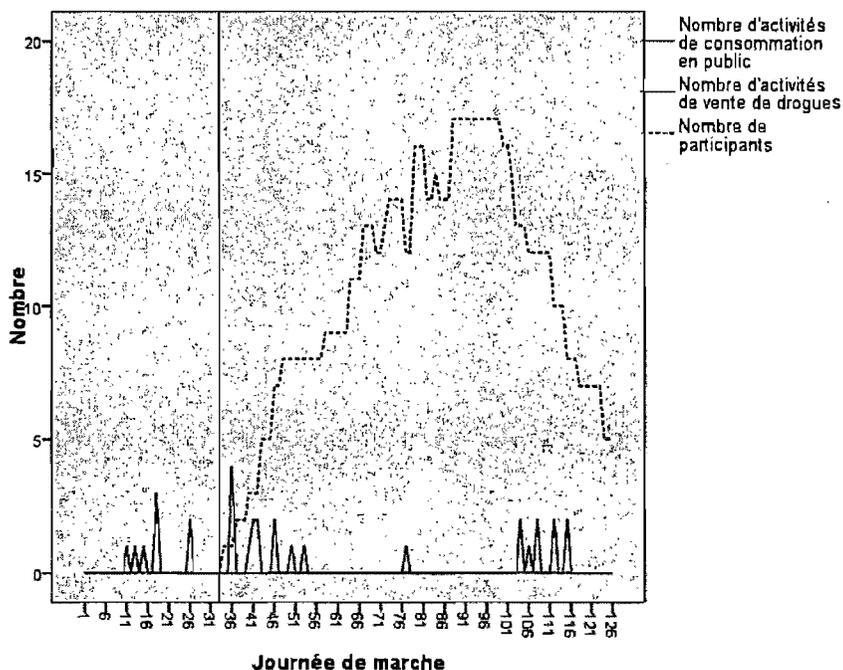


Figure 15 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'usage ou la vente de substances psychoactives recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

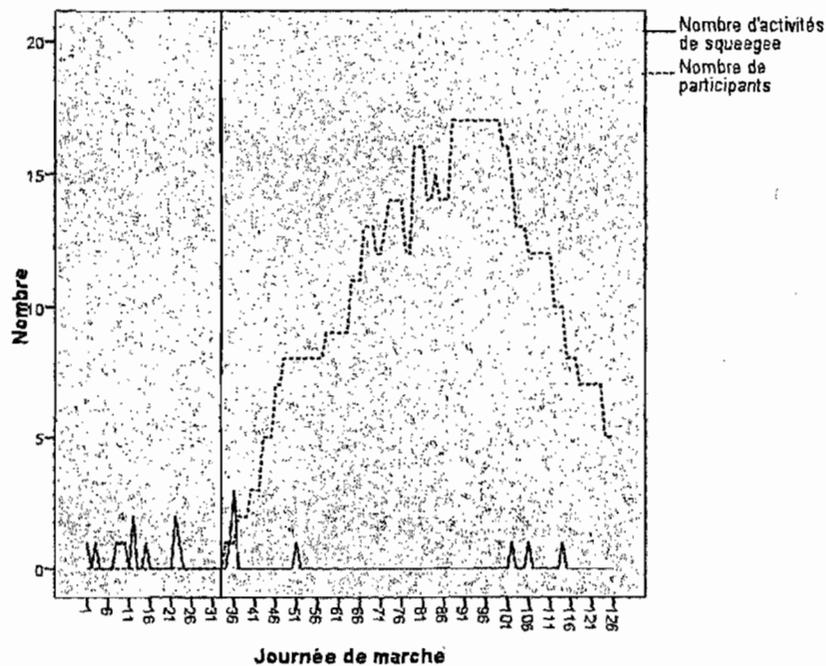


Figure 16 : Distribution du nombre d'activités de squeegee recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Montréal (Plateau Mont-Royal) entre janvier 2005 et janvier 2008

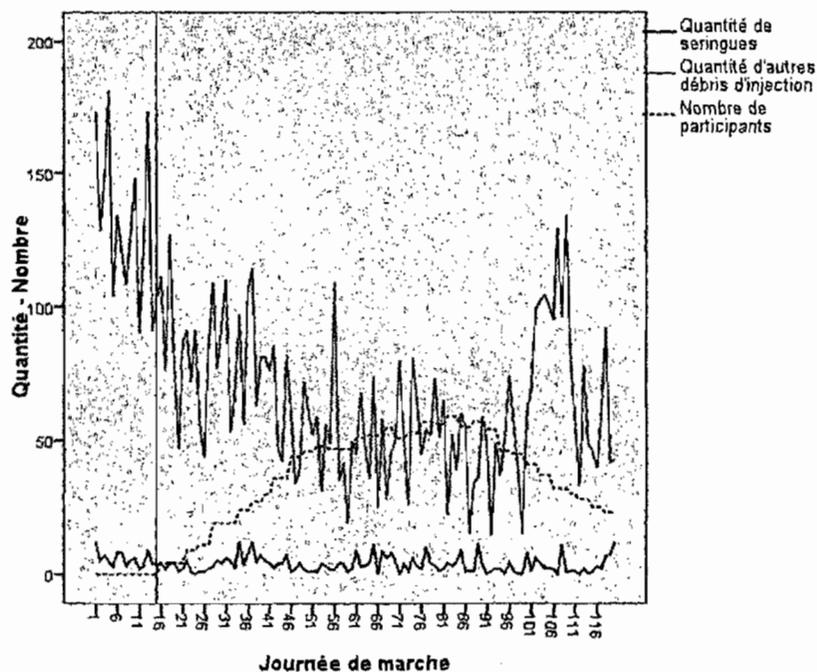


Figure 17 : Distribution de la quantité des différents débris en lien avec l'injection de drogues recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

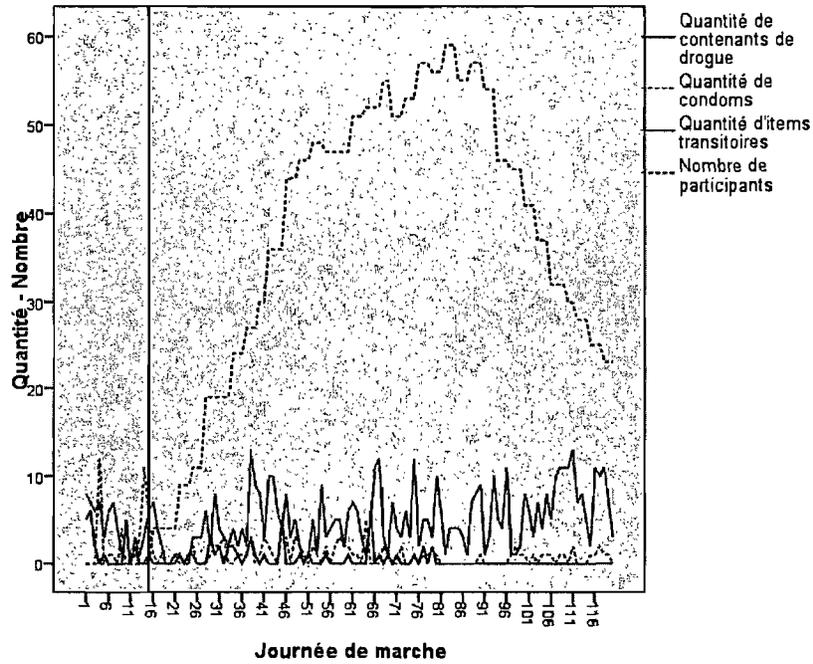


Figure 18 : Distribution de la quantité des différents débris associés au milieu de la rue recensés à l'intérieur du voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

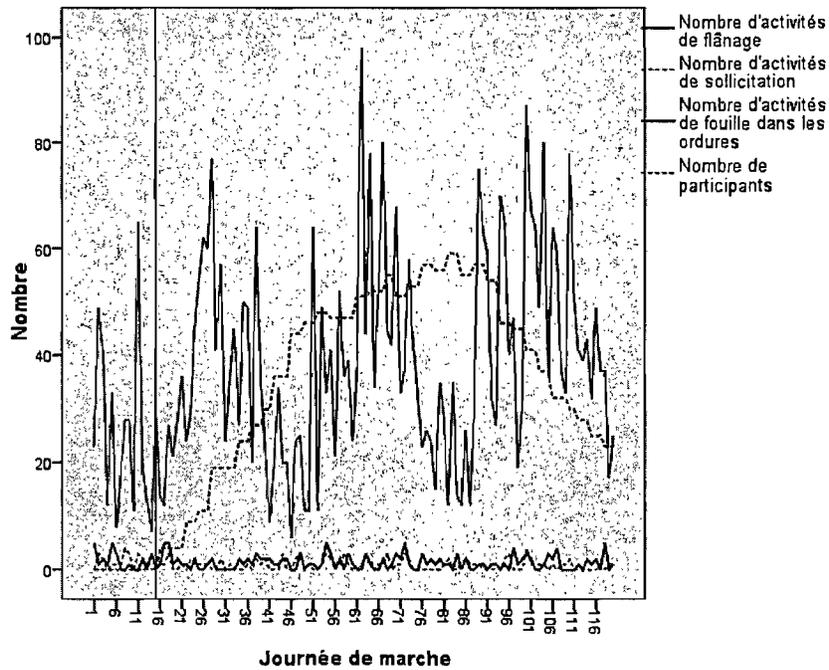


Figure 19 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'itinérance recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

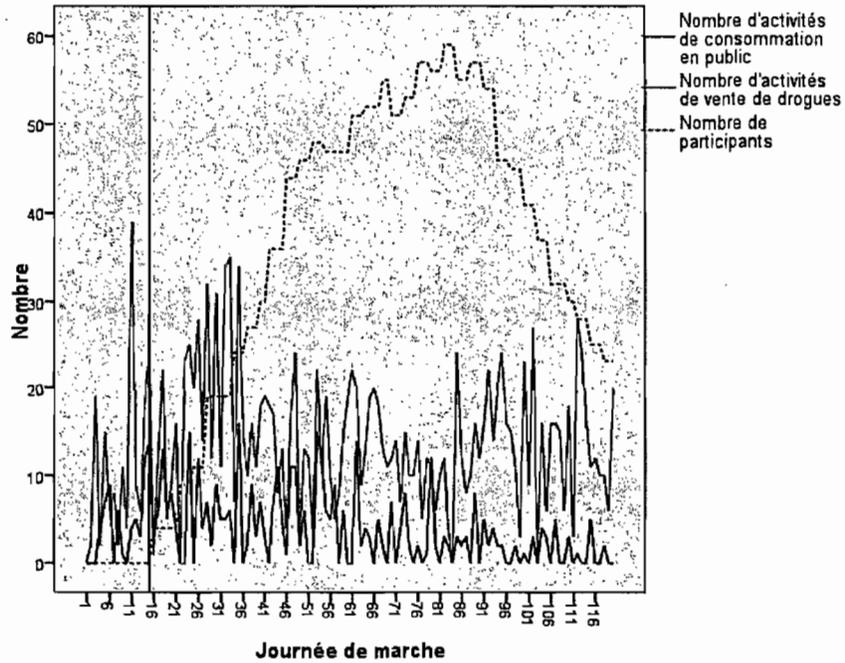


Figure 20 : Distribution du nombre d'activités déviantes en lien avec l'usage ou la vente de substances psychoactives recensées dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

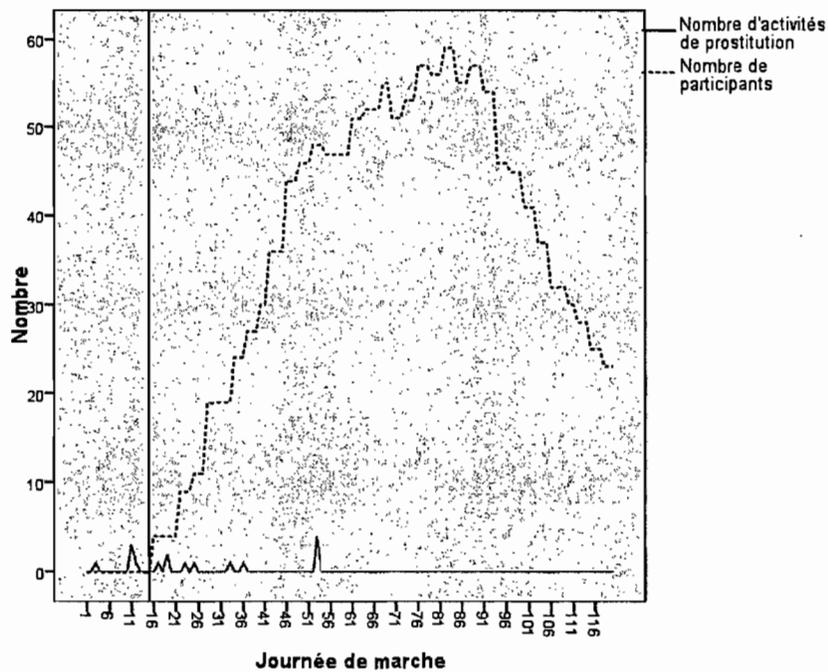


Figure 21 : Distribution du nombre d'activités de prostitution dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008

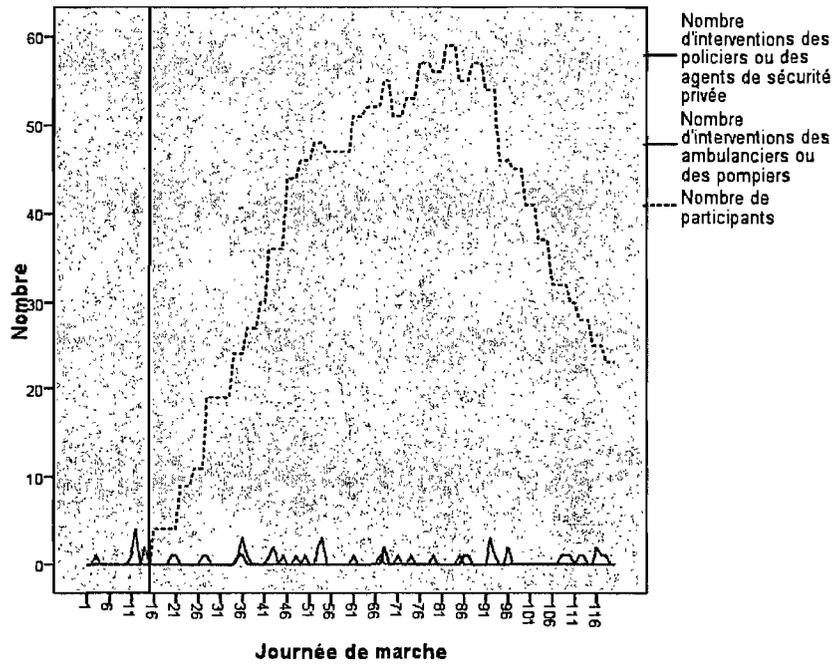


Figure 22 : Distribution du nombre des différents événements en lien avec la sécurité publique recensés dans le voisinage de la clinique NAOMI de Vancouver (Downtown Eastside) entre janvier 2005 et janvier 2008