



drogues | santé | société

## **Numéro non thématique**

Volume 18, numéro 1, février 2020

**Sous la direction de Lina Noël, éditrice déléguée  
et Jean-Sébastien Fallu, directeur**



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **La décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues : ses limites.**

**Line Beaudesne**, professeure titulaire, Département de criminologie, Université d'Ottawa

### **Line Beaudesne**

Université d'Ottawa  
Pavillon FSS, Bureau 14023  
120, rue Université  
Ottawa, Ontario K1N 6N5  
Courriel : [Line.Beauchesne@uottawa.ca](mailto:Line.Beauchesne@uottawa.ca)

### Résumé

Dans cet article, nous nous interrogeons à savoir si le choix d'une décriminalisation de la possession pour usage personnel de l'ensemble des drogues qu'ont adoptée plusieurs pays a conduit vers moins d'usage du pénal à l'égard des usagers et plus de soins aux usagers problématiques, considérant l'influence du contexte politique, social, économique, juridique et judiciaire du pays dans lequel a eu lieu ce choix. Cela permettra ainsi d'identifier les éléments qui peuvent accroître ou diminuer les bienfaits de ce choix juridique.

Pour ce faire, nous présenterons d'abord les fondements théoriques d'examen de ce choix et les critères méthodologiques qui en ont découlé dans le choix des pays qui font l'objet de notre examen. Par la suite, nous présenterons les pays européens qui ont choisi cette politique et examinerons leur traduction juridique et les éléments contextuels qui sont venus en moduler la mise en œuvre. Nous ferons de même par la suite avec les pays d'Amérique latine qui ont fait ce choix, montrant la spécificité de leur situation. Nous terminerons en présentant le bilan qui se dégage de ce tour d'horizon sur les éléments contextuels qui viennent moduler les bienfaits et les méfaits de ce choix. Cela permettra d'identifier les éléments nécessaires à une politique de décriminalisation de la possession simple des drogues pour qu'elle constitue une étape vers une politique en matière de drogues inscrite en santé publique où le droit pénal est un dernier recours.

**Mots-clés :** Décriminalisation, drogues, possession simple.

### Abstract

This article examines whether the choice of decriminalizing the possession for personal use of illicit drugs adopted by several countries has led to less use of criminal sanctions against the users and more care for problematic users, considering the influence of the political, social, economic, legal and judicial context of the country in which this choice was made. This will allow us to identify the elements that can increase or decrease the benefits of this legal choice.

To this end, we will first present the theoretical foundations for examining this choice and the methodological criteria which have resulted in the choice of the countries which are the subject of our review. Subsequently, we will present the European countries that have chosen this policy and examine their legal translation and the contextual elements that have come to modulate the implementation. We will do the same with the countries of Latin America that have made this choice, showing the specificity of their situation. We conclude by presenting the main points that emerges from this overview on the contextual elements that come to modulate the benefits and the harms of this choice. This will make it possible to identify the elements necessary for a policy of decriminalizing the possession of drugs for personal use to constitute a step towards a policy on drugs in public health where the criminal sanctions are a last resort.

**Keywords :** Decriminalisation, drugs, drug possession

### Introduction

Les conventions internationales sur les drogues permettent aux pays signataires de traiter hors du cadre du droit pénal la possession simple<sup>[1]</sup> des drogues, de même que de référer des usagers problématiques en traitement en lieu et place de la sanction (Dupras, 1998 ; Krajewski, 1999). Cette décriminalisation de la possession simple peut se faire sans aucune autre sanction ou encore par une dépénalisation, soit le traitement de cette infraction par des sanctions en dehors du pénal, par exemple des travaux communautaires, des amendes, des programmes d'éducation et des offres de traitement (choix de la plupart des pays). Cette décriminalisation peut être également *de facto*, c'est-à-dire que l'acte demeure criminel, mais dans les faits, n'est plus criminalisé (ex. : les Pays-Bas), ou encore une décriminalisation *de jure*, c'est-à-dire que l'on enlève cette infraction du *Code criminel* pour la mettre sous d'autres instances administratives où les sanctions ou offres de traitement sont similaires à la dépénalisation (ex. : Portugal).

Il importe de préciser que dans le droit des différents pays, les termes dépénalisation et décriminalisation n'ont pas la même définition, et cela est vrai même à l'intérieur de l'Europe (OEDT, 2005). De plus, la distinction entre la possession simple et la possession pour trafic n'est pas la même dans plusieurs lois, ce qui fait que des politiques similaires ne signifient pas nécessairement les mêmes pratiques sur le terrain. Enfin, dans un même pays, des résistances peuvent se manifester à cette décriminalisation chez la police et les juges, ce qui amène des mises en œuvre différentes selon les régions, surtout si la distinction entre l'usage et le trafic n'est pas claire. C'est pourquoi il importe d'identifier le contexte de la politique de décriminalisation de la possession simple dans les différents pays pour en comprendre les effets.

Dans cet article, nous tenterons d'évaluer si le choix d'une décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues adopté par plusieurs pays a conduit vers moins d'usage du pénal à l'égard des usagers et plus de soins aux usagers problématiques. Pour ce faire, nous prendrons en considération l'influence du contexte politique, social, économique, juridique et judiciaire du pays dans lequel a eu lieu ce choix. Cela permettra ainsi d'identifier les éléments qui peuvent accroître ou diminuer les bienfaits de ce choix juridique.

Nous présenterons d'abord les fondements théoriques d'examen de ce choix et les critères méthodologiques qui ont guidé le choix des pays qui font l'objet de notre examen. Par la suite, nous présenterons les pays européens qui ont choisi cette politique et examinerons leur traduction juridique et les éléments contextuels qui sont venus en moduler la mise en œuvre. Nous ferons de même par la suite avec les pays d'Amérique latine qui ont fait ce choix, montrant la spécificité de leur situation. Nous terminerons en présentant le bilan qui se dégage de ce tour d'horizon quant aux éléments contextuels qui viennent moduler les bienfaits et les méfaits de ce choix. Cela permettra d'identifier les éléments nécessaires à une politique de décriminalisation de la possession simple des drogues pour qu'elle constitue une étape vers une politique en matière de drogues inscrite en santé publique où le droit pénal est un dernier recours.

---

<sup>1</sup> Sans but de trafic.

## Les critères d'examen théoriques et méthodologiques de cette politique

### Considérations théoriques

Une politique publique est l'articulation par l'État ou ses institutions de principes directeurs pour orienter des actions cohérentes dans un secteur. La criminologie critique considère qu'un usage récurrent du droit pénal pour maintenir en place une politique publique signifie un échec de son contenu résultant soit d'une absence de consensus chez les personnes touchées par la politique, soit d'un manque de supports étatiques adéquats pour en assurer l'implantation. Considérer le droit pénal comme une composante inhérente à l'implantation d'une politique plutôt que comme une mesure d'exception revient à accepter, dans le fondement même du rôle de l'État, la légitimité de la violence pour forcer les gens à s'insérer dans ses décisions (Pires, 1995). C'est dans ce courant de la criminologie critique que se situe cet article.

Dans cette perspective théorique, la décriminalisation de certaines infractions apparaît positive, car elle permet de remplacer les sanctions du droit pénal par d'autres manières de traiter le problème. Cela peut signifier l'insertion de mécanismes pour diminuer ce problème à l'intérieur de politiques sociales spécifiques, ou encore que ces infractions relèveront désormais, en tout ou en partie, du droit administratif ou civil. Il ne s'agit pas ici de nier les problèmes, mais de les aborder de manière plus efficace avec des outils autres que le droit pénal (Hulsman et Bernat de Célis, 1982).

En matière de drogues, depuis le début des années 1980, un discours antiprohibitionniste a vu le jour et réclame des politiques sur les drogues orientées vers la promotion de la santé, respectant les droits de la personne. Ces politiques utilisent le droit pénal en dernier recours (Beauchesne, 2006a). En effet, les approches prohibitives et punitives en matière de drogues se sont révélées incapables de réduire les problèmes de santé publique liés aux drogues. Non seulement elles augmentent la violence que vivent les usagers et les citoyens à cause du marché illégal, mais elles entraînent également un surpeuplement des prisons (Beauchesne, 2006b ; Commission globale de politique en matière de drogues, 2016).

À cet égard, la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues est généralement perçue par les personnes qui se réclament du discours antiprohibitionniste comme une étape importante permettant de diminuer l'usage du pénal à l'égard des usagers et d'ouvrir un dialogue bénéfique en matière de prévention, de même que d'accroître la capacité d'entrée en contact avec les usagers problématiques en besoin de soins (Colle, 2000). Pour atteindre ce dernier objectif, sans nécessairement souscrire au discours antiprohibitionniste, nombreux sont les chercheurs et intervenants qui appuient les stratégies de réduction des méfaits en matière de drogues et qui voient en cette avenue une étape positive pour les mettre en place.

Ces stratégies ont commencé à s'inscrire dans des politiques de santé publique en matière de drogues au cours des années 1980, à la suite de la publication de données indiquant que le partage de seringues chez les usagers de drogues par injection (UDI) contribue à la propagation du VIH (Riley, 1994). Les ministères de la santé de plusieurs pays ont alors mis en place des programmes d'échanges de seringues et de drogues de substitution, ainsi que d'autres stratégies permettant de mieux rejoindre les usagers en besoins de soin. Ces stratégies de réduction des méfaits en matière de consommation de drogues illicites s'institutionnalisent à l'intérieur des politiques pour contrer l'expansion du VIH (Fischer, 2005). Cet objectif strictement sanitaire du politique dans la justification des stratégies de réduction des méfaits lui permet de faire abstraction des méfaits de la prohibition et de la répression de même que des inégalités sociales. Ce discours sanitaire

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

sous-entend que les méfaits que vivent les toxicomanes sont exclusivement liés aux drogues illécitales et aux choix faits par ces consommateurs (Carrier et Quirion, 2003; Fallu et Brisson, 2013; Gillet et Brochu, 2006; Massé, 2013). Ainsi, dans plusieurs pays, la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues est apparue à plusieurs intervenants comme une voie importante à considérer. Cette position est également celle de plusieurs institutions onusiennes, que ce soit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ONUSIDA, ou encore le Haut-Commissariat des Nations Unies des droits de l'homme (Eastwood, Fox et Romarin, 2016).

Ainsi, les deux grandes attentes à l'égard de la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues sont une diminution du recours aux sanctions pénales à l'égard des usagers et une meilleure capacité de rejoindre les usagers problématiques pour réduire les méfaits de leur consommation. Ce seront les deux critères utilisés pour évaluer les bienfaits et méfaits sur le terrain des pays qui ont choisi cette voie. Comme nous allons le voir, la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues dans un contexte global prohibitionniste rend la cohérence des pratiques sur le terrain difficile, et les usagers peuvent même y subir davantage de répression. De plus, un accroissement des soins aux usagers problématiques n'est pas un corollaire automatique de ce choix. L'exemple de pays européens et latino-américains qui ont fait ce choix juridique servira à illustrer ces affirmations.

### Considérations méthodologiques

Dans les recherches, le nombre de pays ayant décriminalisé la possession simple des drogues varie énormément selon les perspectives adoptées pour comptabiliser ce choix. Certains auteurs incluent dans leur calcul les pays où certaines régions uniquement d'un pays ont adopté cette politique (certains États américains considèrent la possession simple comme une infraction mineure), ou encore les pays où des possibilités de décriminalisation de la possession simple existent uniquement pour certaines drogues, essentiellement le cannabis (la Belgique, trois des provinces australiennes, la Jamaïque, la Suisse). D'autres comptabilisent les pays où la possession simple demeure criminelle, mais où il existe une « possibilité » d'éviter la criminalisation sous certaines conditions (ex. : les programmes de diversion australiens depuis 1999<sup>[2]</sup>; les programmes de prescription d'héroïne en Suisse).

Dans cet article ne seront retenus que les pays qui ont opté nationalement pour la décriminalisation de la possession simple, sans qu'aucune condition ne s'applique pour y avoir accès. Notez par ailleurs que certains pays entrant dans ce créneau ont été exclus par manque de données scientifiques suffisantes sur leur situation pour permettre de comprendre l'influence des différents contextes politiques, économiques, sociaux, juridiques et judiciaires de leur mise en œuvre. Ce fut le cas des pays suivants :

- L'Arménie qui a décriminalisé la possession simple de toutes les drogues en 2008. Cette infraction est maintenant à l'article 44 du *Code des infractions administratives*.

---

<sup>2</sup> « Le principe de ces programmes est d'éviter le système pénal aux personnes arrêtées pour simple possession par une évaluation de leur cas qui les dirigera vers des programmes d'éducation ou de traitement. La plupart des programmes ne permettent qu'une ou parfois deux opportunités d'éviter le système pénal et certaines conditions s'appliquent pour avoir droit aux programmes de diversion (dont l'aveu de culpabilité). Échouer à remplir les conditions du programme pour lequel la personne a été assignée peut résulter dans le retour à l'accusation au pénal. » (Eastwood, Fox et Romarin, 2016, p.16. Notre traduction) Cela n'exclut pas le fait que le système australien a diminué l'usage du pénal à l'égard des usagers de drogues et a augmenté les soins pour les usagers problématiques, même si ce pays ne s'inscrit pas dans nos critères de sélection.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Le Chili qui a décriminalisé la possession simple en privé en 2005. Toutefois, c'est à l'accusé de prouver qu'il s'agit de possession simple. En juillet 2015, cette situation a changé pour les usagers de cannabis où une loi a fixé les quantités pouvant être considérées en tant que consommation personnelle (10 grammes et 6 plants).
- La Croatie dont la décriminalisation de la possession de « petites quantités » de drogues pour usage personnel n'est plus criminalisée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, mais punissable par une amende. Ce sont aux tribunaux à décider si les quantités sont suffisamment petites pour entrer dans la catégorie de possession pour usage personnel. Les tribunaux peuvent également décider d'un traitement obligatoire. L'usage de drogues illicites en public est interdit et punissable par une amende.
- L'Estonie dont la décriminalisation a eu lieu en 2002 pour de « petites quantités », celles-ci étant déterminées par les tribunaux et généralement considérées comme 10 fois une dose individuelle. Les personnes arrêtées pour de « petites quantités » de drogues peuvent recevoir une amende, des travaux communautaires, etc.
- Le Paraguay, un important producteur de cannabis, a décriminalisé la possession d'un maximum de 2 grammes de cocaïne et d'héroïne et de 10 grammes de cannabis pour possession simple en 1988 (loi 1340). Toutefois, pour bénéficier de cette décriminalisation, les personnes doivent s'enregistrer en tant qu'usagers de ces drogues si elles sont arrêtées. De plus, si leur consommation est jugée problématique, elles peuvent recevoir l'obligation d'un traitement.

Enfin, la Russie ne sera pas considérée dans cette analyse. Même si en 2004 ce pays a décrété que ceux qui avaient moins qu'une « grande quantité » de drogues pouvaient recevoir des sanctions administratives uniquement (article 228 du *Code criminel*), les chercheurs s'accordent à dire que cette politique n'est pas appliquée sur le terrain. En fait,

la Russie est un des environnements les plus punitifs à l'égard des usagers de drogues. Le gouvernement a banni les traitements à la méthadone et les programmes d'échanges ne peuvent être implantés que s'ils peuvent prouver qu'ils préviennent la transmission du VIH. [...] Les abus aux droits de l'homme contre les usagers de drogues sont bien documentés, de même que les méthodes de « traitement de la dépendance » où des personnes sont battues, affamées, attachées pendant de longues périodes à leur lit, pouvant subir des décharges électriques ou encore des brûlures. La brutalité policière et l'intimidation contre ceux qui utilisent des drogues ont amené les Nations Unies à manifester leurs préoccupations à l'égard de telles pratiques. (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016: 30) (Notre traduction).

*A contrario*, deux pays recevront une attention particulière. Il s'agit des Pays-Bas, parce qu'ils furent longtemps considérés comme le pays phare à cet égard et le Portugal, dont le modèle novateur d'implantation de cette politique est devenu la référence pour de nombreux partisans de la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues.

### En Europe

#### L'Italie – 1975

En Italie, vers le milieu des années 1970, le « monde de la drogue a changé. Deux principaux types de consommateurs apparaissent : les jeunes des banlieues victimes d'exclusion (parmi lesquels se recrutent la plupart des dealers) et les étudiants politiquement déçus et frustrés » (Cottino et Prina, 2008 : 351). C'est dans ce contexte qu'à la suite « de longues et profondes discussions entre des scientifiques, des intervenants, des politiciens, des organisations communautaires et des gens ordinaires » (Di Gennaro, 1994 : 676. Notre traduction), entré en vigueur le 22 décembre 1975 la Loi 685 qui dépénalisait la possession d'une *modica quantità* de l'ensemble des drogues. Cette « modeste quantité » n'était pas définie dans la loi dans le but de laisser un certain pouvoir discrétionnaire au juge. Cela fut de courte durée. La Cour suprême de cassation vint rapidement donner plus de précision à cette « modeste quantité », car la jurisprudence montrait que son évaluation était très variée selon les juges. Une « modeste quantité », dit la Cour, correspond à « deux ou trois fois la dose quotidienne » (Di Gennaro, 1994 : 677. Notre traduction). Ainsi, on voulait éviter que des juges plus répressifs en la matière ne qualifient de trafiquant un usager qui n'avait qu'une quantité très minime de drogue, ou encore qu'on laisse aller un petit trafiquant en le plaçant sous cette loi.

Les dispositifs de la loi furent par la suite élargis afin d'éviter au maximum l'emprisonnement des usagers qui acceptaient de suivre un traitement, même si d'autres délits pouvaient être impliqués en lien avec leur consommation problématique (petits vols, désordres publics, etc.) (Cesoni, 1999). Comme ces services de traitement étaient inégalement distribués selon les régions et globalement en nombre insuffisant, les juges concluaient plusieurs de ces cas en acquittant des personnes en besoin de soins. Des désordres publics occasionnés par la présence de ces usagers sans soin, mais désormais plus visibles sur la place publique, vont attiser la grogne populaire qui, exploitée politiquement (principalement par le leader du parti socialiste Bettino Craxi), amènera un retour temporaire à la pénalisation de la possession simple en 1990 avec la Loi 162 (loi Iervolino-Vasalli) (Arno, 1991 ; Cesoni, 1999 ; Cottino et Quirico, 1995).

Selon les dispositions complexes introduites par la nouvelle loi, la détention pour usage personnel pouvait faire l'objet de traitements fort différents.

La loi prévoyait d'abord que la détention, pour usage personnel, d'une quantité de substance restant au-dessous d'une « dose moyenne journalière » fixée pour chaque substance (par décret du ministre de la Santé), était frappée de sanctions administratives appliquées par le Préfet.

Ces sanctions pouvaient être remplacées, pour les deux premières fois, par la soumission volontaire à un traitement thérapeutique et socioréhabilitatif.

Après deux applications des sanctions administratives, ou en cas de refus ou d'interruption du traitement, l'usager devait être envoyé devant le juge pénal. Celui-ci infligeait alors de nouvelles sanctions, à la qualification juridique incertaine. Par ailleurs, l'intervention policière s'intensifiait en relation directe avec le nombre d'antécédents individuels, les dispositifs ainsi dessinés ne pouvaient que mener à l'application de sanctions pénales.

Le non-respect de ces sanctions (fort probable, en considération du type de sanctions prévues et des caractéristiques des usagers, notamment d'héroïne) était puni pénalement (Cesoni, 1999 : 223).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

S'ensuivent rapidement une surcharge des tribunaux et une présence importante de toxicomanes séropositifs en prison qui avaient besoin de soins. De plus, plusieurs préfets montraient de la résistance à appliquer la loi. Enfin, le « suicide d'usagers de cannabis en prison a affolé le gouvernement. Des révisions partielles de la loi ont alors atténué la rigueur des dispositions en vigueur » (Cesoni, 1999:223).

En avril 1993, un référendum populaire a amené l'abrogation des « normes qui incriminaient la détention pour usage de stupéfiants et celles qui limitaient le choix thérapeutique du médecin (l'utilisation de produits de substitution et de la méthadone en particulier) » (Pisapia, 1996:113). On remplace alors les sanctions pénales de la loi de 1990 par des sanctions administratives. C'est donc la population qui a forcé le gouvernement à maintenir la dépénalisation grâce à leur capacité de se prononcer par référendum (Arno, 1994). L'implantation progressive de stratégies de réduction des méfaits a par la suite amené un meilleur encadrement des soins aux usagers problématiques (Campedelli, 1996; Cesoni, 1999).

En 2006, un décret (loi Fini-Giovanardi) sous la présidence de Berlusconi vient diminuer « la quantité maximale de substance que l'on est autorisé à détenir pour un usage privé sans conséquence pénale. Il revient à la police de choisir, au cas par cas, la voie de la sanction seulement administrative ou la présentation du contrevenant devant la justice » (Cottoni et Prina, 2008: 354). L'idée derrière cette loi est que si le consommateur ne va pas se faire traiter, il sera sanctionné. De plus, on devient plus sévère à l'égard de la possession du cannabis et de la culture à des fins personnelles. Le résultat est que, selon les activités policières dans chaque région, l'attitude de l'usager et sa « repentance », selon les nouvelles médiatiques qui contribuent à certains discours alarmistes, selon la nationalité de l'usager (les « étrangers » étant plus aisément arrêtés que les Italiens), selon sa classe sociale (les plus pauvres étant plus susceptibles de se faire arrêter), selon l'évolution des politiques européennes avant tout prohibitionnistes, l'usager subira une sanction pénale ou pas. Ces diverses variables ont fait en sorte que, de 2006 à 2014, les sanctions pénales ont augmenté pour possession simple, et ce, même pour le cannabis dont le gouvernement de Berlusconi avait triplé les peines prévues (Liberties.EU, 2016).

En février 2014, la Cour constitutionnelle italienne a abrogé la loi de 2006, la déclarant inconstitutionnelle sur la base que la gravité des peines doit correspondre à la gravité des délits, ce qui n'était plus le cas avec cette nouvelle loi, particulièrement pour ce qui est des peines en matière de cannabis. Si la Cour remet en cause la sévérité des peines inscrites dans la loi de 2006, particulièrement pour la culture de cannabis à des fins personnelles, elle ne remet toutefois pas en question la légitimité de cette criminalisation (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016; Liberties.EU, 2016).

En somme, en Italie, la décriminalisation de la possession simple des drogues s'est modulée au gré des aléas politiques et est demeurée tributaire des variables locales tant sur le plan économique, politique, social que culturel qui ont amené non seulement une plus ou moins grande répression selon les régions, les activités policières et les juges, mais également une sélection de la clientèle qui pourra bénéficier de sanctions administratives ou encore devra subir des sanctions pénales. Enfin, malgré le déploiement de stratégies de réduction des méfaits, le toxicomane happé par le système pénal pourra en subir les conséquences s'il ne se conforme pas à ses exigences.

### Les Pays-Bas – 1976

En réaction aux changements importants des modes de consommation de drogues dans les années soixante, le gouvernement néerlandais crée la Commission Hulsman (1968-1971) et la Commission

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Baan (1968-1972). Ces deux commissions, qui incluent dès le départ les usagers de drogues dans leurs réflexions (Gomart et Martineau, 2000), recommandent que la question des drogues relève d'abord et avant tout du réseau de la santé et des services sociaux et que l'on ajuste les politiques en conséquence (Cohen, 1997). Les recommandations de ces commissions amènent une modification en profondeur de la politique sur les drogues aux Pays-Bas, tant au niveau de la loi (*Loi sur l'opium* en 1976) que de la gestion des méfaits de la consommation sur le terrain<sup>3</sup>.

Le premier volet de recommandations de ces commissions porte sur les drogues dont les usages qui se sont développés comportent moins de risques, soit le cannabis et ses dérivés<sup>4</sup>. Comme les risques viennent principalement des conditions d'approvisionnement qui mettent l'utilisateur en contact avec des milieux clandestins où circulent des modes de consommation de drogues plus à risques, les commissions recommandent de séparer le marché du cannabis et ses dérivés des autres marchés de drogues.

Le second volet a trait aux usagers de drogues qui ont développé des modes problématiques de consommation. Il s'agit de mettre en place des stratégies d'aide qui les marginalisent le moins possible. Le suivi de ces recommandations amènera la politique de normalisation où « il faut considérer les problèmes de drogues comme des problèmes sociaux normaux plutôt que comme des problèmes inhabituels exigeant un traitement extraordinaire » (Dolin, 2001 :4).

Bien sûr, le fait que ces deux commissions aient globalement les mêmes recommandations a accru la pression sur le gouvernement néerlandais pour en faire le suivi. Il serait toutefois faux de croire que cela constitue la cause principale de cette nouvelle politique. Plusieurs études et documents officiels provenant du gouvernement néerlandais lui-même expliquent que l'État tient pour principe général de politique publique qu'il doit intervenir le moins possible dans les questions religieuses ou de morales privées. Son rôle sur ces questions se limite à la mise en place des stratégies nécessaires lorsque la sécurité des citoyens est en jeu (Cohen, 1997 ; Derks et van Kalmhout, 1998 ; Keizer, 2001). Cette tradition de politique publique explique également l'appui des citoyens aux changements que le gouvernement a mis en place à cette époque.

Contrairement à l'Italie, les Pays-Bas se retrouveront dans la ligne de mire internationale avec le choix de cette politique à deux volets qui a amené la décriminalisation de facto de la possession simple de l'ensemble des drogues. La raison vient du fait que le gouvernement néerlandais défend ouvertement sa stratégie sur la scène internationale, non pas comme un allègement juridique, mais en tant que politique globale nécessaire pour le bien-être des usagers. En 1989, le ministre de la Justice néerlandais, appuyé par son ministre de la Santé, profite de la Conférence des Nations Unies sur les Toxicomanies et le trafic de drogues illicites pour expliquer les objectifs de la politique sur les drogues de son pays :

---

<sup>3</sup> Le renouvellement de la *Loi sur l'opium* aurait pu être plus novateur en sortant complètement la question des drogues du champ pénal, mais la situation des Pays-Bas au regard des autres pays européens à cette époque ne le permettait pas. « Lors de la préparation de la nouvelle *Loi sur l'opium*, à la suite du dépôt du rapport de la Commission Baan au cabinet, le ministre de la Justice (un jeune professeur de droit catholique progressif, professeur van Agt) trouve ce rapport trop conservateur ! Le professeur van Agt avait lui-même recommandé la décriminalisation de toutes les drogues dans le programme de son parti, le Parti catholique. La raison pour laquelle le cabinet n'est pas allé dans cette direction [la décriminalisation de toutes les drogues], selon Hulsman, est le boycott pétrolier arabe des Pays-Bas. Cette situation rendait les Pays-Bas particulièrement dépendants des pays voisins pour son approvisionnement pétrolier et une forte pression des ministres des Affaires étrangères et des Affaires économiques ont forcé van Agt et le cabinet à conserver les drogues dans le champ pénal et à accroître les sanctions pour les drogues autres que le cannabis de quatre ans à 12 ans de prison » (Cohen, 1997:25. Notre traduction.).

<sup>4</sup> Ces drogues ne furent interdites qu'en 1953 aux Pays-Bas. Cet interdit visait principalement les « soldats américains qui venaient se fournir en cannabis auprès des marins d'Amsterdam » (Gomart & Martineau, 2000:65).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

La protection de la santé et du bien-être général de même que l'amélioration de la santé de ceux qui sont déjà devenus toxicomanes doivent être notre premier but. Nous avons toujours gardé à l'esprit que le problème de l'abus des drogues est fondamentalement et principalement une question de santé et de bien-être social. De notre point de vue, ce n'est pas un problème qui relève en premier lieu de la police et du droit pénal. Nous croyons en la nécessité de prévenir autant que possible une situation dans laquelle plus de dommages sont causés par les procédures judiciaires que par l'usage des drogues lui-même.

Nous donnons ainsi la priorité aux services dont la fonction première est l'amélioration de la santé et l'intégration sociale des toxicomanes, sans nécessairement mettre fin à la toxicomanie, parce que plusieurs toxicomanes ne sont pas prêts ou pas encore capables de mettre fin à leur habitude (Ruter, 1990:191. Notre traduction).

Ces propos heurtent de plein fouet la politique des autres pays (Boekhout van Solinge, 1998). La visibilité des *coffee shops*, des lieux où on peut venir consommer ou acheter des produits de cannabis, fait le reste. Voyons l'évolution de la mise en œuvre des deux volets de cette politique.

### **La politique de séparation des marchés : mise en œuvre**

À la suite du changement apporté à la *Loi sur l'opium*, qui relève désormais du ministère de la Santé, une directive est envoyée aux différentes communes, conformément aux traditions nationales de la procédure pénale. Cette directive recommande de ne pas poursuivre en justice les cas relatifs à la drogue dans les trois circonstances suivantes :

- La possession de petites quantités de n'importe quelle drogue, car l'usage de drogue ne doit pas être traité comme un crime et l'assistance nécessaire doit être donnée aux usagers qui en ont besoin ;
- La vente de cannabis ou de haschich en petites quantités dans un *coffee shop* ou par une personne avec un permis (il s'agit ici d'une personne qui a été autorisée à vendre de petites quantités de ces drogues dans des maisons de jeunes. Ce type de permis disparaîtra avec l'expansion des *coffee shops* au début des années quatre-vingt) ;
- La production, la vente ou la possession de moins de 30 grammes de cannabis (Bullington, 1994).

Notons qu'il s'agit d'une recommandation et non d'une obligation « dans un appareil administratif fortement décentralisé au profit des autorités locales (particulièrement en ce qui concerne la politique sur les drogues) » (Keizer, 2001:1). De plus, aux Pays-Bas, selon le principe d'opportunité, le Procureur en chef peut s'abstenir d'intenter des poursuites s'il juge que c'est dans l'intérêt public. C'est ce qui va, en fait, amener le développement des *coffee shops* qui ont commencé à s'ouvrir dès 1976. Quand leur nombre a augmenté, le Procureur, utilisant le principe d'opportunité, a jugé que pour répondre à la politique de séparation des marchés, il valait mieux leur imposer des conditions de fonctionnement plutôt que de les fermer (Jansen, 1994). Il fut alors décidé de les considérer comme des *horeca*, soit des établissements de restauration rapide dans lesquels la vente de boissons alcoolisées est interdite. Les *coffee shops* doivent ainsi répondre aux mêmes exigences de gestion et d'hygiène que les *horeca* (Gomart et Martineau, 2000). Ce principe d'opportunité, jumelé à l'autonomie locale, explique qu'uniquement le quart des 467 communes permettront l'implantation de *coffee shops*, surtout les plus urbaines, même si l'ensemble d'entre elles souscriront à la décriminalisation *de facto* de la possession simple de l'ensemble des drogues.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

En 1983, l'Allemagne de l'Ouest et la Suède déposent une plainte à l'ONU contre les Pays-Bas pour non-respect des conventions. Après enquête, on reconnaît que la *Loi sur l'opium* répond aux exigences des conventions et que son mode d'implantation relève de l'intégration aux procédures nationales telles que le permettent les conventions (Blom et van Mastrigt, 1994 ; Bullington, 1994 ; van de Wijngaart, 1991 ; van Vliet, 1990).

En 1995, les ministères de la Santé, de la Justice et des Affaires étrangères des Pays-Bas (1995) évaluent cette nouvelle politique sur les drogues pour voir s'il y a lieu de la modifier. Leur rapport, déposé au Parlement en septembre de la même année, s'intitule *La politique en matière de drogues aux Pays-Bas. Continuité et changement*. Il reconnaît les bienfaits de la politique néerlandaise et recommande de poursuivre dans cette voie. Il soulève toutefois trois problèmes en ce qui a trait à la séparation des marchés,

Le premier est le narcotourisme qui se traduit par une panoplie de nuisances publiques dans certaines régions, surtout frontalières, nuisances auxquelles des citoyens en colère ont demandé de mettre fin. Pour corriger ce premier problème, le rapport recommande que les communes aient l'autorité de fermer les coffee shops qui causent des nuisances publiques.

Le second problème est que ce narcotourisme s'est également traduit par du trafic de cannabis et de ses dérivés vers d'autres pays entraînant la grogne des pays voisins, particulièrement la France. Une certaine criminalité s'est développée dans l'environnement de ce trafic, attirant également le mécontentement des citoyens. Pour corriger ce deuxième problème, le rapport recommande comme première mesure que la quantité de cannabis que l'on puisse sortir d'un *coffee-shop* soit désormais limitée à 5 grammes plutôt que les 30 grammes fixé au départ<sup>5</sup>. De cette manière, espère le rapport, cela réduira l'intérêt d'un certain narcotourisme qui fait également du trafic. La deuxième mesure recommandée par le rapport est qu'un maximum de 500 grammes de cannabis soit en stock dans les *coffee shops* (il n'y avait pas de plafond auparavant). Cela restreindrait encore plus les quantités disponibles pour un approvisionnement à l'étranger, réduisant les tensions avec les pays voisins.

Le troisième problème soulevé par le rapport est lié à l'approvisionnement des *coffee shops*. Il est clair qu'il est de plus en plus difficile pour le gouvernement néerlandais de protéger ses citoyens lorsqu'ils vont dans d'autres pays pour l'approvisionnement. Cette activité est ainsi passée au fil des années à des ressortissants de ces pays, ce qui facilite l'entrée d'autres drogues dont les consommations sont plus à risques, de même que l'utilisation des Pays-Bas comme lieu de transit pour faire du trafic vers d'autres pays. Ce marché crée en retour une criminalité violente que subissent les citoyens de certaines régions. Pour corriger ce problème, le rapport recommande que les coffee shops ne puissent s'approvisionner qu'en *Nederweit* (cannabis néerlandais), production locale de bonne qualité avec plusieurs variétés bien contrôlées. Le *Nederweit* local ne constitue alors que 50% de l'approvisionnement des coffee shops. Le rapport estime que si environ 35 000 producteurs à domicile cultivaient quelques plants supplémentaires de *nederweit* à

---

<sup>5</sup> Le 30 grammes était une reprise de la quantité permise par les onze États américains qui ont dépénalisé le cannabis au cours des années 1970, quantité qui avait été fixée à une once. Les gouvernements républicains des années quatre-vingt vont mettre fin à ce libéralisme. Afin de forcer ces États plus libéraux à modifier leur position, l'État fédéral les menace de couper d'importantes subventions et fonds spéciaux en matière de drogues, que ce soit pour la police, la surveillance routière, etc. La stratégie aura du succès. La plupart de ces expériences locales furent ainsi de courte durée (Bullington, 1994).

<sup>6</sup> À cette époque, « la culture locale d'herbe de cannabis a atteint aux Pays-Bas des proportions considérables, puisqu'elle se classe au sixième rang des productions agricoles du pays, à une hauteur comparable à celle de la tomate » (Maurel, 2003:24).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

l'intention des coffee shops, cela pourrait couvrir la demande intérieure. Ces producteurs existent déjà, la culture pour usage personnel étant acceptée jusqu'à un maximum de six plants<sup>[6]</sup>. Le Procureur pourrait tolérer cette production supplémentaire en utilisant le principe d'opportunité. Cet approvisionnement uniquement au niveau local permettrait beaucoup plus aisément à la police de lutter contre les trafiquants qui viennent transiter au pays, en plus de réprimer les producteurs locaux dont les quantités dépassent la consommation personnelle en identifiant plus nettement la production destinée à l'alimentation des *coffee shops*. De plus, cela diminuerait la violence que certains citoyens subissent à cause du trafic de drogues.

Ce rapport a le mérite de soutenir la politique néerlandaise malgré les critiques des autres pays. Toutefois, en demandant une lutte plus intense contre le trafic, il oublie que cela ne va plus se jouer dans l'action des polices communales qui varient leurs pratiques selon les décisions de leur commune et leur connaissance du marché. Cela va se jouer dans les ententes de plus en plus serrées entre les pays européens pour faciliter la collaboration des polices nationales dans la lutte contre le trafic, ententes inscrites dans la philosophie répressive de la prohibition (Chatwin, 2003; Elvins, 2003; Fjaer, 1998; Kurzer, 2001).

Je pense tant au *European Committee to Combat Drugs* (CELAD) du Conseil de l'Europe qu'au *European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction* (Lisbonne), au *European Drugs Unit d'Europol* dans le cadre de l'Union européenne et aux plans européens en matière de drogues (Vervaele, 1998 :59).

D'ailleurs, en 1996, la préparation du document européen sur la politique en matière de drogues, *Action commune*, s'est faite sans la participation d'aucun fonctionnaire du ministère de la Santé néerlandais, uniquement ceux de la Justice et des Affaires étrangères, et ce, même si la *Loi sur l'opium* relève du ministère de la Santé. En fait, les accords européens en matière de justice et de collaboration policière vont amener dans les années 1990 un déplacement très net des budgets de la politique sur les drogues néerlandaise du ministère de la Santé à celui de la Justice (Gomart et Martineau, 2000). La conséquence en sera un accroissement de la sévérité des peines en matière de drogues, peines qui ressembleront de plus en plus à celles de leurs voisins en dehors des zones de tolérance établies (Chatwin, 2003).

Dès septembre 1996, ces ententes européennes, le rapport de 1995 et les plaintes des citoyens mènent le gouvernement néerlandais à adopter de nouvelles directives accentuant les poursuites judiciaires en cas de détention de cannabis au-dessus de 5 grammes et de culture de plus de six plants de cannabis. Il renforcera également les sanctions de la *Loi sur les nuisances publiques*. L'application de ces directives sera particulièrement intensive dans les zones frontalières. Le gouvernement va également resserrer la politique de fonctionnement des quelque 1 000 *coffee shops* qui doivent désormais obéir aux règles suivantes :

- Interdiction de vendre des quantités de cannabis et dérivés supérieures à 5 grammes par jour et par personne ;
- Interdiction de vendre des drogues illicites autres que le cannabis et ses dérivés ;
- Interdiction de faire de la publicité pour les drogues illicites ;
- Interdiction d'occasionner des nuisances pour le voisinage ;
- Interdiction de vendre de la drogue aux mineurs (jeunes de moins de 18 ans) et d'admettre des mineurs dans l'établissement ;
- Interdiction d'être à moins de 250 mètres d'une école (depuis 2008).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

La transgression de ces interdits par les propriétaires et les gérants de *coffee shops* entraîne généralement des poursuites administratives qui peuvent aller jusqu'à la fermeture de l'établissement. Il peut aussi y avoir des sanctions pénales, particulièrement s'il y a vente d'autres drogues que celles permises. La quantité de cannabis disponible en magasin est aussi plafonnée à 500 grammes. Enfin, les communes peuvent imposer des règles complémentaires aux *coffee shops* pour prévenir les nuisances publiques (limiter les heures d'ouverture, fixer leur localisation à certains quartiers, leur nombre, etc.). Depuis avril 1999 (*Loi Damoclès*, amendement 13b de la *Loi sur l'opium*), les *coffee shops* peuvent même être fermés si les communes n'en désirent plus chez eux, et ce, bien qu'ils se soumettent aux règles en place (Garretsen, 2003; van Ooyen-Houben, 2008; Wouters, Benschop et Korf, 2010). En conséquence de ces mesures, les *coffee shops* ne seront plus que 700 en 2007 (Korf, 2013).

Pour regagner en crédibilité et s'assurer de la conformité de leurs pratiques aux règles gouvernementales, les *coffee shops* se sont regroupés pour former une association de détaillants de cannabis, le *Bond van Cannabis Detaillisten* (BCD). L'adhésion à l'association est rendue visible au public par un insigne officiel du BCD sur la porte. Cette association espère voir ainsi disparaître les *coffee shops* qui ne suivent pas les règles, contribuant elle-même à les faire fermer.

Elle ne désire pas non plus que l'approvisionnement soit limité au *Nederweit* local, tel que recommandé par le rapport de 1995, même si cette source d'approvisionnement a été augmentée pour éviter les circuits criminalisés (Gomart et Martineau, 2000). La clientèle n'est plus comme dans les années soixante-dix, composée majoritairement de jeunes, mais se compose maintenant de personnes de tout âge et de tous les milieux socioéconomiques et professionnels. Le BCD explique que, de la même manière que les restaurants se font compétition entre eux en variant l'ambiance et le choix du menu offert, ils ne veulent pas que tous les *coffee shops* soient contraints au même menu. Ils sont des commerces qui visent la rentabilité et, pour cela, s'adaptent aux goûts des clients qu'ils desservent, cherchant à attirer la clientèle par le menu offert. Le BCD refuse également la proposition gouvernementale de 2003 de restreindre la clientèle des *coffee shops* aux Néerlandais. Le BCD explique que non seulement cela réduirait considérablement la clientèle de certains établissements, mais créerait aussi un commerce clandestin pour desservir les étrangers. Le gouvernement semble avoir été sensible à la seconde raison et n'a pas poussé plus loin cette demande. L'idée refera toutefois surface en 2010 et se traduira par une loi en 2012 (voir plus loin).

Malgré ces nouvelles lois et une lutte plus intense contre le trafic, un commerce illégal de cannabis s'est tout de même installé, surtout dans les années 2000 avec l'arrivée de la technologie cellulaire. Des personnes cultivant plus que les quantités permises vont commencer à faire de la livraison à domicile, ce qui était pratique pour les personnes dont la commune n'a pas de *coffee shop*, pour les personnes d'âge mineur, ou encore celles qui voulaient en ramener dans leur pays illégalement. C'est ainsi que les arrestations pour trafic ont considérablement augmenté depuis le début des années 2000, des centaines de cultures « personnelles » étant détruites chaque année, certaines étant de plus de 400 plants. Pour diminuer ce trafic, on a interdit d'avoir deux moyens techniques de culture (lampes, tentes de cultures, etc.), car on estime que cela ne peut être qu'à des fins commerciales (Korf, 2013). Enfin, en 2012, deux nouveaux critères auxquels les *coffee shops* devaient adhérer furent ajoutés dans la *Loi sur l'opium*. Leur définition en tant que club privé de même qu'un critère de résidence pour leurs membres. Plus précisément, les *coffee shops* ne pouvaient donner l'accès à leurs lieux et vendre du cannabis qu'à leurs membres qui ne pouvaient être que des résidents des Pays-Bas et ils devaient tenir une liste à jour des membres enregistrés à leur club. Par ces critères, le gouvernement essayait de faire en sorte que les *coffee shops* demeurent petits afin qu'il soit plus aisé de les contrôler, particulièrement aux frontières, où

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

certaines *coffee shops* étaient de véritables entrepôts destinés au trafic illicite<sup>[7]</sup> et pouvaient recevoir des milliers de touristes à la fois.

L'entrée en vigueur de cette loi eut lieu le 1<sup>er</sup> mai 2012 et on commença à l'appliquer dans trois provinces du Sud, comptant étendre à toutes les provinces la réglementation en 2013. Ce procédé par étape allait permettre de comparer l'effet de cette loi par rapport aux régions où elle n'était pas appliquée. Dans les régions touchées par ces nouvelles règles, les *coffee shops* s'y sont conformés. Résultat : la principale activité de la police était de combattre le trafic illégal de cannabis qui était allé croissant depuis les débuts de l'application de la loi. En novembre 2012, le critère de club privé fut aboli, car de nombreux Néerlandais avaient déserté les *coffee shops*, refusant de s'enregistrer et préférant s'approvisionner sur le marché illégal. Le critère de résidence fut quant à lui maintenu et étendu à tout le pays, mais depuis janvier 2013, les autorités locales peuvent décider ou non de l'appliquer (autonomie locale et principe d'opportunité)<sup>[8]</sup>. Le résultat en est une réglementation variée à l'heure actuelle pour les *coffee shops*, dépendant de la région où l'on se trouve aux Pays-Bas. Par exemple, pour réduire les désordres publics causés par le narcotourisme et le trafic illégal, certaines communes, surtout en régions frontalières, ont décidé d'appliquer le règlement, d'autres pas. Parmi celles qui ont décidé d'appliquer le règlement, peu sont enclines à sévir s'il n'y a pas de désordre public.

La majorité des communes n'appliquent pas la réglementation pour trois raisons. La première est que plusieurs communes ne sont pas certaines qu'on peut ainsi juridiquement restreindre l'entrée d'un commerce aux résidents des Pays-Bas uniquement<sup>[9]</sup>. La seconde est leur crainte que l'application de ce règlement ne cause encore plus de nuisances et coûte beaucoup de ressources policières par le trafic illégal qui se développerait pour répondre à la demande des touristes, elles qui ont peu de problèmes de ce côté. Effectivement, certaines communes qui avaient choisi d'appliquer le règlement sont revenues en arrière. Plus de désordres étaient venus de l'application de ce règlement que la situation auparavant puisque les touristes, qui dans les premiers temps avaient diminués, sont revenus malgré le règlement (van Ooyen-Houben, Bieleman et Korf, 2016). La troisième est que dans certaines communes, il y a peu de tourisme, donc elles n'en voient pas l'intérêt.

Les *coffee shops* connaissent tout de même le ressac de ces politiques, puisque le marché illégal a considérablement augmenté et que de nombreux citoyens néerlandais s'y approvisionnent désormais, pas uniquement les touristes, car le cannabis est moins cher et souvent livré à domicile. En 2016, ils sont à peine 600, plusieurs ayant fermé leurs portes par manque de clientèle (van Ooyen-Houben, Bieleman et Korf, 2016).

Un autre débat a accaparé le Parlement ces dernières années, soit le contrôle du taux de THC dans le cannabis. Dans la *Loi sur l'Opium* de 1976, l'huile de cannabis fut placée dans la Catégorie I (où se trouvent les autres drogues, le cannabis et ses dérivés étant dans la Catégorie II), parce que l'on jugeait la concentration de THC trop élevée pour être traitée en matière de santé publique comme les autres dérivés du cannabis. En 2013, à la suite d'une proposition d'un comité sur la

---

<sup>7</sup> On estime qu'entre 65% et 95% du cannabis néerlandais est destiné à l'exportation en 2015. Cet écart statistique est lié aux difficultés de faire de telles mesures, en raison du marché illégal des particuliers et de celui de certains *coffee shops*. Quoiqu'il en soit, cela équivalait à plusieurs centaines de tonnes de cannabis chaque année pour exportation (van der Giessen, van Ooyen-Houben et Moolenaar, 2016).

<sup>8</sup> À noter que le ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas affiche toujours sur son site que seuls les Néerlandais peuvent consommer du cannabis dans les *coffee shops*.

<sup>9</sup> Le rapport gouvernemental en 1995 ayant évalué la politique sur les drogues aux Pays-Bas avait précisé que la Constitution empêchait de faire une distinction entre acheteurs étrangers et acheteurs néerlandais.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

question, un projet de loi fut déposé pour ajouter dans cette catégorie les souches de cannabis avec une teneur en THC de plus de 15%. Le but de ce projet de loi était double. Réduire le risque de ces produits plus concentrés au nom de la santé publique (principe de précaution, car ce ne sont pas tous les utilisateurs qui consomment ces produits concentrés), et surtout réduire la culture et l'exportation de ces catégories de cannabis concentrés en THC vers d'autres pays.

Le projet est toujours à l'étude, mais ne semble pas vouloir aboutir, car plusieurs difficultés se présentent pour établir des contrôles adéquats. Tout d'abord, les *coffee shops* ne sont plus seuls à vendre le cannabis, surtout dans les grandes villes, puisque sont venus s'ajouter des maisons et coursiers livrant le cannabis, tel que mentionné. Ensuite, plusieurs consommateurs, sans avoir un usage problématique, préfèrent les souches de cannabis à plus de 15%, comme certaines personnes préfèrent un alcool plus concentré à la bière; ils risquent d'aller s'approvisionner sur le marché illégal. Enfin, il serait difficile de contrôler la multitude de cultures à des fins personnelles. On constate toutefois qu'à la suite des débats en lien avec cette proposition, les *coffee shops* ont réduit leur offre de cannabis avec une concentration au-dessus de 15% de THC (Van Laar, Van der Pol et Niesink, 2016).

Ce premier volet de leur politique permet de constater que les Néerlandais furent novateurs dans la recherche d'une séparation des marchés en l'inscrivant dans une politique plus globale de réduction des méfaits. Toutefois, il demeure difficile pour un pays d'être plus libéral que ses voisins en la matière, et les problèmes soulevés par le rapport de 1995 en sont l'illustration. Également, la croissance de la répression policière nationale ces dernières années rend l'approvisionnement des *coffee shops* difficile, car la police est de plus en plus active à lutter contre le trafic et les cultures commerciales. Pour aider les *coffee shops*, les maires de 60 villes néerlandaises ont demandé en 2000 au Parlement de permettre un approvisionnement réglementé du cannabis en utilisant le principe d'opportunité, ce qui régulariserait la situation des *coffee shops*, tout en diminuant la criminalité liée à l'approvisionnement illégal. La population donne son appui à cette proposition, considérant qu'une réglementation de l'approvisionnement réduirait la violence liée au marché illégal (Belackova, Maalsé, Zabransky et Grund, 2015). Le Parlement juge toutefois difficile d'accéder à cette demande tout en respectant les conventions internationales et surtout les ententes européennes (Keizer, 2001). Cette demande fut réitérée en novembre 2015, car le marché illégal de cannabis va croissant et, pour une partie, est associé à la vente d'autres drogues, ce qui constitue une brèche importante de la séparation des marchés et contribue à l'augmentation de nuisances publiques (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016). Le gouvernement ne trouve toujours pas qu'il peut aller si loin au regard de ses engagements internationaux et européens.

Ainsi, la politique de séparation des marchés devient de moins en moins viable aux Pays-Bas, car le cannabis n'étant pas légal, le gouvernement ne peut en réguler la qualité, la concentration, l'approvisionnement, etc. De plus, le gouvernement actuel est peu ouvert à une bataille contre les politiques européennes et tous les accords pour combattre le trafic de drogues, afin de créer un espace réglementé d'approvisionnement des *coffee shops*.<sup>[10]</sup> Enfin, le marché illégal de cannabis

---

<sup>10</sup> Pour diminuer ce marché illégal, un projet de loi fut déposé par la députée Vera Bergkamp du parti réformiste D'66, pour permettre sous licence la culture du cannabis. Le projet fut appuyé par les écologistes et la gauche radicale. Malgré l'opposition du parti libéral au pouvoir, des chrétiens-démocrates et de l'extrême droite, le projet de loi fut adopté le 21 février 2017 par la Chambre basse du Parlement, quoique par une courte majorité (77 contre 72). Il doit maintenant être adopté par la Chambre haute (le Sénat). Mais cela sera long. Les élections du 15 mars 2017 ont réélu le Parti libéral de Rutte et renforcé l'extrême droite. De plus, 76 sièges sont nécessaires pour former un gouvernement, soit 50% +1 d'une Chambre basse de 150 députés. Le 27 mai 2017, il n'y avait encore aucun gouvernement aux Pays-Bas, par impossibilité d'obtenir l'alliance nécessaire pour obtenir les 76 sièges. Ainsi, le processus législatif est interrompu.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

offre souvent des prix plus bas que les *coffee shops*, ce qui fait que même les Néerlandais s'y approvisionnent de plus en plus, diminuant la viabilité des *coffee shops*, déjà affectés par la diminution du tourisme étranger.

Bien sûr, ces changements ont des impacts sur le deuxième volet de la politique.

### **La normalisation : mise en œuvre**

En un sens, l'approche de normalisation n'est pas nouvelle aux Pays-Bas. D'une part, la tradition n'est pas de répondre aux problèmes sociaux par la loi pénale. D'autre part,

la politique de santé pour les toxicomanes se base sur une longue tradition de santé publique datant des années 1920, notamment présente dans les grandes villes. La municipalité offrait des services sanitaires aux gens qui n'avaient pas accès au système sanitaire normal, comme les marginaux, les alcooliques et les SDF [sans domicile fixe]. Quand le problème de la drogue s'est manifesté dans les années 1960-1970, les consommateurs de drogue y étaient ajoutés comme une nouvelle catégorie de clients des services sanitaires (Boekhout van Solinge, 1998 :72).

Les premiers éléments du volet de normalisation qui furent mis en place sont des stratégies pour accroître l'information des usagers sur les drogues, notamment en ce qui a trait aux modes de consommation et à leurs risques, de même qu'au développement de ressources tant pour ceux qui désirent arrêter ou réduire leur consommation que pour ceux qui n'y sont pas prêts. Les services offerts aux toxicomanes ont peu d'orientation médicale ou psychiatrique. La question des soins à donner à ces usagers est conçue non seulement comme la réduction des problèmes d'usage, mais inclut également l'aide pour leur trouver un logement, leur donner une formation ou un travail, ou encore un revenu minimum. Elle suppose également de les accompagner dans l'amélioration de leurs rapports familiaux et sociaux, approche qui était déjà celle pour les usagers problématiques d'alcool.

Pour établir des liens avec les UDIs qui permettent de mener à bien ces stratégies, dès 1976, se forment les *Junkybund* (associations d'UDIs). Ces structures d'échange entre les pairs servent de liens entre les institutions et les usagers. Elles permettent également de repérer rapidement ceux qui vendent des produits frelatés à risques que les associations signalent à la police. En échange, la police tolère le petit trafic de produits de bonne qualité (van de Wijngaart, 1991). Cette collaboration entre les *Junkybunds* et la police fait en sorte que les drogues illicites qui circulent sont généralement de bonne qualité et à bas prix aux Pays-Bas, car il y a moins d'intermédiaires.

Cette politique de normalisation, vite connue des usagers d'autres pays, a attiré des milliers d'UDIs qui se sont installés aux Pays-Bas, profitant des structures de soins et évitant la répression chez eux. Cette situation a rapidement créé des nuisances publiques dans les grandes villes. La distribution de soins à tous les UDIs, néerlandais ou pas, s'est aussi vite révélée trop onéreuse dans le budget de la santé publique (Korf, 1994). Pour résoudre ce problème, le gouvernement a expulsé un certain nombre d'entre eux, notamment les usagers en situation d'irrégularité, de même que ceux causant des nuisances ou perpétrant des délits. Quant aux autres, le gouvernement ne peut leur interdire l'entrée aux Pays-Bas, mais le problème s'est grandement résorbé au fur et à mesure que les pays européens ont implanté des stratégies de réduction des méfaits pour prévenir le VIH ; la plupart des UDIs sont maintenant retournés chez eux.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

En 1985 est produit le rapport Engelsman issu du Groupe de travail interdépartemental sur l'alcool et les drogues. Il analyse la politique de normalisation, intégrant la nouvelle donnée apportée par la question du VIH chez les usagers de drogues par injection. À la suite de ce rapport, le ministère de la Santé considère qu'une aide médicale plus spécialisée doit être mise en place pour prévenir la propagation du VIH (Keizer, 2001). C'est ainsi que dans les années quatre-vingt, des services médicaux se jumellent aux services communautaires. S'ensuit une série d'expériences communautaires et médico-sociales qui, lorsqu'elles se révèlent bénéfiques, deviennent des politiques. C'est le cas, par exemple, des sites d'échange de seringues en place dès 1984 et de la distribution de méthadone à différents seuils (traitement, maintenance, ou pour prises sporadiques dans la rue) par les médecins généralistes, distribution devenue politique en 1988. Cette médicalisation tardive de la question des drogues explique par ailleurs que les Pays-Bas, en 1997, ont copié l'expérience suisse de prescription d'héroïne qui n'était pas en place chez eux, même s'ils prescrivaient déjà de la morphine (Derks, 1995; Van Brussel, 1995). Les premiers essais commencent en 1998 et ces programmes s'inscrivent dans une politique en 2002. Ils vont également suivre et non précéder les autres pays sur la question du cannabis à des fins thérapeutiques.

Le rapport gouvernemental néerlandais de 1995, *Continuité et changement*, produit à la suite de l'évaluation des résultats du volet de normalisation, en reconnaît les bienfaits dans la diminution des problèmes de drogues. Les Pays-Bas, comparativement aux autres pays, connaissent un taux comparable ou plus faible de consommateurs problématiques de drogues, de consommateurs mineurs, d'overdoses ou de personnes séropositives. Le rapport constate toutefois que les services développés pour prévenir les méfaits des drogues synthétiques sont déficients, que la montée de la consommation d'ecstasy chez les jeunes est inquiétante et que beaucoup de produits sont frelatés. Les citoyens se plaignent également des nuisances causées par les *mégadancings* ouverts 24 heures et qui regroupent ces usagers. Enfin, il est clair que les Pays-Bas sont un grand producteur d'ecstasy pour exportation, ce qui est interdit par la loi et n'améliore pas les relations avec les pays voisins. Le rapport demande plus d'actions policières pour détruire ces laboratoires clandestins et plus de fermeté dans l'application des règlements à l'égard des lieux ou des personnes qui causent des nuisances publiques.

En réponse à cette demande, le gouvernement néerlandais crée en 1997 une unité spéciale sur les drogues de synthèse afin de repérer les laboratoires clandestins et demande plus de fermeté de la part de la police en matière de nuisances publiques (Uitermark et Cohen, 2005). Pour répondre aux critiques sur la présence de produits frelatés et la faiblesse de la prévention, le ministère de la Santé développe un service de laboratoires ambulants présents dans les *raves* et autres lieux de consommation afin d'offrir aux usagers de tester leur drogue pour en connaître le contenu, s'assurant ainsi d'éliminer les comprimés frelatés et dangereux pour la santé, et profitant de la situation pour donner des conseils en prévention des risques. En cas de produits frelatés à haut risque, ces analyses des laboratoires ambulants permettent aussi de déclencher rapidement une alerte à ce sujet.

L'approche de normalisation néerlandaise, qualifiée aujourd'hui de réduction des méfaits, n'a pas eu besoin de l'excuse de la prévention du VIH pour aller vers les usagers. Pour cette raison, son enjeu central n'est pas la protection des « bons citoyens » contre les usagers problématiques de drogues, mais l'intégration sociale des usagers de drogues par un jumelage du communautaire, du médical (si nécessaire), et un dialogue avec les usagers et les citoyens. Dans le cadre européen, cette politique doit composer avec une répression renforcée, ce qui rend de plus en plus difficiles certaines stratégies de normalisation sur le terrain (Uitermark et Cohen, 2005). Ainsi, ces dernières années, la répression s'est accrue grandement à l'égard des toxicomanes impliqués dans la criminalité aux Pays-Bas. On

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

leur offre un traitement, des refuges, des résidences spécialisées et, si cela ne fonctionne pas, ce qui est nouveau, ils peuvent être mis en traitement forcé sous autorité judiciaire.

En somme, la répression touche de plus en plus les usagers problématiques en lien avec leur participation au marché illégal. La croissance de ce marché illégal diminuant la séparation des marchés a aussi créé de nouveaux problèmes de santé publique. En fait, il est de plus en plus difficile de maintenir des politiques cohérentes en santé publique où répression et traitement, marché illégal et prévention, se conjuguent péniblement.

### L'Espagne – 1983

En Espagne, de 1980 à 1983, dans la foulée de la promulgation de la nouvelle Constitution démocratique de 1978, une réforme du *Code pénal* fut entreprise. Le nombre d'infractions a diminué et sur la question des drogues, la décision fut prise que la possession simple ne serait pas criminalisée<sup>[11]</sup>. Tout comme en Italie, l'appréciation de la différence entre la possession simple et la possession en vue d'en faire le trafic est laissée à la discrétion des juges, ce qui donne des décisions assez variables sur ce qui constitue de la possession simple. Tout comme en Italie également, s'ensuivirent certains désordres publics liés au manque de services qui ont tardé à être mis en place à la suite de cette décision législative. Malgré ces problèmes de désordres publics, des sondages indiquent que 90% des Espagnols souhaitent que le gouvernement ne change pas la loi à ce sujet. Cela mène ce dernier à trouver une voie en dehors du pénal pour résoudre le problème. Il utilisera la *Loi sur la protection de la sécurité urbaine* pour imposer des sanctions administratives contre la possession simple de drogues dans les lieux publics (amendes, confiscation des instruments pour consommer, etc.). Ces sanctions sont toutefois suspendues si la personne connaît des problèmes de consommation et accepte de se soumettre à un traitement, et ce, même si elle a commis des délits pour s'approvisionner. En parallèle, le gouvernement, augmente l'offre de soins pour les usagers problématiques. En 1997, des sondages indiquent que 90% des Espagnols sont satisfaits de la solution trouvée par le gouvernement et de l'implantation des services pour aider les usagers en besoin de soins. Cet appui populaire est le résultat d'une campagne adéquate pour expliquer les bénéfices de l'aide plutôt que de la répression et permet à l'Espagne de poursuivre dans cette voie (Cesoni, 2000).

Une nouvelle *Loi sur la sécurité des citoyens* adoptée le 26 mars 2015 est toutefois venue changer la donne. Cette loi très répressive a pour objet la reprise de contrôle de la place publique par le politique à la suite de multiples manifestations et protestations liées à la crise économique, aux scandales de corruption, aux déportations jugées excessives, etc. (Misery, 2015). Outre la limitation de toute manifestation sur la place publique et du droit des journalistes à rapporter ces manifestations<sup>[12]</sup>, les sans-papiers, les personnes pratiquant la prostitution, de même que les usagers de

---

<sup>11</sup> Même si dans les médias nationaux et internationaux on souligne que l'Espagne a décriminalisé la possession simple de drogues avec cet article, juridiquement, la consommation de drogues n'a jamais été considérée comme un crime dans la loi espagnole amenant *de facto* une non-criminalisation de la possession simple avant qu'elle ne soit confirmée dans la loi lors de cette réforme. Ainsi, il serait plus juste de dire que cet article sur la possession simple vient confirmer une situation passée plutôt que de constituer une décriminalisation : « En Espagne, une caractéristique de la politique pénale en matière de drogues est que l'État ne peut condamner que ceux qui causent un dommage à la santé publique (ce qui est différent de la santé individuelle). Par conséquent, la consommation de drogues n'a jamais été considérée comme une infraction. Ce cadre légal n'est pas une conséquence de récents développements dans la loi, mais constitue la position de l'État depuis les débuts de l'intervention de l'État en ce domaine au dix-neuvième siècle (Gomez et Gonzalez, 2017 : chap.12. n.p. Notre traduction.) ».

<sup>12</sup> D'où le fait que de nombreuses personnes aient rebaptisé cette loi en la désignant comme la « Ley Mordaza », soit la loi bâillon.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

drogues sont aussi touchés. D'une part, la possibilité de suivre un programme de désintoxication à la place d'une amende a disparu, d'autre part, les amendes pour consommation, possession et culture personnelle ont considérablement augmenté quand les personnes sont interpellées sur la place publique. Il s'agit en partie ici d'une réaction contre le développement des Clubs de cannabis au sujet desquels le gouvernement conservateur au pouvoir depuis 2011 s'oppose aux gouvernements régionaux et aux villes qui les laissent se développer (Marks, 2015).

### **Les clubs de cannabis en Espagne**

En 2016, il y a davantage de clubs de cannabis social (CCS) en Espagne qu'il y a de coffee shops aux Pays-Bas. On en compte en fait presque le double (entre 900 et 1 000). Les CCS, qui ont commencé autour de 1995 et ont adopté un modèle commun en 2001, sont des associations d'usagers dont les membres s'organisent eux-mêmes pour s'approvisionner en cannabis plutôt que de se tourner vers le marché illégal. Si les gens choisissent de devenir membres des CCS, c'est pour avoir un approvisionnement plus sécuritaire et des produits de meilleure qualité, tout en ne se retrouvant pas dans l'illégalité, car il s'agit de culture personnelle organisée collectivement.

Même si les CSS peuvent avoir certaines spécificités d'opération, le concept est basé sur un certain nombre de principes communs : les associations sont officiellement enregistrées, aucun profit n'est fait, le cannabis est fourni à un circuit privé d'adultes qui sont des usagers réguliers de cannabis, et la culture du cannabis sert uniquement à desservir la consommation personnelle des membres du club. La quantité consommée est plutôt petite, avec une limite annuelle prédéterminée pour chaque membre (la production est reliée à ces quantités nécessaires aux membres). Une information à propos des effets potentiellement négatifs du cannabis est donnée afin de les minimiser (Belackova, Tomkova et Zabransky, 2016. Notre traduction.).

Pour devenir membre d'un CCS, il faut être âgé de 18 ans et plus (21 pour certains) et secondé par une personne qui est déjà membre. En général, les CCS ne permettent pas à des non-résidents de devenir membres et ne font pas de publicité, même s'il est connu que certains CCS (particulièrement à Barcelone) s'affichent auprès des touristes, qui peuvent être des membres invités. Les frais pour être membre sont entre 10 et 30 euros, et certains d'entre eux ne chargent aucuns frais. Les membres paient tous les ingrédients, les instruments et les terres pour cultiver. Comme la quantité cultivée se base sur l'estimation de consommation des membres chaque mois, les CCS disent s'insérer dans la loi espagnole sur les drogues, puisqu'il s'agit de culture personnelle organisée collectivement. De plus, le cannabis cultivé est revendu aux membres sans profits (avec quelques exceptions). Ils ne font donc pas de trafic de drogues. La forme de cannabis est généralement l'herbe de cannabis, même si quelques clubs font aussi de la résine (haschich ou autres). Il y a également dans plusieurs de ces bureaux une aire de consommation, ce qui est permis puisque ce n'est pas public, ces clubs étant privés. Les conditions de culture sont contrôlées pour s'assurer de la qualité du cannabis et on évalue la teneur en THC pour bien informer les membres sur le produit (Arana et Montanés Sanchez, 2011).

Pour éviter une accusation de trafic, la distribution du cannabis aux membres se fait dans les bureaux de l'association, où seuls les membres ont accès, et généralement en petites quantités (pour quelques jours – comptant généralement entre 3 et 5 grammes/jour, même si on fait des exceptions pour des usages thérapeutiques). Les membres sont seuls responsables s'ils se font prendre sur la place publique pour détention ou trafic de cannabis, car même si la possession simple n'est pas criminalisée en Espagne, on ne peut posséder de cannabis dans un espace

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

public. D'ailleurs, avant même la nouvelle *Loi sur la sécurité des citoyens* de 2015, la majorité des arrestations dans les espaces publics sont pour des usagers et non des trafiquants de cannabis. De plus, pour éviter les sanctions, ils doivent accepter un traitement, ce qui a gonflé artificiellement le nombre d'usagers de cannabis en besoin de traitement (Arana et Montanés Sanchez, 2011). La nouvelle loi de 2015 n'a pas arrangé les choses, d'autant que la décision de savoir s'il s'agit de possession simple relève de l'appréciation de la police. De plus, si des clubs se font voler leur plantation, ils ne peuvent se tourner vers la police pour faire enquête. En fait, particulièrement avec la police fédérale, c'est la police elle-même qui peut détruire leurs cultures et causer des ennuis aux CCS, et la nouvelle *Loi sur la sécurité des citoyens* les encourage dans cette direction.

Ce qui rend difficile l'adoption d'une réglementation susceptible de régulariser la situation des CCS, c'est que les trois niveaux de gouvernement sont impliqués et n'ont pas la même perspective dans le dossier. Le gouvernement local est responsable de l'acceptation de l'emplacement et de la salubrité des lieux, le gouvernement régional est responsable de la question des permis et de ce qui se passe à l'intérieur du club, et le gouvernement fédéral est responsable de leur situation au regard du *Code criminel*. Ce dernier, conservateur et majoritaire, est contre la présence des CCS.

Ces conflits entre le gouvernement fédéral et les gouvernements locaux ont même un écho devant les tribunaux. Cela s'est traduit, entre autres, par la cause du club Pannagh dans la région basque, un des clubs pionniers, militant actif pour la normalisation et l'expansion des clubs de cannabis. En 2011, à la suite d'une saisie policière de 17 kilos à ce club, le juge de première instance de la cour de Bizkaia rejette l'accusation de trafic de drogue et ordonne que la drogue soit retournée au Club, car leur fonctionnement ne contrevient pas à la loi. Toutefois, le Procureur a fait appel et demandé un total de 22 ans d'emprisonnement pour cinq membres du club et près de 2,5 millions d'euros d'amende. En décembre 2015, le Tribunal suprême a finalement condamné quatre membres de l'association à des peines de 1 an et 8 mois de prison chacun en plus d'imposer des amendes qui totalisent 250 000 euros, et ce, malgré le fait que la cour reconnaisse que l'association était sans but lucratif – ce qui signifie que cela n'était pas du trafic. Deux membres qui étaient en train d'emballer le cannabis lors de la saisie policière seront condamnés à 6 mois de prison. Le club Pannagh n'est pas le seul à subir les foudres des tribunaux nationaux ; ce fut le cas également des associations Ebers, de Bilbao et Three Monkeys.

Encore une fois, on peut voir comment, dans un contexte prohibitionniste, les forces politiques, juridiques, policières, selon les conjonctures plus ou moins conservatrices, vont venir créer un environnement paradoxal pour les usagers où le contact avec la police sur la place publique, même sans intention de trafic, peut être risqué. Les conflits entre les différents niveaux de gouvernements et les pratiques policières variées selon les régions et les niveaux politiques de la police, font également en sorte de rendre vulnérables les CCS, surtout depuis l'arrivée du gouvernement conservateur en 2011. La nouvelle *Loi sur la sécurité des citoyens* de 2015 est en effet venu durcir les sanctions à l'égard des usagers pris pour possession simple sur la place publique, tout en diminuant la possibilité d'un traitement pour ceux qui en ont besoin. De plus, ces dernières années, l'idéal coopératif des CCS fait place à certains endroits, particulièrement à Barcelone, à des CCS plus commerciaux, similaire aux coffee shops néerlandais, mais demeurant un club privé : « il y aurait en Catalogne 20 CCS qui comptent plus de 1 000 membres et 2-3 qui en comptent plus de 10 000 » (Zobel et Marthaler, 2016:55). « Ces clubs se multiplient rapidement, car les entrepreneurs dans le marché du cannabis perçoivent des opportunités de profits en admettant des milliers de membres, incluant les étrangers. Pour répondre à la demande, ces clubs dépendent du marché illégal du cannabis, ou encore de cultivateurs professionnels. (Decorte et Pardal, 2017 : chap.19.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

n.p. Notre traduction.). Ainsi, il semble que la philosophie de départ s'étiole au profit de la soif de profits liés à ce marché.

Les CCS se répandent malgré tout dans différents pays européens et même ailleurs. En Europe, une bonne partie d'entre eux sont membres d'ENCOD (Coalition européenne pour des politiques justes et efficaces en matière de drogues<sup>13</sup>), une ONG européenne. Cette expansion est principalement liée au fait que la prolifération des CCS en Espagne n'a pas attiré les critiques des organismes de contrôle de l'ONU sur les conventions en matière de drogues; ainsi, le modèle apparaît conforme aux obligations internationales des pays. Ce mode d'approvisionnement évite également le contact avec le marché illégal. Enfin, le modèle privilégié inclut la réduction des méfaits par de l'information et de l'aide, au besoin (Marks, 2015). De plus, le statut d'association sans but lucratif de ces CCS amène un fonctionnement plus démocratique qui permet au consommateur d'avoir son mot à dire sur ce qui sera cultivé, la manière de la faire, etc. C'est pourquoi de nombreux CCS revendiquent, si une légalisation de la marijuana a lieu dans leur pays, de pouvoir continuer leurs activités. Ils craignent que la légalisation ne signifie la commercialisation à grande échelle du produit et l'ajout d'ingrédients chimiques pour accélérer cette culture, donc une diminution de la qualité du produit. En d'autres termes, «le désir d'avoir plus de contrôle sur le mode de production et le produit final est une importante motivation pour préserver des cultures de cannabis locales, à petite échelle et sans but lucratif» (Decorte, 2015 :127. Notre traduction.).

### Pologne – 1985

La première loi dédiée à la question des drogues fut votée en 1985, période tumultueuse où la Pologne en était à négocier plusieurs libertés politiques. Elle était à l'avant-garde en ne considérant pas la possession simple comme une infraction criminelle et la dépendance était vue comme une maladie demandant des soins médicaux. C'est ainsi qu'a commencé à se développer une infrastructure de soins. Toutefois, les soins médicaux n'étaient donnés qu'à ceux qui recherchaient l'abstinence complète, considérant l'usager problématique comme responsable de la situation dans laquelle il s'était mis, ce qui était, en fait, la reproduction du discours soutenu par l'Église catholique et l'idéologie communiste (Malinowska-Sempruch, 2016; Malinowska, 2017; Summers et Plywaczewski, 2012).

Après la chute du mur de Berlin en 1989, les mafias russes utilisent de plus en plus la Pologne comme voie de passage pour leurs trafics de drogues, ce qui constitue un des facteurs contribuant à la participation de plusieurs Polonais à ce marché lucratif, principalement en tant que courriers.

En 1995, Lech Walesa est battu par Aleksander Kwasniewski, jeune chef d'un parti fondé sur les «ruines du parti communiste» et fort conservateur. En 1997, le gouvernement réforme la *Loi sur les drogues* jugée trop permissive et responsable de la montée de la violence liée au marché illégal de la drogue. Malgré le durcissement des sentences pour trafic, «cela n'empêchera pas la croissance des organisations criminelles de profiter du marché polonais encore non saturé de drogues» (Summers et Plywaczewski, 2012 : 235. Notre traduction.). La possession simple est criminalisée avec un compromis qui est passé de justesse lors du vote en chambre, l'article 48(4) : si la quantité de drogues pour possession personnelle est petite, on peut décider de ne pas poursuivre au pénal (article 48 (4)), cette petite quantité n'étant pas précisée. Cet article ne tiendra toutefois la route que trois ans, après quoi le gouvernement le remplace par l'article 62 en 2000 qui réintroduit des

---

<sup>13</sup> <http://www.encod.org/info/-Qui-somme-nous,270.html>.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

sanctions criminelles pouvant mener à l’incarcération pour possession simple, quelles que soient les quantités. Il dit vouloir réduire le trafic de même que le nombre de jeunes qui commencent à utiliser des drogues illicites. Il était d’autant plus motivé dans cette direction qu’une campagne vigoureuse de parents appelait au durcissement des lois avec pour slogan : « Il vaut mieux être en prison qu’au cimetière », faisant ici allusion au taux d’infection au VIH chez les usagers de drogues par injection. Ainsi, même si la loi, par les articles 72 et 73, permet d’offrir un traitement et de suspendre la sanction pénale si la personne le fait, cette procédure est peu utilisée.

Le résultat de ce changement de loi ne se fait pas attendre. Si, au cours de l’année 2000, le pays comptait environ 2 000 personnes judiciairisées pour simple possession, en 2006, elles étaient plus de 30 000 : « 56% des cas pour possession de cannabis et 60% de ceux pour possession d’amphétamines avaient moins d’un gramme. Cela va sans dire que moins de 5% des cas étaient en possession de plus de 20 grammes » (Malinowska-Sempruch, 2016 : 34. Notre traduction ; Summers et Plywaczewski, 2012).

Est-ce que le durcissement de la loi a eu l’effet escompté ? Pas du tout. En 2012, l’ancien président Kwasniewski qui a signé cette loi reconnaît les méfaits qu’elle a produits, tant en termes de répression que de santé publique. En fait, Aleksander Kwasniewski est aujourd’hui commissaire de la Global Commission on Drug Policy - GCDP, groupe international revendiquant la légalisation de l’ensemble des drogues avec un objectif de santé publique, et essaie d’influencer son pays dans cette direction (Alimi, 2015 ; GCDP, 2016).

Le nouveau gouvernement polonais élu en 2005 a réussi à modifier quelque peu la situation en 2009 avec l’adoption de l’article 62a qui permet au Procureur de suspendre les procédures si les quantités sont « négligeables ». Toutefois, cela ne change pas le travail de la police, puisque cette décision appartient au Procureur et à ce jour, les décisions à cet effet sont très variables selon les régions et les procureurs (Malinowska-Sempruch, 2016).

La Pologne présente donc un autre cas de valse politique qui se fait au détriment de l’usager et des soins pour ceux qui en ont besoin, car le contexte prohibitionniste s’inscrit aisément dans un discours gouvernemental fondé sur la « loi et l’ordre ».

### République tchèque – 1990

À la suite de la chute du régime communiste en 1989, plusieurs amendements au *Code criminel* de la République Tchèque furent faits, dont la décriminalisation de la possession simple de drogues, y incluant la culture de cannabis à des fins personnelles<sup>14</sup>. Le développement de la consommation durant les années 1990 va toutefois générer plusieurs débats politiques et médiatiques et plusieurs voix réclameront un retour à la répression pour dissuader les gens de consommer des drogues. Cela va donner lieu en 1998 à un amendement nébuleux dans le Code criminel (Loi no 112/1998) qui introduira de nouveau des sanctions pour possession simple à compter de 1999. Pourquoi nébuleux ? La loi crée des sanctions pénales uniquement pour ceux dont la quantité en

---

<sup>14</sup> « En République tchèque (ancienne Tchécoslovaquie), la culture extérieure du cannabis était déjà pratiquée sous la période communiste. On le distribuait gratuitement ou encore on l’échangeait (troc) contre des biens sur le marché illégal, marché qui représentait la seule manière de se procurer des biens internationaux pour la population à cette période. L’approvisionnement personnel et le marché illégal étaient en fait les deux sources pour de nombreux biens de consommation qui étaient inaccessibles sur le marché légal ou encore de piètre qualité (par exemple, coudre les vêtements de la maison, faire pousser des fruits et légumes, construire ses meubles étaient commun dans les ménages) » (Belackova, Maalsé, Zabransky et Grund, 2015 : 298. Notre traduction). C’est ce qui fait que plus de gens ont une culture personnelle de cannabis en République Tchèque qu’aux Pays-Bas (*ibidem*).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

possession est « plus que minime. Aucun autre critère ne vient déterminer cette quantité laissant ainsi l'interprétation de celle-ci aux tribunaux » (Mravcik, 2015 : 705. Notre traduction.). Cette loi ne changea strictement rien à la consommation, n'a apporté aucun bienfait en santé publique, et son application se révéla extrêmement coûteuse pour le pays. La signification ambiguë de ce que représente une quantité « plus que minime » générerait énormément de controverses. Enfin, le fait que les sentences étaient les mêmes, quelle que soit la drogue en cause, était aussi remis en question. C'est pourquoi, en 2001, le gouvernement demande au ministère de la Justice et au ministère de la Santé de classer les drogues selon leur risque social et pour la santé afin de préciser ce dernier élément : « Initialement, les drogues furent groupées en trois catégories, puis cela fut réduit à deux – le cannabis et les autres drogues » (Mravcik, 2015 : 705. Notre traduction.). C'est ainsi qu'en 2009, la loi fut réécrite en conséquence, entrant en vigueur en janvier 2010 (Loi no.40/2009). Les sanctions étaient plus petites pour le cannabis que les autres drogues si la quantité possédée était « plus que minime ». De plus, on fit la même distinction des sanctions entre les drogues (par exemple, cannabis /champignons) pour la culture à des fins personnelles, si la quantité était « plus que minime ».

Enfin, pour mettre fin aux controverses, le gouvernement promulgue un Règlement (n° 467/2009) pour préciser la signification de « plus que minime » dans la loi, soit plus de 2 grammes de méthamphétamine, 1,5 gramme d'héroïne, 1 gramme de cocaïne, 4 tablettes d'ecstasy de 0,4 g de MDMA, 5 tablettes, buvards, comprimés ou micropointes de LSD, 15 grammes de marijuana séchée, 5 grammes de haschich et 40 grammes de champignons entiers hallucinogènes. La culture jusqu'à un maximum de cinq plants de cannabis n'est pas considérée comme une infraction criminelle, mais peut être passible d'une amende allant jusqu'à 600 euros. Dans la pratique, toutefois, si l'on s'en tient à ce maximum de cinq plants, c'est une politique de tolérance qui prévaut (Belackova, Maalsé, Zabransky et Grund, 2015). Cette décriminalisation, pour ne pas apparaître 'douce', s'est traduite par des sentences minimales de prison pour le trafic de drogues, incluant le cannabis, ce qui a accru la répression pénale (Belackova et coll., 2017).

En juillet 2013, à la suite d'une cause contestant le Règlement n°467, la Cour constitutionnelle donne raison au plaignant et vient annuler ce Règlement, car uniquement la loi pénale et non un Règlement du gouvernement peut donner lieu à des sanctions pénales. En mars 2014, de manière à uniformiser la pratique des tribunaux, la Cour Suprême adopte à l'unanimité la définition d'une quantité « plus que minime » qui doit généralement se comprendre comme une quantité qui, selon la dangerosité de la drogue concernée pour la santé, « est plusieurs fois supérieure à la dose quotidienne d'un usager typique. De plus, dans l'évaluation des cas, les tribunaux doivent prendre en considération si l'individu en est à son premier usage ou si c'est un usager régulier de longue date et d'autres facteurs pouvant constituer une menace à la santé publique » (Mravcik, 2015 : 706. Notre traduction). En annexe de cette décision, la Cour Suprême remet les quantités telles que précisées dans le Règlement 467 en tant que « guide » pour les juges, en abaissant même la quantité considérée minime pour les méthamphétamines à 1,5 gramme et pour le cannabis séché à 10 grammes. Ce dernier élément est présentement contesté devant les tribunaux, car on désire revenir à la mesure de cinq plants de cannabis pour culture personnelle.

Toute cette saga vient témoigner du manque de consensus sur la question de la décriminalisation de la possession simple qui s'est traduit par une marge de manœuvre étroite pour éviter la sanction pénale. En fait, les experts mandatés par le gouvernement pour l'aider dans sa prise de décision à chaque fois se divisaient en deux groupes : ceux qui considéraient que la prise de drogue en soi était problématique, et ceux qui considéraient que l'essai de drogues faisait partie de la vie normale, tout comme avec les drogues légales. « Tandis que les deux paradigmes se retrouvent dans les déclarations de même que dans les pratiques des politiques en matière de drogues de plusieurs

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

pays, l'avantage du premier groupe est qu'il bénéficie du support institutionnel des conventions internationales où la majorité des ressources sont consacrées à la répression pénale de la production, de l'approvisionnement et de la possession des drogues prohibées» (Nekola et Moravek, 2015 : 232. Notre traduction).

### L'Allemagne – 1994/1998

Traditionnellement, en Allemagne, le principe d'opportunité<sup>15</sup> permet de ne pas poursuivre la petite délinquance lorsque l'on juge que le pénal est inapproprié. C'est ainsi qu'en 1992, des *länder* allemands dépénalisent la détention de petites quantités de drogues pour consommation personnelle (Albrecht, 1996). Cette dépénalisation devient nationale lorsque la Cour Constitutionnelle allemande, le 9 mars 1994, soutient dans une décision que la possession simple de drogues ne mérite pas « l'indignation éthico-morale du droit pénal » (Albrecht, 1998 :84). Comme il y a une tendance générale à abandonner les poursuites pénales dans les cas de petite délinquance, cela doit également s'appliquer à la possession simple de drogues. Le 26 janvier 1998, la *Loi sur les Stupéfiants* est modifiée en suivi de ce jugement pour indiquer clairement que le Procureur peut s'abstenir de prononcer une peine si le délit de drogue est considéré comme mineur, peu importe que le contrevenant « cultive, produit, importe, exporte, porte en transit, acquiert, autrement dit, obtient ou possède en quantité insignifiante des narcotiques pour usage personnel » (OEDT, 2005 : 16).

À la suite de cet amendement, les quantités tolérées et les pratiques policières varient d'un *Land* à l'autre. Globalement, en ce qui a trait au cannabis et dérivés pour consommation personnelle, la décriminalisation de la possession simple est chose acquise, de même qu'en ce qui a trait à l'héroïne, due à la présence de programmes de réduction des méfaits. Toutefois, la tolérance policière et judiciaire est très variable selon les régions lorsqu'il s'agit de simple possession de cocaïne ou de drogues synthétiques, particulièrement l'ecstasy (Böllinger, 2004 ; Reuband, 2008 ; Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016). Bien que la dépénalisation soit à géométrie variable, elle a facilité l'implantation de stratégies de réduction des méfaits et a amené une certaine modification des mentalités à l'égard du phénomène de la drogue vers plus de tolérance (Böllinger, 2004).

### Le Portugal – 2001

Suite à la sortie d'un régime politique dictatorial qui a duré près d'un demi-siècle (1926-1974), la consommation de drogues au Portugal était de moins en moins conçue comme un crime et de plus en plus comme une maladie. Cela s'est traduit par un Décret (n° 430/83) en 1983 qui distinguait nettement les infractions pour trafic et celles pour possession, les premières étant fortement sanctionnées tandis que les secondes recevaient des sanctions plutôt symboliques (Da Agra, 2009 ; Gonçalves, Laurenço et Da Silva, 2015 ; Laqueur, 2015). En 1998, le gouvernement a mandaté un groupe d'experts pour écrire ce que devaient être les lignes directrices d'une politique nationale en matière de drogues. La situation était urgente, car les données européennes indiquaient « que le Portugal avait le plus haut taux de cas de VIH reliés aux usages de drogues et le second taux de prévalence d'usagers de drogues par injection (UDIs) séropositifs. De plus, avec la croissance d'UDIs à l'héroïne, s'installaient des marchés de drogues à ciel ouvert où les drogues étaient consommées dans des endroits publics » (Laqueur, 2015 : 750. Notre traduction). Cela a abouti à l'adoption en 1999 de la *Stratégie nationale de lutte à la drogue* (Da Agra, 2009 ; Hughes et Stevens, 2010 ; Hughes, 2017).

---

<sup>15</sup> Rappel : le principe d'opportunité est ce qui permet au Procureur (en chef ou d'une région), d'assouplir certaines applications de la loi, car il juge que les conséquences de la répression seraient plus graves pour l'intérêt public que la tolérance de certains actes illégaux.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Cette stratégie orientée sur la santé publique a suscité beaucoup de débats chez les parlementaires à propos des coûts qui allaient en découler. En effet, cette politique n'était pas qu'une déclaration théorique sur ce que l'on voulait faire. Elle approuvait, entre autres, l'ouverture d'un réseau national de centres de traitement de la toxicomanie, car elle « reconnaissait explicitement que le toxicomane était une personne malade, non un criminel, et affirmait l'inefficacité des sanctions criminelles pour réduire l'usage » (Laqueur, 2015 : 750. Notre traduction). De plus, elle élargissait la mise en place de programmes de réduction des méfaits en plus de créer de nouvelles bases pour les programmes de prévention et d'accroître la formation des intervenants. C'est dans la poursuite de cette Stratégie qu'en novembre 2000, le gouvernement portugais approuvait la décriminalisation de l'usage et de la possession simple de toutes les drogues illicites, possession simple étant entendue comme une quantité moindre que 10 jours de consommation (Loi 30/2000 où la possession simple équivaut à 1 gramme d'héroïne, 1 gramme d'ecstasy 1 gramme d'amphétamines, 2 grammes de cocaïne ou 25 grammes de cannabis). Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2001. Désormais, l'acquisition et la possession de drogues (tant les drogues illicites que les drogues utilisées sans prescription médicale), qu'elles soient publiques ou privées, étaient des infractions administratives sanctionnées par les nouvelles Commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT) et la police peut, si nécessaire, détenir les usagers inculpés pour s'assurer qu'ils comparaitront devant ces CDTs. Les médecins également peuvent demander qu'une personne se présente aux CDTs (Laqueur, 2015). Hugues et Stevens (2010 : 1002) en décrivent leur fonctionnement ainsi :

Les CDTs sont des comités régionaux de trois personnes, appuyées par des avocats, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé. Les personnes en infraction d'usage sont amenées par la police à ces CDTs qui vont par la suite discuter avec celles-ci pour comprendre les motivations et les circonstances entourant cette infraction ; c'est ce qui leur permettra de décider de la sanction qui peut être des heures de travaux communautaires, une amende, la suspension professionnelle d'une licence ou l'interdiction de fréquenter certains lieux. Toutefois, leur but premier est de dissuader la personne de faire usage de drogue et d'encourager les personnes dépendantes à suivre un traitement. À cette fin, ils déterminent si les individus devant eux sont dépendants ou non. Pour les personnes dépendantes, ils peuvent recommander qu'en lieu et place de la sanction, la personne suive un traitement ou un programme éducatif. Pour les personnes non dépendantes, ils peuvent ordonner la suspension provisoire des procédures, leur demander de se rapporter au poste de police, leur demander de recevoir des soins psychologiques ou de suivre des programmes d'éducation, ou leur imposer une amende<sup>16</sup>. Les membres des CDTs sont soutenus par le personnel à l'emploi de l'*Instituto da Droga e da toxicoddependência* (IDT, Institut sur les drogues et la dépendance), l'agence gouvernementale centrale sur les drogues.

Ces CDTs sont directement reliés au réseau national des centres de traitement de la toxicomanie, et à divers services en santé publique (santé mentale, soins hospitaliers, etc.) (Goulao, 2016). Il faut spécifier que les traitements ne sont pas obligatoires ; on offre à la personne une place en traitement en lieu et place de la sanction et on tente de l'amener dans cette direction. Si elle ne veut pas, ce sont des sanctions administratives diverses qui peuvent s'appliquer, ou parfois même la suspension des procédures en attendant de voir s'il n'y a pas d'autres services qui pourraient agir sur le terrain pour amener cette personne en traitement. Ce dernier dispositif est le plus souvent utilisé, « seulement 6% des mesures appliquées constituent une sanction » [...]. Telles qu'elles ont été conçues, les Commissions ont une fonction plutôt sociosanitaire que punitive » (Da Agra, 2009 :44 ; Hughes, 2017).

---

<sup>16</sup> Ces décisions sont rendues de 4 à 5 semaines suivant l'interpellation policière ou autre, contrairement aux délais de procédures qui allaient jusqu'à plus de 18 mois pour 76% des cas avant ces structures (Liqueur, 2015).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

C'est toute cette infrastructure mise en place avant de décriminaliser qui a fait sourciller les parlementaires sur les coûts. Quinze ans plus tard, cette infrastructure, en partie financée aujourd'hui par les profits du jeu (Goulao, 2016), produira une réduction des coûts sociaux et de santé publique estimée à environ 12% en comparaison avec la situation antérieure (Gonçalves, Laurenço et Da Silva, 2015). L'autre élément à souligner est que, découlant du fait que l'usage soit encore une infraction, quoiqu'administrative, cela a fait en sorte qu'il n'y a pas eu de narcotourisme qui a suivi cette décriminalisation. Enfin, si *de facto* ou *de jure*, dans plusieurs pays européens, on ne criminalise plus beaucoup la possession simple de cannabis et que plusieurs usagers d'autres drogues sont référés à divers services de santé publique, le Portugal, comme les recherches le soulignent, a su traduire ces mesures dans un système plus organisé et enraciné dans des réseaux. Cette réalité diminue le caractère aléatoire des décisions policières et judiciaires sur la simple possession selon les régions et assure un suivi plus systématique en santé publique pour les personnes en besoin de soins.

Un autre élément positif très important de la politique portugaise sur les drogues passe presque inaperçu. La loi 30/2000, en prolongation du décret de 1983, vient clairement faire la distinction entre les infractions majeures et mineures : si des personnes sont trouvées en possession d'une quantité de drogues excédant 10 jours d'approvisionnement, elles peuvent être, soit accusées de trafic, soit de possession en vue de trafic, cette dernière infraction ayant des sanctions beaucoup moins lourdes. Cette distinction « repose sur plusieurs facteurs : le type de drogue illicite ; la présence de « circonstances aggravantes », telles vendre de la drogue à des mineurs ou participer dans une organisation structurée de trafic de drogues » (Laqueur, 2015 : 752. Notre traduction). L'effet sera majeur. Depuis 2001, le nombre de personnes inculpées de trafic et incarcérées a diminué de moitié. Ainsi, même si cette nouvelle loi n'a pas changé le nombre de contacts formels entre la police et les citoyens sur la question des drogues, ce qui a changé est le suivi donné à ces cas (Laqueur, 2015).

Demeure toutefois un débat très houleux dans la communauté scientifique quant à l'évaluation des effets de la politique portugaise, à savoir si cette loi fut efficace à diminuer l'usage de drogues, particulièrement les usages problématiques. Pour répondre à cette question, il y a une guerre sur les statistiques qui sont valables et celles qui ne le sont pas pour faire ces mesures et décider des bénéfices de la politique portugaise (Gonçalves, Laurenço et Da Silva, 2015, Huques et Stevens, 2010, 2012 ; Laqueur, 2015). Que l'on se pose la question de l'évolution de la consommation de drogues illicites et de ses marchés au Portugal, ne constitue pas un problème. Ce sont des informations pertinentes et utiles. Qu'on analyse ces taux de consommation et cette présence du marché pour commenter l'efficacité de la loi portugaise, est cependant très problématiques. De nombreuses études ont depuis longtemps montré que les taux de consommation sont indépendants des lois qui n'arrivent qu'à faire varier les produits quand la répression devient plus efficace sur l'un d'entre eux et que les marchés varient selon des variables environnementales beaucoup plus complexes que la loi. Une loi doit se mesurer sur les objectifs annoncés, et ceux de la loi 30/2000 étaient de diminuer la répression sur les usagers et de référer davantage de personnes aux soins nécessaires en santé publique. En ce sens, elle est un succès, car on peut dire, statistiques à l'appui, que la réduction de la répression et l'expansion des programmes de traitement, de prévention et de réintégration sociale au Portugal ont réduit les méfaits que peuvent vivre les usagers de drogues illicites, problématiques ou non, de même que les décès liés à la drogue (Da Agra, 2009 ; Huques et Stevens, 2010 ; Hughes, 2017).

Un autre débat quant à la politique portugaise est lié au caractère moral et normatif des CDTs envers les usagers de drogues, particulièrement les usagers de cannabis. Si le Portugal a médicalisé la

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

question de l'usage, il n'a pas légalisé les drogues. Il a simplement décriminalisé la possession simple pour permettre une meilleure prise sociosanitaire sur les usagers problématiques et moins de répression pour les usagers en général. Rappelons également que la très grande majorité des usagers ne reçoivent aucune sanction. Même s'il peut être désagréable de justifier un usage que l'on juge non problématique devant une Commission, cela demeure probablement le prix à payer pour que le Portugal reste conforme aux Conventions internationales et aux ententes européennes tout en ne criminalisant plus l'utilisateur et en maximisant les soins aux usagers problématiques. Ce n'est pas l'idéal de la normalisation qui ne peut être obtenue que par la légalisation, et encore, ce n'est pas automatique. De plus, la politique portugaise, à l'heure actuelle, se porte mieux en matière de cohérence de ses pratiques que la plupart des pays européens. Enfin, c'est un des seuls pays à avoir réussi une politique de décriminalisation à l'échelle nationale, c'est-à-dire dont les pratiques de répression et de santé publique ne sont pas extrêmement variables selon les régions du pays, ou selon le bon vouloir de chacun dans le dossier. Toutefois, les coupures budgétaires des dernières années ont rendu certaines offres de services plus difficiles (da Purificação Anjos, 2016).

En somme, si le Portugal ne représente pas un modèle idéal si on désire mettre fin à la guerre à la drogue pour s'orienter en santé publique, en contexte prohibitionniste, il est probablement le pays européen qui, à l'heure actuelle, va le plus loin dans l'intervention auprès des usagers de manière à diminuer leur répression et à augmenter les soins de ceux qui en ont besoin, le tout avec cohérence et à l'échelle nationale. Cela s'explique entre autres du fait que leur choix juridique s'est fondé sur trois secteurs-clés impliqués dès le départ dans la réflexion sur la décriminalisation de la simple possession et l'élargissement des soins aux usagers qui en ont besoin : les acteurs de la justice, de la santé, et du politique. Ceci a contribué à un consensus sur l'ensemble des recommandations de la Stratégie nationale adoptée en 1999 et à l'apport des fonds nécessaires pour leur implantation cohérente sur le terrain (Hughes, 2017).

### L'Amérique latine

Dans ce continent, les descriptions des diverses situations de décriminalisation de la possession simple des pays seront plus courtes, parce qu'elles se font écho. Une analyse plus générale des causes de l'impact globalement négatif de la décriminalisation de la possession simple en Amérique latine conclura cette section. Cela expliquera les constats dramatiques en matière de répression, particulièrement des usagers, comme démontré par l'importante étude du *Transnational Institute* (TNI) et du *Washington Office on Latin America* (WOLA) qui portait sur la situation de huit pays au regard des lois sur les drogues, de la répression et de la situation dans les prisons : l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay (Metaal et Youngers, 2011), résultats qui font écho à l'étude sur le même sujet du *Research Consortium on Drugs and the Law* (Chaparro, Pérez Correa et Youngers, 2017) qui recoupe ces mêmes pays auxquels il faut ajouter le Costa Rica.

En 1972, l'Argentine – sous la supervision américaine (Garat, 2016) – tint une rencontre avec l'ensemble des pays sud-américains pour une harmonisation des politiques sur les drogues qui aboutit en 1973 à l'*Accord sud-américain sur les drogues et substances psychotropes* (ASEP). Cet accord criminalisait l'usage et la possession des drogues illicites. Tous les pays l'ont signé et ont établi une loi dans leur pays en suivi de cet accord. L'**Uruguay** l'a fait également, avec une différence toutefois : il n'a pas criminalisé la possession simple de drogues. Cela s'explique par le Bureau spécial qui fut créé pour conseiller le politique sur le contenu de la loi (Loi 14.294). Un Bureau où siégeaient plusieurs médecins et la professeure et avocate Adela Reta qui considérait que l'utilisateur de drogues était une personne malade en besoin de soins. La police antinarcotique s'est tout de

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

même permis quelques arrestations pour possession simple et ceux qui étaient référés aux soins l'étaient dans une institution psychiatrique qui n'était pas vraiment prête pour cela, ce qui rendait les traitements assez inefficaces (Garat, 2016). Au cours des années 1980, tout comme les autres pays, la population subissait la propagande contre les drogues avec, entre autres, tous les mythes sur les dangers de la marijuana et ses effets, et réclamait que les peines s'étendent à la possession simple ; en même temps un autre groupe important, des jeunes, mais également de nombreux professionnels et experts, réclamait de meilleurs soins pour les usagers problématiques et la légalisation du cannabis. Devant cette division sur la politique des drogues à privilégier, le Congrès mit en place une Commission nationale pour étudier la question en 1987. À la suite de cette Commission, en 1988, un Bureau national des drogues fut créé non seulement pour combattre le trafic de drogues, mais également l'usage «abusif» par de la prévention et des soins. Le statut de ce Bureau est prestigieux ; c'est une structure supraministérielle qui relève directement du président de la République et qui rassemble plusieurs ministères (de l'Intérieur, des Affaires étrangères, de l'Économie et de la Finance, de la Défense nationale, de l'Éducation, de la Santé publique, du Tourisme et des Sports et du Développement social) pour composer une politique globale en matière de drogues. Toutefois, « une de ses principales difficultés est qu'il dépend de l'allocation de chacun de ces ministères pour établir son budget et implanter les différents volets de sa politique sur les drogues » (Garibotto, 2011 : 82. Notre traduction). Un exemple typique est le volet santé : le Bureau comprend la nécessité de soins pour diminuer les consommations problématiques et implanter des stratégies de prévention, mais son budget ne lui permet absolument pas d'en faire sa priorité. Ce Bureau a su tout de même implanter plusieurs stratégies de réduction des méfaits au cours des années 2000. De plus, les politiques nationales de lutte au trafic annoncent explicitement viser la participation dans les niveaux intermédiaires et élevés du trafic de drogue et ne pas mettre leur énergie sur les petits joueurs du marché. L'Uruguay est un lieu de transit important pour le marché des drogues. En 1998, la loi sur les drogues de 1974 était réécrite (Loi 17.016) affirmant clairement que la possession d'une petite quantité de drogues pour usage personnel était tolérée (article 30). L'évaluation de ce qui constituait une quantité pour usage personnel fut laissée à la discrétion du juge, ce qui a rendu (et rend encore) les suivis assez variables sur ce que constitue une quantité pour usage personnel (Garat, 2016). Les données sur les prisons en 2009 montrent qu'il y a plusieurs cas avec de très petites quantités. Le problème est qu'il y a très peu de sentences en dehors de la prison pour les infractions en matière de drogues et plusieurs de ces personnes furent arrêtées lors de rafles policières plus importantes. C'est pourquoi, contrairement aux autres pays d'Amérique latine, les détenus pour infractions en matière de drogues ne constituent que 11% de la population carcérale. Il demeure tout de même qu'en 2009, la surpopulation dans les prisons était de 138% et leurs conditions déplorables sont similaires aux autres pays d'Amérique latine.

Le **Costa Rica** a décriminalisé la possession simple en 1988 (Loi 7093). Ce pays est une exception par rapport aux autres pays d'Amérique Latine qui ont décriminalisé la possession simple puisqu'aucune quantité n'a été spécifiée pour définir ce qui constitue une possession pour usage personnel et la décriminalisation est réelle. En effet, suite à cette loi, pour décourager la police de faire des accusations pour de petites quantités de drogues pour usage personnel, le Bureau du Procureur général a rejeté systématiquement ces accusations. Toutefois, en suivi de directives institutionnelles, si une personne est prise à consommer dans les endroits publics, elle subira une fouille et sa drogue sera saisie même s'il s'agit d'une petite quantité et qu'il n'y aura pas d'arrestations (Chaparro, Pérez Correa et Youngers, 2017). Quant aux stratégies de réduction des méfaits suite à ce changement de loi, les données trouvées sont insuffisantes pour en faire une évaluation convenable.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Le **Pérou**, important producteur de coca, en 1991, a décriminalisé la possession simple de toutes les drogues. En 2003, la loi fut modifiée pour donner des spécifications sur ce qu'était la possession simple pour certaines drogues afin de s'assurer que cela ne donnait pas lieu à des passe-droits sur des possessions de drogues qui devraient être considérées comme de la possession en vue de trafic : la possession simple peut aller jusqu'à 5 grammes de pâte de coca, 2 grammes de cocaïne et 8 grammes de THC, pas au-delà (Transnational Institute, 2015). Pourtant, le quart de la population carcérale est lié à des infractions aux lois sur les drogues dont 60% pour des quantités minimales. Les sentences sont très lourdes dans le *Code criminel* péruvien pour possession en vue de trafic (1 à 8 ans d'incarcération), sans compter la détention préventive qui peut être très longue. Ainsi, ces infractions contribuent grandement à la surpopulation carcérale : « En décembre 2009, en dépit d'une infrastructure pouvant accueillir 24 961 personnes, le Pérou a une population carcérale de 44 735 personnes » (Garrido, 2001 : 75. Notre traduction.). Après les délits sur les biens, ce sont les délits sur les drogues qui sont les plus grandes causes de cette surpopulation carcérale et certains secteurs de la population péruvienne sont particulièrement touchés : « les pauvres, les paysans, les jeunes, les indigènes et les métis de classe défavorisée. Les quelque 12 000 Péruviens incarcérés pour des infractions sur les drogues le sont souvent sans avoir été condamnés [la majorité étant en détention préventive], avec aucune spécification sur le type d'infraction [bris de l'habeas corpus<sup>17</sup>], et sans possibilité de faire appel pour réduire leur sentence » (Garrido, 2011 : 71. Notre traduction). Cette situation s'explique, d'une part, par le fait que les tribunaux sont si en retard dans le traitement des causes que 39% uniquement de la population incarcérée a reçu un jugement et une condamnation, les autres attendant leur procès. Ces proportions de la clientèle incarcérée en détention préventive au regard de celle qui a été jugée « sont dans la moyenne en Amérique latine » (Garrido, 2011 : 76. Notre traduction). C'est ce qui fait qu'un grand nombre de personnes sont incarcérées pour simple possession et ne pourront faire valoir leur cause qu'au moment d'être jugées. Ceci est sans compter que pour les délits de drogues, la police a un pouvoir de détention de 15 jours au lieu du 24 heures habituel des autres délits. D'autre part, au Pérou, comme dans plusieurs pays d'Amérique latine, l'habeas corpus et le droit d'appel sont supprimés quand il s'agit d'infractions en matière de drogues, de même que le droit à des sentences autres que la prison. Ainsi, la répression domine encore largement les pratiques sur les infractions en matière de drogue au Pérou malgré la décriminalisation de la possession simple et des milliers de personnes sont incarcérées pour des infractions mineures, même l'usage, dans des conditions de détention où les droits des détenus sont très faibles, les soins manquent cruellement et où la surpopulation génère beaucoup de violence (Garrido, 2011 ; Ponce, 2016). Pourquoi autant d'usagers en prison malgré la décriminalisation de la possession simple ? Le peu de contrôle de l'activité policière, particulièrement de la *Policia Nacional Peruana* – PNP, fait en sorte que la corruption et l'abus de pouvoir de la police sont fréquents et la drogue permet aisément de porter des accusations contre des personnes appartenant à certains groupes sociaux, accusations que l'on peut retirer en échange d'argent ou de biens. De plus, cette corruption s'étend également à l'administration des tribunaux et des prisons (Garrido, 2011 ; Ponce, 2016).

Au début des années 1990, la **Colombie** apportait des réformes importantes à son système judiciaire. La Constitution de 1991 incluait maintenant une Charte des droits qui a amené les tribunaux constitutionnels à faire valoir ces droits fondamentaux dans le droit pénal, dont certaines décisions ont affecté le traitement des infractions en matière de drogues. En 1994, la Cour constitutionnelle (Jugement C-221) a jugé inconstitutionnels les articles de la loi 30 de 1986 qui punissaient la

---

<sup>17</sup> L'*habeas corpus* est le droit pour une personne arrêtée de connaître l'infraction dont elle est accusée et les preuves retenues contre elle.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

possession pour usage personnel : « Selon la Cour, imposer une pénalité telle que l'arrestation ou l'amende à des adultes qui décident de consommer des drogues est abusif de la part de l'État qui doit intervenir de manière appropriée avec ses citoyens pour protéger leur droit à la santé et, de plus, cela viole leur droit à l'autodétermination » (Uprimny et Guzman, 2016 : 91. Notre traduction). Cette décision de la Cour a généré de nombreuses controverses. Toutefois, en suivi de ce jugement, dans les années qui suivirent, la répression pénale à l'égard des usagers a diminué quelque peu au profit du traitement et de stratégies de réduction des méfaits. En parallèle, à la suite de la « disparition » des grands cartels de la drogue (plutôt leur déplacement au Mexique), plusieurs petits groupes se formèrent pour les remplacer dans le marché avec la participation, entre autres, des guérilleros de la FARC (Forces armées révolutionnaires de Colombie) et de groupes paramilitaires. Ainsi, la violence a repris de plus belle autour de ce marché. En 2009, des amendements constitutionnels venaient à nouveau prohiber la possession pour usage à des fins personnelles afin, disait-on, de mieux réprimer ce marché. Toutefois, l'esprit de ces amendements n'était plus le retour à la répression pure et dure contre les usagers, car on reconnaissait au consommateur le droit au traitement. Il s'agissait davantage d'un outil de travail pour remonter des filières du marché. En 2012, un décret (n° 1566) venait réaffirmer que le système de santé devait fournir un traitement aux usagers qui avaient des problèmes de dépendance. Toutefois, ces programmes sont encore peu nombreux, généralement en milieu urbain, et leur qualité n'est pas toujours adéquate. Ainsi, on peut dire qu'en Colombie, la décision de la Cour constitutionnelle en 1994 a pu amener certaines mesures de santé publique aux usagers qui ont besoin de soins, et que l'esprit prohibitionniste a quelque peu diminué à l'égard de la possession simple. Toutefois, en dehors de cet espace spécifique des infractions, on retrouve en Colombie le même scénario de répression qu'au Pérou et ailleurs en Amérique latine où les prisons sont surpeuplées et composées en bonne partie de gens purgeant des sentences liées aux infractions sur les drogues, infractions qui sont généralement mineures. En effet, on estime à 98% le nombre de petits trafiquants chez les personnes en prison pour infractions en matière de drogues, dont une bonne partie d'entre eux, en fait, ne sont que de simples usagers (Uprimny et Guzman, 2011). Le peu de contrôle de l'appareil pénal, le fait qu'il soit surchargé, la corruption policière, etc. sont tous des éléments qui viennent réduire l'effet bénéfique de cette décriminalisation en termes de répression et de soins. De plus, dans le cadre du Plan colombien mis en place sous la pression des États-Unis en 1994 et soutenu par eux, la Colombie, en 2014, demeurait le seul pays à continuer de détruire des champs de coca en les inondant par avion de produits chimiques toxiques au détriment de la santé des populations (problèmes de peau, avortement, cancer) et de leur environnement (Rincon-Ruiz, Correa, Leon et Williams, 2015). Le président Juan Manuel Santos Calderon<sup>[18]</sup> a finalement annoncé la suspension de ce programme de fumigation des champs de coca en 2015 (Uprimny et Guzman, 2016). En 2017, une délégation de cultivateurs de coca en Colombie fut envoyée en Bolivie pour voir quelles sont les manières dont on pourrait permettre la culture de coca comme en ce pays. Cela fait suite aux accords de paix du gouvernement avec les FARC le 26 septembre 2016. Dans ces accords, on reconnaît que les tentatives d'éradication de la coca et d'instauration de cultures autres ont échoué, la rentabilité de ces cultures n'étant pas là. Les cultivateurs de coca ont alors demandé que le gouvernement s'assure de la rentabilité d'autres cultures ou encadre la production de coca pour mieux la contrôler (Romani Yanof, 2017).

La situation en matière de contrôle des drogues est tout aussi répressive au **Brésil** (Vargas et Misse, 2008). Toutefois, sous la présidence du président Lula da Silva, les lois sur les drogues sont réformées en 2006 (Loi 11343) au nom de l'importance du respect des droits fondamentaux, spécialement « au regard de l'autonomie et de la liberté (art.4, I), de la reconnaissance de la diversité (art.4, II) et de la nécessité d'une approche à multiples volets (para. IX) » (Boiteux,

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

2011:34. Notre traduction.). Si les infractions sur le trafic se sont durcies, la simple possession de toutes les drogues fut dépénalisée et cette loi reconnaît la pertinence d'adopter une politique de réduction des méfaits à l'égard des usagers. Dans le cadre de cette réforme, les sanctions pour la possession simple sont, pour une première infraction, un avertissement sur les effets des drogues, une deuxième infraction, un service communautaire, une troisième infraction, des mesures éducatives obligatoires (ce qui inclut les programmes de traitement, si nécessaire) (Brown, 2008 ; Pires et Cauchie, 2007). La culture pour usage personnel ne peut plus être considérée comme du trafic, même si cette culture est partagée par plusieurs personnes, si la recherche de profit n'est pas en cause. Cela introduit ainsi une distinction entre les différentes infractions. Toutefois, les critères de ce qui constitue de la possession simple et une culture personnelle ne sont pas très clairs dans la loi. Par conséquent il revient aux autorités policières ou judiciaires de décider ce qui en est (Brown, 2008). Si on décide que c'est du trafic, alors là on se retrouve avec des peines encore plus sévères dans cette loi qu'auparavant, ce qui fait écho aux autres pays Amérique latine (Vargas et Misse, 2008). Une étude sur les quatre années qui suivirent cette réforme montre que les décisions sur ce qui constitue une consommation personnelle ou une culture sans but lucratif pour usage personnel varient énormément selon les juges et que 60% des infractions pour trafic de drogues à Rio de Janeiro demeurent des petits vendeurs individuels qui ne sont membres d'aucune organisation (Boiteux, 2011). En septembre 2010, une cause contestant le fait que ces petits trafiquants n'avaient pas droit à des peines alternatives, uniquement la prison, fut portée en Cour Suprême. Celle-ci statua qu'il était inconstitutionnel que de petits trafiquants reçoivent des peines aussi lourdes sans possibilités d'alternatives à l'enfermement. Toutefois, elle reconnaissait que les décisions sur des sentences alternatives à l'enfermement devaient être du cas par cas. Il est trop tôt pour voir si cette décision de la Cour a eu un effet sur les milliers de petits trafiquants dans les prisons brésiliennes, en provenance surtout des classes pauvres, et si cela diminuera la surpopulation carcérale actuelle, dont une bonne partie est dans l'attente de son procès. Si cela a un effet, ce serait vraiment bénéfique, car les prisons demeurent un des lieux privilégiés de recrutement pour opérer le marché illégal des drogues, surtout que « des chefs de gangs » gèrent souvent leur entreprise illicite de l'intérieur des murs de la prison par le biais de leur cellulaire (Brown, 2008 : 432. Notre traduction). Un effet bénéfique de la loi de 2006 est toutefois déjà palpable, soit la reconnaissance de l'importance des stratégies de réduction des méfaits :

Des stratégies de réduction des méfaits sont utilisées au Brésil depuis la fin des années 1980, et, à partir de 1994, le ministère de la Santé les a admises pour faire face à l'épidémie de SIDA ainsi qu'à d'autres maladies transmises par le sang et les rapports sexuels. Depuis le début de l'adoption de ces stratégies et jusqu'à récemment (la situation ne s'est modifiée qu'avec la loi de 2006), certaines de ces stratégies, notamment la distribution de seringues, continuaient d'être interprétées par la police et par la justice comme étant du trafic, et de nombreux agents œuvrant pour la réduction des méfaits ont été arrêtés et traduits en justice (Vargas et Misse, 2008 : 386).

Malgré ces avancées, ce n'est pas la cohérence des pratiques qui règne, car la politique brésilienne à l'égard des usagers oscille toujours entre répression et soins, en grande partie pour plusieurs des raisons mentionnées antérieurement dans le cas des autres pays (Rodriguez et Caiuby Labate, 2016).

En 2008, pour désengorger les prisons et opter pour un virage en santé publique, l'**Équateur** a annoncé un pardon pour les petits trafiquants qui avaient servi au moins 10% de leur sentence, et

---

<sup>18</sup> Il est très actif à œuvrer avec d'autres pays latino-américains à modifier les Conventions internationales sur les drogues pour mettre fin à la prohibition (SANTOS CALDERON, J.M., 2012).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

a demandé que l'on considère les usagers problématiques comme un problème de santé publique plutôt que criminel. Et puis, en 2013, le Conseil national pour le contrôle des stupéfiants et substances psychotropes a établi que moins de 10 grammes de cannabis, 1 gramme de cocaïne et 0,1 gramme d'héroïne (entre autres drogues) n'étaient plus passibles d'une sanction criminelle. En 2014, l'*Organic Comprehensive Criminal Code* (COPI) a établi une échelle de sentences pour le trafic (auparavant, peu importe la quantité, le trafic était punissable de 12 à 16 ans de prison). À la suite de ce changement, 2000 personnes furent libérées de prison, car l'Équateur a mis en application rétroactivement ce changement. Les données quant à l'application sur le terrain de la question de simple possession sont toutefois contradictoires pour le moment et le Conseil national songe à revisiter le statut juridique de cette infraction (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016).

En **Argentine**, le jugement Arriola de la Cour Suprême a déclaré inconstitutionnelles les peines très lourdes attachées à la possession simple des drogues en 2009, car ces peines n'étaient pas jugées proportionnelles au délit comme le demande le droit argentin. Toutefois, aucun suivi politique n'a été fait en réformant la loi pour donner d'autres directives qui modifieraient les activités policières et les pratiques des tribunaux en clarifiant ce qui constitue de la possession simple. Il faut dire que les pressions de plusieurs groupes qui militent pour un adoucissement des sentences du *Code criminel* en matière d'infractions sur les drogues et travaillent à réduire la répression à l'égard des usagers connaissent un succès mitigé, dû en partie à l'opposition féroce de l'Église catholique qui a une très grande influence politique dans ce dossier (Corda et Rossi, 2016). Pourtant, il y avait de quoi faire. En 2009, près du tiers des personnes étaient incarcérées pour des infractions liées aux drogues et une grande partie de ces personnes l'étaient clairement pour possession simple, plusieurs étant en détention préventive. Globalement, la situation des personnes enfermées pour des infractions liées aux drogues en Argentine, leur traitement par les tribunaux et l'activité policière en ce secteur font écho aux autres pays d'Amérique latine. Le résultat est que dans les prisons on retrouve peu de grands trafiquants et beaucoup d'infractions mineures en matière de drogues dont de nombreux usagers, qu'il y a une montée en nombre des femmes et des étrangers incarcérés depuis les 20 dernières années, et les classes défavorisées sont plus vulnérables à ces accusations et susceptibles de se retrouver en prison (Corda, 2011 ; Correa, Uprimny et Chaparro, 2016).

En août 2009, le gouvernement du **Mexique** décriminalisait la possession de petites quantités de drogues (*ley de narcomenudeo*)<sup>19</sup> et recommandait que les personnes en besoin de soins reçoivent un traitement, incluant les traitements à la méthadone. L'intention politique était de désengorger le système pénal, de diminuer la violence et la corruption policières que subissent les usagers<sup>20</sup> et d'augmenter les soins (Hernandez, 2011 ; Shapiro, 2010)<sup>21</sup>. Toutefois, les réformes apportées par cette loi peinent à s'implanter. En 2011, uniquement 18% des personnes satisfaisant les critères pour un traitement y avaient accès, car ces derniers étaient financièrement inaccessibles ou tout simplement absents. Il faut dire que l'on estime à plus d'un demi-million le nombre d'usagers de

---

<sup>19</sup> Il s'agit bien ici de décriminalisation puisqu'aucune autre sanction ne vient remplacer la sanction pénale. Toutefois, les quantités considérées, comme de la possession - moins de 5 grammes de cannabis, 2 grammes d'opium, ½ gramme de cocaïne, 1/5 gramme de méthamphétamine, 1/5 gramme d'Ecstasy/MDMA, 1/10 gramme d'héroïne et 150 microgrammes de LSD- sont assez aisées à dépasser, ce qui amène un grand nombre d'accusations pour trafic avec de petites quantités de drogues en sa possession (Shapiro, 2010; Mackey, Web, Beletsky, Ranger, Arredondo, Strathdee, 2014).

<sup>20</sup> « Si la victime était en possession de drogues illégales, la police la menaçait de fortes sentences de prison et demandait de l'argent ou des biens pour éviter les accusations » (Shapiro, 2010 : 139. Notre traduction). Toutefois, la décriminalisation n'a pas eu l'effet attendu par le Procureur, car les policiers sont globalement peu éduqués, mal formés et mal payés, ce qui maintient la culture de corruption (Shapiro, 2010 : 140).

<sup>21</sup> En fait, ce projet de loi était là bien avant 2009, mais le gouvernement américain, sous la présidence de Bush, s'y opposait. Le gouvernement Obama, quand le Mexique a remis le projet sur la table en 2008, n'a rien dit, ce qui a fait que le président Calderon est allé de l'avant pour le soumettre au Parlement (Shapiro, 2010).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

drogues par injection au Mexique (Shapiro, 2010). Un investissement massif en santé publique aurait été nécessaire pour répondre aux besoins des usagers problématiques. En 2012, une enquête dans les prisons mexicaines indique qu'encore 38% des personnes incarcérées pour des infractions en matière de drogues le sont pour simple possession, car la résistance de la police et de plusieurs juges maintient la criminalisation des usagers dans certaines régions (Werb, 2014). En parallèle, le Mexique connaît une des pires périodes de violence de son histoire en grande partie liée au trafic de drogues (30 000 morts entre 2006 et 2010) qui a amené un durcissement des pénalités pour les infractions en matière de drogues au nom de la lutte à ce trafic (Hine-Ramsberger, 2011 ; Shapiro, 2010). Malgré cela, comme les autres pays latino-américains, ceux qui subissent la prison sont essentiellement de petits joueurs dans le marché (quand ils en sont des participants) et proviennent des classes sociales les plus pauvres, plusieurs attendant leur procès pendant des mois. La corruption de la police et les bonus de l'administration pour augmenter le nombre d'arrestations en matière de drogues renforcent cette situation, car il est aisé pour les grands joueurs du marché d'éviter les accusations (très peu d'accusations pour trafic, transport ou exportation de drogues) et la pression pour plus d'arrestations amène la multiplication des arrestations pour des infractions mineures, la possession de cannabis en vue de trafic étant la plus importante. La violence du marché qui se perpétue accentue l'insécurité de la population et diminue la confiance dans le système de justice pénale (Hine-Ramsberger, 2011). La loi d'août 2009 pour punir davantage les petits vendeurs ne va qu'accentuer cette tendance et la décriminalisation de la possession simple est clairement peu appliquée : « De 2009 à mai 2014, 140 860 personnes furent arrêtées dont 52 074 pour usage de drogues (ce qui formellement n'est pas un crime) » (Correa, Uprimny et Chaparro, 2016 : 30. Notre traduction.). Et les conditions de détention font écho aux situations précédentes des autres pays.

En **Bolivie**, même si le gouvernement de Carlos Mesa a conclu des accords avec les producteurs de coca des départements du Cochabamba afin d'implanter une série de réformes leur permettant de créer des coopératives de cultivateurs, la sévérité des sanctions en matière de drogues ne diffère pas vraiment des autres pays latino-américains (Grisaffi, 2016). La Loi 1008 qui régit à la fois la feuille de coca et les drogues contrôlées fait peu de distinction en matière de gravité des infractions :

Selon l'analyse en 1995 de la Commission des droits de l'homme de la Chambre des députés, la Loi 1008 établit un système de justice parallèle au système de justice pénale en matière de drogues se caractérisant par des sentences extrêmes, entre autres par la suppression du droit fondamental à une défense pleine et entière, ce qui va à l'encontre des droits constitutionnels. [...] Dans bien des cas, les jugements sous la Loi 1008 se terminent par des sentences au-delà de 30 ans de prison, le maximum pouvant être donné selon la constitution bolivienne, et la présomption d'innocence est évacuée dans les décisions de détention préventive, [...]. (Giacoman, 2011 : 22. Notre traduction).

De plus, la Bolivie détient le record, après la Libye, en termes de personnes en détention préventive, par rapport aux personnes condamnées, soit 85% des personnes en détention préventive chez les personnes en prison (Chaparro, Pérez Correa et Youngers, 2017 :12). Ainsi, ce n'est pas parce que la Bolivie a tenu tête à l'ONU pour préserver un espace pour les habitudes traditionnelles de mastication de la coca, qu'elle diffère des autres pays en termes de répression en matière de drogues, de conditions de détention et de clientèles incarcérées.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Pour comprendre cette répression féroce en matière de drogues dans les pays latino-américains, il faut mettre en contexte l'implantation de ces pratiques juridiques, policières et judiciaires répressives.

Pour se conformer aux Conventions internationales sur les drogues, dans les années 1960, ces pays, comme plusieurs autres, ont criminalisé certaines drogues. Toutefois, au fil des années, ils ont durci les sanctions, à la fois sous la pression de certains régimes autoritaires, mais également sous la pression du gouvernement américain qui attachait son assistance économique et certains bénéfices commerciaux à leur durcissement de la répression, preuve qu'ils s'inscrivaient adéquatement dans la « guerre à la drogue ».

En Amérique latine – d'où proviennent la cocaïne et une partie de l'héroïne et du cannabis consommés aux États-Unis –, Washington a utilisé son influence politique et ses politiques d'aide au développement et commerciales pour s'assurer de la collaboration dans ce que l'on désigne par la « guerre à la drogue ». À la fin des années 1980, le gouvernement américain a demandé l'implantation de lois très répressives en matière de drogues qui incluaient des sentences exemplaires et des sentences minimales – et plusieurs des réglementations qui furent mises en place, en fait, vont au-delà des exigences des Conventions internationales sur les drogues. Dans certains cas, comme la Loi 1008 en Bolivie, le gouvernement américain a même écrit les premières versions de la loi. Au cours des années 1990, les États-Unis utilisaient de manière routinière les statistiques d'arrestations et de saisies de drogues pour évaluer les niveaux de coopération des pays d'Amérique latine à la guerre à la drogue. C'est ainsi que Washington a exporté ses modèles de répression très dure en matière de drogues et ses sentences minimales dans toute la région (Metaal et Youngers, 2011: 9. Notre traduction.).

Cette intervention américaine pour le durcissement des lois fut particulièrement intense dans les pays andins (Giacoman, 2011). C'est ainsi que de nombreuses peines en matière de drogues sont plus sévères que l'homicide et distinguent peu le niveau de participation au marché illégal. De plus, dans la plupart des pays faisant partie de l'étude du TNI/WOLA, les personnes accusées d'infractions en matière de drogues n'ont pas droit aux sanctions alternatives à la prison. Cela a rapidement mené dans tous ces pays à une surpopulation carcérale: « La situation pénitentiaire fédérale en Argentine est particulièrement frappante: alors qu'en 1985 uniquement 1% de la population carcérale était là pour des infractions liées aux drogues, en 2000, c'était le cas de 27% des détenus » (Metaal et Youngers, 2011: 5. Notre traduction). De plus, pour se montrer vraiment combattifs dans cette guerre à la drogue, une véritable justice parallèle au système pénal s'est développée où de nombreux droits sont bafoués. Par exemple, il y a l'abus de la détention préventive en matière d'infractions liées aux drogues, certaines personnes pouvant attendre jusqu'à 4 ans avant d'être jugées. « Dans cinq des huit pays étudiés – Bolivie, Brésil, Équateur, Mexique et Pérou – la détention préventive est obligatoire dans le cas des infractions liées aux drogues, peu importe si l'infraction est mineure ou majeure. Cela classe ainsi automatiquement l'ensemble de ces infractions au même titre que le meurtre, le viol, le kidnapping, indépendamment du degré de participation au marché illégal » (Metaal et Youngers, 2011: 6. Notre traduction). L'*habeas corpus* est suspendu dans le cas des infractions liées aux drogues dans plusieurs pays, ce qui fait que les gens sont incarcérés sans savoir l'accusation qui pèse contre eux ni les preuves que l'on a en main. Au Mexique, on peut même être détenu jusqu'à 80 jours sans déposer d'accusations formelles. Enfin, dans ces procédures, la présomption d'innocence n'existe pratiquement plus.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Le deuxième facteur est la corruption qui permet aisément aux têtes du marché de la drogue d'éviter la répression. Dans les huit pays de l'étude du TNI/WOLA, la très grande majorité des personnes en prison pour des infractions liées aux drogues le sont pour des infractions mineures, soit entre 75 % et 98 % selon les pays. Il y a très peu de « rois de la drogue » en prison et quand ils y vont, ils servent souvent des sentences beaucoup plus courtes que celles que subissent les détenus en prison pour des infractions mineures. « Même dans les pays qui ont lancé des campagnes majeures contre les trafiquants de drogues – tels la Colombie et le Mexique – le nombre de trafiquants derrière les barreaux demeure minuscule » (Metaal et Youngers, 2011 :9. Notre traduction). La conséquence de cette situation est que cela renforce le marché illégal, car la prison est un haut lieu de recrutement, ce qui est aisé considérant que bien des détenus ont tout perdu par cette incarcération. De plus, la majorité des femmes incarcérées dans ces pays pour des infractions liées aux drogues le sont principalement parce qu'elles étaient des « courriers » ; cela vient détruire des familles entières, car la plupart d'entre elles ont des enfants. Enfin, les infractions liées aux drogues sont la plus grande cause d'incarcération des étrangers qui, « selon leur statut, font souvent face à des difficultés de communication, car ils connaissent mal ou peu la langue du pays, ont peu accès à des conseillers juridiques et pas de support familial » (Metaal et Youngers, 2011 : 6. Notre traduction).

Enfin, « en Amérique latine où la police et les autres institutions pénales sont connues pour leurs pratiques souvent biaisées, laisser la police et les tribunaux définir ce qui relève de l'usage et de la possession simple fait en sorte que les droits fondamentaux de nombreux consommateurs de drogues sont niés et qu'ils subissent de l'extorsion, de la violence physique et des détentions arbitraires » (Correa, Uprimny et Chaparro, 2016 : 36. Notre traduction).

Ainsi, même si plusieurs pays latino-américains ont ou songent à décriminaliser la possession simple de l'ensemble des drogues, leur vulnérabilité dans les accords commerciaux et l'aide au développement qui demandent qu'ils souscrivent aux Conventions internationales et affichent une grande répression contre la drogue, la corruption politique et policière, la faiblesse de l'administration de la justice, de même que le sous-développement, font que pour le moment cette décriminalisation génère plus de répression et peu de soins en santé publique pour réduire les méfaits des consommations problématiques (Correa, Uprimny et Chaparro, 2016).

Il est important de comprendre ces facteurs. Ils expliquent les raisons pour lesquelles plusieurs leaders et ex-leaders de ces pays croient que pour sortir, du moins partiellement, de cette situation extrêmement répressive en matière de drogues et diminuer la violence du marché illégal, la légalisation des drogues accompagnée par l'aide au développement pour avoir une capacité de s'orienter en santé publique avec de la prévention et des soins est la seule solution (*Latin American Commission on Drugs and Democracy*, 2009). Un pays seul n'y arrivera pas considérant tous les trafics et leurs chemins de passage, d'où l'alliance que l'on tente actuellement entre pays latino-américains pour sortir de cette spirale de violence et de répression. Toutefois, cette alliance pour légaliser les drogues en modifiant les Conventions internationales doit recevoir l'appui des pays occidentaux, particulièrement des États-Unis ; ce sont eux qui non seulement mènent le bal sur les accords commerciaux et l'aide au développement lié au suivi de ces Conventions et à la répression qui en découle, mais ils sont les principaux consommateurs des drogues issues des marchés illégaux de ces pays. La présidence d'Obama, qui a clairement montré plus de passivité dans ce dossier, a permis à plusieurs pays latino-américains qui désirent des changements aux Conventions de se faire entendre à l'Organisation des États américains (OEA) et à l'ONU (Alimi, 2015 ; Bagley, 2013, Insulza, 2013a/b, Metaal, 2012 ; Mendiburo-Sequel et coll., 2017). Histoire à suivre avec les changements de gouvernement de plusieurs pays de l'OEA, y inclus aux États-Unis.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

En attendant, pour diminuer cette répression, de nombreux chercheurs recommandent aux pays d'Amérique latine de ne plus faire une justice parallèle en matière d'infractions sur les drogues, où les droits fondamentaux sont bafoués. Ils désirent que des alternatives à l'incarcération existent, que les sentences soient proportionnelles au délit, que les sentences minimums obligatoires soient abolies, que la détention préventive ne soit plus automatique en attendant son procès<sup>[22]</sup>, que l'on travaille à offrir davantage de soins aux usagers problématiques et que l'on considère la possibilité d'une amnistie ou de pardons pour toutes les personnes incarcérées pour usage ou possession minimale de drogues, ce qui désengorgerait les prisons et préparerait vraiment le terrain de réformes pour aller dans d'autres directions que la répression en matière de politiques sur les drogues (Chaparro, Pérez Correa et Youngers, 2017 ; Correa, Uprimny et Chaparro, 2016 ; Metaal et Youngers, 2011).

### Apprentissages pour une décriminalisation de la possession simple des drogues qui génère des bienfaits

Ce bref tour d'horizon sur les pays qui ont choisi de décriminaliser la possession simple de drogues montre que cette option demeure une voie très limitée et très fragile dans un environnement prohibitionniste.

Qu'en est-il des attentes quant à une réduction de l'usage du pénal ? Presque à toutes les fois qu'un pays est allé dans cette direction, les gouvernements ont jugé nécessaire d'augmenter en même temps les peines pour possession en vue de trafic et pour trafic, afin de montrer à la population, aux États-Unis, à l'Union européenne, qu'il ne s'agissait pas d'être laxiste en matière de drogues. Le résultat est que comme les quantités pour possession simple sont souvent peu définies ou très petites, plusieurs usagers se retrouvent maintenant dans le système pénal avec de lourdes peines (Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016). Ce contexte prohibitionniste fait aussi en sorte que dès que les médias ou la population réclament des peines et qu'arrive un gouvernement dominé par une philosophie répressive où « la loi et l'ordre » sont privilégiés, ces politiques sont rapidement changées ou tellement diminuées, qu'elles ne veulent plus rien dire. Enfin, le contexte prohibitionniste fait également en sorte que la plupart des pays qui sont allés dans cette direction, pour montrer que c'est toujours un acte socialement inacceptable, se sont sentis obligés de remplacer les sanctions pénales par des sanctions administratives, choix qui là encore conserve la stigmatisation de l'utilisateur de ces drogues.

L'autre justificatif à cette voie juridique est qu'elle offre davantage la capacité d'offrir des soins aux usagers problématiques. Cette fois, il faut que, d'une part, le développement économique permette cette offre de soins, ce qui n'est pas le cas dans plusieurs pays, et d'autre part, que les gouvernements soient disposés à investir dans un réseau de services cohérents et efficaces, ce qui n'est pas toujours le cas, même dans les pays occidentaux, d'où de grandes disparités de services et de soins selon les régions.

C'est ainsi que plusieurs chercheurs (Commission globale de politique sur les drogues, 2016 ; Eastwood, Fox et Rosmarin, 2016) considèrent que certaines conditions doivent s'appliquer pour que la décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues constitue une étape positive vers moins de pénal et plus de soins aux usagers problématiques.

---

<sup>22</sup> Détention préventive qui ne cesse d'augmenter. Entre 2000 et 2016, le taux de personnes en prison qui sont en détention préventive a augmenté de 64,7% en moyenne dans les pays.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Dans la loi, la possession simple doit être définie de manière à inclure toute détention de drogues dont le but n'est pas le trafic à des fins commerciales, et non reposer sur des quantités arbitraires qui ne permettent pas d'inclure l'ensemble des usagers.
- La police, sur le terrain, devrait pouvoir prendre un certain niveau de décisions à partir de lignes directrices de manière à être capable d'éviter à l'utilisateur toute la procédure pénale, ou même la détention préventive pour que l'on décide par la suite si c'est ou non de la possession simple. Il est important d'éviter la procédure pénale aux usagers, car un casier judiciaire

peut avoir une multitude de « conséquences indirectes » négatives qui touchent à l'emploi, à la formation, au logement et à la vie familiale d'un individu. Ainsi, aux États-Unis, les condamnations pour crimes liés aux drogues – parmi lesquels la possession de certaines substances – peut conduire à : l'interdiction de servir comme juré, la privation du droit de vote dans certains États, l'expulsion d'un logement public, le refus d'aides financières pour les études supérieures, l'annulation ou la suspension du permis de conduire, l'expulsion et parfois la séparation permanente de la famille pour ceux considérés comme des « non-citoyens », l'exclusion de certains emplois et le refus de prestations sociales. Au Royaume-Uni, des recherches montrent qu'un casier judiciaire pour un délit lié au cannabis pourrait réduire de 19% le revenu gagné pendant toute une vie. (Commission globale de politique en matière de drogues, 2016:20).

- Il ne doit pas y avoir de sanctions alternatives (amendes, travaux communautaires, etc.) pour simple possession (ex. : Pays-Bas), la punition, qu'elle soit pénale ou administrative, conservant la stigmatisation de l'utilisateur et compliquant l'aide à l'utilisateur problématique. Il ne doit pas davantage y avoir de traitements obligatoires en lieu et place de la sanction, car les personnes ne sont pas nécessairement prêtes à un traitement qu'elles risquent alors aisément d'échouer, ou n'en ont pas nécessairement besoin, mais le feront pour éviter la sanction. De plus, les chercheurs sont très critiques à l'égard d'un système d'amendes pour remplacer la sanction pénale, tel que cela existe dans certaines provinces australiennes. Cela peut devenir impossible à payer pour certaines classes sociales défavorisées, souvent plus visibles à la police, ou encore élargir le filet pénal parce que les amendes sont perçues comme une source de revenus pour l'État.
- S'il ne s'agit pas de possession simple, la possession en vue de trafic doit distinguer le niveau de participation au marché dans l'usage du pénal et prendre en considération le fait qu'il y ait eu ou non de la violence dans cette participation. Il s'agit, d'une part, de conserver la peine proportionnelle au délit, d'autre part, de prendre en considération des usagers problématiques qui peuvent être en mode survie par leur participation au marché pour répondre à leur approvisionnement en drogues.

Ainsi, « Quand la décriminalisation est implantée de manière effective, elle peut permettre d'amener plus de personnes qui utilisent des drogues de manière problématique en traitement, réduire les coûts du système de justice pénale, améliorer la santé publique, et éviter pour de nombreux usagers les effets dévastateurs d'un casier judiciaire. » (Eastwood, Fox et Romarin, 2016: 7. Notre traduction).

Toutefois, comme nous l'avons vu, répondre à ces conditions en contexte prohibitionniste ou encore avec des institutions de justice faibles, qui peuvent se jumeler à des lacunes de soins de santé et des problèmes de développement, est un idéal difficile à remplir pour une décriminalisation de la possession simple qui constitue une étape réussie vers moins de pénal et davantage de soins. À la suite de cette décriminalisation, il faut que les gouvernements acceptent (ou puissent) investir considérablement dans la prévention et le traitement.

### Conclusion

En somme, tant que les Conventions internationales sur les drogues obligeront cette politique prohibitionniste, il y a peu de place pour une philosophie différente des politiques sur les drogues. Bien sûr, quelques cas de légalisation du cannabis modifient la situation pour cette drogue, mais il n'est pas certain que cela va signifier une véritable modification du contexte prohibitionniste. On peut très bien vouloir légaliser le cannabis en considérant qu'il s'agit d'une erreur dans le cas de cette drogue au regard d'un système prohibitionniste qui, par ailleurs, est jugé légitime. Dans ce cas, cela ne crée aucune pression politique d'élargir la gamme des soins pour les usagers problématiques, et encore moins d'assurer un environnement sécuritaire par la légalisation des drogues en modifiant les Conventions internationales. Ce contexte prohibitionniste dominant affaiblit l'ensemble des stratégies d'aide et de prévention, car la prévention se joue sans normalisation de l'usage, et l'aide se joue dans la répression et la violence du marché illégal que subissent plusieurs usagers, de même que l'absence de contrôle sur les produits qui y circulent.

Faisant écho aux voix des antiprohibitionnistes, nous sommes d'avis que, même si la décriminalisation de la possession simple des drogues est correctement mise en place, elle constitue « certes une étape fondamentale qui va dans la bonne direction pour une réforme de la politique en matière de drogues, mais elle ne reste qu'une étape. Afin d'atténuer les risques causés par des réponses punitives dangereuses et inefficaces en matière de drogues, les gouvernements doivent se résoudre à réglementer les drogues illicites, de la production à la distribution » (Commission globale de politique en matière de drogues, 2016: 33).

## Références bibliographiques

Albrecht, H.-J. (1998). Politiques (criminelles) et problèmes de drogues : évolutions et tendances en République fédérale d'Allemagne. *Déviante et Société*, 22(1), 77-87.

Albrecht, H.-J. (1996) Les politiques de la drogue en Allemagne. *Communications*, 62, 47-65.

Alimi, D. (2015). «Going Global»: Policy entrepreneurship of the Global Commission on Drug Policy. *Public Administration*, 93(4), 874-889.

Arana, X. et Montané Sanchez, V. (2011). Cannabis cultivation in Spain – The Case of Cannabis social Clubs. Dans T. Corte G.S. Potter et M. Bouchard (dir.), *World Wide Web: Global Trends in Cannabis cultivation and its control* (p. 163-177). Farnham, USA: Ashgate Publishing.

Arnao, G. (1994). Italian Referendum deletes Criminal sanctions for drug users. *The Journal of Drug Issues*, 24(3), 483-487.

Arnao, G. (1991) Commentary on drug issues. *The Journal of Drug Issues*, 21(4), 875-881.

Bagley, B. (2013). The evolution of drug trafficking and organized crime in Latin America. *Sociologica, problema e praticas*, 71, 99-123.

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

Beauchesne, L. (2006, ©2003). *Les coûts cachés de la prohibition*. Montréal, Québec : Bayard Canada Livres.

Belackova, V., Ritter, A., Shanahan, M. et Hughes, C.E. (2017). Assessing the concordance between illicit drug laws on the books and drug law enforcement: Comparison of three states on the continuum from «decriminalised to punitive». *International Journal of Drug Policy*, 41, 148-157.

Belackova, V., Tomkova, A. et Zabransky, T. (2016). Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: The moment you enter the door, you are minimising the risks. *International Journal of Drug policy*, 34, 49-57.

Belackova, V., Maalsté, N., Zabransky, T. et Grund, J.P. (2015). Should I Buy or Should I Grow? Hot drug policy institutions and drug market transaction costs shape the decision to self-supply with cannabis in the Netherlands and the Czech Republic. *International Journal of Drug Policy*, 26(3), 296-310.

Blom, T. et Van Mastrigt, H. (1994). The future of the Dutch model in the context of the war on drugs. Dans E. Leuw et H. Marshall (dir.), *Between Prohibition and legalization. The Dutch Experiment in drug policy* (p. 255-282). Amsterdam/New York, USA: Kugler Publications.

Boekhout Van Solinge, T. (1998). La politique de drogue aux Pays-Bas : un essai de changement. *Déviante et Société*, 22(1), 69-75.

Boiteux, L. (2011). Drugs and Prisons: The repression of drugs and the increase of the Brazilian penitentiary population. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America*, (p. 30-38). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Böllinger, L. (2004). Drug law and policy in Germany and the European community: recent developments. *Journal of Drug Issues*, 34(3), 491-509.
- Brown, S. (2008). The Lowdown on Getting High in Brazil: The Evolution of Brazilian Drug Law. *Law and Business Review of the Americas*, 14(2), 425-433.
- Bullington, B. (1994). War and peace: Drug policy in the United States and the Netherlands. *Crime, Law et Social Change*, 22(3), 213-238.
- Campedelli, M. (1996). Entre répression, indifférence et réduction des risques. *Communications*, 62, 67-73.
- Carrier, N. et Quirion, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation. *Drogues santé et société*, 2(2), 1-29.
- Cesoni, M. L. (2000). L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans sept législations européennes. *Psychotropes*, 4, 28-54.
- Cesoni, M. L. (1999). Usage de stupéfiants : les variations de la politique criminelle italienne. *Déviance et Société*, 23(2), 221-234.
- Chaparro, S., Pérez Correa, C. et Youngers, C. (2017). *Irrational punishment: Drug Laws and Incarceration in Latin America*. The Research Consortium on Drugs and the Law. Regional Report 2017. Repéré à [http://fileserv.idpc.net/library/Irrational\\_Punishments\\_ok.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/Irrational_Punishments_ok.pdf).
- Chatwin, C. (2017). Insights from Europe on the development of global cannabis policy and the need for reform of the global drug policy regime. *The International Journal of Drug Policy*. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26795703>.
- Chatwin, C. (2003). Drug Policy Developments within the European Union. *British Journal of Criminology*, 43(3), 567-582.
- Cheung et P.A. O, Hare (dir.), *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs* (p. 17-31). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Cohen, P. (1997). *The case of the two Dutch drug policy commissions: an exercise in harm reduction 1968-1976*. Dans P. Erickson, E.M. Riley, Y.W. Dans P. Erickson, E.M. Riley et Y.W. Cheung. *Harm Reduction, A new direction for Drug Policies and Programs*. Toronto: University of Toronto Press, 17-31.
- Colle, F.-X. (2000). *Les drogues en vente libre*. Paris, France : PRAT Éditions, Division de Elsevier Business Information.
- Commission globale de politique en matière de drogues (2016). *Pour une véritable dépénalisation des drogues : Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, Rapport. Repéré à [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016\\_FR.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016_FR.pdf).
- Corda, A. (2011). Imprisonment for drug-related offenses in Argentina. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 11-20). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Corda, A. et Rossi, D. (2016). History and Changes of the Drug Policy in Argentina. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 167-186). Genève, Suisse: Springer International Publishing.

Correa, C. P., Uprimny, R. et Chaparro, S. (2016). Regulation of possession and the Criminalisation of Drug Users in Latin America. Dans Report of the LSE expert group on the Economics of Drug Policy (dir.), *After the Drug Wars*, (p. 30-39). London, United Kingdom: The London School of Economics and Political Science.

Cottino, A. et Quirico, M. (1995). Easy target and moral panic: the Law on Drug Addiction no162 of 1990. *The International Journal of Social Welfare*, 4(2), 108-113.

Cottino, A. et Prina, F. (2008). La scène italienne des drogues illicites : modes de consommation et politiques. *Déviance et Société*, 32(3), 349-362.

Da Agra, C. (2009). Requiem pour la guerre à la drogue. L'expérimentation portugaise de décriminalisation. *Déviance et Société*, 33(1), 27-49.

Dapurificação Anjos, M. (2016) *The implementation of Portuguese drug policy: issues for CDTs*. Meeting on Portuguese drug policy: Domestic and international Perspectives. International Conference of the European Society of Criminology, Porto, 22 septembre 2016. Polycopié.

Decorte, T. (2015). Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 122-130.

Decorte, T. et Pardal, M. (2017). Cannabis social clubs in Europe. Dans R. Colson et H. Bergeron (dir.), *European Drug Policies. The Ways of Reform* (chapitre 19). New York, USA: Routledge.

Derks, J. (1995). *La distribution de morphine injectable à Amsterdam : évaluation La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*. Genève, Suisse : Éditions médecine et hygiène.

Derks, J.T.M. et Van Kalmthout, A.M. (1998). Facteurs déterminants de la politique néerlandaise en matière de drogues. *Déviance et Société*, 22(1), 89-100.

Di Gennaro, G. (1994). Antidrug Legislation in Italy: Historical Background and present status. *The Journal of Drug Issues*, 24(4), 673-678.

Dolin, B. (2001). *Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas Rapport produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites*, Ottawa : Bibliothèque du parlement. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dolin1-f.htm>.

Dupras, D. (1998). *Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues*. Ottawa, Ontario : Bibliothèque du parlement. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dupras-f.htm>.

Eastwood, N., Fox, E. et Rosmarin, A. (2016). *A quiet Revolution: Drug decriminalisation across the globe*. Drugs, Release. The Law et Human Rights. Repéré à <http://www.release.org.uk/sites/default/files/publications/A%20Quiet%20Revolution%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf>.

Elvins, M. (2003). *Anti-Drugs Policies of the European Union*. London, Great Britain: Palgrave Macmillan.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (105-127). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Farthing, L. et Kohl, B. (2012). Supply-side harm reduction strategies : Bolivia's experiment with social control. *International Journal of Drug Policy*, 23(6), 488-494.

Faubion, J. (2013). Reevaluating drug policy : Uruguay's efforts to reform marijuana laws. *Law and Business Review of the Americas*, 19(3), 383-408.

Ferreira, J. de M. (2011). Les quelques clefs du succès du cas portugais : situation de départ insoutenable, discours sélectif, conjoncture politique propice, lobby efficace, une loi bonne et praticable. *Multitudes*, 1(44), 47-57

Fisher, B. (2005). Réduction des méfaits. Dans CCLAT (dir.), *Toxicomanie au Canada : enjeux et options actuels* (p. 11-16) Ottawa, Ontario : CCLAT. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-004033-2005.pdf#page=13>.

Fjaer, S. (1998). La place de la politique en matière de drogue dans le processus européen d'intégration. *Déviante et Société*, 22(1), 63-68.

Garat, G. (2016). Uruguay : A way to regulate the Cannabis Market. Dans Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (209-226). Genève, Suisse: Springer International Publishing.

Garibotto, G. (2011). Prisons and drugs in Uruguay. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 81-87). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

Garretsen, H.F.L. (2003). The decline of Dutch drug policy? Lessons to be learned. *Journal of Substance Use*, 8, 2-4.

Garrido, R.S. (2011). Legislation on drugs and the prison situation in Peru. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 71-80). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

Giacoman, D. (2011). Drug policy and the prison situation in Bolivia. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 21-29). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

Gillet, M. et 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. *Drogues, santé et société*, 4(2), 79-139.

Gomart, É. et Martineau, H. (2000). *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*. Rapport de synthèse. Paris, France : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Gomez, C.D. et Gonzalez, E.M. (2017). Spanish Drug Policy. Dans R. Colson et H. Bergeron (dir.), *European Drug Policies. The Ways of Reform* (Chapitre 12). New York, USA: Routledge, Version électronique non paginée.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Gonçalves, R., Lourenço, A. et Da Silva, S.N. (2015). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *The International Journal of Drug Policy*, 26(2), 199-209.

Goulao, J. (2016). *Portuguese Drug Policy*, conférence du Directeur général des interventions sur les comportements addictifs et les dépendances, Portugal. Centre canadien de lutte contre la toxicomanie (CCLAT), Ottawa, 16 juin.

Graham, L. (2015). Legalizing marijuana in the shadows of international Law: the Uruguay, Colorado, and Washington models. *Wisconsin International Law Journal*, 33(1), 140-166.

Grisaffi, T. (2016). Social control in Bolivia: A Humane Alternative to the Forced Eradication of Coca Crops. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 149-166) Genève, Suisse : Springer International Publishing.

Hernandez, A.P. (2011). Drug legislation and the prison situation in Mexico. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 60-70). Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

Hine-Ramsberger, W. (2011). Drug Violence and Constitutional Revisions: Mexico's 2008 Criminal Justice Reform and the Formation of Rule of Law. *Brooklyn Journal of International Law*, 37(1), 291-316.

Hughes, C. (2017). Portuguese Drug Policy. Dans R. Colson et H. Bergeron (dir.), *European Drug Policies. The Ways of Reform* (chapitre 11). New York, USA : Routledge, Version électronique non paginée.

Hugues, C.E. et Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examing the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31, 101-113.

Hugues, C.E. et Stevens, A. (2010) What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022.

Hulsman, L. et Bernat De Célis, J. (1982). *Peines perdues : le système pénal en question*. Paris, France : Le Centurion.

Insulza, J. M. (2013a). *Scenarios for the drug problem in the Americas 2013-2025*. Groupe de travail mandaté par l'OEA lors de son VIe Sommet tenu en 2012 à Cartagena de Indias. Repéré à [http://www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios\\_Report.PDF](http://www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF)

Insulza, J.M. (Secrétaire général de l'OEA) (2013b). Address of the OAS Secretary General in his presentation in London of the report on the drug problem in the Americas. 30 juillet, communiqué de presse transmis par l'OEA. Repéré à [http://www.oas.org/en/media\\_center/press\\_release.asp?sCodigo=E-288/13](http://www.oas.org/en/media_center/press_release.asp?sCodigo=E-288/13).

Jansen, A.C.M. (1994). The development of a legal consumers market for cannabis – the coffee shop phenomenon. Dans E. Leuw et I. H. Marshall (dir.), *Between prohibition and legalization The Dutch Experiment in drug policy* (p. 169-192). Amsterdam/New York, USA: Kugler Publications.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Keizer, B. (2001). *La politique sur les drogues des Pays-Bas*. Mémoire présenté au Comité spécial du sénat sur les drogues illicites. Ottawa, Ontario : Bibliothèque du parlement. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/presentation/keizer-f.htm>.
- Korf, D.J. (2013). Marijuana Behind and Beyond Coffeeshops. Dans T. Decorte, G. Potter et M. Bouchard (dir.), *World Wide Weed: Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control* (p. 181-195). London, United Kingdom: Ashgate.
- Korf, D.J. (2001). *Tendances et modèles d'utilisation du cannabis aux Pays-Bas*. Mémoire présenté au comité spécial du sénat sur les drogues illicites. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/presentation/korf-f.htm>.
- Krajewski, K. (1999). How flexible are the United Nations drug conventions? *International Journal of Drug Policy*, 10(3), 329-338.
- Kurzer, P. (2001). Cultural diversity in post-Maastricht Europe. *Journal of European Public Policy*, 8(1), 144-161.
- Laqueur, H. (2015). Uses and abuses of drug decriminalization in Portugal. *Law et Social Inquiry*, 40(3), 746-781.
- Latin American Commission on Drugs and Democracy (The) (2009). *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Book and Statement. Repéré à <http://www.globalcommissionondrugs.org/about-us/the-latin-american-commission-on-drugs-and-democracy/>
- Liberties. Eu (2016). *Italie – Le paradoxe de l'interdiction des drogues*. European Liberties Platform. Repéré à <http://www.liberties.eu/fr/news/the-italian-drug-prohibition-paradox>.
- Mackey, T. K., Werb, D., Beletsky, L., Ranger, G., Arredondo, J. et Strathdee, S.A. (2014). Mexico's 'ley de narcomenudeo' drug policy reform and the international drug control regime. *Harm reduction journal*, 11(1), 31-37.
- Malinowska, K. (2017). Polish Drug Policy. Dans R. Colson et H. Bergeron (dir.), *European Drug Policies. The Ways of Reform* (chapitre 10). New York, USA: Routledge, Version électronique non paginée.
- Malinowska-Sempruch, K. (2016). Shaping drug policy in Poland. *International Journal of Drug Policy*, 31, 32-38.
- Marks, A. (2015). *A Preliminary Sketch of the Legal Landscape for Cannabis Social Clubs in Spain*. Espagne: Observatorio civil De Drogas. Repéré à <http://observatoriocivil.org/en/clubs-de-cannabis-en-barcelona-presente-y-futuro/>.
- Massé, R. (2013). Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (p. 41-70). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Mendiburo-Seguel, A., Vargas, S., Oyanedel, J.C., Torres, F. Vegara, E. et Hough, M. (2017). Attitudes towards drug policies in Latin America: Results from a Latin-American Survey. *The international Journal of Drug Policy*, 41, 8-13.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

Metaal, P. (2012). Drug policy in the Americas – a new set of Latin American policy proposals. *Drugs and Alcohol Today*, 12(3), 141-145.

Metaal, P. et Youngers, C. (2011). *Systems Overload – Drug laws and prisons in Latin America*. Transnational Institute (TNI)/ Washington Office on Latin America (WOLA) : Amsterdam/Washington. Repéré à [https://www.tni.org/files/tni-systems\\_overload-def.pdf](https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf).

Misery, A. (2015). *En Espagne, l'indignation bâillonnée*. 99% media indépendant pour la justice sociale. Repéré à <http://www.99media.org/en-espagne-lindignation-baillonnee/>.

Mravcik, V. (2015). (De) criminalisation of possession of drugs for personal use – A view from the Czech Republic. *International Journal of Drug Policy*, 26(7), 705-707.

Nekola, M. et Moravek, J. (2015) Regulating New Psychoactive Substances in the Czech Republic: Policy Analysis under Urgency. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(3), 229-246.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2005). *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : Approches juridiques*. Lisbonne, Portugal : OEDT.

Pires, A. (1995). La criminologie d'hier et d'aujourd'hui. Dans C. Debuyst, F. Digneffe, J-M Labadie et A.P Pires (dir.), *Histoire des savoirs sur le crime et la peine*, (p. 15-72). Bruxelles, Belgique : Groupe De Boeck, Éditions Larcier.

Pires, A. P et Cauchie, J.-F. (2007). Un cas d'innovation 'accidentelle' en matière de peines : une loi brésilienne sur les drogues. *Champ pénal/ Penal field*, Vol. IV. Revue électronique en libre accès. Repéré à <https://champpenal.revues.org/613>.

Pisapia, G. (1996). La législation italienne en matière de stupéfiants. Dans M.L. Cesoni (dir.), *Usages de stupéfiants : politiques européennes* (p. 113-128). Genève, Suisse : Georg.

Ponce, A.F. (2016). From Freedom to Repression and Violence: The Evolution of Drug Policy in Peru. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 123-148). Genève, Suisse: Springer International Publishing.

Reuband, K.-H. (2008). Évolution des modes de consommation des drogues et effets limités des politiques pénales : le cas de l'Allemagne. *Déviance et société*, 32(3), 303-323.

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

Rincon-Ruiz, A., Correa, H.L., Leon, D.O. et Williams, S. (2016). Coca cultivation and crop eradication in Colombia: the challenges of integrating rural reality into effective anti-drug policy. *International Journal of Drug policy*, 33, 56-65.

Rodrigues, T. et Caiuby Labate, B. (2016). Brazilian Drug Policy : Tension Between Repression and Alternatives. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 167-186). Genève, Suisse: Springer International Publishing.

Rolles, S. (2016). From Drug War to Policy Reform: Implications of US Drug Strategy for Latin America. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 209-226). Genève, Suisse : Springer International Publishing.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Romani Yanoff, J. (2017). *Lessons from Bolivia*. The Andean information Network. Repéré à <http://ain-bolivia.org/2017/05/new-ain-report-lessons-from-bolivia/>.
- Ruter, C.F. (1990). Basis of Dutch policy. Dans A. S. Trebach et K.B. Zeese (dir.), *The Great Issues of Drug Policies* (p. 191-194). Washington D.C., USA: Drug Policy foundation.
- Santos Calderon, J. M. (2012). *Discours inaugural* au VI<sup>e</sup> Sommet de l'OEA à Cartagena de Indias, Colombie, 14 avril. Repéré à [http://www.summit-americas.org/SIRG/2012/041412/statement\\_santos\\_inaugural\\_en.pdf](http://www.summit-americas.org/SIRG/2012/041412/statement_santos_inaugural_en.pdf)
- Shapiro, J.B. (2010). What are they Smoking?! Mexico's Decriminalization of Small-Scale Drug Possession in the Wake of a Law Enforcement Failure. *Inter-American Law Review*, 42(1), 115-144.
- Summers, D. L. et Plywaczewski, E.W. (2012). The Polish context. Examining issues of police reform, drug use and drug trafficking in a transitioning democracy. *Policing: an International Journal of Police Strategies & Management*, 35(2), 231-252.
- Uitermark, J. et Cohen, P. (2005). A clash of policy approaches. The rise (and fall?) of Dutch harm reduction policies towards ecstasy consumption. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 65-72.
- Uprimny, R. et Guzman, D.E. (2016). Seeking Alternatives to Repression : Drug Policies and the Rule of Law in Colombia. Dans B. Caiuby Labate, C. Cavnar et T. Rodriguez (dir.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas* (p. 87-104). Genève, Suisse: Springer International Publishing.
- Uprimny, R. et Guzman, D.E. (2011) Drugs policy and the prison situation in Colombia. Dans Transnational Institute –TNI/ Washington Office on Latin America-WOLA (dir.), *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (p. 39-49). Repéré à <https://www.tni.org/files/tni-systems-overload-def.pdf>.
- Van Brussel, G. (1995). Le programme de distribution de morphine à Amsterdam: expériences pratiques. Dans *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical* (p. 161-167). Genève, Suisse : Éditions médecine et hygiène.
- Van Der Giessen, M., Van Ooyen-Houben, M.M.J. et Moolenaar, D.E.G. (2016). Estimating the production, consumption and export of cannabis: The Dutch case. *International Journal of Drug Policy*, 31, 104-112.
- Van De Wijngaart, G.F. (1991). *Competing perspectives on drug use, The Dutch experience*. Amsterdam, Netherlands: Swets et Zeitlinger B.V.
- Van Laar, M., Van Der Pol, P. et Niesink, R. (2016). Limitations to the Dutch cannabis toleration policy. Assumptions underlying the reclassification of cannabis above 15% THC. *International Journal of Drug Policy*, 4, 58-64.
- Van Ooyen-Houben, M.M.J. (2008). Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire. *Déviance et Société*, 32(3) 325-348.
- Van Ooyen-Houben, M.M.J., Bieleman, B. et Korf, D.J. (2016) Tightening the Dutch coffee shop policy: Evaluation of the private club and the residence criterion. *International Journal of Drug Policy*, 31, 113-120.

## La décriminalisation de la possession simple de drogues

- Van Vliet, J. (1990). The uneasy decriminalization: A Perspective on Dutch Drug Policy. *Hofstra Law Review*, 18(3), 717-750.
- Vargas, J.D. et Misse, M. (2008). L'évolution de la consommation et du trafic de drogues illicites à Rio de Janeiro. *Déviante et Société*, 32(3), 377-391.
- Vervaele, J.A.E. (1998). La politique en matière de drogue : continuité et changement aux Pays-Bas. *Déviante et Société*, 22(1), 51-61.
- Von Hoffman, J. (2016). The international dimension of drug policy reform in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 27-33.
- Wayne, H. (2008). The contribution of research to the development of a national cannabis policy in Australia. *Addiction*, 103(5), 712-720.
- Werb, D. (2014). Mexico's drug policy reform: Cutting edge success or crisis in the making. *International Journal of drug policy*, 25(5), 823-825.
- Wouters, M., Benschop, A. et Korf, D.J. (2010) Local politics and retail cannabis markets : The case of the Dutch coffeeshops. *International Journal of Drug Policy*, 21(4), 315-320.
- Zobel, F. et Marthaler, M. (2016). Revue des modèles de légalisation et régulation du cannabis. *Addiction/Suisse*, 20 mai, Repéré à [https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/ZobelMarthaler\\_Rapport\\_regulation\\_cannabis\\_v3.pdf](https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/ZobelMarthaler_Rapport_regulation_cannabis_v3.pdf).



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques**

**Houwayda Matta**, t.s. Ph.D, professeure, École libanaise de formation sociale,  
Université Saint-Joseph, Beyrouth – Liban

**May Hazaz**, t.s. Ph.D., professeure associée, École libanaise de formation sociale,  
Université Saint-Joseph, Beyrouth – Liban

### **Correspondance :**

Houwayda Matta

École libanaise de formation sociale (ELFS)

Faculté des lettres et des sciences humaines – Université Saint-Joseph

Campus des sciences humaines (CSH), Bâtiment C – 5<sup>e</sup> étage

Rue de Damas, Beyrouth – Liban

B.P. 17-5208

Mar Mikhael, Beyrouth

01-421000, ext. 2173

[houwayda.bouramia@usj.edu.lb](mailto:houwayda.bouramia@usj.edu.lb)

### **Remerciements**

Cette recherche a été effectuée grâce à la collaboration entre l'École libanaise de formation sociale de l'Université Saint-Joseph et la Fédération internationale des universités catholiques.

### Résumé

Au Liban, plusieurs recherches se sont intéressées au fil du temps au phénomène d'usage et d'abus des produits licites et illicites. Bien que différentes de par leur objet, ces études convergent pour souligner la nécessité d'élaborer une politique sociale globale et intégrée destinée à ce sujet dans le contexte libanais.

Cette recherche contribue à cette nécessité en analysant les éléments existants de la politique sociale libanaise en matière d'usage et d'abus des drogues illicites, et ce, en lien avec l'expérience de différents acteurs concernés. La finalité visée est celle de tirer des leçons susceptibles d'éclairer l'élaboration ainsi que l'implantation de la politique escomptée.

Cette analyse est menée suivant une méthode qualitative et a impliqué deux principaux types de répondants : des acteurs ou intervenants appartenant à plusieurs secteurs ainsi qu'un groupe de personnes toxicomanes en cours de traitement et des proches de personnes engagées dans un traitement.

Le présent article porte sur les résultats qui se rapportent à deux principaux objectifs, à savoir brosser l'état des lieux des politiques et des pratiques existantes selon trois registres : législatif, stratégique et institutionnel et analyser les forces, les faiblesses ainsi que les enjeux y sous-jacents.

**Mots-clés** : politique sociale, drogues illicites, analyse des politiques et des pratiques, Liban

## Illicit drugs in Lebanon: Analysis of policies and practices

### Abstract

Up until present time, several studies have focused on addressing the phenomenon of use of, and addiction to legal and illegal substance in Lebanon. Although these research studies differ with respect to their aims, they concur with each other when it comes to emphasizing the necessity of designing a global social policy tackling this topic in the Lebanese context.

The current study responds to the identified aforementioned need through analyzing existing elements of the Lebanese social policy vis-à-vis usage and abuse of illicit drugs, with respect to various involved actors' experience and practices. Thus, this study aims at shedding the light on lessons that can potentially inform the establishment and implementation of the expected policy.

The present study is qualitative involving two major categories of respondents: actors involved in this issue in Lebanon from one side, and drug addicts undergoing treatment as well as significant members of the family from the other side.

In this study, findings are linked to two main objectives: - to present the state of the current social policy according to three levels: legislative, strategic and institutional; - to analyze the strengths and weaknesses facing this policy and the ongoing procedures.

**Keywords**: social policy, illicit drugs, public and private practices, Lebanon

## **Drogas ilícitas en el libano: análisis de las políticas y de las prácticas**

### **Resumen**

Muchas investigaciones se interesaron con el correr de los años en el Líbano en el fenómeno del uso y el abuso de productos lícitos e ilícitos. Si bien diferentes en cuanto al tema, estos estudios convergen en subrayar la necesidad de elaborar una política social global e integrada destinada a este sujeto en el contexto libanés.

Esta investigación contribuye a esta necesidad analizando los elementos existentes de la política social libanesa en materia de uso y de abuso de drogas ilícitas en relación con la experiencia de diferentes actores implicados. El objetivo es el de extraer lecciones susceptibles de esclarecer la elaboración y la implantación de la política esperada.

El análisis se lleva a cabo según un método cualitativo y a incluido dos tipos principales de participantes: partes interesadas e intervinientes en la problemática pertenecientes a numerosos sectores y un grupo de personas afectadas, representadas por toxicómanos en tratamiento y miembros importantes de la familia.

El presente artículo trata sobre los resultados que se refieren a los dos objetivos principales: exponer las políticas y las prácticas existentes según tres registros: el legislativo, el estratégico y el institucional y analizar las fuerzas, las debilidades y las cuestiones subyacentes.

**Palabras clave:** política social, drogas ilícitas, análisis de políticas y de prácticas

### Introduction

Au Liban, un certain nombre d'études s'est penché, à travers les années, sur divers aspects liés au phénomène d'usage et de dépendance aux produits licites et illicites. Plusieurs de ces études insistent sur la nécessité d'élaborer un plan national susceptible d'aborder ce phénomène avec une approche holistique unifiant la panoplie d'actions et d'initiatives éparses existantes. En effet, depuis 1992, des voix revendiquent l'élaboration d'un plan global visant à harmoniser les politiques, à coordonner les services (Boustani, 1992) et à prévoir les mesures nécessaires pour réduire l'usage et l'abus des drogues (Antoun, 1994). Dans cette optique, des objectifs d'ordres éthique, économique et politique sont proposés pour gérer sérieusement ce problème de santé publique croissant au Liban de l'après-guerre (Boustani, 1994; 1998). D'autant plus que les réponses demeurent inadaptées aux besoins vu différentes lacunes aux niveaux législatif, stratégique et institutionnel (Matta et Hazaz, 2011; SKOUN, 2006). C'est dans ce contexte que nous avons considéré en tant que chercheuses que l'inexistence d'un plan national ne signifie guère que notre contexte est dénué de tout élément constitutif d'une politique de drogues, qu'il s'agisse de politiques formelles ou de pratiques. Quels sont ces éléments ? Quelles sont leurs zones de force et de faiblesse ? Quels en sont les enjeux sous-jacents ?

Ce sont des questionnements qu'aucune étude libanaise n'a traités. La présente étude porte donc sur l'analyse des politiques et des pratiques existantes au Liban visant autant le contrôle des drogues illicites dans ce contexte, que l'accompagnement et l'encadrement des personnes concernées par l'usage ou l'abus des drogues. Cette analyse a pour objectif de brosser un état des lieux en dégagant les forces et les faiblesses de ces politiques et pratiques ainsi que les enjeux qui leur sont sous-jacents, et ce, selon trois registres : législatif, stratégique et institutionnel.

Cette analyse s'appuie sur l'expérience de différents types d'acteurs-intervenants dans la problématique, et celle de personnes toxicomanes en cours de traitement et de membres significatifs de la famille. La finalité visée est celle d'éclairer l'élaboration et l'implantation de tout plan national éventuel par des éléments de compréhension amenés par les protagonistes les plus concernés.

### Bref aperçu de l'état des lieux au Liban

Les recherches scientifiques menées au Liban ne précisent pas le nombre exact des personnes concernées par l'usage et l'abus des drogues licites et illicites, mais certaines d'entre elles avancent des estimations et des chiffres qui permettent une description relative de ce phénomène.

En 2003, l'United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) et l'Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC) soulignaient que la population aux prises avec cette problématique connaissait un rajeunissement, la moyenne d'âge touchée se situant entre 14 et 17 ans. En 2010, le nombre des personnes toxicomanes au Liban était estimé entre 10 000 et 15 000 personnes (Institute of Health Management and Social Protection, 2012), avec une première initiation au produit à l'âge de 9 ans (Karam, Ghandour, Maalouf, Yamout et Salamoun, 2010). Une étude ciblant les milieux scolaires rapportait en 2011 que 3,5% des élèves âgés de 13 à 15 ans avaient fait usage de la marijuana au moins une fois dans leur vie (Centre de contrôle et de prévention des maladies, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de la Santé publique et Organisation mondiale de la santé, 2014). Par ailleurs, l'abus des médicaments nécessitant ou

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

non une prescription médicale semblait être en hausse notamment parmi les étudiants universitaires (Ghandour, El Sayed et Martins, 2012).

Les produits consommés varient entre l'héroïne, le haschisch et la cocaïne avec une expansion de nouveaux produits tels que l'ecstasy, le benzhexol, les médicaments opiacés et à base de codéine ainsi que le thinner (UNODC et IDRAAC, 2003). Une étude ciblant plusieurs profils de consommateurs précise que le cannabis est le produit le plus utilisé par les étudiants secondaires et universitaires, alors que l'héroïne est responsable de 50% des admissions en traitement et la cocaïne de 20% (Karam et al., 2010).

Une panoplie de produits illicites existe sur le marché libanais (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines, captagon, ecstasy) en provenance de l'Europe de l'Est et de l'Amérique du Sud (Kerbage et Haddad, 2014). Le Liban qui constitue un pays de transit pour certains de ces produits (United States Department of State, 2014) est surtout producteur du haschisch et en moindre quantité d'héroïne, notamment dans la région de la Békaa (Kerbage et Haddad, 2014).

L'usage et l'abus des drogues au Liban sont régis par la *Loi 673/98 relative aux stupéfiants, aux substances psychotropes et aux précurseurs* qui répertorie les produits licites et illicites selon leur dangerosité et en régleme la culture, la production et la vente. Cette loi adopte une approche thérapeutique vis-à-vis du toxicomane considéré comme victime d'une dépendance physique et psychologique à une substance toxique. Tout en insistant sur la criminalisation des actes d'usage et d'abus des drogues, la loi prévoit la suspension de la sanction ou la dispense de l'exécution lorsque la personne détenue pour la première fois s'engagerait dans une thérapie. Elle prévoit également l'exemption de la sanction dans le cas où la personne concernée guérirait définitivement de la toxicomanie (articles 184, 189 et 198).

En parallèle à cette loi, le *Décret 849/1 relatif aux conditions d'utilisation des traitements de substitution des usagers de drogues* a été adopté en 2010 et lancé sur le terrain en 2012 (Ministère de la Santé publique (MSP), Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Ministère de l'Intérieur et des Municipalités (MIM), Ministère de la Justice (MJ), and Ministère des Affaires sociales (MAS), 2016).

Les réponses destinées à ce problème sont principalement assurées par le secteur associatif à travers une multitude d'institutions spécialisées qui offrent un large spectre de services axés surtout sur la prévention et la réhabilitation, avec un moindre accent sur l'insertion socioprofessionnelle (Matta et Hazaz, 2011). Parmi une diversité d'approches appliquées, une minorité de ces associations privilégient l'approche de réduction des méfaits (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016). Plusieurs ONG régionales ou internationales collaborent entre elles ainsi qu'avec des agences gouvernementales et des institutions de la société civile pour promouvoir les bonnes pratiques et améliorer la coordination entre tous les partenaires.

D'autres réponses sont apportées par plusieurs ministères dépendamment de la spécificité de leur fonction (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016). Le ministère de la Santé publique s'investit principalement dans la couverture des frais de la désintoxication. Il régleme la vente des anxiolytiques et sédatifs et coordonne l'administration des traitements de substitution suivant le Décret 849/1. Le ministère des Affaires sociales oriente ses actions vers la prévention et attribue un support

financier à la réhabilitation dans les institutions du secteur associatif. Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur se concentre sur la prévention en milieu scolaire alors que le ministère de l'Intérieur et des Municipalités se consacre à la lutte contre l'offre à travers le Bureau de répression de la drogue qui lui est rattaché.

Quant au ministère de la Justice, il veille à travers ses instances à l'application de la loi et préside le Comité de lutte contre la toxicomanie instauré sous son égide. Il s'agit d'une structure à laquelle la loi attribue le mandat d'évaluer la gravité de la dépendance chez les personnes détenues pour la première fois afin de les orienter vers les services appropriés. Ce comité est également chargé de poursuivre l'évolution du traitement et de certifier l'accomplissement du parcours thérapeutique requis par une attestation de guérison susceptible d'arrêter les poursuites judiciaires à l'égard des concernés (Kerbage et Haddad, 2014).

Tous ces acteurs agissent en dehors d'une stratégie nationale et font preuve de plusieurs initiatives qu'il importe d'analyser à la lumière d'une approche globale de promotion de la santé.

### **Une politique globale axée sur la promotion de la santé à privilégier**

La notion de politique sociale englobe les dispositions et les mesures gouvernementales qui visent à prévenir, supprimer ou atténuer les problèmes sociaux afin de favoriser le bien-être des groupes fragiles de la société en veillant à la sécurité et à la justice sociale (Office Fédéral des Assurances Sociales, 2011). Ciblant un groupe précis de population, la politique concernant l'usage et l'abus des drogues est de type catégoriel (Barreyre, Bouquet, Chantreau et Lassus, 1995 ; Donzelot, 1994 ; Merrien, 1998).

Cette recherche prend pour cadre de référence l'analyse des politiques sociales, du point de vue des dimensions qui forment leur substance (Muller et Surel, 1998 ; Stine et Ellefson, 1997). En référence à Muller, Leca, Majone, Thoenig et Duran (1996), plusieurs dimensions peuvent distinguer la substance à étudier :

- un référentiel qui traduit une vision du monde orientant la décision politique et lui attribuant une légitimité ;
- une dimension légale incluant un ensemble de mesures et de procédures concrètes ;
- un volet opérationnel englobant des stratégies d'action traduites en modalités pratiques et échelonnées dans le temps ;
- un cadre institutionnel délimitant et structurant les ressources et les acteurs à mobiliser, en articulant les structures et les pratiques.

Une politique globale de promotion de la santé est privilégiée par plusieurs pays et instances internationales en regard de la problématique d'usage et d'abus des drogues. Sans exclure les mesures pénitentiaires en cas de consommation de produits illicites et de criminalité associée à l'abus, cette politique se base sur une approche « équilibrée et intégrée » (Conseil de l'Union européenne, 2004). Visant prioritairement à favoriser la capacité des gens à mieux faire des choix pour promouvoir leur bien-être physique et psychologique (Beauchesne, 2007 ; UNODC, 2011), elle se propose d'occulter les réponses universelles et totalisantes (Devresse et Cauchie, 2000).

Cinq principaux axes d'action se dégagent de l'analyse des stratégies liées à cette approche telle que préconisée par différents plans d'action à l'international (Conseil de l'Union européenne, 2012 ; Coordination permanente cellule générale de politique de drogues, 2010 ; Département fédéral de l'intérieur et Office fédéral de la santé publique, 2015 ; Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes, 2015 ; La documentation française, 2013 ; Santé Canada, 2016 ; UNODC, 2011). Exigeant l'étroite collaboration de différents acteurs, ces axes portent sur la réduction de l'offre, la réduction de la demande, la réduction des méfaits, la collaboration internationale ainsi que la recherche et l'évaluation.

**La réduction de l'offre.** Souvent basé sur des mesures de répression, cet axe porte principalement sur la lutte contre la production des drogues, le trafic et tout acte criminel associé à la drogue.

**La réduction de la demande.** Cet axe inclut plusieurs pivots relatifs à la prévention, l'intervention précoce, la prise en charge et la formation des ressources humaines. La prévention s'attribue une finalité dissuasive et privilégie des interventions éducatives adressées aux jeunes et aux familles ainsi que des actions structurelles de lutte contre la pauvreté. Quant à l'intervention précoce, elle se préoccupe d'améliorer l'accès aux programmes de prise en charge et de prévention, ciblant notamment les usagers non dépendants par des actions axées sur le changement de comportement et des mesures d'atténuation de la marginalisation. La prise en charge se présente comme alternative aux sanctions judiciaires et doit être basée sur le consentement du client. S'adaptant aux spécificités personnelles et aux facteurs de risque, elle se consolide par une approche de réinsertion soucieuse de prévenir la rechute.

Quant au volet relatif aux ressources humaines, la formation initiale s'avère être insuffisante, ce qui exige une formation spécialisée en toxicomanie afin de renforcer l'expertise des professionnels agissant aux différents niveaux susmentionnés.

**La réduction des méfaits.** Cet axe vise à réduire les dommages sanitaires et sociaux relatifs à la consommation des drogues et se préoccupe de rejoindre les usagers les plus précaires. Les traitements de substitution font partie de cette approche qui inclut également un suivi psychologique et des stratégies de réinsertion sociale.

**La coopération internationale.** Cet axe constitue un axe transversal de par ses retombées positives sur l'efficacité d'autres stratégies, notamment celles liées à la lutte contre le produit et ce, par l'action coordonnée des pays producteurs et de transit.

**La recherche.** Cet axe fournit une compréhension approfondie des spécificités personnelles et contextuelles susceptibles de guider l'élaboration d'interventions et de programmes adaptés. L'évaluation des politiques, programmes et services s'y présente comme un impératif.

## Méthodologie

Cette analyse des politiques et des pratiques relatives aux drogues illicites, mises en place au Liban en dehors d'un plan national, privilégie une approche de recherche qualitative (Perret, 2008) de type exploratoire descriptif. Elle parcourt l'expérience d'informateurs concernés par l'élaboration ou l'implantation des politiques (Stine et Ellefson, 1997) pour réaliser « un compte-rendu clair du phénomène à l'étude » (Miles et Huberman, 2003).

## Population, échantillonnage et collecte des données

Cette recherche rejoint deux catégories d'informateurs : des acteurs-intervenants dans différents secteurs, et un groupe constitué des personnes toxicomanes en cours de traitement et des proches de personnes toxicomanes engagées dans le même type de traitement.

L'échantillon constitué inclut 71 personnes reflétant « l'hétérogénéité du tissu social » concerné par l'étude (Mayer et Ouellet, 1991) et assurant une représentativité théorique (Perret, 2008) en raison d'un choix « poussé par une question conceptuelle » (Miles et Huberman, 2003). Deux instruments de collecte des données ont été utilisés : le groupe de discussion et l'entrevue semi-dirigée.

## Les groupes de discussion

Cette technique a été appliquée auprès de 43 acteurs ou intervenants appartenant à cinq secteurs impliqués dans la problématique, à savoir les secteurs public, associatif, médical, juridique et éducatif. La sélection de ces secteurs a été effectuée suivant un échantillonnage par quota basé sur un choix typique guidé par un intervenant expert dans la problématique (Miles et Huberman, 2003). Chaque sous-groupe a été approché séparément (Mayer et Ouellet, 1991) afin de collecter un matériel homogène et pertinent (Conseil scientifique de l'évaluation, 1996) :

**Le secteur public (SP).** Ce secteur regroupe six répondants représentant à la fois les cinq ministères concernés par la problématique (Affaires sociales, Santé publique, Éducation et Enseignement supérieur, Intérieur et Municipalités, Justice) ainsi que le Comité de lutte contre la toxicomanie, constitué des ministères mentionnés et d'un représentant du secteur associatif.

**Le secteur associatif (SA).** Ce secteur réunit 13 représentants d'associations dispensant des services de prévention et de réhabilitation au niveau local ou régional.

**Le secteur médical (SM).** Ce secteur rejoint six répondants incluant des psychiatres intervenant auprès des personnes toxicomanes et des représentants de centres de désintoxication. De plus, un psychiatre chevronné, ayant eu un empêchement majeur de participer au groupe de discussion, a été rejoint par le biais d'une entrevue semi-dirigée.

**Le secteur juridique (SJ).** Ce secteur est représenté par dix avocats et juges détenant une expérience soutenue dans la problématique.

**Le secteur éducatif (SÉ).** Ce secteur rassemble sept représentants d'universités privées assurant des services d'aide psychosociale aux étudiants. Il est à savoir que plusieurs directeurs d'établissements scolaires contactés ont refusé de participer à la recherche appréhendant la stigmatisation de leur collège.

Les premières questions du guide d'entretien invitent les participants à se référer à leur expérience pour répertorier les politiques formelles et les pratiques concernant les drogues illicites. Ces répondants sont ensuite invités à analyser les forces et les faiblesses sous-jacentes à ces éléments puis à émettre des suggestions en la matière.

### Les entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé a été utilisé auprès de quinze personnes toxicomanes et de treize membres de la famille (mères, pères et frères). Nous avons privilégié cette technique pour garantir l'anonymat de nos interlocuteurs rongés par la stigmatisation (Quivy et Van Campenhoudt, 1995) et pour recueillir leur savoir expérientiel (Savoie-Zajc, 2003). Le recrutement a été facilité par des institutions de réhabilitation, suivant la méthode par chaîne qui permet d'avoir accès à « des cas riches en information » (Miles et Huberman, 2003).

La première consommation de drogue des jeunes toxicomanes rejoints et de ceux dont l'expérience a été rapportée par un proche est survenue en général entre 13 et 23 ans. Débutant par le haschisch, tous finissent par combiner plusieurs produits (héroïne, cocaïne, somnifères, hallucinogènes, etc.). Ces jeunes suivent une réhabilitation, certains sont en cours d'emploi alors que d'autres poursuivent leurs études. Deux d'entre eux ont été détenus et incarcérés dans le passé.

Le guide d'entretien commence par explorer l'historique de dépendance et la démarche de traitement effectuée. Il sollicite ensuite les répondants à analyser l'apport et les limites des mesures gouvernementales et des services privés reçus, pour terminer en recueillant des propositions d'amélioration de l'approche envers les usagers et les personnes dépendantes des drogues illicites au Liban.

### Méthode d'analyse

Les enregistrements des groupes de discussion et des entrevues ont été intégralement transcrits et soumis à une opération rigoureuse d'analyse de contenu (De Ketele et Roegiers, 1996). Le matériel recueilli par chacun de ces instruments a été découpé et les énoncés émis ont été regroupés en catégories à la base de leur similitude de sens (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000). Suivant un modèle mixte, certaines catégories sont identifiées en référence au guide d'entrevue et aux objectifs de la recherche, alors que d'autres sont induites en cours d'analyse (Mayer et Ouellet, 1991).

Une analyse transversale des résultats issus des différents répondants a été appliquée par la suite permettant d'identifier les convergences et les divergences (Simard, 1989). « Un assemblage organisé d'informations » rattaché aux objectifs de la recherche s'en dégage sous forme de thèmes appuyés par des verbatim (Miles et Huberman, 2003). Les répondants se sont exprimés en arabe, ainsi les verbatim utilisés dans cet article sont des traductions des auteurs.

### Considérations éthiques

Cette étude n'a pas été examinée par un comité d'éthique, cependant, plusieurs dispositions ont été prises pour respecter les conditions requises. Un consentement éclairé a été obtenu des différents interlocuteurs informés des objectifs de la recherche, de l'importance d'enregistrer les données ainsi que de leur droit à une libre participation confidentielle sans aucune contrainte et dans le respect de leur anonymat (Deslauriers, 1991). Dans ce sens, nous avons respecté la volonté de certains jeunes et parents ayant refusé l'enregistrement en optant pour une prise de notes manuelle. Les enregistrements autorisés ont été gardés dans un endroit protégé et ont été détruits à la suite de la publication locale de l'étude. Par ailleurs, les verbatim utilisés sont appuyés uniquement par des sigles identifiant le type du répondant afin d'éviter toute spéculation.

## Principaux résultats

Cet article présente l'état des lieux des politiques et des pratiques existantes avec l'analyse des forces, des faiblesses et des enjeux qui y sont reliés. Plusieurs paramètres sont dégagés relevant de trois registres : le législatif discutant la Loi 673/98 et l'état de son application ; le stratégique lié aux actions implantées par les secteurs public et associatif dans le but de lutter contre l'offre et la demande et d'accompagner les personnes aux prises avec les drogues illicites ; l'institutionnel concernant notamment la dynamique des acteurs. S'y ajoutent des sujets qui demeurent polémiques.

## Une évolution législative favorisant une approche relativement compréhensive

Les acteurs-intervenants, toutes provenances confondues, saluent l'évolution conceptuelle de la Loi 673/98 qui présente la personne toxicomane comme étant « malade » en raison d'une dépendance aux produits toxiques. Les représentants des deux secteurs juridique et associatif mettent particulièrement l'accent sur les deux volets de la loi, pénal et thérapeutique, accordant au toxicomane arrêté ou condamné le choix entre la prison ou la poursuite du traitement.

*L'idée du toxicomane malade ayant besoin de traitement fait réagir positivement la société, les juges, les avocats... Ces jeunes ne sont plus perçus comme criminels. (SA)*

*C'est une volonté réelle de bien traiter ces jeunes victimes de plusieurs facteurs... les ayant conduits aux drogues. (SJ)*

Cependant, ces mêmes répondants s'accordent pour souligner que la Loi 673/98 fait encore prévaloir un côté répressif. À ce titre, ils s'attardent sur la liberté du toxicomane qui reste conditionnée par son consentement aux soins, la loi n'autorisant pas l'arrêt des poursuites, mais prévoyant la suspension de la sanction pour les individus qui s'engagent dans une thérapie. Ils relèvent également la limite de la mesure thérapeutique de laquelle ne peuvent profiter que les personnes détenues pour la première fois pour possession et usage de drogues. Se référant également au fait que la loi n'admet la dispense de la sanction uniquement si la personne toxicomane guérit définitivement, ces répondants remettent également en question le concept absolu de guérison qu'ils considèrent inapproprié en regard de la spécificité de la toxicomanie :

*Ce concept est très vague en toxicomanie. En réalité, le toxicomane risque de faire une rechute à tout moment... la guérison complète est idéaliste. (SJ)*

Nos interlocuteurs du secteur associatif contestent particulièrement l'aspect pénal de la loi et considèrent l'inscription de l'inculpation au casier judiciaire des toxicomanes condamnés, comme un facteur important d'exclusion et de stigmatisation. Reconnaisant ce méfait, nos interlocuteurs du secteur public défendent globalement l'approche répressive revêtant selon eux un effet dissuasif :

*Le toxicomane mérite de profiter de plusieurs chances : thérapie, emploi, insertion, support en cas de rechute avant de penser aux sanctions. (SA)*

*Le produit nous envahit... On a besoin d'un fort moyen dissuasif pour combattre ce fléau (SP)*

## **Des mécanismes d'application de la loi inexistantes ou nécessitant une réforme**

Selon certains acteurs ou intervenants des secteurs juridique et associatif, l'aspect thérapeutique de la Loi 673/98 reste entravé, notamment en raison du manque de centres de traitement gouvernementaux, des perturbations du fonctionnement du Comité de lutte contre la toxicomanie, du rythme des procédures judiciaires et de l'état des prisons. L'inexistence des centres de traitement gouvernementaux prévus par la loi est déplorée. Selon ces répondants, ce manque aboutit à l'incarcération de jeunes consentant au traitement par certains juges « rigides » qui, dénigrant la thérapie effectuée dans les centres privés, maintiennent leurs jugements punitifs. Il est à savoir que les associations existantes s'avèrent incapables de répondre à l'ampleur des demandes.

*Certains juges abordent le texte littéralement et n'acceptent pas la thérapie dans un centre privé pour ordonner l'arrêt des poursuites judiciaires. (SJ)*

Concernant le Comité de lutte contre la toxicomanie, les représentants des secteurs juridique et associatif rappellent le mandat de coordination entre le pouvoir judiciaire et les services de prise en charge qui lui est conféré par la loi pour l'orientation et le suivi du traitement ainsi que pour l'émission d'un certificat de guérison à l'intention des juges.

Se référant à l'historique de ce comité instauré en 2004, nos interlocuteurs déclarent que celui-ci est « mort-né » (SA), étant incapable d'exercer ses fonctions à cause de l'absence de mécanismes d'application et de budget. Selon eux, malgré plusieurs tentatives de réanimation, ce comité continue à fonctionner dans des conditions contraignantes l'empêchant de saisir et de traiter l'ensemble des dossiers des personnes arrêtées sur le territoire libanais. De l'avis de ces répondants, ces perturbations de fonctionnement ont contribué à entraver l'application de la loi, portant parfois atteinte aux droits des personnes concernées. Les conditions contraignantes imposées affectent également la coordination entre le judiciaire et le thérapeutique, le comité s'avérant incapable d'agir comme un système de référence entre ces deux instances :

*L'inactivité du comité a privé des individus ayant achevé leur traitement du certificat de guérison que certains juges exigent impérativement pour accepter l'arrêt des poursuites judiciaires. (SJ)*

*On voit souvent un toxicomane détenu s'orienter vers un centre de réhabilitation et n'y rester qu'un seul jour...personne ne surveille. (SA)*

Pour leur part, les procédures judiciaires sont critiquées en raison de leur rythme ralenti et de la fréquence des procès par contumace qui entraînent la détention de personnes réhabilitées à la base de délits précédents. Dans ce cadre, le manque de spécialisation des avocats et des juges méconnaissant les spécificités de la problématique est souligné.

Quant à la prison, elle se présente comme un environnement à haut risque pour les personnes toxicomanes incarcérées. Des répondants de différentes provenances affirment que l'accès aux drogues est facile dans ce milieu qui intègre le simple toxicomane avec les auteurs de divers types de crime, ce qui risque d'enfoncer les jeunes non expérimentés sur la route de la déviance :

*Je ne savais rien des manœuvres illégales, mais en prison j'en ai appris beaucoup...un simple dealer s'y transforme en trafiquant chevronné...(Jeune).*

## **Les pratiques gouvernementales, entre approche compréhensive et répression**

L'approche compréhensive de la Loi 673/98, présentant la toxicomanie comme une pathologie, s'accompagne d'une certaine amélioration des pratiques. Se démarquant de leurs confrères conservateurs, certains juges font d'importants efforts pour contourner le manque des mécanismes d'application de la loi en facilitant le traitement des personnes détenues en concertation avec les associations. Les répondants du secteur associatif pensent que les Forces de sécurité intérieure (FSI) font preuve d'une approche plus humanisée, favorisée par des formations délivrées par certaines associations :

[Les FSI] *On y voit moins de violence...ils commencent à accepter l'intervention des associations pour trouver des alternatives favorables au toxicomane.* (SA)

Mais en dépit de ces avancées, une approche punitive et coercitive ainsi que des pratiques violentes sont encore rapportées par certains répondants :

*Au lieu d'arrêter les dealers et les commerçants, ils arrêtent les jeunes qui fument un joint.* (Mère)

*Ils m'ont carrément battu, m'ont cassé les dents.* (Jeune)

Nos interlocuteurs ministériels justifient la coercition en lui attribuant une finalité dissuasive, une hypothèse fortement contestée par les jeunes et leurs parents :

*C'est effrayant, l'acharnement de la police...la pression [avec mon fils], ça a fait l'effet contraire, ça l'a révolté.* (Mère)

## **Les actions stratégiques : une contribution limitée de l'acteur gouvernemental**

Sur le plan de la lutte contre le produit, les représentants du secteur public affirment que le ministère de l'Intérieur et des Municipalités déploie, à travers les FSI agissant dans le Bureau de répression de la drogue, plusieurs actions qui visent l'éradication des cultures illégales, la poursuite des trafiquants, la saisie de la production locale ainsi que le contrôle sur les frontières et sur la vente illégale des médicaments.

Cependant, ces mêmes répondants soulignent qu'en dépit des efforts investis, les FSI demeurent mal outillées pour contrer efficacement les tactiques criminelles. D'autres répondants signalent un certain manque de compétences et de pouvoir, affectant autant le fonctionnement de ces agents que les teneurs de la décision politique :

*J'avais de la marchandise, ils ont amené leurs chiens, fouillé la voiture, déchiré les pneus sans rien détecter.* (Jeune)

*Tout le monde connaît les grands commerçants, on les voit à la Télé, qu'est-ce qui empêche l'État de les détenir?* (SM)

Par ailleurs, plusieurs répondants font référence à l'accès facile illégal aux médicaments à prescription médicale dans les pharmacies. D'autres révèlent des entraves majeures à la décision gouvernementale d'éradiquer le haschisch vu les extractions occasionnelles épargnant des régions protégées politiquement et le soutien défaillant des cultures alternatives :

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

*Les FSI n'ont aucun pouvoir sur certaines régions où elles peuvent être attaquées par des forces locales armées. (SJ)*

Concernant la prévention, nos répondants des divers secteurs mettent l'accent sur les actions investies par le Ministère des Affaires sociales et son homologue de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Ils expliquent que le Ministère des Affaires sociales possède une stratégie nationale de prévention (MAS, 2011) dont l'application reste incomplète. Selon le représentant du Ministère des Affaires sociales, quelques activités préventives sont assurées irrégulièrement ou indirectement par ce ministère à travers ses Services de développement communautaire répartis sur le territoire libanais.

À son tour, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur inclut la toxicomanie dans sa stratégie de santé scolaire adressée aux écoles officielles (MEES, 2010a, 2010b) qui, d'après les représentants des secteurs social et éducatif, demeure irrégulière et sans horaire précis dans l'agenda scolaire. Au niveau de la désintoxication, nos répondants, toutes catégories confondues, déplorent la difficulté d'accès des personnes défavorisées aux soins en l'absence de structures de soins gouvernementales. Ils questionnent à ce titre l'existence d'un seul hôpital gouvernemental capable d'assurer des services de désintoxication. De même, ils critiquent la contribution limitée du ministère de la Santé publique aux coûts dispendieux des services privés. Sachant qu'aucun régime d'assurance, public ou privé, ne couvre ces services.

*Pour nous faire traiter, on doit déboursier entre 4 000\$ et 5 000\$...à part le fait que c'est cher, on ne guérit pas d'une seule cure. (Jeune)*

Quant à la réhabilitation et à l'insertion socioprofessionnelle, tous les participants s'accordent pour confirmer que l'État délègue l'entière responsabilité de ces actions stratégiques au secteur associatif dont les représentants déplorent le support financier minime assuré par le Ministère des Affaires sociales.

### **Le secteur associatif : un acteur stratégique proactif qui n'est pas à l'abri des critiques**

En contrepartie aux contributions gouvernementales limitées en prévention et au retrait étatique en matière de réhabilitation et d'insertion, le secteur associatif s'empresse de prendre la relève. Nos répondants des deux secteurs social et médical mettent l'accent sur la diversité d'approches existantes : communautés thérapeutiques et de prière, centres de jour, travail de rue et en milieu carcéral. De leur côté, les parents apprécient la réponse intégrée que ce contexte institutionnel cherche à assurer :

*Un cadre idéal qui ne s'adresse pas seulement aux personnes qui prennent des substances, mais aussi à leurs parents. (Mère)*

Au niveau préventif, les représentants des deux secteurs associatif et éducatif reconnaissent les carences identifiées par les jeunes toxicomanes. Le secteur associatif reconnaît notamment son incapacité à compenser le manque non comblé par l'État et relève particulièrement des lacunes en ce qui a trait à la prévention secondaire vu l'absence de structures d'occupation du temps libre et l'inexistence d'associations ciblant les jeunes et les adolescents à risque :

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

*Jamais de ma vie, ni à l'école ni à l'université, je n'ai entendu parler de drogues, j'en voyais dans des films, je pensais que c'est loin de moi. (Jeune)*

*[...] rien à offrir aux personnes à risque, pas de programmes de prévention secondaire...ni des centres spécialisés pour les 12-14...(SA)*

Concernant la réhabilitation, le nombre réduit d'associations spécialisées, centralisées en majorité dans les grandes villes, fait en sorte qu'il est impossible de répondre à l'ampleur de la demande, ce qui occasionne des retards d'admission considérables :

*Mon frère fut mis sur la waiting list pendant cinq mois, entre-temps il double sa consommation et change d'avis. (Frère)*

Dans cet ensemble, la prévention de la rechute et les stratégies d'insertion socioprofessionnelle demeurent les chaînons les plus faibles. Les actions existantes se résument à quelques services occasionnels de préparation à l'emploi et à un suivi post réhabilitation de court terme :

*Les programmes existants ne sont pas suffisants pour habilitier les jeunes à s'intégrer sur le marché de travail. (SA)*

Ainsi, le manque d'accompagnement à long terme fragilise le jeune devant les risques de la rechute et prive les parents d'un soutien professionnel les habilitant à composer adéquatement avec les péripéties de l'insertion et les dangers de la rechute :

*Un certain nombre de jeunes ayant achevé leur réhabilitation rechutent, car ils manquent de suivi étroit à long terme. (SA)*

*Certaines familles n'arrivent pas toutes seules à contenir ce jeune. (SA)*

Sur le plan des ressources humaines, un certain manque de compétences professionnelles est pointé par les jeunes et les parents. Ces derniers dénoncent également le style de gestion rigide de certaines associations qui ne réussissent pas toutefois à contrôler les manœuvres entreprises par les jeunes pour contourner le système :

*Ma dernière overdose s'est passée dans un centre de réhabilitation, j'avais de l'argent, J'ai fugué du centre et suis rentré clandestinement avec ma provision. (Jeune)*

*[...] Ils me donnaient des leçons au moment où ils n'ont pas su protéger mon fils de l'overdose commise sous leurs yeux. (Mère)*

Certains répondants expliquent ces carences par l'absence de spécialisation des intervenants et des cadres institutionnels formés sur le tas et exerçant de façon isolée, en l'absence de plateformes d'échange et d'analyse de pratiques.

### **Une collaboration difficile entre les acteurs publics et privés**

Un manque de concertation et un dédoublement des rôles, tant entre le secteur public et associatif, qu'au sein de ces deux secteurs est rapporté. Des valeurs et des principes en contradiction semblent affecter la collaboration et créer une forme de « chasses gardées » (SM) :

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

*La collaboration manque entre les associations et les ministères, chacun avance à sa façon ce qui dédouble le travail et confond les rôles. (SP)*

*Les modalités de communication font défaut, chacun suit ses propres repères... (SJ)*

Malgré leurs réalisations, les associations, auxquelles l'État confère une liberté d'action, se font reprocher d'agir de manière anarchique, dans un contexte dénué d'accréditation officielle basée sur des normes de qualité.

Face à cette dynamique insatisfaisante, certains acteurs ou intervenants soulignent la percée positive d'une action collective entreprise pour l'amendement de la Loi 673/98 en 2011. Cette action a été initiée et portée par plusieurs associations qui continuent encore aujourd'hui à mobiliser les figures publiques en faveur de l'entière application du volet thérapeutique de la loi.

### **Des sujets polémiques**

La réduction des méfaits et la légalisation du haschisch demeurent deux sujets d'actualité recueillant des positionnements contradictoires. Au premier titre, les traitements de substitution réglementés par le Décret 849/1 suscitent un débat entre les répondants des différents profils. Les acteurs ou intervenants s'accordent pour exiger une meilleure précision des modalités d'application de ce décret, mais divergent dans leurs positionnements à d'autres égards. Certains regrettent l'administration du médicament en dehors d'une approche psychosociale globale. Quelques-uns revendiquent une utilisation provisoire visant l'abstinence alors que d'autres en reconnaissent la pertinence pour certains types de dépendance. Pour leur part, certains parents et jeunes, qui déplorent son coût élevé, questionnent son efficacité et le considèrent comme une drogue légalisée pouvant faire l'objet d'une mauvaise utilisation :

*Ce médicament contient de l'héroïne... Que faisons-nous pratiquement? Nous achetons de l'héroïne, mais de l'État cette fois-ci! (Père)*

*C'est un substitut de l'héroïne, mais pas efficace, car ne te change pas le comportement. (Jeune)*

Mis à part le décret 849/1, aucune politique formelle de réduction des méfaits n'est formulée, et ce, en dépit du fait que certaines associations témoignent de plusieurs interventions s'inscrivant dans cette approche. Cependant, ces pratiques exercées en dehors d'un cadre réglementé ne font pas l'unanimité chez les répondants.

Concernant la légalisation du haschisch à des fins médicales, suggérée par certains politiciens libanais, elle soulève la vigilance de nos répondants du secteur associatif qui expriment leur doute quant à la capacité des instances gouvernementales à gérer adéquatement une telle avenue.

### **Conclusion et discussion**

Cette analyse des politiques et des pratiques implantées au Liban en matière d'usage et d'abus de drogues illicites a été entreprise dans un contexte qui souffrait de l'absence d'une politique nationale en la matière. En synthèse, les résultats recueillis constatent l'existence d'une politique

fragmentée, réduite à une législation plus ou moins appliquée et occasionnant des lacunes dans la pratique. Malgré les contributions notables des secteurs public et associatif, les pratiques demeurent dispersées et souffrent de carences aggravées par un manque de qualification des ressources humaines et une collaboration institutionnelle difficile.

L'analyse de ces éléments à la lumière des composantes théoriques d'une politique sociale et des axes inhérents à l'approche de promotion de la santé permet d'identifier plusieurs paramètres exigeant une réforme.

En ce qui concerne le lien entre le législatif et l'opérationnel, une meilleure cohérence est requise pour faire le pont entre l'aspect thérapeutique de la Loi 673/98 et les pratiques gouvernementales concrètes. La remédiation nécessaire exige l'activation des mécanismes d'application de la loi, la consolidation et la décentralisation du Comité de lutte contre la toxicomanie, l'annulation de l'inscription au casier judiciaire, la réforme des prisons et l'organisation des interventions des FSI dans un plan compréhensif.

Sur le plan stratégique, la réduction de l'offre mérite d'être raffermissée avec un perfectionnement des stratégies correspondantes. En matière de réduction de la demande, la prévention primaire et secondaire ainsi que l'intervention précoce devraient être considérées comme des priorités stratégiques animées par la préoccupation de rejoindre les jeunes et les parents dans leurs spécificités socioéconomiques et culturelles et de lutter contre les facteurs de risque. Pour la prise en charge, il importe d'assurer un meilleur accès au traitement pour les personnes défavorisées, de diversifier les approches et de consolider la réhabilitation par des stratégies développées d'insertion socio-professionnelle et de prévention de la rechute. Quant à la réduction des méfaits, axe principal de l'approche de promotion de la santé, elle mérite d'être instaurée sur des bases formelles et structurantes pour les activités qui y sont rattachées. Dans cet ensemble, l'État est invité à répondre à l'ampleur des besoins en instaurant des centres spécialisés dans différentes régions libanaises et en fournissant un support financier accru aux associations existantes. Aux différents niveaux prémentionnés, la spécialisation des cadres et des intervenants s'impose comme une autre priorité.

Par ailleurs, la collaboration internationale, la recherche et l'évaluation, qui semblent être négligées par les politiques et les pratiques actuelles, devraient être bien présentes dans une politique nationale de drogues.

En somme, l'acteur gouvernemental est principalement interpellé pour remplir son rôle de référent capable de consolider la collaboration intersectorielle et interministérielle en insérant les initiatives notables des secteurs public et associatif, dans un plan national garant des critères de qualité, à la base d'une accréditation officielle.

Une première initiative associée au rôle attendu de l'État a vu le jour à la suite de cette étude menée entre 2012 et 2014. En 2015, le ministère de la Santé publique chargeait en effet une commission spéciale de l'élaboration d'un plan national relatif à l'usage et l'abus des substances psychoactives. Optant pour une approche interministérielle et intersectorielle, cette commission réussit à mobiliser des efforts collectifs pour diffuser en 2016 une stratégie nationale intitulée : Inter-Ministerial Substance Use Response Strategy for Lebanon 2016-2021, (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016).

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

Cette stratégie comporte cinq domaines d'action et se préoccupe de promouvoir le respect des droits ainsi que la liberté et l'autonomie des personnes usagères et dépendantes des drogues. La révision de la loi et le développement d'actions advocatives sont incluses dans les objectifs du premier domaine. Le domaine 2 traite des objectifs à atteindre en matière de réduction de la demande, sachant que la partie introductive de la stratégie précise des groupes vulnérables. Ce même domaine met un terme au manque d'unanimité entourant la réduction des méfaits en préconisant des objectifs en lien avec cette approche. Quant à la réduction de l'offre, des objectifs minimalement développés lui sont consacrés dans le domaine 3. Le domaine 4 s'intéresse pour sa part au suivi et au monitoring des diverses interventions, alors que la collaboration internationale fait l'objet du domaine 5. Tout au long de cette stratégie, l'amélioration de la qualité constitue une préoccupation première et fait l'objet d'objectifs spécifiques dans le domaine 2.

Cette stratégie, bien qu'encore d'ordre théorique, s'inscrit dans une visée de consolidation d'une approche de promotion de la santé. Son implantation, qui en est encore à ses débuts, permettra d'évaluer dans quelle mesure les lacunes actuelles seront réellement comblées, car comme dans toute implantation, des limites considérables peuvent contrecarrer la marge de liberté des décideurs (Muller et al., 1996). À notre avis, la présente analyse des politiques et des pratiques avance des éléments de compréhension concrets et des enjeux importants, émanant de l'expérience d'acteurs étroitement impliqués, que l'opérationnalisation de la stratégie nationale gagnerait à prendre en considération.

## Références

Antoun, F. (1994). *Enquête de terrain auprès de 804 toxicomanes menée dans quatre ONG libanaises*. Document inédit.

Barreyre, J. Y., Bouquet, B., Chantreau, A. et Lassus, P. (1995). *Dictionnaire critique de l'action sociale*. Paris, France : Bayard. Collection Travail social.

Beauchesne, L. (2007). Une légalisation des drogues inscrite en promotion de la santé : les conditions. *Criminologie*, 40(1), 135-154.

Boustani, A. (1992, octobre). *Populations exposées et recours aux substances psychotropes*. Actes du 1<sup>er</sup> Colloque franco-libanais organisé par la Faculté des sciences médicales de l'Université libanaise, en collaboration avec l'Hôpital Saint-Charles et la Délégation générale de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, Beyrouth, Liban.

Boustani A. (1994, avril). *Cliniques et cultures chez les personnes dépendantes*. Actes du 2<sup>e</sup> Colloque franco-libanais organisé par la Faculté des sciences médicales de l'Université libanaise, en collaboration avec l'Hôpital Saint-Charles et la Délégation générale de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, Beyrouth, Liban.

Boustani, A. (1998). *Drogues de paix, drogues de guerre*. Paris, France : Éditions Hachette Littératures.

Centre de contrôle et de prévention des maladies, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de la Santé publique et Organisation mondiale de la santé. (2014). Lebanon Global School-Based Student Health Survey 2011. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.

Conseil de l'Union européenne. (2004). *Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*. Bruxelles, Belgique : Conseil de l'Union européenne.

Conseil de l'Union européenne. (2012, 29 décembre). Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020). *Journal officiel de l'Union européenne*, C. 402, 1-10. Repéré à [https://ec.europa.eu/taxation\\_customs/sites/taxation/files/docs/body/drug\\_strategy\\_2013\\_2020\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/docs/body/drug_strategy_2013_2020_fr.pdf)

Conseil scientifique de l'évaluation. (1996). *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris, France : Conseil scientifique de l'évaluation.

Coordination permanente cellule générale de politique de drogues. (2010). *Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique*. Bruxelles, Belgique : Conférence Interministérielle Drogues.

De Ketele, J. M. et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements de méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents* (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

Département fédéral de l'intérieur et Office fédéral de la santé publique. (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017-2024*. Berne, Suisse : Confédération suisse, Santé 2020. Repéré à [https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie\\_Nationale\\_Addiction.pdf](https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie_Nationale_Addiction.pdf)

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. Montréal, Québec : Chenelière.
- Devresse, M. S. et Cauchie, J. F. (2000). Nouvelles politiques publiques belges sécuritaires et sociosanitaires en matière de toxicomanie : à la recherche d'une logique d'alliance. *Criminologie*, 33(2), 109-126.
- Donzelot, J. (1994). *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Éditions Points.
- Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes. (2015). *Politique Drogues et Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles, Belgique : Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDITO), Fédération des employeurs des institutions ambulatoires pour toxicomanes (FEIAT), coordination locale drogues Bruxelles (CLDB). Repéré à [http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/Politique\\_Plan\\_Drogues\\_Bruxelles\\_2016\\_2019\\_FR.pdf](http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/Politique_Plan_Drogues_Bruxelles_2016_2019_FR.pdf)
- Ghandour L. A., El Sayed, D. S. et Martins, S. S. (2012). Prevalence and patterns of commonly abused psychoactive prescription drugs in a sample of university students from Lebanon: an opportunity for cross-cultural comparisons. *Drug Alcohol Depend*, 121(1-2), 101–117.
- Institute of Health Management and Social Protection. (2012). *National Health statistics report in Lebanon*. Beyrouth, Liban : Institute of Health Management and Social Protection. Repéré à [https://www.usj.edu.lb/intranet/annonce/files/pdf/175\\_pdf\\_1.pdf](https://www.usj.edu.lb/intranet/annonce/files/pdf/175_pdf_1.pdf)
- Karam, E. G., Ghandour, L. A., Maalouf, W. E., Yamout, K. et Salamoun, M. M. (2010). A rapid situation assessment study of alcohol and drug use in Lebanon. *Lebanese Medical Journal*, 58(2), 77.
- Kerbage, H. et Haddad, R. (2014). *Lebanon: Drug situation and policy*. Strasbourg, France : Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs. Repéré à <https://rm.coe.int/drug-situation-and-policy-by-hala-kerbage-psychiatrist-at-hotel-dieu-d/168075f2a9>
- La documentation française. (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. Paris, France : La documentation française, Collection des rapports officiels. Repéré à [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_df.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf)
- Matta, H. et Hazaz, M. (2011). L'insertion socioprofessionnelle des personnes ex-toxicomanes au Liban : perceptions, réalité et défis. *Drogues, santé et société*, 10(1), 197-237.
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Merrien, F. X. (1998). De la gouvernance et des États Providence contemporains. *Revue internationale des sciences sociales*, 155, 61-71.
- Miles M. B. et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

Ministère de la Santé publique, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Intérieur et des Municipalités, Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales. (2016). *Inter-Ministerial Substance Use Response Strategy for Lebanon 2016-2021*. Beyrouth, Liban : Ministère de la Santé publique, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Intérieur et des Municipalités, Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales.

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2010a). *Risky Behavior-school Based Drug Use prevention activities*. Beyrouth, Liban : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Document inédit.

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2010b). *Creating Agents of Prevention: A School-Based Approach to Drug Prevention (2010-2012)*. Beyrouth, Liban : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Document inédit.

Ministère des Affaires sociales. (2011). *A National Comprehensive Drug Prevention Plan: the developed version (2011-2016)*. Beyrouth, Liban : Ministère des Affaires sociales. Document inédit.

Muller P, Leca J., Majone G., Thoenig J-C. et Duran P (1996). Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 46(1), 96-133.

Muller, P et Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Paris, France : Montchrestien, coll. CLEFS, politique.

Office Fédéral des Assurances Sociales. (2011). *Politique sociale : vue d'ensemble*. Berne, Suisse : Office Fédéral des Assurances Sociales.

Perret, B. (2008). *L'évaluation des politiques publiques*. Paris, France : Collection Repères, Éditions La Découverte.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.

Santé Canada. (2016, 12 décembre). L'approche fondée sur des données probantes remet l'accent sur la santé tout en renforçant l'application de la loi. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2016/12/gouvernement-canada-annonce-adoption-nouvelle-strategie-globale-drogues-portee-propositions-reformes-legislatives.html?=&wbdisable=true>

Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* (p. 293-316). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Simard, G. (1989). *La méthode du focus groupe*. Laval, Québec : Mondia.

Skoun. (2006). New perspectives for the prevention and treatment of addictions. Dans *Actes du colloque organisé par Skoun en partenariat avec la fondation humanitaire Al Waleed Bin Talal*. Beyrouth, Liban : Skoun.

Stine, R. et Ellefson, P (1997). Organizational Effects On Policy Implementation in a Geographically Dispersed Natural Resources Organization. *Evaluation Review*, 21(4), 419-437.

## Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

United Nations Office on Drug and Crime. (2011). *De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions*. New York, NY : United Nations Office on Drug and Crime.

United Nations Office on Drug and Crime et Institute for Development, Research and Applied Care. (2003). *Final report, Technical report on Drugs and Crime in North Africa and Middle East. Substance Use and Misuse in Lebanon, the Lebanon rapid situation assessment and responses study*. New York, NY : United Nations Office on Drug and Crime.

United States Department of State. (2014). *International Narcotics Control Strategy Report Volume I, Drug and Chemical Control*. Washington, D.C. : Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs.



RÉFLEXION THÉORIQUE

# La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques

**Lise Dassieu**, Ph. D, Sociologue, Chercheuse postdoctorale, Centre de recherche du CHUM

**Élise Roy**, MD, M. Sc, Professeure, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche en toxicomanie

## Correspondance :

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

Tour Saint-Antoine, bureau S01.135.03

850, rue Saint-Denis

Montréal (Québec) H2X 0A9

Canada

Tél. : 514 890-8000, poste 30991

Courriel : [lise.dassieu@umontreal.ca](mailto:lise.dassieu@umontreal.ca)

Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Chaire de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke.

### Résumé

En réponse à la crise des opioïdes qui sévit en Amérique du Nord, plusieurs autorités sanitaires ont récemment déconseillé la prescription d'analgésiques opioïdes aux personnes ayant un historique d'utilisation de substances. Identifiées comme une population à risque de dépendance et de décès liés aux opioïdes, les personnes utilisatrices de drogues (PUD) souffrant de douleurs semblent particulièrement exposées à des difficultés de prise en charge. Une synthèse des connaissances sur les problèmes de douleur chez les PUD apparaît donc hautement nécessaire dans le contexte actuel. L'objectif de cet article est de recenser et discuter la littérature disponible au sujet de (1) la prévalence de la douleur physique aiguë et chronique chez les PUD, (2) la prise en charge de leurs douleurs dans les services de santé, et (3) leurs pratiques d'automédication de la douleur. Afin d'identifier les enjeux de société et de santé publique soulevés par la douleur des PUD, nous mobilisons également des études sociologiques et anthropologiques sur l'expérience de la douleur en population générale. Ce travail souligne les difficultés de reconnaissance de la douleur des PUD par les professionnels de santé, tout en interrogeant les liens entre les barrières d'accès des PUD à une prise en charge médicale et leurs pratiques d'automédication de la douleur. En donnant l'occasion d'envisager la douleur des PUD en tant que phénomène collectif sur les plans populationnel et sociologique, cet article ouvre de nouvelles pistes pour la recherche, l'intervention auprès de PUD souffrant de douleurs, ainsi que l'orientation des politiques de santé en la matière.

**Mots-clés :** personnes utilisatrices de drogues, douleur, opioïdes, automédication, sociologie, recension des écrits

### **Pain among people who use drugs: state of knowledge and socio-anthropological issues**

#### Abstract

As a response to the current opioid crisis in North America, several health authorities have recommended not to prescribe opioid painkillers to people with a history of substance use. People who use drugs (PWUD) suffering from chronic pain are identified as a population at risk of opioid-related mortality and addiction. As such, they are likely to experience barriers of access to pain management. In this context, a knowledge synthesis about chronic pain in PWUD is highly needed. This article aims at identifying and discussing the available literature pertaining to (1) the prevalence of acute and chronic physical pain among PWUD, (2) the management of their pain in health services, and (3) their experience with self-medication of pain. To identify the intermingling social and public health issues raised by PWUD's pain, we propose to make a link between epidemiological studies of PWUD's pain and socio-anthropological studies of pain experience in the general population. This review shows that caregivers hardly acknowledge the existence of PWUD's pain. We also examine the links between PWUD's self-medication of pain and their barriers of access to medical pain management. By offering the opportunity to consider PWUD's pain as a collective phenomenon at populational and sociological levels, this article opens new avenues for research, intervention with PWUD suffering from pain, and health policies in this area.

**Keywords:** people who use drugs, pain, opioids, self-medication, sociology, literature review

## **El dolor en las personas consumidoras de drogas: estado de los conocimientos y cuestiones socio antropológicas**

### **Resumen**

En respuesta a la “crisis de los opioides” que hace estragos en América del Norte, numerosas autoridades sanitarias han desaconsejado últimamente la prescripción de opioides para el dolor en los casos de las personas que tienen una historia de abuso de sustancias. Identificadas como población a riesgo desde el punto de vista de la dependencia y de la mortalidad relacionada con los opioides, estas personas consumidoras de drogas que sufren dolor parecen particularmente expuestas a dificultades relacionadas con la obtención de tratamiento para el dolor. Una síntesis de los conocimientos sobre los problemas de dolor en estas personas se hace por lo tanto muy necesaria en el contexto actual. El objetivo de este artículo es el de recensar y discutir la bibliografía disponible sobre lo siguiente: 1) la prevalencia del dolor físico agudo y crónico entre las personas que consumen drogas, 2) el tratamiento de sus dolores en los servicios de salud y 3) las prácticas de automedicación para el dolor de estas personas. Con el fin de identificar las cuestiones de sociedad y de salud pública que plantea el dolor de las personas consumidoras de drogas, apelamos igualmente a estudios sociológicos y antropológicos sobre la experiencia del dolor en la población en general. Este trabajo destaca las dificultades que tienen los profesionales de la salud para reconocer el dolor entre quienes consumen drogas y averigua al mismo tiempo los vínculos entre las barreras que experimentan estas personas consumidoras en el acceso al tratamiento y sus prácticas de automedicación para el dolor. Al ofrecer la ocasión de considerar el dolor de los consumidores de drogas como fenómeno colectivo en los planos poblacional y sociológico, este artículo abre nuevas pistas para la investigación, la intervención ante las personas consumidoras que sufren dolores y la orientación de las políticas de salud en la materia.

**Palabras clave:** consumidores de drogas, dolor, opioides, automedicación, sociología, reseña de escritos

## Contexte : consommation de drogues, douleur chronique, et « crise des opioïdes » en Amérique du Nord

La « crise des opioïdes », qui fait l'objet d'une forte médiatisation depuis quelques années en Amérique du Nord, se rapporte à deux phénomènes distincts. Tout d'abord, les médias s'inquiètent d'une « crise » de la prescription d'opioïdes, pourtant déjà ancienne : depuis plusieurs décennies, l'Amérique du Nord est confrontée aux nombreux cas de dépendance aux médicaments opioïdes obtenus sur prescription médicale, qui surviennent chez des personnes souffrant de douleur chronique ou d'autres pathologies. La « surprescription » d'opioïdes est mise en cause pour ses conséquences néfastes telles que des cas de décès par surdose. À ceci s'ajoute un deuxième phénomène, à savoir la recrudescence récente des décès par surdose parmi les personnes utilisatrices de drogues (PUD), due à la présence, sur le marché de rue, d'opioïdes puissants tels que le fentanyl contrefait<sup>1</sup>. Les deux phénomènes, même s'ils sont concomitants, concernent des populations sensiblement différentes, des produits obtenus et consommés dans des contextes différents, avec des conséquences différentes pour les personnes. Les liens entre les deux versants de cette « crise » sont complexes, ce qui contribue à créer de la confusion sur les solutions à y apporter.

Le Canada s'inscrit, aux côtés des États-Unis, comme l'un des pays du monde où la prescription d'analgésiques opioïdes est la plus répandue (Fischer, 2015 ; Fischer, Jones, et Rehm, 2014). Au Québec, la prévalence de l'usage d'opioïdes prescrits parmi les bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments était de 10 % en 2016 (Tremblay et Daigle, 2018). S'appuyant sur des études montrant la corrélation entre les forts taux de prescription d'opioïdes et une prévalence accrue de la dépendance et de la mortalité par surdose (Fischer, Nakamura, Urbanoski, Rush et Rehm, 2012 ; Wisniewski, Purdy et Blondell, 2008), les autorités sanitaires s'interrogent aujourd'hui sur la pertinence de ces traitements dans le cadre de la douleur chronique non cancéreuse. Aux États-Unis comme au Canada, les plus récentes recommandations cliniques incitent les médecins à la prudence dans la prescription, tout en préconisant une surveillance étroite des facteurs de risque de dépendance et de surdose (Centers For Disease Control and Prevention, 2016 ; Busse *et al.*, 2017). En conséquence, les professionnels de santé se montrent de plus en plus hésitants : au Canada, les médecins de famille sont nombreux à craindre que les patients souffrant de douleur chronique ne développent des problèmes liés à la dépendance (Allen, Asbridge, Macdougall, Furlan et Tugalev, 2013). Au Québec, ces craintes semblent représenter aujourd'hui un frein à la prescription d'opioïdes (Roy, Thibault, Dubé, Hamel, Labesse et Côté, 2016). Ainsi, un changement s'est récemment amorcé dans les politiques de prise en charge de la douleur. Alors que, quelques décennies plus tôt, les opioïdes étaient considérés comme une ressource incontournable pour soulager certaines douleurs persistantes (Portenoy, 1996), la tendance actuelle, tant pour les médias que pour les autorités sanitaires, est à la vigilance face aux dommages occasionnés par ces médicaments (Knight *et al.*, 2017).

Dans ce contexte, le soulagement de la douleur chronique chez les PUD apparaît hautement problématique (Bell et Salmon, 2009). Identifiées comme une population à risque de dépendance et de décès liés aux opioïdes (Gagné *et al.*, 2014 ; Leclerc, Roy, Morissette, Alary, Parent et Blouin, 2016),

---

<sup>1</sup> Les décès par surdose impliquant des opioïdes sont particulièrement élevés dans les provinces de l'Ouest canadien. Ils sont moins fréquents au Québec, même si l'on constate une augmentation de la présence du fentanyl sur le marché illicite dans cette province également. Voir les données les plus récentes fournies par Santé Canada : <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>

les PUD sont en effet les premières concernées par les restrictions à la prescription. Les dernières recommandations canadiennes préconisent notamment de poursuivre un traitement médicamenteux non opioïde même s'il ne fonctionne pas pour les personnes qui ont un historique de dépendance à des substances<sup>[2]</sup> : (Busse *et al.*, 2017).

Cela augure des problèmes de prise en charge et risque de laisser les médecins démunis face aux personnes présentant conjointement un problème de douleur chronique et une consommation de drogues. En effet, ces personnes sont généralement exclues des essais cliniques évaluant la pertinence des opioïdes en douleur chronique (Houle et Raymond, 2008), ce qui contribue à l'invisibilisation statistique et clinique de leur situation. Ainsi, une synthèse des connaissances sur la douleur chez les PUD apparaît hautement nécessaire dans le contexte actuel.

### Objectifs et questionnements

Peu de synthèses des connaissances sont disponibles à ce jour sur le problème de la douleur chronique chez les PUD. L'objectif de cet article est de recenser et discuter la littérature existante au sujet de (1) la prévalence de la douleur physique aiguë et chronique chez les PUD, (2) la prise en charge de leurs douleurs dans les services de santé, et (3) leurs pratiques d'automédication de la douleur. Ultimement, cet article vise à mieux comprendre les enjeux de société et de santé publique posés par la douleur de ces personnes. Pour ce faire, nous mettrons en perspective une recension des écrits sur la douleur chez les PUD avec quelques travaux en sociologie et anthropologie de la santé, portant sur l'expérience de la douleur et l'accès aux services de santé pour d'autres populations non utilisatrices de drogues. En donnant l'occasion d'envisager la douleur des PUD en tant que phénomène collectif sur les plans populationnel et sociologique, cet article a pour but d'ouvrir de nouvelles pistes pour la recherche, l'intervention en dépendance et en réduction des méfaits auprès de PUD souffrant de douleurs, ainsi que l'orientation des politiques de santé en la matière.

Après un exposé de la méthodologie de l'étude, nous présenterons conjointement les résultats de la recension des écrits et les éléments de discussion et d'interprétation. Nous chercherons, dans un premier temps, à déterminer l'ampleur du phénomène de la douleur chez les PUD en faisant un tour d'horizon des enquêtes épidémiologiques ayant évalué sa prévalence dans différentes sous-populations de PUD. Nous verrons qu'il n'est pas toujours aisé de répondre à la question : « Combien de PUD sont concernées par des problèmes de douleur ? ». La recension des études de prévalence et leur relecture sous l'éclairage de quelques travaux en sciences sociales permettront notamment de s'interroger sur les différentes définitions de la douleur sous-jacentes aux enquêtes populationnelles, et de suggérer des pistes pour expliquer les données de prévalence. Nous traiterons ensuite de la question des conditions de prise en charge de la douleur chez les PUD, en tenant compte à la fois des études portant sur la situation des personnes souffrantes et sur celle du personnel soignant. Quelles sont les réponses des professionnels de santé face aux douleurs des PUD, compte tenu des faibles ressources fournies par les recommandations cliniques ? Pour finir, l'article recensera les travaux abordant les méthodes de soulagement de la douleur utilisées par les PUD en dehors du recours aux

---

<sup>2</sup> « Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse avec un antécédent de toxicomanie sevrée, et dont la douleur persiste malgré un traitement non opioïde optimisé. Recommandation Faible : Nous suggérons la poursuite du traitement non opioïde plutôt qu'un essai d'opioïdes » (Busse *et al.*, 2017, p. 6).

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

services de santé. Que sait-on de la manière dont ces personnes gèrent leurs douleurs au quotidien? En particulier, dans quelle mesure les substances issues du marché de rue sont-elles utilisées en automédication de la douleur? L'automédication de la douleur s'inscrit-elle pour les PUD comme une alternative au recours à la médecine, ou bien est-elle utilisée de façon complémentaire à ce recours?

### Méthodologie

La méthode utilisée pour la recension des écrits correspond à celle de la revue narrative (Green, Johnson et Adams, 2006). Même s'il ne s'agit pas d'une revue systématique au sens strict, la démarche adoptée identifie les travaux majeurs, porteurs de données innovantes sur la question. Il s'agit d'une recension de type configurative (Gough, Thomas et Oliver, 2012) : elle a pour objectif de mieux comprendre des processus sociaux et d'identifier des orientations de recherche et d'intervention novatrices, plutôt que d'évaluer l'efficacité des dispositifs ou interventions existantes. L'objectif n'est donc ni normatif ni évaluatif : cette recension doit avant tout contribuer à la discussion d'un problème, en faisant dialoguer différentes disciplines<sup>3</sup> et en proposant l'éclairage des sciences sociales sur un sujet de société usuellement appréhendé comme un problème individuel.

### Critères de sélection des articles

Dans une revue de littérature configurative, l'hétérogénéité et la diversification des sources sont primordiales pour favoriser la mise en discussion du problème traité et l'émergence de pistes de recherche nouvelles (Gough *et al.*, 2012). Cette recension prend en compte les recherches reposant sur des méthodes tant qualitatives que quantitatives, ainsi que les synthèses de la littérature scientifique. En cohérence avec les questionnements qui guident notre investigation, nous avons retenu les articles relevant des disciplines de l'épidémiologie, de la santé publique et des sciences sociales de la santé (sociologie, anthropologie, sciences infirmières lorsqu'un cadre théorique de sciences sociales est utilisé). Certains travaux retenus s'inscrivent dans une perspective interdisciplinaire combinant ces différentes approches. Ont été exclues les études de disciplines telles que la médecine (hors santé publique), la psychologie ou les neurosciences, car nous ne souhaitons pas appréhender la douleur des PUD dans sa dimension physiologique ou psychique au niveau individuel, mais plutôt documenter les dimensions collectives et populationnelles du phénomène. Nous avons exclu les articles fournissant uniquement des recommandations ou conseils de bonnes pratiques pour les professionnels et ne faisant pas mention de résultats de recherche identifiables.

Nous avons retenu les travaux s'intéressant à la prévalence, la prise en charge et la gestion autonome de la douleur physique chez les PUD et les personnes suivant un traitement pour leur dépendance, ainsi que les travaux qui documentent les pratiques et représentations des professionnels de santé envers cette population dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Cette recension ne couvre pas le problème de la douleur ou souffrance morale ou psychique. Elle exclut également la question des douleurs liées spécifiquement au sevrage.

---

<sup>3</sup> La plupart des recensions déjà publiées sur la douleur chez les usagers de drogues se limitent à une littérature médicale.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Nous avons choisi de ne pas fixer de limite concernant les dates de publication des articles lors de la recherche bibliographique, afin de ne pas restreindre notre analyse aux seuls problèmes d'actualité. Les articles finalement retenus dans cette recension ont été publiés entre 2000 et 2017.

### Méthode de collecte des références

Les références bibliographiques ont été collectées par une recherche dans les bases de données Medline, Psycinfo, Socindex, et Cinahl, qui sont les principales ressources couvrant la thématique des drogues dans les disciplines qui nous intéressent. Les mots-clés ont été choisis en fonction des questionnements et objectifs de la recension (tableau 1). La sélection en fonction des critères thématiques et disciplinaires présentés ci-dessus a été réalisée sur la base du titre et de la lecture des résumés. Enfin, une recherche complémentaire a été effectuée à partir des bibliographies des articles collectés, afin de s'assurer de n'omettre aucune référence importante. Un total de 52 publications ont été retenues à l'issue de cette double procédure (détails en tableau 2). La recherche bibliographique a été effectuée par la première autrice du présent article. La sélection et les interprétations ont ensuite été validées par la seconde autrice.

TABLEAU 1 – Objectifs et mots-clés

Objectifs	Mots-clés
Déterminer l'ampleur du phénomène de la douleur chez les PUD en faisant un tour d'horizon des enquêtes épidémiologiques ayant évalué sa prévalence dans différentes sous-populations de PUD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain AND (drug users OR drug abusers OR drug addicts OR substance abuse OR drug injectors OR methadone program OR pwid OR pwud),</li> <li>• Epidemiology OR prevalence OR characteristics AND pain AND drug users</li> <li>• Co-occurrence pain drug use</li> </ul>
Établir l'état des connaissances au sujet des conditions de la prise en charge de la douleur des PUD, en tenant compte à la fois des études portant sur la situation des personnes souffrantes et sur celle des soignants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain experience AND drug users</li> <li>• Pain management AND drug users (et synonymes)</li> <li>• Drug users (et synonymes) AND pain AND :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- access to (pain treatment OR pain relief)</li> <li>- service accessibility</li> <li>- treatment barriers</li> <li>- doctor patient relationship</li> <li>- physician patient relations</li> <li>- opioid prescription</li> <li>- prescribing attitudes</li> <li>- (medical OR physician OR nurse) patterns</li> <li>- Attitude OR experience AND (health personnel OR providers)</li> <li>- Problems AND (pain treatment OR management OR relief)</li> </ul> </li> </ul>
Recenser les stratégies de soulagement de la douleur utilisées par les PUD en dehors du recours aux services de santé (en particulier les consommations de drogues et de médicaments non prescrits).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-management AND pain AND drug users (et synonymes)</li> <li>• Pain coping AND drug users (et synonymes)</li> <li>• Self-medication AND pain AND drug users (et synonymes)</li> <li>• Prescription opioid abuse OR misuse OR diverted opiate use AND pain</li> </ul>

TABLEAU 2 – 52 publications portant sur les douleurs chez les PUD

Référence	Thématiques <sup>(4)</sup>	Méthodologie et population à l'étude	Lieu
1	P, GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes recrutées en soins primaires	États-Unis
2	PEC	- Qualitatif (entrevues, focus groups) - Médecins de différentes spécialités	Royaume-Uni
3	GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO (traitement de la dépendance aux opioïdes) méthadone	États-Unis
4	P, GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO méthadone	États-Unis
5	PEC, GAD	- Quantitatif (exploratoire) - Médecins de programmes méthadone	États-Unis
6	PEC	- Qualitatif (entrevues, focus groups) - Médecins en soins primaires	États-Unis
7	GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO buprénorphine/naloxone	États-Unis
8	P, GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO buprénorphine/naloxone	États-Unis
9	PEC	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO méthadone ayant participé à un groupe thérapeutique expérimental en douleur	États-Unis
10	PEC, GAD	- Revue de la littérature scientifique, analyse critique de publications médicales	/
11	PEC	- Qualitatif (entrevues) - Médecins de programmes méthadone (USA)	États-Unis

TABLEAU 2 – 52 publications portant sur les douleurs chez les PUD

Référence	Thématiques <sup>(4)</sup>	Méthodologie et population à l'étude	Lieu
12	PEC	- Mixte (questionnaire avec quelques questions ouvertes analysées qualitativement) - PUD admises aux urgences d'un hôpital	Australie
13	GAD	- Quantitatif (longitudinal rétrospectif) - Personnes en TDO méthadone	Canada
14	P, PEC, GAD	- Revue de la littérature scientifique - Personnes en TDO	/
15	P, GAD	- Quantitatif - Personnes injectrices recrutées en milieu communautaire	États-Unis
16	GAD	- Mixte (questionnaire avec notes de terrain ethnographiques) - PUD recrutées en milieu communautaire	États-Unis
17	P	- Quantitatif (analyse secondaire d'un essai randomisé contrôlé) - Personnes en TDO méthadone	États-Unis
18	P	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO méthadone	États-Unis
19	P, GAD	- Quantitatif (étude jour donné) - Personnes en TDO	États-Unis
20	P, PEC	- Revue de la littérature scientifique - Personnes en TDO méthadone	/
21	PEC, GAD	- Mixte (entrevues semi-dirigées et questionnaire) - Jeunes adultes consommateurs d'opioïdes hors prescription médicale	États-Unis
22	PEC	- Revue de la littérature, analyse de textes de politiques de santé	/

TABLEAU 2 – 52 publications portant sur les douleurs chez les PUD

Référence	Thématiques <sup>(4)</sup>	Méthodologie et population à l'étude	Lieu
23	P	- Quantitatif (transversal) - PUD recrutées en milieu communautaire	États-Unis
24	P	- Quantitatif (transversal) - PUD recrutées en milieu communautaire	États-Unis
25	P, GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO méthadone	États-Unis
26	PEC, GAD	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Personnes en TDO méthadone	États-Unis
27	PEC, GAD	- Revue de la littérature scientifique, analyse critique de publications médicales	/
28	GAD	- Mixte (entrevues semi-dirigées traitées quantitativement et qualitativement) - Personnes injectrices de drogues recrutées en milieu communautaire	États-Unis
29	GAD	- Quantitatif (cohorte prospective essai contrôlé randomisé) - Personnes suivant un programme de désintoxication	États-Unis
30	PEC	- Quantitatif (transversal) - Infirmières	États-Unis
31	PEC	- Qualitatif (entrevues et focus group) - Personnes utilisatrice de drogues, infirmières, recrutés en hôpital	Royaume-Uni
32	PEC, GAD	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - PUD recrutées parmi les participants à 2 études de cohorte prospective	Canada
33	PEC	- Qualitatif (entrevues et observations de consultations médicales) - PUD, médecins, recrutés en hôpital	États-Unis
34	PEC	- Quantitatif (transversal) - Personnes traitées pour douleur chronique	États-Unis

TABLEAU 2 – 52 publications portant sur les douleurs chez les PUD

Référence	Thématiques <sup>(4)</sup>	Méthodologie et population à l'étude	Lieu
35	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Infirmières, PUD recrutées en hôpital	Royaume-Uni
36	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - PUD recrutées en hôpital	États-Unis
37	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Infirmières	Royaume-Uni
38	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Personnes injectrices de drogues recrutées dans des programmes d'échange de seringues	Royaume-Uni
39	GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO méthadone	Israël
40	P, GAD	- Quantitatif (cohorte prospective) - Personnes en TDO	États-Unis
41	P, GAD	- Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO	États-Unis
42	PEC	- Quantitatif (transversal) - Personnes souffrant de douleurs chroniques	États-Unis
43	PEC	- Revue de la littérature scientifique - Personnes souffrant de douleurs chroniques	/
44	P, PEC	- Quantitatif (transversal) - Personnes en traitement pour drogues et alcool	États-Unis
45	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Personnes en TDO méthadone déclarant souffrir de douleurs chroniques	États-Unis
46	PEC	- Qualitatif (entrevues semi-dirigées) - Infirmières	États-Unis

TABLEAU 2 – 52 publications portant sur les douleurs chez les PUD

Référence	Thématiques <sup>4)</sup>	Méthodologie et population à l'étude	Lieu	
47	Stein, M. D. et al. (2015). Chronic Pain and Depression among Primary Care Patients Treated with Buprenorphine. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 30(7), 935-941.	P	Quantitatif (transversal) - Personnes en TDO buprénorphine en soins primaires	États-Unis
48	Ti, L. et al. (2015). Denial of pain medication by health care providers predicts in-hospital illicit drug use among individuals who use illicit drugs. <i>Pain Research &amp; Management</i> , 20(2), 84-88.	PEC, GAD	Quantitatif (cohorte prospective) - PUD recrutées en milieu communautaire	Canada
49	Trafton, J. A. et al. (2004). Treatment needs associated with pain in substance use disorder patients: implications for concurrent treatment. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 73(1), 23-31.	PEC, GAD	Quantitatif (transversal) - Vétérans en TDO	États-Unis
50	Voon, P. et al. (2015). Denial of prescription analgesia among people who inject drugs in a Canadian setting. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 34(2), 221-228	PEC, GAD	Quantitatif (cohorte prospective) - PUD recrutées en milieu communautaire	Canada
51	Voon, P. et al. (2014). Self-management of pain among people who inject drugs in Vancouver. <i>Pain Management</i> , 4(1), 27-35.	GAD	Quantitatif (cohorte prospective) - PUD recrutées en milieu communautaire	Canada
52	Voon, P. et al. (2015). Pain Among High-Risk Patients on Methadone Maintenance Treatment. <i>The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society</i> , 16(9), 887-894.	P	Quantitatif (cohorte prospective) - Personnes en TDO méthadone	Canada

<sup>4</sup> Prévalence de la douleur (P), prise en charge de la douleur (PEC), gestion autonome de la douleur (GAD)

## L'épidémiologie de la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

### Un phénomène répandu, mais difficile à quantifier

Plusieurs enquêtes épidémiologiques s'intéressant à la prévalence de la douleur physique chez les PUD se sont développées ces dernières années, témoignant d'un intérêt naissant pour la problématique. Tous les travaux recensés concluent à une forte prévalence des douleurs chroniques, variant de 30 à 87% des PUD selon les études (voir tableau 3), (Clark, Stoller et Brooner, 2008; Dhingra *et al.*, 2013; Dunn, Brooner et Clark, 2014; Eyler, 2013; Heimer, Zhan et Grau, 2015; Jamison, Kauffman et Katz, 2000; Rosenblum, 2003; Sheu *et al.*, 2008). Les douleurs aiguës ont suscité moins d'intérêt en recherche, leur prévalence faisant rarement l'objet de mesures explicites. Les douleurs aiguës sont souvent appréhendées par opposition aux douleurs chroniques, sans faire l'objet d'une analyse spécifique. Par exemple, selon l'étude de Barry et ses collègues (2013) auprès de personnes traitées par buprénorphine-naloxone, 72% des personnes répondantes rapportaient une douleur récente, dont 36% une douleur chronique. Les 36% restants ne remplissaient pas le critère de persistance de trois mois choisi pour qualifier la douleur de chronique.

Même si tous les travaux insistent sur la forte prévalence de la douleur chronique chez les PUD et les personnes en traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO), les critères adoptés pour définir ce type de douleur varient selon les études, ce qui pourrait expliquer en partie l'obtention de données hétérogènes (Clark *et al.*, 2008). Le tableau 3 indique les différents critères et les données de prévalence obtenues dans seize études recensées. La non-uniformisation des critères incite à pousser la réflexion au-delà des chiffres pour comprendre de quoi il est réellement question lorsque l'on évoque la prévalence des douleurs chroniques. Ces considérations sont d'ailleurs valables au-delà des études portant sur la population des PUD. À ce sujet, le travail historique de Baszanger sur la naissance de la médecine de la douleur dans les années 1970 rappelle que la douleur chronique a été définie à cette époque en tant qu'entité nosologique – et non plus en tant que symptôme d'une autre pathologie – sur le double critère de sa durée de persistance et de sa résistance aux tentatives de traitements (Baszanger, 1995, 2008). Dans les études épidémiologiques recensées, on distingue principalement trois mesures qui servent à définir et caractériser la douleur : la durée, l'intensité, et l'interférence sur la vie quotidienne<sup>5</sup>. Ces mesures sont mobilisées de diverses manières selon les enquêtes. La durée à partir de laquelle une douleur est considérée comme chronique varie généralement entre trois et six mois. Néanmoins, certaines études indiquent simplement la durée moyenne de la douleur dans leur échantillon sans préciser leur critère de chronicité. D'autres utilisent l'expression « douleur chronique » sans fournir d'indication de durée, ce qui engendre une certaine confusion autour de la notion de chronicité. Dans certaines études, on observe un glissement de sens : des critères de sévérité et d'interférence sont parfois utilisés pour qualifier la douleur de chronique (voir tableau 3).

---

<sup>5</sup> Ce sont les principaux indicateurs utilisés dans le *Brief Pain Inventory*, une échelle standardisée de mesure de la douleur fréquemment utilisée dans les études cliniques et épidémiologiques.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

L'intensité et l'interférence sur la vie quotidienne ne sont pas toujours retenues comme des critères pertinents, et lorsqu'elles le sont, les échelles employées et les seuils retenus peuvent, eux aussi, varier. Par exemple, dans le travail de Rosenblum et de ses collègues (2003), la douleur chronique sévère est définie comme une douleur qui persiste depuis plus de six mois, avec une intensité perçue comme modérée à sévère et une interférence sur la vie quotidienne perçue comme significative. Ce type de douleur concerne 37% des patients en traitement méthadone interrogés dans cette enquête, alors que la douleur ressentie dans la semaine précédente, quels qu'en soient la durée et le niveau d'intensité, concerne 80% de l'échantillon. D'autres travaux abandonnent la distinction aiguë/chronique pour se centrer sur l'intensité perçue de la douleur plutôt que sur sa durée (la douleur n'y est pas qualifiée de chronique). Chez Potter et ses collaborateurs (2008), 61% de l'échantillon de personnes en TDO déclarent avoir ressenti des douleurs au moins légères dans les douze derniers mois, et 24% font état de douleurs modérées à sévères<sup>6</sup>.

Les populations envisagées dans les enquêtes de prévalence sont, elles aussi, diversifiées. La majorité des recherches se sont intéressées au cas des personnes en TDO – principalement la méthadone – (Clark *et al.*, 2008; Dhingra *et al.*, 2013; Dunn *et al.*, 2014; Eyer, 2013; Jamison *et al.*, 2000; Potter *et al.*, 2008; Rosenblum, 2003; Stein *et al.*, 2015; Voon, Hayashi, et al., 2015). D'autres travaux, moins nombreux, ont mesuré la prévalence de la douleur chez des PUD ne bénéficiant pas d'un traitement (Dahlman, Kral, Wenger, Hakansson et Novak, 2017; Heimer *et al.*, 2012, 2015). Chez ces derniers, la prévalence de la douleur d'une durée supérieure à six mois serait de 31% (Heimer *et al.*, 2015). Elle concernerait en particulier les personnes les plus âgées et les personnes injectrices de médicaments opioïdes. La douleur récurrente ayant une interférence sur la vie quotidienne concerne 40% de l'échantillon de l'enquête menée en 2012 par les mêmes auteurs (Heimer *et al.*, 2012). Dans une autre étude récente, les douleurs physiques dans les dernières 24 heures concernaient près de la moitié de l'échantillon de personnes injectrices de drogues, avec une durée médiane de la douleur s'élevant à 36 mois (Dahlman *et al.*, 2017).

Néanmoins, malgré la variation des populations prises en compte et des critères de définition de la douleur chronique, tous les travaux concluent à une prévalence particulièrement élevée des problèmes de douleur chez les PUD. Plusieurs enquêtes soulignent que la prévalence de la douleur serait deux à trois fois plus élevée chez les PUD que dans la population générale (Clark *et al.*, 2008; Jamison *et al.*, 2000; Rosenblum, 2003).

---

<sup>6</sup> Voir tableau 3 pour des détails sur les données de prévalence dans chacune des études.

TABLEAU 3 – Diversité des mesures de prévalence de la douleur en fonction des critères retenus dans 16 études épidémiologiques

Référence	Population	Objet de l'étude	Mesures	Prévalence de la douleur
Alford <i>et al.</i> , 2016	Personnes recrutées en soins primaires (États-Unis)	Douleur chronique (aucun critère de durée précisé)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité dans les 3 derniers mois (échelle 1-10)</li> <li>- Interférence sur la vie quotidienne dans les 3 derniers mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 587 participants, <b>87%</b> rapportent des douleurs chroniques, dont 50% des douleurs sévères.</li> </ul>
Barry <i>et al.</i> , 2013	Personnes en TDO buprénorphine/naloxone (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Douleur récente (semaine précédente)</li> <li>- Intensité dans la semaine précédente (échelle 1-5)</li> <li>- Interférence (échelle 1-5)</li> <li>- Fréquence dans la semaine précédente</li> <li>- Durée de chaque épisode de douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 244 participants, <b>36%</b> ont rapporté des douleurs chroniques, et <b>36%</b> des douleurs non chroniques ressenties dans la semaine précédente.</li> </ul>
Barry, Beitel, Joshi et Schottenfeld, 2009	Personnes en TDO méthadone (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Douleur récente (semaine précédente)</li> <li>- Intensité dans la semaine précédente (échelle 1-5)</li> <li>- Interférence (échelle 1-5)</li> <li>- Fréquence dans la semaine précédente</li> <li>- Durée de chaque épisode de douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 293 participants, 213 (<b>73%</b>) ont rapporté une douleur récente d'intensité au moins modérée. Parmi ces derniers, <b>75%</b> avaient un historique de douleur chronique.</li> </ul>
Dahlman <i>et al.</i> , 2017	Personnes injectrices recrutées en milieu communautaire (États-Unis)	Douleur récente (Dernières 24 h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur dans les dernières 24 heures</li> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-10 du Brief Pain Inventory (BPI))</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 du BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 702 participants, 335 (<b>47%</b>) ont rapporté une douleur physique dans les dernières 24 heures.</li> <li>- La durée médiane de la douleur était de <b>36 mois</b>.</li> </ul>
Dhingra <i>et al.</i> , 2013	Personnes en TDO méthadone (États-Unis)	Douleur cliniquement significative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Douleur cliniquement significative: douleur d'intensité ou interférence ≥ 5 durant la semaine précédente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 489 participants, <b>48%</b> rapportaient une douleur cliniquement significative.</li> </ul>
Dunn <i>et al.</i> , 2014	Personnes en TDO méthadone (États-Unis)	Douleur chronique (aucun critère de durée précisé)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 227 participants, <b>60%</b> ressentaient des «douleurs chroniques».</li> </ul>
Dunn, Finan, Tompkins, Fingerhood et Strain, 2015	Personnes en TDO méthadone et buprénorphine (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 179 participants, <b>42%</b> ressentaient des douleurs chroniques.</li> </ul>
Heimer <i>et al.</i> , 2012	PUD recrutées en milieu communautaire (États-Unis)	Douleur chronique (aucun critère de durée précisé)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Durée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 237 participants, <b>41%</b> ont rapporté des douleurs récurrentes avec interférence sur leur vie quotidienne (qualifiées de «douleurs chroniques»).</li> <li>- La durée moyenne de la douleur était de 5,2 ans.</li> </ul>

TABLEAU 3 – Diversité des mesures de prévalence de la douleur en fonction des critères retenus dans 16 études épidémiologiques

Référence	Population	Objet de l'étude	Mesures	Prévalence de la douleur
Heimer <i>et al.</i> , 2015	PUD recrutées en milieu communautaire (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 456 participants, <b>31%</b> rapportaient des douleurs chroniques d'une durée supérieure à 6 mois avec interférence sur la vie quotidienne.</li> <li>- La durée moyenne de la douleur était de 10 ans.</li> </ul>
Jamison <i>et al.</i> , 2000	Personnes en TDO méthadone (États-Unis)	Douleur chronique (aucun critère de durée précisé)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité</li> <li>- Interférence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 248 participants, <b>61%</b> rapportaient des «douleurs chroniques».</li> </ul>
Peles, Schreiber, Gordon et Adelson, 2005	Personnes en TDO méthadone (Israël)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 170 participants, <b>55%</b> ont rapporté des douleurs chroniques, dont 12% des douleurs légères, 40% des douleurs modérées, 23% des douleurs sévères, et 23% des douleurs très sévères.</li> </ul>
Potter <i>et al.</i> , 2008	Personnes en TDO (États-Unis)	Douleur modérée à sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité dans les 12 derniers mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 7876 participants, <b>61%</b> rapportaient une douleur au moins légère dans les 12 derniers mois. <b>23%</b> rapportaient une douleur modérée à sévère dans les 12 derniers mois.</li> </ul>
Rosenblum, 2003	Personnes en TDO (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Douleur chronique sévère : intensité et interférence ≥ 5 et durée ≥ 6 mois.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 390 patients en TDO méthadone <b>37%</b> ont ressenti des douleurs chroniques sévères.</li> <li>- Parmi les 531 patients en traitement résidentiel, <b>24%</b> ont ressenti des douleurs chroniques sévères</li> </ul>
(Sheu <i>et al.</i> , 2008)	Personnes en traitement pour drogues et alcool (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle 1-10 BPI)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 79 participants, 76 ont ressenti des douleurs dans la semaine précédente. <b>29%</b> ressentaient des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.</li> </ul>
(Stein <i>et al.</i> , 2015)	Personnes en TDO buprénorphine en soins primaires (États-Unis)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité dans la semaine précédente (échelle de 1 à 100)</li> <li>- Douleur modérée à sévère à partir d'un score de 40/100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 328 participants, <b>31%</b> ont rapporté des douleurs chroniques modérées à sévères, <b>17%</b> ont rapporté des douleurs chroniques légères, et <b>21%</b> ont rapporté des douleurs aiguës dans la semaine précédente.</li> </ul>
(Voon, Hayashi, <i>et al.</i> , 2015)	Personnes en TDO méthadone (Canada)	Douleur chronique (Durée ≥ 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée</li> <li>- Intensité (échelle Euroquo EQ-5D)</li> <li>- Interférence (échelle 1-10 BPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 823 participants, <b>41%</b> ont rapporté des douleurs modérées et <b>11%</b> ont rapporté des douleurs extrêmes.</li> <li>- Parmi les 256 participants qui ont fourni des informations sur la durée de leurs douleurs, <b>83%</b> ont rapporté des douleurs chroniques supérieures à 6 mois.</li> </ul>

### **Comment expliquer les données de prévalence : pistes de réflexions socio-anthropologiques**

Malgré l'identification de facteurs associés à la présence de douleurs chroniques chez les PUD, parmi lesquels figurent les problèmes de santé physique et mentale (Jamison *et al.*, 2000), l'âge, et l'utilisation de drogues par injection (Dunn *et al.*, 2015; Heimer *et al.*, 2015), la littérature épidémiologique livre peu de tentatives d'explications de l'écart entre les taux de douleur chez les PUD et ceux observés dans la population générale. Nous proposons d'interroger certains facteurs sociaux qui pourraient intervenir pour expliquer la forte prévalence des douleurs chez les PUD. En complément de l'approche épidémiologique, une approche par l'expérience sociale de la douleur pourrait éclairer en quoi les conditions de vie des PUD contribuent à l'apparition et à la chronicisation des douleurs. La sociologie et l'anthropologie de la santé ont depuis longtemps montré que le rapport des individus à la douleur ne se limite pas à une donnée biologique. La douleur chronique est indissociable de l'expérience vécue de la souffrance par la personne concernée, et cette expérience est souvent irréductible aux catégories diagnostiques et échelles de mesure standardisées utilisées par la médecine pour tenter de l'objectiver (Good, 1994, chapitre 5). Les médecins peuvent d'ailleurs avoir des difficultés à « déchiffrer » la douleur chronique en la rapportant à une cause biologique clairement identifiable (Baszanger, 1991). Ainsi, une mesure standardisée de l'intensité de la douleur au moyen d'échelles numériques (par exemple l'échelle de 1 à 10 utilisée dans la majorité des études recensées dans la section précédente) comporte des limites liées au caractère subjectif et social de la douleur : le niveau de douleur perçu peut être variable selon les individus, mais aussi selon les groupes et milieux sociaux desquels ils sont issus.

En effet, les anthropologues ont observé des variations socioculturelles dans le rapport à la douleur : la perception du niveau de douleur, le seuil de tolérance, les manières de ressentir et d'exprimer la douleur se construisent en fonction des appartenances culturelles et sociales des personnes (Zborowski, 1969; Boltanski, 1971; Le Breton, 1995, 2010). L'expérience de la douleur s'ancre dans des rapports au corps spécifiques à des groupes sociaux, tel que le « rapport instrumental » à un corps perçu comme outil de travail, fréquent parmi les personnes issues des milieux populaires (Boltanski, 1971). Des travaux anthropologiques sur la santé des personnes en situation d'itinérance décrivent une « culture » de la robustesse du corps et de l'endurance à la douleur, qui engendre une absence d'expression de la souffrance. Souvent, les personnes sans-abri ne perçoivent pas leur corps comme malade avant que les symptômes ne deviennent handicapants pour les activités quotidiennes. Cela peut être à l'origine de malentendus avec les soignants et expliquer certains recours tardifs aux services de soins ainsi que l'intensification des problèmes de santé (Benoist, 2008; Coulomb, 2018).

La vie quotidienne de nombreuses PUD s'inscrit dans le contact avec les « mondes sociaux » des drogues (Becker, 1985; Duprez et Kokoreff, 2000), en d'autres termes des réseaux de sociabilités organisés autour de l'approvisionnement et de la consommation de produits illicites (Bouhnik, 1996; Castel *et al.*, 1998; Duprez et Kokoreff, 2000). De plus, les contextes socialement défavorisés et marginalisés dans lesquels évoluent de nombreuses PUD intensifient les difficultés qu'elles peuvent vivre tant sur le plan physique qu'émotionnel (Garcia, 2010).

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

L'insertion dans les « mondes de la drogue » (Duprez et Kokoreff, 2000), qui peut favoriser les situations de vulnérabilité et de marginalisation sociale, constitue-t-elle un mode de vie exposant particulièrement aux problèmes de douleur chronique ? Cette question ouvre une voie de recherche complémentaire à l'approche épidémiologique pour progresser dans l'explication de la forte prévalence de la douleur dans cette population.

## La prise en charge de la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

### De la réticence à prescrire aux problèmes de reconnaissance de la douleur

La prise en charge de la douleur des PUD est souvent qualifiée d'insuffisante ou d'inadéquate dans les travaux de recherche récents sur le sujet. Ce constat est à l'œuvre autant dans les enquêtes menées auprès de professionnels de santé que dans celles portant sur la satisfaction des personnes concernées. Plusieurs aspects de la prise en charge des PUD sont mis en cause : le soulagement médicamenteux insuffisant de la douleur, mais aussi, plus largement, l'absence de reconnaissance de la douleur par le personnel soignant. Enfin, des travaux soulignent le manque de ressources de certains professionnels pour traiter les douleurs des PUD.

La prescription de médicaments opioïdes dans une visée analgésique pose souvent problème aux médecins lorsqu'ils sont confrontés à des PUD (Baldacchino, Gilchrist, Fleming et Bannister, 2010; Barry *et al.*, 2010; Berg, Arnsten, Sacajiu et Karasz, 2009; Clark *et al.*, 2008). Les réticences proviendraient principalement de la crainte des effets iatrogènes tels que les surdoses, du refus d'alimenter un comportement addictif, et d'une peur d'être manipulés par des personnes cherchant à se procurer des médicaments dans un but d'abus ou de revente (Baldacchino *et al.*, 2010; Bell et Salmon, 2009; Karasz *et al.*, 2004; McNeil, Small, Wood et Kerr, 2014; Merrill, Rhodes, Deyo, Marlott et Bradley, 2002; Monks, Topping et Newell, 2013; Morley, Briggs et Chumbley, 2015; Neale, Tompkins et Sheard, 2007).

Par conséquent, les refus de prescription d'analgésiques semblent fréquents (Fibbi, Silva, Johnson, Langer et Lankenau, 2012; McNeil *et al.*, 2014; Ti *et al.*, 2015; Voon, Callon, *et al.*, 2015).

En outre, les douleurs des PUD sont souvent mal dépistées ou sous-estimées par les médecins (Baldacchino *et al.*, 2010; McCreaddie *et al.*, 2010; Sheu *et al.*, 2008). La peur d'être manipulés conduirait certains praticiens à douter de l'existence de la douleur, ou encore à effectuer des examens complémentaires pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une « douleur véritable » (Baldacchino *et al.*, 2010). La fiabilité des plaintes des PUD est souvent mise en question par les professionnels. La figure stigmatisée du *drug-seeking addict*, le toxicomane en recherche de drogues (ou de médicaments), apparaît récurrente dans les discours et représentations chez de nombreux professionnels de santé (McCaffery, Grimm, Pasero, Ferrell et Uman, 2005).

Les réticences des professionnels pour reconnaître et soulager la douleur des PUD s'inscrivent dans un contexte plus global au sein duquel les politiques de santé et les recommandations cliniques incitent à la prudence envers les populations définies comme à risque de dépendance ou de complications cliniques liées aux opioïdes (Bell et Salmon, 2009; Gilson et Joranson, 2002; Keane, 2013).

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Plusieurs recherches médicales auprès de patients traités pour des douleurs chroniques mettent en avant ce qu'elles présentent comme des risques accrus de « comportements aberrants dans la prise de médicaments » (Michna *et al.*, 2004 ; Sehgal, Manchikanti et Smith, 2012) lorsque le patient présente un historique d'usage de substances. Ces études attribuent implicitement la responsabilité de l'addiction au comportement du patient plutôt qu'aux propriétés de la substance (Bell et Salmon, 2009 ; Keane, 2013). Elles concluent à l'importance de détecter les personnes susceptibles de développer un problème de dépendance, ce qui a souvent pour conséquence la mise en place d'une surveillance accrue des PUD durant le suivi médical. Lorsque leurs douleurs sont prises en charge, c'est donc sous un régime plus contraignant que pour la plupart des patients (Bell et Salmon, 2009), ce qui renforce le traitement d'exception dont les PUD font l'objet dans les services de santé.

Une autre conséquence de ces restrictions est le sentiment d'impuissance de certains professionnels, qui déplorent le manque de ressources disponibles pour soulager efficacement la douleur des PUD. Les infirmières hospitalières, qui sont quotidiennement au chevet des patients, seraient particulièrement confrontées à ce problème (McCreaddie *et al.*, 2010 ; Monks *et al.*, 2013 ; Morley *et al.*, 2015 ; St. Marie, 2016). Pour ces différentes raisons, les PUD tendent à être considérées comme des patients « difficiles » lorsqu'il s'agit de traiter leurs douleurs (McCreaddie *et al.*, 2010).

Ce contexte favorise un climat de « défiance mutuelle » (Merril *et al.*, 2002) entre les soignants et les PUD au sujet de la douleur : les premiers craignent une instrumentalisation des prescriptions, alors que les secondes interprètent l'attitude des professionnels comme un « mauvais traitement intentionnel » ou un acte discriminatoire (McNeil *et al.*, 2014 ; Merrill *et al.*, 2002 ; St. Marie, 2014). Beaucoup de PUD s'estiment insatisfaites de la prise en charge de leurs douleurs et de leurs relations avec les équipes soignantes (Blay, Glover, Bothe, Lee et Lamont, 2012 ; Jamison *et al.*, 2000 ; St. Marie, 2014). Cela dit, l'insatisfaction face à la prise en charge et les difficultés de reconnaissance de la douleur ne sont pas spécifiques aux PUD, elles peuvent concerner plus largement les personnes souffrant de douleur chronique. Néanmoins, les PUD semblent connaître des difficultés particulières du fait des préjugés dont elles font l'objet de la part des soignants. Certaines emploient ainsi des stratégies pour obtenir une prise en charge de leurs douleurs (Morgan, 2006), par exemple en s'abstenant de révéler leur consommation au personnel de santé (Baldacchino *et al.*, 2010 ; Merrill *et al.*, 2002). D'autres tendent à considérer la douleur comme une composante inévitable de leurs épisodes d'hospitalisation dès lors qu'elles connaissent de multiples expériences de soulagement insuffisant à l'hôpital (McNeil *et al.*, 2014). De plus, selon Mc Neil *et al.* (2014), le traitement inadéquat de la douleur serait indirectement responsable de problèmes d'accès aux services hospitaliers pour les PUD. En effet, nombreux sont ceux et celles qui quittent prématurément l'hôpital sans autorisation pour se procurer des produits, ou qui en sont exclus pour avoir consommé des drogues dans l'hôpital afin de soulager leurs douleurs. Les problèmes de soulagement des syndromes de sevrage et la fréquente indisponibilité des TDO à l'hôpital jouent aussi un rôle majeur dans ce phénomène (McNeil *et al.*, 2014).

### Une difficulté d'obtention du statut social de patient en douleur

Les difficultés de reconnaissance de la douleur et d'obtention d'une prise en charge médicamenteuse révèlent une difficulté d'obtention du statut social<sup>[7]</sup> de patient en douleur : les PUD sont régulièrement reléguées au statut d'*addicts* en recherche de produits. Or, les soignants considèrent souvent ces deux statuts comme incompatibles (Bell et Salmon, 2009). La notion de « pseudoaddiction » aux analgésiques opioïdes, qui a pu être utilisée dans la littérature médicale pour désigner le développement de comportements addictifs aux opioïdes chez des personnes souffrant de douleurs chroniques insuffisamment soulagées, apparaît révélatrice de ce problème. Selon Bell et Salmon, la notion de « pseudoaddiction » renvoie à la volonté des professionnels d'établir une distinction entre des comportements pourtant comparables, en prenant pour base le type de personne impliquée : personne utilisatrice de drogues dans le cas de l'addiction, ou « patient légitime » dans le cas de la « pseudoaddiction » (Bell et Salmon, 2009).

En raison des difficultés de reconnaissance de leur douleur, les PUD souffrant de douleurs chroniques sont souvent suivies uniquement par les établissements de soins en dépendance, qui ne prennent généralement pas en charge la douleur, puisque cette dernière n'est pas une priorité dans leur mandat professionnel. De ce fait, des réflexions sur l'intérêt de favoriser le traitement de la douleur au sein des programmes méthadone voient le jour actuellement (Barry *et al.*, 2014 ; Clark *et al.*, 2008 ; Heimer *et al.*, 2015 ; Potter *et al.*, 2008). Plus largement, on constate un cloisonnement entre les prises en charge de la dépendance et celle de la douleur. Keane mentionne le cas paradoxal de patients ayant deux prescriptions de méthadone, l'une pour la douleur chronique et l'autre en tant que TDO, dans deux lieux différents, avec des soignants qui communiquent peu entre eux (Keane, 2013). On retrouve ici une problématique propre à la question des comorbidités que l'on connaît aussi pour les PUD souffrant de troubles mentaux (Sicot *et al.*, 2019). La trajectoire de soin de ces patients est entravée par la coexistence de deux pathologies ou conditions que les soignants considèrent comme incompatibles, et pour lesquelles les possibilités de prise en charge conjointes sont limitées.

### La gestion autonome de la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

#### Une pratique fréquente et conséquente à des difficultés de prise en charge médicale

Bien que peu documentées, les pratiques d'autosoulagement et d'automédication<sup>[8]</sup> de la douleur semblent relativement répandues parmi les PUD (Alford *et al.*, 2016 ; Dahlman *et al.*, 2017 ; Voon *et al.*, 2014). Dans le cadre d'une enquête quantitative auprès de personnes injectrices de drogues à Vancouver (Voon *et al.*, 2014), les auteurs notent que 97% de celles qui rapportent des douleurs affirment utiliser des techniques d'automédication, principalement au moyen de médicaments

---

<sup>7</sup> Dans la sociologie interactionniste, le terme statut est utilisé pour désigner les positions sociales assignées au cours des interactions, qui peuvent être négociées et donnent généralement lieu à certaines prérogatives et devoirs (Ogien, 1995).

<sup>8</sup> L'automédication désigne l'utilisation, dans une visée thérapeutique, de médicaments non prescrits par un médecin (Fainzang, 2012 ; Pouillard, 2001). La notion d'autosoulagement de la douleur inclut ici toutes les stratégies de gestion de la douleur (y compris non médicamenteuses) n'impliquant pas de recours au système de santé (on peut la rapprocher de la notion d'« auto-soin », plus large que celle d'automédication).

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

opioïdes obtenus dans la rue (65%) ou donnés par d'autres personnes (25%), d'héroïne (52%), et de cannabis (21%). Des enquêtes auprès de personnes en TDO donnent des résultats similaires, soulignant une forte propension des personnes à soulager les douleurs au moyen d'héroïne ou d'opioïdes non prescrits (Barry *et al.*, 2013; Barry, Beitel, Joshi, *et al.*, 2009).

Certaines recherches se sont également intéressées aux techniques non médicamenteuses de gestion de la douleur chez les personnes en TDO. Les plus utilisées seraient la prière et les activités physiques telles que les étirements (Barry, Beitel, Cutter, *et al.*, 2009; Dunn *et al.*, 2015). Néanmoins ces techniques seraient moins fréquemment utilisées que les recours à des drogues ou à des médicaments hors prescription (Barry, Beitel, Cutter, *et al.*, 2009; Barry *et al.*, 2012).

Selon plusieurs études, l'automédication de la douleur au moyen de médicaments ou de drogues répondrait à des difficultés d'accès à une prise en charge médicale. En particulier, elle ferait souvent suite à des refus de prescription d'analgésiques opioïdes (Fibbi *et al.*, 2012; Ti *et al.*, 2015; Voon *et al.*, 2014; Voon, Callon, *et al.*, 2015). De même, chez les personnes en TDO, l'usage de drogues illicites serait souvent associé à la présence de douleurs chroniques, ce qui suggère que les personnes chercheraient à pallier une prise en charge insuffisante ou inexistante de leurs douleurs (Barry *et al.*, 2008; Brands, Blake, Sproule, Gourlay et Busto, 2004; Clark *et al.*, 2008; Karasz *et al.*, 2004; Larson *et al.*, 2007; Potter *et al.*, 2008; Rosenblum, 2003; Trafton, Oliva, Horst, Minkel et Humphreys, 2004). Chez les PUD hospitalisées, on constate aussi un lien entre des difficultés de prise en charge de la douleur et des consommations de drogues durant l'hospitalisation (McNeil *et al.*, 2014; Morgan, 2006; Ti *et al.*, 2015). De ce point de vue, la douleur, lorsqu'elle est insuffisamment soulagée, serait susceptible de compromettre le contrôle de la consommation. Dans le contexte actuel de la recrudescence des surdoses liées aux opioïdes circulant sur le marché de rue, ces données renforcent l'importance, du point de vue des politiques de santé, de proposer de meilleures réponses aux PUD en termes de prise en charge de la douleur.

Plusieurs études sur l'utilisation de médicaments opioïdes hors prescription médicale par des PUD recrutés en milieu communautaire (Davis et Johnson, 2008; Lankenau *et al.*, 2012; Roy, Richer, Arruda, Vandermeersch et Bruneau, 2013) insistent sur les objectifs multiples pour lesquels ces médicaments sont consommés. Une même personne peut prendre divers médicaments alternativement pour soulager des douleurs, pour ressentir des effets euphorisants, ou pour soulager le manque. On retrouve aussi ces intentionnalités multiples chez certaines personnes en TDO, qui utilisent la méthadone à la fois pour soulager le manque et pour gérer des douleurs aiguës ou chroniques résultant d'autres pathologies (Dassieu, 2018; Keane, 2013). Certains travaux révèlent d'ailleurs que les doses de méthadone prescrites sont souvent plus élevées lorsque les patients souffrent de douleurs chroniques (Dhingra *et al.*, 2013; Peles *et al.*, 2005), ce qui suggère que la méthadone se substitue dans une certaine mesure à un traitement contre la douleur. On remarque donc une porosité des frontières entre soulagement de la douleur, soulagement du manque et recherche de plaisir : ces objectifs sont souvent entremêlés dans les pratiques des personnes, ce qui incite à nuancer l'opposition stricte entre usage et mésusage, et plus généralement entre médicament et drogue.

## **Du mésusage à l'automédication : comprendre les contextes d'émergence de ces pratiques**

Les travaux sur la gestion autonome de la douleur des PUD laissent plusieurs questions non résolues. En effet, si les pratiques d'automédication peuvent résulter de difficultés d'accès à des prescriptions médicamenteuses, on peut aussi se demander dans quelle mesure l'automédication provoque des non-recours au système de santé, comme c'est le cas dans d'autres populations non utilisatrices de drogues qui utilisent l'automédication lorsqu'elles souhaitent éviter de consulter un médecin (Fainzang, 2010). Par ailleurs, les malentendus engendrés par l'automédication, souvent interprétée par les médecins en termes de mésusage ou d'inobservance, pourraient-ils être à l'origine de ruptures dans les traitements antidouleur ? Sur ces points, la littérature sociologique et anthropologique sur l'automédication en population générale permet de suggérer des développements de recherche possibles. Plusieurs travaux sur les relations médecin-patient soulignent en effet que les malentendus, incompréhensions et difficultés de communication entre médecins et patients résultent souvent d'un décalage entre les objectifs et priorités des uns et des autres (Fainzang, 2006 ; Membrado, 2014). Ces malentendus sont une source d'insatisfaction pour les patients, qui finissent quelquefois par se désinvestir de la relation de soin (Membrado, 2014) et rechercher d'autres ressources telles que l'automédication *via* les conseils de leur entourage (Fainzang, 2012).

L'étude anthropologique de Fainzang (2012) incite à aborder l'automédication non pas comme une pratique individuelle, mais plutôt comme une pratique intégrée dans des dynamiques collectives d'acquisition et de transmission de savoirs entre personnes utilisant des médicaments. Or, l'expérience des drogues et les interactions entre PUD sont propices à la constitution et à la circulation de savoirs expérientiels sur les substances (Dassieu, 2015, 2018). Étant donné que les pratiques d'automédication de la douleur apparaissent fréquentes dans cette population, une approche par les compétences et les connaissances mobilisées par les personnes permettrait de mieux comprendre leur contexte d'émergence et leur articulation avec d'autres formes de consommation (ex. : les consommations récréatives ou liées à la dépendance).

Envisager l'automédication de la douleur à travers le prisme des savoirs et des compétences des personnes concernées éviterait également de reproduire une approche normative de l'automédication qui considère ces pratiques comme des écarts à l'usage prescrit des médicaments antidouleur (mésusage, détournement, inobservance). La notion de mésusage, en particulier, apparaît relativement ambiguë : elle est usuellement utilisée en médecine ainsi qu'en recherche pour désigner les usages de médicaments prescrits s'écartant des normes promues par les professionnels de santé (en termes de posologie, de voie d'administration, mais aussi d'intentionnalité de la consommation). L'étymologie du terme, qui renvoie à un mauvais usage, suggère un jugement moral à l'égard de ces pratiques et sous-entend qu'elles ne sont pas souhaitables du point de vue médical. Les pratiques d'automédication de la douleur des PUD suggèrent pourtant que ce qui est couramment désigné en termes de mésusage peut inclure des pratiques ayant une visée thérapeutique aux yeux des personnes. Pour mieux prendre en compte les besoins des PUD souffrant de douleurs, il semble dès lors plus profitable de chercher à comprendre le sens et la fonction que ces personnes attribuent à leurs pratiques de gestion autonome de la douleur, plutôt que de mesurer leurs écarts aux normes médicales.

## **Conclusion : pour une approche compréhensive de l'expérience de la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues**

Cette recension des écrits a montré l'importance du problème de la douleur chez les PUD sur le plan épidémiologique et sur le plan sociétal. Elle a aussi mis en évidence les lacunes qui restent encore à combler pour favoriser la prise en charge des PUD souffrant de douleurs dans les services de santé. Comme toute étude, celle-ci présente néanmoins certaines limites qu'il convient de mentionner. D'une part, la méthodologie d'une revue narrative étant moins stricte sur le processus de sélection que celle d'une revue systématique, il est possible que certains travaux n'aient pas été répertoriés. D'autre part, l'évaluation de la qualité méthodologique des études recensées n'est pas toujours possible dans le contexte d'une revue narrative. Enfin, les références de sociologie et d'anthropologie mobilisées ne prétendent pas à l'exhaustivité. Néanmoins, la recension effectuée ainsi que l'apport complémentaire de travaux de sciences sociales ont permis d'offrir un tableau général du phénomène de la douleur chez les PUD et d'ouvrir des perspectives utiles tant pour la recherche que pour l'intervention en dépendance.

Notre travail indique que le phénomène de la douleur chez les PUD, s'il apparaît répandu, reste néanmoins difficile à quantifier en raison des multiples définitions possibles de la douleur et de sa chronicité. Peu de réflexions ont été menées sur les raisons pouvant expliquer la forte fréquence des problèmes de douleurs dans cette population. Notre étude montre qu'une approche socio-anthropologique s'intéressant à l'expérience de la douleur chez les PUD peut aider à expliquer les données épidémiologiques faisant état d'une forte prévalence de ce phénomène dans cette population.

De plus, alors même que la douleur est plus fréquente chez les PUD que dans la population générale, ce problème semble encore insuffisamment pris en compte dans les équipes médicales ainsi que dans les recommandations cliniques actuellement en vigueur. Les ressources à la disposition du personnel soignant pour soulager la douleur des PUD sont rares, ce qui tend à augmenter leur impuissance et leurs difficultés face à cette population. L'intérêt des chercheurs pour la prise en charge de la douleur des PUD apparaît relativement récent, et de plus amples investigations dans ce domaine permettraient de favoriser une prise en charge en adéquation avec les besoins exprimés par les personnes et les contraintes propres à leur mode de vie. Des réflexions sur l'organisation des services de soin s'avèrent aussi hautement nécessaires pour améliorer la reconnaissance de leurs douleurs ainsi que leur prise en charge.

Par ailleurs, bien que la gestion autonome de la douleur par l'automédication soit répandue parmi les PUD, elle demeure peu documentée quant à son contexte d'apparition et ses conséquences sur la vie des personnes et leurs consommations. Une meilleure connaissance de ces pratiques d'automédication, des savoirs expérientiels qui les sous-tendent, et de leurs raisons d'être aux yeux des personnes concernées pourrait permettre le développement de réflexions visant à la réduction des méfaits liés aux opioïdes, en particulier les surdoses auxquelles l'Amérique du Nord est actuellement confrontée. De ce point de vue, les liens constatés dans la littérature entre l'automédication et les problèmes de prise en charge de la douleur suggèrent l'importance d'améliorer l'accès des PUD à des modalités diversifiées de soulagement de la douleur. Cela pourrait ainsi permettre de réduire les méfaits liés à la consommation d'opioïdes de rue en automédication.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Ces conclusions ouvrent vers la nécessité d'adopter, dans la recherche comme dans l'intervention et dans les décisions politiques, une approche compréhensive, au sens sociologique du terme, c'est-à-dire une posture qui s'attache à comprendre le sens que les personnes donnent à leurs pratiques de consommation de substances et de gestion de la douleur, en évitant autant que possible les jugements normatifs sur les bons et mauvais usages des médicaments. Cette posture fait écho aux valeurs fondatrices de l'intervention en réduction des méfaits, basée sur une approche pragmatique face à la consommation, mais aussi sur le respect des choix, priorités, et réalités quotidiennes des PUD.

## Bibliographie

Alford, D. P., German, J. S., Samet, J. H., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C. A. et Saitz, R. (2016). Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicating with Alcohol and Other Drugs. *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 486-491.

Allen, M. J. M., Asbridge, M. M., Macdougall, P. C., Furlan, A. D. et Tugalev, O. (2013). Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain : a survey of Canadian family physicians. *Pain Research & Management*, 18(4), 177-184.

Baldacchino, A., Gilchrist, G., Fleming, R. et Bannister, J. (2010). Guilty until proven innocent : A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addictive Behaviors*, 35(3), 270-272.

Barry, D. T., Beitel, M., Cutter, C. J., Garnet, B., Joshi, D., Schottenfeld, R. S. et Rounsaville, B. J. (2009). Allopathic, complementary, and alternative medical treatment utilization for pain among methadone-maintained patients : An exploratory study. *The American Journal on Addictions*, 18(5), 379-385.

Barry, D. T., Beitel, M., Joshi, D. et Schottenfeld, R. S. (2009). Pain and substance-related pain-reduction behaviors among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment. *The American Journal on Addictions*, 18(2), 117-121.

Barry, D. T., Bernard, M. J., Beitel, M., Moore, B. A., Kerns, R. D. et Schottenfeld, R. S. (2008). Counselors' Experiences Treating Methadone-maintained Patients with Chronic Pain : A Needs Assessment Study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(2), 108-111.

Barry, D. T., Irwin, K. S., Jones, E. S., Becker, W. C., Tetrault, J. M., Sullivan, L. E.,... Fiellin, D. A. (2010). Opioids, Chronic Pain, and Addiction in Primary Care. *The Journal of Pain*, 11(12), 1442-1450.

Barry, D. T., Savant, J. D., Beitel, M., Cutter, C. J., Moore, B. A., Schottenfeld, R. S. et Fiellin, D. A. (2012). Use of conventional, complementary, and alternative treatments for pain among individuals seeking primary care treatment with buprenorphine-naloxone. *Journal of addiction medicine*, 6(4), 274-279.

Barry, D. T., Savant, J. D., Beitel, M., Cutter, C. J., Moore, B. A., Schottenfeld, R. S. et Fiellin, D. A. (2013). Pain and associated substance use among opioid dependent individuals seeking office-based treatment with buprenorphine-naloxone : a needs assessment study. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 212-217.

Barry, D. T., Savant, J. D., Beitel, M., Cutter, C. J., Schottenfeld, R. S., Kerns, R. D., ... Carroll, K. M. (2014). The feasibility and acceptability of groups for pain management in methadone maintenance treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 8(5), 338-344.

Baszanger, I. (1991). Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 31-78.

Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris, France : Seuil.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

- Baszanger, I. (2008). Douleur : une visibilité paradoxale. Dans P. Beaulieu (dir.), *Repenser la douleur* (p. 171-186). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Traduction par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie, Paris, France : Métailié.
- Bell, K. et Salmon, A. (2009). Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for « nice » people? *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 170-178.
- Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26(3), 5-34.
- Berg, K. M., Arnsten, J. H., Sacajiu, G. et Karasz, A. (2009). Providers' Experiences Treating Chronic Pain Among Opioid-Dependent Drug Users. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 482-488.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. et Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(2), 289-297.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26(1), 205-233.
- Bouhnik, P. (1996). Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé. *Communications*, 62(1), 241-256.
- Brands, B., Blake, J., Sproule, B., Gourlay, D. et Busto, U. (2004). Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(2), 199-207.
- Busse J. et coll. (2017). *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. Hamilton, Ontario : McMaster University National Pain Center.
- Castel, R., Pellen-Benard, M., Bonnemain, C., Boullenger, N., Coppel, A., Leclerc, G., ... Weinberger, M. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Suisse : Ed. universitaires Fribourg.
- Centers For Disease Control and Prevention. (2016). *CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016*. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services.
- Clark, M. R., Stoller, K. B. et Brooner, R. K. (2008). Assessment and Management of Chronic Pain in Individuals Seeking Treatment for Opioid Dependence Disorder: Substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(8), 496-508.
- Coulomb, L. (2018). *Le soin des personnes sans domicile : Entre malentendus et négociations*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Dahlman, D., Kral, A. H., Wenger, L., Hakansson, A. et Novak, S. P. (2017). Physical pain is common and associated with nonmedical prescription opioid use among people who inject drugs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1). [En ligne]. Repéré à <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13011-017-0112-7>.
- Dassieu, L. (2015). *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique* (Thèse de sociologie). Université Toulouse-Jean Jaurès, France.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Dassieu, L. (2018). L'automédication chez les usagers de drogues : de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins. *Anthropologie et santé*, 18. [En ligne]. Repéré à <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/3707>

Davis, W. R. et Johnson, B. D. (2008). Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City. *Drug & Alcohol Dependence*, 92(1-3), 267-276.

Dhingra, L., Masson, C., Perlman, D. C., Seewald, R. M., Katz, J., McKnight, C.,... Portenoy, R. K. (2013). Epidemiology of pain among outpatients in methadone maintenance treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 161-165.

Dunn, K. E., Brooner, R. K. et Clark, M. R. (2014). Severity and interference of chronic pain in methadone-maintained outpatients. *Pain Medicine*, 15(9), 1540-1548.

Dunn, K. E., Finan, P. H., Tompkins, D. A., Fingerhood, M. et Strain, E. C. (2015). Characterizing pain and associated coping strategies in methadone and buprenorphine-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 143-149.

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

Eyler, E. C. H. (2013). Chronic and acute pain and pain management for patients in methadone maintenance treatment. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 75-83.

Fagerhaugh, S. Y. et Strauss, A. L. (1977). *Politics of pain management: staff-patient interaction*. Menlo Park, CA : Addison-Wesley.

Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, France : PUF.

Fainzang, S. (2010). L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 115-133.

Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris, France : PUF.

Fibbi, M., Silva, K., Johnson, K., Langer, D. et Lankenau, S. E. (2012). Denial of Prescription Opioids Among Young Adults with Histories of Opioid Misuse. *Pain Medicine*, 13(8), 1040-1048.

Fischer, B. (2015). Prescription opioid use, harms and interventions in Canada: A review update of new developments and findings since 2010. *Pain physician*, 18, E605-E614.

Fischer, B., Jones, W. et Rehm, J. (2014). Trends and changes in prescription opioid analgesic dispensing in Canada 2005-2012: an update with a focus on recent interventions. *BMC Health Services Research*, 14(1), 90.

Fischer, B., Nakamura, N., Urbanoski, K., Rush, B. et Rehm, J. (2012). Correlations between population levels of prescription opioid use and prescription-opioid-related substance use treatment admissions in the USA and Canada since 2001. *Public Health*, 126(9), 749-751.

Gagné, M., Dubé, P.-A., Perron, P.-A., Langlois, É., Légaré, G., Sirois, M.-J.,... St-Laurent, D. (2014). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2009*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Garcia, A. (2010). *The pastoral clinic: Addiction and dispossession along the Rio Grande*. Berkeley, CA : University of California Press.

Gilson, A. M. et Joranson, D. E. (2002). U.S. policies relevant to the prescribing of opioid analgesics for the treatment of pain in patients with addictive disease. *The Clinical Journal of Pain*, 18(4 Suppl), S91-98.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge–New York, NY: Cambridge University Press.

Gough, D., Thomas, J. et Oliver, S. (2012). Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews*, 1, 28.

Green, B. N., Johnson, C. D. et Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117.

Heimer, R., Dasgupta, N., Irwin, K. S., Kinzly, M., Harvey, A. P, Givens, A. et Grau, L. E. (2012). Chronic pain, addiction severity, and misuse of opioids in Cumberland County, Maine. *Addictive Behaviors*, 37(3), 346-349.

Heimer, R., Zhan, W. et Grau, L. E. (2015). Prevalence and experience of chronic pain in suburban drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 92-100.

Houle, M. et Raymond, M.-C. (2008). Opioides et douleur chronique non cancéreuse : enjeux cliniques. *Drogues, santé et société*, 7(1), 357-389.

Jamison, R. N., Kauffman, J. et Katz, N. P. (2000). Characteristics of methadone maintenance patients with chronic pain. *Journal of pain and symptom management*, 19(1), 53-62.

Karasz, A., Zallman, L., Berg, K., Gourevitch, M., Selwyn, P. et Arnstein, J. (2004). The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 517-525.

Keane, H. (2013). Categorising methadone: Addiction and analgesia. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), e18-e24.

Knight, K. R., Kushel, M., Chang, J. S., Zamora, K., Ceasar, R., Hurstak, E. et Miaskowski, C. (2017). Opioid pharmacovigilance: A clinical-social history of the changes in opioid prescribing for patients with co-occurring chronic non-cancer pain and substance use. *Social Science & Medicine*, 186, 87-95.

Lankenau, S. E., Teti, M., Silva, K., Bloom, J. J., Harocopos, A. et Treese, M. (2012). Patterns of prescription drug misuse among young injection drug users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(6), 1004-1016.

Larson, M. J., Paasche-Orlow, M., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Saitz, R. et Samet, J. H. (2007). Persistent pain is associated with substance use after detoxification: a prospective cohort analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 102(5), 752-760.

Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris, France : Métailié.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur : entre destruction et renaissance*. Paris, France : Métailié.

Leclerc, P., Roy, E., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2016). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

McCaffery, M., Grimm, M. A., Pasero, C., Ferrell, B. et Uman, G. C. (2005). On the meaning of « drug seeking ». *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 6(4), 122-136.

McCreaddie, M., Lyons I, Watt D, Ewing E, Croft J, Smith M. et Tocher J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2730-2740.

McNeil, R., Small, W., Wood, E. et Kerr, T. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 105, 59-66.

Membrado, M. (2014). Les enjeux de confiance et de reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale. Dans S. Pennec, F. Le Borgne-Uguen et F. Douguet (dir.), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches* (p. 51-66). Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.

Merril, J. O., Rhodes, L. M., Deyo, R. A., Marlott, G. A. et Bradley, K. A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users. The key to the Narc Cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 327-333.

Michna, E., Ross, E. L., Hynes, W. L., Nedeljkovic, S. S., Soumekh, S., Janfaza, D., ... Jamison, R. N. (2004). Predicting aberrant drug behavior in patients treated for chronic pain: importance of abuse history. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 250-258.

Monks, R., Topping, A. et Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935-946.

Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41.

Morley, G., Briggs, E. et Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16, 701-711.

Neale, J., Tompkins, C. et Sheard, L. (2007). Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users: Drug injectors and barriers to service use. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147-154.

Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance*. Paris, France : Armand Colin.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

- Peles, E., Schreiber, S., Gordon, J. et Adelson, M. (2005). Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain. *Pain*, 113(3), 340-346.
- Portenoy, R. K. (1996). Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: a review of the critical issues. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(4), 203-217.
- Potter, J. S., Prather, K. et Weiss, R. D. (2008). Physical pain and associated clinical characteristics in treatment-seeking patients in four substance use disorder treatment modalities. *The American Journal on Addictions*, 17(2), 121-125.
- Pouillard, J. (2001). *L'automédication*. Paris, France: Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Rosenblum, A. (2003). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Chemically Dependent Patients in Methadone Maintenance and Residential Treatment Facilities. *The Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2370.
- Roy, É., Richer, I., Arruda, N., Vandermeersch, J. et Bruneau, J. (2013). Patterns of cocaine and opioid co-use and polyroutes of administration among street-based cocaine users in Montréal, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 24(2), 142-149.
- Roy, É., Thibault, C., Dubé, P.-A., Hamel, D., Labesse, M.-E. et Côté, R. (2016, octobre). Opioid abuse and dependence among patients with chronic non-cancer pain: a training challenge in pain management for Quebec family physicians. Communication présentée au Joint ISAM & CSAM-SMCA meeting, Montréal.
- Schieffer, B. M., Pham, Q., Labus, J., Baria, A., Van Vort, W., Davis, P., ... Naliboff, B. D. (2005). Pain medication beliefs and medication misuse in chronic pain. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 6(9), 620-629.
- Sehgal, N., Manchikanti, L. et Smith, H. S. (2012). Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician*, 15(3 Suppl), ES67-92.
- Sheu, R., Lussier, D., Rosenblum, A., Fong, C., Portenoy, J., Joseph, H. et Portenoy, R. K. (2008). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain in Patients Admitted to an Outpatient Drug and Alcohol Treatment Program. *Pain Medicine*, 9(7), 911-917.
- Sicot, F., Dassieu, L., Delmas, M., Manuello, P. et Tudoux, B. (2019). *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*. Paris, France: l'Harmattan.
- St. Marie, B. (2014). Health Care Experiences when Pain and Substance Use Disorder Coexist: « Just Because I'm an Addict Doesn't Mean I Don't Have Pain ». *Pain Medicine*, 15(12), 2075-2086.
- St. Marie, B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 17, 311-321.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Bailey, G. L., Straus, J., Anderson, B. J., Uebelacker, L. A. et Weisberg, R. B. (2015). Chronic Pain and Depression among Primary Care Patients Treated with Buprenorphine. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7), 935-941.

## La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues

Ti, L., Voon, P., Dobrer, S., Montaner, J., Wood, E. et Kerr, T. (2015). Denial of pain medication by health care providers predicts in-hospital illicit drug use among individuals who use illicit drugs. *Pain Research & Management*, 20(2), 84-88.

Trafton, J. A., Oliva, E. M., Horst, D. A., Minkel, J. D. et Humphreys, K. (2004). Treatment needs associated with pain in substance use disorder patients: implications for concurrent treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 23-31.

Tremblay, E. et Daigle, J.-M. (2018). *Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec*. Montréal, Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Voon, P., Callon, C., Nguyen, P., Dobrer, S., Montaner, J. S. G., Wood, E. et Kerr, T. (2015). Denial of prescription analgesia among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 221-228.

Voon, P., Callon, C., Nguyen, P., Dobrer, S., Montaner, J., Wood, E. et Kerr, T. (2014). Self-management of pain among people who inject drugs in Vancouver. *Pain Management*, 4(1), 27-35.

Voon, P., Hayashi, K., Milloy, M. J., Nguyen, P., Wood, E., Montaner, J. et Kerr, T. (2015). Pain Among High-Risk Patients on Methadone Maintenance Treatment. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 16(9), 887-894.

Wisniewski, A. M., Purdy, C. H. et Blondell, R. D. (2008). The epidemiologic association between opioid prescribing, non-medical use, and emergency department visits. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 1-11.

Zborowski, M. (1969). *People in pain*. San Francisco, CA : Jossey Bass.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## Variation des choix du vocabulaire soignant à propos d'aînés mésusant d'alcool

**D<sup>r</sup> Pascal Menecier**, Praticien hospitalier, Unité d'Addictologie – Consultation mémoire, Hôpital les Chanaux et Docteur en Psychologie, Institut de Psychologie, équipe universitaire DIPHE, Université Lumière Lyon 2

**Lydia Fernandez**, Professeur en Psychologie de la santé et du vieillissement, Institut de Psychologie, Université Lyon 2

**Anna R. Galiano**, Maître de Conférences en Psychologie du handicap, psychologue clinicienne, Institut de Psychologie, Université Lyon-2 ; équipe universitaire DIPHE

**Alain Sagne**, Maître de Conférences en Psychologie clinique, psychologue clinicien, Institut de Psychologie, Université Lyon-2 ; équipe universitaire DIPHE

**Delphine Lefranc**, Infirmière, Unité d'Addictologie, Hôpital de Mâcon

**Louis Ploton**, Ancien Professeur émérite de gérontologie, Institut de psychologie, Université Lyon 2

### Correspondance :

D<sup>r</sup> Pascal Menecier  
Unité d'Addictologie, Hôpital des Chanaux  
71018 Mâcon Cedex.  
Tél. : 03 85 27 63 69  
Courriel : [pamenecier@ch-macon.fr](mailto:pamenecier@ch-macon.fr)

### Résumé

Vieillesse et mésusage d'alcool concentrent des stéréotypes négatifs, pouvant générer parmi les soignants un cumul de représentations défavorables à propos de sujets âgés avec trouble d'usage d'alcool, et induire leur négligence par contre-attitudes négatives.

**Objectifs** : Approcher les attitudes soignantes par le biais de la forme des discours recueillis à propos d'aînés mésusant d'alcool.

**Méthodes** : Une étude par entretiens individuels a concerné 45 soignants hospitaliers (69% de femmes), parmi 582 infirmiers et 116 médecins de huit établissements de santé (hôpitaux ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) avec analyse textuelle non informatisée puis analyse automatisée du contenu des discours, par le logiciel Alceste® .

**Résultats** : Si l'humour émerge spécifiquement de l'analyse textuelle non informatisée dès que les propos concernent les consommations d'alcool, une altération du choix des mots est rapidement apparue lors de l'analyse automatisée par Alceste®, avec recours à des termes familiers ou triviaux, jamais retrouvés dans aucune autre thématique des discours.

**Discussion** : Ces constats ouvrent vers diverses hypothèses sous-tendant ces altérations du langage soignant entre : possible recherche de proximité, jeu sur la similitude-dissemblance, spécificité associée aux particularités issues de pathologies dites auto-infligées, forme de provocation masochiste, dégoût inspiré par ces patients, avant d'enfin envisager certains aspects, positifs en osant parler du plaisir à boire de l'alcool.

**Conclusion** : Au-delà de l'apparence des discours, la prise en compte des éléments internes à la pensée des soignants permet d'aborder le comportement de ces professionnels. Cette approche vise à promouvoir un regard psychodynamique sur les personnes âgées mésusant d'alcool au travers des attitudes soignantes.

**Mots-clés** : alcool, sujets âgés, langage soignant, altérations, relation de soin

## Variation of the choices of caregivers' vocabulary about elders misusing of alcohol

### Abstract

Old age and alcohol misuse concentrate negative stereotypes, which can lead among caregivers to a conjunction of negative representations of elders misusing of alcohol, and then lead them to neglect these people as a translation of negative counter-attitudes on the caregivers' part.

**Objectives:** To approach caring attitudes through the form of speeches collected about elders misusing of alcohol.

**Methods:** A survey based on individual research interviews were conducted among 45 hospital caregivers (69 % were women) among 582 nurses and 116 physicians working in 8 health facilities (hospitals or nursing homes for elders), allowing textual, non-computerized analysis and automated analysis of contents by Alceste® software.

**Results:** If humor specifically emerges from the non-computerized textual analysis as soon as the talks concern alcohol use or misuse, quickly the choice of words appears to be altered through the Alceste® analysis, with recourse to familiar or trivial words that are never found around any other theme of discourses.

**Discussion:** These findings open to various explanatory hypotheses for language alterations between: proximity quest, game on the similarity-dissimilarity, outcoming features from so called self-harmed diseases, masochistic provocation, disgust inspired by these patients, before at least considering some positive aspects daring to speak of the pleasure associated with drinking alcohol.

**Conclusion:** Beyond the appearance of the discourses' variations, there is the consideration of internal elements of the caregivers' thinking and those cared for which undergird care providers' behavior. This approach seeks to promote a psychodynamic regard on the elderly who misuse alcohol through the care-givers attitudes.

**Keywords:** alcohol, elderly, caregivers' language, alterations, care relation

## Variación en la elección del vocabulario de la atención sanitaria utilizado con las personas de la tercera edad que abusan del alcohol

### Resumen

Vejez y abuso de alcohol concentran estereotipos negativos que pueden generar en el personal de salud un cúmulo de representaciones desfavorables con respecto a las personas de edad con problemas de uso del alcohol y promover contra-actitudes negativas que pueden conducir a la negligencia de las mismas.

**Objetivos:** Estudiar las actitudes de personal sanitario por medio de la forma de los discursos sobre las personas de la tercera edad que abusan del alcohol recabados entre dicho personal.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio por medio de entrevistas individuales con 45 miembros del personal sanitario (69 % mujeres), sacados de un plantel de enfermería de 582 personas y con 116 miembros del personal médico de 8 establecimientos sanitarios (hospitales o establecimientos de alojamiento para personas de edad que son dependientes), con análisis textual no informatizado y luego análisis automatizado del contenido de los discursos, efectuado con el programa Alceste®.

**Resultados:** Si bien el humor surge específicamente del análisis textual no informatizado en cuanto los propósitos conciernen el consumo de alcohol, con el análisis automatizado de Alceste® aparece rápidamente una alteración de la selección de palabras, con recurso a términos familiares o triviales, que no se encuentran nunca en ninguna otra temática del discurso.

**Discusión:** Estas constataciones dan paso a abren hacia diversas hipótesis que son subyacentes en estas alteraciones del lenguaje del personal sanitario: posible búsqueda de proximidad, juego sobre la similitud-desemejanza, especificidad asociada a las particularidades que resultan de patologías llamadas auto infligidas, forma de provocación masoquista, desagrado inspirado por estos pacientes, antes de, finalmente, considerar ciertos aspectos positivos osando hablar del placer de beber alcohol.

**Conclusión:** Más allá de la apariencia del discurso, la consideración de los elementos internos del pensamiento del personal sanitario permite abordar el comportamiento de estos profesionales. Este enfoque apunta a promover en el personal sanitario una mirada psicodinámica sobre las personas de edad que abusan del alcohol.

**Palabras clave:** alcohol, sujetos de edad, lenguaje del personal sanitario, alteraciones, relaciones de cuidados

### Introduction

Rapprocher vieillesse et méusage d'alcool peut apparaître déroutant, mais les professionnels de terrain rencontrent au quotidien des sujets âgés méusant d'alcool. Cette rencontre conduit les soignants à développer diverses attitudes en regard (contre-attitudes) positives ou négatives se traduisant par des comportements de soin variablement adaptés (de l'accueil, à l'évitement voire l'hostilité) (Descombey, 2004). Dans l'approche de ces questions, la manière dont les soignants parlent des soignés et d'alcool peut éclairer ces interactions complexes et une relation de soin parfois inhabituelle.

Au fil d'un exercice clinique entre addictologie et gérontologie, une variation du choix des mots a été empiriquement constatée lorsque ces questions se croisent, pour aller vers un langage moins technique, moins professionnel. L'analyse du discours est classiquement centrée sur le contenu des propos, mais le choix des mots et les glissements langagiers peuvent être riches d'informations : c'est ce que nous avons voulu considérer autour de méusagers d'alcool âgés, envisageant les formes du discours soignant à leur propos comme base pour considérer l'interrelation de soin.

À partir d'une étude par entretiens de recherche autour des attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers des sujets âgés méusant l'alcool (Menecier, Fernandez, Galiano et Ploton, 2019), le choix des mots été observé lorsque les professionnels parlent d'alcool. Ce secteur particulier du soin génère-t-il de réelles spécificités de langage puis d'attitudes envers les aînés ? Les constats initiaux, s'ils se confirment peuvent-ils aider à envisager les particularités de cette relation soignant-soigné et aider à décrire la situation dans les soins d'aînés méusant d'alcool.

### Parler d'alcool avec un aîné

#### **S'alcooliser quand on est vieux**

Les troubles de l'usage d'alcool prennent des spécificités dans la vieillesse, mais gardent les mêmes critères diagnostiques (Paille, 2014), intégrant une vulnérabilité à l'alcool et aux addictions plutôt qu'une préservation du fait de l'âge (Menecier, 2010). Avec l'avancée en âge, la prévalence du méusage d'alcool décline peu (Paille, 2014) : c'est une des principales addictions du sujet âgé (Menecier et Fernandez, 2012). Cependant, de solides préjugés demeurent autour de la souffrance associée, souvent négligée au profit de rationalisations, ne retenant qu'un mode d'accès à de derniers plaisirs ou d'ultimes libertés (Menecier et al., 2019). Si le repérage des aînés méusant d'alcool devient parfois difficile (Paille, 2014) pour diverses raisons, dont les difficultés des soignants à considérer ce trouble, les offres de soins ne sont pas toujours ensuite faites, par défaitisme, par doute (infondé) sur les capacités de changement des personnes âgées, par âgisme, etc. L'écart entre soins requis, soins proposés et soins réalisés s'accroît avec l'âge des consommateurs d'alcool (Menecier, 2010).

Les représentations (souvent négatives) que le buveur a de lui-même constituent un premier écueil dans l'accès au soin en alcoologie (Gomez, 2015). Cette difficulté peut être renforcée par les représentations négatives des soignants à propos d'aînés méusant d'alcool, surajoutant des difficultés d'accès aux soins, au double fardeau (ou double peine) que représente le fait d'être

vieux et alcoolique (Vermette, Forget et Boucher, 2001). Désintérêt, négligence, et discriminations du méusage d'alcool ou de l'âge avancé, sont autant de pièges à éviter pour préserver la qualité des soins, y compris auprès de « vieux alcooliques ».

### **Croyances, connaissances, émotions et attitudes de soin**

Chaque soignant exerce son métier sur la base de connaissances issues de formations initiales et continues (Menecier, Fernandez, Pichat, Lefranc et Ploton 2015; Menecier et al., 2019). Mais la connaissance ne fait pas tout, sans être mâtinée par les croyances (Jodelet, 2002). La rencontre du soigné fait naître diverses émotions chez le professionnel, auxquelles il ne peut se soustraire (Lambrette, 2012), et qui peuvent varier au fil d'expériences personnelles ou professionnelles avec des sujets (âgés) méusant d'alcool (Menecier et al., 2010; 2018). L'intériorisation de ces éléments, participe à la construction de représentations (mentales), conditionnant des contre-attitudes soignantes dont la tonalité s'étale du positif au négatif (Descombey, 2004) et la traduction dans les comportements professionnels conditionne la relation de soin.

### **Langage soignant**

Les discours soignants peuvent apparaître techniques, remplis de termes ou de néologismes propres à chaque métier, sources d'opacité et d'ésothérisme, au sens premier d'un discours réservé aux initiés (Ellenberg, 2005). Ce travers s'accroît lorsque les acronymes remplacent les mots. Dans le même temps, certaines terminologies pointues envahissent le langage commun, souvent associées à des distorsions sémantiques inhérentes à une diffusion de termes sans vulgarisation des concepts qu'ils désignent. Les mots de la psychologie peuvent illustrer de cela, en référence à une psychologisation des discours sociaux, politiques ou même religieux, confondant par exemple bien-être spirituel et psychique, qui n'est pas forcément culturel (Cherblanc et Jobin, 2013), ou galvaudant des notions telles l'empathie ou le déni.

Se centrant sur les formes du langage, la recherche en psychologie a développé des analyses linguistiques pouvant informer sur les ressentis et les attitudes du soignant (Fernandez, Lafont et Stzulman, 1999; Roy et Garon, 2013). Le choix des mots de professionnels dans les soins apparaît peu exploré en recherche, sauf sous le prisme extrême de la maltraitance (Menecier et al., 2019).

### **L'humour dans les soins**

Les liens entre ironie et soins semblent peu étudiés en alcoologie. Seule une ancienne thèse de médecine réalisée dans le même hôpital, notait un recours à l'humour associé aux alcooliques âgés plutôt qu'à de plus jeunes. Avec eux, « on plaisante autour de la bouteille, mais les problèmes sous-jacents sont inabordables » (Garandau, 1977). Plus généralement, l'humour dans les soins, comme évitement ou recours d'atténuation dans une relation perçue dérangement, est peu considéré. La proximité du sourire ou du rire partagé, tout en les distinguant, même si elle peut réduire un malaise latent ou aider à tisser des liens sociaux (Anaut, 2014), peut effacer presque toute possibilité de relation d'aide et de soin dans le respect et la prise en considération de la souffrance première de la personne qui recourt à un professionnel de santé.

Ainsi l'humour n'est pas qu'une force positive. Son recours a aussi pu être décrit comme négatif et destructif, lorsqu'il n'est ni consenti ni partagé, devenant dénigrement ou discrimination, banalisant des formes d'hostilité. Il devient alors inadéquat, agressif, destructeur de liens sociaux, source d'exclusion relationnelle, loin de la possible place du rire dans des thérapies associées à la psychologie positive, ou de la place de « rire malgré la tragédie » dans la résilience (Anaut, 2014). L'humour devient alors un message de peur, d'embarras, de colère, et de mise à distance (Grosjean, 2001). Son recours est inapproprié, surtout lors de situations de crises et de souffrances (Patenaude et Hamelin-Brabant 2006), à l'exemple de temps hospitaliers critiques.

### **Altérations verbales et relations soignantes**

La question de variations du langage des soignants n'a pas plus été retrouvée par recherche bibliographique. Certains aspects de variation du langage avec des personnes âgées peuvent être en partie abordés au travers des considérations gérontologiques sur le tutoiement ou le recours préférentiel au prénom du soigné âgé (Covelet, 2003 ; Charazac, 2014). Ces références sont marginales en regard de situations beaucoup plus banales et quotidiennes autour de l'alcool, avec la spécificité que ce discours peut autant concerner les soignants entre eux, que des soignés sur leur situation et à propos d'eux-mêmes (Menecier et al., 2019).

## **Objectifs et Méthodes**

### **Objectifs et hypothèses de l'étude**

L'objectif principal était d'approcher la relation de soin entre professionnels hospitaliers et sujets âgés méusant d'alcool, par le discours soignant, sa forme et ses contenus. Nous avons voulu savoir si des variations verbales pouvaient apparaître lors d'entretiens de recherche.

La notion d'altération est envisagée dans une acception première, de changement, sans connotation de dégradation, comme souvent en santé, associée dans la vieillesse à une diminution des capacités (Caron-Dégliose, 2014). Le langage qui subit des altérations, devient étymologiquement autre, voit apparaître des registres inhabituels, inadéquats ou inadaptés à la relation de soin, à défaut de trouver les bons mots pour le dire (Sanchez et al., 2016).

La manière dont on parle de « vieux alcooliques » peut-elle éclairer sur une relation de soin atypique, déroutante, où s'accumulent des facteurs de risque de discrimination ? C'est l'hypothèse principale que nous avons exploré par l'analyse des propos de soignants. Le choix de la subjectivité du discours soignant plutôt qu'une objectivation externe veut tendre vers une construction intersubjective (Blanchet et Gotman, 1992). L'intersubjectivité de la relation soignant-soigné, peut être mise en lumière par l'intersubjectivité interviewer-interviewé (Tisseron, 2011).

### **Type d'enquête et population étudiée**

Une enquête par entretiens individuels de recherche, semi-structurés a été proposée aux 698 médecins et infirmiers de huit établissements de santé autour de Mâcon (France). Un

échantillon de milieu géographique a ainsi été constitué de manière non probabiliste (Pires, 1997) avec les soignants qui ont accepté une rencontre. L'offre de participation n'a été faite qu'à des professionnels susceptibles de soigner des sujets de plus de 65 ans, excluant obstétrique, pédiatrie, pédopsychiatrie et encadrement.

Le protocole de recherche soumis au Comité de Protection des Personnes sud-est II a été déclaré hors cadre d'application de la loi du 9 août 2004. Un consentement écrit a été recueilli avant chaque rencontre. Le recrutement de volontaires s'est poursuivi jusqu'à obtention d'un effet de saturation des données. Les entretiens ont été conduits pas le même interviewer, investigateur, dans des conditions permettant d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre enquêteur et enquêté (Blanchet et Gotman, 1992). Après un rappel du contexte de la recherche, de la durée prévisionnelle des entretiens de 45 à 60 min, leur déroulement a été peu structuré selon un guide préétabli (Tableau 1).

Quarante-cinq entretiens ont été colligés provenant de 45 soignants : 14 hommes et 31 femmes (31% – 69%), 16 médecins et 29 infirmiers (36% – 64%), parmi lesquels 23 exercent leur activité en services de médecine (51%), 2 de chirurgie (4%), 10 des urgences (22%), 4 de psychiatrie (9%) et 6 de gériatrie (13%).

### **Analyse des entretiens**

Chaque entretien enregistré a été dactylographié, cumulant plus de 24 heures de discours aboutissant après retranscription à un écrit de plus de 710 000 caractères. L'ensemble des textes (nommé corpus) ainsi obtenu a été analysé de deux manières : par analyse textuelle traditionnelle, et par analyse des contenus automatisée avec le logiciel Alceste® (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte version 2012) (Reinert, 1983). Cette analyse a ciblé deux points des discours : le recours à l'humour dans les échanges et le recours à des termes familiers ou inappropriés à une parole soignante, technique ou relationnelle. Ce choix initial, renforcé par les données de l'analyse, repose sur des constats empiriques au fil d'exercice clinique qui ont voulu être testés par une démarche de recherche.

Le traitement manuel, avec « lecture exogène informée par les objectifs de l'analyste » (Blanchet et Gotman, 1992) et analyse de contenu thématique, s'intéresse au sens des mots (et non aux mots, racine de mots et groupes de mots) (Roy et al., 2013). Il a été conduit par une lecture annotée et regroupement des points saillants par items. Malgré sa subjectivité, il permet de mieux saisir des subtilités de langage, notamment à propos de termes ayant plusieurs acceptions (comme la dépendance, à une substance ou dans les actes de la vie quotidienne).

Le traitement automatisé des données par le logiciel Alceste® a été choisi, comme étant un outil puissant, avec un bon degré d'expertise pour un corpus de grande taille dans le contexte socio-culturel français (Roy et al., 2013). Cette analyse après lemmatisation du corpus (en donnant à un mot variable – accord conjugaison – une forme canonique c'est-à-dire en ramenant les mots à leurs racines – Reinert, 1983), effectue plusieurs découpages en unités de contexte, permettant par comptage du nombre d'unités d'analyse, une classification hiérarchique descendante quantifiée par des valeurs décroissantes de  $X^2$ . Cette méthode d'analyse permet d'extraire les structures significatives les plus fortes d'un texte afin de dégager l'information essentielle. Ainsi constituées,

des classes d'énoncés caractérisés par la spécificité de leur vocabulaire (Geka et Dargentas, 2010) cherchent à séparer des types de mondes sémantiques, qui seront ensuite mis en relation par une approche interprétative (Fernandez et al., 1999). L'analyse du corpus a pu être enrichie de croisements avec des variables sociodémographiques de genre, métier, service d'exercice, etc.

## Résultats

### Résultats de l'analyse de contenu

Par lecture exogène informée, puis après extraction de citations significatives, les données ont été regroupées en sept classes thématiques abordant :

- des spécificités à propos du méusage d'alcool dans la vieillesse, énoncé comme ancien, chronique, moins visible, discret, masqué ou moins empreint de violence, mais aussi banalisé, féminin, ou inoffensif ;
- un abord variablement estimé comme plus facile ou plus difficile des aînés méusant d'alcool du fait de leur âge, avec plus de situations facilitantes où la personne soignée prend l'initiative d'en parler, mais aussi plus de demandes des entourages difficilement reçues ;
- une rareté d'évocation directe de la souffrance alcoolique associée, n'apparaissant que dans 27 % des entretiens de recherche (13 % pour les médecins et 34 % pour les infirmiers–NS) ;
- une relative rareté d'évocation de déni problématique des soignés (retrouvé dans 18 % des entretiens), alors qu'inversement l'absence de déni est formulée, voire son renvoi sur les entourages ou les soignants, apparaît dans 20 % ;
- une modestie des compétences soignantes auto-estimées et reconnues, avec même des propos énonçant une incompétence soignante dans ce secteur.
- une expression d'émotions négatives de la part des soignants envers les aînés méusant d'alcool, avec fatalisme, réticences, irritation, immobilisme, disgrâce, frustration, inaction, réprobation énoncée par les soignants à propos d'aînés méusant d'alcool ;
- un effet relationnel favorable d'avoir eu des expériences personnelles ou professionnelles de côtoyer (ou avoir côtoyé) des sujets méusant d'alcool. Avec de multiples paroles de soignants quant à des proches méusant d'alcool dans leurs familles (énoncé spontanément dans 24 % des entretiens), comme l'effet bénéfique de stage dans des services accueillants des malades de l'alcool ou même de travaux théoriques (mémoire, exposé durant les études, spontanément énoncées dans 22 % des entretiens).

Une seconde analyse manuelle du corpus de textes a été conduite après que l'analyse automatisée ait fait émerger un recours à la plaisanterie lors des évocations de l'alcool, dans 22 % des entretiens, uniquement infirmiers et jamais avec les médecins (34 % vs 0 % : Test exact de Fisher :  $p < 0.01$ ). En illustration, les agents ont pu dire que « c'est souvent sur le ton de la plaisanterie, que l'on parle d'alcool avec le patient » et « c'est souvent eux qui commencent à aborder le sujet, toujours sur un ton un peu ironique... » ; ce qui « est une façon de nous protéger, c'est plus facile d'en rigoler que de rentrer dans une discussion sérieuse, embarrassante pour tout le monde ». « Les patients peuvent en parler : vous n'avez rien que de l'eau à boire... c'est dimanche... » ou demander « un petit coup

de rouge » ; « c'est souvent le patient, il réclame son petit canon, comme à la maison... mais je ne sais pas comment rebondir sur la chose ».

Ce recours est souvent décrit comme modalité d'entrée en relation tant par les sujets âgés, que par les soignants, qui ont aussi pu dire que c'était une façon de se protéger, tout en précisant que c'était aussi une impasse, ne sachant pas comment dépasser de tels propos rigolards, pour retrouver un échange clinique. À ce stade de l'analyse, l'humour n'apparaît donc pas teinté de dérision, même si certains mots s'écartent du langage professionnel habituel.

### Résultats de l'analyse automatisée

L'analyse automatisée par Alceste® a retrouvé divers critères de qualité et de richesse du corpus (Menecier et al., 2019). Dans le dictionnaire des formes, le premier mot apparaissant est celui d'alcool (700 parmi 5 284), puis par ordre décroissant de fréquence d'apparition : problème (436), patient (413), parler (336), dire (312), âge (278), gens (255), temps (254), personne (220), prendre (187) charge (157), puis coup (171) et boire (171), les deux derniers pour l'expression de « boire un coup ».

Le choix d'analyse, avec un pourcentage d'unités de contexte élémentaires (u.c.e.) classées de 61% (parmi 1 595), et réduction de vocabulaire a permis une répartition entre quatre classes lexicales stables (Tableau 2). Ces quatre classes sont représentatives de quatre axes de réflexion concernant successivement le sujet âgé et ses particularités, les comportements de consommation d'alcool et leurs formes, le rôle soignant et ses déterminants, puis le soin ici désigné comme la prise en charge (Tableau 2).

Seule la Classe 2 sera présentée, étant la seule à envisager la place de l'humour ou de variations du choix des mots. Elle concerne les comportements de consommation, émanant autant de médecins que d'infirmiers. Ses lexèmes spécifiques sont détaillés dans le tableau 2. La topique de cette classe se caractérise par des descripteurs des boissons : vin, rouge, blanc, rosé, bière, pastis, apéritif et des éléments de la consommation : boire, réclamer de l'alcool, lors de repas.

L'énonciation de cette classe, parmi les catégories grammaticales, dénote une forte présence de couleurs en premier lieu : (blanc, rouge rosé) : qui ne sont que les couleurs du vin. L'adjectif petit apparaît fréquemment, tant à propos de « petites dames » ou de « petit monsieur » pour 33% des cas ou de « petits coups » et de « petits verres » (18%), toujours dans des formes d'atténuation des propos. Le langage devient ensuite trivial : « canon » (pour verre de vin), « mec » (pour homme), rouge, blanc ou rosé désignant la couleur d'un vin et par raccourci le produit, « picoler » (pour boire de l'alcool – en excès), « coup » (pour boire un coup). Ce langage plus que familier n'apparaît dans aucune des autres classes, notamment pas pour décrire les aînés.

Quel que soit le mode d'analyse du discours, les seules variations significatives de caractéristiques sociodémographiques des agents entendus ne concernent que le métier à propos du recours à l'humour, plus fréquent chez les infirmiers, mais pas selon le genre, l'ancienneté ou le service d'exercice des agents.

## Discussion

### Discussion des résultats

Un premier niveau d'analyse des résultats semble indiquer l'existence de spécificités du mésusage d'alcool de sujets âgés (abord facilité par l'âge, moindre violence, rareté du déni, etc.), avec lesquelles les soignants apparaissent bien composer dans l'exercice quotidien. Les émotions naissant de la rencontre clinique sont essentiellement négatives ou aversives, même si elles s'estompent au fil d'expériences professionnelles et avec l'ancienneté du soignant (Menecier et al., 2019).

L'humour apparaît comme une modalité défensive, un aménagement relationnel, au-delà duquel l'analyse des données a fait émerger des variations du langage soignant au travers d'une dégradation du choix des mots. Cette altération de la seule classe sémantique concernant les modes de boire et types de boissons, peut témoigner d'un malaise des soignants à parler de consommations d'alcool plutôt que de décrire des comportements de consommation sous-tendant des pratiques addictives.

Entre ces deux registres de l'analyse des discours, nous avons considéré l'adjectif « petit ». Pourquoi ainsi qualifier des dames ou des verres d'alcool, si ce n'est dans une recherche d'atténuation des propos ? Ce que nous proposons d'envisager comme un autre reflet d'un malaise soignant, reste aussi du domaine des hypothèses à défaut de référence bibliographique retrouvée sur ce point, demeurant en deçà de l'appellation de « petits vieux » qui n'a jamais été retrouvée dans les entretiens, alors qu'elle est plus teintée d'une « pointe de mépris ou d'affectueuse commisération » (Trincas, Pujalon et Humbert, 2011).

### L'humour dans la relation de soin

Pourquoi ne pas sourire ou rire avec un soigné ? Si rien ne s'y oppose formellement, les conditions de ce recours méritent attention : d'abord en s'interrogeant à qui profite le rire, et surtout de savoir s'il existe un consentement mutuel à l'humour. Cette étude rend compte de comment des soignants peuvent être déroutés par l'humour émergeant des échanges, mais n'a pas pu explorer comment les soignés peuvent en être blessés.

Sans exclure la place du sourire ou du rire parmi les expressions d'émotion lors d'une relation de soin qui ne peut jamais être désaffectivée, la place de ce recours ne peut se substituer à une élaboration d'échange, de soutien ou d'aide : ce qui est aussi émotionnellement plus coûteux pour le soignant. Le recours à l'humour, d'apparence défensive (Anaut, 2014), peut autant concerner le soignant que le soigné. Ce recours a été considéré comme un possible mécanisme de *coping* face au stress de la situation de soin (Patenaude et al., 2006). Alors l'humour peut être positivement considéré comme un niveau superficiel de communication créant une atmosphère détendue, à la réserve d'envisager « l'empathie comme un prérequis pour utiliser l'humour dans le contexte de soins », c'est-à-dire avec un minimal accordage affectif et surtout sans jamais « insulter la personne ou violer sa dignité » (Patenaude et al., 2006). Les propos recueillis dans cette enquête nous semblent se décaler de cela, et relever d'une improvisation imparfaite, peu satisfaisante pour les uns comme pour les autres, reflet d'un possible malaise global et partagé.

Plus particulièrement, selon les métiers et les résultats obtenus, faut-il supposer que les médecins aient moins d'humour ? Ou ne considèrent-ils pas plutôt leur rôle et place comme trop importants, pour ne pas partager l'humour avec un soigné ? Sans données spécifiques de référence, comme en l'absence de considérations de ce point avec les interviewés, il n'est pas possible de mieux expliciter cette nuance de profession.

### **Familiarités de langage**

Les mots employés pour désigner les personnes âgées sont adaptés, sans familiarité ni périphrases, comme une autre étude récente le mentionne (Sanchez, et al., 2016). Le vocabulaire apparaît ensuite beaucoup plus familier, argotique, voire trivial, à propos des boissons et des consommations, à nommer le vin par sa couleur ou employer les verbes de picoler ou canoner. Ce choix des mots doit être différencié de circonvolutions pour ne pas parler directement d'alcool en nommant l'œnologie, les malades OH, les éthyliques, les problèmes de C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, les exogénoses... et autres néologismes d'apparence pseudo-scientifique qui fleurissent dans les dossiers de soins et parfois les courriers médicaux (Menecier, 2017).

Ce discours vulgaire semble s'écarter de ce qui pourrait être attendu de l'adéquation professionnelle de la parole de soignants, spécialistes de la relation de soins, à propos d'un des comportements des soignés. Si pour une part, une référence à l'humour ou l'ironie peut servir d'atténuation dans un moment supposé difficile, ce n'est probablement pas la seule piste d'explication. Alors que la référence à une agressivité ou une violence est énoncée par quelques soignants (Menecier et al., 2019), le caractère proximal du soignant (et non pas celui du sujet alcoolisé) peut se retrouver dans un vocabulaire et un choix des mots peu technique. Le recours envahissant à l'adjectif *petit* peut aussi en témoigner, même si aucune référence ne peut étayer ni infirmer cette hypothèse émise. Une telle proximité peut aussi s'exprimer à travers le tutoiement, dont le recours en gérontologie (Covelet, 2003), et encore plus en addictologie peut se faire dans des situations particulières (intoxications éthyliques aiguës), rarement avec accord de l'intéressé (ce qui ne le légitimerait pas plus).

L'alcoologie semble ouvrir à ce type de vocabulaire que l'on ne retrouve dans aucun autre secteur du soin. Peut-on y voir une autorisation accordée aux soignants, à secouer verbalement, à vouloir faire prendre conscience de leurs troubles à des sujets qui les méconnaîtraient ou les déniaient (Menecier, Rotherval, Fernandez et Ploton, 2016b) ? Ce langage peut aussi refléter les représentations soignantes négatives à propos d'aînés qui s'alcoolisent, reflet d'une faible estime de soi souvent retrouvée chez ces patients ou résidents, qui peut à son tour apparaître dans les discours, voire le renforcer (Menecier et al., 2010).

### **Hypothèses pouvant sous-tendre des altérations verbales**

Au-delà du constat d'apparence humoristique ou familière des propos, s'ouvrent des voies d'hypothèses explicatives à ces formes de langage soignant envers des aînés méusant d'alcool. Une telle altération du choix des mots a parfois été explorée en gérontologie (Covelet, 2003), mais pas en addictologie. L'alcoologie ne mériterait-il même plus qu'on lui parle comme à autrui ? Ou la vulgarité de boire (trop) d'alcool transparaîtrait-elle dans le langage soignant ?

## Vocabulaire soignant et aînés méusant d'alcool

Se référant à un moindre ressenti de violence associée à l'alcoolisation de sujets âgés, qui semble moins menacer les soignants et les rassurer (Verani, 2000), faut-il voir une première piste autorisant un rapprochement et des paroles plus familières ? L'éventuelle recherche de proximité, doit être contrebalancée par le fréquent rappel par les mêmes soignants de leur dissemblance avec les malades de l'alcool : « je ne suis pas comme eux » ou « je ne peux pas être à votre place ». Ce jeu sur la similitude – dissemblance (Maisondieu, 2010), ne semble pas permettre de retenir l'hypothèse du rapprochement comme raison principale aux variations de forme des discours. Le travail d'identification du professionnel dans la relation, à l'autre méusant d'alcool, est nécessaire, mais difficile, car il engage ses propres représentations ; intégrant la différence entre soignants confrontés à l'alcool au plan personnel et familial et ceux qui ne le sont pas. Mais sans travail d'identification à l'autre et à sa souffrance, base d'une relation empathique, il n'y a pas de relation soignante ou thérapeutique (Tisseron, 2011). À l'extrême de cette hypothèse, l'apparence du dialogue, semble encore moins pouvoir s'apparenter à des manœuvres de séduction entre des infirmières qui sont majoritairement des femmes et des sujets âgés méusant d'alcool, parmi lesquels les hommes prédominent toujours, même à moindre titre. De telles références œdipiennes n'apparaissent pas non plus prioritaires.

Peut-on y voir une forme d'énonciation de connaissances partagées ? La verbalisation et la déclaration ostensible d'une communauté de discours, au travers de mots-clés est parfois retrouvée en toxicomanie et lors de propos entre initiés partageant une connaissance empirique ou théorique de pratiques de consommations (Levivier, 2012). Ainsi, l'emploi des mêmes termes pointus et argotiques (*shooteuse, douille, trip...*) peut apparaître comme base de reconnaissance mutuelle. Ce registre d'éсотérisme, au sens premier du terme, semble moins convocable à propos du méusage d'alcool, d'autant que l'on s'intéresse aux propos de soignants et non pas à ceux de sujets alcoolisés, chez qui ont été décrites des « *altérations énonciatives* » qui prennent d'autres formes et apparences (Perea, 2012).

À l'opposé du rapprochement, peut-on tenter de relier de telles paroles au caractère « auto-infligé » de la pathologie ? Lorsque parmi diverses pathologies somatiques ou psychiatriques, celles liées au méusage d'alcool sont le plus négativement jugées par les soignants (Ronzani, Higgins-Bidle et Furtado, 2009), le méusage d'alcool est le premier stéréotype négatif énoncé par des médecins (Najman, Klein et Munro, 1982). Cependant, dans une récente méta-analyse de la littérature autour de situations où le sujet s'auto-inflige un trouble, la considération par les soignants apparaît la moins négative lorsqu'un méusage d'alcool est associé (Saunders, Hawton, Fortune et Farrell, 2012). Cet effet d'atténuation du méusage d'alcool sur des attitudes soignantes négatives relativise une analyse trop immédiate ne retenant qu'une autorisation à mal parler à celui qui méuse d'alcool simplement parce qu'il en boit trop, comme le prix à payer de son intempérance.

Peut-on convoquer dans ces circonstances, une référence à une éventuelle sadisation de la relation de soin ? Dans la vieillesse et plus encore lorsqu'il existe un méusage d'alcool, avec toutes les précautions qu'il convient pour utiliser la notion de sadisme dans les soins (Bergeret et Houser 2002), le sujet âgé en difficulté avec l'alcool, de par ses pertes et déficiences, peut adopter une position de provocation masochique (Ploton, Gaucher, Talpin, de Saussure et Blanchard, 1999). Cette position, qui se retourne contre son auteur, laisse une place, induit ou renforce de possibles tendances sadiques parmi des soignants confrontés à la répétition, aux mises en échec, et à des

sentiments d'impuissance (Jeammet, 2002); comme à l'inverse parmi des soignants en quête d'autoritarisme, de dirigisme et d'emprise sur l'autre (Menecier et al., 2016b). Un rééquilibrage de positions pourrait être bénéfique à tous, dans le respect des compétences et des choix de chacun, laissant un peu plus de place au soigné, acceptant de l'accompagner plutôt que de seulement le prendre en charge (Menecier et al., 2016b).

Enfin, faut-il y voir une spécificité surajoutée par l'âge des sujets, une forme particulière d'âgisme? Cette discrimination du seul fait de l'âge, laisse s'alcooliser des aînés, néglige leurs souffrances associées, et amène à encore moins formuler des offres de soins qu'à d'autres âges de la vie devant un mésusage d'alcool. Elle laisse aussi plus de place aux soignants pour déborder de leur rôle, par fragilité ou vulnérabilité de personnes âgées qui semblent encore moins répondantes ou véhémentes en cas de désaccord ou d'approche inadéquate. Les représentations négatives cumulées sur le vieillissement (surtout pathologique) peuvent reconvoquer la notion de déféctologie, surtout à une époque de restrictions budgétaires en santé. Accueillir les *indésirables* à l'hôpital constitue une « *des prémices au soin* » (Jan, 2012). Pour cela, il convient de se rappeler que « *l'individu indésirable à nos yeux l'est aussi à ses propres yeux* » (Jan, 2012), renforçant inconsciemment d'éventuels aménagements masochistes. Alors, un pas est possible de l'exclusion au rejet, jusqu'à l'autrui (Maisondieu, 2010), comme une absence de prise en considération d'autrui, parfois involontaire et inconsciente. Particulièrement envisagée en gériatrie, la manière dont on parle au sujet peut constituer un premier reflet de la manière avec laquelle on le considère.

### **Travers ou avantage de moins bien parler à des aînés mésusant d'alcool**

Chacune de ces hypothèses reste isolée, sans comparaison dans la littérature, attendant d'autres études complémentaires pour confirmation ou infirmation. L'hypothèse générale d'un malaise soignant lors d'une rencontre éprouvant leurs capacités d'aide (Doniol-Shaw, 2009) nous semble prévaloir à ces éventualités. Reflet d'un dégoût qu'inspire ces patients, qui peut aller jusqu'à une forme de haine « *ressentie, mais pas toujours facile à repérer ou à avouer, car honteuse* » (Descombey, 2004), le soignant en gériatrie ou en addictologie et plus encore à leur croisement, peut être éprouvé par ces rencontres. « *Quel autre type de patient peut suggérer l'exclamation intérieure : qu'il crève puisqu'il le veut* », s'interrogeait Descombey (2004). Un tel dégoût est d'abord énoncé par des professionnels en dehors la spécialité, et qui admirent ou s'interrogent sur la capacité de s'impliquer dans un travail parfois perçu comme extrême (Jeanjean, 2011).

Derrière ces propos et conditionnant les attitudes de soins, ce sont les représentations des professionnels qui sont envisagées ici et la manière dont elles se construisent positivement ou négativement, selon les formations, et selon les expériences professionnelles ou personnelles autour du mésusage d'alcool et du vieillissement et parfois leur croisement (Menecier et al., 2018; 2019). Leur élaboration, mais surtout des voies de progression sont possibles dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins.

Au-delà de la recherche d'origine de ce qui peut s'apparenter à des formes de violence verbale, et plutôt que de se rejeter mutuellement la faute ou l'initiative, un regard systémique est possible sur ce qui peut être considéré comme une forme de maltraitance (Darnaud, Moscato et Igier, 2013). Une telle approche qui a montré ses bénéfices en alcoologie, ouvre une voie de réflexion, et permet

## Vocabulaire soignant et aînés mésusant d'alcool

d'éviter d'attribuer à l'un ou l'autre des protagonistes de la relation de soin la responsabilité de la dégradation des formes du langage. Cette piste de réflexion mériterait une poursuite d'étude, idéalement en recherche-action lors d'entretiens en groupes de soignants (*focus groups*), plutôt que seulement rapprocher des entretiens individuels.

Malgré une première approche essentiellement négative des résultats, un langage moins technique semble permettre aux soignants d'envisager des notions moins cliniques, telles que celle du plaisir à boire de l'alcool. L'alcool est bon (avant d'être délétère pour certains), rappelait Klein (1983). Mais de telles paroles sont rares dans le discours médical ambiant, où des relents hygiénistes peuvent encore transparaître au point d'oublier la base du plaisir à consommer des substances psychoactives (dans l'usage) avant d'en ressentir déplaisirs et souffrances dans le mésusage (Descombey, 2004). Ce contrepoint, qui n'a pour autant rien de paradoxal, peut enrichir la réflexion sur la forme du langage des professionnels. Plutôt que des dégradations, ces particularités, ni justifiables ni valorisables, semblent permettre aux agents de sortir d'un carcan théorique où ils devraient investir une supposée mission d'empêcher de boire de l'alcool, plutôt que de proposer aux soignés d'améliorer leur santé, leur qualité de vie, en intégrant l'accès au plaisir.

## Conclusion

Malgré les limites d'une étude partielle, issue d'une plus vaste enquête par entretiens de recherche, ce travail a voulu concentrer l'attention sur un aspect peu exploré de la relation de soin avec des sujets âgés mésusant d'alcool. Sans distorsion méthodologique issue d'un changement d'hypothèse de recherche lors de l'analyse des résultats, il s'agit d'un approfondissement d'analyse du corpus de textes. Le peu de références bibliographiques retrouvées à propos du recours à l'humour ou le fait de parler différemment à des aînés mésusant d'alcool, font de cette recherche un travail exploratoire. De ce fait, il générera plus de questionnements que de réponses.

Les particularités du choix des mots de professionnels de santé autour du mésusage d'alcool de sujets âgés s'inscrivent dans une palette de nuances allant de la familiarité, au sourire, jusqu'à la vulgarité. Ce constat spécifique à ce secteur des soins, rarement envisagé en dehors de l'addictologie souligne comment certaines vulnérabilités des soignés peuvent laisser place à des excès de pouvoir des soignants.

Dans le secteur restreint de l'alcoologie auprès de sujets âgés, cette étude se trouve isolée, sans comparaison soutenant ou contredisant ses résultats. À défaut d'étayage issu de la littérature, ce travail exploratoire mérite d'être répété, complété sur divers aspects, comme les spécificités par métier.

## Références

- Anaut, M. (2014). *L'humour entre le rire et les larmes*. Paris, France : Odile Jacob.
- Bergeret, J. et Houser, M. (2002). Le sadisme... à travers ce qu'il n'est pas. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(66), 1269-1284.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Collin.
- Caron-Dégliose, A. (2014). Vieillesse et altération des facultés personnelles. Co-construire un accompagnement responsable, cohérent et respectueux des droits des personnes. *Retraite et société*, 68, 23-40.
- Charazac, P.M. (2014). Regard psychanalytique sur la maltraitance soignante. *Le Carnet Psy*, 180(4), 41-42.
- Cherblanc, J. et Joblin, G. (2013). Vers une psychologisation du religieux : le cas des institutions sanitaires au Québec. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 163, 39-62.
- Covelet, R. (2003). La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. *Gérontologie et Société*, 104(1), 115-124.
- Darnaud, T., Moscato, A. et Igier, V. (2013). La lecture systémique, une autre façon de penser pour intervenir dans les situations de maltraitance de la personne âgée. *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 11(4), 397-402.
- Descombey, J.P. (2004). La répétition des contre-attitudes. *Psychotropes*, 10(2), 83-101.
- Doniol-Shaw, G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*, 22(2), 27-42.
- Ellenberg, E. (2005). Du regard clinique à la caresse éthique : pour un nouveau langage médical. *L'autre*, 6(2), 211-225.
- Fernandez, L., Lafont, E. et Sztulman, H. (1999). Analyse textuelle de la conduite addictive des fumeurs de cigarettes consultant pour sevrage tabagique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 49(3), 201-214.
- Garandeau, M. (1977). *Approche thérapeutique de l'éthylisme dans un hôpital général* (Thèse de doctorat). Université Claude Bernard Lyon 1.
- Geka, M. et Dargentas, M. (2010). L'apport du logiciel Alceste à l'analyse des représentations sociales : l'exemple de deux études diachroniques. *Les cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 1(85), 111-135.
- Gomez, H. (2015). Du stéréotype à la relation d'aide. Dans H. Gomez, M. Claudon et G. Osterman (dir.), *Les représentations de l'alcoolique : Images et préjugés* (p. 67-88). Toulouse, France : Ères.

## Vocabulaire soignant et aînés méusant d'alcool

- Grosjean, M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 16-17(7), 1260-1705.
- Jeammet, N. (2002). Un sadisme ordinaire. *Revue Française de Psychanalyse*, 66(4), 1117-1132.
- Jeanjean, A. (2011). Travailler à la morgue ou dans les égouts. *Ethnologie Française*, 41(1), 59-66.
- Jan, O. (2012). L'accueil des indésirables à l'hôpital. *Vie sociale et traitements*, 1216, 107-111.
- Jodelet, D. (2002). Perspective d'étude sur le rapport croyances/représentations sociales. *Psychologie et Société*, 5, 157-178.
- Klein, J.P. (1983). L'alcoolique et les tentations du soignant. *L'information psychiatrique*, 59(9), 1175-1183.
- Lambrette, G. (2012). Travailler avec les émotions. *Le Journal des Psychologues*, 299(6), 71-5.
- Levivier, M. (2012). Les harmoniques de la parole. *Psychotropes*, 18(2), 41-59.
- Maisondieu, J. (2010). L'autrui, un problème éthique méconnu. *Laennec*, 58(1), 18-29.
- Menecier, P. (2010). *Boire et vieillir, comprendre et aider les aînés en difficultés avec l'alcool*. Toulouse, France : Ères.
- Menecier, P., Poillot, A., Menecier-Ossia, L., Lefranc, D., Plattier, S. et Ploton, L. (2010). Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé. Étude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers. *Alcoologie Addictologie*, 32(4), 291-298.
- Menecier, P. et Fernandez, L. (2012). Particularité des pratiques addictives dans la vieillesse. *Presse Médicale*, 41, 1226-1132.
- Menecier, P., Fernandez, L., Pichat, M., Lefranc, D. et Ploton, L. (2015) Connaissances soignantes à propos d'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés. *Alcoologie Addictologie*, 37(4), 301-308.
- Menecier, P., Plattier, S., Rotheval, L. et Ploton, L. (2016a). Réflexions sur l'emprise et la possessivité dans la relation de soin en gérontologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 174(5), 338-343.
- Menecier, P., Rotheval, L., Fernandez, L. et Ploton L. (2016 b) Le déni en alcoologie à travers ce qu'il n'est pas. *Drogues, Santé et Société*, 15(2), 39-59.
- Menecier, P. (2017). Alcool, usage et mésusage. *L'Aide-soignante*, 191, 12-13.
- Menecier, P., Fernandez, L., Pichat, M. et Ploton, L. (2018). Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers des aînés méusant d'alcool. Enquête hospitalière par questionnaire auprès de 315 agents. *Psychotropes*, 24, 55-76.
- Menecier, P., Fernandez, L., Galiano, A.R. et Ploton, L. (2019). Attitudes et croyances de soignants hospitaliers à propos de sujets âgés en difficulté avec l'alcool : enquête par entretiens de recherche. *Annales médico-psychologiques*, 177 (6), 544-550.

## Vocabulaire soignant et aînés méseasant d'alcool

- Najman, J. M., Klein, D. et Munro, C. (1982). Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Social science & medicine*, 16, 1781-1789.
- Paille, F. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail de la SFA et de la SFGG : texte court. *Alcoologie et addictologie*, 36(1), 61-72.
- Patenaude, H. et Hamelin-Brabant, L. (2006). L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 36-45.
- Perea, F. (2012). Ivresse, défonce et énonciation. *Psychotropes*, 18(2), 9-22.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologie. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrrière, Mayer, Pires [groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives] (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Ploton, L., Gaucher, J., Talpin, J. M., de Saussure, C. et Blanchard, F. (1999). La provocation masochique de la part de personnes âgées dépendantes. Dans C. De Saussure (dir.), *Vieillards martyrs, vieillards tirelires* (p. 71-76). Chene-Bourg, Suisse : Médecin et Hygiène Ed.
- Ploton L. (2019). *Les prises de pouvoir dans la relation : Au fil de la pathologie psychique*. Lyon, France : Chronique sociale Ed.
- Reinert, M. (1983). Un logiciel d'analyse lexicale : Alceste. *Cahier Analyse de Données*, 4, 471-484.
- Roy, N. et Garon, R. (2013). Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches Qualitatives*, 32(1), 154-180.
- Ronzani, T. M., Higgins-Bidle, J. et Furtado E.F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69, 1080-1084.
- Sanchez, S., Marcelaud C., Letty, A., Emery, E., Gallin, A., Denormandie, P. et Guerin, S. (2016). Les bons mots pour le dire. *NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 94(16), 204-211.
- Saunders, K.E.A., Hawton, K., Fortune, S. et Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm : a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205-216.
- Tisseron S. (2011). L'empathie soignant soigné. *Santé mentale*, 158, 32-38.
- Trincas J., Puijalon, B. et Humbert, C. (2011). Dire la vieillesse et les vieux. *Gérontologie et société*, 138, 113-26.
- Verani, L. (2000). Une souffrance pour les équipes de soins ; prendre soin de la personne alcoolique. *Soins*, 644, 34-35.
- Vermette, G., Forget, J. et Boucher G. (2001). *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir : guide d'intervention*. Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie et Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550369327.pdf>

TABLEAU 1 : Guide d'entretien

### 1 – Repérage du mésusage d'alcool chez des sujets âgés et des ressentis

Lorsque vous rencontrez dans le cadre de votre activité professionnelle, des sujets de plus de 65 ans en difficulté avec l'alcool :

- De quels types de difficultés s'agit-il ?
- Comment repérez-vous ces difficultés ? (par quelles démarches cliniques, sur quels éléments)

Comment décririez-vous la relation de soin que vous entretenez avec des sujets âgés ayant des problèmes d'alcool ?

- Qu'éprouvez-vous face à ces sujets âgés ? (en termes de sentiments, d'émotions et de ressentis par exemple) ? (Pourquoi ?)
- Quelles attitudes, adoptez-vous quand vous avez à faire à ces sujets âgés ? (Pourquoi ?)

### 2 – Connaissance et rôle clinique à propos du mésusage d'alcool chez des sujets âgés

Comment estimez-vous vos connaissances autour de l'alcool et des sujets âgés ?

- Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance (/de formation) ? (par exemple, fort, moyen, faible)
- Quel est, selon vous, votre niveau de compétences ? (fort, moyen, faible ; Pourquoi ?)
- Quelles expériences de soin avez-vous auprès de personnes âgées en difficulté avec l'alcool (bons ou mauvais souvenirs... ; Pourquoi ?)
- Quel est votre rôle en tant que soignant/infirmier dans l'évaluation, l'orientation, les soins à apporter à des sujets âgés ayant des problèmes avec l'alcool ?
- Pouvez-vous expliquer ce rôle ?
- Quelles sont les raisons qui peuvent freiner (/s'opposer à) votre rôle de soignant auprès de sujets âgés ayant des problèmes avec l'alcool ?

### 3 – Du repérage à l'offre de soins : actions de soin

Quelles actions mettez-vous en place (que faites-vous) lorsque vous avez repéré (/identifié) des problèmes d'alcool chez un sujet âgé ?

- Actions par vous-même (par exemple, entretiens infirmiers)
- Ou actions en orientant vers d'autres professionnels (demandes de consultation en addictologie, orientation vers un lieu de consultation) ?
- Comment pourrait-on améliorer l'accueil et les soins à des sujets âgés en difficulté avec l'alcool ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Souhaitez-vous aborder des sujets qui ne l'ont pas été jusqu'alors ?

TABLEAU 2 : Les 4 classes lexicales issues de l'analyse Alceste du corpus

<b>CLASSE 1</b>			
<b>La vieillesse</b> : 28% du discours analysé (347 uce et 130 mots analysés)			
La thématique de classe concerne le sujet âgé, ses particularités, son individualité			
<i>Les principales formes réduites sont : âge, jeune, femme, alcool, consommation, personne, homme</i>			
<b>CLASSE 2</b>			
<b>Le boire</b> : 16% du discours analysé (192 uce et 128 mots analysés)			
La thématique de classe concerne les comportements de consommation, le boire et ses formes			
<b>Détail des présences significatives de la classe 2</b>			
Forme réduite	Formes complètes associées	X <sup>2</sup>	Effectif total
verre	verre (36) verres (7)	180	39
boire	boire (25) boit (12) bu (10) bus (2) buvaient (2)...	128	91
vin	vin (32)	108	34
maison	maison (20) maisons (1)	74	22
retraite	retraite (14)	58	15
dame	dame (15) dames (1)	59	21
bouteille	bouteille (10) bouteilles (2)	42	12
monsieur	monsieur (16)	41	24
bière	bière (6) bières (2)	32	8
canon	canon (5)	27	5
<b>Détail des absences significatives de la classe 2</b>			
Forme réduite	Formes complètes associées	X <sup>2</sup>	Effectif total
charge	charge (63)	-13	91
prise	prise (51) prises (4)	-11	77
infirmier	infirmier (15) infirmière (31) infirmières (11) infirmiers (5)	-10	73
médecin	médecin (60) médecine (2) médecins (20)	-9	89
formation	formation (32) formations (12)	-9	45
équipe	équipe (22) équipes (11)	-8	44
<b>CLASSE 3</b>			
<b>Le soignant</b> : 43% du discours analysé (531 uce et 153 mots analysés)			
La thématique de classe concerne le rôle professionnel des soignants et ce qui le conditionne			
<i>Les principales formes réduites sont : charge, prise, psycho, diagnostic, pathol</i>			
<b>CLASSE 4</b>			
<b>Le soin</b> : 13% du discours analysé (158 uce et 116 mots analysés)			
La thématique de classe concerne la prise en charge : raccourci du soin			
<i>Les principales formes réduites sont : âge, jeune, femme, alcool, consommation, personne, homme</i>			



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique pour les jeunes consommateurs

**Anne Guichard**, Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Marianne St-Jacques**, Ph. D., professeure adjointe, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Catherine Lefrançois**, M. Sc., professionnelle de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Marie-Pierre Gagnon**, Ph. D., professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Élise Roy**, M.D., M. Sc., titulaire de la chaire de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke

### Correspondance :

Anne Guichard  
Faculté des sciences infirmières  
1050, avenue de la Médecine, local 3465  
Université Laval  
Québec (Québec) G1V 0A6  
418-656-2131, poste 4427  
Télécopieur : 418 656-7747  
[anne.guichard@fsi.ulaval.ca](mailto:anne.guichard@fsi.ulaval.ca)

Cette étude a été financée par les IRSC (Subvention catalyseur : programme de recherche communautaire sur le VIH/SIDA – 2015-11-02) CIHR-IRSC:0092004836.

### Remerciements :

Les auteurs souhaitent remercier et exprimer leur reconnaissance à tous les jeunes, les intervenants et leurs organismes de rattachement qui se sont rendus disponibles pour participer à cette recherche. Nos remerciements s'adressent en particulier à la Maison Dauphine et à toutes les personnes qui se sont mobilisées pour soutenir la réalisation de ce projet.

### Résumé

**Introduction** : La démultiplication des substances psychoactives, la transformation des pratiques de consommation, l'inadéquation des services pour les jeunes et le virage technologique pris par les consommateurs, tant pour acheter que s'informer sur les substances, incitent à repenser l'intervention en réduction des méfaits. **Objectifs** : L'étude vise à explorer l'intérêt et la faisabilité d'utiliser les technologies de l'information et des communications (TIC) pour prévenir des consommations plus intensives et réduire les dommages chez les jeunes adultes consommateurs en situation de grande vulnérabilité sociale. **Méthodes** : Elle utilise une approche de recherche communautaire basée sur des groupes de discussion menés auprès de jeunes consommateurs de 18 à 29 ans et d'intervenants œuvrant auprès des jeunes en difficultés dans la région de Québec. **Résultats** : Les TIC constituent un outil privilégié d'approvisionnement et d'échange d'informations sur les substances parmi les jeunes. Elles s'insèrent dans un contexte de lacunes dans les ressources existantes. En réponse, les participants suggèrent le développement d'une plateforme interactive spécialisée et actualisée d'échange d'informations sur les substances en circulation et la façon de gérer leurs consommations et les situations d'urgence. Pour les intervenants, les TIC sont peu exploitées pour des échanges en lien avec les substances illicites et jugées délicates à manipuler sur ces questions sensibles. Elles sont néanmoins perçues comme pouvant pallier un déficit de connaissances et de compétences pour aborder ces sujets complexes avec les jeunes. Des enjeux émergents liés aux inégalités d'accès au numérique, de littératie avec les TIC, éthiques et juridiques. **Conclusion** : Les TIC sont bien implantées dans le travail des intervenants et la vie des jeunes consommateurs. Elles sont des outils complémentaires, probablement incontournables à l'ère du numérique et de la complexification des marchés et des modes de consommation.

**Mots-clés** : jeunes de la rue, substances psychoactives (SPA), prévention, réduction des méfaits, technologies de l'information et des communications (TIC)

## Rethinking harm reduction in the digital age for young consumers

### Abstract

**Introduction**: Ever-changing psychoactive substances, changes in consumption habits, services inadequacy and technological advances stresses the need to innovate in regards of harm reduction interventions. **Objectives**: This study aims to explore the interest and feasibility of using information and communication technologies (ICT) to prevent intensive drug use and reduce harm in socially vulnerable young adults' drug users. **Methods**: Using a community research approach based on focus groups with young drug users aged 18 to 29 years old and community workers working with at-risk youths. **Results**: Young adults widely use ICT to obtain and exchange information regarding drugs. With regard to further technological development in harm reduction, participants perceive ICT as a mean of filling current gaps in services. Participants suggest developing a specialized interactive information exchange platform about current drugs and substance abuse management, especially emergencies and crisis. Community workers did not think young drug users used ICT regarding drugs for other means than acquiring products and found their adequate use regarding

harm reduction rather delicate. Nevertheless, they saw a potential in ICT to spread information and facilitate discussion about complicated issues with youths. **Conclusion:** ICT are well entrenched in the lives of young drug users and in community workers' practices. ICT are complementary and inevitable in the digital age and in an era of complexification of drug market and habits.

**Keywords:** street youth, substance abuse, prevention, harm reduction, information and communication technologies (ICT)s

## Repensar la reducción de delitos de los jóvenes consumidores en la era digital

### Resumen

**Introducción:** La desmultiplicación de sustancias psicoactivas, la transformación de las prácticas de consumo, la inadecuación de los servicios para los jóvenes y el viraje tecnológico efectuado por los consumidores ya sea para comprar o para informarse sobre las sustancias, incitan a repensar la intervención en materia de reducción de delitos. **Objetivos:** El estudio apunta a explorar el interés para utilizar las tecnologías de información y de comunicaciones (TIC) y la factibilidad de su uso para prevenir consumos más intensivos y reducir los daños entre los jóvenes adultos consumidores en situación de gran vulnerabilidad social. **Métodos:** El estudio utiliza un enfoque de investigación comunitaria basada en grupos de discusión organizados entre jóvenes consumidores de entre 18 y 29 años y con la participación de agentes que actúan entre los jóvenes con dificultades en la región de Quebec. **Resultados:** Las TIC constituyen una herramienta privilegiada de suministro y de intercambio de informaciones sobre las sustancias entre los jóvenes y se integran en un contexto de lagunas en los recursos existentes, En respuesta, los participantes sugieren el desarrollo de una plataforma interactiva especializada y actualizada de intercambio de información sobre las sustancias en circulación y la manera como los jóvenes pueden manejar su consumo y las situaciones de urgencia. Para los agentes participantes, las TIC son poco exploradas en los intercambios relacionados con las sustancias ilícitas y se las juzga delicadas a manipular en materia de estas cuestiones sensibles. Se percibe sin embargo que podrían paliar un déficit de conocimientos y de competencias para abordar estos temas complejos con los jóvenes. Hay cuestiones emergentes relacionadas con las desigualdades de acceso a las tecnologías digitales, de conocimiento para manejar las TIC y de conocimiento de cuestiones éticas y jurídicas. **Conclusión:** Las TIC están bien implantadas en el trabajo de los agentes participantes y en la vida de los jóvenes consumidores. Son herramientas complementarias, probablemente inevitables en la era digital y de complejización de los mercados y los modos de consumo.

**Palabras clave:** jóvenes de la calle, sustancias psicoactivas (SPA), prevención, reducción de delitos, tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)

### Introduction

La consommation de substances psychoactives (SPA), en particulier certaines formes intensives, est depuis longtemps considérée comme un problème de santé publique, en particulier chez les jeunes. Que ce soit au Québec (Fleury et Grenier, 2012; Kairouz et Institut de la statistique du Québec, 2008; Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010) ou ailleurs (ESPAD, 2016; Merikangas et al., 2010), les jeunes de 15-24 ans constituent le sous-groupe de la population le plus à risque de rencontrer des difficultés importantes avec les SPA. En 2012, au Canada, 11,9 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans présentaient un diagnostic de trouble lié à l'alcool ou aux SPA, comparativement à 1,9 % des personnes de 45 ans et plus (Pearson, Janz et Ali, 2013). Dans ce groupe, on observe à l'échelle du Canada une hausse de 40 % du nombre de journées d'hospitalisations entre 2006 et 2011 à la suite de la consommation de cannabinoïdes (Young et Jesseman, 2014). Au Québec, un récent rapport fait état de l'augmentation de la prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue dans ce groupe d'âge, notamment les troubles psychotiques induits par une drogue et les intoxications liées à l'alcool (Huỳnh et al., 2019). La précocité de la consommation de SPA chez les jeunes augmente le risque de développer une dépendance ou la survenue de troubles de santé mentale à l'âge adulte (Brook, Saar, Zhang et Brook, 2009; Pujazon-Zazik et Park, 2009). À cet âge charnière de transition vers l'âge adulte, les méfaits de la consommation de SPA sur le développement social et neurobiologique des jeunes sont bien documentés (Arnett, 2000; Patton et Viner, 2007). Une consommation intensive de SPA peut aussi entraîner des conséquences graves au plan sociosanitaire, notamment, les accidents de la route, les blessures non intentionnelles, les ruptures familiales, le suicide, la délinquance, le décrochage scolaire, ou des maladies infectieuses telles que le VIH ou les hépatites (Bailey et Marshall, 2004; Suris, Michaud, Akre et Sawyer, 2008). Parmi les jeunes les plus vulnérables, les jeunes de la rue sont certainement particulièrement touchés par ces problématiques allant jusqu'à entraîner des risques importants de mortalité précoce (Roy et al., 2004).

Avec l'évolution des modes et des conditions de vie et la diversification du marché des drogues, les profils des consommateurs et les pratiques de consommation se sont diversifiés, notamment parmi les jeunes (Lascaux et Couteron, 2015; Obradovic, 2015). Les modes de consommations se caractérisent aujourd'hui par des pratiques plus complexes associant le polyusage/polyexpérimentation d'une gamme élargie de produits de synthèses, d'opiacés, de stimulants, l'usage non médical de médicaments psychotropes, et l'alcool (Gagnon et al., 2010; Guichard, Lert, Brodeur et Richard, 2006; Guichard et al., 2003; Mateu-Gelabert, Guarino, Jessell et Teper, 2015; Young et Jesseman, 2014). L'injection qui semblait autrefois le mode d'administration privilégié de consommateurs marginalisés est apparue parmi les jeunes fréquentant les milieux festifs (Girard et Boscher, 2009). L'augmentation de l'injection de médicaments opioïdes parmi les jeunes, notamment au Québec (Leclerc et al., 2012) est d'autant plus préoccupante que ce type de consommation augmente le risque de décès par surdose.

Les jeunes ne fréquentent généralement pas les lieux ni les dispositifs dédiés aux problèmes de dépendance ou de réduction des méfaits si ce n'est sous la pression de différents acteurs tels les parents, l'école ou le système judiciaire. Les structures conventionnelles ou plus spécialisées peinent à les rejoindre (Cadet-Taïrou et al., 2010; Merkinaite, Grund et Frimpong, 2010; Nicholson, White et Duncan, 1998), probablement parce qu'elles n'ont pas développé les outils ni les méthodes adaptés au profil et aux besoins spécifiques des jeunes. Souvent dans un souci d'anonymat ou de

confidentialité, les nouveaux modes de communication électronique constituent pour les jeunes une voie privilégiée pour s'approvisionner, s'informer sur les SPA et leur mode d'utilisation, partager leur expérience des produits, se faire conseiller par des pairs et finalement se constituer à travers les médias et les réseaux sociaux en communautés virtuelles « anonymes » dans l'espace invisible d'Internet (Barratt, 2011 ; Falck, Carlson, Wang et Siegal, 2004 ; Murguia, 2007 ; Thoër et Robitaille, 2014). La familiarité des jeunes consommateurs avec la technologie positionne les technologies de l'information et des communications (TIC) comme une piste d'action prometteuse dans le domaine de la prévention et de la réduction des méfaits chez les jeunes adultes (Patnode et al., 2014). Internet est d'ailleurs de plus en plus utilisé pour enquêter et intervenir auprès de certains groupes de la population réticents à consulter et soucieux de conserver l'anonymat (Guichard et Dupéré, 2016 ; Guichard et al., 2013 ; Kivits, Lavielle et Thoër, 2009 ; Perreault et al., 2009 ; Perreault et al., 2013 ; C. Thoër et Lévy, 2012 ; Velter et al., 2017).

Le potentiel des nouvelles technologies pour l'intervention sur la consommation des jeunes a déjà mené au déploiement de plusieurs interventions fondées sur des modèles théoriques et des supports technologiques très hétérogènes et dont les effets ne sont pas bien documentés. Une revue rapide de la littérature a montré que les interventions utilisant les TIC auprès des jeunes étaient généralement réalisées en milieu scolaire, donc plutôt destinées à des publics adolescents socialement intégrés. Elles portaient principalement sur la prévention primaire de la consommation d'alcool et de cannabis, écartant ainsi une frange non négligeable de la population de jeunes adultes concernée, en situation de désaffiliation sociale, de décrochage scolaire ou polyconsommateurs (Guichard, Roy, Saint-Jacques, Payne-Gagnon et Gagnon, 2017). Néanmoins, les résultats d'une intervention déployée exclusivement sur le Web, utilisant Facebook pour recruter des jeunes âgés de 15 à 16 ans issus des minorités sexuelles, ont montré une diminution de la consommation de SPA tels les stimulants et les médicaments ainsi que de meilleures habiletés à refuser les SPA, résultats s'étant maintenus trois mois après la fin de l'intervention (Schwinn, Thom, Schinke et Hopkins, 2015). Si ces résultats suggèrent que les TIC présentent un potentiel pour intervenir efficacement sur certains comportements de consommation, il n'existe toutefois pas de données probantes chez les jeunes consommateurs désaffiliés et dans une perspective de réduction des méfaits.

Enfin, le degré d'implication des partenaires communautaires et des milieux d'intervention de première ligne dans ces projets est très variable et la perspective des principaux utilisateurs de ces interventions n'est pas mise de l'avant, notamment à l'étape de définition des besoins. Bien qu'Internet soit une voie privilégiée pour rejoindre les populations cachées de jeunes consommateurs (Miller et Sønderlund, 2010 ; Thoër et Lévy, 2012), il reste que les jeunes en situation de désaffiliation sont la plupart du temps éloignés de ces dispositifs du fait de la fracture numérique (Guichard et Dupéré, 2016). Les différences sociales d'accès, d'usages et d'appropriation des ressources numériques en santé étant susceptibles d'exacerber les fragilités parmi les groupes les plus vulnérables (Lupton, 2017 ; Thoër et Lévy, 2012). Pour penser une action responsable et efficace utilisant les TIC auprès de ces publics, il convient en amont de mieux les connaître, d'éclairer leur parcours, leur réalité, leur intérêt ou leur crainte en lien avec les TIC. Pour clarifier ces questions, une étude basée sur un partenariat de recherche avec un organisme communautaire aux premières lignes de l'intervention auprès de jeunes consommateurs a été mise en place. Son objectif était d'explorer le point de vue des jeunes et des intervenants concernant l'intérêt, la pertinence et la faisabilité de l'utilisation des TIC pour prévenir le passage à des consommations plus intensives ou en réduire les dommages chez les jeunes de la rue.

### Méthodologie

Il s'agit d'une étude exploratoire adoptant une approche participative fondée sur un partenariat de recherche avec un organisme communautaire (Holkup, Tripp-Reimer, Salois et Weinert, 2004), la Maison Dauphine. Située dans le Vieux-Québec, l'organisme accueille les jeunes de la rue de 12 à 29 ans depuis 25 ans. Préoccupée par la baisse de fréquentation des jeunes des organismes communautaires et les problèmes de consommation fréquemment observés parmi les jeunes qu'elle reçoit, la Maison Dauphine a saisi l'opportunité d'explorer de nouvelles avenues utilisant les outils technologiques pour faciliter ou compléter ses interventions à caractère plus socio-éducatif. Dès les premières étapes d'élaboration du projet, la Maison Dauphine a été impliquée dans la prise de décision et son implication s'est maintenue tout au long du projet et plus particulièrement dans la phase de recrutement et d'organisation des groupes de discussion avec les jeunes.

### Procédure d'échantillonnage et recrutement des participants

L'étude a été conduite auprès de jeunes adultes (18 ans et plus) se définissant comme consommateurs ou ex-consommateurs de SPA (n = 16) ainsi qu'auprès d'intervenants ayant une expérience d'intervention auprès de cette population et œuvrant sur le territoire de la ville de Québec (n = 7) où se déroulait notre étude.

**Les jeunes** ont été recrutés à l'aide de l'organisme communautaire partenaire. Nous avons opté pour un échantillon de convenance tout en nous attachant à contraster certaines caractéristiques individuelles comme le genre et l'âge, et sociales (ex. : participation à un programme de réinsertion sociale progressive, enfant) afin d'obtenir la meilleure représentation des points de vue des jeunes et des situations (Pires, 1997). Les critères d'éligibilité adoptés étaient les suivants : être âgé de 18 à 29 ans et avoir déjà consommé des SPA licites ou illicites de façon conséquente en termes de fréquence, de quantité et de variété de substances. Suivant les recommandations de Gibbs et ses collaborateurs (2008) concernant le recrutement de participants vulnérables fréquentant un organisme, une intervenante psychosociale de la Maison Dauphine approchait dans un premier temps les jeunes susceptibles de correspondre à ces critères et leur exposait brièvement le projet. Les jeunes intéressés étaient ensuite référés à la professionnelle de recherche afin de leur expliquer davantage le projet, valider leur intérêt à participer ainsi que les critères de participation. Durant la phase de recrutement, tous les jeunes ont été informés du caractère confidentiel des groupes de discussion, notamment par rapport à l'organisme communautaire référant, prenant soin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Un dédommagement sous forme de bon d'achat d'un montant de 25 \$ était remis à la suite du groupe de discussion.

**Les intervenants** ont été recrutés à partir d'une cartographie des organismes communautaires et institutions de la ville de Québec accueillant une clientèle de jeunes adultes (18-29 ans) consommateurs. Cette cartographie a été établie avec la Maison Dauphine qui fournissait le nom de personnes ressources dans chacun des organismes identifiés et approchés. Les personnes ressources ont été contactées et le projet leur a été présenté afin que ces derniers nous dirigent vers des intervenants disposant d'une expertise/intérêt croisé(e) en intervention auprès des jeunes et en toxicomanie (critère principal d'inclusion). Les intervenants volontaires ainsi identifiés étaient alors invités à participer à un groupe de discussion. Le consentement libre et éclairé de chacun a été obtenu.

### **Procédure de collecte des données**

Trois groupes de discussion (Krueger, 1994) (2 avec les jeunes et 1 avec les intervenants communautaires) ont été organisés avec les participants préalablement identifiés afin de connaître leur point de vue sur l'intérêt et l'utilité des TIC (Internet, téléphone intelligent, jeux, réseaux sociaux) pour prévenir le passage à des consommations plus intensives ou en réduire les dommages chez les jeunes. Étant donné le caractère exploratoire de notre étude sur un sujet encore peu discuté et sur lequel il n'était pas assuré que nos participants aient engagé une réflexion, les groupes de discussions sont apparus propices pour stimuler l'émergence et l'échange d'idées. L'approche présente aussi l'avantage de favoriser l'identification d'éléments consensuels et controversés au sein des groupes, un aspect important pour guider le développement d'outils à partir des préoccupations des groupes cibles (Baribeau et Germain, 2010). La collecte des données s'est déroulée de fin 2016 à début 2017.

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (REF2016-123). Tous les participants ont été informés du contenu et des objectifs de l'étude, participé sur une base volontaire et ont signé un formulaire de consentement

Un guide d'entretien a été mis au point à partir d'une dizaine d'entrevues exploratoires menées antérieurement sur un sujet connexe dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en santé communautaire (Pinchinat, 2015) supervisé par l'auteur 1. Ce guide a ensuite été soumis à cinq intervenants de l'organisme communautaire partenaire afin de s'assurer de la pertinence et de l'acceptabilité des contenus ainsi que de la clarté du langage employé, surtout pour les jeunes. Le guide utilisé auprès des jeunes a ainsi permis d'aborder leur propre utilisation des TIC et celle de leur entourage concernant l'usage de SPA, leurs besoins en lien avec les consommations, ainsi que leur point de vue sur la pertinence, la faisabilité et les limites du recours au TIC dans une perspective de prévention ou de réduction des méfaits. Le guide utilisé pour le groupe d'intervenants reprenait ces questions d'intérêt, avec une adaptation de leur formulation à la fonction d'intervenant. Des questions supplémentaires ont cherché à comprendre plus spécifiquement leur intérêt et la façon dont les TIC pourraient venir soutenir leur travail/mission auprès des jeunes.

### **Analyse des données**

Les discussions ont été intégralement enregistrées sur support audio. Pour faciliter l'analyse, une retranscription partielle des données a été conduite par un membre de l'équipe de recherche afin d'épurer le texte des nombreuses redondances, digressions et parties sans liens évidents avec la recherche (surtout dans les groupes des jeunes) et ainsi cibler les propos les plus pertinents et représentatifs des participants (Geoffrion, 1998). Le texte a ensuite été organisé pour constituer un récit à analyser selon ses thématiques. Un premier découpage des verbatims a été effectué afin de regrouper le matériel en fonction des thèmes du guide d'entrevue. Des résumés des discussions ont été produits et validés par trois membres de l'équipe (auteurs 1, 2 et 5) à l'aide du matériel audio. Un deuxième niveau d'analyse thématique et de contenu, utilisant une grille d'analyse mixte permettant d'analyser les catégories dites prédéterminées et émergentes (Miles, Huberman et Saldana, 2014) a permis le repérage de thèmes émergents pertinents en lien avec les objectifs de la recherche, de renseigner l'importance de certains thèmes, de relever les récurrences et les divergences dans le groupe de discussion et entre les groupes de discussion (Paillé et Mucchielli, 2016). L'ensemble des auteurs du présent article se sont impliqués à toutes les phases de l'analyse thématique.

## Résultats

### Description des groupes de discussion et des participants

Les deux groupes de discussion auprès des jeunes, d'une durée respective de 90 et 60 minutes, ont été menés dans les locaux de la Maison Dauphine et animés par les co-chercheuses responsables du projet (auteurs 1, 2 et 5) aidées d'une professionnelle de recherche (auteur 3). Les participants ont été assignés de façon aléatoire dans chaque groupe avec néanmoins une attention portée à une répartition équivalente entre hommes et femmes (G1 : 3 femmes et 4 hommes ; G2 : 5 femmes et 4 hommes). Le groupe de discussion des intervenants, d'une durée de 107 minutes, a été mené dans un local de l'Université Laval et animé par les auteurs 1 et 3.

Le tableau 1 présente les principales caractéristiques déclarées par les répondants lors des groupes de discussion. Les profils et modes de consommations rapportés reflètent le point de vue des jeunes et des intervenants concernant les pratiques de consommation parmi les jeunes en situation de grande difficulté sociale dans la ville de Québec. En effet, pour des raisons éthiques, les jeunes ont été sollicités afin de les amener à partager leurs opinions et leurs idées sur la base de leur expérience de consommateur et n'ont donc jamais été interpellés directement sur leur expérience personnelle de consommateur.

**TABLEAU 1 – Principales caractéristiques des participants aux groupes de discussion (GD) selon leur profil (Jeunes et Intervenants)**

Jeunes (n=16)	Programme de recrutement à la Maison Dauphine	Âge moyen	Profils de consommation déclarés*	Principales substances psychoactives (SPA) consommées par ordre d'importance*
GD1 (n = 7) GD2 (n = 9)	Local** (n=8) JAD/École de la rue** (n = 8)	23 ans (18-29 ans)	Polyconsommateurs actifs de SPA (n = 15)  Jeunes (26 à 29 ans) se définissant comme des « ex-consommateurs » (n = 3)  Mode d'administration principal des SPA : ingéré, sniffé ou fumé.  Ayant eu recours à la voie intraveineuse (n = 5).	Amphétamines, cannabis et alcool  Speed, MDMA, produits de synthèse, médicaments opiacés  Opiacés, cocaïne et dérivés
Intervenants (n=7)	Provenance institutionnelle		Postes occupés/ domaine activité	Années d'expérience à ce poste/domaine de l'intervention jeunesse
GD1 (n = 7)	5 organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté à Québec		Travail de rue (n = 3)  Formateurs avec expérience en travail de rue (n = 2)  Intervenants de milieux spécialisés en interventions sociales et en saines habitudes de vie (n = 2)	≥ 2 ans au poste actuel (n = 7)  > 10 ans d'expérience dans le domaine (n = 4)

\* Ces informations ne prétendent pas refléter les modes de consommation individuels des jeunes participants. Elles sont basées sur les déclarations volontaires des participants lors des groupes de discussions et leur opinion concernant les principaux modes de consommation des SPA parmi les jeunes de leur milieu.

\*\* Le « Local » est un programme d'accueil inconditionnel des jeunes de la rue offrant des services de première nécessité (ex. : relation d'aide, santé, hygiène, assistance en matière de logement, soutien juridique, et nourriture). Le Service Spécialisé Jeunes Dauphine (JAD) et l'École de la rue sont deux programmes spécialisés de la Maison Dauphine visant la réinsertion sociale progressive des jeunes.

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Les amphétamines se dégagent comme les SPA les plus consommées, avec le cannabis et l'alcool alors que les jeunes ne citent pas spontanément ces deux dernières substances tant elles sont intégrées à leur mode de vie. « *L'alcool et le cannabis, c'est tellement quotidien qu'on a oublié de les nommer* » (Emma, 27 ans). L'injection apparaît peu répandue parmi les jeunes de la région. Il s'agirait d'une pratique attachée dans les esprits à certains secteurs géographiques de la ville (centre-ville), et fortement stigmatisée. Ces consommations multiples et intensives font l'objet de longues discussions parmi les intervenants qui les considèrent comme un phénomène relativement nouveau et inquiétant chez les jeunes fréquentant leur structure.

[...] c'est pas juste qu'est-ce qu'ils consomment mais c'est les mix qu'ils font qui, pour moi, deviennent inquiétants. Le jeune se fait un hit d'hydromorphe, 2 minutes après il se prend un speed, après il se fait 3-4 lignes, après de la bière, après un 5 ml de jus...

Pierre, intervenant

### Usages des TIC

#### *Le téléphone intelligent comme principale modalité d'accès aux TIC parmi les jeunes adultes ?*

Le cellulaire est un support d'accès aux TIC important pour les jeunes. La grande majorité dit en posséder un ou y avoir accès facilement par un proche. L'importance et la facilité des points d'accès gratuits à la connexion WI-FI dans les espaces publics leur permet d'accéder aux moyens de communication mobiles et en ligne (téléphone, réseaux sociaux, courriels, messageries, etc...). Les réseaux sociaux, Facebook en particulier, constituent une plateforme de communication privilégiée de ces jeunes adultes.

Les intervenants perçoivent le cellulaire comme un objet au cœur de la vie sociale des jeunes de moins de 25 ans, même en situation d'itinérance, et dont il ne se séparerait qu'en dernier recours (« *Il faudrait qu'ils soient vraiment mal pris pour « pawner<sup>1</sup>» leur cellulaire* » (Simone, intervenante). Cet attachement « inconditionnel » au cellulaire est toutefois nuancé par plusieurs jeunes qui expriment un certain désintérêt, voire de la réticence à posséder un téléphone cellulaire, se contentant d'utiliser celui de leurs proches en cas de besoin.

#### *Utilisation des TIC en lien avec les SPA*

Les jeunes déclarent utiliser les TIC principalement à des fins d'approvisionnement et de prise d'information sur les substances consommées. Les messageries (SMS, Facebook, iMessage, etc.) sont des voies privilégiées pour communiquer avec leurs fournisseurs. Certains disent afficher des messages, codés ou non, sur leur mur Facebook pour trouver les substances recherchées. Quelques jeunes font référence à des sites Internet spécialisés pour commander du cannabis et des médicaments opioïdes, mais cette pratique semble minoritaire et concerner les plus âgés du groupe :

---

<sup>1</sup> Mettre en gage

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Un jeune ira pas jusque-là parce que c'est compliqué. Il faut que tu connaisses un peu. Les jeunes ont pas nécessairement l'expérience pour aller sur ces sites là ou les cartes pour payer, mais y'en a dans nous autres qui l'ont déjà fait

Emma, 27 ans

En revanche, le recours aux TIC pour obtenir de l'information sur les substances consommées ou désirant l'être est courant et la plupart des jeunes ont effectué des recherches sur la composition, les effets de certaines substances, leurs modes d'administration ou les risques encourus. Ils apprécient la variété des informations et les partages d'expériences disponibles sur le Web pour se renseigner discrètement sur les produits sans craindre le jugement de leurs pairs ou d'un intervenant. Certains jeunes, notamment ceux qui s'approvisionnent sur Internet, disent fréquenter des sites spécialisés permettant d'identifier ou de connaître plus précisément la composition des SPA achetées. Plusieurs sites réputés pour leur fiabilité et la mise à jour des informations transmises sont cités : PillsReport<sup>[2]</sup>, Leafly<sup>[3]</sup> ou le site Web de la Gendarmerie Royale du Canada.

Je vais aussi sur le net pour chercher de l'information sur les drogues, de quoi elles sont composées, quels sont les effets (le buzz) ou les risques... Je veux des vraies informations, à jour, mais parfois c'est difficile d'avoir confiance [...] C'est pas un rassemblement de prix Nobel les réseaux!

Frédéric, 29 ans

De leur côté, les intervenants évoquent plutôt une certaine désinvolture des jeunes quant aux propos tenus sur les réseaux sociaux en lien avec les consommations. Plusieurs sont déjà intervenus pour inciter les jeunes à la prudence.

Ils ne sont pas conscients des traces qu'ils laissent sur Internet et les réseaux sociaux. Ils ont l'impression qu'ils sont à l'abri derrière un écran

Simone, intervenante

Sur ce thème, les analyses suggèrent un certain décalage entre jeunes et intervenants. Si les intervenants ont connaissance de l'utilisation par les jeunes des messageries pour communiquer avec leur fournisseur ou repérer des plans pour s'approvisionner, ils se disent peu informés des sites d'achats en ligne (autrement que par les médias) et ne pensent pas que les jeunes les utilisent. Selon eux, le recours aux TIC pour de l'information sur les SPA est une pratique marginale chez les jeunes, réservée aux situations d'urgence. Ils pensent que ce type d'information est encore principalement recherchée auprès d'autres consommateurs ou des intervenants.

Ils voient passer les alertes de santé publique, de la police sur Facebook, le Fentanyl par exemple, parce qu'ils sont actifs sur Facebook, mais de là à rechercher des informations sur la qualité de la drogue, je crois pas, c'est plus par nous autres que ça passe

Louis, coordonnateur

---

<sup>2</sup> Pillsreports est une base de données mondiale sur l'ecstasy qui repose à la fois sur des témoignages d'utilisateurs et des analyses scientifiques.

<sup>3</sup> Leafly est le plus grand site Web consacré au cannabis au monde, avec plus de 15 millions de visiteurs mensuels et 40 millions de pages vues sur son site Web et ses applications mobiles.

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Quand on interroge les intervenants sur l'usage des TIC dans leurs pratiques professionnelles, ils évoquent spontanément leur intégration, surtout les réseaux sociaux, dans l'intervention psychosociale. Les travailleurs de proximité soulignent l'intérêt et l'importance des options offertes par les TIC dans la relation et le suivi des jeunes. Elles sont complémentaires, voire indispensables à l'intervention de proximité que ce soit pour maintenir le contact, accéder au réseau naturel d'un jeune, gérer les rendez-vous, promouvoir les activités de l'organisme, ou diffuser de l'information. Par contre, les intervenants jugent délicate l'utilisation des TIC pour parler de façon personnalisée de la consommation de SPA et préfèrent en discuter en personne.

Ça nous permet avant tout de créer ou maintenir le lien avec les jeunes, de communiquer, mais aussi de promouvoir et organiser des activités et partager des photos ou des vidéos ou du contenu à visée préventive. Pour les drogues, c'est plus délicat...

Louis, coordonnateur

### **Offre, accès et qualité des services face aux besoins des jeunes**

#### *Des ressources limitées et inadaptées, des intervenants en détresse*

Communiquer, accéder à un espace d'écoute, d'empathie et de dialogue sans jugement avec des personnes disponibles et connaisseur des problématiques de consommation est un besoin saillant, exprimé par les jeunes. Ce besoin devient essentiel lors de périodes critiques de consommation qui surviennent souvent le soir, la nuit ou pendant la fin de semaine, quand la majorité des ressources communautaires sont fermées. Ce trou de service entre 16 h et 8 h est mal vécu des jeunes qui se sentent livrés à eux-mêmes lorsque surgit un problème de consommations et qu'ils sont dans l'incapacité de se déplacer aux urgences.

Les ressources ne sont pas toujours adaptées à nous, les consommateurs! Souvent, j'ai le sentiment de me faire juger ou que les professionnels ne connaissent pas assez les problèmes de consommation. En plus, c'est quand on aurait le plus besoin de parler à quelqu'un qu'il y a aucun service disponible ou presque...

Simon, 24 ans

Les jeunes posent un regard critique sur l'offre, l'accès et la qualité des ressources dédiés aux jeunes consommateurs. En plus d'un déficit notoire de services pour répondre aux situations d'urgence, les jeunes jugent que les personnels attachés à ces services ont de piètres connaissances en matière de SPA et d'intervention auprès des usagers. Ils se sentent mal accueillis et fortement stigmatisés dès lors qu'un problème de consommation est formulé. La ligne téléphonique « Info-Santé » et les urgences hospitalières font l'objet de railleries, parsemées d'anecdotes venant illustrer des réponses perçues inadéquates ou disproportionnées aux situations vécues :

On a appelé Info-Santé parce qu'on savait pas, pis la personne elle savait pas. Elle a juste dit d'aller à l'hôpital dans les moins de deux heures, qu'il était peut-être en train de mourir. Pis je suis allée dans un organisme le lendemain, ils m'ont dit que c'était juste un cotton-fever, de boire beaucoup d'eau pis de se reposer pis ça a passé. Info-santé ne sait absolument rien.

Naomi, 22 ans

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Pis souvent ils te jugent. « Oh t'appelle parce que monsieur feel pas ben sur la morphine ». Sérieusement je suis allée à l'hôpital pis on s'est quasiment fait crisser dehors à coups de pied dans le cul parce que monsieur était sur la morphine.

Naomi, 22 ans

Les témoignages n'épargnent pas les organismes communautaires, dont une minorité réserverait un accueil sans condition aux jeunes consommateurs. Bien qu'ils reconnaissent les compétences de certains intervenants, les jeunes disent qu'en matière de SPA, ils préfèrent parler de ces sujets avec des personnes expérimentées capables de bien conseiller sur les substances qu'ils consomment. Dans ce contexte, les jeunes situent expressément le recours aux TIC pour de l'information sur les SPA comme venant pallier le déficit d'offre, de qualité et d'adéquation des services à leurs besoins.

Moi je trouve que le message passe beaucoup mieux d'un ancien consommateur que de quelqu'un qui a jamais consommé de sa vie pis qui te dit des affaires qu'il a vu dans ses livres d'école. Si la personne en face de moi c'est quelqu'un qui travaille là-dedans, je le sais que la personne a me bourre pas de shit, ça prend juste du monde d'expérience, pas nécessairement d'expérience de s'être gelé. Quelqu'un qui va être ouvert à ce que je vais lui dire, qui m'écoute, pis qui fait pas juste essayer de m'obliger à faire des démarches.

Karl, 26 ans

Ce qui me plaît quand je vais sur les sites ? La liberté ! Tu fais une recherche tu te feras pas juger par ton ordinateur. Juste le fait de pas se faire regarder croche ou envoyer à l'urgence par l'infirmière qui sait pas de quoi elle parle.

Frédéric, 29 ans

En écho aux propos des jeunes, les intervenants se disent peu outillés pour répondre aux questions et difficultés rencontrées par les jeunes sur les SPA. Bien qu'ils interviennent auprès d'une proportion importante de consommateurs, ils ne se sentent pas suffisamment habilités pour intervenir efficacement sur ces problématiques. Ils mettent de l'avant la complexité et la vitesse d'évolution des marchés, la démultiplication des produits disponibles, des modes d'approvisionnement et de consommation comme des obstacles à se tenir à jour. Ils se disent dépassés, souvent désarmés face aux questions des jeunes sur la composition, les effets et risques potentiels d'utilisation. Par méconnaissance, leurs interventions se cantonnent à des conseils généraux et l'incitation à la prudence en cas d'utilisation de certains produits, tentant d'offrir un espace d'écoute, de dialogue et de non-jugement quand les jeunes s'ouvrent à eux.

Les substances, les drogues, qui circulent dans la rue sont de plus en plus complexes... souvent je ne me sens pas assez outillé pour accompagner les jeunes. Déjà que les jeunes fréquentent de moins en moins les ressources communautaires... ça devient difficile de rejoindre les jeunes consommateurs. Moi-même à la fin de ma pratique je n'allais même plus voir l'information sur les sites officiels parce que j'avais l'impression que ça ne me servait plus. Les jeunes sont même pas capables de me dire ce qu'ils prennent. Le produit, le temps qu'il sorte et qu'ils l'analysent, on est passé à autre chose dans la rue. Fait que

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

ma réduction des méfaits, je le fais quand même, mais plus global qu'avant, pas centré sur un produit, parce que le produit on ne le connaît pas, on ne le connaîtra jamais.

Louis, coordonnateur

### **TIC : Option pour une intervention renouvelée en prévention et réduction des méfaits**

Lorsqu'on leur demande comment les TIC pourraient pallier les besoins exprimés précédemment, il est difficile tant pour les jeunes que pour les intervenants de formuler des idées ou suggestions concrètes. On observe un intérêt mêlé de curiosité et de scepticisme, surtout chez les intervenants, et de méfiance parmi les jeunes. Si des propositions émergent et se structurent au fil des réflexions, elles sont le résultat d'un construit collectif au sein de tous les groupes de discussion et se présentent en miroir des difficultés mentionnées dans le rapport aux SPA et aux services de santé.

Rapidement, les jeunes rejettent l'option d'un recours aux TIC sous forme d'intervention en ligne pour réduire, cesser ou mieux contrôler leur consommation (ex. : intervention informatisée sur mesure, *coaching* en ligne). Il s'agit d'une décision personnelle dans laquelle l'outil technologique n'a pas sa place, nous disent-ils. Par contre, des idées émergent sur l'utilité potentielle des technologies dans une perspective de prévention, de sensibilisation et de réduction des méfaits.

Je n'utiliserais pas une application pour cesser ma consommation. Si je veux arrêter, je ne me tournerais pas vers la technologie... mais des informations, des messages de prévention ou de désensibilisation sont quand même importants à diffuser...

Martin, 22 ans

### **Besoin d'informations spécialisées et actualisées sur les SPA**

Intervenants et jeunes mentionnent le besoin d'avoir un meilleur accès à de l'information précise et actualisée sur les produits en circulation dans leur région (composition, effets escomptés ou indésirables, risques). Les sites informatifs consultés sont perçus comme trop généralistes, obsolètes ou ne correspondant pas aux substances en circulation localement. Ils ne traitent généralement pas non plus des effets et risques découlant de la consommation concomitante de plusieurs substances alors que la polyconsommation est fréquente dans ce groupe. Même si un doute subsiste sur le caractère dissuasif et l'utilisation réelle qui serait faite de ces informations en ligne leur mise à disposition semble importante tant pour les jeunes que pour les intervenants.

Quand tu consommes tu t'en fous [...] même si au final je savais ce qui y avait dedans j'aurais consommé pareil.

Charlotte, 18 ans

Quelqu'un qui est en train de consommer, qui est en sevrage, je pense pas que son premier réflexe ça va être d'aller avoir s'il y a une application pour aider, mais c'est important pareil.

Jonathan, 21 ans

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

### *Des messages diversifiés, réalistes, adaptés aux situations et aux parcours des jeunes*

Pour les jeunes comme pour les intervenants, les messages visant à dissuader les jeunes de consommer ont leur place et une importance capitale dans le paysage numérique. L'injection et la prévention du passage à l'injection (brièvement abordés dans les discussions) sont traitées sur le même plan (informatif/dissuasif). Les TIC auraient une place dans la diffusion de messages diversifiés et adaptés (ton, format, contenus) aux réalités et besoins des jeunes. Il faudrait que ces messages permettent aux jeunes de se projeter plus facilement, qu'ils les amènent à réfléchir, soient neutres/factuels, réalistes et non moralistes, courts, ludiques, porteurs d'un « devenir », centrés sur leurs préoccupations (le corps, le mental, le relationnel) de jeunes consommateurs. Mais au-delà de ces aspects, tous s'accordent sur des messages qui viendraient interpeller les valeurs des jeunes, valeurs auxquelles ils sont très attachés :

Je pense que c'est là qu'il faut aller jouer. Dans les valeurs des gens, pas dans la consommation ou le fait de s'injecter. Si tu veux te geler pis tu vois un vidéo contre la consommation, tu vas te geler pareil. Mais une vidéo qui te dit que t'es un être humain pis que t'as des valeurs pis qu'il faut que tu te respectes toi, ben...

Emma, 27 ans

On doit toutefois s'éloigner des campagnes de prévention sensationnalistes, moralisatrices ou en décalage avec les réalités des jeunes consommateurs... Il faut que les jeunes puissent s'y reconnaître et qu'ils se sentent interpellés au niveau de leurs valeurs.

Isabelle, intervenante

Les « capsules vidéos » mettant en scène des tranches d'histoires de vie se dégagent pour les jeunes et les intervenants comme un format approprié et apprécié pour véhiculer des messages de sensibilisation et de prévention. Le *spot* publicitaire expliquant le consentement sexuel avec une tasse de thé<sup>[4]</sup> est spontanément cité en exemple par les intervenants pour illustrer leur propos. Compte tenu de l'attachement des jeunes aux réseaux sociaux, les intervenants suggèrent de repenser le mode de diffusion de ces messages et de miser sur le potentiel « viral » de capsules vidéos dans l'espace numérique pour rejoindre plus efficacement les jeunes concernés.

### *Une plateforme multifonctions en réduction des méfaits et gestion de crises*

#### Information, orientation et situations d'urgence

En réponse aux besoins et difficultés évoqués plus haut, les jeunes développent abondamment l'idée d'une plateforme numérique multifonctions (« tout en 1 ») en réduction des méfaits, sur Internet ou sous forme d'application.

Sur cette plateforme, les jeunes aimeraient avoir accès à des informations factuelles, pragmatiques et à jour sur les produits en circulation et disposer d'un répertoire des organismes communautaires qui pourrait aller jusqu'à intégrer une fonction interactive ou de géolocalisation. L'idée sous-jacente

---

<sup>4</sup> Le consentement sexuel expliqué avec une tasse de thé : [https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx\\_yxU](https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx_yxU)

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

consiste à pouvoir accéder rapidement aux ressources disponibles en fonction des besoins et à pouvoir communiquer (sous forme de clavardage par exemple) en tout temps avec un intervenant spécialisé sur les questions de consommation. Cette plateforme disposerait d'une fonctionnalité d'appel d'urgence permettant d'entrer en relation rapidement avec un intervenant habilité à gérer des situations de crise hors des heures d'ouverture des organismes. Les intervenants interpellés sur cette proposition la considèrent comme un relais intéressant vers lequel diriger les jeunes pendant les heures de fermeture des organismes.

### Les TIC comme vecteur de relation humaine et non la panacée

Si la communication numérique est appréciée dans d'autres contextes, la distance virtuelle n'est pas recherchée quand il est question de problèmes de consommations tant pour les jeunes que les intervenants. Ils nous livrent à ce sujet une vision prudente et nuancée. La perte de la relation humaine dans l'intervention, qualifiée de besoin essentiel par les jeunes, est la plus grande réticence rapportée face à ce type de projet.

Ce qui arrive avec les technologies c'est que c'est froid. C'est pas humain. Le contact humain est essentiel. On ne veut pas des robots! On voudrait une application qui permet de parler à quelqu'un qui connaît les problématiques de consommation et qui pourrait se déplacer en cas de besoin.

Alex, 23 ans

Les intervenants abondent dans ce sens et décrivent, sur la base de leur expérience, les limites de la communication écrite utilisant les TIC (expression, intention, interprétation) dans une perspective d'intervention psychosociale. Compte tenu de l'instabilité des modes de vie associés à la consommation, l'accès au contexte de la personne, aux émotions et aux expressions non verbales est essentiel. D'ailleurs, l'approche de réduction des méfaits est intrinsèquement fondée sur ce lien de proximité, du point de vue des intervenants. C'est pourquoi l'usage des TIC est perçu, de part et d'autre, comme devant avant toute chose favoriser la relation jeunes-intervenants-ressources, en plus de remplir les fonctions de sensibilisation et d'information.

### Une boîte à outils pour les intervenants

Face au déficit d'informations sur les SPA et le peu d'outils dont ils disposent pour intervenir en réduction des méfaits, les intervenants prolongent l'idée des jeunes sur le plan interventionnel et suggèrent le développement d'un site qui centraliserait différentes ressources (supports d'information et d'intervention) en réduction des méfaits et dans lequel ils pourraient aller puiser en fonction de leurs besoins (par ex. : une vidéo montrant une injection sécuritaire) et de ceux des jeunes.

La plateforme pourrait aussi contenir une section protégée et spécialisée pour les intervenants en réduction des méfaits. Ça serait aidant d'avoir accès à de l'information, des outils, des ressources ou encore des stratégies d'interventions en fonction de nos besoins et ceux des jeunes.

Sylvain, intervenant

### Enjeux de l'utilisation des TIC en lien avec les SPA

Parmi les jeunes, des défis concrets émergent dès lors qu'il est question de l'appropriation des interventions décrites dans leur contexte social. Une plateforme telle qu'évoquée présente un double enjeu d'accès aux supports technologiques d'une part, et à la connexion gratuite par le Wi-Fi. Une application mobile pose le problème de son téléchargement à distance des bornes Wi-Fi. En effet, les jeunes voient difficilement pourquoi ils téléchargeraient une telle application en dehors d'une période de crise et son téléchargement constituerait alors un obstacle à son utilisation.

Les jeunes soulèvent également des enjeux de littératie technologique. Bien que la plupart se disent à l'aise avec les TIC, il n'est pas aisé pour tous d'accéder « facilement » à l'information recherchée (recherche et navigation sur Internet). À ces difficultés de repérage d'informations dispersées dans l'environnement numérique s'ajoutent les difficultés de compréhension des informations trouvées en lien avec les SPA qui empruntent souvent une terminologie pharmacologique ou médicale. Autant d'éléments qui constituent pour certains des obstacles d'importance à l'utilisation des TIC à cette fin.

Les aspects juridiques constituent une autre limite d'importance à l'utilisation des TIC dans une approche de réduction des méfaits pour plusieurs jeunes rencontrés. Elle se manifeste par de la méfiance quant aux pratiques de cybersurveillance policière et autres violations de la confidentialité (ex. : traçage de leur adresse IP) au cours de la navigation sur le Web ou des communications personnelles.

Il ne faut pas que les informations que tu donnes en demandant de l'aide puissent être reprises contre toi par la suite. C'est sûr qu'il y a la crainte que la police soit interpellée si on recherche certaines informations en ligne...

Jonathan, 21 ans

Jeunes et intervenants mentionnent spontanément les limites d'une diffusion à large échelle sur le Web de contenus potentiellement sensibles et pouvant être considérés à la limite de l'incitation à la consommation. Tous s'accordent sur les enjeux éthiques d'une diffusion grand public de contenus en lien avec les SPA, utilisant ou non une perspective de réduction des méfaits, et recommandent l'utilisation d'un site sécurisé accessible à un public ciblé ou à usage professionnel.

Il ne faudrait pas que ça donne envie de consommer. Le jeune voit que la drogue existe, que ça a l'air cool pis il va en trouver...

Simone, intervenante

Enfin, pour les intervenants, même si l'utilisation des TIC soulève de nombreuses questions dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits en ligne, ces derniers perçoivent une évolution rapide et incontournable, tant autour du phénomène des « drogues en ligne » que de la « santé digitale », des tendances qui sont là pour rester et dont on ne peut nier la place et le rôle dans la santé et l'intervention d'aujourd'hui.

### Discussion

Cette étude est la première à avoir documenté le point de vue des jeunes de la rue et des travailleurs du milieu concernant l'utilisation des TIC pour l'intervention en matière de drogues et santé. Le téléphone cellulaire est le principal outil d'accès aux plateformes de communication pour les jeunes avec un accès facilité au réseau aux heures d'ouverture des ressources publiques fournissant le Wi-Fi gratuitement. Le téléphone intelligent est aussi un moyen privilégié de communication en lien avec la consommation, que ce soit à des fins d'approvisionnement, d'information ou d'échanges d'expériences, via les messageries électroniques, les réseaux sociaux et certains sites spécialisés. Les suggestions faites par les jeunes concernant le recours aux TIC font directement écho aux lacunes perçues dans les ressources et les services existants pour les jeunes consommateurs, jugés inadaptés à leurs besoins, à leurs réalités, à leurs pratiques de consommation et leurs modes de vie. Ils ont de l'intérêt pour le développement d'une plateforme spécialisée et actualisée d'échange d'informations sur les substances et la façon de gérer leurs consommations, surtout en situation d'urgence. Il est clairement question d'une fonction interactive intégrant des professionnels de ces sujets. Pour les intervenants, les TIC sont peu exploitées pour des interventions individualisées en lien avec les SPA et jugées délicates à manipuler dans un tel contexte. Face à la complexification des substances et des modes de consommation, elles sont néanmoins perçues par les intervenants comme pouvant pallier un déficit de connaissances et de compétences pour aborder ces sujets avec les jeunes. Les intervenants soulignent également l'intérêt des réseaux sociaux pour diffuser de façon réactive et ciblée des messages de prévention ou de réduction des méfaits. Mais de l'avis des jeunes comme des intervenants, l'usage du numérique pour traiter de ces questions requiert le respect des valeurs et la prise en compte des besoins spécifiques des jeunes en contexte de marginalité, la clarification d'enjeux éthiques, voire juridiques, enjeux majeurs associés à une diffusion non maîtrisée de sujets sensibles dans l'espace numérique.

Le constat de l'intégration des TIC, dont l'Internet et les réseaux sociaux, dans les modes d'approvisionnement, de consommation et de gestion des consommations de ces jeunes consommateurs concorde avec la littérature et le rôle majeur des espaces d'échanges entre pairs (ex. : réseaux sociaux, forums Internet) pour trouver et partager de l'information sur les substances et leur utilisation, partager expériences et conseils, notamment dans l'objectif de réduire les risques associés à la consommation (Barratt, Lenton et Allen, 2013; Murguia, 2007; Thoër et Lévy, 2012; Thoër et Robitaille, 2014; Tighe, Dunn, McKay et Piatkowski, 2017). Ces nouveaux espaces d'échanges sont à mettre en relation avec le développement des marchés anonymes cryptés en ligne (cryptomarket/darknet) et l'explosion des ventes de stupéfiants en ligne, aujourd'hui considérés comme ayant transformé le marché de la drogue (Aldridge et Décary-Héту, 2014). Comme dans notre échantillon, ces espaces d'échanges émergent dans un contexte de lacunes dans la prestation de services à certains groupes vulnérables et d'une certaine méfiance à l'égard des informations fournies par les professionnels de la santé (Tighe, Dunn, McKay et Piatkowski, 2017). Ils viennent aussi en réponse aux limites perçues par certains intervenants de première ligne à se tenir informés et compétents sur les nouvelles substances en circulation et pratiques de consommation (Barratt, Lenton et Allen, 2013; Pirona et al., 2017). Dans un contexte où les informations officielles sur les substances nouvellement disponibles sur le marché sont difficilement accessibles (Boyer, Shannon et Hibberd, 2001; Murguia, 2007), les utilisateurs ont tendance à rechercher des informations auprès d'autres utilisateurs au sein de leur communauté, notamment à travers les forums de discussion

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

sur Internet, voire sur les sites mêmes d'achat et de vente de substances qui développent leurs propres espaces d'échange (Van Hout et Hearne, 2015). De ce phénomène en émergence découle des doutes quant à la fiabilité des informations, conseils, indications et recommandations fournis aux participants (Boyer, Shannon et Hibberd, 2001; Falck, Carlson, Wang et Siegal, 2004; Mitchell, Sweitzer, Tunno, Kollins et McClernon, 2016; Murguía, 2007; Thoër et Lévy, 2012).

Loin de constituer une approche novatrice de prévention et de réduction des méfaits, les TIC se présentent d'abord pour les jeunes de la rue comme un outil venant pallier aux lacunes du système sociosanitaire. Pour ces derniers, il s'agit avant tout d'accéder à des informations de qualité dans un langage compréhensible ainsi qu'à des services spécialisés et respectueux, afin de mieux gérer leurs consommations et les risques associés. Ainsi, cette étude vient en tout premier lieu nous rappeler le déficit de services adaptés aux besoins spécifiques des jeunes consommateurs, d'une part, et l'importance que l'on devrait accorder à la manière d'intervenir afin de réduire les méfaits (en respectant les valeurs, la culture, les conditions de vie et les besoins des personnes pour lesquelles on souhaite intervenir), d'autre part. Dans ce contexte, les jeunes attendent des technologies une fonction de mise en relation avec des professionnels qualifiés qui ne les jugent pas, notamment en situation d'urgence. En ce sens, des programmes thérapeutiques ou autres thérapies brèves en ligne (ex. : *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* – SBIRT) créées pour l'accompagnement individualisé à distance des usagers qui souhaitent réduire ou stopper leur consommation, ne correspondent pas à leurs attentes immédiates. D'autres programmes, développés à titre préventif, en milieu scolaire ou portant principalement sur la consommation d'alcool et de cannabis, ne rejoignent pas non plus ces publics déscolarisés, et peu interpellés par leur consommation d'alcool et de cannabis (Guichard, Roy, Saint-Jacques, Payne-Gagnon et Gagnon, 2017), mais plutôt par les polyconsommations. Les jeunes rencontrés ne sont pas non plus à la recherche d'une relation avec un « algorithme numérique » ou un conseiller à distance, mais expressément en quête de sociabilité et d'une relation humaine et affective qualifiée d'essentielle, vision largement relayée par les intervenants. Pour ces derniers, si les TIC sont jugées incontournables et complémentaires dans leurs pratiques, elles ne sauraient se substituer à l'intervention de proximité, et trouvent leur place dans un objectif de renforcement des connaissances et des compétences des intervenants jeunesse non spécialisés en toxicomanie pour faire face à l'évolution des marchés et la complexification des pratiques de consommation. C'est pourquoi l'usage des TIC est d'abord perçu par les participants comme devant favoriser la relation jeunes-intervenants-ressources. Dans ce contexte, certains y voient l'opportunité d'une implication des professionnels de la santé plus importante dans les espaces d'échanges entre pairs consommateurs, car elle permettrait la délivrance d'informations fiables, à fort potentiel viral, dont les usagers sont à la recherche et que les pairs ne sont pas toujours en mesure de fournir (Tighe, Dunn, McKay et Piatkowski, 2017). La fréquentation de ces espaces par les professionnels de la santé leur permettrait en retour de bénéficier d'un bon observatoire des marchés locaux, des modes, des pratiques et des préoccupations des consommateurs (Tighe, Dunn, McKay et Piatkowski 2017). En somme, on voit se dessiner les contours d'une sorte de communauté de pratique virtuelle en réduction des méfaits, intégrant consommateurs, intervenants du social et de la santé, et se rapprochant des modèles de soutien psychosocial en ligne destinés à des clientèles spécifiques (Ali, Farrer, Gulliver et Griffiths, 2015; Bastiaensens et al., 2015).

## Répenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Si les TIC constituent une piste d'action prometteuse dans une optique de réduction des méfaits chez les jeunes adultes (Patnode et al., 2014), leur utilisation n'est pas sans poser un certain nombre de questions non résolues. Les défis et les risques de dérapages éthiques et juridiques ont été soulignés et considérés non négligeables tant pour les usagers, les intervenants, que la population potentiellement exposée à des messages sensibles dans un environnement dématérialisé, mal maîtrisé et *a priori* peu régulé. Alors que la littérature souligne les avantages des TIC pour rejoindre les personnes en situation de crise, victimes de discrimination, soucieuses d'anonymat, pour soutenir les individus dans l'autorégulation de comportements à risques ou encore pour contribuer à la démocratisation de l'information sur la santé, nos résultats montrent qu'un usage insuffisamment réfléchi du numérique auprès des minorités marginalisées pourrait exacerber les injustices et les vulnérabilités comme l'isolement, la judiciarisation, la discrimination ou l'exclusion sociale (Bedrouni, 2018; Lévy, Dumas, Thoër, Ryan et Léobon, 2009; Lupton, 2017, 2018; Thoër et Lévy, 2012). Parmi les jeunes de la rue, la crainte d'une surveillance policière en ligne et de la traçabilité de leur identifiant informatique (ID) sont posés d'entrée de jeu comme un obstacle à l'utilisation des TIC dans un contexte de réduction des méfaits. Nos données ne permettent pas de l'affirmer, mais il est probable que cette question se pose avec plus d'acuité parmi les clientèles marginalisées et itinérantes dont les parcours de vie les exposent plus que d'autres à des problèmes de judiciarisation. D'autres aspects limitants, notamment ceux liés à la fracture numérique bien réelle parmi les jeunes de la rue devraient être considérés pour tenir compte non seulement de l'accès et de la distribution des ressources technologiques, mais aussi de la distribution équitable des conditions d'accès, de participation et d'utilisation (information et réseaux, connaissances et compétences) de ces ressources, conditions relevant de plusieurs niveaux : matériel, cognitif, générationnel et social (Alexander, Adams Becker et Cummins, 2016).

### Forces et limites de l'étude

L'étude visait un premier niveau d'exploration de l'intérêt et de la faisabilité d'initiatives de prévention et de réduction des méfaits adaptées aux nouvelles réalités numériques, auprès de jeunes en situation de grande vulnérabilité sociale ayant une expérience vécue de ces réalités et d'acteurs en intervention jeunesse aux prises directement avec ces enjeux dans le quotidien de leur pratique. La variété et la richesse de ces points de vue croisés positionnant le recours aux TIC en miroir du rapport au système de santé sur la question des substances, soulignant ses possibilités et ses limites dans une perspective de réduction des méfaits constituent probablement l'originalité et la contribution la plus significative de cette étude sur un sujet encore peu exploré dans la littérature pour le public visé. Les principales limites tiennent au petit nombre de groupes de discussion effectué avec des jeunes (recrutés dans un seul organisme communautaire) et des intervenants (recrutés exclusivement dans le secteur de l'intervention psychosociale de proximité), dans une zone géographique limitée à la ville de Québec. Des biais de représentativité et de saturation des données non atteinte sont donc à considérer et obligent à la prudence dans l'interprétation des résultats. Dans les groupes avec les jeunes, on a pu observer des niveaux de participation et d'implication contrastés, les plus jeunes ayant tendance à se tenir plus en retrait des discussions et à générer moins d'idées, alors que les plus âgés ou ceux se définissant comme d'ex-consommateurs, étaient plus réflexifs et générateurs de propositions. Il est possible que la tenue de groupes de discussion traitant de l'usage de substances criminalisées ou auxquelles un tabou est associé ait pu influencer le contenu des échanges chez les jeunes. Il est difficile d'estimer cet impact et le niveau de censure

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

dans les propos. Il a toutefois été observé que l'évocation de certaines SPA (opiacés, cocaïne et ses dérivés) et de l'injection pouvait mettre mal à l'aise les jeunes. Une plus grande diversification des profils et des secteurs d'activité des intervenants, notamment dans le champ des dépendances et de la réduction des méfaits, aurait probablement permis d'obtenir des résultats plus riches en termes de perceptions des besoins, d'appréciation de la pertinence, du potentiel ou des limites des TIC pour la pratique. Néanmoins, nos résultats sont très proches de ceux obtenus antérieurement sur un thème connexe à partir d'une dizaine d'entrevues exploratoires auprès de professionnels exerçant en intervention jeunesse, formation aux jeunes adultes, réduction des méfaits, et de la police (Pinchinat, 2015). Une autre limite de l'étude pourrait être liée au mode de recrutement, car les participants étaient sélectionnés sur une base volontaire uniquement. En ce sens, il est possible que certains participants, notamment parmi les intervenants sollicités, n'ayant pas répondu à notre invitation présentent des caractéristiques ou des points de vue particuliers sur le sujet et sur lesquels il est difficile de s'avancer.

### Conclusion

Le virage technologique pris tant par les marchés de la drogue que par les consommateurs suggère l'intérêt et la pertinence d'initiatives de prévention et de réduction des méfaits adaptées aux nouvelles réalités numériques et complémentaire des outils et ressources (in)existants. Dans le contexte évolutif et incertain de la légalisation du cannabis et de la crise des opioïdes qui sévit au Canada, il ne saurait y avoir de réponse adéquate qui ne prenne en compte ces nouveaux visages de la circulation des SPA et des modes de consommation dans l'environnement numérique. Toutefois, les TIC sont loin de constituer une panacée ou une réponse exclusive pour les publics en contexte de marginalité. Il pourrait même être dangereux de s'y précipiter sans les filets d'une réflexion éthique et juridique fondée sur les conditions de vie, les valeurs et les besoins des publics à qui ces interventions sont destinées. À défaut, il existe un risque non négligeable que l'intervention numérique reconduise, voire amplifie les mécanismes producteurs d'inégalités et de vulnérabilité dans l'offre, l'accès et le recours aux services pour les plus fragilisés. Si cette étude peut d'ores et déjà contribuer à l'élaboration d'interventions mieux informées et plus efficaces pour le public visé, les enjeux qui s'en dégagent doivent inciter à poursuivre l'exploration de l'interface du rapport aux TIC, du rapport au système de santé et du rapport aux substances dans une visée de réduction des méfaits auprès des groupes visés.

## Références

- Aldridge, J. et Décary-Héту, D. (2014). Not an 'Ebay for Drugs': The Cryptomarket 'Silk Road' as a Paradigm Shifting Criminal Innovation. *Social Science Research Network*. Repéré à <https://ssrn.com/abstract=2436643> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2436643>
- Alexander, B., Adams Becker, S. et Cummins, M. (2016). *Digital Literacy: An NMC Horizon Project Strategic Brief*. Repéré à <https://www.nmc.org/publication/digital-literacy-an-nmc-horizon-project-strategic-brief/>
- Ali, K., Farrer, L., Gulliver, A. et Griffiths, K. M. (2015). Online Peer-to-Peer Support for Young People With Mental Health Problems: A Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 2(2), e19. doi:10.2196/mental.4418
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Bailey, S. et Marshall, R. (2004). Perspectives on substance misuse in young offenders. Dans I. Crome, H. Ghodse, E. Gilvarry et P. McArdle (dir.), *Young People and Substances Misuse* (p. 163-179). London, United Kingdom : Gaskell.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Barratt, M. J. (2011, June). *Discussing illicit drugs in public Internet forums: visibility, stigma, and pseudonymity*. Paper presented at the Proceedings of the 5<sup>th</sup> International Conference on Communities and Technologies, Brisbane, Australia.
- Barratt, M. J., Lenton, S. et Allen, M. (2013). Internet content regulation, public drug websites and the growth in hidden Internet services. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(3), 195-202. doi:10.3109/09687637.2012.745828
- Bastiaensens, S., Pabian, S., Vandebosch, H., Poels, K., Cleemput, K., DeSmet, A. et De Bourdeaudhuij, I. (2015). *Joining in cyberbullying as a bystander: a normative social influence model*. Repéré à [https://www.researchgate.net/publication/271834930\\_Joining\\_in\\_cyberbullying\\_as\\_a\\_bystander\\_a\\_normative\\_social\\_influence\\_model](https://www.researchgate.net/publication/271834930_Joining_in_cyberbullying_as_a_bystander_a_normative_social_influence_model)
- Bedrouni, W. (2018). On the use of digital technologies to reduce the public health impacts of cannabis legalization in Canada. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique*, 109(5-6), 748-75 . doi:10.17269/s41997-018-0117-7
- Boyer, E. W., Shannon, M. et Hibberd, P. L. (2001). Web Sites with Misinformation about Illicit Drugs. *New England Journal of Medicine*, 345(6), 469-471. doi:10.1056/nejm200108093450619
- Brook, J. S., Saar, N. S., Zhang, C. et Brook, D. W. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99(3), 563-568. doi:10.2105/ajph.2007.127225
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. et Toufik, A. (2010). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007–2009. Saint-Denis, France : OFDT, 2010, 280.

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

ESPAD, G. (2016). *ESPAD report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Repéré à [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf)

Falck, R. S., Carlson, R. G., Wang, J. et Siegal, H. A. (2004). Sources of information about MDMA (3,4-methylenedioxyamphetamine): perceived accuracy, importance, and implications for prevention among young adult users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 45-54. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.11.009>

Fleury, M. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être. Repéré à [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)

Gagnon, H., Rochefort, L., April, N., Brunelle, N., Haley, N. et Kairouz, S. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : conséquences et facteurs associés*. Montréal, Québec : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.

Geoffrion, P. (1998). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (p. 303-328). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gibbs, S. M., Brown, M. J. et Muir, W. J. (2008). The experiences of adults with intellectual disabilities and their carers in general hospitals: a focus group study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1061-1077. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01057.x

Girard, G. et Boscher, G. (2009). *Les pratiques d'injection en milieu festif. Etat des lieux en 2008. Données issues du dispositif TREND de l'OFDT*. Paris, France : OFDT

Guichard, A. et Dupéré, S. (2016). Recherche en ligne : de nouvelles possibilités pour la recherche en santé communautaire. Dans V. Desgroseilliers, A. Guichard et B. Roy (dir.), *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis* (p. 336-343). Québec, Québec : Presses de l'Université Laval, Collection Infirmières, communautés et sociétés.

Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. et Roy, E. (2013). Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1), 254-261. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.04.026

Guichard, A., Lert, F., Brodeur, J.-M. et Richard, L. (2006). Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences sociales et santé*, 24(4), 5-43.

Guichard, A., Lert, F., Calderon, C., Gaigi, H., Maguet, O., Soletti, J., ... Zunzunegui, M. V. (2003). Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction*, 98(11), 1585-1597.

Guichard, A., Roy, É., Saint-Jacques, M., Payne-Gagnon, J. et Gagnon, M. (2017). *Innovative harm reduction strategies among young adults: A rapid review of ICT-based interventions*. Paper presented at the 25th Harm Reduction International Conference (HR17), Montréal, Québec.

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Holkup, P. A., Tripp-Reimer, T., Salois, E. M. et Weinert, C. (2004). Community-based Participatory Research: An Approach to Intervention Research With a Native American Community. *Ans. Advances in nursing science*, 27(3), 162-175.

Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, E., Jutras-Aswad, D., Larocque, A., Fleury, M. J., ... Lesage, A. (2019). *Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512\\_troubles\\_substances\\_psychoactives\\_prevalence\\_cas\\_identifies.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512_troubles_substances_psychoactives_prevalence_cas_identifies.pdf)

Kairouz, S. et Institut de la statistique du Québec (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Montréal, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Kivits, J., Lavielle, C. et Thoër, C. (2009). Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux. [The Internet and Public Health: Understanding Practices, Sharing Experiences, and Discussing the Issues]. *Santé Publique*, 21(hs2), 5-12. doi:10.3917/spub.098.0005

Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: a practical guide for applied research*. New Park, CA : Sage Publications.

Lascaux, M. et Couteron, J.-P. (2015). Nouvelles pratiques au sein d'une société addictogène. [New Practices within an Addictogenic Society]. *Adolescence*, T.33 1(1), 165-176. doi:10.3917/ado.091.0165

Leclerc, P., Roy, E., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2012). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400\\_surveillance\\_maladies\\_infectieuses\\_utilisateurs\\_drogue\\_injection.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf)

Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>

Lévy, J., Dumas, J., Thoër, C., Ryan, B. et Léobon, A. (2009). Internet et santé des minorités sexuelles au Canada : une étude exploratoire. [Internet and the Health of Sexual Minorities in Canada: An Exploratory Study]. *Santé Publique*, 21(hs2), 53-63. doi:10.3917/spub.098.0053

Lupton, D. (2017). Digital health now and in the future: Findings from a participatory design stakeholder workshop. *DIGITAL HEALTH*, 3. doi:10.1177/2055207617740018

Lupton, D. (2018). *Digital Health*. London, United Kingdom : Routledge.

Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Jessell, L. et Teper, A. (2015). Injection and sexual HIV/HCV risk behaviors associated with nonmedical use of prescription opioids among young adults in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 48(1), 13. doi:10.1016/j.jsat.2014.07.002

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

- Merikangas, K., He, J.-P., Burstein, M., A Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). *Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)* (Vol. 49).
- Merkinaitė, S., Grund, J. P et Frimpong, A. (2010). Young people and drugs: next generation of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 112-114.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis*. New Park, CA : SAGE Publications.
- Miller, P G. et Sønderlund, A. L. (2010). Using the Internet to research hidden populations of illicit drug users: A review. *Addiction*, 105(9), 1557-1567. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02992.x
- Mitchell, J., Sweitzer, M., Tunno, A., Kollins, S. et McClernon, F. (2016). "I Use Weed for My ADHD": A Qualitative Analysis of Online Forum Discussions on Cannabis Use and ADHD. *PlosOne*, 11(5). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156614>
- Murguia, E. (2007). *Real Drugs in a Virtual World: Drug Discourse and Community Online*. Landham, MD : Lexington Books.
- Nicholson, T., White, J. et Duncan, D. (1998). Dragnet: A pilot study of adult recreational drug use via the WWW. *Substance Abuse*, 19(3), 109-121. doi:10.1080/08897079809511380
- Obradovic, I. (2015). Usages de drogues et société addictogène. [Drug Use and Addictogenic Society]. *Adolescence*, T.33 1(1), 177-192. doi:10.3917/ado.091.0177
- Paillé, P, et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4<sup>e</sup> édition)*. Paris, France : Armand Colin.
- Patnode, C. D., O'Connor, E., Rowland, M., Burda, B. U., Perdue, L. A. et Whitlock, E. P. (2014). Primary care behavioral interventions to prevent or reduce illicit drug use and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 160(9), 612-620. doi:10.7326/m13-2064
- Patton, G. C. et Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369(9567), 1130-1139. doi:10.1016/s0140-6736(07)60366-3
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada (82-624-X)*. Repéré à <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
- Perreault, M., Chartier-Otis, M., Djawn White, N., Bélanger, C., Marchand, A., Zacchia, C. et Bouchard, S. (2009). Évaluation d'une consultation en ligne portant sur le traitement des troubles anxieux. *Journal International de Victimologie*, 20, 1-5.
- Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., ... Milton, D. (2013). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 300-305. doi:10.1177/070674371305800508

## Repenser la réduction des méfaits à l'ère du numérique

Pinchinat Jean-Charles, K. (2015). *Jeunes consommateurs de drogues et approches par internet dans une perspective de réduction des méfaits : une étude exploratoire*. Mémoire de maîtrise. Médecine sociale et préventive. Université Laval. Québec.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans D. Poupart, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

Pirona, A., Bo, A., Hedrich, D., Ferri, M., van Gelder, N., Giraudon, I., ... Mounteney, J. (2017). New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 40, 84-92. doi:10.1016/j.drugpo.2016.10.004

Pujazon-Zazik, M., et Park, M. J. (2009). Marijuana: Use among young males and health outcomes. *American Journal of Mens Health*, 3(3), 265-274. doi:10.1177/1557988309340577

Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B., Boudreau, J. et Boivin, J. (2004). Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*, 292(5), 569-574.

Schwinn, T. M., Thom, B., Schinke, S. P et Hopkins, J. (2015). Preventing Drug Use Among Sexual-Minority Youths: Findings From a Tailored, Web-Based Intervention. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 571-573. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.12.015

Suris, J. C., Michaud, P. A., Akre, C. et Sawyer, S. M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, 122(5), e1113-1118. doi:10.1542/peds.2008-1479

Thoër, C. et Lévy, J. (2012). *Internet et santé : Acteurs, usages et appropriations*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Thoër, C. et Robitaille, M. (2014). Le rôle d'Internet dans la construction des risques relatifs à la consommation détournée de médicaments par des jeunes adultes québécois. *Le Temps des médias*, (2), 144-147.

Tighe, B., Dunn, M., McKay, F. H. et Piatkowski, T. (2017). Information sought, information shared: exploring performance and image enhancing drug user-facilitated harm reduction information in online forums. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 48. doi:10.1186/s12954-017-0176-8

Van Hout, M. C. et Hearne, E. (2015). «Vintage meds»: A netnographic study of user decision-making, home preparation, and consumptive patterns of laudanum. *Substance Use and Misuse*, 50(5), 598-608. doi:10.3109/10826084.2014.991408

Velter, A., Sauvage, C., Saboni, L., Sommen, C., Alexandre, A., Lydié, N., ... le groupe PREVAGAY2015 (2017). Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 18, 347-354.

Young, M. M. et Jesseman, R. A. (2014). *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Substance-Use-Hospital-Impact-Report-2014-fr.pdf>



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## Fondements de l'action de Rond-Point

**Catherine Béland**, M. Sc. Ps. éd, doctorante en psychoéducation, École de psychoéducation, Université de Montréal

**Sarah Dufour**, Ph. D., professeure titulaire, École de psychoéducation, Université de Montréal

### Correspondance :

Catherine Béland  
Université de Montréal  
Pavillon Marie-Victorin, École de psychoéducation  
C. P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3J7  
Téléphone : 514 343-6111, poste 0761  
Courriel : [catherine.beland@umontreal.ca](mailto:catherine.beland@umontreal.ca)

**Remerciements** au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire pour son soutien financier à la rédaction de cet article et à la réalisation du projet doctoral.

Cette recherche a été financée par le Rond-Point par le biais de leur financement du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et de la Fondation Lucie et André Chagnon. Les opinions émises n'engagent que les auteures.

## Résumé

Intervenir auprès des parents consommateurs nécessite une coordination entre les différents professionnels et prestataires de services. Le Rond-Point, un centre d'expertise périnatale et familiale de toxicomanie à Montréal, est un projet de services intégrés pour cette clientèle. Le but de cet article est de décrire la démarche participative ayant mené à la conceptualisation du projet du Rond-Point que plusieurs auteurs schématisent sous la forme d'un modèle logique. Aussi, il permet d'apprécier le projet en considérant les conditions préalables permettant l'évaluation. Pour ce faire, 22 professionnels et des documents ont été consultés, pour réaliser une analyse thématique et une triangulation des contenus. Les résultats présentent la réalisation du modèle logique ainsi que les éléments qui divergent entre les sources d'informations. L'analyse permet d'apprécier le Rond-Point en considérant les quatre conditions préalables pour évaluer un programme, soit un modèle clair et bien défini, une plausibilité des liens entre les causes, les services et les résultats, une accessibilité des informations et une utilisation des résultats. Ainsi, le projet n'a pas une maturité ni une stabilité permettant de planifier une évaluation. Certaines conditions préalables doivent être révisées. En bref, cette recherche propose des améliorations pertinentes pour ce centre et apporte des réflexions judicieuses pour ceux qui veulent développer et implanter un tel projet.

**Mots-clés :** appréciation de l'évaluabilité, évaluation d'implantation, modèle logique, parents consommateurs, services intégrés en toxicomanie

## Action foundation's of Rond-Point

### Abstract

Intervening in parental substance abuse requires coordination between professionals and organizations in social and health services. The Rond-Point, a perinatal and family expertise centre for addiction in Montréal, is an integrated service for this presenting problem. The purpose of this article is to describe the approach that led to the conceptualization of the innovative Rond-Point project that several authors schematized in the form of a logic model. It also allows for the appreciation of the project, considering the prior conditions for evaluation. Twenty-two professionals were interviewed and documents were consulted to prepare a thematic analysis and triangulation of content. The results show the production of the logic model and the elements that differ between sources of information. The analysis allows the appreciation of the Rond-Point by considering the four preconditions for program evaluation. As a result, the project does not have the maturity or stability to plan an evaluation. Some preconditions must be revised. In sum, this research proposes relevant improvements for this centre and provides thoughtful reflection for those who wish to develop and implement such a project.

**Keywords:** assessability, implementation assessment, logic model, addicted-parents, Integrated Addiction Services

## Fundamentos de la acción de Rond-Point

### Resumen

Intervenir con padres o madres consumidores requiere una coordinación entre los diferentes profesionales y prestatarios de servicios. El Rond-Point, un centro de toxicomanía con experiencia profesional en perinatalidad y familiar de Montreal, es un proyecto de servicios integrados para esta clientela. Este artículo se propone describir el enfoque participativo que llevó a la conceptualización del proyecto Rond-Point, que numerosos autores esquematizan como un modelo lógico. Permite también apreciar el proyecto considerando las condiciones previas que abren paso a la evaluación. Para lograr este objetivo, se consultaron 22 profesionales y diversos documentos, con el fin de realizar un análisis temático y una triangulación de contenidos. Los resultados presentan la realización de un modelo lógico, así como los elementos que divergen entre las fuentes de información. El análisis permite apreciar el Rond-Point considerando las cuatro condiciones previas para evaluar un programa, es decir, contar con un modelo claro y bien definido, una plausibilidad entre vínculos y causas, servicios y resultados, un acceso a las informaciones y una utilización de los resultados. Por ejemplo, el proyecto no tiene ni la madurez ni la estabilidad que permitan planificar una evaluación, ciertas condiciones prealables deben revisarse. En síntesis, esta investigación propone mejoras pertinentes para el centro y aporta reflexiones juiciosas para quienes quieran desarrollar e implantar un proyecto de este tipo.

**Palabras clave:** apreciación de la evaluabilidad, la evaluación y la implantación, modelo lógico, padres y madres consumidores, servicios integrados en toxicomanía

Un lieu novateur de services intégrés en toxicomanie a ouvert ses portes en janvier 2014 à Montréal. Cette initiative a été mise sur pied après de mûres réflexions cliniques. Le Rond-Point, un centre d'expertise périnatale et familiale de toxicomanie, vise à offrir des services intégrés pour les femmes enceintes et les parents qui ont une consommation problématique de substances psychoactives (SPA), ainsi qu'à leurs enfants âgés de 5 ans et moins. Le but de cet article est de réitérer l'importance, lors du développement de programmes, de bien structurer les interventions, et ce, à l'aide d'un modèle logique. De manière plus spécifique, l'article vise à expliciter la démarche participative mise en place afin d'illustrer l'offre de service du centre et à vérifier si Le Rond-Point remplit les conditions préalables à l'évaluation de programme. Un aperçu de la problématique de consommation parentale et de ses effets sera d'abord exposé, après quoi une brève description du Rond-Point sera présentée ainsi qu'un rappel de certaines notions en évaluation de programmes. Ensuite, la démarche pour rassembler les différences sources d'informations pour cette étude est décrite. Les éléments de convergence et divergence du modèle logique seront exposés pour être par la suite évalués.

### Consommation parentale et ses effets

Dans le présent article, les termes « consommation parentale problématique » ou « parents consommateurs » seront utilisés afin de désigner toute consommation inadéquate d'une substance psychoactive comme l'alcool, les drogues illicites et les médicaments par un parent. La consommation répétée d'une substance altérant le fonctionnement dans des tâches quotidiennes, dans des moments inappropriés, dans des situations dangereuses ou ayant des répercussions dans les sphères interpersonnelles et sociales est considérée comme une consommation problématique (Straussner, 2011). Selon l'étude basée sur les données de 2005-2006 de Walker et ses collègues (2011), près de 11 % des Canadiennes ont consommé de l'alcool durant leur grossesse. Le taux de consommation étant plus élevé dans les provinces de l'Est. Une autre source avance que 21 % des Québécoises enceintes ont consommé de l'alcool en 2006 (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2009). Parmi les conséquences, les professionnels intervenant auprès de cette clientèle se préoccupent notamment des possibles effets de la consommation sur le développement de l'enfant, telles que des retards de croissance, et sur la parentalité, comme des pratiques négligentes (MSSS, 2016). En effet, des liens entre la toxicomanie et le risque de maltraitance sont nettement établis (Kelley, Lawrence, Milletich, Hollis et Henson, 2015; L'Espérance et Ménard, 2013; Neger et Prinz, 2015). Au regard des signalements fondés en maltraitance au Québec, 12 % des parents ont une consommation problématique d'alcool et 17 % envers les drogues (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012).

### Approches d'intervention psychosociale

Il existe une panoplie d'approches d'intervention psychosociale auprès des personnes ayant une problématique de consommation abusive. Notons les approches comme le modèle Minnesota et la communauté thérapeutique (CT), visant tous les deux l'abstinence, (Cook, 1988; Hamel, 2013), c'est-à-dire la cessation de toute consommation abusive de SPA (McKeganey, Bloor, Robertson, Neale et MacDougall, 2006). Le modèle Minnesota perçoit la dépendance comme étant une maladie (Cook, 1988). La CT se distingue, entre autres, par le fait que les personnes vivant une telle

dépendance cohabitent dans un même lieu, pendant une certaine période donnée et de manière structurée (Broekaert, Kooyman et Ottenberg, 1998). De plus, on retrouve l'approche de l'entretien motivationnel (EM), qui se définit comme « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (Miller et Rollnick, 2013, p.12). Cette approche est utile surtout en présence d'une personne qui vit de l'ambivalence et permet de l'accompagner dans son processus de changement (Miller et Rollnick, 2013). Quant à elle, l'approche de réduction des méfaits (RdM) est utilisée dans le domaine des dépendances depuis les années 1980. Elle s'appuie sur des principes pragmatiques et humanistes. L'abstinence complète de la consommation de SPA ne constitue pas un objectif de la RdM (Brisson, 1997 ; Fallu et Brisson, 2013 ; Mondou, 2013 ; Racine, 2012). Elle vise plutôt, dans un premier temps, à réduire l'usage de substances à risque puis, dans un deuxième temps, à diminuer les conséquences négatives de l'usage de SPA (Brunelle et al., 2010). Or, cette approche est une source de débats tant parmi les intervenants que parmi les auteurs. Son application à la clientèle des femmes enceintes soulève des enjeux éthiques et par conséquent, le niveau de tolérance à son égard peut varier (Fallu et Brisson, 2013 ; Mondou, 2013).

Selon Mondou (2013), l'approche en RdM « englobe un large éventail de pratiques de prévention en complémentarité avec d'autres approches » (p. 27). Il n'est donc pas rare de voir l'approche d'EM combinée à la RdM. En fait, l'EM serait utilisé comme une stratégie pour intervenir auprès des clientèles résistantes et ambivalentes, surtout au début du processus de traitement aux dépendances. Ainsi, il est commun en centre de réadaptation en dépendances que les professionnels emploient ces deux approches (Fallu et Brisson, 2013 ; Racine, 2012). Or, pour Straussner (2011), le recours à un modèle holistique pour traiter tous les membres de la famille touchés par la consommation parentale serait pertinent. Mondou (2013) résume ainsi les approches d'intervention contemporaines avec une clientèle dépendante aux SPA :

Actuellement, au Québec, l'ensemble des approches est non seulement médical et pharmacologique, avec la prise en charge des infections ou le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone, mais il est aussi psychosocial, intégrant des interventions visant le travail sur l'estime de soi et l'*empowerment* (p. 28).

Enfin, il est reconnu que tant les femmes enceintes que les mères qui consomment des SPA de manière problématique font partie des groupes prioritaires auprès de qui il faut agir (Gouvernement du Québec, 2006). D'ailleurs, diverses sources témoignent de l'importance d'intervenir auprès de cette clientèle, en leur offrant une prestation de services multidisciplinaires adaptée aux besoins des femmes elles-mêmes, ceux de leurs enfants exposés aux SPA ainsi qu'à leur famille (Davie-Gray, Moor, Spencer et Woodward, 2013 ; Haug, Duffy et McCaul., 2014 ; Kelley, Lawrence, Milletich, Hollis et Henson., 2015 ; L'Espérance, Bertrand et Ménard, 2013 ; Lavergne et Morissette, 2012 ; Schaeffer, Swenson, Tuerk et Henggeler, 2013).

### Rond-Point

Jusqu'à son implantation, aucun projet de services intégrés pour les parents consommateurs et leurs enfants n'était offert dans la grande région de Montréal. Par services intégrés, il est entendu une gamme de services et soins infirmiers, nutritionnels, obstétriques, gynécologiques, pédiatriques de

même que du soutien psychologique pour les femmes enceintes, les mères et les pères qui ont une consommation problématique de SPA et leurs enfants âgés de 5 ans et moins. Le Rond-Point, s'inspirant de programmes déjà existants au Canada, tels que *Sheway* et *Breaking the cycle*, accueille la clientèle une journée et demie par semaine. Une dizaine d'organisations des réseaux publics et communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux collaborent à ce projet. Parmi ces organisations<sup>[1]</sup>, on retrouve : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, le Centre de réadaptation en dépendances-Institut universitaire (CRD-IU) Dollard-Cormier, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), Dans la rue, le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), le Portage, le Centre de pédiatrie sociale (CPS) — Centre-Sud, la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) ainsi que l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Ces organisations dégagent des ressources humaines, financières ou matérielles pour soutenir le fonctionnement du Rond-Point. L'intervention préconisée est basée sur une approche de réduction des méfaits. Quatre cibles d'activités et services sont visées : les enfants, les individus comme adultes, les compétences parentales et la famille. Parmi les services offerts, on retrouve principalement des activités de yoga et d'arts ainsi que des suivis de santé. La famille a accès à un dîner communautaire par semaine.

### Évaluation de programme

L'évaluation de programme est une démarche structurée et systématique pour déterminer la valeur et faciliter la prise de décision en regard dudit programme (Ridde et Dagenais, 2012; Rossi, Lipsey et Freeman, 2004; Spaulding, 2014). Il existe divers types d'évaluation, dont celles des besoins, de l'implantation, des effets ou de l'appréciation de l'évaluabilité. Ce dernier type poursuit deux fonctions, soit d'améliorer le programme et de mettre en place les conditions de réussite pour s'assurer que les résultats d'une autre forme d'évaluation seront utiles. Ce type d'évaluation est approprié pour des programmes complexes dans le domaine psychosocial et surtout quand le modèle logique est peu documenté. Pour sa part, le modèle logique se définit comme un outil visuel décrivant les différentes composantes d'un programme d'intervention. Selon certains auteurs, le modèle logique devrait être élaboré dès le développement d'un programme (Porteous, 2012; Rossi et al., 2004; Royse, Thyer et Padgett, 2016). Il offre une description explicite du programme ainsi que des liens causaux entre les interventions prévues et les effets attendus. Il permet de bien cerner les objets d'évaluation (Porteous, 2012; Rossi et al., 2004; Royse et al., 2016). Bien que cet effort de théorisation ait toute sa raison d'être, il n'est pas rare que le modèle logique ne soit pas réalisé d'emblée. L'appréciation de l'évaluabilité pendant l'implantation du programme permet donc de rendre explicite le modèle logique et d'apporter les correctifs pour améliorer la qualité du programme (Soura, Dagenais, Bastien, Fallu et Janosz, 2016).

Différents auteurs s'entendent pour proposer quatre conditions préalables pour évaluer un programme. Ces conditions permettent de vérifier si une évaluation est possible : (a) le modèle logique est clair et bien défini, (b) les liens entre les causes, les services et les effets attendus sont plausibles (c) les informations sont accessibles et à un faible coût et (d) l'utilisation des résultats par les

---

<sup>1</sup> Il est à noter que les organisations sont désignées dans ce texte selon les appellations en cours au moment de la recherche, antérieures à la réforme du Réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10).

personnes concernées est connue (D'Ostie-Racine, Dagenais et Ridde, 2013; Rossi et al., 2004; Soura et al., 2016).

Enfin, diverses approches influencent la posture de l'évaluateur. Les approches en évaluation de programmes définissent le rôle de chaque personne impliquée (évaluateur, promoteur, participant, etc.) dans la réalisation et la diffusion de l'évaluation (Ridde et Dagenais, 2012; Rossi et al., 2004). Dans le cadre de la présente recherche, une approche hybride d'évaluation a été employée. En effet, la combinaison d'une approche axée sur la théorie du programme avec celle orientée vers les utilisateurs a permis la réalisation de l'évaluation en tenant compte des diverses contraintes de temps.

## Méthode

### Échantillon

**Caractéristiques de l'échantillon.** L'échantillon se compose de 22 répondants soit : deux promotrices (la coordonnatrice et une consultante), treize représentants d'organisations du réseau public de la santé et des services sociaux, six du réseau des organismes communautaires et une représentante de l'ASPC.

**Recrutement des participants.** Le recrutement des participants s'est déroulé selon les étapes suivantes. D'abord les promotrices ont manifesté leur intérêt à participer, de manière volontaire, à la recherche. Ensuite, celles-ci ont informé les organisations impliquées au Rond-Point du projet de recherche. Les auteures ont participé à des rencontres de comités pour présenter la recherche et recruter des participants volontaires, des gestionnaires ou des intervenants des organisations impliquées dans Le Rond-Point.

**Considérations éthiques.** Deux comités d'éthique de la recherche (CÉR) ont autorisé la réalisation du projet de recherche, soit les CÉR Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre d'un mécanisme multicentrique, et celui de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.

### Collecte des données

Différents modes de collecte des données et de temps de mesure ont été utilisés. Une approche participative a été privilégiée. La collecte des données s'est déroulée sur une période d'environ deux ans. Les rencontres avaient lieu pendant leur horaire de travail, dans un lieu convenu mutuellement. Toutes les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites en mode *verbatim* par un cabinet de traduction et transcription.

**Entrevues de groupe.** D'abord, quatre entrevues de groupe (EG) ont été réalisées. Deux d'entre elles concernaient seulement les promotrices et les deux autres regroupaient les intervenants (n=10), les gestionnaires (n=11) et les promotrices (n=2). Les EG avec les promotrices avaient une durée

d'environ une heure trente chacune et ont été réalisées par la première auteure. Lors de la première rencontre, à l'été 2014, les thèmes abordés concernaient la nature de la prestation des services, la clientèle, l'approche d'intervention, les changements attendus ainsi que les partenaires impliqués. Cette EG permettait aussi l'accès aux diverses sources documentaires.

À la deuxième entrevue, à l'été 2015, les promotrices ont été invitées à réagir à une première version du modèle logique. Les questions de l'entrevue étaient en lien avec l'illustration du modèle. Notamment, les questions permettaient de valider ou modifier l'information. On retrouvait des questions comme : Est-ce qu'on pourrait simplement mentionner les enfants 0-5 ans dont les parents ont une problématique de consommation? Par rapport à la philosophie d'intervention, est-ce vraiment porté par tous les partenaires qui ont signé le protocole? Qu'est-ce qu'on vise à court, moyen et long terme comme changements de comportement, de pensée ou d'attitude chez le parent quand il participe à (l'atelier d'arts, au yoga, etc.)?

Les autres EG, trente minutes chacune, ont été réalisées conjointement avec un autre projet de recherche, à l'automne 2014, qui s'intéressait à l'expérience du partenariat interorganisations au sein de Rond-Point. Ce sont ces chercheurs, dont la deuxième auteure, qui ont animé ces EG. Ces rencontres exploraient la nature et les déterminants des changements souhaités auprès des familles selon les répondants. Les questions étaient, par exemple : Pouvez-vous me donner quelques exemples de changements possibles? Comment ces activités amènent-elles les changements attendus ou l'atteinte des objectifs chez les usagers? et Aidez-moi à comprendre en quoi le projet Rond-Point se distingue des autres services ou programmes offerts pour cette clientèle (ex. : SIPPE, JESSIE, etc.).

**Entrevues individuelles.** Par ailleurs, six entrevues individuelles d'une durée de 45 minutes à 1 h 30 ont été réalisées avec des intervenants (EII). Ces entrevues visaient d'abord à approfondir la situation clinique d'une famille (non analysée ici), mais aussi d'obtenir de l'information sur le fonctionnement du Rond-Point.

**Sources documentaires.** Des documents liés au développement et au déploiement du Rond-Point ont ensuite été consultés : 1) le document *Des soins et des services intégrés pour les parents toxicomanes et leurs enfants* (avril 2009), 2) la présentation au comité de développement (30 avril 2013), 3) le protocole d'entente (décembre 2014), 4) le document *Obtenir un consentement libre et éclairé, baliser les échanges d'informations entre intervenants(es) et être proactifs dans la protection des droits-Titre provisoire* ainsi que, 5) la liste des indicateurs de réussite de l'implantation du projet.

### Traitement et analyse

Le logiciel NVivo 10 facilite l'analyse des documents et des discours des différents répondants. Il permet d'organiser, de manière structurée, les différents contenus soumis à une analyse thématique de contenu (Creswell, 2007; Mertens et Wilson, 2012; Patton, 2001). Les éléments tirés des diverses sources dont le sens est semblable ont été classés dans des catégories préétablies en fonction des composantes habituelles d'un modèle logique comme les partenaires, les ressources humaines, la clientèle, la philosophie d'intervention, les activités et les résultats (Grinnell, Gabor et Unrau, 2010; L'Écuyer, 1990; Mertens et Wilson, 2012). Ce type d'analyse catégorielle s'effectue « par [une] opération de découpage du texte en unités puis [une] classification de ces unités en catégories selon des

regroupements analogiques» (Bardin, 2007, p. 207). Considérant les diverses sources de données, une triangulation des contenus a été réalisée pour l'analyse afin d'augmenter la validité (Mertens et Wilson, 2012; Spaulding, 2014).

La première auteure a classé les éléments du matériel collecté, pour ensuite réaliser le modèle logique du Rond-Point. À certains moments, la deuxième auteure a été consultée. Cette procédure de validation par les pairs permet d'augmenter la confirmabilité des résultats, mais surtout de réduire les biais d'interprétation (Boeije, 2010). Enfin, une rencontre de validation avec les promotrices, intervenants et gestionnaires du Rond-Point a eu lieu en décembre 2016. Cette rencontre a permis de présenter le modèle logique et d'échanger sur les points de convergence et de divergence. Ceux-ci seront présentés dans la prochaine section.

### Résultats

L'analyse des résultats et la validation auprès des participants ont permis d'obtenir un modèle logique qui illustre la situation du Rond-Point à l'automne 2016 (voir annexe 1).

### Réalisation du modèle logique

Une version initiale du modèle logique a été réalisée à partir des données recueillies. Ce modèle a ensuite été présenté une première fois aux promotrices lors de l'entrevue de groupe de l'été 2015. L'échange a permis d'épurer le modèle et de clarifier certains aspects. Les entrevues individuelles avec les intervenants ont permis d'ajouter des éléments pertinents à la réalisation de la deuxième version du modèle logique. Cette version a été discutée avec les participants lors d'une rencontre de présentation des résultats. L'échange visait à valider le modèle, mais surtout à mettre en évidence les éléments qui nécessitent une clarification, notamment, en raison de l'écart entre ce qui est souhaité et la réalité. Cela concerne entre autres le partenariat, les ressources humaines, l'approche d'intervention, la clientèle et l'offre de service. Ces éléments sont brièvement présentés un à un dans les prochains paragraphes.

### Éléments divergents du modèle logique entre les répondants

**Partenariat.** Selon les répondants, près d'une trentaine d'organisations pourraient s'ajouter au partenariat, mais aucune entente n'a été conclue pendant la période de collecte des données. Parmi ces possibles partenaires, on retrouve l'organisme Logis-Phare, qui accompagne déjà les familles lors des activités du Rond-Point les mercredis : « Ils ne sont pas sur le comité [...] ils sont partenaires, mais pas comme ceux qui ont signé le protocole d'entente » (EG2). Des contacts ont aussi été établis auprès des divers organismes communautaires. Notons que le Rond-Point souhaite aussi établir des contacts avec les services correctionnels.

**Ressources humaines.** Chacune des organisations dégage des ressources humaines pour soutenir le fonctionnement du Rond-Point, généralement il s'agit de deux personnes : un gestionnaire et un clinicien. Pour le volet clinique, on réfère à des intervenants communautaires, des intervenants

psychosociaux, tel un technicien en éducation spécialisée (TES). Il y a aussi divers professionnels tels des infirmières, des travailleurs sociaux, des médecins. Cependant, certains ne sont pas impliqués dans le projet pour le moment, comme l'illustre cet extrait : « [Pas de TES] Non, non pas de psychologue, non pas de psychoéducateurs » (EG2). Certaines organisations dégagent plus de personnel, comme le CSSS Jeanne-Mance, qui met à la disposition du Rond-Point : la coordonnatrice de projet, une infirmière, une travailleuse sociale et un médecin. Néanmoins, d'autres organisations dégagent pour le moment seulement un gestionnaire.

**Approche d'intervention.** Les différences sources d'informations font mention d'une panoplie d'approches d'intervention ainsi que des principes et valeurs, mais l'approche de réduction des méfaits semble commune à l'ensemble des répondants comme en témoigne cet extrait :

On partage pas mal tous, du moins pour la plupart, une approche en réduction des méfaits. [...] Tout le monde a le souci d'avoir une approche qui est comme dans le fond centrée sur la famille, puis sur les besoins puis les priorités de la famille (EII1).

Néanmoins, cette approche ne semble pas être appliquée de la même manière par tous, ce que le prochain extrait illustre :

C'est sûr que dans un contexte de parentalité ça peut être [...] interprété de plein de différentes façons, mais en particulier par rapport à la gestion du risque, ça peut être interprété différemment. C'est sûr qu'il y a aussi beaucoup de nuances dans la façon peut-être qu'on voit ça ou qu'on l'applique (EII9).

Bien que ce ne soit pas courant, certains professionnels sont incapables d'identifier le modèle prédominant d'intervention au Rond-Point : « non, je ne me suis pas informée » (EII4). En somme :

La philosophie d'intervention c'est [...] accueillir les parents tels qu'ils sont, les aider à développer leur plein potentiel de parents, les aider à se sentir accueillis, valorisés, soutenus, autant quand ça va bien que quand ça va moins bien, les garder connectés auprès de leurs enfants. [...] Valoriser la parentalité (EII3).

**Clientèle.** Le Rond-Point dessert une clientèle volontaire, consommatrice, de manière abusive ou problématique, de SPA en contexte de parentalité d'enfants de moins de 5 ans. L'évaluation du risque en vue d'être admis au Rond-Point crée certaines incompréhensions chez des intervenants :

Moi je pense que si quelqu'un ose s'identifier en tant que personne qui a des difficultés liées à la consommation, parce que ça, c'est très clair que c'est la mission du Rond-Point, et qu'il est un parent [...] [d'] un enfant entre zéro, cinq ans, bien c'est clair [...] [qu'elle devrait recevoir des services du Rond-Point]. La personne ose cogner à la porte là, c'est majeur je trouve (EII9).

D'autres personnes rencontrées questionnent l'âge maximal de l'enfant (5 ans) comme critère d'admissibilité, comme en témoigne cet extrait :

Qu'un parent avec un enfant de huit ans, qui a des difficultés liées à la consommation, peut être aussi vulnérable [...] je mettrais ça à juste parent, pas besoin de mettre d'âge

là-dessus. [...] Je trouve qu'il y a beaucoup de familles qui gagneraient quand même à pouvoir être connectées au Rond-Point. (EII9).

## Offre de service

Dans les paragraphes qui suivent, les quatre cibles d'activités et de services sont décrites ainsi que les résultats attendus tels que formulés par les sources consultées.

**Enfants.** Jusqu'à présent, les services offerts aux enfants couvrent davantage les services de santé physique tels que le suivi développemental 0 à 5 ans, la stimulation précoce ainsi que les références vers les spécialistes ou autres ressources, bien que certains manquent d'intensité : « il manque l'éducatrice spécialisée pour vraiment plus développer la stimulation précoce » (EG2). Quant au soutien comportemental, outre les références vers d'autres professionnels ou d'autres ressources, peu de services sont disponibles, malgré les bonnes volontés :

[L'intervenante] va faire des interventions ponctuelles. [...] Il n'y a personne de vraiment spécialisée dans le domaine encore. Il y a des fois [...] [l'] éducatrice spécialisée [...] en dépendance, mais qui va des fois auprès des enfants. Mais encore là son rôle c'est [auprès des] adultes, donc elle va le faire, mais... (EG2).

Les résultats visés à la suite des services offerts aux enfants sont de « réduire les comportements problématiques, stimuler le développement, [...] c'est tout le dépistage puis les interventions précoces. Le préparer pour l'école, la garderie, la socialisation » (EG2). Aussi, on vise à diminuer le « nombre d'interventions de la DPJ, du nombre de retraits de l'enfant dans son milieu » (Doc. 5). En somme, pour les enfants, les résultats attendus à court terme sont le dépistage des problèmes développementaux et la diminution des complications à la naissance liées à la consommation problématique de SPA (ex. : sevrage néonatal).

**Individus adultes.** Le volet individus adultes, c'est-à-dire le parent dans sa sphère individuelle, était l'offre de service la plus déployée au moment de l'étude. En effet, Le Rond-Point offre hebdomadairement des activités de groupe de yoga, d'atelier d'arts et l'Espace parents. Ce dernier est un lieu d'implication citoyenne pour les parents afin de voir au développement des services du centre. Des suivis de santé physique et mentale pré et post natal sont également disponibles. Enfin, du soutien individuel est offert sur demande pour répondre aux besoins de base comme l'accès à un logement, à de la nourriture et à du transport.

De manière générale, les résultats attendus auprès des adultes ciblent l'isolement, comme en témoigne cet extrait :

Il y a beaucoup de familles qui ont non seulement un sentiment d'incompétence, mais souvent une estime de soi assez faible, et une peur du regard, du jugement des autres, puis de les amener à être en lien avec d'autres familles, c'est souvent difficile, mais c'est un objectif (EG1).

Aussi, cela vise à ce que « Le Rond-Point devienne un peu un lieu d'appartenance » (EG1). Il est à noter qu'avec l'approche RdM, des résultats sont attendus en lien avec la consommation problématique du parent. L'ensemble des services vise donc un continuum passant de la consommation responsable,

à une diminution de la consommation et des risques de rechute jusqu'à l'ultime objectif de l'abstinence. En somme, les résultats visés dans la vie des usagers adultes sont, à court terme, de leur permettre de gérer le stress, de créer un lien de confiance avec les intervenants, de vivre un moment de détente, de briser l'isolement, de diminuer les complications durant la grossesse et l'accouchement ainsi que de favoriser l'allaitement. À moyen terme, les effets attendus sont de consolider le réseau de soutien et à long terme, de favoriser l'*empowerment* et l'insertion sociale, augmenter l'estime de soi, améliorer le fonctionnement social, établir un sentiment d'appartenance et promouvoir une meilleure santé mentale.

**Compétences parentales.** En ce qui a trait aux compétences parentales des usagers, des ateliers portant sur les premiers soins et la discipline sont offerts. De plus, dans le cadre des suivis individuels, certains intervenants utilisent l'approche dite d'intervention relationnelle auprès des parents. Par ailleurs, lorsque le contexte s'y prête, l'évaluation de Brazelton peut être faite avec les parents d'un nouveau-né. C'est un outil d'évaluation du comportement du nouveau-né de deux mois ou moins. Or, au moment de l'étude, aucun atelier parents-enfants n'a encore eu lieu, bien qu'il s'agisse d'une priorité pour le Rond-Point.

En ce qui concerne les résultats attendus chez les parents, d'abord les répondants décrivent ce qu'ils entendent par l'acquisition des compétences parentales, comme l'illustre cet extrait : «ça veut dire aussi connaître le développement de l'enfant [...] pouvoir agir en fonction de ça aussi. Ils sont plus réalistes, alors il y a moins de frustration» (EG1). Les intervenants soutiennent les parents dans l'acquisition de leurs compétences parentales. En bref, les activités «parents» visent à court terme à partager des activités parents-enfants, à favoriser le développement d'un lien d'attachement parent-enfant et, à moyen terme, à développer des compétences parentales et diminuer le stress parental.

**Famille.** Enfin, l'offre de service du Rond-Point inclut l'activité du repas communautaire hebdomadaire qui permet de :

Répondre aux besoins de base. Offrir un milieu d'échanges informels entre les parents. [...] À force de manger ensemble, ils se connaissent plus, les liens sont plus solides, il y a un noyau qui se fait. [...] Ils découvrent aussi [...] une meilleure alimentation. Des nouvelles recettes, puis qu'ils aient envie en fait d'essayer après à la maison (EG2).

Le Rond-Point souhaite offrir des services de répit qui offriront certes une pause aux parents, mais aussi de la stimulation aux enfants. En bref, pour ce volet, à court terme les résultats attendus sont d'offrir du répit et de répondre aux besoins de base, tandis qu'à moyen terme, c'est d'améliorer les conditions de vie.

## Discussion

Au moyen d'une démarche participative, la présente recherche a permis d'illustrer le modèle logique du Rond-Point tel qu'il se déployait à l'automne 2016. Certains éléments du modèle suscitent de la discordance entre les répondants. Dans la présente section, des liens avec les quatre conditions préalables pour évaluer un programme afin d'apprécier le Rond-Point seront exposés.

## Conditions préalables à l'évaluation de programme

Pour mesurer l'évaluabilité d'un programme, idéalement on doit vérifier les quatre conditions mentionnées en introduction. Il est intéressant de revoir la démarche réalisée avec Le Rond-Point à la lumière de ces critères, notamment, parce qu'après réalisation de l'évaluation d'implantation, l'évaluabilité du centre est mise en question. En effet, avant de prévoir d'autres types d'évaluation, il importe de se demander si le programme est suffisamment développé et implanté pour faire l'objet d'une évaluation. Pour réaliser certains types d'évaluation (par exemple, des effets, du rendement, etc.), le programme devrait avoir atteint une maturité et une stabilité (Potvin, 2009 ; Rossi et al., 2004).

**Modèle clair et bien défini.** Au terme de la présente étude, certaines précisions doivent encore être apportées afin d'améliorer le projet actuel du Rond-Point en vue, éventuellement, de s'assurer qu'il répond aux critères le rendant évaluable (Potvin, 2009). Ce premier effort de modélisation a mis à jour des aspects qui restent à consolider, comme le partenariat, les ressources humaines, l'approche d'intervention retenue, la clientèle et l'offre de service. Le rôle des organismes partenaires devrait être clarifié pour inclure ceux qui s'impliquent déjà au centre. Par ailleurs, si Le Rond-Point vise à offrir des services multidisciplinaires aux familles, il serait important de s'assurer d'ajouter différents professionnels tels psychoéducateurs, TES, etc. Comme l'approche d'intervention préconisée par Le Rond-Point est la RdM, mais qu'elle n'est pas véhiculée par l'ensemble des répondants de l'étude, une préoccupation quant à l'orientation des interventions auprès des familles est suscitée. Cela suggère également que l'approche n'est pas nécessairement connue et intégrée par les intervenants.

Quant à la clientèle, plusieurs éléments demeurent à clarifier par les répondants. Or, selon la littérature en lien avec la problématique de consommation abusive parentale, il est possible d'alimenter la réflexion quant au choix des critères d'admissibilité. Notamment, les parents d'enfants plus âgés pourraient aussi bénéficier de tels programmes. La problématique de la consommation abusive parentale concerne un nombre important d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents. Sachant qu'aux États-Unis, plus de huit millions d'enfants vivent avec au moins un parent consommateur, qu'environ un tiers des enfants est âgé de moins de cinq ans et 12% des enfants sont âgés de six à onze ans (Burlew et al., 2013), il y a lieu de remettre en cause le critère d'admissibilité en fonction de l'âge de l'enfant. Ces données américaines concordent avec les travaux québécois de Bertrand et ses collègues (2007) qui énoncent que 38% des adultes qui reçoivent des services pour le traitement aux dépendances sont des parents d'enfants mineurs. Les conséquences de la consommation s'observent chez les enfants de tout âge. Un parent sur cinq exprime avoir besoin de soutien dans leurs habiletés parentales (Bertrand et al., 2007). Les études comme celle de Burlew et Ses collègues (2013) démontrent que le stress parental peut influencer les pratiques parentales et par conséquent entraîner des troubles de comportement chez l'enfant. Ces troubles peuvent augmenter le stress parental, et ainsi de suite. Bien que certains enfants développeront une résilience qui leur permettra de bien fonctionner dans toutes leurs sphères, d'autres auront des problèmes sévères de comportements et des difficultés émotionnelles. Conséquemment, les effets de l'exposition à la consommation abusive parentale chez les enfants varient et peuvent demeurer jusqu'à l'âge adulte (Straussner, 2011). Des groupes d'intervention pour ces enfants sont efficaces pour diminuer les conséquences de l'exposition à la consommation abusive parentale et développer des habiletés prosociales (Straussner, 2011). Au cours des dernières années, des programmes d'entraînement aux habiletés parentales ont été implantés au Québec, soit le programme 6-12 ans et le programme d'intervention appui aux familles (PIAF). Ces

deux programmes s'adressent aux parents consommateurs (dépendance actuelle ou passée), à leurs enfants âgés de six à douze ans ainsi qu'à d'autres membres de la famille (Laventure, Charbonneau, Sarrazin et Bertrand, 2013). Cela pourrait donc être proposé dans l'offre de service du Rond-Point. La réflexion quant aux critères d'inclusion ne devrait pas juste concerner l'âge de l'enfant, mais aussi celle de la définition d'un parent consommateur. L'étude qualitative de Benoit et ses collègues (2014), visant à comprendre comment les prestataires du programme HWH, un site intersectoriel de services communautaires pour les mères, leurs familles et leurs enfants, alimente la réflexion à ce sujet. En effet, selon leurs résultats, le concept de consommation parentale est difficile à définir. Certains intervenants ont même une vision personnelle qui diffère de la conception qu'ils doivent promouvoir en contexte professionnel. La consommation maternelle amène en effet des réflexions sur les plans moral, légal et éthique. Selon les travaux de Benoit et ses collègues (2014), il est envisageable qu'un parent qui se définit lui-même comme ayant un problème de consommation, actuel ou passé, puisse être admissible à des services qui s'adressent à des parents consommateurs.

The most common perceptual frameworks that participants drew upon to define problematic substance use focused on terms such as safety, risk and ability to care and the notion that the individual woman is the arbiter of what constitutes problematic substance use in her own life (p. 256).

Enfin, pour répondre à la condition d'un modèle clair et bien défini, il est essentiel qu'avant l'implantation d'un projet, les résultats visés soient suffisamment précis, car ils permettent de décrire clairement et explicitement les changements attendus pour la clientèle en termes d'attitudes, de comportements ou de connaissances au terme de leur participation. Les résultats doivent être réalistes, mesurables et liés à la problématique (Paquette et Chagnon, 2000; Tourigny et Dagenais, 2005). Or, la formulation des résultats attendus par l'offre de service du Rond-Point n'est pas toujours mesurable. Cela entraîne nécessairement un impact sur la deuxième condition, c'est-à-dire sur la plausibilité des liens entre les causes, les résultats et l'offre de service.

**Plausibilité des liens entre les causes, les services et les résultats.** Pour être en mesure d'évaluer un programme, il est important que les liens entre la problématique, les activités et les résultats attendus soient appuyés théoriquement (Fitzpatrick, Sanders et Worthen, 2011). Lorsque les répondants de la présente étude ont été questionnés sur les liens plausibles entre le yoga et des résultats observables et mesurables chez les usagers, ils rapportent ceci : « Le yoga, on sait qu'il a des effets positifs sur la santé, sur le bien-être psychologique, mais c'est surtout donner une expérience positive à ces femmes-là, [...] ça recentre davantage sur le corps, sur comment on se sent » (EG3). Cette illustration pourrait être faite pour d'autres services et activités offerts. Cela démontre que plusieurs des liens entre les services mis en place et le résultat attendu devraient être plus explicites afin de bien saisir la valeur ajoutée du Rond-Point pour les familles consommatrices. Pour Tourigny et Dagenais (2005) :

Les buts et objectifs sont généralement directement liés à un modèle théorique, c'est-à-dire qu'ils sont l'expression d'une certaine théorie de cause à effet qui rend l'intervention cohérente et systématique en vue d'un changement chez la population cible (p. 438).

Lorsqu'on tente d'associer l'offre de service du Rond-Point avec les résultats attendus, à court, moyen et long terme, il n'est pas toujours évident de comprendre comment ces éléments sont liés.

**Accessibilité des informations.** Il est possible de mentionner que la condition d'accessibilité des informations a été généralement répondue pendant la collecte de données. En effet, plusieurs documents ont été remis et consultés en lien avec le développement et l'implantation du Rond-Point. Par ailleurs, différents répondants (promotrices, intervenants et gestionnaires) ont été rencontrés. Néanmoins, le fait que les deux précédentes conditions n'ont pas entièrement été répondues entraîne nécessairement un effet sur l'accessibilité à l'ensemble des informations pertinentes.

**Utilisation des résultats.** L'utilisation envisagée des résultats était bien connue dès le départ. En effet, la pérennité du Rond-Point n'étant pas assurée, les résultats de l'évaluation pouvaient permettre de faciliter les demandes de financement. Considérant cet aspect, il aurait été plus pertinent d'impliquer davantage les répondants dans la réalisation du modèle logique. Il aurait fallu dépasser les contraintes de temps et se réunir pas seulement dans une optique de collecte de données. Ainsi, la contribution au modèle logique aurait été partagée avec les principaux acteurs concernés (Gervais, de Montigny, Lacharité et Dubeau, 2015). Cela aurait permis de clarifier les deux premières conditions de l'évaluabilité, soit un modèle clair et bien défini et des liens plausibles. Les recommandations issues de la présente recherche auraient gagné en sens et en crédibilité pour les répondants. Enfin, il aurait été pertinent, dans une approche orientée vers les utilisateurs, d'obtenir le point de vue des familles, celles qui reçoivent les services.

### Appréciation de l'évaluabilité

En somme, il est possible d'affirmer que Le Rond-Point ne répond pas aux quatre conditions pour évaluer un programme. Cela signifie que le programme n'est pas assez stable et mature pour planifier une évaluation. Les activités et services doivent être déployés avec une plus grande intensité. Selon Paquette et Chagnon (2000) :

Pour être évaluable, un programme doit être clairement articulé et explicite, c'est-à-dire qu'il doit comporter une description de sa clientèle cible, de la problématique associée, de la théorie sur le problème à laquelle il réfère et de la théorie d'actions préconisée, des objectifs du programme, des ressources humaines, matérielles et financières utilisées, de la nature des services offerts et des activités réalisées, et des résultats escomptés (p. 107).

Ainsi, le modèle logique doit être retravaillé et les liens doivent être clarifiés et plausibles avant d'envisager une autre évaluation.

### Conclusion

La présente recherche a permis de rendre plus explicite la logique d'action du Rond-Point. Ultiment, cela permet d'apporter aux promotrices et aux partenaires impliquées des suggestions pour améliorer Le Rond-Point (Fitzpatrick et al., 2011). Aussi, à partir des résultats obtenus et des discussions effectuées, des améliorations pourront être apportées afin que Le Rond-Point tienne compte des connaissances dans le domaine de la consommation abusive parentale, mais également au regard de l'évaluation de programme.

Néanmoins, cette recherche comporte certaines limites. D'abord, le fait que l'ensemble des activités prévues n'ait pas été déployé et que le centre ne soit accessible qu'une journée et demie par semaine limite l'appréciation qu'on peut porter à son égard. Cet article offre donc une première réflexion quant au modèle logique. Une des limites de cette étude est aussi de ne pas avoir intégré davantage d'espace pour les promotrices, intervenants et gestionnaires dans l'élaboration du modèle logique. De plus, considérant la place accordée à l'implication citoyenne des familles, le fait de ne pas avoir inclus leur voix dans la présente étude constitue une limite importante à l'étude. Enfin, il serait pertinent de pousser plus loin la plausibilité des liens entre les services et les effets attendus. Le fait d'appuyer l'action du Rond-Point sur des fondements théoriques pourrait en effet faciliter les démarches pour la pérennité du projet. Pour ce faire, il est judicieux d'utiliser les connaissances et l'expertise de certains partenaires, dont l'ASPC. Nous recommandons, qu'avant d'amorcer des évaluations, certains ajustements soient réalisés. Parmi ceux-ci, la question de la clientèle cible devrait être élargie pour inclure tout parent quel que soit l'âge de l'enfant ainsi que lorsqu'un parent s'autodéclare comme consommateur de SPA. Aussi, il serait pertinent de s'assurer que l'ensemble des partenaires impliqués connaisse la philosophie d'intervention du Rond-Point.

FIGURE 1 – Modèle logique du Rond-Point

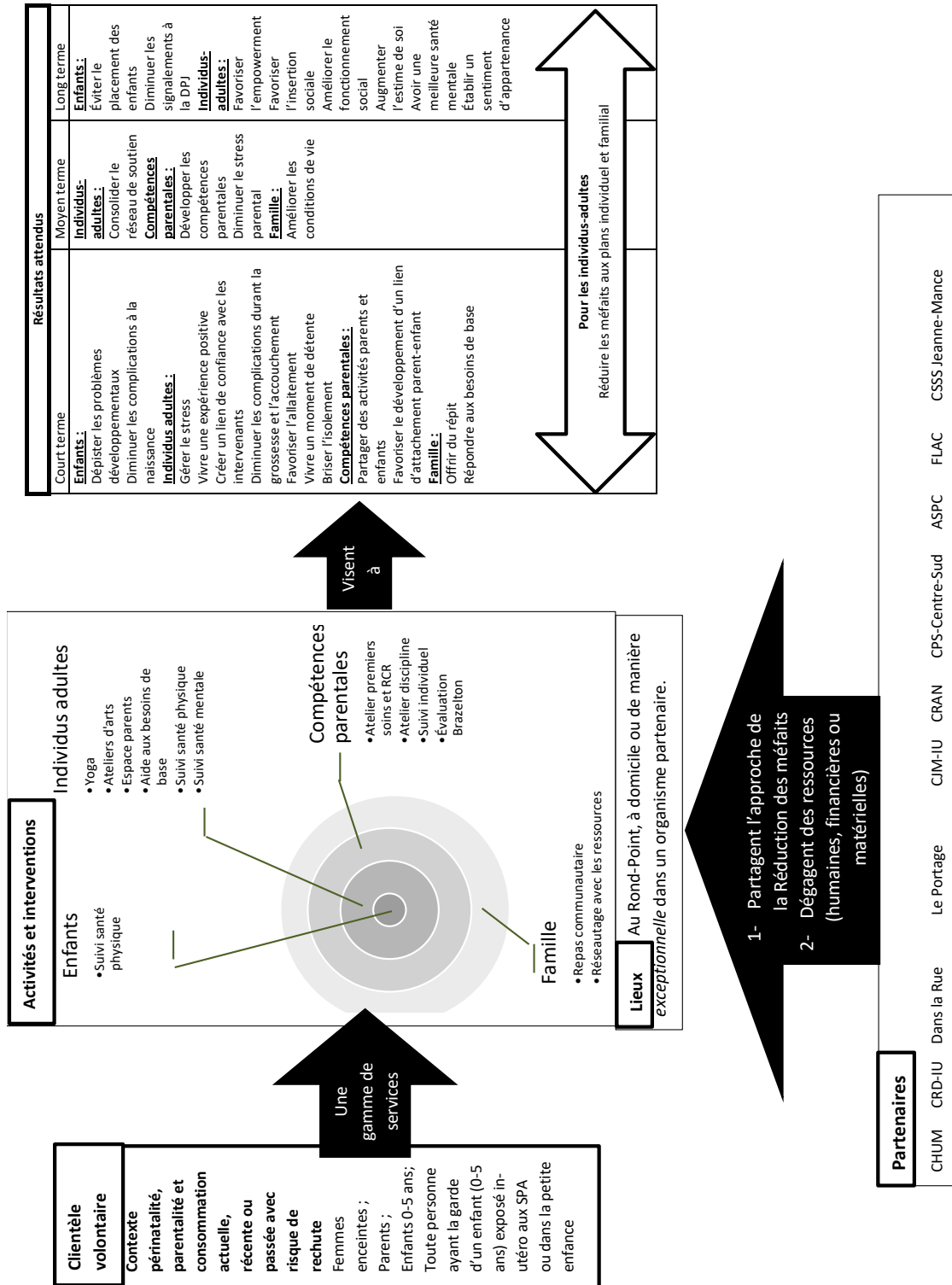


Figure 1. Modèle logique du Rond-point, par Catherine Béland et Sarah Dufour, automne 2016, selon les informations disponibles en janvier 2016.

## Références

Agence de la santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères : L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

Agence de la santé publique du Canada (2010). *Étude canadienne d'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants — 2008 : Données principales*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Benoit, C., Stengel, C., Marcellus, L., Hallgrimsdottir, H., Anderson, J., MacKinnon, K., Charbonneau, S. (2014). Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 252-263. doi: 10.1111/1467-9566.12106

Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M. et Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : Une réadaptation qui protège les enfants ? Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (p. 69-87). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. Londres, Angleterre : SAGE Publications.

Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Broekaert, E., Kooyman, M. et Ottenberg, D. J. (1998). The «new» drug-free therapeutic community: Challenging encounter of classis and open therapeutic communities. *Journal of substance abuse treatment*, 15(6), 595-597.

Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J. et Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, 9(1), 211-247.

Burlew, A. K., Johnson, C., Smith, S., Sanders, A., Hall, R., Lampkin, B. et Schwaderer, M. (2013). Parenting and problem behaviors in children of substance abusing parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 231-239. doi: 10.1111/camh.12001

Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British journal of addiction*, 83, 625-634.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Second edition*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. et Ridde, V. (2013). An evaluability assessment of a West Africa based Non-Governmental Organization's (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 71-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.07.002>

Davie-Gray, A., Moor, S., Spencer, C. et Woodward, L. J. (2013). Psychosocial characteristics and poly-drug use of pregnant women enrolled in methadone maintenance treatment. *Neurotoxicology and Teratology*, 38, 46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ntt.2013.04.006>

Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : Historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 105-127). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jasques, I. et Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de protection de la jeunesse. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 247-260). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Fitzpatrick, J., Sanders, J. R. et Worthen, B. R. (2011). *Program evaluation : alternative approaches and practical guidelines*. Upper Saddle River, NJ : Pearson Education.

Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2015). Fathers Friendly Initiative within the families: Using a logic model to develop program theory for a father support program. *Evaluation and program planning*, 52, 133-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.04.006>.

Gouvernement du Québec (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 : Unis dans l'action*. Québec, Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grinnell, R. M. J., Gabor, P.A. et Unrau, Y. A. (2010). *Program evaluation for social workers: Foundations of evidence-based programs*. (5<sup>e</sup> éd.). New York, NY : Oxford University Press.

Hamel, F. (2013). *L'abandon du traitement de jeunes toxicomanes ayant séjourné en communauté thérapeutique et leur condition post-traitement* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.

Haug, N. A., Duffy, M. et McCaul, M. E. (2014). Substance abuse treatment services for pregnant women: psychosocial and behavioral approaches. *Obstetrics and Gynecology Clinics in North America*, 41(2), 267-296. doi: 10.1016/j.ogc.2014.03.001

Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008) : Rapport final*. Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Kelley, M. L., Lawrence, H. R., Millettich, R. J., Hollis, B. F. et Henson, J. M. (2015). Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child Abuse & Neglect*, 43, 42-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.017>

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

L'Espérance, N., Bertrand, K. et Ménard, J.-M. (2013). Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 9-27). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

L'Espérance, N. et Ménard, J.-M. (2013). *Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services pour mieux prévenir la consommation de psychotropes et ses effets délétères sur le développement de l'enfant*. Trois-Rivières, Québec : Centre de réadaptation en dépendance Domrémey-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec

Laventure, M., Charbonneau, R., Sarrazin, G. et Bertrand, K. (2013). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales : quand la dépendance et la parentalité se côtoient. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 29-50). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Lavergne, C. et Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 159-197). Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.

Lavergne, C., Morissette, P., Dionne, M. et Dessureault, S. (2009). Facteurs — clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale. Dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire* (p. 143-177). Montréal, Québec : Éditions du CHU Sainte-Justine.

McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J. et MacDougall, J. (2006) Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 13(6), 537-550. doi: 10.1080/09687630600871987

Mertens, D. M. et Wilson, A. T. (2012). *Program evaluation theory and practice: A comprehensive guide*. New York, NY : The Guilford Press.

Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris, France : InterÉditions.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Avis de santé publique sur la non consommation d'alcool durant la grossesse*. Québec, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mondou, I. (2013). De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 19-40). Québec, Québec : Les Presses de l'Université.

Morissette, P., Venne, M., Lavergne, C., Desmeules, S., Létourneau, H., Lavandier, K.-A. et Chouinard-Thompson, A. (2007). Main dans la main : Une collaboration audacieuse et novatrice entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de consommation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : Des univers à rapprocher* (p. 243-261). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Neger, E. N. et Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004>

Paquette, F. et Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal-Insitut universitaire.

Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research and evaluation methods, 3rd edition*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Porteous, N. L. (2012). La construction du modèle logique d'un programme. Dans C. Dagenais et V. Ridde (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée* (p. 89-107). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Potvin, P. (2009). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 101-114). Québec, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

Racine, P. (2012). *L'entretien motivationnel sous l'angle de la formation et de la supervision clinique : Pour une qualité et efficacité de l'intervention*. (Rapport de stage, Université du Québec en Outaouais).

Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée*. (p. 13-32). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Freeman, H. E. (2004). *Evaluation : A systematic approach*. (7<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Royse, D., Thyer, B. A. et Padgett, D. (2016). *Program evaluation: An introduction to an evidence-based approach*. (6<sup>e</sup> éd.). Boston, MA : Cengage Learning.

Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., Tuerk, E. H. et Henggeler, S. W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 596-607. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.004>

Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J.-S. et Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*. 31(1), 18-33. doi : 10.3138/cjpe.207

Spaulding, D. T. (2014). *Program evaluation in practice: Core concepts and examples for discussion and analysis*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Straussner, S. L. A. (2011). Children of substance-abusing parents : An overview. Dans S. L. A. Straussner et C. H. Fewell (dir.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (p. 1-27). New York, NY : Springer Publishing company.

Tourigny, M. et Dagenais, C. (2005). Introduction à la recherche évaluative : La recherche au service des intervenants et gestionnaires. Dans S. Bouchard et C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique*. 2<sup>e</sup> édition. (p. 435-481). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Vancouver Island Health Authority. (2013). HerWay Home; Child Centred · Women Focused · Family Oriented. Repéré à <http://www.viha.ca/children/pregnancy/herwayhome.htm>

Walker, M. J., Al-Sahab, B., Islam, F. et Tamin, H. (2011). The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(52), 1-9. doi: 10.1186/1471-2393-11-52