

Regard sur la réalité de l'utilisation des substances psychoactives dans les
MRC d'Abitibi et de Rouyn-Noranda
Essai résultant d'une étude qualitative - 2023

LA CONSOMMATION, UN MONDE « STUPÉFIANT »

LA DROGUE :
UN ŒIL DANS UNE
RÉALITÉ MÉCONNUE

Analyse et interprétation de
29 témoignages
75 personnes sondées
Commentaires et témoignages de spécialistes en intervention

Une collaboration de



Essai résultant d'une étude qualitative - 2023

Par **Catherine Jutras**

Consultante en prévention des surdoses

Œuvre de couverture

Vicky Lord

Projet financé par

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

*Je ne veux pas devenir une statistique.
On devient un chiffre si on meurt d'une overdose...*

Témoignage anonyme

Avant-propos

Cet essai résulte d'une étude qualitative réalisée auprès de personnes utilisatrices de substances psychoactives, d'individus vivant un deuil par surdose et de gens travaillant en intervention liée aux dépendances. Cette lecture se veut immersive afin de mieux comprendre la réalité de personnes qui ont bien voulu partager leur vécu; parfois douloureux, parfois banal et assumé, et parfois rocambolesque.

Le présent document vise à faire ressortir l'humain derrière le sujet de l'utilisation de substances psychoactives (SPA) et, ainsi, permettre au lectorat de s'interroger sur ses perceptions et de questionner l'aide apportée aux gens désireux d'améliorer leurs conditions de vie.

Aux gestionnaires, ce document vous est destiné afin de vous permettre d'entendre des voix parfois étouffées, parfois éteintes. Ainsi, vous disposerez d'un savoir et de réflexions supplémentaires qui sauront animer et éclairer vos prises de décision et vos débats.

Aux spécialistes en intervention qui n'ont pas la chance d'intervenir dans le milieu naturel des gens, peut-être serez-vous sensibles au contenu de ce document. Vous reconnaîtrez possiblement des comportements ou des contextes de personnes que vous accompagnez dans leur cheminement. Ce document vous est destiné afin de vous permettre un regard différent. Une paire d'yeux nouvelle qui vous donnera accès à un angle d'observation complémentaire sur le système entourant l'individu.

À la communauté étudiante qui touchera la relation d'aide, voyez ce document comme une occasion d'immersion dans la vie de gens dont les contextes de vie effleureront ceux de vos futures connaissances professionnelles... Voyez comment les tabous biaisent notre vision sur des réalités bien présentes, cachées et parfois insoupçonnées.

Au lectorat, voici une occasion de questionner nos préjugés, nos idées préconçues et ainsi, éclairer la vision que nous avons socialement de l'utilisation de substances illicites et de ces personnes qui les consomment.

Écrit grâce à vous, vous qui utilisez des substances psychoactives, voyez cet essai comme un porte-voix; un message de réflexion, une amorce de changement pour une meilleure qualité de vie, une meilleure compréhension et un pas vers une société ouverte et exempte de préjugés.

Table des matières

Table des matières	5
Liste des acronymes	7
Mise en contexte	8
Introduction	10
Méthodologie	12
Qui sont-ils?	13
Pourquoi consommer?	14
Stigmatisation	17
Entre consommateurs	19
Provenant des représentants de la loi	19
Provenant de professionnels de la santé	19
Troubles judiciaires	21
Des solutions?	22
Approvisionnement plus sécuritaire (<i>safer supply</i>)	23
Les différentes approches	25
Description des approches	25
Problématiques et défis	27
Expériences de quelques répondants	28
La connaissance des services	30
Problématiques et pistes de solutions	31
Pistes de solution identifiées par les participants utilisateurs de SPA et les intervenants interviewés	32
Sécurisation	34
Surdoses	36
Historique de l'utilisation des opioïdes	38
Au Québec	39
Une 4 ^e vague?	41
Surdoses : une réalité	41
Endeuillés par surdose	44
Pandémie et ses dommages collatéraux	48
Stratégie nationale	52
Conclusion	54

Remerciements	56
Liste de références	57
Annexes	61
Annexe 1 - Mais comment cela peut-il commencer?	61
Annexe 2 - Méthodologie détaillée	64
Entrevues	64
Questionnaire	66
Affiches	68

Liste des acronymes

ADDICQ	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSS-AT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CPS	Centre de prévention des surdoses
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
PCU	Prestation canadienne d'urgence
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPA	Substances psychoactives
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TUS	Trouble de l'usage de substances

Mise en contexte

Depuis les années 1990, l'augmentation de la présence d'opioïdes sur le marché noir inquiète. Cette substance très puissante, destinée de prime abord à un usage médical contrôlé, s'est rapidement retrouvée disponible sur le marché noir où le mésusage et la falsification sont incontrôlables. Depuis plusieurs années, la contamination des drogues illégales par les opioïdes et autres substances comme les benzodiazépines, pour ne nommer que celles-là, alarme de surcroît la population concernée. Plusieurs stratégies ont été mises en place depuis pour prévenir les risques de surdose liés à cette problématique.

En 2019, à la suite de la formation d'un comité en prévention des surdoses d'opioïdes en Abitibi-Témiscamingue, un portrait de la situation locale, en ce qui a trait aux opioïdes pour la MRC d'Abitibi, a été réalisé et mis à jour durant la pandémie de COVID-19. C'est suite à ces travaux, que le Mouvement de la relève d'Amos-région et Arrimage Jeunesse se sont unis pour permettre la réalisation du présent ouvrage.

Région éloignée où la population, avoisinant les 150 000 individus, occupe un territoire de près de 60 000 km² (densité moyenne de 2,7 habitants par km²), les habitants de l'Abitibi-Témiscamingue sont confrontés à des enjeux contextuels différents de l'ensemble de la population québécoise. Le secteur minier occupant une place importante dans l'économie régionale, le navettage aérien (*fly-in fly-out*), l'inégalité salariale entre les hommes et les femmes, le taux de scolarisation moins élevé que le reste du Québec et l'occupation de logements par des travailleurs hors région en contexte de pénurie de logements sont quelques exemples de réalités avec lesquelles les Témiscabitiens ont à composer, et qui peuvent influencer le choix (ou

Quelques dates historiques

Dans les années 90, *Perdu Pharma*, une société pharmaceutique américaine privée, met en marché de façon douteuse l'OxyContin, un puissant médicament opioïde. Le succès de ce médicament, vendu comme étant peu addictif, fut le coup d'envoi de la situation d'aujourd'hui, d'abord qualifiée de « crise des opioïdes », mais qui tend à être plus justement nommée « crise des surdoses ».

2017 - Le gouvernement du Québec rend disponible et gratuitement la Naloxone, un médicament qui renverse temporairement les effets d'un opioïde.

2018 - Le gouvernement développe la *Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre* et investit des sommes importantes dans la prévention des surdoses d'opioïdes.

2019 - Un comité d'intervenants en collaboration avec les travailleurs de rue et de milieux est créé en Abitibi-Témiscamingue pour déployer cette stratégie.

2020 - La pandémie de COVID-19 frappe et perturbe le marché noir. Les mesures sanitaires mises en place par le gouvernement ont un impact majeur sur la vie des gens qui utilisent des drogues (voir la section *Pandémie et ses dommages collatéraux*).

le non-choix) de l'utilisation de substances psychoactives .¹ Les Témiscabitiens ne sont donc pas à l'abri des surdoses de drogues qui ont provoqué, à elles seules, près d'un million de décès aux États-Unis depuis 1999, selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le site du Parlement du Canada publie :

Entre janvier 2016 et mars 2021, près de 23 000 Canadiens sont décédés d'une intoxication apparemment liée à la consommation d'opioïdes. De nombreuses personnes se sont retrouvées en situation d'urgence médicale potentiellement mortelle ou ont subi d'autres méfaits.

(Hatt, L., 6 janvier 2022)

Le 11 mai 2022, La Presse publie :

(New York) « Plus de 107 000 Américains sont morts l'an dernier à la suite d'une surdose, ce qui représente un nouveau record et une preuve supplémentaire de la présence d'une crise des opioïdes au pays » ont affirmé mercredi les centres pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses (CDC).

(Stobbe, M., 11 mai 2022)

En tenant compte des réalités régionales, nous tentons d'agir en prévention et en réduction des risques liés à la consommation; nous cherchons à mieux comprendre cette réalité qu'est l'usage de substances psychoactives. À travers la lecture de cet ouvrage, permettons-nous un pas de recul sur les images sensationnelles que nous proposent les médias, analysons nos perceptions, questionnons nos réflexes d'aide et, surtout, prenons le temps d'écouter les personnes concernées.

¹ Pour plus de compréhension des réalités régionales, visitez le site de l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

Introduction

Le texte qui suit expose des constats, des interprétations, des observations, des hypothèses. L'ouvrage est souhaité subjectif pour permettre à l'auteur d'introduire le lectorat, à l'image du travail de rue, au monde de la consommation; un monde caché et tu.

La rédaction de ce document est souhaitée inclusive afin de permettre la représentation équitable de tous les genres.

Je m'appelle Catherine Jutras et je travaille en consultation externe en prévention des surdoses pour le Mouvement de la relève d'Amos-région et Arrimage Jeunesse. De 2005 à 2019, j'ai travaillé en intervention de proximité, dont douze ans en travail de rue à plusieurs endroits au Québec. Et depuis 2019, je me consacre à la prévention des surdoses aux côtés de mes collègues en travail de rue.

Au cours de ces années, j'ai pu observer une évolution de l'offre des substances psychoactives sur le marché noir. Ces changements semblent répondre aux variations des besoins émanant de la population. La montée de l'anxiété et le souci de performance très présents dans notre société semblent favoriser l'offre de dépresseurs et de stimulants. Cette gestion auto-médicamentée de l'état de santé mentale pour répondre à la pression sociale de performance me fait me questionner sur la responsabilité sociale de ce phénomène. Ajoutons à ces conditions, une réalité qui se doit d'être relevée au cœur de cette lecture, soit celle de la douleur chronique. Cette condition de santé, ayant des impacts majeurs dans la vie des gens, touche approximativement une personne sur cinq et une personne âgée sur trois, selon le document du gouvernement du Québec *Continuum de soins et de services en douleur chronique : Orientations et lignes directrices 2021-2026* (Beauregard, L., Labrecque, N., Poitras, L. 2021).

Sur ces constats, je me questionne :

- Est-il toujours adapté de considérer les gens qui utilisent des drogues comme des criminels?
- Pourquoi ces personnes sont-elles stigmatisées au point de s'isoler et de taire leurs problématiques par crainte du jugement des autres?
- Est-ce que notre façon d'aider les gens désireux d'améliorer leur situation est adaptée et répond à leurs réels besoins?

Voilà quelques questions auxquelles j'ai tenté de répondre par une étude qualitative menée auprès de gens utilisateurs de SPA, de gens endeuillés par surdose et de spécialistes en intervention.

Tout au long du texte, vous trouverez des encadrés qui proposent des pistes de réflexion. Je vous invite à vous y attarder.

Bonne lecture.

Méthodologie

Je qualifierais l'étude qui a mené à cet essai de qualitative, malgré l'obtention de données quantitatives recueillies dans un but de comparaison et de diversification d'angles de réflexion. Ces données m'ont permis d'obtenir des commentaires, des impressions, des témoignages supplémentaires. Ainsi, j'ai pu mettre en perspective certains aspects des réalités discutées avec les répondants aux entrevues. Afin de préciser certains sujets abordés, j'ai pu réajuster mes questions en cours de démarche.

Pour réaliser cette étude, j'ai d'abord repris contact avec des gens, avec lesquels j'avais développé un lien de confiance en tant que travailleuse de rue. J'ai également demandé l'aide des travailleurs de rue d'Amos et de Rouyn-Noranda pour rejoindre des personnes touchées par le sujet de l'étude et volontaires pour y participer. Les gens que j'ai interviewés m'ont aussi référé des amis et des connaissances. Les membres de l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ) m'ont également été d'une grande aide. De plus, j'ai repris contact avec mon réseau de partenaires intervenants pour obtenir leur vision. Par le fait même, ils m'ont référé des gens interpellés par le projet. Pour atteindre un public plus large, j'ai aussi utilisé des affiches (voir annexe 2) faisant mention de ma recherche de témoignages et d'expériences. Celles-ci ont été apposées dans des lieux stratégiques dans les deux MRC.

À la suite de ces démarches, 29 personnes m'ont offert leur confiance. Elles m'ont raconté une partie de leur réalité par des entretiens semi-structurés réalisés en personne, par vidéoconférence ou par téléphone, selon l'aisance du participant. Afin de compléter et d'élargir l'échantillonnage de personnes rejointes, un questionnaire anonyme a été rendu public sur Internet. Ce sont 75 individus qui ont pris le temps d'y répondre et d'ajouter des informations, des commentaires et des points de vue pertinents à l'étude. Enfin, j'ai rejoint 14 intervenants provenant de 11 services offerts en région dans le but d'obtenir leur opinion, leur perception, leurs commentaires, ainsi que la description de leurs services respectifs (voir annexe 2).

Par souci de confidentialité, j'ai dirigé les entrevues seule. Trois d'entre elles ont été réalisées avec deux personnes simultanément selon leur désir. Dans ce cas, le choix de prendre un moment individuel pour certains sujets a été suggéré, mais n'a pas été souhaité par les participants. La méfiance et la paranoïa étant des états pouvant se développer chez certains utilisateurs de SPA, j'ai décidé de préconiser la prise de notes manuelle et la retranscription de celles-ci sur mon ordinateur de travail. J'ai utilisé des symboles, afin de me permettre de me repérer parmi les témoignages tout

en préservant leur anonymat. Les notes seront détruites lors de la publication du présent document.

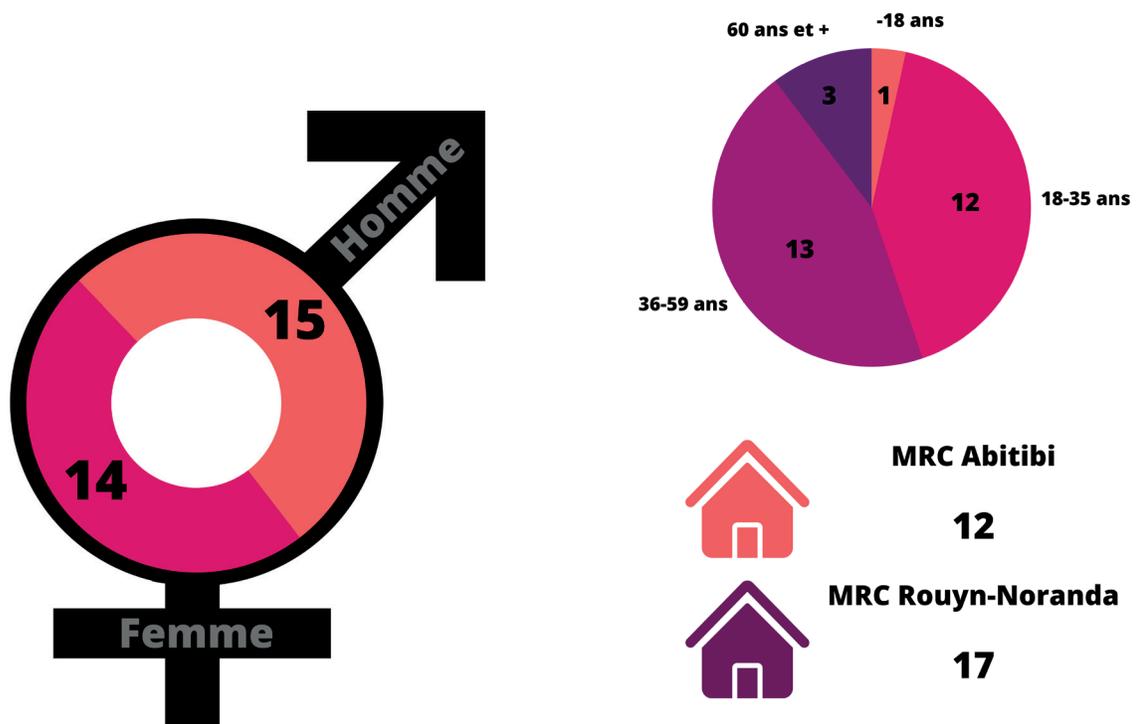
Toujours par souci de confidentialité, la population sujette à l'étude étant restreinte sur le territoire ciblé, j'ai donné peu de détails sur la provenance des citations. Je souligne donc que les citations appuyant les propos du texte proviennent de 23 personnes différentes : neuf femmes, six hommes et huit personnes anonymes. Toutefois, pour la réalisation de cet essai, j'ai considéré l'ensemble des données obtenues par ma démarche.

Des cartes-cadeaux d'épicerie de 10 \$ ont été remises aux participants des entrevues en guise de remerciement symbolique. De plus, les droits d'utilisation des œuvres d'art imageant ce document ont été payés aux artistes.

L'étude a débuté en fin d'année 2021. Les entrevues ainsi que la diffusion du questionnaire se sont réalisées à l'hiver et au printemps 2022. La rédaction du présent document s'est déroulée du début de l'été 2022 jusqu'au début de l'hiver. Les dernières corrections furent ensuite accomplies pour sa publication en 2023.

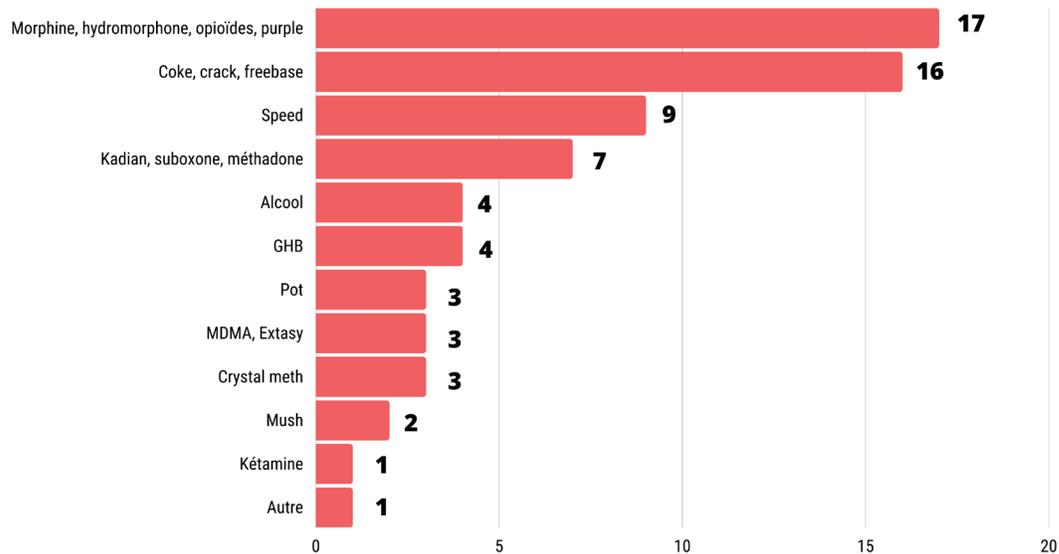
Qui sont-ils?

Voici un portrait de ces gens qui ont bien voulu se porter volontaire et qui, pour certains, ont vu l'occasion de se faire entendre. Six de ces répondants sont des personnes qui m'ont témoigné spécifiquement de leur deuil de proches décédés par surdose : trois fils et beaucoup trop d'amis.



Substances utilisées

Noms utilisés par les participants



Nombre de participants nommant utiliser ces substances

Parent monoparental, intervenant, travailleur autonome, personne bénéficiaire de l'aide de dernier recours, électricien, travailleur minier, personne inapte à l'emploi, artiste, conseiller municipal, grand-parent, joueur (*gamer*) professionnel, personne sans domicile fixe... Autant de profils que de raisons de consommer, les gens que j'ai rencontrés ont tous été très généreux de leurs confidences.

À travers ma démarche, j'ai entendu de grandes souffrances, des sentiments d'injustice, de honte et de culpabilité, mais également des rires et des réflexions qui m'ont marquée et auxquelles je fais référence maintenant dans mes réflexions de vie personnelle. On m'a offert une tasse de café, on s'est excusé pour le plancher froid d'un minuscule appartement, on m'a demandé mon autorisation pour fumer dans leur propre demeure... Bref, je me suis replongée au cœur de la vie de gens parfois craintifs, et parfois, si généreux et attentifs. Une diversité sans limites de styles de vie, de personnalités et d'expériences ont révélé l'impossibilité de profiler les personnes qui consomment. Même constat pour ce qui est des raisons de cette consommation.

Pourquoi consommer?

Les raisons sont diverses, mais la majorité des personnes rencontrées m'ont parlé d'une forme de souffrance/d'automédication, une façon de régler un problème/un inconfort. En voici quelques exemples.

(Entre crochets [] : mots utilisés par les participants)

- Gestion des émotions [éviter de penser, mal de vivre, combattre une anxiété sociale, fuir quelque chose/c'est inconscient, gérer mes émotions];

C'est la seule affaire qui me donne un break de mon osti de tête qui vire tout le temps.

Les 5 à 7 sont terrifiants si tu n'as pas bu.

- Citations provenant de deux entrevues

- Douleurs physiques [maux de dos, douleurs à la suite de mon accident];
- Souci de performance [pour fonctionner, arriver à m'acquitter de mes responsabilités, avoir de l'énergie, avoir un bon rendement au travail];
- Par habitude [c'est comme un café le matin, c'est une routine, j'ai toujours consommé];
- L'influence des pairs/contrer l'isolement;
- Avoir du plaisir [me désennuyer, avoir du *fun*, augmenter le plaisir];
- Gérer l'effet de sevrage [arrêter d'avoir mal, avoir de l'énergie];

Au début c'est le fun, après c'est un besoin.

Juste de me lever le matin c'est une tâche.

- Citations provenant de deux entrevues

- Besoin de se sentir vivant/suite à des expériences traumatisantes (traite de personne, séquestration, violence psychologique et physique)

Je fais bcp d'insomnie dû à de la violence conjugale et pour x raison, je consomme parfois pour réussir à survivre et fonctionner

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Selon moi, il est important de mettre un accent sur la souffrance de l'effet de sevrage, provoquée par l'arrêt de consommation de certaines drogues comme les opioïdes,

pour comprendre et expliquer certains comportements. Une personne en sevrage d'opioïdes peut tomber littéralement en état de survie. La souffrance peut être extrêmement forte et envahissante. Elle peut induire la personne à avoir des comportements qu'elle n'adopterait pas, et même, ne cautionnerait pas en d'autres temps. Voici des exemples de situations qui m'ont été racontées.

(Ces observations m'ont été rapportées par plusieurs personnes durant cette étude, et également, durant mes années comme travailleuse de rue auprès de détenus en milieu carcéral)

Situation 1

Dans un contexte de détention, une personne qui n'a pas de prescription de médicament de substitution (un médicament opioïde prescrit pour atténuer les effets du sevrage) va devoir vivre un sevrage sans aide médicale. On m'a raconté que des personnes détenues, ayant une prescription, allaient boire leur médicament à l'infirmerie. Puis, de retour en cellule, vomissaient le contenu ingéré pour le vendre à un codétenu. Ainsi, le codétenu en état de sevrage pouvait boire le vomi afin d'avoir l'effet de la méthadone non assimilée.

Situation 2

On m'a raconté que le corps d'une personne, qui consomme du *crystal meth*, rejette une partie de la substance par ses pores de peau. Cette substance a tendance à créer, chez son utilisateur, des plaies et des gales. Encore dans un contexte de détention, où les options de consommation de substances sont limitées, des personnes vendent leurs gales. Elles sont ensuite ingérées par la personne souffrante de sevrage afin d'atténuer la douleur induite par la privation de substance.

À la suite de ces témoignages plutôt secouants, il m'a été impossible de ne pas faire un parallèle entre cette réalité et l'étiquette criminelle infligée à certaines personnes; des personnes commettant des actes punissables par la loi pour pouvoir consommer, ou plutôt pour pouvoir atténuer leurs souffrances...

Lors d'une entrevue avec un couple, j'ai été témoin d'un échange intéressant :

Une des personnes me demande si je connais la drogue *Krokodil*². Elle regarde ensuite son conjoint en lui nommant qu'elle ne comprend pas les gens qui en consomment : « Il faut être complètement fou pour prendre ça. » Puis son conjoint lui demande : « Si

² Krokodil ou désomorphine : substance conçue à partir d'un opiacé nommé codéine qui a des effets dévastateurs sur son consommateur.

tu étais en manque et que t'avais pas accès à ta morphine, en prendrais-tu? » L'autre personne hésite et, pensive, répond : « Oui... »

On m'a également parlé d'idées suicidaires à la suite de moments de sevrage :

Si j'ai à revivre ça, c'est sûr que je me passe.

- Interprétation de propos lors d'une situation vécue comme travailleuse de rue

Stigmatisation

Lors de ma démarche, une forte majorité des personnes rencontrées a réagi au sujet de la stigmatisation, des préjugés. Plusieurs des personnes pour qui la consommation est un mode de vie assumé ont développé une carapace qui leur permet de vivre plus librement.

Avant, ça me choquait, asteur je m'en fout. Les gens ne me connaissent pas. C'est des préjugés de con. Je ne m'arrête pu à ça.

- Citation d'une personne dont le mode de vie de consommateur est assumé

Toutefois, les personnes pour qui les préjugés entourant leur consommation pourraient avoir un impact sur leur mode de vie ont toutes réagi fortement et avec émotion sur le sujet.

Un parent monoparental m'expliquait qu'il consomme pour être capable d'être efficace et stimulant pour ses enfants. Un de ses enfants, me nomme-t-il, est un enfant avec des [grands besoins]. Ce parent est fatigué et sent une pression, émanant de lui et de son entourage, à être performant. Il consomme de quatre à dix *speeds* par jours. Son contexte familial ne lui permet pas, selon lui, de parler de cette utilisation de stimulants. La proximité de membres de sa famille avec les services de soutien amplifie sa fermeture sur le sujet. Il a ULTRA-peur que quelqu'un découvre sa situation. Il insiste sur le fait que PERSONNE ne sait qu'il consomme. Je le remercie d'ailleurs particulièrement de sa confiance. Il craint de se faire retirer la garde de ses enfants, ce qui rend le sujet tabou même auprès de professionnels de la santé.

Mes enfants, c'est ma raison de vivre. Si je les perds, c'est la fin pour moi.

- Citation du parent

Quelques-uns me parlent de double vie, un autre de la nécessité de mentir, de se cacher. On me nomme ne pas se sentir compris. Une insiste sur le fait qu'un gros

obstacle à sa recherche d'aide est la peur d'être tagué [toxico], de devoir assumer cette étiquette.

Une femme me nomme ne pas avoir le profil de la [toxico] véhiculé par l'imaginaire populaire. Intervenante, provenant d'une [bonne famille aidante et scolarisée] ... Cela lui fait vivre [encore plus] de honte. Elle consomme plusieurs substances, dont du *crack*. Elle est au courant des risques de l'utilisation de substances illicites. Elle est vigilante et a mis en place des protocoles de protection. Elle consomme surtout pour l'aider à gérer ses émotions qui sont [beaucoup trop fortes]. Malgré ses démarches et plusieurs thérapies, elle n'a pas trouvé la façon de répondre à ses besoins émotionnels dans le système légal.

La stigmatisation semble faire partie intégrante de la vie de bien des gens qui consomment des psychotropes. Ces préjugés, souvent insultants et dénigrants pour la personne qui les reçoit, laissent des stigmates qui peuvent avoir de graves conséquences sur la confiance et l'estime de soi. L'écrasement de ces éléments primordiaux à un rétablissement peut rendre la demande d'aide laborieuse. Sachant que, avant même de faire le premier pas, une demande d'aide peut éveiller un sentiment d'orgueil, l'accueil inconditionnel devrait-il être incontournable?

Une personne qui s'impliquait passionnément auprès de la communauté avant de rencontrer un obstacle qui a fait basculer sa vie me nommait s'être déjà fait traiter de [déchet humain] en pleine rue...



Œuvre de Vicky Lord

L'image d'une pluie de projectiles provenant de toutes parts me vient en tête lorsque je relis mes notes sur les entrevues liées à la stigmatisation.

Certains ressentent l'effet des jugements provenant de leur famille, d'amis, mais aussi de la part d'autres consommateurs, de représentants de la loi et même de professionnels de la santé.

Entre consommateurs

Quelques personnes m'ont rapporté y avoir des « classes » de consommateurs liées aux **modes** de consommation : pour certains qui « sniffent », les personnes qui « fument » sont de vrais « toxicos ». Et pour certains, ce sont ceux qui s'injectent qui sont les « *junkies* ».

D'autres jugent le **produit**. Pour certains qui consomment de la cocaïne, ce sont ceux qui utilisent les opioïdes qui sont de « vrais drogués » et la perception est réversible.

Parfois, ce sont les **raisons** de l'utilisation des SPA qui sont condamnées. Un répondant anonyme au questionnaire diffusé en ligne écrit :

Il y a les vrais drogués et ceux qui sont jugés à la rue ou en violence pour survivre à certains problèmes de société, c'est très différent.

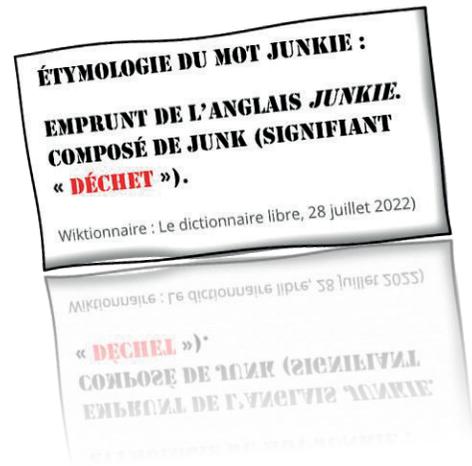
Provenant des représentants de la loi

Un homme m'explique avoir un jour été intercepté par un policier. Pendant l'intervention, ce dernier lui a demandé s'il avait le SIDA. Il a ensuite senti un recul, une retenue à le toucher de la part du policier.

Dans le cadre d'une peine d'emprisonnement, un autre homme me nomme s'être senti jugé au moment où le juge refusa sa demande d'aller en thérapie prétextant qu'il ne souhaitait que sauver du temps de détention. Cet homme n'a jamais fait de thérapie malgré de nombreuses démarches. (Voir la section *Problématiques et défis* → *Expériences de quelques répondants*)

Provenant de professionnels de la santé

Une femme me raconte une de ses expériences à l'urgence lorsqu'elle est allée consulter pour une plaie d'injection. L'infirmière au triage n'a pas tenu compte de sa douleur et a pris sa pression sur le même bras que son abcès, ce qui a amplifiée sa douleur. Elle ne s'est pas sentie accueillie, ni comprise, ni soutenue.



Une autre femme, lors de son passage au centre de réhabilitation en dépendance, me nommait s'être sentie [poussée]. Les commentaires de certains intervenants lui donnèrent l'impression d'être [niaiseuse].

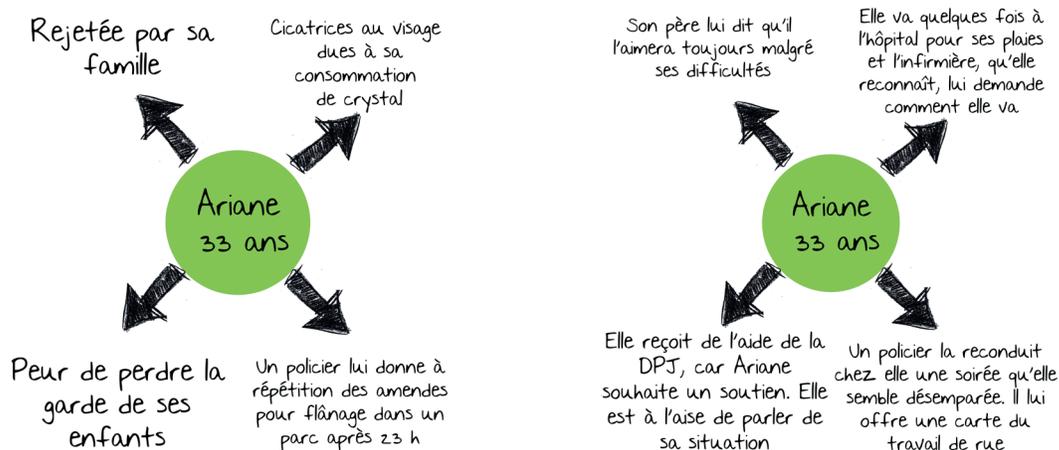
Toutes ces expériences négatives et blessantes cumulées laissent des marques psychologiques, mais aussi physiques. L'injection comme mode de consommation peut créer des plaies. Dans plusieurs cas, si ces plaies ne sont pas soignées, elles peuvent s'intensifier et aller jusqu'à nécroser le site de l'injection. Il est donc important que la personne ait accès à un service de santé adéquat. Toutefois, une personne qui a vécu ou qui se fait raconter une mauvaise expérience peut hésiter à consulter, voire s'abstenir. Ces marques physiques, amplifiées par ce temps d'hésitation ou l'absence de soin, laissent de réels stigmates qui vont suivre la personne toute sa vie. Il n'est pas rare de voir des gens qui s'injectent se cacher les bras, les cuisses, les chevilles, etc., afin d'éviter les regards intrusifs. Outre l'injection, plusieurs substances ou comportements de consommation peuvent produire des plaies. Il est donc essentiel, pour aider de façon adéquate une personne aux prises avec un trouble de l'usage de substances, de lui offrir du soutien exempt de jugement afin de réduire ces stigmates autant physiques que psychologiques.

[Le crystal] Ça détruit le monde en est : les dents, la peau...

- Citation d'un participant

Quels impacts a la stigmatisation sur le rétablissement?

Comparons deux contextes



- Nom et situation fictifs

En m'arrêtant sur la question de la stigmatisation et de ses impacts, je constate qu'il y a différents angles à observer : la perception de l'usage de substances dans la **population générale**, la vision du **système (santé, judiciaire, politique, etc.)** et la compréhension du phénomène de la consommation par les **professionnels**. Chacun de ces angles a une influence sur l'individu faisant usage de SPA. Il est donc important de faire évoluer ces trois aspects simultanément.

Questions de réflexion

Est-ce que l'utilisation des SPA et ses effets indésirables sont bien compris dans la société ?

La structure et les protocoles des différents systèmes sociaux (santé, juridique, éducation, etc.) engendrent-ils de la stigmatisation ?

« On est considérés comme des cas non urgents et ça me déçoit, car les gens que je connais, c'est des gardiennes de CPE, des comptables, des gens que personne pourrait penser qui consomment. »

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Doit-on former davantage les professionnels sur le sujet ?

Troubles judiciaires

Durant les entrevues, plus de la moitié des participants ont nommé avoir ou avoir eu des problèmes juridiques liés à leur consommation. Le vol et la fraude sont les plus courants. Tous ont précisé qu'ils n'auraient pas ou moins de délits à leur actif si ce n'était de leur consommation.

Une participante me fait part de sa situation :

Cette femme consomme du pot depuis qu'elle a huit ans. Aujourd'hui, elle utilise de l'alcool et différents dérivés de morphine pour gérer ses émotions. Elle a fait de nombreuses thérapies partout au Québec pour l'aider avec ses problèmes qu'elle identifie et gère de la seule manière dont elle constate l'efficacité, pour le moment.

[Mon plus gros obstacle] c'est moi. C'est un problème d'émotions que j'ai.

- Citation provenant de l'entrevue avec cette femme

Elle bénéficie de l'aide de dernier recours et a fait plusieurs tentatives de retour au travail, mais ce n'est pas évident pour elle. L'odeur persistante de l'alcool ne lui

permet pas la discrétion de certaines drogues moins détectables. Et c'est un besoin pour elle de consommer.

Voici son budget.

Elle reçoit 750 \$ par mois. Ses paiements sont répartis comme suit :

- Loyer 450 \$ (ce qui est peu cher dans le contexte actuel de pénurie de logements – voir encadré)
- Électricité 75 \$
- Téléphone 30 \$

Il lui reste à peine 195 \$, donc moins de 50 \$ par semaine, pour manger, se vêtir, prendre soin de son hygiène et... consommer. Pour cette femme, ce dernier poste budgétaire est devenu une priorité et un besoin de base vu les souffrances qu'occasionne le sevrage.

Questions de réflexion

Est-ce un acte criminel de tenter de subvenir à ses besoins?

La fraude ou le vol peuvent-ils être considérés comme une option de survie dans un contexte limitatif?

Je discutais avec un répondant sur le sujet de la légalisation de la possession des drogues et, selon lui :

La légalisation de la possession de la drogue ne changerait rien : ça prend de l'argent pour se la payer [la substance] et ça coûte cher, donc ça ne règle rien. Le vol va continuer.

- Citation provenant de l'entrevue avec cet homme

Des solutions?

Nombreux professionnels de la santé se questionnent, cherchent et tentent des alternatives pour accompagner leurs patients, afin d'atténuer leurs souffrances, de diminuer l'impact de leurs comportements sur leur situation juridique, sans oublier

LA RARETÉ EXISTE, QUELLE QUE SOIT LA TAILLE DU LOGEMENT. [...] LA RARETÉ EST ENCORE PLUS GRANDE POUR LES LOGEMENTS DONT LE COÛT MENSUEL MOYEN EST INFÉRIEUR À 750 \$, AVEC UN TAUX D'INOCCUPATION DE 0,8 %.

Selon le bulletin de mars-avril 2021 de l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue (Collini, M., 2021)

TAUX D'INOCCUPATION DE 0,8 %
MOYEN EST INFÉRIEUR À 750 \$ AVEC UN
LOGEMENTS DONT LE COÛT MENSUEL
ENCORE PLUS CHÈRE POUR LES
TAILLE DU LOGEMENT [...] LA RARETÉ EST

de réduire les méfaits que produisent ces comportements sur la communauté. Néanmoins, bon nombre de ces alternatives ne font pas l'unanimité.

Approvisionnement plus sécuritaire (safer supply)

L'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*), également connu sous le nom de pharmacothérapie de remplacement, est une approche visant à remplacer les substances psychoactives (SPA) qui sont achetées sur le marché illicite par des substances pharmaceutiques dont le contenu est connu et stable.

(L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2021)

Cette approche novatrice au Canada est appliquée dans une vision de santé publique et a comme objectifs de :

- Prévenir les surdoses, parfois mortelles;
- Retirer complètement la personne de son exposition au marché illicite (un marché actuellement hautement contaminé);
- Offrir un confort sur 24 h;
- Rattacher les personnes qui souhaitent toujours consommer ou qui éprouvent des difficultés à arrêter de consommer des substances illicites à une équipe de soins partenaire.

(L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2021; Goyer, M-E. 2020, 9 :10, 15 :16)

Cinq personnes m'ont nommé recevoir un service d'approvisionnement sécuritaire. Cette nouvelle approche semble atteindre les objectifs souhaités pour ces cinq individus. On me nomme être moins « obsédé » par l'approvisionnement en substance, être en mesure de travailler, ne plus avoir à commettre de vol, ne plus être inquiet de la qualité de la drogue et être capable de répondre à ses besoins de base.

J'avais pu de vie. Du matin au soir, ma vie tournait autour de ça. J'avais pas de temps pour autre chose. [Aujourd'hui] j'ai l'impression d'exister.

- Citation d'un participant

Je demande à une personne : *Qu'est-ce qui a changé pour toi depuis que ton médecin te fournit les médicaments nécessaires à ton confort?*

Maintenant, je suis ben plus gros ha! ha!, me nomme-t-il en riant.

Il m'explique que lorsqu'il avait à chercher constamment de la drogue sur le marché noir, il n'arrivait pas à bien se nourrir. Ce n'était pas sa priorité.

Le frigidaire est plein, je vais voir des films de temps en temps, complète-t-il.

Cette personne me nomme avoir augmenté la dose nécessaire à son confort depuis qu'il s'approvisionne de façon sécuritaire. Sa consommation est plus stable et régulière, mais elle est beaucoup moins dangereuse. C'est d'ailleurs un point qui crée de l'ambivalence chez une autre personne qui consomme de façon importante. Elle me nomme ne pas vouloir aller chercher un approvisionnement sécuritaire. Vu la facilité d'obtention, elle a peur d'accroître son besoin et de devoir augmenter sa dose.

Un homme me dit ne plus commettre de délits depuis qu'il a un approvisionnement sécuritaire, mais il m'avoue s'ennuyer de son mode de vie d'avant, du temps où il commettait des vols. Il avait développé une expertise qu'il n'est plus en mesure d'appliquer. Dans la cinquantaine, changer de domaine de compétences n'est pas chose facile. Cet homme, bien accompagné, pourrait canaliser ses forces qu'il utilisait pour commettre des vols et les exploiter afin d'enrichir la communauté.

Je me rends compte que pour plusieurs, ce n'est pas un besoin de viser un arrêt complet ou même une diminution de leur consommation. Quelques personnes lors des entrevues ont comparé leur consommation au « café du matin ».

Un participant m'explique qu'il aimerait avoir la volonté d'arrêter, pour une question de santé.

C'est pas comme manger de la laitue... C'est sûr que c'est pas super bon pour le système.

- Citation du participant

Il aimerait pouvoir dire qu'il est bien sans ça. Mais il aime ça et ce n'est pas une priorité pour le moment.

Questions de réflexion

Doit-on systématiquement considérer la consommation de SPA comme une problématique?

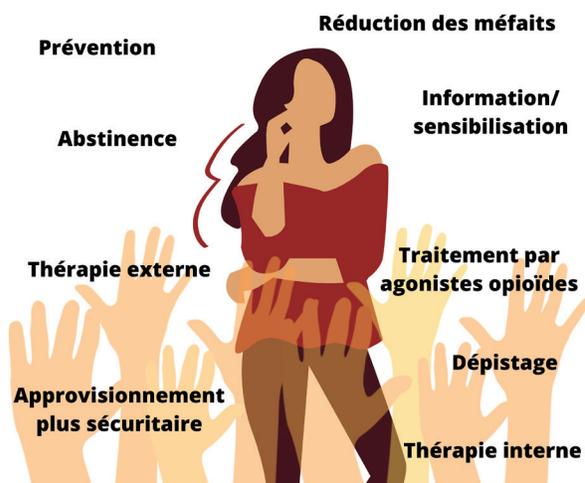
Est-ce moralement acceptable de considérer la consommation de SPA comme un simple plaisir, même s'il fait partie du quotidien?

Qu'est-ce qui est problématique? La consommation de SPA? Ses effets collatéraux? Les contaminants retrouvés dans les substances illicites?

Les différentes approches

Lors des entrevues avec différents intervenants agissant auprès de gens ayant développé une dépendance, on m'a parlé de plusieurs approches complémentaires les unes aux autres. Puisque ces dernières sont déployées dans diverses organisations, une personne peut choisir l'approche qui lui convient selon sa situation et ses besoins. Les intervenants sont également en mesure de s'adapter à la personne et de la rediriger, en cas de nécessité, vers le service approprié selon les besoins identifiés.

Différentes approches identifiées



Différents types d'organisations déployant des services liés à la dépendance



Description des approches

Abstinance - Ne se permettant plus l'usage de SPA.

Approvisionnement plus sécuritaire - Approche visant à remplacer les SPA qui sont achetées sur le marché illicite par des substances pharmaceutiques dont le contenu est connu et stable (voir la section *Approvisionnement plus sécuritaire* pour plus de détails).

Dépistage - Détecter, repérer, déceler une problématique par divers moyens (observation, rencontre individuelle, discussion, etc.).

Information/sensibilisation – Partager les connaissances sur le sujet, les faits et expliquer les différents phénomènes. Susciter l'intérêt des gens à se renseigner.

Prévention - Mesure destinée à éviter un risque.

Réduction des méfaits - Mesure destinée à réduire les risques.

Thérapie externe - Mesure permettant de traiter une problématique par des rendez-vous de suivi avec un ou une intervenante.

Thérapie interne - Service de réadaptation avec hébergement.

Traitement par agonistes opioïdes (TAO) - Service s'appuyant sur une pratique interdisciplinaire incluant une combinaison de services médicaux et psychosociaux, et par l'induction de médicament agissant sur les récepteurs opioïdes.

En début de démarche, je souhaitais décrire dans ce présent document les différents services en dépendances offerts en région. En faisant mes recherches, je me suis aperçue qu'il y avait beaucoup plus de services qui touchaient la dépendance que je ne le pensais.

J'ai tenté de regrouper ces services en cinq types d'organisation, que voici :

- **Associations**
- **Centre de santé des communautés des Premières Nations**
- **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)**
- **Écoles**
- **Organismes communautaires**

Chaque type d'organisation regroupe des organismes ou des établissements qui utilisent les approches décrites précédemment, selon le service offert et les besoins de la personne aidée. L'énumération et la description exacte des services étant complexes et changeantes, je m'abstiendrai de documenter cette section dans ce présent ouvrage. Un comité de Rouyn-Noranda travaille actuellement à cartographier les trajectoires de services en dépendance.

Tout de même, depuis les dernières années, grâce aux efforts déployés partout en région pour pallier la crise des surdoses et aux dommages collatéraux causés par les mesures sanitaires mises en place durant la pandémie, on a assisté à la naissance de plusieurs projets novateurs et d'amélioration liés aux dépendances. Bien des organisations ont été interpellées par la cause et, grâce aux sommes engagées par le gouvernement, ont su mettre en place ces projets.

Afin de bien répondre aux besoins, les différents types d'organisations travaillent en collaboration et maximisent les expertises de chacun.

En voici un exemple.

Un projet de prévention des dépendances est déployé au Québec actuellement dans les **écoles** secondaires. Ce sont des **organismes communautaires** qui ont obtenu le mandat de sa réalisation. Le financement a été octroyé par les **CISSS** et ceux-ci en assurent le suivi.

Voici d'autres exemples de projets qui ont vu le jour en région depuis les dernières années :

- Élargissement des services liés aux TAO et multiplication des médecins prescripteurs;
- Ouverture de certains médecins à la prescription de médicaments à des fins d'approvisionnement plus sécuritaire;
- Distribution gratuite de trousse de Naloxone³ dans les pharmacies communautaires et par les travailleurs de rue et de milieu;
- Mise en place d'un projet pilote de centre de prévention des surdoses (CPS) à Val-d'Or;
- Formation de tables de concertation dédiées aux dépendances et à la santé mentale.

Problématiques et défis

La gestion

Durant les entrevues, on me nomme que les organisations, qu'elles soient publiques ou communautaires, se heurtent à plusieurs obstacles liés à la gestion des projets, ce qui se répercute sur l'offre de services et leurs bénéficiaires. En regroupant l'ensemble des propos des intervenants interviewés, trois grands enjeux se dessinent :

Le **manque de main-d'œuvre** qualifiée cause des trous de services et/ou crée des changements de chaises continuels chez les intervenants. Le transfert d'expertise se fait difficilement entre les plus anciens et les intervenants moins expérimentés. Le travail de collaboration et de confiance chez les partenaires écope de cette réalité à laquelle tous les domaines d'expertise sont confrontés.

Le **financement** est aussi un enjeu majeur pour le déploiement des services et la réussite des projets. Cet enjeu devenu problématique est vécu depuis plusieurs années par différents organismes qui peinent à obtenir un financement à la mission

³ Naloxone : médicament qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïde.

récurrent. La recherche constante de financement, même s'il est incertain, monopolise des professionnels qui, malheureusement, bifurquent de leur mission première qui est d'ÊTRE auprès des gens. Une intervenante qui vit cette problématique année après année me nomme que même s'il est obtenu, le financement est parfois retenu à la source même après le début du projet, ce qui lui cause, ainsi qu'au personnel et aux membres, un énorme stress. C'est l'organisme qui doit engager les sommes dans l'attente du financement sans avoir de garantie. Parallèlement, des organismes ont parfois des fonds de roulement affectés à d'autres projets. On me nomme avoir été refusé à une demande de subvention puisque ces fonds ont été considérés comme des surplus financiers. Ce ne sont donc pas tous les organismes qui ont de l'argent de disponible pour pallier le délai d'octroi de financement.

La **lourdeur administrative** a été soulevée plus d'une fois lors de mes entretiens.

Un intervenant me nomme ne plus référer aussi souvent les jeunes qu'il rencontre au CISSS-AT. Le nombre de formulaires à remplir, la difficulté à parler à quelqu'un de connu, la référence qui est moins personnalisée qu'avant découragent cet intervenant. Le manque de main-d'œuvre qualifiée affecte aussi l'organisation pour laquelle il travaille. L'équipe d'intervenants de son établissement ne fait plus de dépistage systématique auprès des jeunes et est moins active dans leur milieu naturel.

Avant, nous pouvions faire 20-30 références par année. Maintenant c'est plus 1-2.

- Citation de cet intervenant

Expériences de quelques répondants

- ❖ Un homme dans la cinquantaine me dit ne jamais avoir réussi à aller en thérapie.

C'est dur de rentrer en centre de thérapie, c'est des rencontres et des rencontres...

- Citation provenant de l'entrevue avec cet homme

Il n'a jamais été considéré comme urgent parce qu'il travaillait. Le délai, chaque fois qu'il a tenté la démarche, a eu comme conséquence qu'il n'a pas tenu le temps de la démarche.

Pas une thérapie m'a accepté. C'est trop long.

- Idem

Cet homme a aussi vécu un refus d'un juge lors d'un séjour en détention, car selon lui, on a jugé qu'il voulait faire une thérapie juste pour sauver du temps. Cet homme consomme de la morphine et de la cocaïne, et son vécu est chargé d'épreuves. Malgré ces nombreuses tentatives, il n'a jamais fait de thérapie.

❖ Une femme me dit :

C'est les 12 travaux d'Astérix pour être capable d'aller en thérapie. Les gens ne veulent pas aller au CLSC, ils veulent aller au Centre Normand (Centre de réadaptation en dépendance avec hébergement).

❖ Une autre femme m'exposait son expérience lorsqu'elle a voulu aller en thérapie interne. Ne sachant pas par où commencer, elle est allée cogner à la porte de l'hébergement du Centre de réadaptation en dépendance. Elle me nomme ne pas s'être sentie accueillie. Elle s'est fait dire d'aller au CLSC faire les démarches pour aller au centre. À ce moment, elle s'est dit : *Je ne vau pas la peine d'être aidée...* Elle déplore que la thérapie n'utilise pas le « momentum ».

❖ À l'opposé de ces derniers témoignages, une femme m'a nommé avoir été très satisfaite et agréablement surprise de la rapidité des services de la région. Elle a eu une réponse immédiate et à l'intérieur de deux semaines, elle débutait sa thérapie à l'interne. Elle a aussi eu un suivi téléphonique par suite de sa thérapie, car elle n'habitait pas la région à ce moment.

Questions de réflexion

Considérant que l'individu qui accueille la demande d'aide exerce une influence marquée et primordiale pour la poursuite des démarches, devrions-nous inconditionnellement, dès le premier contact, assister la personne dans sa démarche? Peu importe sa situation, peu importe qui elle est, s'assurer qu'elle quitte avec un sentiment de **reconnaissance** et de **considération**.

La connaissance des services

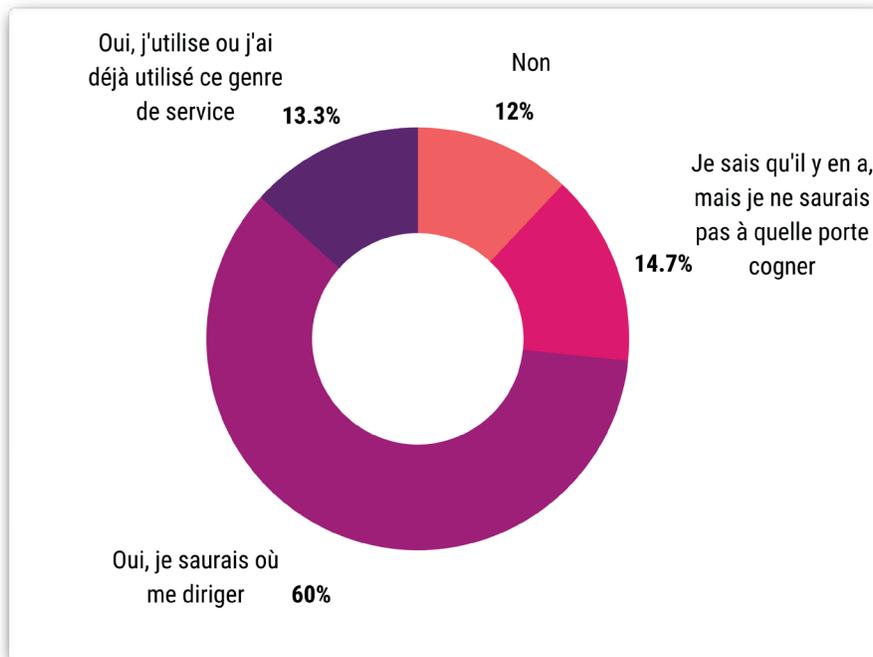
Lors de mes entrevues, quatre personnes qui ont reçu des services dans le système public m'ont nommé être satisfaites, tandis que neuf ont exprimé leur mécontentement et une personne m'a nommé ne pas connaître les services et ne pas savoir où s'orienter en cas de besoin.

Pour ce qui est de la connaissance des services, sur les 75 personnes qui ont répondu au questionnaire anonyme, 55 personnes ont nommé savoir où se diriger en cas de besoin, ce qui équivaut à 73 % des répondants. Par ce sondage, nous ne pouvons toutefois connaître l'étendue des connaissances sur les services puisque la question se limitait à un choix de réponses concises. Il serait intéressant d'approfondir la recherche afin d'évaluer l'exactitude des connaissances sur les services liés à la dépendance dans la population concernée. Il est également à noter que plus de 25 % des répondants ne sauraient où se diriger pour demander de l'aide.

Voici les résultats sur les connaissances des services.

Question 7

En cas de besoin, connais-tu les services qui pourraient t'aider à réduire les impacts négatifs de ta consommation ? (problèmes de santé, difficultés financières, diminuer la quantité, arrêter de consommer...)



Questions de réflexion

Constats

- La qualité de l'accueil de la personne influence la poursuite de la démarche.
- Le sentiment de considération et de soutien semble marquant dans la perception de la qualité du service.
- L'ajout de démarches suivant une demande d'aide alourdit le processus et semble décourager sa poursuite.

Devrait-on mettre davantage de l'avant le principe du « *No Wrong Door*⁴ » ?

Problématiques et pistes de solutions

Durant ma collecte de données, bon nombre de personnes interviewées, autant chez les utilisateurs de SPA que chez les intervenants, ont relevé des problématiques et des accroc dans les services offerts aux personnes dépendantes. La mise en lumière et l'exposition de ces problématiques dans ce présent document se veulent constructives. Cette lecture permettra, à qui le souhaite, un regard critique favorisant l'analyse de l'offre de services actuels et de ses défis à relever. L'énumération qui suit se compose de propos rapportés. Il est donc important de ne pas l'interpréter comme une évaluation des services.

Problématiques soulevées par les **utilisateurs de SPA**

- Habiter dans de petits centres urbains favorise les liens personnels avec les professionnels travaillant dans les services d'aide (peur du jugement)
- Manque d'empathie/de compréhension de certains membres du personnel de la santé
- Délais beaucoup trop longs pour avoir accès à une thérapie
- La lourdeur administrative
- Le coût élevé des thérapies privées
- Aucune offre de thérapie interne à long terme
- Manque de spécialistes comme des psychologues et sexologues

⁴ No Wrong Door (chaque porte est la bonne) : « Pas de mauvaise porte » signifie que les gens peuvent obtenir de l'aide, quel que soit le service ou l'agence avec lequel ils se [réfèrent]. (traduction du site du gouvernement australien – Government of Western Australia, 30 juin 2021).

Définition de l'autrice : principe par lequel un demandeur de service devrait être accueilli avec dignité et accompagné vers les bons services, peu importe l'accès qu'il utilise pour en obtenir.

Problématiques soulevées par les **intervenants interviewés**

- Difficulté à se diriger dans le *gros paquebot* qu'est le CISSS-AT
- Manque de vision globale entourant la personne aidée
- Trop centré sur les chiffres (statistiques), manque *de focus* sur la personne
- Manque d'expertise, manque de cohérence dans les messages véhiculés
- Trop d'intervenants se nomment experts sans l'être
- Trop longs délais pour entrer en thérapie interne
- Les références sont trop compliquées
- Le CISSS-AT n'offre plus de service de prévention
- Il n'y a pas de pont direct pour les personnes qui ont fait un sevrage à l'hôpital vers la thérapie interne
- Il n'y a pas de « désintox » en thérapie interne. Les personnes nécessitant un sevrage supervisé doivent le faire à l'hôpital avec du personnel non spécialisé en dépendances (risque de comportements stigmatisants de la part du personnel)
- Manque de *fast track* vers l'interne
- Manque d'alternatives à l'offre de services actuelle (centre de prévention des rechutes, site d'injection supervisé, centre spécialisé en dépendances hors réseau public)
- L'impression d'avoir une offre de services moindre dans le système public
- Le Centre de prévention des surdoses n'est pas assez *underground*. Les gens ne se sentent pas à l'aise d'y aller
- Difficulté à rejoindre les gens des Premières Nations
- Il n'y a pas de thérapie à long terme en région. Encore faut-il être en mesure de remplir les groupes pour offrir une thérapie dynamique

Avant, les ressources comme le Centre Normand avaient un bureau et étaient présentes physiquement dans l'école. Quand le jeune a à se rendre [de lui-même] dans une ressource pour demander de l'aide, il n'y va pas.

- Citation d'un intervenant

Pistes de solution identifiées par les participants utilisateurs de SPA et les intervenants interviewés

Qui de mieux placé que ces gens, directement concernés et impactés par les embûches du système, pour proposer des réflexions et de potentielles solutions aux problèmes qu'ils ont vécus et auxquels ils sont toujours confrontés. En entrevue,

autant aux intervenants qu'aux personnes utilisatrices de SPA, j'ai posé les questions suivantes.

S'il n'y avait pas d'enjeux de financement, de manque de main-d'œuvre, etc., comment pourrait-on améliorer les services? Qu'est-ce qui pourrait être mis en place? Manque-t-il des services en région?

Quelques intervenants et utilisateurs de SPA m'ont nommé qu'ils n'ajouteraient pas de service, mais bien qu'ils amélioreraient ceux en place, soit par une meilleure communication, en augmentant la reconnaissance des différentes expertises (moins de travail « en silo »), en travaillant la cohérence dans les messages diffusés, en étant mieux formé, mieux outillé...

L'ajout majeur qui m'a été nommé par plusieurs est celui d'un centre de thérapie de long terme (par exemple de 3-6 mois) et/ou d'une thérapie alternative à celle du Centre de réadaptation gérée par le système public (anciennement le Centre Normand).

Voici l'ensemble des pistes de solution qui m'ont été nommées.

- Offrir une thérapie interne à long terme en région

Avec les juges qui donnent des thérapies obligatoires, ça serait toujours plein.

(Pour le moment, les détenus sont dans l'obligation de sortir de la région pour obtenir un service de thérapie à long terme)

-Citation d'un participant

- Développer l'offre de services en détention
- Mettre plus d'accent sur la prévention
- Permettre aux professionnels du système public de se déplacer à domicile
- Réfléchir à une façon d'accompagner les personnes endeuillées par surdose
- Déplacer le CPS vers un endroit plus *underground*

S'il y avait des "services de détection" faciles, rapides et anonymes, j'irais très souvent vérifier la qualité des produits que je consomme.

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

- Développer davantage l'offre de services hors réseau de la santé. Avoir des alternatives lorsqu'un service ne convient pas à la personne ou que cette dernière s'est fait expulser

- Développer un service de désintoxication à l'interne du Centre de réadaptation en dépendance
- Développer l'accès à une gamme de services pour les personnes souffrantes d'un trouble de l'usage de substances (TUS), comme c'est le cas pour les personnes diabétiques
- Que le TUS soit traité par tous les médecins de famille comme n'importe quelle problématique
- Mettre automatiquement les personnes qui sortent de sevrage à l'hôpital en priorité sur la liste d'attente de la thérapie interne
- Développer des thérapies et/ou des programmes de pré-thérapie à même les centres d'hébergement (clientèle déjà sur place, et sans délais)
- Recadrer les messages de prévention/cohérence
- Éviter de *biomédiçaliser* (parler de maladie) quand il y aurait lieu de parler de *stratégie d'adaptation qui engendre des problématiques*
- Offrir aux usagers d'évaluer le service reçu afin de s'améliorer
- Éviter de faire peur en parlant des dépendances (induction de *bad trip*)
- Moins compartimenter (dépendance/santé mentale). Avoir une vision globale de la personne

Sécurisation

Une réalité qui est ressortie lors de mes entrevues, et qui importe d'être mise en lumière, est le manque de services spécialisés, ou du moins adaptés à la **réalité des peuples autochtones**. Actuellement, une personne des Premières Nations souhaitant accéder à un service thérapeutique spécialisé à la réalité autochtone doit sortir de la région. La personne est donc contrainte à quitter son logement et sa famille pour une certaine période. Ces conséquences freinent l'élan de plusieurs selon une intervenante. D'après des témoignages entendus par cette dernière, la sécurisation culturelle⁵ ne semble pas un principe appliqué systématiquement dans les services.

Les critères du réseau ne cadrent pas du tout au monde autochtone.

- Citation de cette intervenante

⁵ Sécurisation culturelle : la sécurisation culturelle désigne des soins qui sont prodigués dans le respect de l'identité culturelle du patient, qui visent l'équité et qui sont exempts de relations de pouvoir nocives entretenues par le système de santé dominant (Leclerc, A-M., Miquelon, P., Rivard, M-C. et Vézeau-Beaulieu, K., 21 octobre 2020).

Une autre intervenante m'expose un exemple percutant. Elle cite l'exemple de Joyce Echaquan⁶. Elle me dit que les propos de l'infirmière et de la préposée aux bénéficiaires impliquées dans cette affaire ne sont pas qu'une question de racisme, mais également de préjugés. Ce type de propos lui a été rapporté trop souvent par ses patients ayant un trouble lié à l'usage de substances, ce qui revient à la question de la stigmatisation.

Voici un extrait d'une publication sur la sécurisation culturelle du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le rapport de la Commission Viens (2019) est clair sur la méfiance des premiers peuples à l'égard du système de santé et de services sociaux du Québec : « [...] s'il est impossible de généraliser, les voix entendues sont assez nombreuses pour affirmer que les membres des Premières Nations et les Inuits ne se sentent pas en sécurité lorsque vient le temps de mettre leur santé entre les mains des services publics » (Picarou, É., mars 2021).

Il est risqué d'effleurer la question de la situation des Premiers Peuples sans approfondir le sujet puisque, par sa complexité, elle se doit d'être traitée, exposée, analysée et comprise. C'est pourquoi, n'étant pas spécialiste de la question, je n'apporterai pas de précision supplémentaire sur le sujet afin de garder le focus sur la réalité de l'utilisation de SPA. Toutefois, ayant été abordé par 2 intervenantes, et suite à l'écoute du sentiment d'insécurité de participants, je ne peux m'empêcher de voir un rapprochement avec le sentiment d'insécurité que peuvent ressentir certaines personnes utilisatrices de SPA lors de leur passage dans les systèmes sociaux.

Questions de réflexion

Pourrions-nous nous inspirer du principe de sécurisation culturelle pour adapter l'offre de services à la diversité des parcours de vie des personnes utilisatrices de SPA et viser des pratiques sécurisantes qui favorisent le bien-être de toute personne à risque de stigmatisation ?

Serions-nous en mesure et serait-ce aidant d'adapter les critères d'accès à un service à la personne au lieu de demander à la personne de cadrer dans les critères?

Avons-nous tendance à accueillir une personne selon des standards préconçus? Est-ce que la « case » prend trop d'espace dans notre processus d'accueil? Nuit-elle à la vision globale?

⁶ Joyce Echaquan « ...une femme atikamekw de 37 ans (Atikamekw de Manawan), meurt à l'hôpital de Saint-Charles-Borromée au Québec, Canada. Avant sa mort, elle enregistre un *Facebook Live* dans lequel on entend une infirmière et une préposée aux bénéficiaires tenir des propos dégradants à son endroit. » (Wikipédia, l'encyclopédie libre, 24 septembre 2022).

Surdoses

Les surdoses sont un sujet qui teinte l'image médiatique depuis plusieurs années. Les chiffres dénombant les surdoses mortelles liées aux drogues sont en constante augmentation autant aux États-Unis qu'au Canada. La clinique Nouveau départ, située à Montréal et qui se spécialise dans le traitement des dépendances, décrit sur son site Internet l'historique de la crise des opioïdes. En voici un extrait. Afin d'imager les événements historiques de la crise, vous retrouverez, en second lieu, des éléments clés de l'évolution de la crise sur une ligne du temps.

La crise des opioïdes a **débuté dans les années 1990**, au moment où d'autres **médicaments contre la douleur avaient été abandonnés pour des raisons de sécurité**. À la même époque, le **nombre de cas de douleur chronique augmentait**, en raison de facteurs tels que l'augmentation du taux d'obésité et le vieillissement de la population.[11] Les entreprises pharmaceutiques sont alors intervenues pour combler le manque. Elles ont **commercialisé de nouveaux médicaments contre la douleur**, très puissants, dont elles ont **dissimulé les propriétés d'accoutumance** tout en stimulant leur popularité grâce à des programmes agressifs de lobbying et de pots-de-vin pour les médecins.[12] Le **nombre des prescriptions d'opioïdes a triplé au Canada** dans les années 1990 et n'a commencé à **redescendre que lorsque le public a pris conscience des dangers à la fin des années 2000**. [13]

Alors que l'usage abusif d'opioïdes sur ordonnance diminuait, **l'usage d'héroïne a commencé à augmenter**, motivé à la fois par un besoin de doses d'opioïdes plus fortes de certains consommateurs et par **l'introduction de nouvelles sources** rendant la drogue plus accessible.[14] Le problème était particulièrement présent dans les villes portuaires telles que Vancouver, qui était un important centre d'importation d'héroïne.[15] Les personnes les plus pauvres ou présentant des troubles de la santé mentale étaient les plus vulnérables. À la fin des années 2000 et au début des années 2010, la **population de consommateurs s'est rajeunie**, il s'agissait principalement d'hommes. On a constaté de plus en plus de preuves qu'ils consommaient plusieurs substances à la fois.

Cette même population a maintenant de plus en plus recours au fentanyl, désormais considéré comme la « troisième vague » de l'épidémie d'opioïdes en Colombie-Britannique. Sa **disponibilité a explosé** au cours des dernières années : en 2009, la police a effectué 6 saisies de fentanyl, contre 1 997 en 2016.[16]

Mais le fentanyl n'est pas vraiment une drogue récréative et sa popularité grandissante n'a pas de rapport avec les préférences des consommateurs. En fait, elle est liée au prix de gros de la drogue, qui peut atteindre 5 % du coût de l'héroïne, et à sa puissance, qui la rend facile à transporter.[17] Les organismes de police canadiens et états-uniens s'accordent sur le fait que le fentanyl

disponible dans les rues d'Amérique du Nord est [principalement fabriqué en Chine](#), dans des laboratoires illégaux. La drogue serait ensuite envoyée de Chine par la poste, où elle n'est presque jamais détectée, car elle est très légère, presque inodore, et que les lois canadiennes aujourd'hui dépassées n'autorisent pas les forces de l'ordre à fouiller de nombreux paquets qui transitent par les services postaux canadiens.[18] Cette drogue étant très peu chère et accessible, les vendeurs de drogue de Colombie-Britannique et d'ailleurs vendent à leurs clients dépendants aux opioïdes de plus en plus de [poudre d'héroïne qui est coupée, voire substituée,\[19\] par du fentanyl](#). Ils vendent également des [contrefaçons de pilules d'opioïdes](#) contenant du fentanyl au lieu de l'oxycodone.[20] (Harvey, M., 13 septembre 2019)



Historique de la « crise des opioïdes »



Début de la crise



Abandon de médicaments contre la douleur

Commercialisation de nouveaux médicaments contre la douleur (dissimulation de propriétés)

Augmentation des cas de douleur chronique

Les prescriptions d'opioïdes triple au Canada

Diminution des prescriptions d'opioïdes

Augmentation de l'usage d'héroïne

2013 - États-Unis

Augmentation significative des décès par surdose impliquant des opioïdes synthétiques et de fentanyl falsifié

2016 - Colombie-Britannique

Déclaration de l'état d'urgence sanitaire

2017 - Québec

Déclenchement d'une enquête épidémiologique

2020 - Québec

Sommet du nombre de décès causés par une intoxication suspectée aux drogues ou aux opioïdes

2021 - États-Unis

Année record de décès liés aux surdoses de drogues – 107 622 décès

Nouvelles sources provenant de l'international dans le marché noir

Explosion de la disponibilité de fentanyl, substitution de l'héroïne par le fentanyl et vente de pilules contrefaites

2018 - Québec

Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre

2022 - Québec

Renouvellement de la stratégie nationale. Elle porte dorénavant le nom : « *Parce que chaque vie compte : Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025* »

2019 - Québec

Observation de nouveaux additifs dans les saisiés : 3 mai : première détection de nitazène au Québec

N.B. : En 2022, le gouvernement du Québec rédige une nouvelle stratégie nationale de prévention des surdoses qui inclut **TOUTES** les substances psychoactives

Sources:
Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 1 juin 2022;
Cloutier, R., Lacharité, C., 2022. Institut national de santé publique du Québec, septembre 2022
Gouvernement du Canada, juin 2022
Harvey, M., 13 septembre 2019

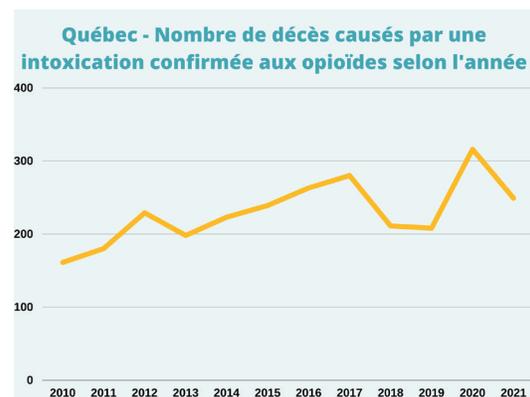
Au Québec

Prenons un moment pour regarder l'évolution de la crise des surdoses au Québec et ce qui tend à se dessiner pour les prochaines années.

Depuis la dernière décennie, des actions se sont mises en place pour tenter d'éviter l'ampleur qu'a pris la crise à l'autre bout du pays et chez nos voisins du Sud. Je me rappelle qu'en 2011, lorsque j'étais travailleuse de rue à Rouyn-Noranda, nous avons reçu des alertes de présence d'opioïde dans la cocaïne. Les messages de réduction des méfaits concernant les surdoses commençaient à se faire entendre et à être diffusés en Abitibi-Témiscamingue auprès des utilisateurs de drogues illégales.

En 2017, le gouvernement du Québec déclenche une enquête épidémiologique sur les surdoses d'opioïdes, de laquelle découlera la *Stratégie nationale 2018-2022 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre*. Plusieurs actions sont posées et l'on élargit la cible pour atteindre la population en général. On voit apparaître des affiches de prévention et d'information sur les opioïdes dans certains lieux stratégiques comme les salles d'attente. On diffuse aussi des messages d'intérêt public sur les grandes chaînes de télévision et on retrouve également des affiches et de l'information sur la naloxone, qui est maintenant offerte gratuitement en pharmacie pour la population générale qui se sent concernée. Des actions plus spécifiques et spécialisées sont réfléchies et mises en application auprès de la population directement concernée.

Les mois passent et les efforts semblent porter fruit, cassant la courbe qui progressait à la hausse depuis 2013. En 2020, le monde bascule. La gestion d'urgence de la pandémie de COVID-19 prend le dessus et le déploiement de mesures sanitaires a de forts impacts sur la réalité des gens qui utilisent des drogues (voir la section *Pandémie et ses dommages collatéraux*). Parallèlement, la tendance du nombre de décès par surdose est de retour à la hausse pour atteindre un sommet au Québec en 2020.



Source : Institut national de santé publique du Québec, 11 novembre 2022)

L'effet de la pandémie de COVID-19 et des mesures sanitaires n'y étant probablement pas étranger, on observe également des changements de pratiques chez les utilisateurs de SPA et leurs fournisseurs. Les mesures sanitaires ont limité l'accès à certaines substances, ce qui a créé de nouveaux chemins d'approvisionnement.

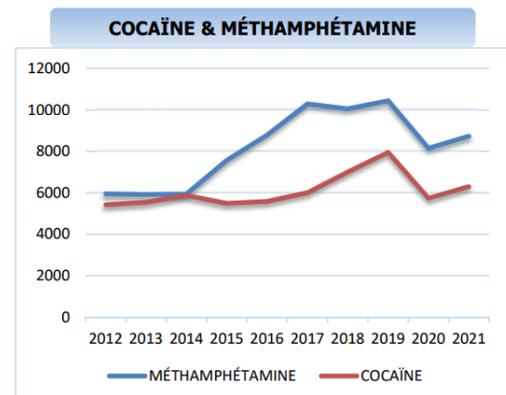
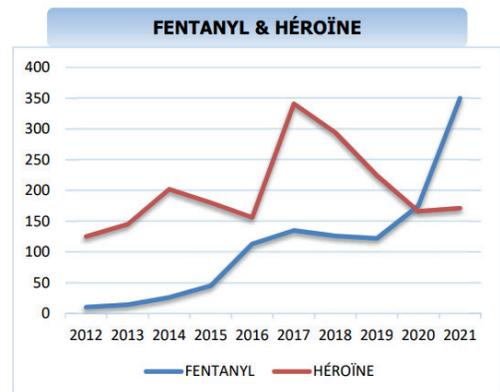
L'accès, entre autres par le Web et le *dark web*, à des substances plus fortes et moins chères vient complexifier l'utilisation des substances illégales, amplifiant du même coup les risques de leurs utilisations par manque d'information sur le produit et sur les effets dévastateurs des mélanges. Il n'est pas rare, lors des analyses de saisies policières, d'observer des mélanges de fentanyl ou de ses analogues, de benzodiazépine et de méthamphétamine dans le même échantillon. La naloxone n'agissant que sur l'effet des opioïdes, si une surdose est causée par une benzodiazépine dissimulée dans la substance, la naloxone n'aura simplement aucun effet et ne pourra pas aider la personne intoxiquée. Il était donc nécessaire de revoir la Stratégie nationale qui venait à terme en 2022 et d'y inclure TOUTES les substances psychoactives.

Questions de réflexion

Est-ce que le cocktail de substances présentes dans les échantillons de SPA provenant du marché noir est conscient et volontaire, ou ces produits sont-ils contaminés par le manque de salubrité et de rigueur des concepteurs?

Par ailleurs, dans la dernière décennie, on peut observer une tendance de substitution de l'héroïne par le fentanyl. Pour sa puissance et son coût moins élevé, le fentanyl et ses analogues encore plus puissants (carfentanyl = 100 fois la force du fentanyl, donc 4000 fois la force de l'héroïne) ont bondi sur le marché noir du Québec depuis la pandémie de COVID-19.

Parallèlement, depuis 2014, on observe au Québec une tendance de remplacement de la cocaïne par la méthamphétamine. Cette substance « pose des défis particuliers en raison du faible coût de cette drogue, de ses effets à long terme, du risque de dépendance élevé qui y est associé et de l'instabilité psychique qu'elle peut causer chez certaines personnes qui la consomment, tant à court qu'à long terme » (Comité permanent de la santé - juin 2019).



Source : (Service d'analyse des drogues de Santé Canada, 2021)

L'usage de *crystal meth*⁷, étant plus courant chez les utilisateurs de SPA en Abitibi-Témiscamingue depuis les dernières années, la Direction de la santé publique de la région offre maintenant des pipes à *crystal meth* pour réduire les méfaits de cette consommation. Ces outils sont disponibles par le travail de rue.

Une 4^e vague?

Toujours durant la pandémie de COVID-19, nous avons entendu maintes fois le terme « vague » pour désigner les moments de brusque intensification des cas déclarés. Aux États-Unis, le CDC utilise la même terminologie pour illustrer la situation des surdoses d'opioïdes.

Nous sommes aujourd'hui dans la 3^e vague. Ces vagues peuvent être illustrées comme suit :



Source : Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 1 juin 2022.

Questions de réflexion

Sommes-nous à l'aube d'une 4^e vague déterminée par une augmentation des décès par surdose dus au mélange de substance (polyintoxication)?

Surdoses : une réalité

Après avoir cumulé et analysé les données que j'ai recueillies auprès des utilisateurs de SPA, j'ai été attristée de constater que pour plusieurs, les surdoses font ou ont fait partie de leur vie de près... de très près... et je me permets : de trop près. Ces gens ont parfois vécu des situations traumatisantes. La **totalité** des personnes que j'ai

⁷ *Crystal meth* : le *crystal meth* est la déclinaison la plus pure de méthamphétamine sous forme de cristaux, de capsules, de comprimés ou de poudre (Institut national de santé publique du Québec, 13 mai 2016).

rencontrées et qui m'ont parlé de ces situations n'est pas allée chercher de l'aide. On enterre, on tente de ne plus y penser.

Quand tu consommes, y'a rien d'autre, c'est juste la conso. Tu ne penses pas à te faire aider.

- Citation d'un participant

J'ai senti que de me raconter ces histoires troublantes a parfois ravivé ces souvenirs profondément refoulés. J'étais soulagée de pouvoir me servir de mon expérience pour être en mesure d'accueillir cette souffrance, d'écouter et de référer ces gens avant mon départ.

Une personne me raconte une de ces histoires.

(Je me suis assurée de son autorisation pour diffuser cette histoire et de l'authenticité du récit afin de le transcrire dans ce document)

La personne rejoint sa petite amie dans un parc. Ils décident de consommer la même substance opioïde. Ils se séparent « un point » qu'ils viennent d'acheter. Ils s'endorment tranquillement sur un banc. Sa copine qui a froid s'accote sur lui. Il la couvre de son manteau. Quelques heures plus tard, il se réveille. Il remarque le teint bleuté de son amie. Il a tout de suite appelé les urgences, ... mais il était trop tard. Son amoureuse ne s'est jamais réveillée.

L'ambulancier lui a offert du soutien, mais la personne a refusé. Aujourd'hui, il vit beaucoup de culpabilité et me nomme que s'il avait su ce qu'il sait aujourd'hui pour venir en aide à une personne en situation de surdose, peut-être son amie serait-elle encore vivante.

1 point = 1/10 de gramme

La personne ne comprend toujours pas ce qui a pu arriver. Ils consommaient la même chose. Elle n'était pas moins tolérante que lui. « Peut-être que le point était mal mélangé et qu'il y avait plus de substances psychoactives dans sa moitié à elle. » suppose-t-il en ravalant ses émotions...

[Après une vingtaine d'années] Ça me marque encore, quand j'y pense, j'y vois la face.... Ça me fait chier...

- Citation de cet homme

Des situations impliquant des enfants, des souvenirs d'odeur de cadavre chez le voisin d'appartement, se réveiller dans le même lit que la personne que tu aimes devenue froide, pâle et sans vie, l'impression que ton monde s'effondre (perte de 15 amis en six mois), autant de situations traumatisantes difficilement surmontables sans aide psychologique.

Sept personnes qui utilisent des SPA m'ont nommé avoir fait elles-mêmes des surdoses.

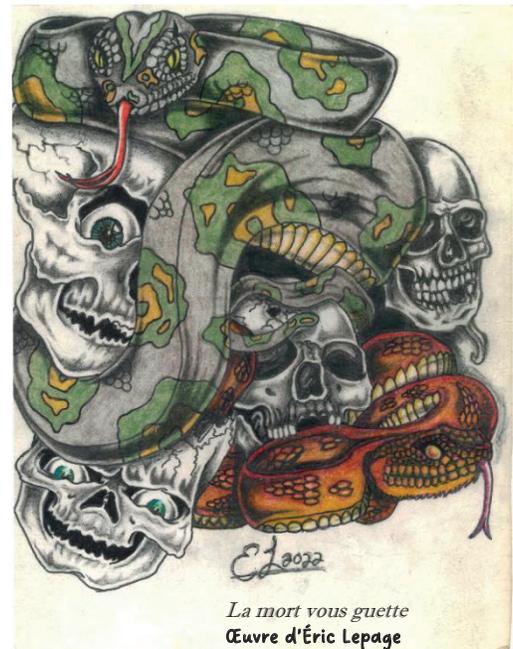
C'est quoi ça va me prendre pour allumer?

- Citation d'une participante

Le pouvoir addictif des opioïdes qui contaminent aujourd'hui plusieurs drogues met la consommation au premier rang dans les priorités de bien des personnes dépendantes. Au-dessus de se nourrir, de se loger, de prendre soin de soi et aussi de leur sécurité.

J'ai demandé aux personnes interviewées si elles étaient inquiètes de la qualité des substances offertes sur le marché noir. J'ai été étonnée d'entendre leurs réponses qui me semblaient bien contradictoires. (Le sujet n'a pas été abordé avec la totalité des répondants)

Près de la moitié des répondants m'ont parlé de la piètre qualité de la drogue du marché noir actuel. Et pourtant, la plupart d'entre eux m'ont nommé ne pas être inquiets puisqu'ils ont confiance à leur vendeur. Avec les années, plusieurs ont développé une certaine relation avec leur fournisseur. Étant consommateurs eux-mêmes, certains vendeurs font l'essai de leur fourniture et peuvent ensuite faire leurs recommandations.



La mort vous guette
Œuvre d'Éric Lepage

J'étais ami avec mon vendeur avant de commencer à consommer. J'ai suffisamment confiance en lui qu'il n'accepterait pas une trop mauvaise batch, il teste sa marchandise quand il se la procure...

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Un homme dans la vingtaine m'expose sa vision sur la question. Après réflexion, cela peut expliquer ce qu'on pourrait qualifier injustement d'insouciance :

Quand je consomme, je consomme... Je ne pense pas à ça. Je ne veux pas savoir ce qu'il y a dedans sinon je vais hésiter à la faire.

- Citation du participant

Lorsque j'ai abordé ce sujet, j'ai senti chez plusieurs un inconfort, une hésitation. J'ai compris que le sujet était glissant puisqu'il n'y a pas vraiment de solution. Je pourrais traduire cette pensée par : *J'ai besoin de consommer, et si je suis en état de sevrage, je vais le faire, même si le risque est présent, même si je sais qu'il y a du fentanyl dedans.*

- Traduction de pensées par l'autrice

Cette compréhension du phénomène vient fortement justifier l'approche de réduction des méfaits qui préconise une consommation à moindre risque plutôt que l'abstinence, qui ne correspond pas à la réalité et aux capacités actuelles de toutes les personnes dépendantes.

L'arrivée de la naloxone offerte gratuitement partout en province dans les pharmacies communautaires et par les travailleurs de rue et de milieux est un bel exemple de mesures mises en place par le gouvernement pour contrer les surdoses mortelles. Ayant assisté par le passé à des rencontres de l'ADDICQ, j'ai pu constater que cette mesure était souhaitée, recommandée et demandée par ses membres plusieurs années avant la sortie de la *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre.*

Questions de réflexion

Devrions-nous travailler en plus grande collaboration avec les personnes utilisatrices de SPA? Les impliquer davantage? Être plus à l'écoute?

Rien à notre sujet sans nous

Nom d'un projet sur l'implication accrue des personnes qui utilisent des drogues illégales, réalisé par le Réseau juridique canadien VIH/sida en partenariat avec le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) ainsi que CACTUS Montréal et le British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS

Endeuillés par surdose

À la suite d'une discussion avec mes collègues travailleurs de rue et de milieux sur la postvention⁸ en cas de surdose effectuée en région, et après vérification auprès de la Direction de la santé publique, nous avons réalisé qu'il n'y avait pas de service spécialisé offert en région dans une telle situation. Après vérification, au moment de

⁸ Postvention : mot faisant référence à l'ensemble des interventions déployées après un suicide. L'utilisation de ce mot dans le texte propose une utilisation élargie faisant référence à l'ensemble des interventions déployées à la suite d'une surdose (mortelle ou non).

la rédaction de ce document, il y a également peu de services développés en ce sens au Québec. La lecture du rapport intitulé *Crise des surdoses, une analyse de contenu des rapports du coroner* réalisé par des étudiants de l'École de travail social, Université de Montréal en 2019, m'a également fait réfléchir sur ce constat.

Extrait du rapport

De nombreux sujets de recherche pourraient être explorés au Québec et plus largement au Canada afin de mieux connaître le vécu des personnes endeuillées à la suite d'une surdose, leurs besoins de soutien par les réseaux formels et informels, les risques associés à leur propre état mental, etc.

Je me suis inspirée de cette proposition de recherche pour explorer le sujet. Au début de ma démarche, je souhaitais compartimenter les sujets : utilisateurs de SPA/personnes endeuillées par surdose (ayant perdu un proche décédé par surdose). Je me suis vite rendu compte que les personnes qui utilisent des SPA étaient plus que concernées par la question du deuil. En effet, 14 des 23 personnes utilisatrices de SPA interviewées ont perdu des gens de leur entourage par surdose. Certaines ont trouvé elles-mêmes la personne décédée, d'autres sont venues à leur aide sans succès. D'autres encore ont le souvenir de l'odeur de la mort qui leur restera ancrée à jamais dans un coin bien rangé de leur tête. On m'a aussi parlé de pairs qu'elles ont croisés en thérapie, dont elles ont appris le décès quelque temps plus tard...

Peu importe la façon dont ces gens ont appris le décès de leurs proches, j'ai perçu de grandes émotions émaner de ces souvenirs. Des souvenirs qui ont « shaké » leur vie, leur situation, leur existence. Si l'on revient aux raisons de l'utilisation de SPA, on se rappelle que pour plusieurs, elles l'utilisent pour taire leurs émotions qui sont *trop* fortes, *trop* envahissantes. Lorsqu'arrivent des événements aussi intenses, plusieurs m'ont nommé avoir eu le réflexe de consommer davantage, ce qui peut sembler irrationnel et insensé. Mais, lorsqu'on prend le temps d'écouter ces personnes, on peut entendre cette souffrance insupportable. Ce temps d'arrêt ne permet peut-être pas de comprendre réellement, mais permet d'expliquer ce comportement qui, je le rappelle, peut frôler l'état de survie.

Expérience traumatisante, difficulté à gérer ses émotions, stigmatisation, incompréhension de l'entourage... Je laisse planer ce contexte concernant certains consommateurs pour y revenir plus tard.

Le temps d'une discussion, six personnes ont ouvert volontairement une brèche douloureuse pour me faire part spécifiquement de leur deuil. Que ce soit par téléphone ou en côte à côte dans une voiture, ces six rencontres ont fait resurgir

beaucoup d'émotions : tristesse, culpabilité, colère, incompréhension... Ce sont des fils, des ex-conjoints, des amis qui sont partis beaucoup trop vite.

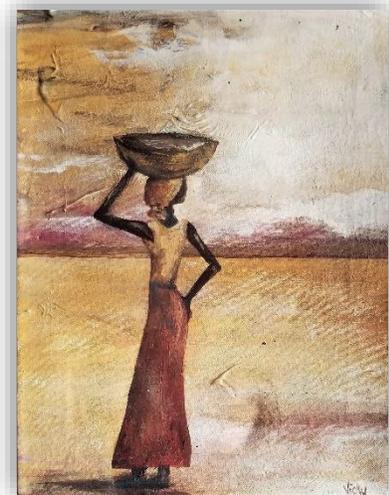
Lors de ces rencontres, je leur ai demandé comment elles avaient appris le décès et comment elles ont surmonté l'épreuve.

Une maman m'a nommé avoir appris le décès de son fils par son ex-conjoint, le père du défunt. Selon elle, celui-ci aurait manqué d'empathie. Elle l'aurait appris d'une façon très sèche.

On me nomme aussi avoir été déçu par le manque de délicatesse de certains policiers. Une personne me dit avoir été contactée par ces derniers par téléphone et, sans considération pour sa peine, lui avoir demandé d'aller soutenir un autre membre de la famille qui était à l'hôpital en état de choc. Elle n'a ressenti ni empathie ni compassion.

Plusieurs années plus tard, malgré des rencontres régulières avec une travailleuse sociale, une maman me dit pleurer encore tous les jours la perte de son fils.

Un papa me nomme avoir appris le décès de son fils par des policiers qui sont venus le lui annoncer en personne, chez lui. Malgré la douleur encore présente, il me nomme avoir trouvé appropriée l'approche des policiers. Ce monsieur n'a pas reçu d'aide extérieure. À la suite du décès, il me nomme s'être tourné davantage vers une aide spirituelle. Ce qui a été aussi le cas d'une autre maman à qui j'ai parlé. Regard lointain chargé de souvenirs, vue sur la rivière, silence gorgé de nostalgie... nous avons conclu notre échange en écoutant les oiseaux qui chantaient à l'orée de la rivière...



Œuvre de Vicky Lord

Des six témoignages, aucune des personnes rencontrées n'a reçu d'aide spécialisée, spécifique à la perte par surdose. L'écoute de tous ces témoignages, incluant le témoignage des personnes utilisatrices de SPA, m'a amené à me poser la question suivante :

Est-ce que le deuil par surdose devrait être traité spécifiquement comme l'est le deuil par suicide?

Ce questionnement m'a amené à contacter Mélanie Tremblay, du Centre prévention suicide d'Amos, avec qui j'ai eu une discussion intéressante sur le rapprochement

d'un deuil par suicide et d'un deuil par surdose. Les spécificités et l'importance de la compréhension du contexte entourant la perte par suicide nous ont menés à faire des rapprochements évidents entre les deux réalités. Comprenant l'importance d'un accompagnement spécialisé lié au deuil par suicide, des travaux de réflexion seraient envisageables pour approfondir le sujet du deuil par surdose.

Lorsque j'ai abordé la question de l'aide reçue par suite des décès d'un proche, autant chez les personnes qui m'ont parlé spécifiquement de leur deuil que chez les utilisateurs de SPA, la grande majorité m'ont nommé soit ne pas avoir reçu d'aide extérieure, soit avoir refusé l'aide. L'aide proposée était souvent de l'ordre de l'offre de coordonnées (travailleurs sociaux, psychologue, etc.) par les ambulanciers ou de papiers reçus au salon funéraire. Donc rien de très personnalisé.

Une aide qui a été acceptée et soulignée à quelques reprises fut celle du travail de rue. Le fait que ce soit spontané, improvisé et vécu dans le moment présent dans le milieu naturel des gens facilite l'ouverture. Le fait d'avoir à fournir un effort, même si ce n'est que faire un appel téléphonique pour prendre un rendez-vous, semble être un effort de trop dans un contexte de grands émois.

Dans le rapport *Crise des surdoses, une analyse de contenu des rapports du coroner* (Bergeron-Longpré et al., 2019) on soulève également un point sur l'importance de l'intervention réalisée par les premiers répondants lors d'un décès par surdose.

Extrait du rapport⁹ :

D'ailleurs, quant à la stigmatisation, il est démontré que l'attitude des premiers répondants dans les cas de surdose — policiers, ambulanciers, pompiers, médecins, infirmières, coroners, travailleur social, intervenant de proximité — affecte l'expérience vécue des proches (Templeton et al., 2017). Sur ce point, il est démontré que l'empathie, la compassion et le non-jugement par ces divers intervenants contribuent significativement à l'expérience et à la « guérison » des proches d'une personne décédée par surdose (Valentine et al., 2018). Inversement, une attitude désobligeante, irrespectueuse et purement « mécanique » ne fait que renforcer le sentiment de stigmatisation et d'exclusion ressenti.

Il est également soulevé que :

La littérature sur le sujet note un déficit quant à l'intérêt des décideurs et des chercheurs face à ces enjeux et par conséquent, un manque de ressources offertes aux proches d'une personne décédée par surdose (Templeton et al., 2017).

⁹ Voir le rapport *Crise des surdoses, une analyse de contenu des rapports du coroner* pour consulter les références inscrites dans les extraits.

Questions de réflexion

Après près de 45 ans d'existence au Québec, les centres de prévention du suicide ont su développer leur expertise et abordent aujourd'hui cette réalité avec justesse et compréhension. En ce sens, devrions-nous, provincialement, nous pencher davantage sur la compréhension du deuil par surdose (recherche, développement de services, formation, sensibilisation, etc.)?

Devrait-on se pencher sur l'offre de service régionale en ce qui a trait à la postvention liée à une surdose?

Devrions-nous développer une formation spécifique aux contextes d'intervention entourant la surdose pour les premiers répondants?

Pandémie et ses dommages collatéraux

Au cours des trois dernières années, la situation liée aux surdoses a évolué. La pandémie a créé plusieurs bouleversements dans différents réseaux, celui de la santé autant que dans les réseaux illégaux d'approvisionnement de substances illicites. Les gens utilisateurs de ces substances ont eu à s'organiser différemment pour répondre à leur besoin, ce qui les expose, encore aujourd'hui, à davantage de risques.

La drogue n'est vraiment pas bonne en ce moment et elle détruit le cerveau des gens même avec une consommation minime.

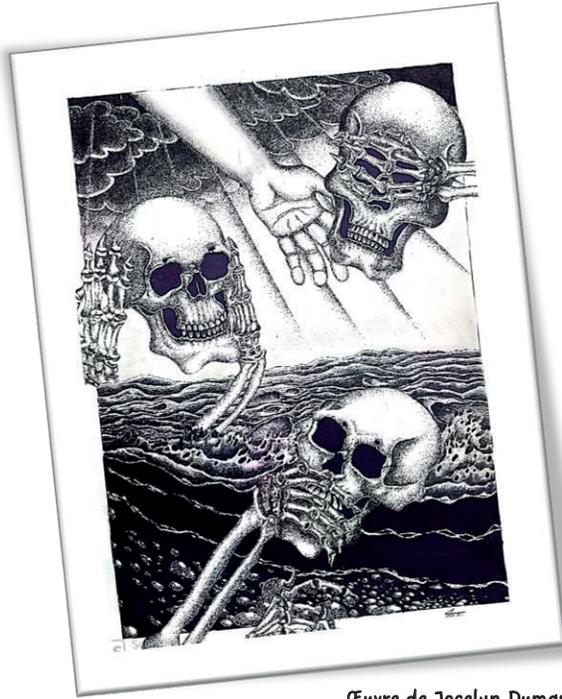
- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Plusieurs gros dealers se sont fait pigner et les autres coupent la drogue pour en vendre plus. La drogue devenait moins accessible dans notre ville et on devait plus faire attention, car nos contacts de base ne pouvaient plus fournir.

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Puisque le réseau a dû se réorganiser, nous avons pu observer des changements dans les chemins d'approvisionnement des substances, ce qui a entraîné une diversification de produits et une baisse de qualité de ceux-ci. Les produits provenant davantage de l'Ontario, ces perturbations ont favorisé l'entrée du *crystal meth* sur le

marché abitibien et l'arrivée de la *purple*¹⁰ qui a provoqué en très peu de temps des bouleversements marqués dans le secteur d'Amos.



Œuvre de Jocelyn Dumas

J'aurais jamais pensé que ça arriverait ici. C'est rendu une ville de zombis. Tout le monde se vole. En six mois, je ne reconnais même plus ma ville.

- Citation d'une participante habitant à Amos

On me rapporte également, par plusieurs sources différentes, constater une augmentation de la violence due au potentiel changement de main du réseau organisé.

J'ose même pu me promener dans la rue.

- Citation d'une autre participante habitant à Amos

Les mesures sanitaires mises en place par les gouvernements, bien que bienveillantes pour la population en général, ont provoqué des problématiques qui laissent encore des traces aujourd'hui. Les populations qui sont, pour mille et une raisons, déjà marginalisées en temps régulier, ont écopé fortement de ces efforts collectifs.

La distribution de la **Prestation canadienne d'urgence** (PCU) m'a été rapportée par plusieurs comme une mesure qui a fortement nui aux utilisateurs de SPA. Puisqu'il y avait peu de contrôle sur la distribution de cette somme, plusieurs personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours ou sans revenus ont fait la demande, même

¹⁰ *Purple* : mélange THÉORIQUEMENT constitué d'héroïne et de fentanyl. Le marché noir, n'étant pas officiellement contrôlé, laisse place à une infinité de mélanges de substances.

si elles n'y avaient pas droit, sans prévoir les potentielles conséquences. À la réception de cette somme, plusieurs personnes ayant une problématique importante de consommation n'ont pas su gérer la possession rapide de ces montants supplémentaires.

Ça n'avait aucun sens, tous les « toxicos » que je connais, disons... qui consomment du crack, ont viré fou tous en même temps! Quand on reçoit 2000 \$ tous en même temps [c'est la folie, ça consomme tant qu'il y en a!]

-Citation d'une participante

Une personne me nomme devoir aujourd'hui 35 000 \$ au gouvernement. Pour elle, la PCU l'a cristallisé dans [sa] toxicomanie. Elle a commencé à consommer du crack il y a trois ans, et le fait de se retrouver avec un surplus d'argent rapidement et facilement l'a amené à consommer beaucoup plus, ce qui, selon elle, a façonné sa problématique.

Le **couvre-feu** m'a aussi été nommé comme étant un obstacle provoquant une escalade de problématiques. Une femme m'expliquait qu'il était difficile pour elle d'être prévoyante et d'être organisée dans sa consommation. Du jour au lendemain, il a fallu qu'elle tente cet effort puisqu'il était désormais interdit de sortir de chez soi entre 20 h et 5 h. Ce monde interlope étant bien actif la nuit, l'accessibilité à l'approvisionnement de substance fut promptement devenue encore plus risquée. Le risque? Se faire intercepter par la police, avoir une amende, ou pire, devoir les suivre puisqu'il y a des charges contre toi (et quand tu es en manque, tu ne veux surtout pas retarder ta dose et avoir à gérer ton état de sevrage dans un poste de police...). Cette femme est donc sortie de cet épisode avec une amende de 1500 \$.

L'**isolement** volontaire demandé par le gouvernement a aussi atteint fortement et sournoisement la **santé mentale** de la population. En pleine pandémie, lorsque je mettais à jour un portrait de la situation locale en ce qui a trait aux opioïdes dans la MRC d'Abitibi sur lequel j'avais travaillé en 2019, des intervenants du secteur m'ont nommé avoir observé une augmentation de la consommation dans la population générale. À ce moment, on me parle plus spécifiquement d'alcool et de cannabis, mais également de *speed*. Lors de cette période, nous avons également entendu parler dans les médias d'une augmentation de la violence dans les couples, d'ennui, de difficulté de cohabitation familiale, etc. Ces effets ne sont pas moindres pour une population déjà fragilisée. En prévention des risques à la consommation, un des conseils diffusés est d'éviter de consommer seul. Durant les périodes d'isolement, les personnes vivant seules ont donc été exposées à des risques accrus. Pour se protéger, lors de mes entrevues, on me nomme avoir pris la décision de se créer sa propre « bulle familiale » entre amis. Mais, encore une fois, cela a exposé ces « hors la loi » à

un stress supplémentaire et à de potentielles conséquences financières puisque le gouvernement promouvait la dénonciation de ces comportements, jusqu'au moment où ils ont changé leur fusil d'épaule et ont permis à une personne seule de se joindre à une bulle familiale.

Les intervenants d'école à qui j'ai parlé lors de ma démarche ont tous relevé l'augmentation de l'anxiété et le manque de motivation chez les étudiants. Les personnes qui côtoient les jeunes vont reconnaître l'expression « Avoir la flemme ». Cet état induit par l'isolement social est un facteur de risque de consommation pour les adolescents vulnérables. Un intervenant m'a nommé qu'un étudiant lui a dit avoir essayé la cocaïne, et ce, par ennui. Ce jeune sportif avait besoin « qu'il se passe quelque chose ».

Questions de réflexion

Une personne qui n'est pas portée à consommer en temps normal est-elle moins alerte aux messages de prévention et de bonnes pratiques de consommation? Cela la rend-elle plus à risque de subir les méfaits de la consommation de SPA?

On a également vu des **diminutions et des fermetures de service**. Un répondant anonyme au questionnaire en ligne nomme avoir utilisé le cannabis pour l'aider à gérer ses douleurs puisqu'il n'était pas en mesure de rencontrer un médecin :

J'ai essayé le cannabis à cause de mes douleurs lombaires et cervicales qui ont été augmentées suite à un accident d'auto en février 2021, et que de voir un docteur à cause de la COVID-19 était presque impossible, et l'urgence ont trop peur de la COVID.

- Citation d'un répondant anonyme au questionnaire en ligne

Les gens m'ont nommé également s'être butés à une pénurie ou un manque de fluidité dans l'approvisionnement de matériel de consommation sécuritaire, comme les kits d'injections qui sont distribués en pharmacie et par des travailleurs de rue et de milieux. Au moment même où la distribution de kits a explosé sur la rue, cette difficulté d'approvisionnement a induit des comportements très à risque chez les utilisateurs de substances injectables : réutilisation de matériel, échange de matériel auprès des pairs, etc.

Heureusement, le système entourant les populations à risque, ayant à cœur le bien-être des utilisateurs de SPA, s'est mobilisé pour réfléchir à des moyens de rejoindre ces gens malgré l'isolement obligatoire. On a donc vu une augmentation des consultations téléphoniques, un assouplissement dans le cadre entourant la gestion du TAO, l'inauguration d'un centre de prévention des surdoses en région... Toutes des mesures qui, on l'espère, ouvriront des portes à de nouvelles façons d'aider ces gens, de percevoir la consommation et ses problématiques collatérales, et de s'ouvrir au monde « stupéfiant » de la consommation.

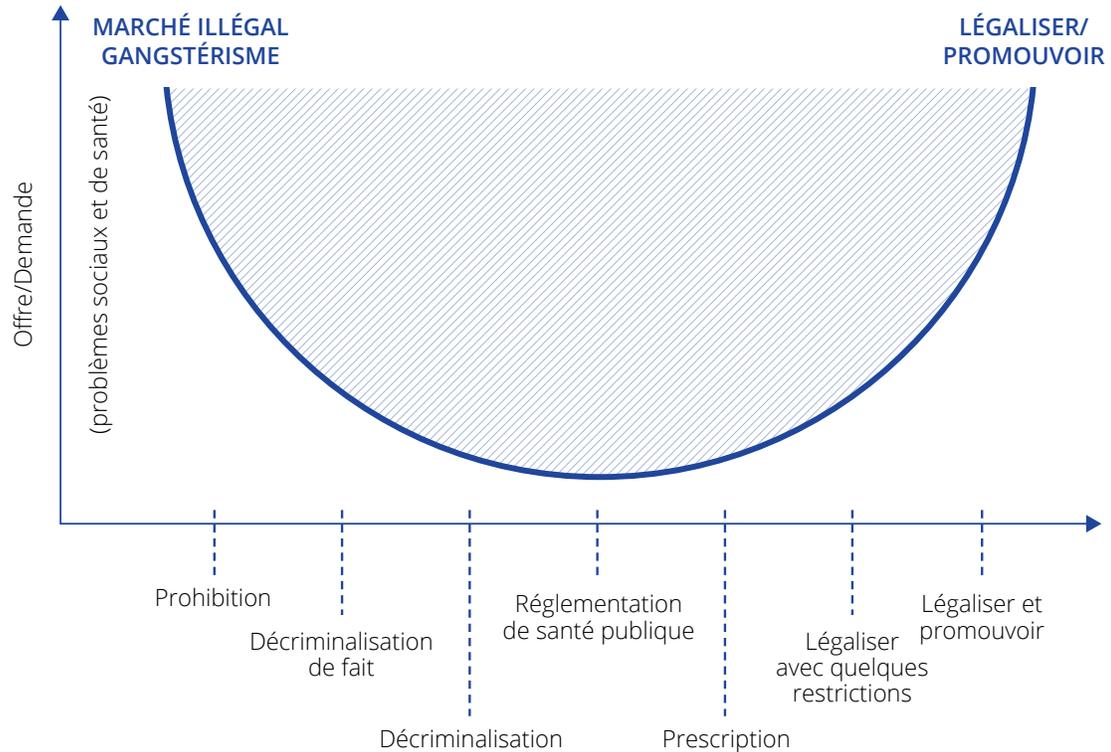
Stratégie nationale

Au cours de l'été 2022, durant l'écriture de cet essai, est sortie la *Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives*. J'ai été confortée de constater qu'à plusieurs égards, les enjeux soulevés et les réalités vécus par les gens que j'ai rencontrés lors de ma démarche rejoignent ceux relevés par le gouvernement du Québec. Ainsi, les dirigeants font preuve d'ouverture et montrent un sincère intérêt à améliorer la compréhension de cette réalité et les services offerts aux utilisateurs de SPA. Je souhaite souligner l'humilité du gouvernement en nommant ouvertement que :

Plusieurs organisations québécoises, canadiennes et internationales dans le domaine de la santé, mais aussi dans le domaine de la sécurité publique [...] reconnaissent que les politiques publiques actuelles comportent des limites importantes quant à l'atteinte des objectifs recherchés de maintien ou d'amélioration de la santé et de la sécurité des personnes qui consomment des SPA. (Cloutier, R., Lacharité, C. 2022. P.24)

On aborde également les enjeux de stigmatisation et leurs effets collatéraux, l'importance de renforcer le soutien aux personnes vivant un deuil par surdose, de reconnaître l'expérience des gens qui font usage de SPA et de maximiser leur implication dans les services offerts. On aborde également la question de la criminalisation en illustrant ces enjeux par la figure suivante (p.53). On y illustre les effets néfastes sur la société des politiques fermes et sans nuances comme la prohibition ou, à l'opposé, la promotion qui frôle l'incitation. On peut également observer la chute drastique des problèmes sociaux et de santé lorsqu'il y a adoption de politiques souples mais réglementées.

Figure 4. Relation entre les politiques publiques sur les drogues et l'offre et la demande



Source : Carter et Macpherson (2013) : 101 http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf

Si la vision du gouvernement et ses objectifs sur le sujet vous intéressent, je vous invite à lire *la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives* qui est disponible sur le Web. Dans l'espoir de voir cette vision continuer à évoluer vers des **actions concrètes** qui permettront l'amélioration des conditions de vie des gens concernés et une plus grande ouverture à la diversité sociale.

Conclusion

Depuis bientôt vingt ans, je me balade sur la lisière invisible séparant deux mondes. En fait, c'est ce que l'on croit. C'est ce que l'on nous fait croire. Parce qu'en réalité, on se rend compte que ces deux mondes ne sont pas tout à fait parallèles. Ils s'imbriquent, ils s'influencent. Parfois, la coupure est tellement superficielle qu'on croirait qu'elle n'existe pas. Une soirée bien arrosée entre amis, certains sortant de la salle de bain un peu plus *high* qu'à leur entrée... On ne se pose pas de question... Et soudain, la marge se creuse, et un monde laisse s'éloigner l'autre, le repousse, parce qu'il dérange. On se bouche les oreilles et on tourne la tête parce qu'il nuit au confort, il confronte...

J'ai côtoyé les failles et jonglé avec un système conçu pour la masse, laissant parfois de côté des gens qui méritent l'inclusion, qui méritent d'être entendus et soutenus. À la suite de cette étude, il me semble important de mettre en lumière le pouvoir d'agir de la personne aux prises avec un trouble de l'usage de substances. C'est cette étincelle de départ qui peut permettre d'éclairer son existence. Mais, en état de survie, bien mal prise est la personne qui n'a que deux roches sans combustible... Si la personne elle-même se doit d'être cette étincelle, socialement, ne devrions-nous pas être le combustible qui donne le souffle d'espoir et qui, parfois, fait la différence entre une mort à petit feu et l'énergie d'un feu de la Saint-Jean-Baptiste?

Après quatre ans à travailler spécifiquement à la prévention des surdoses et plus précisément suivant ce travail de recherche, un constat se doit d'être relevé. Les dommages causés par la stigmatisation ne sont que des impacts collatéraux provenant entre autres de la méconnaissance du monde de la consommation. Honte, mensonges, aggravation de blessures, perte de confiance et d'estime, isolement... Voilà quelques-uns des symptômes de la stigmatisation qui n'aident en rien la personne souffrant d'un trouble de l'usage de substances. On associe souvent la santé mentale et la dépendance. Ces deux concepts sont effectivement liés par cette méconnaissance. Dans le passé, les équipes de recherche se sont fortement penchées sur l'aspect physique, la biologie, et ce, majoritairement sur ce qui touche l'homme au masculin. Depuis quelques années, j'ai l'impression qu'il y a une recrudescence de l'intérêt pour les autres aspects entourant la compréhension humaine dans son ensemble. Pensons à tout ce qui n'est pas tangible : l'humeur, les hormones et leurs effets, la psychologie et l'état de santé mentale, les traumatismes, la diversité sociale, physique, sexuelle et l'impact des préjugés, l'influence des biais cognitifs; tout cela en considérant l'effet des interactions entre ces aspects. Fascinant, non? D'ici à ce qu'on ait des pistes de réflexion plus justes, appuyées sur des faits

scientifiques, ayons l'ouverture et la modestie pour accueillir les personnes dans leur ensemble et pour écouter le besoin émanant d'elles, telles qu'elles sont.

À mon humble avis, il est grand temps de revoir notre vision de l'utilisation des substances psychoactives et des personnes qui les utilisent. Ces gens sont-ils des criminels? Sont-ils des victimes? Doit-on les prendre en pitié? Devrions-nous les enfermer pour les couper de toutes traces de substances addictives?

Ou plutôt, devrions-nous les écouter? Mieux comprendre le phénomène? Informer et sensibiliser la population sur les substances et les risques de leur consommation? Tenter de voir chaque personne dans son entièreté, avec ses raisons, son passé, ses expériences. Lui redonner une voix, la voix qu'elle a perdue, parfois enterrée sous le fardeau de la honte.

Parlementaires, communauté étudiante en relation d'aide, corps policier, personnel en intervention, personnel professionnel de la santé, gestionnaires, population du Québec, je vous invite à réfléchir au phénomène de la consommation de substance psychoactive, à éviter de prendre pour acquises nos méthodes d'intervention et à requestionner notre vision globale. De façon complémentaire, par nos forces et nos expériences, travaillons ensemble et avec proactivité pour un bien-être collectif inclusif.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à la recherche. Ce document a pu être écrit grâce à vous.

Je salue bien bas les personnes qui ont voulu, pour se faire entendre et comprendre, ouvrir des plaies parfois vives. Merci de m'avoir fait confiance. Au plaisir de continuer à travailler à vos côtés.

Merci aux gens qui ont pris le temps de répondre au questionnaire anonyme.

Merci aux artistes qui m'ont permis d'utiliser leurs œuvres afin d'imprégner le lectorat d'humanité.

Merci aux spécialistes en intervention qui ont pris le temps de m'aider à mieux comprendre l'étendue des services offerts en région et de m'avoir fait part de leurs expériences et de leurs opinions.

Merci aux travailleurs de rue de m'avoir référé à des gens avec qui ils ont su développer, parfois avec peine, des liens de confiance si précieux.

Merci à tous ceux qui m'ont aidée et soutenue dans la correction de cet ouvrage.

Et, finalement, merci au *Mouvement de la relève d'Amos-région* et à *Arrimage jeunesse* pour m'avoir permis d'aller au fond du sujet afin de faire immerger ce qui tend à être tu.

Liste de références

Beauregard, L., Labrecque, N., Poitras, L. (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique : Orientations et lignes directrices 2021-2026*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [PDF]. [Portrait de la situation].
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf>

Bergeron-Longpré, M., Bertrand-Deschênes, A. et Parent, A-A. (réalisation des travaux : 2019). *Crise des surdoses : Une analyse de contenu des rapports du coroner*. École de travail social, Université de Montréal. [PDF]. [La découverte d'un proche, une expérience traumatisante].
<https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/CRISE%20DES%20SURDOSES%20Une%20analyse%20de%20contenu%20des%20rapports%20du%20coroner.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (1^{er} juin 2022). *Opioid Data Analysis and Resources*.
https://www.cdc.gov/opioids/data/analysis-resources.html#anchor_trends_in_deaths_rates

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2 juin 2022). *Death Rate Maps & Graphs: Drug Overdose Deaths Remain High*.
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/index.html>

Cloutier, R., Lacharité, C. (2022). *Parce que chaque vie compte : Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025*. [PDF]. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-233-01W.pdf>

Comité permanent de la santé. (Juin 2019). *Répercussion de l'Abus de méthamphétamine au Canada*. [PDF].
<https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10533589/hesarp26/hesarp26-f.pdf>

Collini, M. (2021). Habitation : Se trouver un logement. *L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Bulletin mars-avril 2021.* <https://www.observat.qc.ca/a-propos#.YzcZrNjMLIU>

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance. (2021). *Approvisionnement plus sécuritaire.* [PDF]. <http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2021/07/APS-et-pharmaciens-1.pdf>

Gouvernement du Canada. (Juin 2022). *Survol : La présence de nitazènes et de brorphine au Canada depuis 2019.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/presence-nitazenes-brorphine-canada-2019.html>

Government of Western Australia. (30 juin 2021). *No Wrong Door Approach Co-Design.* <https://www.wa.gov.au/organisation/departement-of-communities/no-wrong-door-approach-co-design>

Goyer, M-E. (2021). *Capsule opioïdes.* La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives en contexte de la COVID-19 au Québec : Guide clinique à l'intention des prescripteurs. <https://www.youtube.com/watch?v=eGfFuARwR8E>

Hatt, L. (6 janvier 2022). *La crise des opioïdes au Canada.* [Publication de recherche], [Résumé]. Bibliothèque du parlement. https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/202123E#:~:text=Entre%20janvier%202016%20et%20mars,ont%20subi%20d%27autres%20m%C3%A9faits

Harvey, M. (13 septembre 2019). *Fentanyl: un pari mortel : Comprendre la crise des Opioïdes en Colombie-Britannique.* Nouveau Départ EHN Canada. <https://www.cliniquenouveaudepart.com/blog/fentanyl-un-pari-mortel-comprendre-la-crise-des-opioides-en-colombie-britannique/>

Institut national de santé publique du Québec. (13 mai 2016). *Crystal meth et réalités à surveiller*.

<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/crystal-meth-et-realites-surveiller>

Institut national de santé publique du Québec. (Septembre 2022). *Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec juillet 2017 à juin 2022*.

<https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioïdes/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>

Institut national de santé publique du Québec. (11 novembre 2022). *Bureau du coroner : Compilation pour l'Institut national de santé publique du Québec*. [Fichier Excel]

Junkie. (28 juillet 2022). *Wiktionnaire : Le dictionnaire libre*.

<https://fr.wiktionary.org/wiki/junkie>

Leclerc, A-M., Miquelon, P., Rivard, M-C. et Vézeau-Beaulieu, K. (21 octobre 2020). *Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent. Pistes d'application auprès des communautés autochtones*. [Définition]. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/securisation-culturelle-en-sante-un-concept-emergent#:~:text=La%20s%C3%A9curisation%20culturelle%20d%C3%A9signe%20des,%2C%202012%3B%20Rix%2C%20Barclay%2C>

Mort de Joyce Echaquan. (24 septembre 2022). *Wikipédia, l'encyclopédie libre*.

http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mort_de_Joyce_Echaquan&oldid=197199023

L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. <https://www.observat.qc.ca/>

Picarou, É. (mars 2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. [Sommaire]. [PDF]. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>

Réseau juridique canadien VIH/sida. (Mars 2006). « Rien à notre sujet sans nous » : *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. [PDF].
<http://www.hivlegalnetwork.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>

Service d'analyse des drogues de Santé Canada. (2021). *Rapport sur les drogues analysées : Canada 2021 - T1-T4 (janvier à décembre)*. [Tendances]. Santé Canada

Stobbe, M. (11 mai 2022). Crise des opioïdes : Un nombre record de 107 000 surdoses mortelles en 2021. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/international/etats-unis/2022-05-11/crise-des-opioides/un-nombre-record-de-107-000-surdoses-mortelles-en-2021.php>

Annexes

Annexe 1 - Mais comment cela peut-il commencer?

Exercice d'immersion

Vous avez 39 ans. Depuis votre enfance, vous avez de la difficulté à gérer votre anxiété. Mais vous fonctionnez bien en société. Même que vous êtes plutôt actif. Vous travaillez et vous êtes impliqué comme *coach* de soccer auprès des tout-petits.

Soudain, le temps d'un instant, votre vie bascule...

Vous venez de subir un accident de voiture...

On vous prescrit des antidouleurs opioïdes, ce qui vous invalide du travail le temps de la guérison. Après quelque temps, vous vous rendez compte que ce médicament agit aussi sur la gestion de vos émotions. Il y a alors un je-m'en-foutisme qui embarque et qui vous fait du bien. Vous vous apercevez aussi que lorsque vous diminuez la dose, vous vous sentez mal dans tout le corps. Cela dépasse la zone de douleur aiguë de votre accident. Vous avez encore des médicaments prescrits pour un certain temps, donc vous ne vous souciez pas trop de cet inconfort. Vous le réglez simplement avec la médication.

Après deux mois, votre blessure est guérie, il est temps de réduire votre médication dans le but de l'arrêter complètement. Cet inconfort qui vous prend sur tout le corps revient et vos émotions envahissantes reviennent à la charge. Cette invasion tant physique que psychologique vous pousse à chercher dans vos tiroirs si, par hasard, il ne vous resterait pas une pilule. OUI! Vous en trouvez une. Vous l'ingérez et, dans les minutes qui suivent, vous ressentez un soulagement total et un bien-être difficile à décrire. Vous en profitez pour dormir, car ce stress vous a drainé toute votre énergie.

À votre réveil, cet envahisseur revient à la charge... Vous savez bien qu'il ne vous reste plus de médication... Vous savez que votre voisine, une personne âgée ayant des douleurs chroniques, prend aussi une médication opioïde, alors vous allez la voir pour lui demander de vous en vendre une dose, juste le temps de revoir votre médecin. Cette femme bienveillante a envie de vous aider. Elle accepte. Même qu'elle vous la donne. Cependant, la médication de cette personne a un dosage deux fois plus élevé que le vôtre. Vous coupez donc la pilule en deux et vous ramenez l'autre moitié avec vous juste au cas où ce mal reviendrait à la charge. Soulagement total et bien-être indescriptible... Vous retournez chez vous vous reposer un peu. Vous vous rendez compte que ça fait un bout que vous n'avez pas mangé. Vous soulager de cet envahisseur avait pris toute la place. Maintenant que vous êtes soulagé, vous vous

faites à manger. Après le repas, vous digérez sur le divan et vous vous endormez devant une série.

En vous réveillant, le mal vous reprend, mais une chance, vous avez une dose en *back-up*. Puisque vous n'avez pas eu à vivre avec cet envahisseur trop longtemps, vous avez l'énergie pour faire vos obligations. Vous faites donc votre ménage et allez à l'épicerie.

En revenant à votre voiture, vous sentez un début d'inconfort et la panique vous prend. Vous n'avez vraiment pas envie de revivre cet état. Vous êtes gêné de retourner voir votre voisine. Vous vous tournez donc vers un cousin à vous qui vend de la drogue. Vous le connaissez bien, alors vous lui faites confiance sur sa discrétion. Il accepte de vous vendre le médicament opioïde qu'il a acheté à bon prix à une personne qui en a volé à la pharmacie. Puisque ça provient de la pharmacie, vous avez confiance. Au moment d'acheter, vous vous souvenez que lorsque vous aviez une pilule en *back-up*, vous étiez en mesure de garder votre énergie pour faire vos tâches quotidiennes. Vous décidez donc de lui en prendre dix.

Les dernières journées ont tellement été lourdes, souffrantes et épuisantes que vous décidez de vous faire plaisir. Vous gérez bien votre mal avec les médicaments, vous êtes donc en mesure d'apprécier ces petits moments de plaisir. Vous faites des sorties et êtes bien simplement dans vos tâches quotidiennes. Vous pensez également à votre retour au travail.

Vient ensuite le moment où vous voyez le fond de votre pot de pilules, et là, la panique vous reprend. Vous appelez votre cousin et OUF! Soulagement, il a encore des médicaments opioïdes, en revanche, il n'a que des médicaments à diffusion lente. Il vous suggère donc de l'écraser et de la sniffer, pour avoir un effet immédiat. Sur le coup, vous refusez. Vous n'êtes pas un DROGUÉ! Mais vous achetez quand même le médicament, juste pour avoir un *back-up* si l'envahisseur revenait à la charge. Il vous reste encore deux autres pilules, donc le stress redescend et vous pouvez ainsi reprendre vos activités.

Vous pensez qu'il serait temps de reprendre rendez-vous avec votre médecin, car votre consommation de médicaments vous inquiète. Vous appelez donc votre médecin de famille. Vous obtenez un rendez-vous dans un mois...

Le lendemain, en vous réveillant, vous prenez votre dernière pilule en prévention du mal envahissant puisque vous aviez pris un engagement auprès d'un ami pour l'aider dans son déménagement. Vous stressez un peu, mais vous décidez d'apporter la pilule à diffusion lente que votre cousin vous a vendue. Juste au cas...

Le déménagement s'étire, le camion n'est pas prêt, mais vous éprouvez du plaisir avec les trois autres amis qui sont venus mettre la main à la pâte. Pour vous, le plaisir

diminue en plein *rush* en après-midi... L'inconfort revient tranquillement et tout de suite, un mal psychologique s'installe « C'est pas vrai! Pas maintenant! » Vous êtes moins concentré et échappez une boîte... Vous vous rendez rapidement à la salle de bain. Vous regardez la pilule qu'il vous reste... Votre tête n'arrête pas de *spinner* « Tu ne vas pas faire ça! Tu n'es pas un toxico! Esti que j'ai mal! HAAAA! Ça me fait chier! Tout le monde a du fun dehors! La pizza et la bière arrivent... *Fuck off!* » Vous écrasez la pilule avec une carte de crédit et vous la sniffez avec ce que vous avez sous la main, soit un billet de 5 \$.

Annexe 2 - Méthodologie détaillée

Entrevues

Voici les questions sur lesquelles je me suis basée pour orienter mes entrevues qui se sont déroulées sous forme de discussion. J'ai ajusté les questions au cours de la démarche pour valider des informations soulevées par les gens interviewés et comparer certaines expériences vécues par les participants. Ainsi je me rapprochais plus justement de la réalité des gens utilisateurs de SPA.

Questions aux utilisateurs de SPA

Substances

- Quelles substances consommes-tu?
- Es-tu stressé de la qualité de la substance que tu consommes?

Accès aux services

- Connais-tu les services en dépendance de la région?
- Sais-tu par où commencer pour avoir des services?
- Quels sont les obstacles si tu souhaites diminuer ou cesser de consommer?

Stigmatisation

- Te sens-tu isolé de la communauté?
- As-tu de la difficulté à te loger?
- As-tu de la difficulté à te trouver ou garder un emploi?

Surdose

- As-tu déjà vécu une surdose?
- Quelle aide as-tu reçue à la suite de ta surdose?
- As-tu perdu des proches par surdose?

Judiciarisation

- As-tu eu des problèmes de judiciarisation liés au mode de vie de la consommation?

Questions aux personnes endeuillées

- Quel était ton lien avec la personne décédée?
- Étais-tu présent lors de l'arrivée des premiers répondants (intervenants)?
- Comment ont agi les intervenants envers toi?
- D'après toi, y'a-t-il une particularité à vivre un deuil par suite d'une surdose par rapport à une autre cause de décès?
- As-tu eu le réflexe d'en parler à quelqu'un? Proche ou services?
- As-tu eu du soutien à la suite du décès? Proche ou services?
- Connais-tu les services en cas de besoin?

Questionnaire

Voici le questionnaire que j'ai réalisé et diffusé sur le Web afin de rejoindre un plus large public dans les frontières des MRC ciblées. (Étant diffusé sur les réseaux sociaux, n'ayant pas le contrôle total de la diffusion, il se peut que des répondants n'habitent pas les MRC visées).

Documenter la réalité des utilisateurs de drogue(s) de la MRC Abitibi et de Rouyn-Noranda

Bonjour,

Je m'appelle Catherine et je mène un projet de documentation sur la réalité des gens qui utilisent les drogues dans un contexte de pandémie et de crise des surdoses. Le questionnaire que tu t'apprêtes à répondre est confidentiel et anonyme. C'est un outil parmi d'autres qui m'aidera à cerner la réalité de la consommation dans la MRC Abitibi et de Rouyn-Noranda.

Je t'invite à ajouter un commentaire ou des informations supplémentaires qui pourraient m'être utiles selon toi pour mieux comprendre la situation des personnes qui utilisent des drogues.

1. Quelle(s) drogue(s) consommes-tu? (quotidiennement et/ou parfois)

(Si vous cochez seulement la 3^e option, votre type de consommation n'est pas lié à ma recherche. Vous pouvez mettre fin au questionnaire. Merci)

- Opioides (morphine, hydromorphone, fentanyl, *purple*, méthadone, kadian, héroïne (*smack*)...)
- Drogue(s) à risque d'être contaminée(s) aux opioïdes (cocaïne, *crack*, *freebase*, *speed*, *crystal meth*, benzo, kétamine, MDMA, **extasy**, etc.)
- Autres drogues (alcool, cannabis, champignon magique, etc.)

2. Veuillez préciser quelle(s) substance(s) vous consommez.
(optionnel)

Entrez votre réponse

3. Depuis le début de la pandémie (janvier 2020), est-ce que ça t'est déjà arrivé de douter de la qualité de la drogue que tu as consommée? (p. ex. : être fatigué après avoir consommé du *speed*)

- Non
- Oui, mon buzz était différent de ce à quoi je m'attendais
- Oui, j'étais au courant qu'une mauvaise *batch* circulait et j'ai pris le risque de consommer quand même

4. Si oui, peux-tu me décrire cette situation?
(optionnel)

Entrez votre réponse

5. As-tu déjà vécu une surdose/overdose? (dose excessive susceptible d'entraîner la mort)

- Non, et ça ne m'inquiète pas
- Non, mais ça m'inquiète
- Non, mais j'ai déjà vu quelqu'un faire une surdose
- Oui, ça m'est déjà arrivé

6. Souhaites-tu me préciser ta réponse?
(optionnel)

Entrez votre réponse

7. En cas de besoin, connais-tu les services qui pourraient t'aider à réduire les impacts négatifs de ta consommation?
(problèmes de santé, difficultés financières, diminuer la quantité, arrêter de consommer...)

- Non
- Je sais qu'il y en a, mais je ne saurais pas à quelle porte cogner
- Oui, je saurais où me diriger
- Oui, j'utilise ou j'ai déjà utilisé ce genre de service

8. As-tu envie de commenter cette question?
(optionnel)

Entrez votre réponse

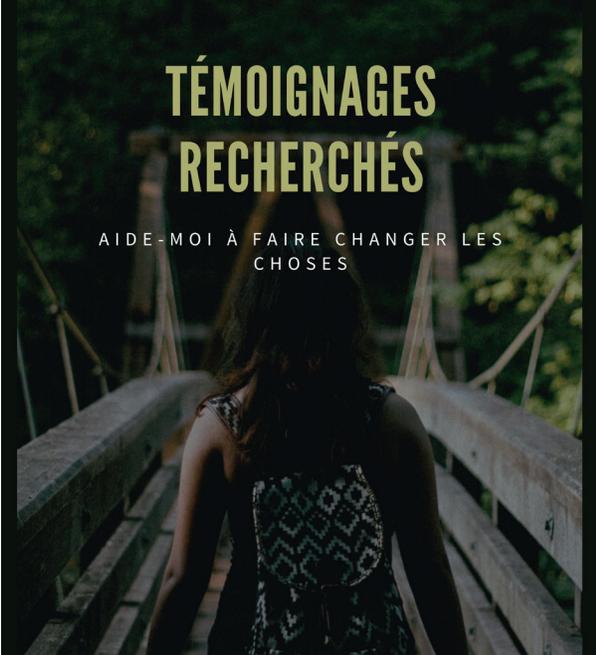
9. Connais-tu la naloxone?

- Non
- Oui, mais je ne ressens pas le besoin de m'en procurer
- Oui, mais je ne sais pas où m'en procurer
- Oui et j'en ai en ma possession

10. Si tu le souhaites, tu peux ajouter un commentaire, des précisions ou des suggestions pour m'aider dans ma recherche. Texte multiligne.
(optionnel)

Entrez votre réponse

Affiches



**TÉMOIGNAGES
RECHERCHÉS**

AIDE-MOI À FAIRE CHANGER LES
CHOSSES

Je m'appelle Catherine et je mène un projet de documentation sur la réalité des gens qui utilisent les drogues. Tu as envie de participer de façon confidentielle? Appelle-moi pour avoir des détails sur le projet. (Compensation symbolique)

819-732-8739 POSTE 228 Tu as jusqu'au **29 Avril** pour me contacter



**EXPÉRIENCES
RECHERCHÉES**

AIDE-MOI À FAIRE CHANGER LES
CHOSSES

Sondage Express

Je m'appelle Catherine et je mène un projet de documentation sur la réalité des gens qui utilisent les drogues. Tu as envie de participer de façon confidentielle? Tu peux remplir ce cours sondage anonyme en 2 minutes, ou me contacter pour me partager ton expérience de consommation.

819-732-8739 POSTE 228 Tu as jusqu'au **29 Avril** pour me contacter



Une collaboration de

