

**Connaissances, attitudes et opinions de
la population québécoise à l'égard des
personnes qui consomment des substances
psychoactives et des programmes de
réduction des méfaits : étude qualitative 2020**

RAPPORT D'ÉTUDE

Connaissances, attitudes et opinions de la population québécoise à l'égard des personnes qui consomment des substances psychoactives et des programmes de réduction des méfaits : étude qualitative 2020

RAPPORT D'ÉTUDE

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Décembre 2020

AUTEURES

Armelle Lorcy
Axe de recherche immunologie-infectiologie, Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval

Ève Dubé
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA CONTRIBUTION DE

Richard Cloutier
Ministère de la Santé et des Services sociaux

François Gagnon
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

David-Martin Milot
Université de Sherbrooke

Maryline Vivion
Direction de la valorisation scientifique, communications et performance organisationnelle, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Marie-France Richard
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce au financement offert par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RÉVISION PAR LES PAIRS

Fabienne Labbé
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Jacinthe Brisson
Direction Développement des individus et des communautés, Unité Sécurité, bien-être et pratiques de consommation dans les milieux de vie

DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-89201-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Table des matières

Messages-clés	1
Sommaire	3
1 Mise en contexte	7
2 Objectifs de l'étude	9
3 Approche méthodologique	11
3.1 Population à l'étude et recrutement des participants	11
3.2 Collecte des données	11
3.3 Analyse des données.....	11
4 Considérations éthiques	13
5 Résultats	15
5.1 Description des participants.....	15
5.2 Connaissances par rapport aux drogues	16
5.3 Perceptions et attitudes par rapport aux personnes qui consomment des drogues	17
5.3.1 Raisons conduisant à la consommation de drogues	17
5.3.2 La dépendance aux drogues : facteurs et groupes à risque.....	22
5.3.3 Attitudes à adopter par rapport aux personnes arrêtées pour possession de drogues	25
5.3.4 Décriminaliser ou légaliser les drogues	26
5.4 Connaissances et opinions concernant les mesures de réduction des méfaits.....	27
5.4.1 Connaissances des mesures de réduction des méfaits.....	27
5.4.2 Opinions concernant les mesures de réduction des méfaits	28
5.4.3 Opinions concernant les mesures de réduction des méfaits dans le quartier de résidence : phénomène du « Pas dans ma cour »	35
6 Discussion	39
Références	45
Annexe 1 Questionnaire de recrutement aux groupes de discussion (SOM)	47
Annexe 2 Guide d'entrevue	53

Messages-clés

Ce rapport présente les résultats d'une étude qualitative menée, afin d'approfondir les constats d'un sondage réalisé en 2019 au Québec qui visait à décrire les perceptions, les attitudes et les opinions de la population à l'égard des personnes qui consomment des substances psychoactives^a et des programmes de réduction des méfaits(1). Les résultats obtenus permettent notamment de nuancer les réponses au sondage en ce qui a trait aux perceptions à l'égard des raisons conduisant des personnes à développer une dépendance aux drogues^a et à l'acceptabilité des mesures de réduction des méfaits. Dix groupes de discussion virtuels ont été conduits du 5 mai au 11 juin 2020 auprès de 54 participants, résidant dans quatre villes du Québec : 2 groupes ont été réalisés à Gatineau; 3, à Montréal; 3, à Québec et 2 à Sherbrooke. Voici les principaux constats de cette étude :

- Selon les participants, les principales raisons qui conduiraient à la consommation de drogues (autres que le cannabis) étaient l'influence de l'environnement social (familial, amical, professionnel); la quête de performance ou de plaisir; le besoin d'atténuer des douleurs physiques, de gérer des problèmes de santé mentale, de s'évader des difficultés; ou la curiosité des jeunes.
- Le cannabis était perçu comme une « porte d'entrée » possible mais non systématique vers une consommation de drogues plus dangereuses.
- La majorité des participants étaient en accord avec l'idée que les jeunes sont plus à risque de dépendance aux drogues, surtout pour des raisons sociales (effet de groupe), identitaires (quête d'identité) ou biologiques (développement incomplet du cerveau lors des premières consommations).
- En ce qui concerne les attitudes que les services policiers et le système judiciaire devraient adopter par rapport aux personnes arrêtées en possession simple de drogues, les participants oscillaient entre deux approches : une approche punitive (amendes ou attitudes à ajuster selon le comportement de la personne sous influence des drogues), et une approche empathique d'entraide et de sensibilisation.
- Globalement, les participants étaient défavorables à la légalisation de nouvelles substances psychoactives (sauf à des fins médicales), mais favorables à la décriminalisation de la consommation tout en maintenant illégaux la production et le commerce de ces substances.
- En général, les participants étaient favorables aux mesures de réduction des méfaits, car selon eux, elles contribuent à sauver des vies; à réduire la dépendance, les surdoses et les risques de transmission des infections (VIH et virus de l'hépatite C); à offrir un cadre sécuritaire en favorisant le dialogue et l'aide; et à s'inscrire dans un processus de désintoxication et de réinsertion sociale si désiré.
- La majorité des participants n'avaient pas connaissance du rôle joué par les pharmacies dans la distribution des trousseaux de naloxone et de matériel d'injection stérile.

^a Le terme « drogue » a été utilisé dans les groupes de discussion lorsqu'il était question des substances psychoactives, afin de s'assurer de la compréhension des participants. Les deux termes (drogues et substances psychoactives) sont utilisés comme synonymes dans ce rapport.

- À l'unanimité, les participants étaient favorables à l'offre gratuite de naloxone, à l'accès au matériel d'injection stérile, puis à la prescription médicale de méthadone. En revanche, les mesures de réduction des méfaits les plus controversées étaient celles mises en place dans les pénitenciers fédéraux (ex. : échange de seringues stériles) et la prescription médicale d'héroïne. Certains participants avaient l'impression qu'elles étaient contreproductives et encourageaient la consommation de drogues au lieu d'aider à la réduire.
- Sur le principe, les participants étaient favorables aux services d'injection supervisée (y compris dans un autobus réaménagé ou unité mobile) et aux logements supervisés. Pour plusieurs, cependant, ces deux types de services ne devaient pas être implantés dans les quartiers résidentiels, ni à proximité des garderies et des écoles. Les services étaient mieux acceptés par ceux et celles ayant une certaine familiarité avec les usagers de drogues ou s'ils étaient proposés dans les centres-villes, les secteurs commerciaux ou dans des structures en lien avec la santé (ex. : CLSC). Deux conditions principales s'imposaient également pour implanter ces deux types de services supervisés : assurer un suivi avec du personnel qualifié, puis informer, voire impliquer et rassurer la population.
- Les résultats des groupes de discussion ont permis de préciser certains constats du sondage réalisé en 2019. Notamment, le fait que plusieurs participants voyaient la consommation de cannabis comme une « porte d'entrée » vers la consommation de nouvelles drogues. Le volet qualitatif a également permis d'explorer en profondeur les opinions quant aux raisons conduisant à la dépendance aux substances psychoactives, les attitudes de la police et du système judiciaire à l'égard des personnes arrêtées pour possession simple de drogues, l'acceptabilité des mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral ou encore les conditions d'implantation des services de consommation supervisée et de logements supervisés.

Sommaire

Contexte

En juillet 2018, le gouvernement du Québec a lancé la *Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre*. Cette stratégie repose sur une approche de réduction des méfaits adoptée à la fin des années 1980 au Québec. Cette approche a permis de considérer la consommation de drogues comme un enjeu médical et social plutôt qu'uniquement sous l'angle de la répression et de la judiciarisation. En 2019, un sondage populationnel a été réalisé au Québec, afin d'établir « un portrait des attitudes de la population québécoise à l'égard des personnes qui consomment des substances psychoactives illicites et des programmes de réduction des méfaits » et de comparer les résultats avec une précédente enquête conduite vingt ans plus tôt(1). Dans ce contexte, l'étude qualitative produite ici avait pour objectif de saisir les nuances dans les connaissances, les représentations, les attitudes et les opinions de la population québécoise suite à l'enquête populationnelle menée en 2019. Elle avait pour finalité d'explorer entre autres les perceptions concernant les raisons pouvant conduire des personnes à développer une dépendance aux drogues ou encore l'acceptabilité des différentes mesures de réduction des méfaits.

Méthode

Les résultats présentés dans ce rapport proviennent de données recueillies lors de groupes de discussion réalisés, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, par vidéoconférence. Dix groupes de discussion virtuels ont été organisés du 5 mai au 11 juin 2020 auprès de 54 participants. Pour prendre en compte les éventuelles disparités régionales en matière de perceptions et d'opinions, les participants ont été recrutés dans trois secteurs géographiques : la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, la RMR de Québec et deux régions semi-urbaines (Gatineau et Sherbrooke). Ceci dit, aucune différence majeure entre les villes de résidence des participants n'a été constatée dans l'analyse. Les données issues des groupes de discussion ont été codées et analysées par analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel NVivo 12.

Principaux constats de l'étude qualitative

L'étude qualitative réalisée en 2020 étaye à de nombreux égards l'enquête populationnelle conduite en 2019. Tout d'abord, elle vient conforter certains résultats lorsque la majorité des participants dans les deux recherches disaient être défavorables à la légalisation des drogues (autres que le cannabis) et être plus favorables à leur décriminalisation, ou encore quand ils s'exprimaient en faveur des mesures de réduction des méfaits en général. Cependant, l'étude qualitative a aussi permis de nuancer certaines conclusions, notamment par rapport à la consommation de cannabis perçue comme « une porte d'entrée » vers l'usage d'autres substances psychoactives illicites ou encore en ce qui concerne les raisons conduisant à la dépendance aux drogues, comme nous le verrons plus loin. Par ailleurs, certains résultats obtenus en 2020 contrastent avec ceux recueillis en 2019, notamment en ce qui a trait à l'incompréhension voire la controverse autour des mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral (ex. : accès aux seringues stériles), ressorties dans les groupes de discussion. Enfin, l'étude qualitative apporte un nouvel éclairage sur différents aspects tels que les attitudes que devraient adopter les services policiers et le système judiciaire à l'égard des personnes arrêtées pour possession simple de drogues, ou encore les conditions favorisant l'implantation des services de consommation supervisée et des logements supervisés. Les principaux constats, mis en parallèle avec les résultats du sondage en 2019, sont synthétisés ci-dessous.

Tout comme les répondants au sondage réalisé en 2019, les participants aux groupes de discussion connaissaient au minimum une ou deux drogues. Une majorité d'entre eux avaient une idée parfois précise des effets ressentis (ex. : effet relaxant, stimulant) en fonction des contextes de consommation (ex. : fêtes, rue, travail), aspect qui n'avait pas été abordé dans le sondage. Les principales sources de connaissances des participants sur les drogues étaient les médias, leur propre expérience ou celle de leur entourage.

Les principales raisons identifiées par les participants pour expliquer la consommation de drogues étaient : l'influence de l'environnement social (familial, amical et professionnel); la quête de performance au travail, dans les études, les sports et les jeux vidéo; la quête de plaisir notamment dans des contextes festifs; les douleurs physiques dues à une maladie, une blessure ou un accident; les problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, problèmes de sommeil, syndromes post-traumatiques) et de manque de confiance en soi; la curiosité; une vie difficile incluant les difficultés socioéconomiques, la pauvreté, la vie dans la rue, la marginalisation dont les personnes qui consomment des drogues souhaitent s'évader.

La majorité des participants pensait que la consommation de drogues commençait par le cannabis, ce qui a corroboré les résultats déjà obtenus à ce sujet lors du sondage en 2019. Sa consommation était perçue par de nombreux participants comme une « porte d'entrée » possible, mais pas systématique, vers l'usage d'autres substances psychoactives illicites. En outre, l'étude qualitative a permis de nuancer certaines conclusions du sondage, car plusieurs participants remettaient aussi en question le lien de cause à effet entre la consommation de cannabis et celle d'autres drogues en raison de la diversité des effets recherchés par différentes personnes, ou encore en raison de la satisfaction que l'on peut obtenir seulement avec le cannabis (diversité des produits et des modes de consommation).

Les principales raisons conduisant à la dépendance aux drogues, citées par les participants, faisaient partiellement écho à celles identifiées pour la consommation de drogues, et contrastaient quelque peu avec celles identifiées lors du sondage en 2019, soit 85 % : la recherche de plaisir, 82 % : le mal de vivre, 72 % : les problèmes de maladie mentale. En 2020, les participants avaient mentionné notamment l'influence de l'environnement social (familial et amical), les difficultés socioéconomiques vécues par certaines familles, le facteur génétique et héréditaire, le mal de vivre et les problèmes de santé mentale (ex. : schizophrénie, détresse en lien avec un contexte familial dysfonctionnel).

La majorité des participants aux groupes de discussion considéraient que les jeunes étaient plus à risque de dépendance aux drogues, tel que dans le sondage mené en 2019 (soit 81 %), et cela pour des raisons sociales (effet de groupe), identitaires (quête d'identité) ou biologiques (développement incomplet du cerveau lors des premières consommations). Selon les participants, les jeunes issus de familles dysfonctionnelles ou ceux issus de familles aisées, les jeunes avec des difficultés socioéconomiques et vivant dans la rue pouvaient plus facilement développer une dépendance aux drogues.

En ce qui concerne les attitudes que les services policiers et le système judiciaire devraient adopter par rapport aux personnes arrêtées pour possession simple de drogues, les participants proposaient deux approches non exclusives l'une de l'autre : une approche punitive et une approche empathique d'entraide et de sensibilisation. Cela précise le résultat obtenu à ce sujet en 2019. En effet, 69 % des répondants au sondage étaient défavorables à l'incarcération des personnes arrêtées pour possession simple de drogues et privilégiaient surtout une prise en charge immédiate pour des traitements contre leur dépendance. En 2020, selon l'approche punitive proposée par certains, il était important de faire respecter la loi et de sanctionner les contrevenants notamment par une amende.

D'autres insistaient sur la nécessité d'adopter une attitude modulable selon le comportement de la personne sous influence de drogue. En cas de violence ou de délit, une sanction s'imposerait alors. La prison n'était à considérer qu'en cas de délit majeur, mais aucunement pour possession simple de drogue. Dans le cas d'une approche empathique, de nombreux participants souhaitaient que soit adoptée une attitude visant à mieux comprendre les personnes qui consomment des drogues pour pouvoir leur apporter une aide médicale ou psychologique.

Dans ce contexte, la majorité des participants étaient défavorables à la légalisation d'autres substances psychoactives autres que le cannabis (tout comme dans le sondage de 2019), sauf à des fins médicinales. Ils étaient toutefois bien plus nombreux à être favorables à la décriminalisation de la possession simple de drogues, tout en maintenant l'illégalité de la production et du commerce. Cela concernait 45 % des personnes interrogées en 2019.

En général et en accord avec les résultats obtenus lors du sondage en 2019, les mesures de réduction des méfaits mises en place au Québec étaient appréciées par les participants. Ils y étaient d'autant plus favorables qu'elles contribuent selon eux à sauver des vies; à réduire l'effet de dépendance, les risques de transmission des infections telles que le VIH et le virus de l'hépatite C et de surdoses; à offrir un cadre de vie et de consommation sécuritaire; à favoriser le dialogue, l'accompagnement et l'aide; à permettre la désintoxication et dans le meilleur des cas la réinsertion sociale.

L'offre gratuite de naloxone, l'accès au matériel d'injection stérile et la prescription médicale de méthadone faisaient l'unanimité auprès des participants aux groupes de discussion. Cependant, la majorité n'avait pas connaissance du rôle joué par les pharmacies dans la distribution des trousses de naloxone et de matériel d'injection.

En ce qui concerne les mesures de réduction des méfaits en prison (l'accès aux seringues stériles ou aux services d'injection supervisée) et la prescription médicale d'héroïne, elles étaient sujettes à controverse (exception des programmes de tatouage sécuritaire), ce qui contraste avec le sondage de 2019 où les participants y étaient en général favorables. En 2020, beaucoup ne comprenaient pas l'intérêt de ces mesures et avaient l'impression qu'elles encourageaient la consommation de drogues plutôt que de contribuer à la réduire. D'autres y étaient plus favorables à condition d'être bien encadrés par du personnel qualifié (prescription d'héroïne notamment).

En général, les participants étaient favorables aux logements supervisés et aux services de consommation supervisée (comme en 2019), surtout ceux ayant développé une familiarité avec les substances psychoactives illicites (ex. : expérience personnelle ou de leur entourage, lieu de résidence ou de travail dans un secteur fréquenté par des usagers de drogues). Cependant, plusieurs souhaitaient qu'ils ne soient pas installés à proximité de leur domicile, dans les quartiers résidentiels où vivent des familles avec des enfants, et près des garderies et des écoles. Ils craignaient beaucoup l'exposition des jeunes enfants aux drogues (seringues souillées, consommateurs).

Selon les participants, l'implantation des services de consommation supervisée et des logements supervisés serait mieux acceptée par la population selon les conditions suivantes : 1) si leur installation était faite en centres-villes où vivent souvent les personnes qui consomment des drogues, dans des secteurs commerciaux ou dans des établissements de santé (ex. : CLSC); 2) si un suivi était assuré par du personnel qualifié (dont des médecins) en qui la population a confiance; 3) si de l'information était fournie pour rassurer, voire impliquer la population. Les services de consommation supervisée pourraient être proposés dans des sites fixes et aussi dans des unités mobiles (autobus réaménagé à ces fins) pour rejoindre les usagers de drogues localisés dans des quartiers parfois mal desservis.

Par ailleurs, il ressort de l'étude qualitative l'importance de poursuivre les efforts d'information et de sensibilisation de la population. L'information à partager concerne notamment l'approche de réduction des méfaits et la logique qui la sous-tend, ainsi que les multiples facteurs qui peuvent conduire à la dépendance aux drogues. Une meilleure compréhension de ces réalités permettrait une réduction de la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues et une plus grande ouverture aux mesures de réduction des méfaits. Des informations plus ciblées portant sur les lieux donnant accès aux trousseaux de naloxone et les modalités de formation s'avèrent aussi nécessaires. Enfin, étant donné l'ouverture de nombreux Québécois à la décriminalisation de la possession simple de drogues (autres que le cannabis) et en écho à plusieurs démarches entreprises ailleurs au Canada (par le gouvernement de la Colombie-Britannique en juillet 2020 par exemple), la décriminalisation pourrait être débattue et considérée, tant sur la scène politique provinciale que fédérale, comme une alternative à l'approche judiciaire.

1 Mise en contexte

En juillet 2018, le gouvernement du Québec a lancé la Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre⁽²⁾. Cette stratégie s'inspirait de l'approche de réduction des méfaits^b adoptée à la fin des années 1980 au Québec. Dans ce contexte, la consommation de drogues n'est plus tant abordée sous l'angle de la répression et de la judiciarisation, mais elle est plutôt envisagée comme un enjeu médical et social⁽³⁾. Autrement dit, elle ne vise ni à encourager ni à décourager la consommation de drogues, mais plutôt à prévenir les risques qui lui sont associés. Des mesures de réduction des méfaits ont alors pu être développées progressivement au Québec. Les premières à avoir été mises en place étaient les traitements de la dépendance aux opioïdes par la prise d'un médicament (ex. : méthadone) et les programmes d'échange de seringues⁽⁴⁾. Ces derniers ont ensuite permis l'accès au matériel d'injection (complémentaire aux seringues) et d'inhalation avec la création de services de consommation supervisée^c. Malgré les recommandations du MSSS (2017)⁽⁵⁾, les programmes d'échange de seringues n'ont pas encore été introduits dans les établissements de détention au niveau provincial^d. En revanche, ils ont été lancés depuis juin 2018 par le Service correctionnel du Canada et mis en œuvre dans neuf pénitenciers fédéraux en 2020^e. D'autres mesures ont également été rendues disponibles telles que l'offre gratuite de trousse de naloxone ou encore les services d'analyse de substances (pour l'instant, au Québec ces services utilisent uniquement des bandelettes de détection du fentanyl et sont surtout limités aux régions de Montréal, Sherbrooke et Montérégie).

Étant donné l'ampleur des changements observés dans les deux dernières décennies avec la diversité des mesures mises en place et les projets pour la réduction des méfaits au Québec, il convient de vérifier dans quelle mesure leur mise en œuvre peut poser des problèmes d'acceptabilité sociale. Les données les plus récentes à ce sujet sont issues de l'enquête par questionnaire téléphonique et Web réalisée en 2019 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec le MSSS⁽¹⁾. Les résultats de cette enquête attestent que la population québécoise était généralement préoccupée à l'égard des substances psychoactives (SPA)^f illicites, globalement tolérante face aux personnes ayant un usage problématique des SPA ou ayant développé une dépendance chronique et favorable aux approches de réduction des méfaits. Néanmoins, ce type d'enquête quantitative ne permet pas de saisir toutes les nuances dans les opinions et perceptions de la population. L'étude qualitative, présentée ici, vise ainsi à apporter des précisions à ce sujet, notamment en ce qui concerne les mesures de réduction des méfaits. Elle rend compte essentiellement des points de vue et des perceptions des participants si bien qu'aucune correction n'a été apportée lorsque certains éléments rapportés ne correspondaient pas toujours à la réalité des pratiques existantes. En effet, l'objectif était de représenter le plus exactement possible les connaissances et les opinions des participants interrogés.

^b Les approches de réduction des méfaits visent à diminuer les effets négatifs de l'usage de drogues par injection, sans porter de jugement et sans exiger l'abstinence⁽³⁾.

^c Les différentes mesures de réduction des méfaits sont définies en détail aux pages 27-34.

^d En contexte québécois, les programmes d'échange de seringues sont mis en place dans des Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI), situés dans des pharmacies, des CLSC, des centres hospitaliers, des cliniques, des groupes de médecine de famille, des centres de réadaptation en dépendance et des organismes communautaires.

^e Selon Sécurité publique Canada, en date du 10 septembre 2020 : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/tmsprnc/brfng-mtrls/prlmntry-bndrs/20200621/017/index-fr.aspx?wbdisable=true>

^f Les substances psychoactives sont des substances qui affectent les processus mentaux y compris l'humeur, la pensée ou le comportement. Il s'agit entre autres de l'alcool, des médicaments d'ordonnance (ex. : analgésiques opioïdes, antidépresseurs), du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ecstasy ou de la méthamphétamine. Nous utiliserons les termes « substances psychoactives » pour y référer dans le reste du document.

2 Objectifs de l'étude

1. Décrire les connaissances des participants par rapport aux SPA et aux problèmes engendrés par celles-ci;
2. Décrire les attitudes et les perceptions des participants à l'égard des personnes ayant un usage des SPA problématique ou qui ont développé une dépendance chronique à celles-ci;
3. Approfondir les résultats obtenus lors de l'enquête quantitative, notamment mieux comprendre et documenter les connaissances et les représentations des participants face aux pratiques de réduction des méfaits, incluant leur opinion concernant l'acceptabilité de ces pratiques.

3 Approche méthodologique

Ce rapport est le résultat d'une étude qualitative dont les données ont été, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, recueillies par des groupes de discussion en ligne.

3.1 Population à l'étude et recrutement des participants

Les participants ont été recrutés par la firme de sondage SOM, et cela indépendamment de l'enquête conduite en 2019 par une autre firme (Léger marketing). Ils faisaient partie d'une banque de participants potentiels, gérée par SOM, qui ont été sélectionnés et recrutés sur la base de critères définis par l'équipe de recherche. Leur recrutement a alors été réalisé à l'aide d'un questionnaire administré (voir en annexe 1) par SOM pour avoir une bonne diversité de réponses. Dans le but de recruter des participants dont les connaissances, les attitudes et les opinions à l'égard de la consommation de drogues et les mesures de réduction des méfaits pouvaient varier, SOM a cherché à inclure des personnes ayant des caractéristiques sociodémographiques diverses au niveau de l'âge (les participants devaient être majeurs), du genre, du niveau de scolarité et de la ville de résidence. De manière à rendre compte de réalités différentes entre les centres urbains et semi-urbains, SOM a réalisé dix groupes de discussion dans quatre villes du Québec : Gatineau (2), Montréal (3), Québec (3) et Sherbrooke (2). Parmi les dix groupes de discussion, deux ont été conduits plus spécifiquement avec des résidents de quartiers à Montréal et Québec où sont situés des organismes communautaires mettant en place des mesures de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues. Les participants intéressés ont été retenus en fonction de leur code postal de résidence par rapport à la localisation des organismes communautaires identifiés. La consommation ou non de substances ne faisait pas partie des critères d'inclusion aux groupes de discussion.

3.2 Collecte des données

Les personnes ayant démontré de l'intérêt à participer aux groupes de discussion et ayant été retenues sur la base de leurs réponses au questionnaire de recrutement (voir les caractéristiques sociodémographiques définies ci-dessus) ont été invitées par SOM à y participer par vidéoconférence. La collecte des données a été réalisée en ligne entre le 5 mai et le 11 juin 2020. SOM a rassemblé de 4 à 6 participants par groupe de discussion de manière à laisser suffisamment de temps aux participants pour s'exprimer sur les différentes questions posées. Près d'une trentaine de questions ont été posées aux participants.

Les thèmes abordés concernaient, d'une part, les connaissances et les attitudes en lien avec les personnes ayant un usage problématique des drogues ou ayant développé une dépendance chronique à celles-ci et, d'autre part, les connaissances et opinions par rapport aux mesures de réduction des méfaits (voir Guide d'entrevue en annexe 2). Les vidéoconférences ont été enregistrées et leur contenu a été transcrit et analysé. La durée moyenne des groupes de discussion était d'environ 120 minutes.

3.3 Analyse des données

Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique en ayant recours au logiciel informatique NVivo 12. L'analyse de contenu est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments d'une entrevue transcrite, puis analysée pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue de mieux en comprendre le sens exact et précis. Les grands thèmes abordés lors des groupes de discussion, ou concepts sont les unités de base de l'analyse.

4 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec – Université Laval et a reçu une approbation le 4 mai 2020. Le recrutement des participants a été réalisé par la firme de sondage SOM. La participation était volontaire et une compensation monétaire de 100 \$ a été offerte aux participants. Leur consentement a été obtenu grâce à un formulaire en ligne, qui a été signé au préalable.

Au moment des groupes de discussion, les informations relatives à la participation volontaire, à la confidentialité des données et aux objectifs de la recherche ont été présentées par l'animateur(trice). Chaque participant(e) pouvait choisir de ne pas répondre à une question ou de mettre fin à sa participation à tout moment, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque. Pour conserver la confidentialité des résultats, les noms des participants ont été supprimés lors de la transcription et de l'analyse des données.

5 Résultats

Étant donné que tous les participants ne se sont pas systématiquement exprimés sur une même question, les résultats sont présentés de façon à mettre en lumière les principales idées et tendances relevées dans les groupes de discussion. En outre, bien que certains résultats puissent laisser transparaître une confusion entre, d'une part, les mesures de réduction des méfaits et, d'autre part, les moyens mis en œuvre pour parvenir à l'abstinence, aucune correction n'a été apportée (ex. : Narcotiques anonymes, association favorisant l'abstinence, a été parfois perçue comme un organisme en réduction des méfaits). De cette manière, les résultats exposés représentent réellement les connaissances, perceptions et opinions des personnes interrogées.

Suite à la description des participants aux groupes de discussion, trois points seront plus particulièrement développés dans les résultats exposés ci-dessous : 1) les connaissances par rapport aux drogues, 2) les perceptions et attitudes par rapport aux personnes qui consomment des drogues, 3) les connaissances et opinions concernant les mesures de réduction des méfaits.

5.1 Description des participants

Le tableau 1 présente le nombre de participants selon leur sexe et leur ville de résidence. Vingt-trois (23) hommes et 31 femmes ont participé aux groupes de discussion, pour un total de 54 participants. Des 54 participants, 11 provenaient de Gatineau, 17 de Montréal, 16 de Québec et 10 de Sherbrooke. Aucune différence majeure entre les villes de résidence des participants n'a été constatée dans l'analyse.

Tableau 1 Répartition des participants aux groupes de discussion par genre et selon leur ville de résidence

Ville des groupes de discussion	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Total de participants par groupe de discussion	Total de participants par ville
Gatineau 1	3	3	6	11
Gatineau 2	2	3	5	
Montréal 1	2	3	5	17
Montréal 2	3	3	6	
Montréal 3	2	4	6	
Québec 1	4	2	6	16
Québec 2	1	4	5	
Québec 3	2	3	5	
Sherbrooke 1	2	4	6	10
Sherbrooke 2	2	2	4	
Total	23	31	54	54

Les participants étaient âgés de 18 à 64 ans et la majorité d'entre eux étaient âgés de 35 à 54 ans (n = 31). Vingt-trois (23) participants avaient des enfants.

5.2 Connaissances par rapport aux drogues

Les sources d'information et de connaissances des participants sur les drogues étaient diverses : les médias (reportages télévisuels, presse, cinéma notamment), leurs propres expériences ou celles de leur entourage. Sur l'ensemble des 54 participants, seules 8 personnes affirmaient ne pas bien connaître le sujet et disaient ne pas être en mesure de détailler les modes de consommation des drogues ou leurs effets.

En général, les participants connaissaient et citaient au moins une ou deux drogues. Plus précisément, ils ont mentionné dans le désordre des termes représentant des drogues ou des catégories de drogues : cocaïne, crack, free base, cannabis, hasch, héroïne, LSD, buvard, acide, champignons magiques, hallucinogènes (ex. : champignons), mescaline, PCP, colle, ecstasy, MDMA, amphétamines, speed, peanut, Adderall^{MD}, méthamphétamine, cristal meth, Ritalin^{MD}, GHB, opium, opiacés, fentanyl, Xanax^{MD}, morphine, Dilaudid^{MD}.

Parmi les participants interrogés, certains disaient faire la distinction entre des « drogues douces » (ex. : cannabis) et des « drogues dures » consommées souvent, selon eux, par injection (ex. : héroïne). D'autres différenciaient les drogues selon les contextes de consommation parfois combinés à l'effet recherché (ex. : stimulant, apaisant). Ils parlaient alors de « drogues de rue » (ex. : crack ou de provenance inconnue), de « drogues médicinales » (ex. : cannabis, morphine) de « drogues récréatives » (ex. : cannabis), de « drogues de party » (ex. : cocaïne, ecstasy) consommées dans un contexte social :

« Il y a des profils de consommateurs qui se dégagent de tout ça. Ceux qui utilisent plus les « drogues douces », il y a aussi ceux qui consomment les drogues plus stimulantes, les drogues de « party », les drogues de rue... Les drogues de rue pour moi, c'est plus les drogues dont on ne connaît pas la provenance ». (Montréal)⁹

« On voit beaucoup socialement, quand on regarde juste les vedettes, la cocaïne souvent, t'entends parler de ça dans les journaux à potins. Les stars qui ont des sous, des soirées, la cocaïne. Je ne suis pas une star qui a beaucoup de sous, qui va dans les soirées mais je veux dire que souvent on entend beaucoup ça dans les journaux. C'est des choses qu'on voit. Ça pour moi ça serait plus une drogue à consommer socialement que de l'héroïne ou des affaires vraiment que tu perds la carte. » (Québec)

Par ailleurs, les drogues étaient souvent décrites selon leurs formes (comprimés, poudre ou liquide), de même que selon leurs modes de consommation. Par exemple,

« (Les drogues) il y en a qui se fument, il y en a qui s'injectent, d'autres s'inhalent ou se mangent. » (Gatineau)

⁹ La ville indiquée entre parenthèses permet de préciser la provenance des participants qui sont les auteurs des extraits des propos tenus lors des groupes de discussion. Pour des raisons de confidentialité, aucune autre information sociodémographique (âge, genre, niveau de scolarité, le fait d'être parent ou pas) les concernant n'est présentée.

Certains participants signalaient que les drogues avaient changé dans les dernières décennies et étaient devenues beaucoup plus fortes avec le temps. L'un d'entre eux soulignait d'ailleurs que certaines drogues étaient mélangées ou « coupées » provoquant ainsi une dépendance :

« En ce moment au Québec, il y a beaucoup de problèmes avec les opioïdes. La morphine, l'hydromorphone ont remplacé les drogues de rue. Il y a aussi le fentanyl, qui a causé beaucoup de morts au Québec. Le speed à Sherbrooke est mélangé avec du fentanyl pour créer une dépendance. Les opiacés sont ceux qui créent de plus fortes dépendances. » (Sherbrooke)

Nombreux étaient les participants à faire aussi référence aux drogues selon leurs effets (ex. : euphorie, « boost d'énergie », dépression, effet relaxant), comme dans le cas de l'héroïne ou du GHB :

« (L'héroïne) ça s'injecte, c'est liquide, c'est en poudre, moi c'est dans les films que j'ai vu ça. Mais il me semble que ça coupe l'appétit ça fait qu'on devient dépendant super vite après la première fois qui donne un super bon high et après les autres fois ne donnent jamais le même buzz qu'auparavant. » (Québec)

« Moi j'ai l'impression que (le GHB) c'est un liquide en fiole qu'on peut mélanger à de l'alcool facilement. Puis ça donne un effet de relâchement et d'acceptation et de perte de volonté de soi et ça provoque aussi une amnésie temporaire, une amnésie de la mémoire presque à partir du moment où tu le prends. J'ai quelques amis qui ont été victimes de cette drogue dans les dernières années. » (Québec)

5.3 Perceptions et attitudes par rapport aux personnes qui consomment des drogues

5.3.1 RAISONS CONDUISANT À LA CONSOMMATION DE DROGUES

Selon les participants, plusieurs raisons peuvent conduire à la consommation de drogues : l'influence de l'environnement social et professionnel, une quête de performance, la recherche de plaisir et le contexte festif, le besoin d'atténuer des douleurs physiques et de gérer des problèmes de santé mentale, ou encore s'évader d'une vie difficile. La consommation de cannabis était également perçue comme une « porte d'entrée » possible vers une consommation de drogues plus dangereuses.

Influence de l'environnement social et professionnel

Parmi les participants qui ont été interrogés sur les raisons qui conduisent à la consommation de drogues, une majorité estimait que cela dépendait beaucoup de l'influence de l'environnement social d'abord amical, familial, puis professionnel.

■ **Les groupes d'amis**

Les groupes d'amis qui consomment déjà des drogues étaient désignés comme étant un facteur susceptible d'encourager la consommation :

« Ça dépend surtout de tes relations, de ton cercle d'amis : si dans ton entourage il y a des gens qui consomment, il y a plus de chance que tu consommes aussi. » (Sherbrooke)

Les groupes d'amis entre jeunes notamment, avec leur « effet de groupe » et de « pression sociale », représentaient, selon de nombreux participants aux groupes de discussion, un environnement favorable pour s'initier aux drogues, d'autant plus si les jeunes font preuve de curiosité. Les jeunes étaient aussi considérés comme plus influençables, désireux d'être acceptés par leurs pairs et animés par un sentiment d'appartenance :

« Je pense que ça peut être un effet de suivre les autres, suivre les amis, le groupe, essayer une première fois. Quand ça ne t'est jamais arrivé et tout le monde en prend, bien tu peux vouloir faire partie de ça. Surtout quand tu es plus jeune tu es influençable. L'effet de groupe. » (Québec)

■ **L'environnement familial**

Selon certains participants, l'environnement familial pouvait également influencer les comportements de consommation, surtout quand une personne a grandi et évolué dans un milieu où l'on consomme des drogues ou dans un contexte de violence familiale :

« Si tu as grandi dans un milieu où la drogue était présente, où c'était valorisé, tu as plus de chances de devenir un consommateur. » (Sherbrooke)

Par ailleurs, certains ont souligné que des événements malencontreux pouvaient survenir et inciter des personnes à consommer :

« Quand ta vie va bien c'est sûr qu'habituellement on prend de meilleures décisions que quand tout va mal et que tu vois noir. Donc je pense que ça a plus de chances. C'est un environnement, si ton environnement c'est des gens qui consomment, toi tu ne veux pas, bien tu ne veux pas... Mais je pense que si dans ta vie, tout va mal, c'est comme une porte ouverte, quelque chose pour retrouver le bonheur. » (Québec)

Malgré un milieu familial ou amical de consommation, des participants signalaient que certains individus pouvaient néanmoins préférer s'abstenir.

■ **L'environnement professionnel**

L'environnement professionnel a également été identifié comme une raison possible à la consommation de drogues. En effet, selon un participant, certains milieux sont plus propices que d'autres à la circulation et à la consommation de drogues :

« Je pense qu'il y a des milieux où il y a plus de drogues en circulation et plus de drogues disponibles donc dans de tels milieux, je pense que c'est plus facile que quelqu'un tombe. Quand quelqu'un travaille dans les bars, c'est connu qu'il y a plus de chance de se faire offrir de la drogue dans les bars qu'à l'église. » (Québec)

L'absence d'emploi et le manque d'activités en général étaient également considérés comme une cause susceptible de conduire à la consommation de drogue :

« Probablement que ça dépend de l'environnement dans lequel la personne évolue, le manque de travail. Il y a des endroits où il y a moins d'activités culturelles, moins de mouvement, moins de choses pour occuper son temps. » (Montréal)

Une quête de performance

Des participants précisaient également que la pression sociale au travail, notamment en termes de performance et d'efficacité, pouvait conduire certains travailleurs à consommer des drogues :

« Il y a toujours la fameuse pression sociale. Si on se rapporte aux stimulants, ça va vraiment être ton milieu de travail, la pression que tu as, tu ne te trouves pas assez efficace, tu te trouves une béquille pour devenir plus efficace. » (Montréal)

Cette quête de performance était, selon les personnes interrogées, également présente parmi les étudiants aux études supérieures, les sportifs et ceux et celles qui jouent aux jeux vidéo :

« Je dirais peut-être pour performer à l'école, ses études, dans le sport, peut-être aussi dans les jeux vidéo. Je pense que c'est quelque chose qui est assez populaire chez les jeunes, rester éveillé, jouer aux jeux qui existent. Je dirais la cocaïne pour performer à l'école, mais c'est de la poudre blanche qu'on retrouve aux toilettes, mais je ne sais pas c'est quoi. » (Québec)

Dimension récréative : faire la fête et rechercher du plaisir

La quête de plaisir, souvent momentanée, était mentionnée également comme une raison de la consommation de drogues, notamment quand il s'agit de faire la fête entre amis. Ceci dit, si l'effet recherché devait être plus intense (« complètement défoncé »), selon des participants, cela pouvait influencer le choix des drogues consommées :

« Moi je dirais qu'il y a aussi une dimension récréative qui est associée à ça, dans le sens qu'un groupe d'amis, une soirée, on passe une belle soirée, c'est un peu comme la consommation de l'alcool, à la recherche d'un feeling ou d'une dimension qui va peut-être nous amener un petit peu loin de la réalité. Il y a comme une dimension récréative ». (Québec)

« J'ai l'impression que c'est plus le *thrill* aussi, c'est les sensations fortes. Disons que tu vas avec un groupe d'amis dans une fête, tout le monde en prend un peu, tu veux participer au party donc tu commences avec les drogues comme ça. » (Montréal)

Atténuer des douleurs physiques

Selon des participants, la consommation de drogues était également liée à la prise de médicaments analgésiques, acquis sous prescription médicale. Il s'agit notamment d'opioïdes prescrits à la suite d'un accident, une blessure ou une maladie occasionnant d'importantes douleurs :

« Ça peut être pour soulager la douleur qu'une personne peut avoir... C'est pour ça que dans la crise des opioïdes, il y a plusieurs personnes avec des blessures donc ils ont été prescrits pour résoudre cette douleur-là. Certains ont pris goût à ça et ont une addiction, donc ils ont continué après les prescriptions données par les médecins. » (Montréal)

Gérer des problèmes de santé mentale

Les participants étaient nombreux à affirmer que des problèmes de santé mentale, voire des traits psychologiques particuliers pouvaient être à l'origine des pratiques de consommation de drogues pour les aider à y pallier. Les participants mentionnaient par exemple la dépression, un contexte de violence familiale, des « faiblesses » émotionnelles ou le manque de confiance, de l'anxiété et des problèmes de sommeil, ou bien encore l'hyperactivité :

« Moi je pense qu'il y en a qui prennent de la drogue pour pallier des faiblesses. Ils s'en servent aussi comme une béquille peut-être aussi au niveau émotif pour pallier au niveau émotif donc voilà. » (Québec)

« Je pense qu'il peut y avoir de multiples facteurs, de catégories de personnes. Ça peut aussi être des gens avec de l'hyperactivité, par exemple, et je vais associer ça à la santé mentale plutôt fragile dont j'ai parlé, je ne veux pas dire que l'hyperactivité est un problème de santé mentale, mais ces gens-là sont sûrement à la recherche d'une manière de contrôler leur cerveau en ébullition. Les vrais hyperactifs entre guillemets qui ont vraiment des connexions très, très rapides. » (Québec)

Des participants précisaient également que la consommation pouvait être due à des syndromes post-traumatiques, en réaction à des traumatismes précoces :

« Des syndromes post-traumatiques suite à des événements qui sont arrivés dans la vie des gens, c'est ce qui me vient en tête. En même temps, moi dans ma tête, des gens qui consomment des drogues de façon répétitive pendant des années, c'est qu'ils ont vraiment un gros paquet de difficultés qui souvent doivent remonter à leur enfance. Pas tout le monde, mais en partie il y a des gens comme ça. » (Québec)

S'évader d'une vie difficile

Selon les participants aux groupes de discussion, la consommation de drogues serait due également à une vie qui bascule, une vie difficile que des individus chercheraient à oublier en s'évadant d'une réalité dont ils ne veulent pas. La prostitution, les difficultés socio-économiques, la pauvreté, la vie dans la rue, la marginalisation, etc., étaient les principales raisons qui pouvaient alors expliquer la consommation de drogues :

« S'échapper de la réalité. La réalité que tu vis elle, est difficile, que ce soit physiquement, mentalement, n'importe quoi et tu ne veux plus être là, t'échapper. » (Montréal)

« Les gens sans résidence fixe, les SDF, ils vont souvent avoir accès à beaucoup plus de drogues à moindre coût. J'ai l'impression qu'ils en prennent plus pour se déconnecter de l'univers dans lequel ils vivent, comme la prostitution, c'est un peu la même chose. » (Québec)

Cannabis comme « porte d'entrée » possible vers une consommation de drogues plus dangereuses

Lors du sondage mené par l'INSPQ en 2019 auprès de la population générale québécoise, il est ressorti que les répondants pensaient que la consommation de cannabis pouvait conduire à consommer d'autres drogues plus dangereuses. Les participants aux groupes de discussion ont été conviés à donner leur point de vue à ce sujet. Dans les dix groupes de discussion, des participants approuvaient ce résultat et d'autres exprimaient des opinions divergentes. Tout d'abord, la majorité s'accordait à dire que la consommation de drogues en général commençait avec le cannabis :

« Moi j'avais commencé à consommer du pot en premier, car c'est ce qui était disponible et facile d'accès. C'est plus facile aussi de commencer avec ça que de commencer avec l'héroïne par exemple. » (Sherbrooke)

Parmi les participants, certains (dont d'anciens et actuels consommateurs qui se sont exprimés d'eux-mêmes sur leur consommation) pensaient que le cannabis était bien « une porte d'entrée » vers des substances psychoactives illicites, qu'après en avoir essayé, le pied était mis dans l'engrenage, la personne pouvait vouloir essayer d'autres drogues, souvent plus fortes, surtout si elle se sentait « invincible » :

« Je pense que c'est la porte d'entrée. Si je regarde mon cheminement, moi, c'est là que j'ai commencé. Je ne me suis pas levé un matin pour me dire : « Hey! Dans un party, on fait de la poudre à soir! » Ça a été : « Hey on fume un joint! » et ça a commencé là. J'ai réglé ça assez rapidement, mais je pense que commencer là, c'est la porte d'entrée pour le reste. » (Montréal)

« C'est une impression, moi je dirais oui parce qu'une fois embarqué dans le train peut-être que ça donne le goût d'essayer d'autre chose, peut-être qu'on se pense invincible, peut-être qu'on se dit : maintenant je sais comment me contrôler, ils s'imaginent qu'ils sont devenus à l'épreuve de tout. Alors oui, en gros, par la force des choses, je crois que les gens pourraient être plus facilement amenés à prendre des drogues plus fortes. » (Québec)

Un participant précisait que la consommation de cannabis pouvait représenter une « porte d'entrée » vers la consommation d'autres drogues surtout en raison de l'accès au réseau d'approvisionnement qui se mettait en place. Par personnes interposées, cela rendait possible l'accès à de nouvelles drogues :

« Si on parle d'une porte d'entrée, le cannabis pour les autres drogues, si je me souviens bien au secondaire, des vendeurs de crack, des vendeurs de coke, il n'y en avait pas. La première porte d'entrée qu'il y avait c'était le pot et du hasch. Tu commences à connaître les vendeurs et ce monde-là va te faire connaître d'autres vendeurs plus tard et eux vont te proposer d'autres substances. Moi c'est là que je vois la porte d'entrée. Ce n'est pas nécessairement parce que tu fumes un joint que tu vas te dire ce matin je vais prendre de la coke. C'est juste que tu mets ton doigt dans l'engrenage et par personnes interposées tu connais d'autre monde. Rendu là c'est libre à toi de dire oui ou non, mais moi c'est là que je vois la porte d'entrée. » (Montréal)

Certains participants (dont d'actuels consommateurs de cannabis) insistaient sur le fait que la consommation de cannabis pouvait également suffire à la personne qui consommait et n'impliquait donc pas forcément l'essai d'autres substances. Autrement dit, selon eux, la consommation de drogues plus fortes et dangereuses n'était pas systématique quand on consommait du cannabis :

« Certaines personnes vont être curieuses d'aller découvrir plus de sensations. Mais par exemple moi je consomme du cannabis régulièrement, ça fait des années et puis ça ne m'intéresse pas d'aller plus haut, d'avoir plus de sensations parce que je suis satisfaite avec ce que j'ai. » (Montréal)

« Moi je crois que c'est propre à chacun. Ça ne veut pas dire que parce que tu consommes de la marijuana ou de l'alcool que tu vas te mettre à consommer des drogues fortes. » (Sherbrooke)

« En général ce que j'ai observé c'est que les gens qui consomment du cannabis s'en tiennent au cannabis. » (Gatineau)

Plusieurs arguments justifiaient leur position. Certains participants soulignaient que les drogues n'avaient pas toutes le même effet et s'adressaient donc à des clientèles différentes :

« Dans ma tête l'effet du cannabis ou de la cocaïne est tellement différent que ça m'étonnerait que quelqu'un passe de consommer du cannabis à consommer des drogues fortes. » (Sherbrooke)

« Chaque drogue a un effet secondaire spécifique. Ce n'est pas parce que tu prends du cannabis que tu vas avoir envie d'avoir un high en prenant du speed où faire des hallucinations si tu prends du *mushroom*, chacun va attirer une clientèle différente. » (Québec)

D'autres avançaient que la consommation d'autres drogues n'était pas nécessaire, car le cannabis pouvait suffire en raison de la diversité des produits et des modes de consommation, qu'il pouvait aussi être consommé plus fréquemment, à plus fortes doses :

« Déjà dans le pot tu as plein de sortes, plein de façons de le consommer. Je ne crois pas que les gens iraient vers d'autres drogues plus fortes. » (Sherbrooke)

Une mauvaise expérience de consommation pouvait aussi dissuader de tester d'autres substances :

« Je crois que ça peut être dissuasif pour aller vers autre chose. Ce n'est pas nécessairement tout le monde qui a eu une bonne expérience avec le cannabis. » (Montréal)

Enfin, quelques participants pensaient que la consommation d'autres drogues pouvait commencer sans avoir essayé le cannabis :

« Moi je crois que certaines personnes commencent directement avec des drogues plus fortes. Je ne crois pas qu'il y a un lien à faire entre le cannabis et les drogues plus fortes. » (Sherbrooke)

« Ça c'est ce que j'ai l'impression : les drogues plus fortes, d'après moi tu as commencé à quelque part puis tu l'as comme échappé. Tu as mis ton doigt dans l'engrenage parce que d'après moi, tu n'arrives pas à dire un bon matin : « OK aujourd'hui je vais prendre un opioïde quelconque ou des drogues fortes ». C'est un enchaînement de décisions, quelque chose qui t'arrive dans la vie. » (Montréal)

5.3.2 LA DÉPENDANCE AUX DROGUES : FACTEURS ET GROUPES À RISQUE

Facteurs pouvant mener à une dépendance aux drogues

En ce qui concerne les facteurs susceptibles de conduire à la dépendance aux drogues, les participants aux groupes de discussion avaient en partie repris les mêmes raisons mentionnées pour expliquer la consommation. Les trois principaux facteurs identifiés étaient :

■ **L'influence de l'environnement social (familial, amical), incluant les difficultés socioéconomiques vécues par certaines familles :**

« Moi je pense que l'environnement fait pour beaucoup aussi, si tu es dans un entourage de gens qui consomment, tu vas nécessairement commencer à vouloir en prendre. Une espèce de pression sociale justement si tous tes amis en prennent et sont tous cool et toi tu es un rejet, tu vas nécessairement, si tu veux être ami avec ces gens-là, si tu veux être dans cette gang, tu vas te sentir un peu forcé et à force d'en prendre ça va devenir une nécessité de consommer. » (Québec)

■ **Le mal de vivre et les problèmes de santé mentale :**

« Un certain mal de vivre, si tu n'es pas bien dans ta peau. Il n'y a pas juste pourquoi on devient dépendant, pourquoi on veut s'accrocher à quelque chose qui nous amène la tête ailleurs, c'est parce que quelque part il y a un mal de vivre qui est là et qui s'installe dans la vie de tous les jours. Ça n'arrive pas à satisfaire la personne. Quand tu n'es pas bien dans ta peau tu cherches ailleurs où tu pourrais être bien. » (Québec)

« Je crois aussi qu'il y a des personnes qui ont déjà des problèmes de santé mentale, comme la schizophrénie, qui causent des prédispositions pour des problèmes plus graves lorsqu'ils consomment des drogues. Ça amplifie le problème. Tu te retrouves dans une spirale de consommation et la santé mentale en prend un coup. » (Montréal)

« Il y a aussi des jeunes qui ont des familles dysfonctionnelles, qui vivent de la détresse. » (Montréal)

« Au niveau des médicaments, c'est suite à une consommation régulière. Peut-être qu'ils commencent à ne plus suivre les conseils médicaux, car ils ne savent pas quand décrocher. Si c'est quelqu'un qui a un mal-être, c'est difficile de décrocher. » (Sherbrooke)

■ **Le facteur génétique et héréditaire (non mentionné dans les facteurs de consommation) :**

« Aussi j'ai l'impression il y a aussi peut-être une dimension génétique. Il y a certaines personnes qui tombent plus facilement dans la dépendance que ce soit drogue ou jeux. Ça se peut que ce soit génétique, mais que ce soit aussi environnemental. » (Montréal)

« Il y en a qui ont une prédisposition génétique : de père en fils... Il y a un pourcentage de population qui est plus à risque oui. » (Montréal)

« Le cannabis, j'ai un cousin qui a développé une maladie mentale suite à la consommation de cannabis, donc aussi une clientèle à risque c'est sûr que c'est génétique. Aussi si tes parents ou tes grands-parents, ta famille ont un background de troubles mentaux, la drogue peut provoquer justement un déclenchement de ça si c'est génétique. » (Québec)

■ **Autres facteurs**

D'autres facteurs justifiant la dépendance ont été évoqués par les participants, tels que l'isolement et la vie en milieu rural, une quête de plaisir ou d'identité parmi les jeunes, ou encore le manque d'information.

Groupes à risque

Lors du sondage conduit par l'INSPQ en 2019 auprès de la population québécoise, il est ressorti que 81 % des répondants croyaient que les jeunes adolescents sont plus à risque de devenir dépendants aux drogues. Les participants aux groupes de discussion ont été invités à donner leur avis à ce sujet. Une majorité d'entre eux estimaient que les jeunes étaient effectivement plus à risque de dépendance aux drogues et cela pour différentes raisons : une quête d'identité, un développement inachevé et fragile du cerveau, l'ennui, l'effet de groupe. Ce sont également des jeunes issus de familles dysfonctionnelles, également de familles aisées, vivant dans la rue et/ou avec des difficultés socioéconomiques qui seraient plus susceptibles de développer une dépendance aux drogues. Selon certains participants, du soutien et de l'information pourraient contribuer à éviter cette dépendance.

« Les personnes à risque selon moi c'est surtout les adolescents – ils se cherchent beaucoup. » (Montréal)

« Moi j'irais avec la tranche d'âge 13-21, c'est sûr que c'est très large, mais c'est comme confirmé qu'il y a des études qui disent qu'avant que ton cerveau se consolide, je sais pas si c'est le bon terme, la consommation de drogue va avoir un effet encore plus néfaste sur ton système. Donc à ce niveau-là, cette catégorie d'âge là, je pense que c'est justement dans la période où juste le fait de l'essayer une ou deux fois pourrait mener à une dépendance. On peut dire aussi d'autres aspects par rapport au fait que c'est des périodes où on est adolescent, on se cherche, il y a une recherche d'identité, la personnalité ne s'est pas encore forgée, tout ça, donc on peut mettre ça aussi en lien avec tout ça. » (Québec)

« Oui je crois que c'est vrai pour les jeunes de la rue ou les jeunes de familles dysfonctionnelles ou de familles d'accueil. Moi je crois que ça peut se retrouver dans des milieux de familles huppées, plus riches. » (Montréal)

« Ça fait partie des facteurs de risque : plus ils ont commencé à consommer tôt, plus ils peuvent développer une dépendance. Quand on est jeune on est influençable, on veut être comme les autres. On veut vivre des expériences. Je vois beaucoup l'ennui et l'absence d'objectifs comme des facteurs qui augmentent les chances de consommation et de dépendance. » (Sherbrooke)

Toutefois, une minorité revendiquait que même si les jeunes pouvaient essayer des drogues, ils étaient moins à risque de devenir dépendants que les adultes ayant été confrontés aux difficultés de la vie depuis plus longtemps et moins à même de s'en sortir :

« Moi je pense que les jeunes peuvent faire des essais et se remettre sur le droit chemin. Au niveau dépendance c'est plus facile de s'en sortir pour les jeunes que pour les adultes qui commencent à consommer. Quand tu commences à consommer à l'âge adulte c'est pour échapper à ta réalité ou à tes problèmes, donc c'est plus facile de devenir dépendant que si tu le fais juste pour essayer. » (Sherbrooke)

« Moi je dirais que non. Quand ils sont si jeunes c'est difficile de s'en procurer, surtout du côté financier. C'est souvent pendant cette époque qu'on essaie, mais je ne crois pas que c'est à cet âge qu'on devient dépendant. Selon moi la dépendance s'installe quand on a des problèmes qui persistent et ce genre de problème se produit plus à l'âge adulte. » (Montréal)

5.3.3 ATTITUDES À ADOPTER PAR RAPPORT AUX PERSONNES ARRÊTÉES POUR POSSESSION DE DROGUES

Il a été demandé aux participants quelle attitude devraient avoir les policiers et le système judiciaire par rapport aux personnes arrêtées pour possession simple de drogues. Deux tendances ont émergé au fil des discussions : une approche punitive et une approche empathique d'entraide et de sensibilisation. Ces deux approches ne sont pas perçues par les participants comme exclusives l'une de l'autre et peuvent donc être combinées. D'une part, de nombreux participants pensaient qu'il était important de faire respecter la loi, de sévir de manière générale ou par le biais d'une amende parfois « salée » pour éviter de soutenir le crime organisé, ou encore d'adapter l'attitude selon le comportement de la personne sous influence de drogue. Selon certains, en cas de violence ou de délit, une sanction s'imposerait alors. De manière unanime, les participants convenaient que la prison n'était pas une solution à considérer, sauf en cas de délit majeur.

« Selon moi, ça serait une amende. Sinon à quoi ça sert que ça soit illégal si on ne fait rien? » (Gatineau)

« Les policiers sont là pour faire respecter la loi, ils ne sont pas nécessairement formés en problèmes psychosociaux. Ce n'est pas à eux de les aider de sortir de ça. Ils sont là pour faire respecter la loi. Si la personne veut s'en sortir, il faut que ça vienne d'elle. Même s'il y a une sentence suite à l'arrêt en possession, ça ne va pas nécessairement aider la personne. » (Sherbrooke)

« Je suis pas d'accord avec la prison, la prison ce n'est pas une bonne solution, mais du moins une obligation à consulter et une forte amende à payer parce que la première raison qui leur permet d'avoir de la drogue c'est parce qu'ils ont de l'argent. Mais avec une amende en dessous du pied et si on les force à aller consulter, on peut renchérir sur l'amende, les actions de bienfaisance, les actions bénévoles. » (Québec)

D'autre part, selon eux, en l'absence de délit ou de violence, il faudrait plutôt venir en aide à la personne :

« Moi ce que je voulais dire c'est que si les policiers arrêtent quelqu'un qui est drogué, ça dépend aussi si la personne s'est droguée chez elle. Mais si elle fait un méfait, vole ou elle violente quelqu'un, oui c'est une cause criminelle. Mais ça dépend si la personne est droguée parce qu'elle a dormi sur le trottoir et elle a besoin d'aide parce qu'elle est complètement accro ou elle se drogue et elle violente des gens et elle met la société en danger, c'est autre chose aussi sur l'intervention. » (Québec)

En ce sens, un nombre important de participants préféraient adopter une approche plus empathique pour mieux comprendre les personnes qui consomment des drogues, puis leur offrir ou leur apporter une aide médicale ou psychologique en général, voire dans un centre de traitement, un hôpital, un CLSC, un organisme de réhabilitation ou un groupe de soutien. Les sanctions, tel l'emprisonnement, étaient alors perçues comme inutiles voire contreproductives :

« Je voudrais dire que ce n'est pas nécessairement blanc ou noir, c'est sûr que même si c'est illégal, la personne, si on fait juste lui taper sur les doigts toujours, je pense qu'elle va juste continuer. Je pense que l'idéal c'est vraiment que les policiers amènent la personne à l'hôpital. [...] Je ne sais pas s'il y a des programmes dans les CLSC, ou en tout cas ces personnes-là ont besoin d'aide souvent donc ce serait la première étape. » (Québec)

« Offrir de l'aide psychologique. Aller au cœur du problème. Car seulement donner une amende ça ne va pas régler le problème. » (Sherbrooke)

« Même en prison la personne va avoir accès à la drogue, alors selon moi, ça serait plus pratique d'y aller avec une approche d'entraide car sinon ça ne mène à rien. » (Gatineau)

Selon certains, ceux qui sont impliqués dans le commerce de drogues seraient les personnes qu'il conviendrait de sanctionner, étant considérés comme des criminels en contraste avec les consommateurs perçus plutôt comme des personnes ayant une maladie et ayant besoin d'aide :

« Moi je pense plutôt qu'un vendeur de drogues, peu importe ce qu'il vend, moi ça serait toujours criminel. Je pense que la personne qui consomme de la drogue, qui est accro, moi je vois ça comme une maladie. La personne est pognée là-dedans et je mets ça dans deux catégories : la personne qui n'est pas capable de s'arrêter, pour moi ce n'est pas comme le vendeur de drogues que lui, il n'en prend pas et il vend ça aux jeunes, je vois ça en deux temps. La personne qui est prise là-dedans a besoin d'aide, même si tu lui donnes 43 tickets, je ne pense pas qu'après 45 elle va dire : « Bon ça en fait beaucoup! » Elle je crois qu'elle a vraiment un problème. Celui qui vend de la drogue, peu importe ce qu'il vend, je crois que c'est lui le problème dans la société. » (Québec)

« Criminaliser le consommateur et le petit revendeur ça ne sert à rien. Je crois plutôt qu'on devrait se concentrer sur les grands réseaux, les producteurs...référer [à] des ressources, aider les personnes au lieu de leur taper dessus quand ils sont déjà par terre. Ça peut même renfoncer encore plus les personnes dans le milieu criminel. Peut-être qu'une attitude plus accueillante des services policiers pourrait aider. Alors que de taper sur les doigts de quelqu'un qui est déjà dans le milieu criminel ne va certainement pas l'aider à s'en sortir. En lui donnant un dossier criminel ça va simplement lui fermer plus de portes et l'empêcher de s'en sortir. » (Montréal)

5.3.4 DÉCRIMINALISER OU LÉGALISER LES DROGUES

En grande majorité, les participants aux groupes de discussion étaient défavorables à la légalisation de nouvelles drogues, en plus du cannabis. Certains préféraient avoir une idée de l'impact de la légalisation du cannabis avant d'aller plus loin. D'autres insistaient sur les impacts psychologiques et sociaux qu'aurait la légalisation de nouvelles drogues. Éventuellement, seules celles utilisées et légalisées à des fins médicinales pourraient, à leur sens, être acceptables :

« Moi je me demande déjà la raison pour laquelle on le ferait, [et] pourquoi on l'a fait pour le cannabis. » (Sherbrooke)

« Je crois qu'il faut commencer par voir quels sont les impacts de la consommation du cannabis en premier. » (Gatineau)

« Moi je suis contre. Ça amènerait beaucoup trop de problèmes sociaux. Légaliser les drogues dures ça amène de la psychose et autres choses, des problèmes de comportement, etc. À moins qu'il y ait des tests de faits à savoir quels sont les effets réels de la consommation pour telle ou telle drogue. Je crois que le LSD est utilisé pour des problèmes de choc post-traumatique. Je serais pour la légalisation, mais à des fins médicales seulement. » (Montréal)

Une minorité de participants n'étaient pas défavorables à la légalisation de nouvelles drogues étant donné que, de leur point de vue, cela n'implique pas forcément une augmentation de la consommation et que cela permettrait un meilleur contrôle du trafic et de la consommation dans le pays :

« Je ne serais pas contre. On pense que si c'est légal, les gens vont plus consommer. Ça, c'est loin d'être prouvé. Il y a beaucoup de façons de baliser ça. Ça ne veut pas dire que ça va être facilement accessible si c'est légalisé. Les problèmes sociaux posés par les drogues sont souvent créés par le fait que les drogues en tant que telles sont coupées avec autre chose qui est inconnue. Les études tendent à montrer que la consommation n'augmente pas nécessairement en légalisant le produit. Personnellement, si l'héroïne devient légale demain matin, je ne vais pas commencer à en consommer pour autant. » (Montréal)

En revanche, beaucoup de participants étaient favorables à la décriminalisation de la consommation des drogues, autres que le cannabis, ou à des fins strictement médicales. De leur point de vue, la décriminalisation permettrait aux personnes qui consomment de demander de l'aide plus facilement, sans crainte de représailles. Elles pourraient aussi s'en sortir plus facilement qu'en présence d'un casier avec des antécédents judiciaires. Selon eux, il importe surtout de maintenir la production et le commerce de drogues illégaux et de sévir auprès des réseaux criminels :

« Moi aussi je pense qu'on devrait décriminaliser les drogues sans les rendre légales. On devrait plutôt s'attaquer aux organisations criminelles qui distribuent ces drogues. » (Gatineau)

« Il y a certaines personnes qui vont consommer, car elles ont des douleurs spécifiques. Les drogues de type médical devraient être décriminalisées selon moi, même si elles n'ont pas été prescrites par un médecin. » (Montréal)

« Je pense qu'on devrait les décriminaliser parce que si c'est un crime, comment est-ce que ces personnes peuvent aller demander de l'aide? » (Montréal)

5.4 Connaissances et opinions concernant les mesures de réduction des méfaits

5.4.1 CONNAISSANCES DES MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les sources de connaissances des participants concernant les mesures de réduction des méfaits liés aux drogues venaient principalement des médias (télévision, journaux, Internet), puis en moindre mesure de leur entourage. Les connaissances des participants provenaient plus rarement des policiers, des CLSC, de leur propre expérience personnelle, du milieu scolaire/universitaire ou de leur emploi.

« Les boîtes pour seringues souillées, on les voit. Ça attire le regard. La piquerie aussi ça attire le regard. On en a entendu parler aussi dans les médias. » (Montréal)

« Avant la pandémie, je voyais beaucoup [d'informations] dans les autobus, dans les métros, dans les journaux, sinon il y a aussi dans les réseaux sociaux. » (Montréal)

Les participants ont été invités à citer des organismes offrant des services en réduction des méfaits. En général, ils identifiaient plutôt des organismes proposant des soins (ex. : CLSC), des services spécialisés en dépendances (ex. : Centre hospitalier Pierre-Janet à Gatineau, Centre Jean-Patrice

Chiasson-CRDSM à Sherbrooke, Maisons Jean Lapointe et L'Exode à Montréal), des organismes communautaires venant en aide aux personnes sans-abris (ex. : Lauberivière à Québec) ou aux travailleuses du sexe (ex. : projet LUNE à Québec), des maisons de jeunes, des groupes d'entraide tels que Narcotiques Anonymes, et des services d'appels. Les plus à même de nommer des organismes communautaires offrant des services en réduction des méfaits étaient surtout les participants qui vivaient à Montréal à leur proximité, dans le même quartier. Ils ont identifié les organismes communautaires : Dopamine, l'autobus L'Anonyme, Cactus Montréal et Spectre de rue. Toutefois, dans d'autres groupes de discussion une minorité n'avait pas entendu parler d'organismes ou de services en particulier œuvrant dans une perspective de réduction des méfaits comme telle.

5.4.2 OPINIONS CONCERNANT LES MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les participants ont été invités à donner leur avis concernant les différentes mesures de réduction des méfaits, après qu'elles aient été succinctement définies par l'animateur/trice des groupes de discussion.

Test de contenu et de pureté des drogues

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Tests mis en place à l'occasion d'événements festifs, visant à vérifier la qualité d'une drogue ou le contenu d'une substance achetée dont l'utilisateur n'est pas certain. Cela peut éviter des malaises, un coma et permet de prévenir les risques de surdose.

À peu près la moitié des participants avait déjà entendu parler des tests de contenu de drogues mis en place à l'occasion d'événements festifs, visant à vérifier la qualité d'une drogue ou le contenu d'une substance. Cependant, ils n'avaient pas connaissance des informations et de l'accompagnement offerts lors des tests. Une nette majorité y était alors favorable, mais parfois sous certaines conditions (bien informer les consommateurs, en assurer l'accessibilité et la gratuité, par exemple). Les plus favorables soulignaient que les personnes qui souhaitaient consommer pouvaient s'assurer de la qualité de leur substance et prendre connaissance du mélange dans leur drogue le cas échéant, ce qui pouvait contribuer à les sensibiliser, limiter les risques de surdoses et surtout sauver leur vie :

« Moi je crois que c'est une bonne idée – les gens font le party dans les festivals, on ne sait pas ce qu'ils vont acheter ni de qui ils vont l'acheter. Si c'est quelque chose qui peut augmenter les chances de sortir du festival vivant c'est une bonne solution. » (Montréal)

« C'est une bonne mesure si on prend en considération que la personne va le consommer de toute façon. Mais il ne faudrait pas que ça soit utilisé pour encourager [la consommation]. » (Sherbrooke)

« Je ne savais pas que ça existait. On a déjà entendu parler de drames de personnes qui sont décédées en consommant des drogues qui avaient été coupées, donc si on peut prévenir ça, génial. » (Montréal)

En revanche, une minorité de participants y étaient plus réticents. D'une part, certains s'interrogeaient avec méfiance sur un lien éventuel avec la police. D'autre part, des participants alertaient du faux sentiment de sécurité que cela pouvait apporter et craignaient un risque de banalisation de la consommation :

« Si c'est pour contrôler quelque part, c'est comme la ligne. C'est tu vraiment pour voir ce qu'il y a dedans? Ou de l'autre côté la police m'attend? Je ne suis pas sûr que je serais à l'aise à faire analyser ce que j'ai pris dans un party. » (Montréal)

« Moi je crois que [...] c'est comme donner une approbation à la personne. C'est comme un couteau à deux lames. » (Sherbrooke)

Programme d'accès au matériel d'injection ou programme d'échanges de seringues

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Les personnes qui s'injectent des drogues avec du matériel usagé ont plus de risques de contracter les hépatites B et C et le VIH. La distribution de matériel d'injection neuf remis aux personnes qui consomment des drogues par les organismes communautaires, les pharmacies et les CLSC les aide à adopter des comportements plus sécuritaires.

En général, le programme était connu des quelques participants qui se sont exprimés à ce sujet^h. Néanmoins, rares étaient ceux qui savaient que les pharmacies pouvaient distribuer des seringues stériles. Quelle que soit leur ville de résidence, tous les participants y étaient favorables, parfois sous conditions (ex. : privilégier l'accès aux plus démunis). Beaucoup estimaient la mesure nécessaire, car elle réduit les risques de transmission des infections par le sexe et le sang (ITSS) et de mortalité, tant pour les personnes qui consomment des drogues par injection que pour la population en général (récupération des seringues souillées). Cette mesure préventive était donc accueillie favorablement, d'autant plus qu'elle favorise le dialogue, l'accompagnement et la sensibilisation des personnes qui consomment des drogues. Selon les participants, elle représenterait une première étape pour les aider à s'en sortir.

« Moi je trouve ça bien. Je trouve que ça peut protéger les gens, la population d'une certaine façon. Les seringues sont stérilisées, la personne ne se contamine pas, elle ne contamine pas le reste de la population non plus. » (Gatineau)

« Moi je trouve que ça te permet d'avoir un échange avec ces consommateurs-là, d'ouvrir une porte vers d'autres, les amener à consulter des psychologues ou des intervenants, un accompagnement autre que de se *shooter* à quelque part. » (Québec)

« Ce que j'aime avec ça, c'est que les personnes dépendantes ont besoin de se sentir accompagnées, soutenues. Ça permet d'avoir un lien. Ça leur permet de verbaliser et partager sur ce qu'ils vivent. C'est une bonne structure à avoir en place. » (Sherbrooke)

^h Sachant que tous les participants n'ont pas répondu à toutes les questions.

Services d'injection supervisée/Services d'inhalation supervisée

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Programme d'accès au matériel d'injection où une personne peut en plus s'injecter des drogues / en consommer par inhalation de manière sécuritaire et en toute légalité, en étant supervisée par des soignants qualifiés pour prévenir les risques de surdose. D'autres soins et services peuvent être proposés : dépistage des infections transmissibles sexuellement, contraception, vaccination, soins des plaies, écoute et orientation vers d'autres services en fonction des besoins, activités d'informations et d'éducation.

La grande majorité des participants disaient être favorables aux services de consommation supervisée étant donné que les personnes qui consomment des drogues peuvent le faire dans un contexte sécurisant avec des travailleurs de la santé compétents, qui peuvent agir immédiatement en cas de surdose. Selon eux, les risques étaient limités tant pour la personne qui consomme que pour le reste de la population (les seringues utilisées sont récupérées sur place) et le dialogue pouvait être instauré pour plus de soutien et d'aide. Un participant ajoutait qu'en agissant dans une logique préventive, des économies pouvaient également être faites.

« C'est une super bonne idée, une fois que la personne concernée, elle est dans son problème de drogue, ce qu'elle a besoin c'est une place sécuritaire. Puis il y a des gens qui sont là pour l'écouter, puis si elle n'a pas le goût d'en parler : elle a pas le goût d'en parler. Mais je pense que des places comme ça, s'il y a d'autres services, de proposer de l'écoute ou de l'orientation, peut-être qu'à force de gagner la confiance de ces gens-là, ça peut les aider à s'en sortir, qu'ils soient seuls dans la rue [...] à s'injecter de la drogue. À mon avis ça peut juste être bon et ça peut peut-être pousser des gens à s'en sortir, avoir de l'écoute qu'ils n'auraient pas normalement dans la rue. » (Québec)

Même si la majorité y était favorable, beaucoup émettaient toutefois des réserves si ces services étaient offerts dans leur quartier de résidence (voir section concernant le phénomène « pas dans ma cour »).

Offre gratuite de naloxone

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Médicament qui peut inverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes (héroïne, morphine, fentanyl, méthadone et codéine). Il est disponible gratuitement dans les pharmacies et dans certains organismes communautaires.

L'offre gratuite de naloxone était connue d'une majorité de participants par les médias, leur accessibilité dans des festivals ou encore par leur propre expérience professionnelle. Cependant, nombreux étaient ceux qui ne savaient pas qu'il était possible de s'en procurer en pharmacie. Dans leur grande majorité, les participants étaient favorables à la naloxone étant donné qu'elle peut remédier aux surdoses et sauver des vies. Cet argument à lui seul justifiait pour beaucoup son intérêt et sa raison d'être. Toutefois, certains s'inquiétaient du faux sentiment de sécurité que la naloxone pouvait induire en tant qu'antidote.

« Quand ça sauve une vie, c'est toujours important. » (Québec)

« Favorable. J'espère que les gens qui seraient susceptibles de consommer trop sont au courant que ce service existe. » (Montréal)

« Moi je crois que c'est 50/50. Quand tu sais que tu as un antidote, je crois que tu es plus confortable de consommer. » (Gatineau)

Mesures de réduction des méfaits en prison : échange de seringues stériles, services d'injection supervisée, programmes de tatouage sécuritaire, accès aux trousse de naloxone

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Les détenus peuvent utiliser du matériel d'injection et de tatouage stérile dans un contexte sécuritaire, pour diminuer les risques d'attraper ou de transmettre des ITSS. L'accès à des trousse de naloxone est également proposé aux détenus durant leur incarcération ainsi qu'à leur sortie de prison en cas de risque de surdoses d'opiacés.

Les mesures de réduction des méfaits mises en place dans certaines prisons (pénitenciers fédéraux notamment) n'étaient pas connues des participants aux groupes de discussion. Une majorité y était favorable pour des raisons de prévention des ITSS (pour les prisonniers et les professionnels qui les côtoient), de droit d'accès aux mêmes mesures implantées à l'extérieur des prisons, de gestion des drogues en prison et de processus facilitant la réinsertion sociale :

« Je crois aussi que ça protège le personnel, car un prisonnier infecté est dangereux pour le personnel qui entre en contact avec. » (Sherbrooke)

« Mieux vaut prévenir pour tout le monde, peu importe si tu es en prison ou pas. » (Montréal)

« Moi je suis favorable à ça, d'autant plus que ça peut aider les prisonniers à participer à d'autres types de programmes de réinsertion, soit aller à l'école, soit apprendre un métier pour que lorsqu'ils sortent de la prison, ils soient plus capables de fonctionner dans la société normale. » (Québec)

« Moi je trouve que c'est surtout : c'est quoi le rôle de la prison? Est-ce que le rôle de la prison est punitif ou c'est de la réinsertion sociale? Après si c'est la réinsertion sociale, ce que ça devrait être selon moi, bien c'est une très bonne idée. » (Montréal)

« On sait que les prisons sont un lieu où il y a une grande consommation de drogues alors pour moi c'est une très bonne idée. » (Gatineau)

Cependant, les mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral ont également suscité la surprise parmi certains participants. Elles faisaient partie des mesures les plus controversées. En effet, beaucoup avaient l'impression que les programmes d'échange de seringues et les services d'injection supervisée encourageaient la consommation de drogues parmi les détenus plutôt qu'ils ne leur venaient en aide :

« Moi je ne connaissais pas ça du tout. Ça me surprend même. En contexte de prison ça devrait être plus strict! C'est presque encourager la consommation. » (Montréal)

« Moi on dirait que je ne suis pas d'accord. C'est comme dire que c'est correct de consommer. Je crois qu'on devrait plutôt mettre en place des programmes d'aide. » (Sherbrooke)

« Moi j'ai un problème avec ça. On empêche les prisonniers de fumer, mais on va leur fournir du matériel pour consommer des drogues. Je trouve que le gouvernement est à côté de la track. Je ne suis pas d'accord. » (Sherbrooke)

Pour certains, ces actions étaient sans conteste la preuve que le système carcéral n'était pas en mesure de contrôler la circulation de drogues en prison :

« Moi je suis surpris de voir que ces mesures sont en place! Ça confirme qu'ils ne sont pas capables d'empêcher les drogues d'entrer dans les prisons. » (Gatineau)

En réaction à la présentation de l'ensemble des mesures de réduction des méfaits en prison, un participant était particulièrement interpellé et soulignait la perception que les personnes qui consommaient étaient traitées comme des « victimes » et étaient de fait complètement déresponsabilisées. Il était alors important, selon lui, de responsabiliser également les détenus avec leur consommation :

« Moi ce qui me dérange là-dedans c'est que c'est pour venir en aide à des gens qui sont dans le problème, ça je le concède. Mais c'est comme si on percevait ces personnes comme des victimes à 100 % de leur état. J'ai comme l'impression qu'on oublie l'aspect qu'on déresponsabilise les individus et on les prend par la main. C'est comme si cette aide faisait abstraction du fait que l'individu devait lui aussi avoir une part d'action pour se sortir du trou. Jusqu'où on va aller avec toutes ces mesures? C'est correct, mais j'ai l'impression que c'est unilatéral ou on oublie aussi que l'individu qui est dans cette misère a une part de responsabilité. » (Québec)

D'autres étaient plus mitigés en étant défavorables envers des mesures plus spécifiques (ex. : distribution de seringues stériles) et plus favorables à d'autres (tatouage sécuritaire, trousse de naloxone) :

« C'est drôle à dire, mais je trouve ça génial, comme pour les tattoos c'est excellent. C'est mieux d'être contrôlé, d'être vérifié que d'être n'importe quoi pour éviter justement l'infection. Les trousse de naloxone ça je le savais. Au niveau des seringues, je suis un peu mitigée parce que oui, il rentre en dedans pour consommation et tu vas continuer à lui donner un accès. C'est comme si en dedans tu continues. » (Montréal)

Prescription médicale de méthadone

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : La méthadone est un médicament opioïde le plus souvent utilisé pour traiter la dépendance à d'autres drogues et médicaments opioïdes tels que l'héroïne ou le fentanyl par exemple. Il est utilisé pour empêcher les effets du sevrage aux opioïdes, pour réduire voire supprimer l'état de manque. Il ne produit toutefois pas d'effets psychotropes (*high*).

La prescription médicale de méthadone faisait partie des mesures de réduction des méfaits qui étaient les plus connues des participants. La majorité d'entre eux y étaient d'ailleurs favorables étant donné que pour beaucoup, elle limite le sevrage, sauve des vies, réduit l'effet de dépendance aux drogues et s'inscrit dans un processus de « guérison ». Le fait d'être prescrit par un médecin suscitait la confiance de certains participants. Certains y étaient favorables, mais à la condition d'un suivi, d'un encadrement, d'une surveillance médicale.

« Quand t'es prêt à arrêter, je crois que c'est une très bonne mesure. » (Montréal)

« Je crois que c'est une très bonne mesure, si ça aide à sauver des vies. » (Gatineau)

« Je fais confiance au système de santé et aux professionnels qui prescrivent ça, c'est pas du tout de mon ressort. » (Québec)

« J'imagine que ça aide. Mais il faut qu'il y ait un suivi, un encadrement qui doit suivre ça. » (Sherbrooke)

Prescription médicale d'héroïne

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Service d'injection supervisée où les médecins peuvent prescrire de l'héroïne à certaines personnes ayant développé une dépendance sévère aux opioïdes et pour qui le traitement par la méthadone n'a pas fonctionné.

Beaucoup de participants ne connaissaient pas cette mesure de réduction des méfaits. Elle faisait d'ailleurs partie de celles qui étaient sujettes à interrogations voire à un certain nombre de critiques. Certains participants exprimaient de l'incompréhension, de l'étonnement ou même de la tristesse face à cette mesure perçue comme étant de dernier recours voire encourageant la consommation, alors qu'elle devrait plutôt contribuer à sa réduction. Parmi les plus défavorables, nombreux étaient ceux qui pensaient que la prescription médicale d'héroïne était alors contreproductive, car elle accentuait au final la dépendance :

« Moi je trouve ça vraiment triste d'en arriver là. Ça veut dire que plusieurs étapes ont été passées et que rien n'a fonctionné. Il faut vraiment que la personne soit rendue bas. » (Québec)

« J'ai comme un bémol pour cette mesure-là. Quelqu'un qui est dépendant, qui a une volonté de s'en sortir, je ne sais pas à quel point lui prescrire par un médecin peut vraiment l'aider. Je trouve que ça ne va pas dans la lignée d'arrêter tranquillement : « Je te prescris la drogue pour laquelle tu as une addiction »? » (Montréal)

À peu près autant de participants y étaient favorables, mais sous certaines conditions (ex. : important suivi médical) et souvent en dernier recours après avoir essayé d'autres programmes. Les plus favorables faisaient confiance au médecin, s'il effectuait un suivi « étroit » auprès de la personne qui s'injecte de l'héroïne. Le programme était acceptable s'il s'inscrivait dans un processus de désintoxication.

« Si c'est donné par un médecin, j'imagine que la dose est diminuée à chaque fois pour permettre à la personne de se sevrer. » (Gatineau)

« Je sais pas, est-ce que ça peut avoir un certain effet de contrôler la qualité au moins de ce que la personne va s'injecter parce qu'au lieu qu'il achète dans la rue, il va le prendre avec quelque chose de pur. Peut-être que le médecin peut à long terme diminuer les doses s'il voit que la personne... je ne sais pas comment ça fonctionne. Mais est-ce que c'est dans ce but-là? Si oui, ben ça peut être bien. » (Québec)

Accès à des logements supervisés

À noter que la définition donnée aux groupes de discussion était la suivante : Sous la supervision de personnels qualifiés, des usagers de drogues ont la possibilité d'accéder à des logements où ils pourront consommer leurs drogues tout en développant des compétences personnelles et interpersonnelles, des habiletés à la vie quotidienne, afin d'accéder à un logement de manière autonome.

Quelques participants avaient entendu parler de logements supervisés où les personnes peuvent consommer. La plupart faisaient référence à d'autres types de logements pour d'autres populations (les personnes sans-abris, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, celles ayant été victimes de violence conjugale, les Autochtones). La majorité des participants aux groupes de discussion étaient favorables à cette mesure car selon eux, elle permettait d'établir un contact, de favoriser la confiance, de « sortir les gens de la rue » en offrant un toit et un milieu de vie sécuritaire et « encadré », de sortir de la dépendance et finalement de se réinsérer socialement.

« L'idée que j'aime avec les logements c'est que ça sort les gens de la rue, ça les enlève de cet environnement toxique et de leur entourage de consommateurs. Donc ça les met dans une zone plus sécuritaire si on veut, une zone où ils vont être plus confortables, plus à l'aise. Ils vont être moins à risque de retomber dans l'univers de la drogue. » (Québec)

« Je ne sais pas s'il y en a à Québec, mais je trouve que le projet de mesure [de logements supervisés] est exceptionnel, ils le font pour les itinérants et le font pour les femmes violentées, je pense aussi que quand les gens sont rendus à être drogués pour s'écrouler puis mettre leur vie en danger, si ça leur permet de reprendre confiance, de se bâtir une nouvelle vie. Oui, ça fait partie des problèmes de société. » (Québec)

Certains y étaient favorables mais sous certaines conditions : que le logement soit offert avec un accompagnement, une surveillance parfois même serrée, et que la personne qui consomme des drogues envisage d'arrêter (désintoxication), afin de pouvoir être réhabilitée socialement :

« Il faut que ça soit accompagné de supervision, de démarches... Si c'est juste pour consommer, non. » (Québec)

« Moi je le vois beaucoup plus comme des maisons de transition où on va tranquillement baisser leurs doses, pour les aider à se rétablir... Mais si c'est un logement qui est là seulement pour leur donner un endroit pour consommer, sans surveillance [...] je serais moins en accord. Dans l'optique de réinsertion, je suis d'accord. » (Québec)

« Il y a la question aussi : est-ce que tu restes dans un logement supervisé pour tenter d'arrêter à un moment donné? Est-ce qu'il y a un certain temps, je ne sais pas... je te donne six mois, un logement, un espace à toi, mais il faut que tu envisages d'arrêter. Je ne sais pas jusqu'à quel point... parce que si je regarde, oui ils vont pouvoir développer des compétences personnelles et interpersonnelles. Mais est-ce qu'ils vont pouvoir aussi dire on arrête? » (Montréal)

Enfin, une petite minorité était indécise voire plutôt en désaccord avec les logements supervisés, car cette mesure pourrait « encourager le vice », « coûter très cher » et n'était pas prioritaire :

« Je reviens avec mon commentaire : jusqu'où on va? Puis qu'est-ce qu'on considère comme priorité en général dans notre société? Si on considère ça comme prioritaire c'est correct, mais pour moi ce ne l'est pas. » (Québec)

5.4.3 OPINIONS CONCERNANT LES MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS DANS LE QUARTIER DE RÉSIDENCE : PHÉNOMÈNE DU « PAS DANS MA COUR »

Au cours des groupes de discussion, l'opinion des participants a été sondée en ce qui concerne l'implantation ou la présence des mesures de réduction des méfaits dans leur quartier de résidence, autrement dit « dans leur cour ».

C'est très bien, mais « pas dans ma cour »

Même si sur le principe ils y étaient favorables en général, les participants manifestaient beaucoup plus de résistance à l'idée que certaines mesures soient implantées dans leur quartier. Ils avouaient ressentir un sentiment de menace et d'insécurité. Ils partageaient un malaise, une inquiétude, une crainte, une peur surtout par rapport à l'éventualité d'avoir un centre d'injection ou des logements supervisés dans leur voisinage. Ils citaient surtout les secteurs résidentiels, habités par des familles, comme des lieux où ils ne voudraient pas en voir. Ils craignaient beaucoup les seringues dans les parcs, parfois à proximité des écoles ou des garderies, avec lesquelles les jeunes enfants pourraient être en contact. Certains redoutaient également l'influence des personnes qui consomment des drogues sur les enfants :

« Moi mon quartier est très résidentiel. Je ne me sentirais pas très à l'aise d'envoyer mes enfants jouer à l'extérieur si un tel centre [d'injection] était implanté. » (Montréal)

« Moi je trouve que c'est excellent l'idée des logements supervisés. Par contre, est-ce que j'aimerais qu'ils soient mes voisins? Non. Je ne voudrais pas que mes enfants soient sous cette influence visuelle-là. » (Sherbrooke)

« Je sais pas, moi j'ai deux enfants, j'aurais peut-être un peu de difficulté. J'ai vu une fois déjà sur Papineau et Ontario il y a un gros parc, j'avais trouvé ça spectaculaire parce qu'il y avait une garderie qui arrivait avec des enfants. Les éducatrices ont fait tout le tour du parc pour voir s'il n'y avait pas des seringues [...]. Même si on dit : ils font des échanges [...], est-ce que les risques de retrouver des seringues souillées seraient plus présents? J'ai un bémol là-dessus. Est-ce que j'aimerais avoir ça comme voisin ou près de la maison? Je ne suis pas sûre. » (Montréal)

Beaucoup de participants craignaient une augmentation du nombre de personnes avec des problèmes en général et des problèmes de santé mentale en particulier, des « comportements indésirables », de la violence et une augmentation de la criminalité :

« Moi je suis « pour ». Près d'où j'habite ils vont construire une maison pour les jeunes qui sortent des centres jeunesse à 18 ans. Je suis favorable mais en même temps, quand c'est très proche de chez toi tu espères que ça n'apportera pas une concentration de comportements indésirables. C'est la même chose que je dirais s'il y avait un centre d'injection supervisée près de chez moi. Les comportements inadéquats me font un peu peur. Mais en même temps j'habite au centre-ville alors je suis consciente qu'il y a toute sorte de monde. » (Québec)

« Moi je serais peut-être mal à l'aise, car ça pourrait peut-être augmenter la criminalité dans mon secteur. » (Gatineau)

De nombreux participants avaient alors suggéré des lieux d'implantation de services de consommation et de logements supervisés : dans les centres-villes et/ou les quartiers plus commerciaux, et donc à distance des quartiers résidentiels, ou encore à proximité des dépanneurs ou dans chaque quartier dans un secteur bien choisi restant à définir. Parmi les suggestions, certains proposaient aussi d'intégrer ces services à des structures déjà existantes et proposant un encadrement, telles que les CLSC, en lesquelles la population a confiance.

« Moi aussi je suis un peu mal à l'aise avec l'idée de mettre ça dans mon quartier. Par contre, si personne n'en veut dans sa cour on ne va jamais réussir à l'implanter nulle part. Moi je le verrais surtout près des centres-villes. » (Gatineau)

« Je les verrai plus dans les quartiers commerciaux que résidentiels. » (Montréal)

« Ce serait des ressources qui seraient accessibles parce que ça devient nécessaire justement d'avoir ces ressources ailleurs que dans les grands centres [...]. Donc en offrant ces services-là dans des régions, dans les sections un peu plus éloignées de la ville, juste le service pas besoin d'avoir un bâtiment dédié à ça à 100 %, exemple quelques chambres en CLSC, juste des options comme ça que j'ai l'impression qui ne sont pas présentes actuellement. » (Québec)

« Moi si c'était un endroit pour aller chercher des seringues comme un CLSC ça ne me dérangerait pas trop. » (Gatineau)

« Moi j'ai l'impression que [...] tous ces programmes-là qui sont dans un endroit supervisé, qui ont une bonne réputation comme une pharmacie, je crois que personne n'aurait de problème avec ça. C'est plus d'inventer, d'implanter une nouvelle affaire dans une bâtisse, tout le monde a une mauvaise opinion, on a tous des préjugés par rapport aux consommateurs de drogues dures, donc c'est ça qui biaise un peu notre jugement. Que ça soit dans une pharmacie ou dans une maison supervisée, ça reste le même service. » (Montréal)

Des quartiers avec un besoin d'aide

Parmi les participants les plus favorables, ils étaient nombreux à souligner que la mise en place de certaines mesures de réduction des méfaits dans des quartiers spécifiques (tels que les centres-villes) répondait à des besoins existants et donc à des consommateurs de drogues qui y étaient déjà présents. Certains trouvaient ces actions rassurantes et sécurisantes étant donné qu'elles répondent à un besoin d'aide et contribuent à contenir un problème. Selon eux, elles permettraient alors de réduire des problématiques (ex. : injection dans des parcs) en offrant un lieu de consommation sécuritaire, voire une opportunité de « s'en sortir » :

« Je crois que si on n'avait pas ces centres-là, on aurait davantage de problèmes. Il y aurait plus de personnes qui s'injectent dans des parcs, dans des entrées. Pour moi, ça ne représente vraiment pas un problème. » (Montréal)

« Le problème de drogues est là, donc c'est sécurisant de savoir que des personnes peuvent obtenir de l'aide et aider à contenir le problème. » (Sherbrooke)

« Personnellement, en habitant au centre-ville c'est normal qu'il y ait ce genre de trucs-là. À la limite c'est rassurant. Selon moi, si tu habites au centre-ville c'est quelque chose à quoi tu dois t'attendre. » (Québec)

Quelques participants favorables témoignaient d'ailleurs de leur expérience positive à l'égard de logements supervisés et de services de consommation supervisée avoisinant leur domicile :

« J'y serais ouverte. Ça peut faire peur. On a des enfants, on veut les protéger. Dans mon quartier ils ont ouvert un site d'injection supervisée près d'une école primaire et ça a créé une polémique avec les parents. Mais quelques années plus tard tout se passe bien, on n'a jamais eu de problèmes par rapport à ça. » (Montréal)

« En diagonale de chez moi, il y a une maison de transition pour les prisonniers. Je n'ai jamais vraiment eu de problème avec ça. » (Montréal)

Conditions d'implantation : un besoin en information & un suivi par du personnel qualifié

Les participants les plus favorables à ces mesures dans leur quartier de résidence posaient également deux conditions principales :

- Être informés des mesures de réduction des méfaits mises en place dans leur quartier,
- Être assurés qu'un suivi des personnes qui consomment des drogues est réalisé par du personnel qualifié.

En effet, parmi les obstacles à l'implantation de mesures de réduction des méfaits dans leur quartier, les participants avaient entre autres identifié la peur et les préjugés impliquant, selon certains, un besoin en information qui aurait un effet rassurant :

« La peur des gens : il faudrait informer les gens, avec des pamphlets par exemple. » (Sherbrooke)

« On a beaucoup de préjugés et si l'implantation est mal faite et que les gens ne sont pas au courant, ça ne va jamais être accepté. Je pense qu'il faut vraiment donner de l'éducation à la population avant d'être [implanté], pour dire : « Regardez, ça va être sécuritaire, il y a ça comme service, il y a tel numéro que vous pouvez appeler ». Si c'était vraiment bien encadré, je pense que la pilule va passer plus facilement. » (Montréal)

Si quelques participants estimaient ne pas vouloir en savoir plus, un certain nombre avait manifesté leur intérêt à être plus informés, voire à être plus impliqués auprès des organismes communautaires de leur quartier, pour être en mesure d'aider et de s'adresser à eux si besoin :

« Moi si je vois une seringue, je ne serais pas vraiment tentée de la ramasser, j'appellerais plutôt un organisme pour qu'ils viennent s'en occuper. Si je vois une personne qui est très intoxiquée, j'appelle la police. Mais sinon je ne pense pas être en mesure du tout d'intervenir dans ces cas-là. » (Montréal)

« C'est toujours bon d'acquérir de nouvelles compétences, moi ça m'intéresse. On oublie parfois que ce sont des êtres humains en premier lieu. » (Montréal)

« Moi je serais intéressé à être impliqué. J'aimerais être mieux outillé pour aider ces personnes-là. » (Québec)

« Avoir un volet pour les commerçants de Saint-Roch ça pourrait être intéressant. Avoir une liste d'organismes à portée de main pour nous aider si besoin est. » (Québec)

Les participants étaient désireux d'être informés sur les mesures de réduction des méfaits par :

- Internet : accès à des sites Web, diffusion d'infolettres par courriel (témoignages, enjeux, objectifs, avantages, surveillance, bienfaits, statistiques), diffusion de vidéos et publicités, etc., sur Facebook et les réseaux sociaux;
- Brochures, dépliants, informations de la ville, journal local transmis par courrier postal;
- Des affichages (ex. : sur les autobus);
- Des journées portes ouvertes;
- Des rencontres d'informations ou des assemblées permettant de répondre aux questions des citoyens et incluant des témoignages;
- Du porte-à-porte avec un travailleur de rue;
- Des rencontres dans certaines écoles pour informer les jeunes et leurs parents;
- Des campagnes publicitaires;
- La mise à disposition d'un numéro de téléphone destiné à répondre aux questions et inquiétudes des personnes.

Par ailleurs, en cas d'implantation dans leur quartier de résidence, les participants aux groupes de discussion souhaitaient que du personnel qualifié assure un suivi des personnes qui consomment des drogues et veillent à ne pas laisser de traces (ex. : seringues souillées) :

« Ça dépend de la situation. Les personnes qui vont aller dans des centres d'injection ne causent pas nécessairement plus de problèmes. Il s'agit simplement d'avoir un certain contrôle. Ça doit être dans le milieu où les gens visés sont pour que ça soit efficace. »
(Gatineau)

« Moi ça ne me dérangerait pas. Surtout parce que c'est supervisé par du personnel qualifié. Je suis très confortable avec ça. » (Sherbrooke)

Une unité mobile (autobus réaménagé)?

Comme alternative au service d'injection supervisée dans un site permanent, les participants avaient également été invités à donner leur opinion en ce qui concerne un autobus pouvant se déplacer dans les quartiers à la rencontre des personnes qui consomment des drogues. Ceux qui avaient donné leur opinion y étaient en général favorables, sauf exception (ex. : horaires de passage). Ils percevaient dans cette mesure un moyen de rejoindre les personnes dans le besoin, de les sensibiliser et de les aider, tout en prenant en compte les appréhensions des autres habitants. Pour certains, un service d'injection supervisée dans un site permanent combiné à une unité mobile représenterait la meilleure stratégie à adopter :

« Moi je trouve que celle-là est géniale parce que tu vas chercher ton monde. C'est peut-être plus facile de se rendre que dans certains centres qui ne sont peut-être pas près des gens. Les centres supervisés, je ne sais pas à quel endroit, où ils les placent, mais je trouve que c'est génial d'aller à la rencontre de ces gens-là, de se déplacer pour aller les voir, leur donner l'information ça leur donne l'accès, c'est plus facile peut-être pour eux autres. » (Montréal)

« Moi je suis d'accord avec ça, mais il ne faudrait pas que l'autobus soit trop voyant, tout plein de couleurs. » (Montréal)

6 Discussion

Ce rapport présente les résultats d'une étude qualitative portant sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les opinions des Québécois par rapport aux personnes qui consomment des drogues et aux programmes de réduction des méfaits mis en place. Il apporte un éclairage nuancé et complémentaire aux résultats de l'étude par sondage populationnel conduit en 2019 par l'INSPQ sur le même sujet(1). Plus précisément, il vise à approfondir et à mieux saisir la complexité des enjeux relevés dans l'étude quantitative tels que les opinions concernant l'usage de substances psychoactives illicites, le développement d'une consommation problématique ou encore les mesures de réduction des méfaits.

Tout d'abord, tout comme cela fut constaté dans l'étude par sondage populationnel, la majorité des participants aux groupes de discussion, bien que parfois peu informés sur les mesures de réduction des méfaits, y étaient favorables. En effet, selon eux, elles contribuent à :

- sauver des vies (ex. : naloxone);
- réduire les risques de surdoses (ex. : tests de contenu des drogues), de dépendance (ex. : méthadone) et de transmission des ITSS (ex. : accès au matériel d'injection stérile);
- offrir un cadre sécuritaire (ex. : services de consommation supervisée), de dialogue, d'accompagnement et d'aide (ex. : services de consommation supervisée).

Toutefois, ils sont ouverts à certaines mesures si elles conduisent à la désintoxication, à la réadaptation et à la réinsertion sociale de personnes qui consomment des drogues (ex. : logements supervisés). Plus précisément, les participants approuvaient dans une large majorité l'offre gratuite de naloxone et l'accès au matériel d'injection. Il en était de même pour la prescription médicale de méthadone, mais dans une moindre mesure au regard de la prescription d'héroïne pour le traitement de la dépendance, où un suivi médical étroit était souhaité pour que cette mesure soit acceptable. Du point de vue des participants, l'ensemble des mesures étaient considérées comme bénéfiques à des fins préventives, car elles protégeraient tant les personnes qui utilisent des drogues que la population en général. Ainsi, les résultats de l'étude qualitative, où la majorité est globalement favorable aux mesures de réduction des méfaits, correspondent à ceux de l'enquête quantitative menée en 2019 et à ceux obtenus en Colombie-Britannique suite à un sondage conduit en 2016 auprès de 500 participants (6). La perspective visant à l'abstinence de toute substance, sur laquelle insiste un certain nombre de participants québécois, s'éloigne néanmoins des valeurs promues par l'approche de réduction des méfaits.

Cette opinion généralement favorable s'explique par le fait que, pour la majorité des participants, les raisons de la consommation de drogues tenaient à des facteurs sociaux et socioéconomiques (influence de l'environnement familial, amical, professionnel; pression sociale de performance; pauvreté), liés à la santé physique ou mentale (douleurs, dépression, anxiété, mal de vivre), puis dans une moindre mesure à des choix personnels (curiosité, quête de plaisir). Selon de nombreux participants interrogés en 2019 et en 2020, la consommation de drogues commençait également par le cannabis, perçue alors comme une « porte d'entrée » possible, mais pas systématique, vers l'usage d'autres substances psychoactives illicites, et au contraire de ce qui est généralement reconnu dans la littérature(7,8).

L'opinion des participants était généralement favorable vu les raisons données pour expliquer la dépendance aux drogues, qui reposaient sur des facteurs sociaux, socioéconomiques et liés à la santé mentale, ainsi que sur des facteurs génétiques et héréditaires. En considérant les causes de la

dépendance comme externes à l'individu, les participants avaient donc tendance à estimer que la société a bien une responsabilité et donc un rôle à jouer pour atténuer les conséquences négatives de la consommation. Ce constat rejoint alors les résultats de l'étude quantitative menée en Colombie-Britannique en 2016, laquelle avait également rendu compte des perceptions de la dépendance en soulignant par ailleurs toute leur complexité(6). Plus les gens comprennent la multiplicité des facteurs amenant à la dépendance, plus ils semblent ouverts à ce que l'on mette en œuvre des programmes de réduction des méfaits pour les aider.

Ces résultats contrastent toutefois avec ceux du sondage conduit en 2019 au Québec et d'une étude publiée en France en 2008(9). Dans le sondage québécois, les problèmes de dépendance étaient perçus comme relevant autant de la responsabilité des individus (85 % des participants estimaient que la recherche de plaisir était la principale raison au développement d'une dépendance) que de facteurs sociétaux plus larges. De leur côté, les Français percevaient en 2008 les consommateurs de drogues comme étant « responsables » de leur état, plutôt que comme des « victimes ». Au contraire de ce qui a été relevé en 2008 en France et en 2019 au Québec, dans la présente étude qualitative, les participants avaient plutôt tendance à considérer les problèmes de dépendance comme une responsabilité sociétale. En estimant surtout les personnes qui consomment des drogues et qui développent une dépendance comme étant le reflet d'un problème social et comme étant malades, cela expliquerait l'opinion favorable des participants québécois de la présente étude quant aux programmes de réduction des méfaits.

Ceci dit, dans les deux études menées au Québec en 2019 (sondage) et 2020 (ce volet qualitatif), les usagers de substances psychoactives illicites étaient perçus en général non pas tant comme des criminels, mais plutôt comme des personnes ayant besoin d'aide. Cette perception semble avoir influencé l'opinion des participants quant aux attitudes que les policiers et le système judiciaire devraient adopter face aux personnes arrêtées pour possession simple de drogues. Dans le sondage réalisé en 2019, 69 % des répondants préconisaient alors une prise en charge immédiate pour traiter les problèmes de dépendance au lieu d'une incarcération. En 2020, bien que certains participants préféreraient adopter une approche punitive en imposant une amende, la majorité était plus nuancée. Plusieurs recommandaient une approche moins tranchée et plus modulable selon le comportement de la personne arrêtée. Beaucoup favorisaient l'empathie et l'aide, plus productives selon eux que les sanctions et un casier judiciaire. Selon leurs perspectives, les criminels à condamner étaient plutôt ceux qui assurent la production et le commerce de drogues dans des réseaux criminels.

Dans la présente étude, la majorité des participants était favorable à la décriminalisation de la consommation de drogues, tout en maintenant la production et le commerce illégaux. Ceci est cohérent avec le constat obtenu en 2019 (45 % des Québécois interrogés étaient d'accord en 2019 *versus* 11 % en 2001 dans la toute première étude populationnelle réalisée au Québec(4)) et le rapport publié en 2019 par Angus Reid Institute(10) en ce qui concerne plus largement l'opinion des Canadiens à ce sujet (48 % prêts à évaluer la décriminalisation). En revanche, la tendance était toute autre en ce qui concerne la légalisation de nouvelles drogues (en plus du cannabis). La majorité y était cette fois-ci défavorable, sauf à des fins médicales. Ceci conforte la tendance relevée en 2019 où environ les deux tiers des participants étaient également défavorables à la légalisation des drogues, sans se prononcer sur l'utilisation médicale.

En général, les résultats de la présente étude qualitative confirment ceux du sondage réalisé en 2019, qui démontraient que les Québécois interrogés approuvent largement les mesures de réduction des méfaits. Le volet qualitatif apporte cependant d'autres nuances aux constats du sondage obtenus en 2019 (voir tableau 2), même si aucune différence majeure entre les villes de résidence des participants n'a pu être constatée dans l'analyse.

Tout d'abord, en 2019, 85 % des participants au sondage soutenaient la mise en place de services d'injection supervisée. Ce qui, sur le principe, était attesté par les groupes de discussion réalisés en 2020 : la grande majorité y était sans conteste favorable, car cela réduirait les risques de surdoses, permettrait de sauver des vies et d'établir un dialogue pour éventuellement apporter de l'aide. Les participants ayant développé une certaine familiarité avec les substances psychoactives par leur expérience personnelle ou celle de leur entourage, en résidant ou en travaillant en centre-ville ou dans un quartier fréquenté par des personnes qui consomment des drogues avaient tendance à être les plus favorables à cette mesure, parfois aussi en raison de l'encadrement proposé. Cette opinion était même partagée par des parents. Néanmoins, d'autres émettaient des réserves si ces services étaient implantés plus concrètement dans des quartiers résidentiels où ils vivent et où résident des familles avec des enfants. Les sentiments de menace et d'insécurité (seringues abandonnées, comportements problématiques de personnes qui consomment des drogues), surtout par rapport aux jeunes enfants, justifiaient l'argument « pas dans ma cour ».

Par ailleurs, si dans l'enquête de 2019 les Québécois interrogés semblaient plus favorables aux programmes de réduction des méfaits en milieu carcéral que dans la première étude populationnelle réalisée en 2001(4) et le sondage omnibus conduit en 2009 au Québec(11), l'étude qualitative en 2020 rend compte d'un certain malaise à leur égard parmi des participants aux groupes de discussion, particulièrement au regard des programmes d'échange de seringues et des services d'injection supervisée. En effet, ils étaient sujets à discussion et controverses. Bien que la majorité s'exprimait en faveur de ces mesures (principalement pour prévenir les ITSS), certains avaient l'impression qu'elles incitaient plus à la consommation de drogues qu'à sa diminution. La visée d'abstinence influençait donc l'opinion de participants, notamment par rapport à la consommation en milieu carcéral. D'ailleurs, certains étaient surpris d'apprendre l'existence de telles mesures mal connues et même méconnues au sein des groupes de discussion, aspect qui n'avait pas été exploré dans le sondage en 2019. Le même constat a été observé dans le cas de la prescription médicale d'héroïne (en dehors du milieu carcéral) qui a suscité incompréhension et tristesse parmi certains participants qui avaient l'impression que cela était contre-productif en accentuant surtout l'effet de dépendance aux drogues. L'implication d'un médecin et l'espoir d'un suivi médical étroit en vue d'une désintoxication et d'une réinsertion sociale rendaient cette dernière mesure plus acceptable. Ces réticences pourraient ainsi expliquer, du moins partiellement, les résultats obtenus en 2019 en ce qui concerne l'acceptabilité de la prescription médicale d'opioïdes incluant l'héroïne (48 %) ou des programmes de réduction des méfaits (69 %) en prison.

Tableau 2 Perceptions et opinions des Québécois concernant les mesures de réduction des méfaits : comparaison des résultats obtenus avec le sondage réalisé en 2019 et les groupes de discussion en 2020

Mesures de réduction des méfaits	Résultats du sondage en 2019	Résultats des groupes de discussion en 2020
Test de contenu et de pureté des drogues	69 % y sont favorables et pensent que les tests permettent de réduire les surdoses.	Majorité favorable car mesure permettant la sensibilisation, la réduction des risques de surdoses.
Programme d'accès au matériel d'injection ou programme d'échanges de seringues	85 % y sont favorables car l'accès au matériel d'injection limiterait la transmission des ITSS.	Tous favorables car le programme réduirait les risques de transmission des ITSS et de mortalité et favoriserait le dialogue, la sensibilisation, l'accompagnement.
Services d'injection supervisée (SIS)/ Services d'inhalation supervisée (SInS)	Majorité favorable : * SIS : 85 % pensent qu'ils contribuent à limiter les seringues abandonnées; * SIS et SInS : respectivement 75 % et 68 % pensent qu'ils contribuent à réduire les surdoses.	Grande majorité favorable car les services de consommation supervisée contribueraient à réduire les surdoses, à sauver des vies, à instaurer un dialogue, à proposer de l'aide. Les seringues seraient récupérées sur place dans les SIS rendant la consommation plus sécuritaire. Mais défavorable à une implantation dans le quartier de résidence.
Offre gratuite de naloxone	62 % y sont favorables car la naloxone réduirait les surdoses.	Grande majorité favorable car la naloxone est un antidote aux surdoses.
Mesures de réduction des méfaits en prison : échange de seringues stériles, services d'injection supervisée, programmes de tatouage sécuritaire, accès aux trousse de naloxone	Majorité favorable : * 69 % favorables à l'accès aux seringues stériles; * 68 % favorables au tatouage sécuritaire; * 64 % favorables aux SIS; * 54 % favorables à l'accès aux trousse de naloxone.	Majorité favorable (notamment le tatouage sécuritaire) car les mesures en général réduiraient les risques de transmission des ITSS en prison. Mais le sujet faisait aussi l'objet d'incompréhension et de controverses chez certains participants car, selon eux, les mesures encourageraient la consommation de substances.
Prescription médicale de méthadone	68 % y sont favorables car cela permettrait de contrôler la consommation.	Majorité favorable car la mesure limite les effets du sevrage et de la dépendance, sauve des vies et fait l'objet d'un suivi médical contrôlant la consommation.
Prescription médicale d'héroïne	48 % y sont favorables car cette mesure permettrait de contrôler la consommation.	Environ autant de participants favorables et défavorables : défavorables car la mesure encouragerait la consommation / favorables car suivi médical.
Accès à des logements supervisés	70 % favorables car les logements aideraient les personnes à s'en sortir.	Majorité favorable car le logement est un lieu de vie sécurisé et supervisé qui permettrait de réduire la dépendance et se réinsérer socialement. Mais défavorable à une implantation dans le quartier de résidence.

Limites

Les résultats de cette étude qualitative comportent toutefois des limites. Tout d'abord, il est possible que l'animateur(trice) des groupes de discussion ait pu influencer les réponses des participants selon la manière dont les questions ont été introduites. Pour limiter le plus possible ce biais, le guide d'entrevue a été ajusté pendant la période de collecte des données. L'ajustement a été effectué en fonction des commentaires des participants et des observations faites par les observateurs présents anonymement lors des groupes de discussion. Il importe de prendre en compte également la possibilité d'un biais de désirabilité sociale. En effet, des personnes interrogées auraient pu présenter une version favorable de leurs propos, allant par exemple dans le sens des autres participants. Ce biais a été réduit en leur rappelant, dès le début de chaque rencontre, qu'ils étaient libres de s'exprimer ouvertement sur les différents sujets abordés et que, quelles que soient leurs connaissances, leurs attitudes ou opinions, celles-ci seraient entendues et respectées. De plus, étant donné le nombre de questions et les contraintes de temps déterminant le cadre des groupes de discussion, tous les participants ne se sont pas systématiquement exprimés sur chaque question. Le nombre de personnes interrogées était également limité. Pour ces deux dernières raisons, la quantification des résultats s'avère donc impossible. Par ailleurs, la consommation ou non de substance n'était pas considérée dans les critères de recrutement pour laisser la liberté aux participants de la mentionner spontanément ou pas au cours des discussions. Cela n'a donc pas permis de le prendre en compte comme un possible facteur explicatif dans l'analyse des données. En voulant également respecter l'anonymat des participants dans les transcriptions, il n'a pas été possible d'intégrer les informations sociodémographiques correspondantes pour approfondir l'analyse (genre, âge, niveau de scolarité, avec/sans enfant). En outre, probablement que le nombre total de participants étant trop faible, cela n'a pas permis de distinguer d'éventuelles divergences entre les villes de résidence et entre les quartiers (ex. : centre-ville / banlieues). En ayant effectué un recrutement essentiellement en milieux urbains, les résultats ne prétendent pas non plus être représentatifs de toute la population québécoise résidant également en milieu rural. Comme il était prévu initialement de réaliser des groupes de discussion en personne, le choix des sites devait répondre à des contraintes logistiques (disponibilité de grandes salles en régions rurales, des temps de transport réduits pour les participants notamment). Enfin, malgré l'impossibilité pour quelques rares personnes de rejoindre leur groupe de discussion en ligne en raison de problèmes techniques et de connexion locale, la tenue des discussions par vidéoconférence a grandement facilité la participation de répondants désireux de partager leurs opinions, très disponibles à domicile pendant le confinement en lien avec la pandémie de COVID-19. En définitive, en accord avec l'objectif initial, cette étude qualitative permet de compléter les résultats du sondage réalisé en 2019 et d'apporter un nouvel éclairage sur le rapport des Québécois avec les usagers de substances psychoactives illicites et les programmes de réduction des méfaits.

En conclusion

Les résultats de l'étude qualitative rappellent l'importance de :

1. Prendre en compte les conditions d'acceptabilité des mesures de réduction des méfaits :

L'acceptabilité de certaines mesures de réduction des méfaits dépend de conditions précises, soulevées par les participants :

- un lieu « bien choisi »,
- un suivi garanti,
- une information partagée.

Tout d'abord, les logements supervisés et les services de consommation supervisée pourraient être mieux acceptés s'ils étaient installés :

- dans les centres-villes où vivent souvent les personnes qui consomment des drogues,
- dans des secteurs commerciaux,
- ou dans des structures de santé existantes et en lesquelles la population a confiance (ex. : CLSC).

Les services de consommation supervisée pourraient être proposés sur un (ou plusieurs) **site(s) permanent(s) et une unité mobile**, comme cela est déjà le cas à Montréal pour rejoindre plus facilement les secteurs moins bien desservis et résidentiels. Par ailleurs, **l'accompagnement et le suivi assurés par du personnel qualifié**, incluant entre autres des **médecins** en qui la population a confiance, représenteraient un gage de sécurité rassurant, notamment en ce qui concerne les logements supervisés et la prescription médicale de méthadone et surtout d'héroïne. Enfin, **le dialogue et le partage d'informations en vue parfois d'impliquer et surtout de rassurer la population** (ex. : sur comment les organismes travaillent et accompagnent les usagers de substances psychoactives) étaient considérés comme une dernière condition essentielle pour faciliter la mise en place des programmes de réduction des méfaits.

2. Amorcer un débat politique pour la décriminalisation de la possession simple :

Étant donné l'ouverture de nombreux Québécois à la décriminalisation de la possession simple de drogues (autres que le cannabis) et en écho à plusieurs démarches entreprises ailleurs au Canada (par le gouvernement de la Colombie-Britannique en juillet 2020 par exemple), la décriminalisation pourrait être débattue et considérée, autant sur la scène politique provinciale que fédérale, comme une alternative à l'approche judiciaire.

3. Poursuivre les efforts d'information et de sensibilisation de la population :

Plus largement, de nouvelles campagnes pourraient être mises en place pour diffuser :

- des **informations détaillées** pour **expliquer**
 - **les multiples facteurs qui peuvent conduire à la dépendance aux drogues**, sachant qu'une meilleure compréhension de cette réalité complexe permet une réduction de la stigmatisation des consommateurs et une plus grande ouverture de la population aux mesures de réduction des méfaits et aux organismes communautaires qui les développent à l'attention des usagers;
 - **les mesures de réduction des méfaits en général et les principes qui les sous-tendent**, ce qui pourrait permettre une meilleure compréhension des Québécois quant à cette approche dans sa globalité et dans ses différentes déclinaisons (ex. : prescription médicale d'héroïne, réduction des méfaits en milieu carcéral);
- des **informations ciblées** pour que les Québécois sachent, par exemple, que les trousseaux de naloxone sont accessibles en pharmacie et pour qu'ils connaissent les ressources disponibles à ce sujet (ex. : modalités de formation).

Enfin, suite à l'évolution des politiques sur le sujet au Québec, des éventuelles campagnes d'informations et des programmes de réduction des méfaits à venir, il pourrait être pertinent de réaliser à nouveau des études afin d'explorer les perceptions et les attitudes de la population selon les profils sociodémographiques, la consommation ou non de substances psychoactives, le lieu de résidence ou la proximité avec des consommateurs de drogues. Ces résultats permettraient une comparaison plus fine et détaillée avec ceux obtenus lors de l'enquête populationnelle en 2019 et de l'étude qualitative en 2020 tout en prenant en compte les changements politiques et sociétaux à venir.

Références

1. Dubé E, Dionne M, Hamel D, Tessier M. Connaissances et attitudes de la population québécoise à l'égard des programmes de réduction des méfaits en lien avec les substances psychoactives illicites. [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2020 [cité 29 déc 2020], 122 p. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2691>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre [Internet]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf>
3. Dubé E, Massé R, Noël L. Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. Rev can santé publique. 2009;100(10):24-8.
4. Hamel D, Cloutier R, Roberge P. Rapport d'analyse : Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2001, 131 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Prévention, dépistage et traitement des ITSS en milieu carcéral - Balises à l'intention des CISSS, des CIUSSS et des organismes communautaires [Internet]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-328-01W.pdf>
6. Innerchange Foundation. What British Columbians really think about addictions and policy [Internet]. Disponible sur: https://innerchangefoundation.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/12/Final_survey-results-publication_with-appendix_Dec29_2016.pdf
7. Public Health Ontario. Is cannabis a "gateway drug"? [Internet]. Disponible sur: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/q/2019/qa-cannabis-gateway.pdf?la=en>
8. Reddon H, DeBeck K, Socias ME, Dong H, Wood E, Montaner J, et al. Cannabis use is associated with lower rates of initiation of injection drug use among street-involved youth: A longitudinal analysis. Drug Alcohol Rev. 2018;37(3):421-8.
9. Costes J-M, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2010, 6 p.
10. Angus Reid Institute. Mandatory treatment? Decriminalization? As opioid epidemic rages, Canadians seek [Internet]. Disponible sur: <http://angusreid.org/opioid-crisis-2019/>
11. Sondage SOM. Étude par sondage téléphonique relative à différentes questions de santé publique. Montréal, Québec : SOM recherches et sondages. 2009, 78 p.

Annexe 1

Questionnaire de recrutement aux groupes de discussion (SOM)



QUESTIONNAIRE DE RECRUTEMENT
GROUPES DE DISCUSSION – INSPQ (DROGUES)

Bonjour [SALUTATION_F],

Nous recrutons présentement des personnes de 18 ans ou plus pour participer à un groupe de discussion pour le compte de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La rencontre aura lieu soit le ... à Québec, soit le ... à Montréal, soit le ... à Gatineau et Sherbrooke.

La rencontre vise à évaluer, dans le cadre d'une recherche liée à la santé publique, les attitudes de la population par rapport aux drogues et aux personnes qui en consomment, puis de recueillir des opinions concernant les mesures mises en place pour diminuer les effets négatifs de l'usage des drogues.

La rencontre sera d'environ 2 heures.

Compensation pour chaque participant au groupe : 100 \$

Pour savoir si vous avez le bon profil, répondez au questionnaire de qualification en cliquant sur le bouton ci-dessous :
[https://sondage.som.ca/rw20075web/index.html?mp=\[MP\]](https://sondage.som.ca/rw20075web/index.html?mp=[MP])

Nous vous remercions à l'avance de votre participation!

--

L'équipe de SOM

Courriel : panel@som.ca

Téléphone : 418 687-8025 ou 1 800 605-7824

*/

Q_LIEU

Merci de votre intérêt. Habitez-vous ((G principalement))...

1 = Dans la grande région de Québec

2 = Dans la grande région de Montréal

3 = Dans la région de Gatineau

4 = Dans la région de Sherbrooke

9 = Je n'habite dans aucune des régions mentionnées plus haut->out

Q_0

Nous recrutons présentement des personnes de 18 ans ou plus pour participer à un groupe de discussion pour le compte de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La rencontre aura lieu <AFF0.0>.

La rencontre vise à évaluer, dans le cadre d'une recherche liée à la santé publique, les attitudes de la population par rapport aux drogues, et aux personnes qui en consomment puis de recueillir des opinions concernant les mesures mises en place pour diminuer les effets négatifs de l'usage des drogues.

La rencontre sera d'environ 2 heures.

Compensation pour chaque participant au groupe : 100 \$

Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

2 = *Continuer

Q_SECTEUR1 Est-ce que vous, ou un membre de votre foyer, travaillez ou étudiez dans l'un ou l'autre des secteurs suivants? *Veuillez cocher tout ce qui s'applique*

- 1 = Publicité/Marketing
- 2 = Communication/Relations publiques
- 3 = Recherche marketing/Sondage
- 4 = Santé/Services sociaux
- 9 = Aucun de ces secteurs

Q_ÂGE Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- 1 = 18 à 24 ans
- 2 = 25 à 34 ans
- 3 = 35 à 44 ans
- 4 = 45 à 54 ans
- 5 = 55 à 64 ans
- 6 = 65 ans ou plus->sortie
- 99 = Je préfère ne pas répondre->out

Q_GR1 À quand remonte la dernière fois où vous avez participé à un groupe de discussion rémunéré?

- 1 = 0 à 3 mois->out
- 2 = 4 à 6 mois->out
- 3 = 7 à 12 mois
- 4 = Plus de 12 mois
- 5 = Je n'ai jamais participé à un groupe de discussion rémunéré
- 99 = Je préfère ne pas répondre->out

Q_GR2 Quel(s) thème(s) ont été abordés dans les groupes de discussion auxquels vous avez participé?

Q_SCOL Quel est le niveau de scolarité que vous avez complété?

- 1 = Secondaire ou moins
- 2 = Collégial
- 3 = Universitaire
- 99 = Je préfère ne pas répondre->out

- Q_GR2 Quel est le code postal de votre résidence principale?
- _____
- Q_SEXE Vous êtes...
- 1 = Un homme
2 = Une femme
- Q_av3b1 La rencontre aura lieu à ((G <TXTINV>)).
- Si vous êtes appelé à participer, à quel moment seriez-vous disponible? ((G **Veillez cocher toutes les plages horaires où vous êtes disponible.**))
- 1 = Le ... (Québec)
2 = Le ... (Québec)
3 = Le ... (Montréal)
4 = Le ... (Montréal)
5 = Le ... (Gatineau)
6=Le ... (Sherbrooke)
7 = Je ne suis pas disponible aux heures et à la/aux date(s) mentionnée(s) pour ma région
9 = Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre
- Q_3a Merci d'avoir complété ce questionnaire.
- Veillez noter que vous n'êtes pas encore officiellement inscrit(e). Vous devez recevoir un appel de notre part pour être officiellement considéré(e) comme participant(e) à la recherche.
- Nous allons maintenant étudier vos réponses afin de déterminer si votre profil correspond à ce que nous cherchons. La confirmation des participants admissibles se fait au téléphone. Afin que nous puissions au besoin vous contacter, veuillez SVP inscrire vos coordonnées ci-dessous.
- ((G Si nous ne vous recontactons pas, et nous devons insister sur le fait qu'il est possible que nous ne vous recontactons pas, c'est que nous aurons atteint le nombre requis de participants.))**
- <<*H Prénom : *L=2 _____*espace=1,60*suf a>>
<<*H Nom : *L=2 _____*espace=1,60*suf b>>
<<*H Tél. jour : *L=2 _____*telephone*facultatif*suf c>>
<<*H Poste : *L=2 _____*facultatif*suf d>>
<<*H Tél. soir : *L=2 _____*telephone*facultatif*suf e>>
<<*H Courriel : *L=2 _____*courriel*facultatif*espace=1,60*suf z>>
>>
- Q_FIN Merci de votre collaboration!

Annexe 2

Guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

INSPQ

Attitudes de la population en lien avec les personnes ayant un usage problématique des drogues ou ayant développé une dépendance chronique

INTRODUCTION (15 minutes)

- Bienvenue aux participants.
- Objectif des groupes : Cette étude dans le cadre d'une activité de consultation menée par l'INSPQ (Institut national de santé publique du Québec), qui souhaite mieux comprendre les connaissances et attitudes de la population par rapport aux drogues et aux personnes qui en consomment, de même que recueillir vos opinions concernant les différentes *mesures de réduction des méfaits*.
- Les mesures de réduction des méfaits visent à diminuer les effets négatifs de l'usage de drogues sans nécessairement exiger l'abstinence. Il s'agit par exemple, des programmes d'accès au matériel d'injection ou des services d'injection supervisée.
- Présentation du déroulement et des modalités de la rencontre (confidentialité, enregistrement et prise de note, compensation financière, présence d'observateurs et leur rôle, durée de l'activité).
- Règles de base :
 - parler une personne à la fois;
 - l'objectif dans un groupe de discussion est que tout le monde s'exprime, mais il n'est pas obligatoire de répondre à toutes les questions;
 - le respect des opinions des autres est essentiel (il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse), pas de jugement ni de débat;
 - ne pas hésiter à dire ce que vous pensez, que les autres soient d'accord avec vous ou non.
- Tour de table (présentation des participants) :
 - prénom, âge, profession, lieu de résidence
 - avez-vous des enfants? Si oui de quel âge?
 - pourquoi avez-vous décidé de participer au groupe de discussion aujourd'hui (mise à part la compensation financière)?

1. Connaissances & attitudes par rapport aux drogues (10 minutes)

- D'abord, j'aimerais en savoir davantage sur votre familiarité et vos connaissances sur les drogues en général.
 - Quelles sont les différentes drogues (ou les différents types de drogues) que vous connaissez, dont vous avez déjà entendu parler?
 - Que savez-vous sur chacune de ces drogues (composition chimique, comment se procurer ces drogues, coût de ces drogues, manière de les consommer, effets ressentis suite à la consommation, conséquences de la consommation, etc.)

2. Perceptions & attitudes par rapport aux personnes qui consomment des drogues (25 minutes)

- Selon vous, quelles sont les différentes raisons qui conduisent les personnes à consommer des drogues illégales?
 - Est-ce que ces raisons peuvent différer en fonction du type de drogue que l'on consomme? Quelles sont ces différences selon vous?
- Selon vous, pourquoi certaines personnes développent une dépendance aux drogues qu'elles consomment?
- Selon vous, quelles sont les personnes étant les plus à risque de consommer des drogues illégales? Pourquoi? Y a-t-il des points communs à ces personnes?
- Lors d'un sondage conduit en 2019 au Québec auprès de la population générale, il est ressorti que 81 % des répondants croyaient que les jeunes (ados) sont plus à risque de devenir dépendants aux drogues.
 - Qu'en pensez-vous personnellement? Les jeunes sont-ils plus à risque que les autres groupes d'âge? Pourquoi?
- Lors de ce même sondage réalisé en 2019, il est ressorti que les répondants en général pensaient que la consommation de cannabis pouvait conduire à consommer d'autres drogues plus dangereuses. Qu'en pensez-vous?
- Du point de vue de la police ou du système judiciaire, quelle(s) attitude(s) faudrait-il avoir par rapport aux personnes arrêtées pour possession de drogues (ex. : prise en charge pour traiter la dépendance ou prison)? Pourquoi?
 - Y a-t-il des attitudes à privilégier différentes en fonction du type de drogues possédées par les personnes arrêtées?
- Selon vous, faudrait-il légaliser d'autres drogues comme dans le cas du cannabis?
 - Si oui, quelles drogues spécifiques faudrait-il légaliser selon vous?
Légaliser ou décriminaliser?

3. Connaissances & représentations des mesures de réduction des méfaits liées aux drogues illicites (30 minutes)

- Connaissez-vous des exemples concrets de mesures de réduction des méfaits liées aux drogues illicites mises en place au Québec?
 - Quelles sont les mesures que vous connaissez? *L'animateur en fait la liste sur un tableau*
 - Comment avez-vous eu connaissance de ces mesures (Internet, radio, télévision, journaux, parents ou amis, collègues de travail, etc.)?
 - Selon vous, à quoi servent les mesures qui ont été mises en place?

- Connaissez-vous les différents organismes (organismes communautaires, pharmacies, etc.) et/ou les catégories professionnelles (ex. : médecins) qui mettent en place les mesures de réduction des méfaits et les mettent à disposition des personnes qui consomment des drogues?
 - Quels sont ces organismes et/ou professionnels?
 - Selon vos connaissances, pourriez-vous décrire ce qu'ils font exactement?
 - Que pensez-vous de ces organismes?
 - (Si les réponses sont critiques, négatives) Selon vous, dans quel(s) organisme(s) faudrait-il mettre en place les différentes mesures de réduction des méfaits?
 - Comment faudrait-il s'y prendre? Pour quelles raisons? *Creuser les différentes perceptions entre organismes communautaires vs pharmacies.*

4. Opinions & connaissances concernant les mesures de réduction des méfaits (35 minutes)

- Que pensez-vous des différentes mesures de réduction des méfaits dont nous venons de parler? (*Reprendre chacune des mesures qui ont été listées sur le tableau*)
- (*En fonction de ce qui a été discuté précédemment, ne retenir que les mesures qui n'ont pas été abordées*) Que pensez-vous de chacune des mesures de réduction des méfaits suivantes :
 - Test du contenu et de la pureté des drogues en contexte festif;
 - Programme d'accès au matériel d'injection ou programmes d'échanges de seringues;
 - Services d'injection supervisée/Services d'inhalation supervisée;
 - Offre gratuite de trousse de naloxone;
 - Les mesures de réduction des méfaits suivantes pouvant être mises en place en prison (distribution de seringues stériles des services d'injection supervisée, programmes de tatouage sécuritaire, accès à des trousse de naloxone aux détenus à leur sortie de prison);
 - Prescription médicale de méthadone;
 - Prescription médicale d'héroïne;
 - Accès à des logements supervisés.
- Savez-vous si des mesures de réduction des méfaits ont été mises en place dans votre quartier de résidence?
 - Quelles sont ces mesures? Par qui ont-elles été mises en place?
 - Quelles personnes utilisent ces services?
 - Que pensez-vous de l'implantation de ces mesures dans votre quartier de résidence? Comment vous sentez-vous à l'idée d'avoir ces mesures mises en place à proximité de chez vous? Pourquoi?
- (*Mentionner les autres mesures de réduction des méfaits non citées et demander pour chacune d'entre elles* :) Que pensez-vous si la mesure... était implantée dans votre quartier de résidence? Est-ce que cela serait souhaitable? Pourquoi?
- Selon vous, quels sont les principaux obstacles que l'on rencontre dans la mise en place des mesures de réduction des méfaits au Québec?

- Avez-vous déjà été en contact avec l'un des organismes communautaires de votre quartier qui propose des mesures de réduction des méfaits par rapport à la consommation de drogues? Si oui, à quelle(s) occasion(s)? Pourquoi avez-vous été en contact avec eux? Comment cela s'est-il passé? Qu'en avez-vous pensé?

Explorer si c'était à l'occasion d'une plainte (ex. : seringue trouvée dans sa cour), en participant à un Comité Bon Voisinage (ou équivalent) ou à une Table de concertation de quartier

- Aimerez-vous être impliqué(e) par rapport aux actions de réduction des méfaits mises en place dans votre quartier et être formé(e) pour gérer certaines situations liées à la consommation de drogues? Si oui, de quelle(s) manière(s) aimeriez-vous être impliqué(e)?

Explorer par exemple : apprendre quoi et comment faire pour ramasser de manière sécuritaire une seringue trouvée dans la rue près de chez vous ou dans votre cours; apprendre à comment réagir avec des personnes qui consomment des drogues.

Si vous ne souhaitez pas être impliqué(e), pourquoi?

CONCLUSION (10 minutes)

- Questions?
- Retour auprès des observateurs.
- Dernières questions s'il y a lieu.

www.inspq.qc.ca