



Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

**PORTRAIT DES CONSOMMATEURS  
DE COCAÏNE CONTEMPORAINS  
AU QUÉBEC**

**CPLT**

**PORTRAIT DES CONSOMMATEURS  
DE COCAÏNE CONTEMPORAINS  
AU QUÉBEC**

**par**

**PASCAL SCHNEEBERGER**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie**

**Mai 2000**

Dépôt légal :  
ISBN : 2-550-36022-2  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Deuxième trimestre 2000

---

Le genre masculin utilisé dans ce document  
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

## ***NOTES SUR L'AUTEUR***

**Pascal Schneeberger** est criminologue depuis 1990. Il est également titulaire d'une maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal depuis 1994. Il occupe actuellement la fonction de professionnel de recherche pour le Centre international de criminologie comparée (CICC) de l'Université de Montréal et le groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ). Il est également contractuel pour des organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux. Ses travaux ont particulièrement porté sur la clientèle toxicomane judiciairisée, de même que sur l'évaluation des programmes qui leur sont destinés.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	<i>i</i>
AVANT-PROPOS .....	<i>iii</i>
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES .....	3
1.1 Recension des écrits.....	3
1.2 Rencontres auprès des informateurs clés .....	4
1.3 Limites de l'étude .....	5
CHAPITRE 2 : LA COCAÏNE .....	6
2.1 Un peu d'histoire... ..	7
2.2 Description du produit et de ses effets.....	8
2.3 Modes d'administration .....	11
CHAPITRE 3 : LE TRAFIC DE COCAÏNE.....	14
3.1 Dispositions légales .....	14
3.2 L'organisation du marché .....	15
3.3 Le trafiquant de cocaïne.....	17
CHAPITRE 4 : LES CONSOMMATEURS DE COCAÏNE .....	20
4.1 Taux de prévalence .....	20
4.2 Types de consommateurs .....	24
4.3 Cocaïne et périnatalité .....	29
4.4 Utilisateurs de drogues par voie intraveineuse .....	32
4.5 Profil de personnalité du consommateur-type .....	35
CHAPITRE 5 : DIFFICULTES ASSOCIEES A LA CONSOMMATION DE COCAÏNE .....	37
5.1 Au plan de la santé physique .....	37
5.2 Au plan psychologique .....	40
5.3 Au plan légal.....	41
5.4 Au plan socio-économique .....	42
CHAPITRE 6 : L'INTERVENTION AUPRES DES CONSOMMATEURS DE COCAÏNE.....	43
6.1 Types d'intervention .....	43
& La promotion de la santé et la prévention.....	43
& Le dépistage et l'intervention précoce .....	45
& La désintoxication et la réadaptation .....	45
& La réinsertion sociale.....	47
6.2 Efficacité de l'intervention .....	48
6.3 Difficultés rencontrées.....	49
CHAPITRE 7 : ÉLÉMENT DE RÉFLEXIONS .....	52
CONCLUSION.....	56
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	57

## REMERCIEMENTS

L'auteur voudrait en tout premier lieu exprimer sa gratitude envers les différentes personnes qui ont accepté de partager leur expérience, leurs connaissances et le fruit de leur réflexion sur la question des consommateurs de cocaïne. Le discours de ces intervenants a été sans contredit une précieuse source d'information pour la rédaction de ce document. Il s'agit de :

**Céline Bellot**, Hôpital St-Luc, Montréal

**Josée Bolduc et l'équipe** du Centre Jean-Patrice Chiasson, Sherbrooke

**Mélanie Caron**, Pact de rue, Montréal

**Christian Comeau et l'équipe** du Pavillon André Boudreau, St-Jérôme

**Jean-Luc Coulombe**, Centre Le Canal, Baie-Comeau

**Martin Dumont**, Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, Victoriaville

**Charles Forget**, Maison Jean Lapointe, Montréal

**André Guillemette**, Centre Jean Lapointe pour adolescents, Montréal

**Mylène Lecours**, Action Toxicomanie Bois-Francis, Victoriaville

**Stéphane Léveillé, l'équipe et les résidents** de la Maison Mélaric, Carillon

**Guy-Pierre Lévesque**, Méta d'Âme, Montréal

**Gilles Marquis**, Point de Repères, Québec

**Chantal Paquette**, L'Escale - Centre régional de réadaptation en toxicomanie, Ste-Anne-des-Monts

**Robert Paris**, Pact de rue, Montréal

**Pierre Ricard**, Pact de rue, Montréal

**Jean-Marie Richard**, Le Refuge La Piaule du Centre du Québec, Drummondville

**Normand Senez**, Méta d'Âme, Montréal

**Lise St-Louis**, Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, Trois-Rivières

**Nicole Therrien**, Centre Dollard-Cormier, Programme Jeunesse, Montréal

**Annick Tremblay**, Centre Dollard-Cormier, Programme Jeunesse, Montréal

**Jean-Yves Vachon**, Centre de réadaptation Ubald Villeneuve, Québec

Un grand merci à quelqu'un que nous appellerons tout simplement **Jean-Guy**, qui, à travers son expérience de consommateur de cocaïne, a pu apporter des éléments supplémentaires à notre réflexion.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à une équipe d'intervenantes du Centre Dollard-Cormier qui a accepté notre présence à une rencontre d'un groupe de discussion au cours de laquelle elles nous ont permis d'approfondir la question des mères cocaïnomanes. Il s'agit de **Godeleive Asnong, Danielle Demers, Danielle Duhamel, Estelle Gemme, Lucie Houde, Marie LeCavalier** et **Josée Pépin**.

L'auteur adresse également ses remerciements à différents informateurs qui par leur connaissance du

réseau d'intervention lui ont permis d'entrer en contact avec certains des intervenants mentionnés précédemment ou lui ont transmis des données statistiques qui lui ont permis de préciser certains aspects abordés. Il pense à :

**Michèle Beaudoin**, Service de police de la communauté urbaine de Montréal, Montréal

**Alain Bourdeau**, Sûreté du Québec, Montréal

**Denis Boivin**, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre

**Éric Chartrand**, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides

**Lucie Chouinard**, Centre Dollard-Cormier, Montréal

**Benoît Côté**, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Québec

**Lyne Desjardins**, Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec, Montréal

**Pierre Desrosiers**, Centre Dollard-Cormier, Programme Jeunesse, Montréal

**Jocelyne Forget**, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal

**Nadine Lachance**, Centre Le Canal, Baie-Comeau

**Francine Marcil**, Centre Le Maillon, Laval

**Jean-Marc Ménard**, Centre Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, Trois-Rivières

**Carmen Trottier**, Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Longueuil

L'auteur souhaite aussi remercier les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie et leur directrice générale, madame Jocelyne Forget, pour lui avoir offert l'opportunité de mener cette étude. Il remercie par ailleurs mesdames **Lise Roy**, **Carole Morissette** et **Jocelyne Forget**, ainsi que monsieur **Robert Paris**, pour avoir effectué la révision du texte pour le CPLT.

Enfin, il ne pourrait passer sous silence la contribution de **Danielle Dupuis** pour la mise en page finale du document.

## ***AVANT-PROPOS***

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celle de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède régulièrement à des travaux visant à mieux clarifier certains aspects de la problématique, à préciser les liens existants avec d'autres phénomènes sociaux associés, ou encore à dégager les caractéristiques spécifiques de certains sous-groupes de toxicomanes.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publiait récemment un document sur le portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec. Si les conclusions du rapport indiquent que l'héroïne est de plus en plus disponible sur le territoire québécois, rejoignant une proportion de consommateurs de plus en plus grande et de plus en plus jeune, il n'en demeure pas moins que les écrits et les témoignages des intervenants impliqués auprès des clientèles utilisatrices de drogues rapportent que les consommateurs de cocaïne représentent une population beaucoup plus importante. Si nous souhaitons mieux comprendre la réalité de la consommation de drogues au Québec, il est indispensable de s'attarder aux utilisateurs de cocaïne. Le Comité a donc commandé une étude visant à mieux cerner cette réalité et à dégager quelques pistes de réflexion susceptibles de guider les différents paliers de décideurs et intervenants dans l'adoption de mesures plus efficaces.

## INTRODUCTION

*«Mon père était très violent envers ma mère. À six ans, je l'ai vu fendre la tête de ma mère avec une crowbar. J'ai essayé de la défendre, mais mon père m'a fracturé la mâchoire [...] À huit ans j'ai pris ma première brosse et j'ai fumé du pot. Mon père m'en avait donné pour ma fête [...] Lorsque j'avais neuf ans, ma mère s'est sauvée de mon père avec nous. Mon père nous a embarré dans la maison par dehors et il a mis le feu. Ma soeur a été très brûlée [...] Lorsque j'avais dix ans, mon père est venu me chercher à l'école et m'avait fait attendre dans l'auto pendant qu'il allait à la taverne. Il a mangé une volée dans la taverne. Il est revenu et nous avons attendu des heures dans l'auto. Mon père a battu le gars lorsqu'il est sorti. Le gars est tombé sur moi. Il était mort. Mon père l'a rentré dans le char et m'a demandé de m'asseoir dessus pour que ça ne paraisse pas.» (Parent & Brochu, 1999, p.62-63.)*

Ce bref extrait du témoignage d'un consommateur de cocaïne à propos de son enfance a de quoi nous laisser perplexe. En effet, comment rester indifférent devant un tel étalage de violence, devant une enfance aussi «vulgaire» pour reprendre les termes du narrateur. Peu de gens seront surpris d'apprendre qu'Alain est devenu un consommateur de cocaïne assidu, impliqué dans le trafic de drogues et homme de main d'un groupe associé au crime organisé. Des histoires comme celle-ci forgent une bien mauvaise réputation à cette poudre blanche cristalline et à son utilisateur. En effet, pour plusieurs, la consommation de cocaïne est associée à une kyrielle de comportements négatifs: dépendance, violence, prostitution, vols, injection, pour n'en nommer que quelques-uns. Compte tenu de cette attitude, il n'est donc pas étonnant que notre gouvernement ait adopté une législation condamnant l'usage, la possession, la vente et l'importation de cette drogue. Et peut-être que d'une certaine façon sommes-nous soulagés de croire que la consommation de cette substance ne concerne que quelques malheureux qui ont eu la malchance de naître dans un environnement inadéquat ou qui ont fait le choix controversé d'un style de vie malsain.

Pour cette raison et plusieurs autres, beaucoup de mythes entourent la cocaïne et ses usagers. Pourtant lorsqu'on étudie un peu la question, on s'aperçoit que cette drogue n'a pas toujours été si méprisée. On remarque également qu'elle fait partie de la vie de plusieurs types d'individus dont la majorité n'agressent pas la société et participent même à des activités hautement valorisées par cette dernière. On n'a qu'à songer à Sigmund Freud, qui a expérimenté cette drogue à maintes reprises et

y cherchait un médicament de substitution pour les morphinomanes. Ou encore à Arthur Conan Doyle, le père de Sherlock Holmes qui, à travers son personnage, vante les effets de la cocaïne sur son acuité intellectuelle, augmentant par le fait même son efficacité à la résolution d'affaires criminelles. Et que dire de l'écrivain Stevenson qui écrivit probablement sous l'effet de la cocaïne, le célèbre Dr Jekyll et Mr Hyde en trois jours et trois nuits (Antonin, 1997).

Deux points de vue, deux portraits. Alors que croire? L'objectif de ce document sera donc de faire état des connaissances actuelles en ce domaine. Pourquoi, puisque quiconque s'amusera à effectuer une recherche à la bibliothèque sous le vocable «cocaïne» constatera de lui-même qu'un nombre impressionnant d'ouvrages ont été consacrés à l'usage de cette drogue et à ses consommateurs? Parce que le nombre de ces écrits sont volumineux et très spécialisés. Ainsi, un auteur pourra se consacrer à la description du fonctionnement du trafic de cocaïne dans un volume de plus d'une centaine de pages alors qu'un autre présentera de façon détaillée le processus par lequel la cocaïne agit sur le système nerveux central. Ces documents sont certes très pertinents mais parfois peu accessibles pour le lecteur qui ne possède pas les concepts de base requis ou le temps nécessaire pour en prendre connaissance. Ce rapport tentera donc de résumer les différents aspects associés à la cocaïne et à son utilisateur d'une façon accessible au plus grand public possible. Par ailleurs, la réalité décrite dans ces documents reflète habituellement la situation vécue aux États-Unis, en France ou en Angleterre. Beaucoup moins d'auteurs se sont intéressés à ce phénomène pour le Québec et lorsque ce fut le cas, généralement à partir d'une problématique spécifique (propagation du VIH, criminalité associée à la consommation), pour une population particulière (UDI, détenus) et dans un espace géographique bien délimité (quartier, ville). Ce document espère donc rendre compte de la réalité vécue par les consommateurs de cocaïne au Québec et raconter l'expérience des intervenants québécois concernés par ce type de consommation.

Ainsi donc, après avoir discuté dans le premier chapitre de la méthode sous-jacente à l'étude et des principales limites de celle-ci, nous discuterons de la substance, de ses propriétés et de son utilisation (chapitre 2). Dans un troisième temps nous étudierons le commerce de la cocaïne au Québec (chapitre 3). Le quatrième chapitre proposera une analyse des utilisateurs de cette drogue en termes de prévalence, de sous-populations particulières et de profil des consommateurs. Le lecteur trouvera au chapitre 5 une discussion sur les principales difficultés associées à la consommation de cocaïne au

plan de la santé, de la psychologie de l'individu et au plan légal. L'intervention auprès des consommateurs de cette substance psychoactive fera l'objet du sixième chapitre alors que la dernière section (chapitre 7) sera consacrée à la présentation de quelques éléments de réflexion.

## **CHAPITRE 1 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES**

L'information recherchée a été recueillie selon deux types de données. Une première étape comportait la consultation des écrits qui ont traité de la question de la consommation de cocaïne. Une seconde étape a offert au chercheur la possibilité d'entrer en contact avec différents informateurs clés qui oeuvrent auprès de cette clientèle afin d'approfondir certains aspects traités dans la littérature ou d'en aborder d'autres qui n'ont pas fait l'objet d'un écrit. Chacune de ces étapes a permis d'alimenter l'autre davantage. Par exemple, la lecture de certains articles ou résumés de conférences informait l'auteur de l'existence de certains intervenants susceptibles d'apporter un éclairage intéressant sur le phénomène alors que la consultation de certains professionnels impliqués auprès des consommateurs de cocaïne a permis de mettre à jour de nouvelles références bibliographiques sur la question.

Dans la présentation du document, nous avons jugé préférable de conjuguer les éléments provenant des différentes sources d'information à l'intérieur des mêmes sections plutôt que de présenter les résultats distinctement en fonction de la provenance de l'information recueillie. Cette méthode nous semblait présenter l'avantage d'une meilleure cohésion des renseignements présentés. Par contre, nous avons pris soin de bien distinguer de quelle source d'informations proviennent les données présentées dans le rapport afin que le lecteur puisse juger de la portée à accorder aux propos. Regardons de plus près en quoi ont consisté ces deux méthodes de cueillette de données.

### **1.1 RECENSION DES ÉCRITS**

Par cette source, nous souhaitons recueillir le plus d'informations possibles sur la situation de la cocaïne et de ses utilisateurs au Québec. L'expérience passée nous avait démontré que les banques de données bibliographiques accessibles dans les grandes universités québécoises (NCJRS, Sociofile, Psychinfo, ...) éprouvaient quelques difficultés à répertorier les études réalisées dans la province, en raison notamment du faible pourcentage de documents francophones répertoriés dans ces banques et du caractère scientifique des études consignées, ce qui n'est pas toujours le cas de l'information que nous souhaitons. Il fallut donc privilégier d'autres stratégies de recherche. L'auteur s'étant intéressé depuis plusieurs années déjà à la question des consommateurs de drogues illicites avait déjà accumulé plusieurs documents pertinents à l'étude. La consultation du Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) fut par la suite une précieuse source d'information. La recherche auprès d'autres ressources spécialisées (Association des intervenants en toxicomanie du Québec, centre de documentation en criminologie) fut également d'un apport considérable. Enfin, l'examen de divers sites web<sup>1</sup> a également servi à compléter l'information recueillie par cette source.

Par contre, la documentation disponible sur le sujet nous semblait présenter un portrait incomplet de la situation, surtout dans une perspective québécoise. C'est pourquoi nous avons également opté pour une stratégie qui impliquerait la participation des personnes directement concernées par la problématique.

## **1.2 RENCONTRES AUPRÈS DES INFORMATEURS CLÉS**

Il nous est en effet apparu que l'information contenue dans les documents imprimés présentait un portrait incomplet de la place de la cocaïne au Québec et des caractéristiques de ses utilisateurs. Quoi de mieux pour pallier à cette difficulté que d'interroger les personnes directement impliquées par cette problématique c'est-à-dire les intervenants et les consommateurs. Plus d'une cinquantaine de contacts ont été amorcés par l'auteur et sur ce nombre une quarantaine d'informateurs ont été rejoints<sup>2</sup>, la majorité provenant de la grande

---

<sup>1</sup> Par exemple celui de la Gendarmerie royale du Canada (GRC).

<sup>2</sup> Le lecteur trouvera la liste des personnes contactées dans la section des remerciements.

région métropolitaine, en raison de leur proximité et du plus grand nombre de consommateurs et de ressources concernés par la question de la cocaïne. Nous avons toutefois tenté dans la mesure du possible de rejoindre des personnes oeuvrant dans différentes régions de la province (Bas St-Laurent, Côte Nord, Estrie, Laurentides, Laval, Mauricie-Centre du Québec, Québec). Elles provenaient également de différents secteurs d'intervention (centres de réadaptation publics ou privés en toxicomanie, travailleurs de rue, milieu scolaire, milieu policier, organismes communautaires, milieu de l'enseignement et de la recherche) et oeuvraient auprès d'une clientèle adulte ou juvénile.

Le contact auprès de ces différents informateurs nous a permis d'explorer plusieurs dimensions peu abordées dans la littérature ou encore d'approfondir certains autres aspects. Ainsi nous demandions à nos collaborateurs de nous parler de la proportion de leur clientèle concernée par la consommation de cocaïne, des modalités de cette consommation (mode d'administration, quantité, fréquence, lieux, contexte), des caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, lieu de résidence, moyens de subsistance, profil psychologique), de leurs motivations à consommer cette drogue, des difficultés rencontrées par les usagers et de leurs besoins, ainsi que des différents types d'intervention disponibles, de leur accessibilité et de leur efficacité. Enfin, nous avons demandé à ces personnes si elles étaient en mesure de nous référer à d'autres intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle (notamment pour les régions plus éloignées) ou si elles possédaient des documents pertinents à notre objet d'étude.

### **1.3 LIMITES DE L'ÉTUDE**

Une première limite de nos travaux nous semble être liée à la difficulté de nous procurer l'information relative à notre objet d'étude. En effet, plusieurs documents internes ne sont pas facilement accessibles et si nos contacts avec certains informateurs clés nous ont permis de prendre connaissance d'une partie de ces documents, il y a fort à parier qu'une proportion de cette documentation nous est demeurée inconnue. Ensuite, les intervenants concernés par la problématique ne sont pas tous intéressés à transcrire le fruit de leur expérience et de leurs réflexions. Beaucoup de savoir ne se retrouve donc pas dans les rayons d'une bibliothèque, limitant ainsi notre accès à la connaissance de la cocaïne et de ses utilisateurs. Pour pallier à

cette limite, nous avons toutefois rejoint un grand nombre d'informateurs.

Par ailleurs, même si nous avons pris soin d'assurer une représentation du plus grand nombre de régions québécoises possible, la majorité des personnes rencontrées et des documents consultés provenaient de Montréal et le rapport se trouve probablement teinté plus fortement par cette réalité.

Enfin, nous sommes conscients que certaines populations ne sont pas représentées dans notre document. Nous pensons ici, entre autres, à des populations plus aisées auxquelles nous n'avons pas eu accès (les consommateurs dans le milieu des sports ou dans le milieu des affaires, pour ne citer que ces deux exemples). Nous n'oserions donc pas prétendre avoir fait un portrait exhaustif des consommateurs de cocaïne québécois; nous présentons plutôt l'information disponible sur le sujet.

## ***CHAPITRE 2 : LA COCAÏNE***

On en parle généralement sous le vocable de «coke». Après des consommateurs elle est fréquemment représentée par un personnage aux attributs féminins. Doit-on en tenir responsable la proportion beaucoup plus élevée d'hommes impliqués dans la consommation de cocaïne, qui voient en elle une quelconque déesse-mère-épouse, à la fois récipiendaire de leur soumission et de leur admiration, ou encore en raison de la place importante que peut prendre cette substance dans la vie de ces individus remplaçant bien souvent les relations affectives des usagers. Toujours est-il qu'on la surnomme «miss coco», «lady cocaïne» et «miss candy». Au-delà de ces appellations et des mythes qui lui sont associés, qu'est-ce au juste que la cocaïne? Ce chapitre tentera de répondre à cette question en discutant de certains aspects historiques liés à la cocaïne, de la nature du produit et de ses effets, de même que de ses modes d'administration.

## 2.1 UN PEU D'HISTOIRE...

La cocaïne n'a pas toujours été une substance prohibée. On lui a reconnu plusieurs usages et plusieurs fonctions à travers le temps. Ainsi, des sciences telles l'archéologie et l'anthropologie ont permis d'établir que la feuille de coca était utilisée dans des civilisations sud américaines bien avant la naissance du Christ (Domic, 1996; Vincy, 1999). On a retrouvé des traces de cette plante dans des tombes péruviennes datant de 2500 ans avant J-C (Vincy, 1999) et on a découvert, en Bolivie, la représentation d'un visage humain, la joue arrondie par une chique de coca, en l'an 400 avant J-C (Domic, 1996). À l'époque précolombienne (XI<sup>ème</sup> au XIV<sup>ème</sup> siècle), l'usage de coca occupait des fonctions religieuses, médicales et sociales. Ainsi, dans la société inca, la coca était réservée aux prêtres, aux rois et aux castes supérieures à des fins rituelles (Vincent, 1987). On l'associait également à certains rites initiatiques, tels l'insensibilisation de l'hymen lors de la défloration des jeunes filles, ou encore à certains actes médicaux tels que les opérations dans la boîte crânienne (Domic, 1996). Elle était également reconnue pour sa capacité à réduire la fatigue, à calmer la faim et à augmenter l'endurance (Vincent, 1987). L'arrivée des *conquistadors* dans les pays andins marque la première période de prohibition de cette substance qui ne dura cependant pas très longtemps, compte tenu des bénéfices économiques associés à la plante (Domic, 1996).

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, on envisageait la possibilité d'utiliser la coca comme substitut alimentaire (Vincy, 1999). Toutefois, ce n'est qu'en 1859 qu'un chimiste du nom d'Albert Niemann isole un alcaloïde de la feuille de coca: la cocaïne (Domic, 1996; Vincy, 1999). Par la suite, l'utilisation de la cocaïne connaît une recrudescence importante, notamment en raison de son emploi à des fins thérapeutiques<sup>3</sup> (anesthésie locale, substitut pour les morphomanes, remède contre le rhume des foins, les rages de dents, les maux de gorge, les troubles digestifs ou encore la timidité et la déprime). En 1886, on introduit sur le marché le Coca-Cola<sup>4</sup> en tant que «précieux tonifiant du cerveau et remède contre les problèmes nerveux» (Vincy, 1999).

---

<sup>3</sup> Le lecteur prendra note que la cocaïne est encore parfois utilisée à des fins médicales, notamment dans le domaine de l'ophtalmologie.

<sup>4</sup> Suite aux différents problèmes associés à la cocaïne, on remplaça la coca par de la caféine au début du XXI<sup>ème</sup> siècle (Vincy, 1999).

Peu de temps après, les sociétés américaine et européenne déchantaient suite à l'utilisation de plus en plus massive et chronique de la cocaïne, jusqu'à en établir son interdiction, en 1914, avec le *Harrison Act*. Selon les données disponibles, son usage aurait par la suite presque disparu durant les années 30 pour resurgir au cours des années 70 dans les milieux plus fortunés (artistes, gens d'affaires...). On l'appelait alors «le champagne des drogues». Au milieu des années 80 on assistait à l'apparition du *crack* et de la *freebase*, formes permettant d'inhaler la cocaïne. Son utilisation depuis n'a fait que croître jusqu'à la situation que l'on connaît aujourd'hui.

## 2.2 DESCRIPTION DU PRODUIT ET DE SES EFFETS

La cocaïne est obtenue à partir de la feuille de l'Erythroxyton Coca, également appelée «Khoca» en langue aymara, ce qui signifie «l'arbre par excellence» (Domic, 1996). Cet arbuste pousse dans différents pays de l'Amérique du Sud et on peut procéder à sa récolte six mois après sa plantation (Vincent, 1987). Les feuilles de coca séchées sont alors mélangées à une combinaison de kérosène, d'acide sulfurique et de chaux pour former ainsi une pâte brunâtre: la pâte de coca. On estime qu'il faut environ 400 kilos de feuilles pour obtenir un kilo de pâte (Vincent, 1987). La pâte obtenue est ensuite épurée à l'aide de solvants, l'éther étant le plus utilisé, puis filtrée et séchée. On obtiendra alors de fins cristaux blancs: le chlorhydrate de cocaïne. C'est d'ailleurs son apparence qui lui a valu certains de ses surnoms communs, soit «neige» et «cristal». D'un goût plutôt amer, il s'agit d'une substance soluble dans l'eau (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; Vincy, 1999). La cocaïne est généralement «coupée» à l'aide d'un sucre, d'un stimulant et d'un anesthésique (Chevalier & Laurin, 1999). Selon les analyses effectuées par les laboratoires de Santé Canada à partir d'échantillons saisis par les forces policières, la cocaïne que l'on retrouve dans la rue serait d'un degré de pureté moyen variant entre 40 et 50% (Chevalier & Laurin, 1999). Il serait toutefois possible de s'en procurer à des taux de pureté pouvant atteindre 80% (Van Praet, 1999).

La cocaïne peut également se présenter sous forme de *crack* ou de *freebase*. Il s'agit en fait de cocaïne dont on a éliminé certaines formes d'impureté par l'addition d'une autre substance en

milieu aqueux. Ainsi, le crack est obtenu en faisant chauffer un mélange de poudre de cocaïne (chlorhydrate de cocaïne), de bicarbonate de soude (petite vache) et d'eau. La réaction chimique provoquée par l'interaction de ces éléments et de la chaleur donne un précipité qui, lorsque séché et solidifié, prend la forme de petits cailloux (Giroux, 1994; Ingold & Toussirt, 1996). Son nom lui vient du bruit sec que fait la drogue sous l'effet de la chaleur (*crack*) (Beaulieu-Desforbes & Perron-Groleau, 1990a). La *freebase* est produite par un procédé relativement semblable impliquant de la cocaïne, de l'ammoniaque et un solvant (généralement l'éther). Ces différentes substances sont mélangées avec de l'eau et chauffées, ce qui fait en sorte que la cocaïne se concentre dans la portion éther du mélange qui, une fois évaporé, laisse place à une forme plus pure de cocaïne: la *freebase* (Giroux, 1994). Ces deux produits constituent des formes «améliorées» de cocaïne puisque débarrassées de certaines impuretés. La *freebase* serait d'une pureté supérieure, compte tenu de l'utilisation d'un solvant dans sa fabrication (Beaulieu-Desforbes & Perron-Groleau, 1990a), mais également plus dangereuse en raison de son inflammabilité.

La cocaïne est responsable de deux principaux effets sur l'organisme. Il s'agit à la fois d'un stimulateur du système nerveux central et d'un analgésique local (LeCavalier, 1991). La demi-vie de la cocaïne dans le métabolisme est d'environ une heure (temps requis pour que soit éliminé la moitié de la dose administrée), la substance étant complètement éliminée de l'organisme dans l'urine de 24 à 72 heures après l'absorption (Beaulieu-Desforbes, 1992; Giroux, 1994, Richard & Senon, 1996).

**À court terme**, on remarquera chez l'utilisateur de cocaïne une accélération du rythme cardiaque, de la respiration et de la tension artérielle, due à l'effet de rétrécissement des vaisseaux sanguins provoqué par la substance (Poupart, 1991; Venne, 1992). Les pupilles de l'utilisateur se dilateront et on constatera un écoulement nasal (occasionnant un reniflement répétitif du consommateur) de même qu'une transpiration abondante (Gouvernement du Québec, 1994; Santé Canada, 1995; St-Jacques, 1990). L'utilisation de la cocaïne donne soif (Beaulieu-Desforbes & Perron-Groleau, 1990a). Certains éprouveront des nausées ou des vomissements (Domic, 1996; Richard & Senon, 1996). L'utilisateur présentera également une perte d'appétit et une disparition de la fatigue. Le consommateur de cocaïne éprouvera une sensation d'euphorie, de plaisir et de bien-être jumelée à un sentiment d'invincibilité et de

toute puissance. Il témoignera d'une augmentation de la rapidité de ses performances physiques (réflexes, endurance) et intellectuelles (Domic, 1996; Vincent, 1987). On observera par ailleurs chez ce dernier une plus grande loquacité (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a). Le consommateur attestera également d'une augmentation de sa libido et de ses performances sexuelles, effet qui se résorbera proportionnellement à la durée d'utilisation de la cocaïne (Richard & Senon, 1996; Walker, 1999).

De fortes doses peuvent provoquer des tremblements, une mauvaise coordination motrice, des hallucinations visuelles, auditives, olfactives ou cutanées, de la fièvre et parfois même le décès du consommateur<sup>5</sup> (Gouvernement du Québec, 1994; Richard & Senon, 1996; Santé Canada, 1995).

Il est difficile de discuter des effets **à long terme** de la consommation de cocaïne sans aborder la question des conséquences associées à ce type de consommation, lesquelles feront l'objet du cinquième chapitre. Mentionnons toutefois ici qu'un usage prolongé de cette drogue peut entraîner chez le consommateur une congestion nasale, de l'insomnie, une perte de poids, des problèmes dentaires, de la constipation, une difficulté à uriner, des irrégularités menstruelles et des problèmes d'ordre sexuels tels l'impuissance ou la frigidité (Ingold & Toussirt, 1996; Poupart, 1991; Santé Canada, 1995). On pourra également remarquer chez certains usagers compulsifs des difficultés cardiaques, respiratoires et neurologiques (Giroux, 1994). Certains tics, troubles de l'expression verbale, de la mémoire ou de la concentration se retrouvent aussi parmi les effets d'une consommation abusive (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; Richard & Senon, 1996). Il peut aussi arriver que les personnes qui abusent de cocaïne éprouvent des sensations d'anxiété, de suspicion et de méfiance pouvant aller jusqu'à la paranoïa (Poupart, 1991; Santé Canada, 1995). Notons en dernier lieu que les conséquences négatives d'un usage de cocaïne de mauvaise qualité sont beaucoup plus nombreuses que celles impliquant de la cocaïne de bonne qualité, ce dernier usage n'étant toutefois pas sans danger (Domic, 1996).

---

<sup>5</sup> Il est toutefois difficile de savoir lors d'un décès relié à l'usage de cocaïne si c'est la drogue qui est en cause ou les adjuvants que l'on y a ajoutés.

Les spécialistes s'entendent généralement pour avancer que l'utilisation de cocaïne ne provoque pas de dépendance physique chez son utilisateur. Toutefois, le bienfait qu'elle procure à l'usager et le sentiment de vide auquel fait face l'utilisateur lorsque le «high» de la consommation disparaît poussent les experts à classer la cocaïne comme une drogue entraînant une forte dépendance psychologique<sup>6</sup> (Richard & Senon, 1996). Ce «diagnostic» est d'ailleurs partagé par de nombreux usagers tel qu'en font foi les commentaires d'un consommateur de cocaïne qui déclare priser («sniffer») 12 grammes par semaine.

*«À 17 ans, j'ai alors essayé de sniffer de la cocaïne. J'ai sauté directement à la cocaïne puisque je ne pouvais pas consommer du cannabis, J'ai immédiatement aimé la cocaïne. Sous l'effet de cette drogue, rien ne paraissait ou ne sentait. La cocaïne possédait toutes les qualités pour être ma meilleure drogue. Trois mois plus tard, j'étais accroché à la cocaïne.» (Parent & Brochu, 1999, p.55)*

De l'avis de quelques informateurs clés, cette dépendance psychologique se développerait plus facilement chez les fumeurs de cocaïne et chez les « injecteurs ». Mentionnons pour terminer que certains intervenants mettent en doute l'inexistence d'une dépendance physique chez les sur-consommateurs aguerris de cocaïne, notamment en raison de la notion de tolérance à une dose, qui renvoie à la dépendance physique.

### **2.3 MODES D'ADMINISTRATION**

Il existe plusieurs manières de consommer de la cocaïne. En fait, on a parfois l'impression que seules les limites de l'imagination humaine balisent les modes d'administration de cette drogue (et de la drogue en général). La façon dont la cocaïne est absorbée revêt une importance certaine en raison notamment des diverses conséquences possibles sur l'individu quant à l'effet du produit, l'argent dépensé, la santé, etc.

---

<sup>6</sup> AOn peut comprendre et comparer l'expérience que fait vivre la cocaïne comme étant la réplique artificielle de ce que vit un maniaco-dépressif. C'est-à-dire, une phase maniaque qui succède à la prise de cocaïne (où l'individu devient très actif avec le sentiment d'être invincible), suivi d'une phase dépressive provoquée par l'estompement graduel de l'effet de cette drogue. (Dupont, 1995, p.5).

La méthode de consommation la plus répandue est sans aucun doute la prise. Cette méthode consiste à inspirer par le nez une ligne de cocaïne en poudre à l'aide d'une petite paille, d'un billet de banque roulé ou d'un quelconque cylindre. La quantité de cocaïne consommée dans une ligne varie selon les goûts et la tolérance du consommateur mais, pour situer le lecteur, disons qu'il y a généralement de deux à quatre lignes dans un quart de gramme. Consommée ainsi, l'effet est ressenti deux à trois minutes après l'utilisation (Giroux, 1994), atteignant son paroxysme 10 à 20 minutes suivant l'absorption (Vincent, 1987). On estime par contre que seulement 20 à 30% de la dose prise passe dans le sang (Giroux, 1994).

Tel que nous l'avons vu précédemment, la cocaïne peut également subir des transformations pour obtenir ce que l'on appelle le *crack* et la *freebase*. Sous ces formes, la cocaïne peut être fumée à l'aide d'une pipe à eau ou d'un autre mécanisme assurant des fonctions similaires (bouteille de plastique, crayon, etc.). Ainsi inhalée, l'effet de la cocaïne se fait sentir beaucoup plus rapidement (8 à 10 secondes) et intensément, mais s'estompe également plus vite, c'est-à-dire une quinzaine de minutes plus tard (Giroux, 1994; Ingold & Toussirt, 1996). Selon Giroux (1994), la dose réellement absorbée par l'organisme ne représente encore une fois qu'une fraction de la dose initiale (6 à 32%). De l'avis de ce pharmacien, «il paraît difficile d'affirmer qu'une des préparations de cocaïne est, en soi, plus dangereuse que les deux autres (la troisième faisant référence à la cocaïne en poudre)» (Giroux, 1994: p. 6). Certains consommateurs fumeront un mélange de poudre de cocaïne et de tabac sous la forme d'une cigarette, mais cette pratique est moins fréquente et les effets obtenus moins intenses qu'avec le *crack* et la *freebase*.

Le troisième mode le plus populaire de consommation de la cocaïne que l'on retrouve chez les consommateurs consiste à l'injection intraveineuse. En raison de sa grande solubilité, l'utilisateur pourra ajouter à la poudre de cocaïne une petite quantité d'eau, obtenant ainsi une solution qui pourra être canalisée dans une seringue, puis injectée dans une veine. À titre indicatif, on peut généralement faire deux injections à partir d'un quart de gramme. Ce mode d'utilisation apparaît comme le plus «efficace» puisque l'effet se produit assez rapidement après l'injection (30 secondes) et que l'organisme absorbera 100% de la cocaïne administrée

(Giroux, 1994). Par contre, il s'agit également du mode de consommation qui représente le danger le plus élevé, notamment en raison des risques de surdoses et des infections liées à l'utilisation de la seringue. Notons que de cette façon, la cocaïne peut être consommée simultanément avec de l'héroïne («speedball»), l'effet de l'héroïne atténuant le «crash» qui suit le «high» procuré par la cocaïne.

On retrouve d'autres modes d'administration de la cocaïne que ceux que nous venons de présenter. Parmi ceux-ci, mentionnons l'administration par voie orale (avalée) qui, en plus de nécessiter une trentaine de minutes avant de procurer un effet, ne permet qu'à 20 à 30% de la substance de circuler dans le sang, la majorité étant détruite par le foie avant d'atteindre le cerveau (Giroux, 1994). On peut également consommer la cocaïne en appliquant le produit sur des muqueuses (œil, gencives, organes génitaux), ou encore par une application sous cutanée («pumpin skin»), qui consiste à inciser la peau puis à appliquer de la cocaïne sur la chair avant de rabattre la peau par dessus. Ces modes de consommation demeurent toutefois très marginaux.

## CHAPITRE 3 : LE TRAFIC DE COCAÏNE

La cocaïne est une drogue qui peut développer une forte dépendance psychologique chez l'individu, conduisant ce dernier à une consommation effrénée. Par ailleurs, il s'agit d'une drogue proscrite par notre législation, augmentant ainsi considérablement son prix sur le marché. À eux seuls ces éléments rendent le terrain propice au commerce de la cocaïne. Jetons-y un coup d'oeil.

### 3.1 DISPOSITIONS LÉGALES

Depuis 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* régit les différentes infractions liées à la possession, à la culture, à la fabrication, au trafic, à l'importation/exportation ou à l'ordonnance des différentes substances psychoactives illégales. Selon cette loi canadienne, le contrevenant est passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'une amende maximale de \$1 000 ou de six mois de prison pour une première infraction et, en cas de récidive, de \$2 000 d'amende ou d'une année d'incarcération. Sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, le contrevenant encourt une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans moins un jour. Le trafic, la possession dans l'intention d'en faire le trafic, l'importation et l'exportation de cocaïne, de même que la production de cette drogue sont des infractions criminelles encourageant une sentence pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement à vie (Dion, 1999).

Il va sans dire que les activités entourant la consommation et le trafic de cocaïne sont des comportements risqués pour quiconque se fait intercepter par les forces policières. Ces risques élevés confèrent donc à la cocaïne une valeur importante sur le marché de la drogue. Plusieurs individus trouveront dans cet aspect lucratif de la cocaïne une forte motivation à vouloir intégrer le marché de la drogue.

### 3.2 L'ORGANISATION DU MARCHÉ

La cocaïne provient de l'Amérique du sud, principalement de la Bolivie, de la Colombie, et du Pérou, ces trois pays représentant plus de 98% de la production mondiale (Hankins, 1999). La feuille de coca subit ses premières transformations dans les pays importateurs, puis elle est acheminée vers d'autres destinations dont les États-Unis, l'Europe et bien sûr le Canada. Il s'agit d'un marché extrêmement lucratif qui peut rapporter une fortune aux pays exportateurs. Par exemple, ce marché enrichissait la Colombie de 4 à 5 milliards de dollars annuellement, représentant ainsi une somme supérieure à l'ensemble des exportations légales du pays (Vincent, 1987). Il n'est pas surprenant que la guerre à la drogue soit si difficile à mener, surtout lorsqu'on sait à quels problèmes économiques ces pays sont confrontés.

Montréal représente une des principales portes d'entrée de la cocaïne, non seulement au Canada, mais également pour celle destinée au marché américain (Chevalier & Laurin, 1999; Poupart, 1991). On estime qu'entre 15 et 24 tonnes de cocaïne seraient introduites au Canada chaque année (Barszczewski, 1999; Gendarmerie Royale du Canada, 2000). Les grandes organisations criminelles (mafia, motards) possèdent la main mise sur ce marché particulièrement lucratif et, selon tous les informateurs consultés, rares sont ceux qui en font le commerce sans l'accord de ces organisations. La cocaïne peut se transiger en différentes quantités. On peut l'acheter au kilo, à la livre, à l'once, au gramme ou encore en fractions de gramme. Cette réalité montre une certaine évolution de la situation puisqu'il y a une vingtaine d'années, on ne pouvait se procurer la cocaïne qu'au gramme. Elle permet également à un nombre beaucoup plus important de consommateurs de s'en procurer puisqu'accessible, du moins en apparence, à tous les porte-feuilles. Les montants d'achat ainsi que la pureté de la drogue varieront en fonction de la quantité acquise. La liste des prix dont nous disposons n'est pas très précise mais fournit tout de même un indicateur de l'état du marché. Ainsi, selon plusieurs informateurs, le kilo de cocaïne pur peut être obtenu moyennant \$30 000 à \$45 000. L'once, équivalant à 28 grammes (d'une pureté de 60%), se transigerait autour de \$1200. Le prix de vente de la cocaïne au niveau de la rue se situerait, quant à lui, entre \$60 et \$100 le gramme, soit entre \$15 et \$25 pour un quart de gramme (Ducas, 1999; Van Praet, 1999). Il s'agit d'un marché où les prix sont très variables selon la disponibilité du produit, la région où

il est vendu et du contrôle exercé par certains individus. La qualité des contacts dans le milieu peut également influencer le prix, dans la mesure où les intermédiaires peuvent en faire augmenter la valeur. Ainsi, même en utilisant le coût d'achat de cocaïne le plus élevé et le coût de revente le plus bas, nous obtenons un bénéfice de 150% sur le montant de départ investi et il y a fort à parier que ce ne sont pas là les bases du calcul (coût d'achat le plus élevé vs coût de vente le moins cher) que font les trafiquants. Si on établit le calcul sur les bases inverses, on obtient un bénéfice de plus de 450%. Bien sûr le trafic de stupéfiants comporte des coûts pour le trafiquant, mais on voit tout de même aisément les marges de profit considérables que permet ce marché.

Le *crack* est une forme de cocaïne particulièrement peu dispendieuse, ce qui lui a valu son surnom de «cocaïne des pauvres». En effet, il est possible de se procurer un de ces petits cailloux pour aussi peu que cinq à dix dollars. Toutefois, comme l'usage est à renouveler à toutes les quinze minutes si l'utilisateur désire rester sur son «nuage», il n'est pas surprenant de constater que ce dernier dépense tout de même des sommes considérables pour entretenir son habitude. Mentionnons également que l'accès à des formes fumables de cocaïne est plus difficile et demande donc une meilleure connaissance du milieu que ne le nécessite l'achat de cocaïne en poudre.

Lorsqu'on s'intéresse de plus près au trafic des stupéfiants, on s'aperçoit rapidement qu'il obéit aux mêmes lois que d'autres secteurs économiques. Les stratégies de promotion du produit ne font pas exception à la règle. Nos informateurs nous ont donc indiqué que les petits marchands offraient régulièrement des échantillons gratuits (généralement de haute qualité) pour s'attirer une clientèle. On aurait aussi des indices à l'effet qu'une petite quantité d'héroïne serait parfois mêlée à la cocaïne (Chevalier & Laurin, 1999; Santé Canada, 1999), la cocaïne appelant une certaine répétition de la consommation (effet de courte durée) et l'héroïne un besoin de s'en procurer (dépendance physique).

La façon de transiger la cocaïne a connu une certaine évolution dans les dernières années. Alors qu'antérieurement elle était effectuée à partir de points de vente fixes, on estime maintenant que plus de 75% de la vente de cette drogue se fait directement au domicile du consommateur, augmentant ainsi l'étendue du territoire couvert par le vendeur, tout en rendant

la transaction plus anonyme et moins visible (Cedilot, 2000).

Contrairement à l'héroïne, qui n'a pas encore pénétré le marché dans toutes les régions du Québec (Schneeberger, 1999), la cocaïne est disponible partout. À témoin, le rapport de recherche de Guy Ati Dion (1999) qui recensait pour les années 1996 et 1997 des infractions de possession ou de trafic de cocaïne dans chacune des régions administratives québécoises, ou les récentes données de la Sûreté du Québec<sup>7</sup> qui révèlent, en 1999, des saisies sur l'ensemble du territoire québécois. Elle ne semble pas encore aussi accessible que le cannabis mais il suffit souvent d'un minimum de contacts pour s'en procurer. Mentionnons, par contre, que le *crack* n'a pas fait son apparition dans toutes les régions de la province et que son utilisation demeure marginale dans un grand nombre de secteurs.

Quoiqu'en baisse depuis 1996, les mises en accusation reliées à la possession ou au trafic de cocaïne représentent plus de 40% des activités des policiers de la Communauté urbaine de Montréal (Chevalier & Laurin, 1999). En 1997, la quantité de cocaïne saisie au Québec (256 kilos) représentait plus des deux tiers du total des saisies au pays (440 kilos), Montréal occupant le premier rang devant toutes les autres villes (256 kilos) (Centre canadien de lutte à la toxicomanie, 1999). Même si la cocaïne n'était pas toute destinée au marché québécois et que les quantités saisies témoignent davantage de l'activité policière que de la disponibilité de la drogue, il n'en demeure pas moins que ces chiffres attestent largement de la présence importante de la cocaïne sur le sol québécois.

### **3.3 LE TRAFIQUANT DE COCAÏNE**

L'objectif de cette section n'est pas de s'étendre en conjonctures sur le métier de trafiquant de

---

<sup>7</sup> Au cours des trois dernières années, les données compilées par la Sûreté du Québec indiquent que les plus grandes quantités de cocaïne ont été saisies dans les régions de la Gaspésie/Bas St-Laurent, Montérégie, Montréal et ses environs, de même qu'à Québec.

drogues. Toutefois, l'étude de la question de la cocaïne au Québec démontre que la majorité des consommateurs de cette drogue occuperont, du moins pour un certain temps, le métier de revendeur. Donc, comme il s'agit donc d'une activité fréquente, nous avons cru bon de consacrer un peu d'espace à la description de cette activité.

Éric Chartrand (1999) a consacré son mémoire de maîtrise à la question du trafiquant de cocaïne au Québec. L'auteur précise qu'il existe plusieurs niveaux hiérarchiques dans le milieu de la vente de cocaïne, ces derniers s'organisant selon une structure pyramidale. Au sommet de cette hiérarchie, on retrouvera les trafiquants, comprenant à la fois les importateurs et les distributeurs principaux. Sous leur tutelle, on distinguera les commerçants qui regroupent les distributeurs régionaux, les fournisseurs et les gérants. Enfin, à la base de la pyramide, on repère les vendeurs, qu'ils opèrent pour un quartier, un coin de rue ou un établissement. Les individus impliqués au sommet de la structure sont rarement des consommateurs, ou si c'est le cas, ils le sont de façon occasionnelle et récréative. Il s'agit généralement de gens d'affaires qui empochent la majorité des profits.

Un premier constat de l'étude réalisée par Chartrand (1999) est que l'implication des consommateurs de cocaïne dans le commerce de la drogue se conçoit selon un modèle de trajectoire (à l'instar de Brochu, 1995) où certains facteurs agiront tour à tour dans l'initiation de l'individu, son maintien dans le milieu et, éventuellement, son désistement. Parmi ces facteurs, on remarque que la vente de la drogue est souvent pour le consommateur de cocaïne une façon de se procurer l'argent nécessaire à sa propre consommation. En effet, les sujets interrogés par ce criminologue ont maintes fois rapportés que la revente de cocaïne était un moyen rapide pour se procurer de l'argent, en plus de leur assurer une plus grande accessibilité à la cocaïne qui, par surcroît, s'avère de meilleure qualité. Cette disponibilité accrue fut aussi pour plusieurs un facteur responsable de l'augmentation de leur consommation. Plusieurs d'entre eux ont donc abandonné la vente de cette drogue, en raison justement de leur incapacité à gérer la situation. Il est quelque peu réductionniste de résumer ainsi l'oeuvre de l'auteur mais, dans l'optique de notre étude, c'est ce que nous retiendrons.

Le lecteur comprendra qu'à chaque fois que la cocaïne change de main, du haut de la pyramide

vers le bas, elle risque d'y perdre en pureté, puisque le propriétaire cherche à faire sa marge de profit en coupant son produit avec des substances peu dispendieuses telles le lactose, le sucre ou la farine, les pires histoires témoignant de l'utilisation de mort aux rats ou de néon concassé<sup>8</sup>. Plus le revendeur sera dépendant de la cocaïne, plus les risques d'une telle pratique seront élevés. Sans entrer dans le détail, mentionnons que les transactions ne se déroulent pas toutes de la même façon, certains vendeurs prenant davantage de précautions que d'autres (telles que de s'assurer de l'identité de l'acheteur, ne pas avoir la drogue en leur possession lors de la transaction, etc.).

Les vendeurs de drogue (troisième échelon) sont souvent de jeunes adultes de moins de 25 ans. En vieillissant, plusieurs d'entre eux affirment ne plus avoir la santé physique, mentale et morale nécessaire pour occuper le poste, préférant le laisser à un plus jeune. Mentionnons, en terminant, que certains informateurs nous ont fourni des indications à l'effet que quoique toujours minoritaires, les femmes étaient de plus en plus présentes dans le milieu du trafic de la cocaïne.

Maintenant que nous avons de plus amples connaissances sur la cocaïne, ses effets et la façon de la consommer, de même que sur le contexte législatif dans lequel elle s'inscrit, nous sommes à même de nous consacrer au coeur de notre préoccupation, c'est-à-dire les consommateurs de cocaïne eux-mêmes.

---

<sup>8</sup> Si nous n'osons pas accorder toute notre confiance à la véracité de ces histoires, on peut à tout le moins en retenir le peu de scrupules qu'entretiennent certains revendeurs à livrer une marchandise de piètre qualité pour augmenter leurs bénéfices; on peut également se représenter les risques qu'encourent les consommateurs face à une substance ainsi adultérée.

D'entrée de jeu précisons qu'il n'existe pas un seul type de consommateur. Certains parviennent à bien contrôler leur consommation, alors que d'autres deviennent rapidement dépendants de la substance. Quelques-uns proviennent d'un milieu socio-économique plus favorisé, alors que quelques autres vivent nettement en dessous du seuil de la pauvreté. Des individus choisissent de priser la drogue, d'autres de la fumer ou de se l'injecter. Certaines personnes alterneront dans le choix de ces méthodes. Les consommateurs de cocaïne ne constituent donc pas un groupe homogène. Il serait une erreur que de vouloir tirer de cette étude LE profil du consommateur de cocaïne. Par contre, les sources dont nous disposons pour nous renseigner sont beaucoup moins nombreuses et diversifiées que les différents types de consommateurs existants. Le lecteur voudra bien garder en tête cette réalité lorsqu'il prendra connaissance des données qui suivent.

### **4.1 TAUX DE PRÉVALENCE**

Quel pourcentage de la population est touché par la consommation de cocaïne? Voilà une question à laquelle nous aimerions bien répondre. Malheureusement, la réponse est beaucoup plus difficile à formuler que la question. Nous tenterons toutefois de broser le tableau le plus fidèle possible de la situation québécoise à partir des données disponibles.

Une première façon d'estimer ce chiffre consiste à se référer aux données des grandes enquêtes nationales auprès de la population générale. Ainsi, les données recueillies par le Centre canadien de lutte à la toxicomanie (CCLAT) révèlent qu'en 1994, 4,9% de la population résidant au Québec affirmait avoir déjà consommé de la cocaïne au cours de sa vie. Si on chiffre approximativement la démographie provinciale de l'époque à 6 millions d'habitants, cette proportion représentait 294 000 utilisateurs ayant déjà consommé de la cocaïne. Au Canada, deux fois plus d'hommes que de femmes étaient concernés par le phénomène (Centre canadien de lutte à la toxicomanie, 1999). Conscients que l'usage à vie ne donnait qu'une pâle approximation de l'ampleur du phénomène l'enquête interrogeait également les interviewés sur leur consommation dans l'année précédent l'étude. Une proportion de 0,7% de la population

canadienne a admis en avoir consommé, soit deux fois plus que l'année antérieure. Au Québec, cette proportion était estimée à 1,2% de la population, ce qui représentait 72 000 personnes si on se fie toujours à la même approximation. L'enquête Santé Québec réalisée en 1992-1993 présente des chiffres quelque peu supérieurs. Elle estime en effet que 6,2% (345 127) des québécois ont consommé de la cocaïne au cours de leur vie dont 1,9% (103 422) l'année précédent l'enquête (Santé Québec, 1995). En 1991, une autre étude québécoise évaluait ces proportions à 4,1% et 2,0% respectivement (Moisan, 1991).

Quelques autres données recueillies auprès de la population juvénile apportent un complément d'information. Par exemple, Chevalier & Laurin (1999) présentent des chiffres à l'effet que 6% des étudiants du secondaire reliés à la Commission des Écoles Catholiques de Montréal auraient déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, alors que 2% admettaient en avoir fait autant avec le *crack*<sup>9</sup>. Neuf pour-cent des étudiants qui déclaraient avoir déjà fait usage de cocaïne au cours de leur vie en consommaient encore au moment de l'enquête, alors que 4% des utilisateurs de *crack* indiquaient une consommation actuelle. Le phénomène ne semble donc pas très présent dans les écoles quoique déjà supérieur à ce que l'on retrouve dans la population générale. En fait, ces données n'ont rien de surprenant si on considère que les réels consommateurs de cocaïne risquent fort d'avoir interrompu leur fréquentation des établissements scolaires ou encore de s'être fait indiquer le chemin de la sortie.

Lorsqu'on observe la consommation de cocaïne dans une population juvénile à plus haut risque, le portrait est quelque peu différent. Par exemple, une étude réalisée par Brochu & Douyon (1990) auprès d'une population placée dans cinq centres d'accueil de la région montréalaise révèle que 37% de la clientèle a fait usage de cocaïne l'année qui a précédé l'étude et 8% dans les derniers 30 jours. Une autre recherche réalisée auprès d'une population comparable indiquait que plus de 50% des jeunes avaient déjà consommé de la cocaïne et que près de 20% en avait fait autant avec le *crack* (Normand & Brochu, 1993). LeBlanc, Girard & Langelier (1996) rapportaient, quant à eux, que 72% de la clientèle admise en traitement à

---

<sup>9</sup> Les taux recueillis dans les écoles privées étaient toutefois inférieurs (2% ont déjà consommé de la cocaïne et moins de 1% du *crack*)

Alternatives-Jeunesse indiquaient avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie, dont 40% le dernier mois et 13% la semaine précédent l'entrevue. Si on s'intéresse aux jeunes de la rue, 73% déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne et 52% ont fait usage de *crack* un jour ou l'autre dans leur vie (Roy & al., 1996). Seize pour-cent d'entre eux déclarent avoir fait à la fois usage de cocaïne et d'héroïne au cours de leur existence. Enfin, 5% rapportent un usage quotidien de cocaïne et 2% consomment du *crack* à tous les jours (Roy & al., 1996).

La clientèle adulte comporte aussi ses groupes plus à risque d'une consommation élevée de cocaïne. La population carcérale est un de ces groupes-cibles. Ainsi, Brochu, Desjardins, Douyon & Forget (1992) indiquaient que chez les détenus masculins, la cocaïne était la seconde substance psychoactive illicite la plus consommée à vie après le cannabis. Forget (1994) rapporte dans son échantillon de détenus incarcérés au Centre de détention de Montréal, que 73% d'entre eux avaient déjà consommé de la cocaïne. Chez les femmes incarcérées, près de 71% déclaraient avoir déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, 59% l'année qui précédait l'entrevue et 51% dans les 30 jours immédiatement avant leur entretien avec l'équipe de recherche, faisant de cette drogue la substance psychoactive la plus consommée après l'alcool (Brochu, Biron & Desjardins, 1996).

Les populations en traitement pour un problème de toxicomanie sont aussi des populations qui permettent de constater l'ampleur de l'usage de cocaïne dans certains groupes à risque. Ainsi, en 1995, près des deux-tiers (62%) de la clientèle de Domrémy-Montréal indiquait avoir fait usage de cocaïne au cours de sa vie (Landry, Guyon & Beauvais, 1997).

Malheureusement, la plupart des chiffres ci-haut mentionnés ne fournissent qu'une pâle indication du nombre total d'individus qui ont déjà fait usage de cocaïne (études de prévalence dans la population générale), ou font ressortir soit une proportion élevée de consommateurs abusifs à l'intérieur de sous-populations précises qui demeurent minoritaires.

Une autre façon d'estimer la proportion d'usagers de cocaïne serait de les comptabiliser à partir de sous populations définies et de recouper les études entre elles. Ainsi, on estime qu'il

existe quelques 23 000 «injecteurs» de drogues par voie intraveineuse au Québec, dont près de 12 000 dans la région de Montréal, si on se fie à l'étude de Remis et ses collègues (1998). La majorité des études qui se sont intéressées de plus près à ces populations ont évalué qu'entre 65% et 90% des individus la composant étaient des utilisateurs de cocaïne (Alary & al., 1998; Bruneau & al., 1997; Centre québécois de coordination sur le sida, 1999; Godin & al., 1999; Remis, 1998; Roy & al., 1998). La variation de pourcentage entre les études semble s'expliquer en fonction de l'âge de la population étudiée, de la ville de résidence du consommateur, ainsi que de la notion de drogue de préférence par rapport à la consommation en général. Nous croyons pouvoir être assez près de la réalité en avançant que si ces différents facteurs étaient contrôlés, nous obtiendrions une proportion se situant entre 75% et 80%. Sur cette base, on pourrait prétendre qu'il existe, au Québec, entre 17 000 et 18 000 «injecteurs» de cocaïne, en gardant toutefois en tête qu'ils ne font pas tous un usage exclusif de cette substance.

Toutefois, la consommation de cocaïne ne se limite pas aux usagers qui se l'injectent. En effet, la prise et, dans une moindre proportion, l'inhalation de cocaïne sont des modes de consommation beaucoup plus présents. Mais lorsque l'on essaie d'estimer ces populations, les chiffres avancés tiennent davantage de la spéculation que de la science. Par exemple, le mouvement des cocaïnomanes anonymes, sur la base de son «membership», estimerait qu'il existe quelque 40 000 individus dépendants de la cocaïne au Québec (Ducas, 1999; Van Praet, 1999). Par ailleurs, un travail réalisé par des étudiants, dans le cadre du certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, avance que seulement 10% à 25% des personnes consommant de la cocaïne en ferait un usage par voie intraveineuse (Bourret, Chénard, Morin & Rioux, 1995). Puisque nous avons estimé que le nombre de québécois qui s'injectent de la cocaïne se situerait entre 17 000 et 18 000, cette indication sous tendrait qu'il existe entre 68 000 et 180 000 consommateurs de cocaïne. Cet estimé nous semble devoir être manipulé fort prudemment puisque, d'une part, il est d'une étendue considérable et, d'autre part, les auteurs ne mentionnent pas clairement sur quelles bases se fondent leurs proportions d'« injecteurs ».

Malgré toutes ces parcelles d'information, nous revenons quand même au point de départ, à savoir qu'il est très difficile voire impossible de chiffrer le nombre actuel de consommateurs de

cocaïne au Québec. Par contre, une chose qui semble plus évidente aux yeux des professionnels oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie, c'est que la cocaïne représente une des drogues avec laquelle leur clientèle éprouve le plus de difficultés, si on exclut l'alcool. En font d'ailleurs foi plusieurs études. Ainsi, selon les statistiques administratives du Programme Jeunesse du Centre Dollard-Cormier, 37% des jeunes (jusqu'à 21 ans) qui présentent une demande de services le font en lien avec leur consommation de cocaïne (34% chez les garçons et 41% chez les filles). Chez les adultes, la proportion semble un peu plus élevée. Quoique n'ayant pas fait l'objet d'analyses approfondies, les statistiques administratives récentes du Centre Dollard-Cormier (région de Montréal) apportent un éclairage intéressant à la question. En effet, on retrouvait une consommation de cocaïne dans près de 53% des dossiers qui ont été ouverts durant l'année 98-99. Les chiffres incluent à la fois les mineurs et les adultes et parlent davantage de la consommation au moment de l'entrée en traitement que de la dépendance. Toutefois, à ce sujet, le Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) a accepté de partager des données préliminaires recueillies auprès d'une population en traitement dans sept établissements de réadaptation de la province. À la lumière de ces données, on remarque que 45% de la clientèle de ces centres indiquait éprouver des difficultés avec la consommation de cocaïne, seule ou en association avec l'alcool ou une autre drogue, au moment de leur admission en traitement. Cette proportion pourrait être encore plus élevée dans les centres de traitement privés, les quelques représentants interrogés mentionnant des proportions se situant entre 50% et 65%.

Les études de prévalence nous montrent donc que la consommation de cocaïne est une réalité qui touche plusieurs personnes au Québec, dans toutes les régions, et particulièrement dans certains groupes à risque. Par contre, les données dont nous disposons actuellement ne nous permettent pas de dessiner précisément les contours de l'étendue de la consommation de cette drogue dans notre province.

## **4.2 TYPES DE CONSOMMATEURS**

Le rapport des utilisateurs de cocaïne à leur substance n'est pas le même pour tous. On l'a vu

plus tôt, certains consommateurs sont socialement bien acceptés de la communauté, que l'on songe à Freud, Conan Doyle ou Stevenson. Pour être un peu plus contemporain on pourrait citer le cas de nombreux gens d'affaires, d'artistes, de journalistes ou de vedettes sportives qui, tout en consommant de la cocaïne (parfois à l'excès), conservent malgré tout l'approbation publique et du moins l'apparence d'un certain contrôle sur leur vie. Malgré ces exemples, il faut bien le dire, la cocaïne dérange, car on voit en elle un homme ou une femme qui a tout sacrifié, argent, famille, amis, santé, valeurs, en raison de la dépendance qui le(la) lie au produit. Et, il faut l'avouer, les conséquences peuvent être graves lorsque tel est le cas. Cette section tentera donc de faire état des différents types de consommateurs, ou, serait-il plus juste de dire, des différents types de consommation, ainsi que ce qui les caractérise.

Tout d'abord, on remarque que le mode d'administration de la substance est un élément important à considérer lorsqu'on tente de distinguer les divers types de consommateurs. Ainsi, le «sniffeux», le «fumeux» et le «flûteux<sup>10</sup>» sont des individus distincts. De l'avis de quelques personnes consultées, ces différents consommateurs ne se fréquentent guères, chacun percevant chez l'autre des traits qu'il déplore («c'est un junkie», «c'est pas un vrai»). Cette impression clinique est quelque peu démentie par certaines études qui indiquent qu'entre 45% et 50% des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ont également fumé de la cocaïne (*freebase* ou *crack*) dans les six mois qui ont précédé l'enquête (Alary & al., 1998; Godin & al., 1999).

Il est clair que le mode d'administration le plus populaire au Québec est la prise, et ce, peu importe la région scrutée. Les «fumeurs» et les «injecteurs» sont beaucoup moins nombreux, certains intervenants interrogés mentionnant qu'ils n'observaient pas ces comportements dans leur milieu ou alors très rarement. Par ailleurs, selon certains de nos informateurs, s'il est rare que des utilisateurs rapportent contrôler leur consommation de *freebase* ou de *crack*, ce comportement serait possible chez ceux qui s'injectent de la cocaïne (Godin & al., 1999) et courant chez ceux qui la prennent. Selon les populations étudiées, la préférence pour ces modes d'utilisation serait différente. On retrouverait notamment beaucoup de «fumeuses» de cocaïne dans le milieu de la prostitution, mais davantage d'«injecteurs» chez les jeunes de la rue.

---

<sup>10</sup> La Aflûte est un terme employé en détention pour désigner la seringue.

Plusieurs de nos interlocuteurs avancent que le mode de consommation choisi par une personne correspondrait à son type de personnalité. Nous y reviendrons dans la section 4.6.

Les données fournies par les intervenants sur le terrain nous montrent que la majorité des utilisateurs de cocaïne ne consomment pas sur une base quotidienne. La quantité consommée par occasion est très variable, certains se contentant d'un quart alors que d'autres absorbent plusieurs grammes. Il semblerait aussi que les débuts de la consommation de cocaïne se caractérisent par une utilisation en groupe, dans des partys ou dans des bars. Par contre, plus la personne ferait usage de cocaïne sur une base régulière et depuis une plus longue période, plus elle aurait tendance à s'isoler lors de sa consommation.

La consommation exclusive de cocaïne est plutôt rare. L'alcool est un produit habituellement associé à cette drogue. D'abord, nous l'avons vu précédemment, l'utilisation de cocaïne donne soif (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a). Ensuite, l'effet déprimeur de l'alcool est souvent utilisé pour calmer le consommateur de cocaïne trop agité et à l'inverse, l'utilisation de cocaïne sera dans bien des cas un moyen pour une personne ivre de reprendre quelque peu ses esprits. C'est dans le même état d'esprit que le consommateur de cocaïne fera régulièrement usage de tranquillisants et de somnifères pour l'aider à prendre quelques heures de sommeil lorsqu'il en ressent le besoin. Certains usagers utiliseront conjointement de la cocaïne et de l'héroïne, l'effet de la seconde atténuant le «crash» qui suit le «high» procuré par la première. Plusieurs intervenants ont également identifié le cannabis et, dans une moindre mesure, le PCP comme étant des substances associées à la cocaïne, particulièrement chez les jeunes. On doit donc retenir de ce paragraphe que la consommation de cocaïne sous tend généralement la consommation d'autres substances psychoactives, qui peuvent être, elles aussi, génératrices de dépendance. Par ailleurs, certains informateurs nous indiquent que le jeu pathologique (particulièrement les *vidéos poker*) serait un phénomène de plus en plus associé à la consommation, dont celle de cocaïne.

On remarque par ailleurs que si la cocaïne est généralement «une affaire d'hommes» (tout comme la toxicomanie d'ailleurs), toutes proportions gardées, elle touche davantage de femmes. Elles en font également l'usage plus rapidement puisqu'elles sont en contact avec la cocaïne à un plus jeune âge que les garçons. Selon certains informateurs, cette situation s'expliquerait d'une

part, parce qu'elles fréquentent des gens plus âgés et, d'autre part, parce qu'il leur est plus aisé «de se faire payer la traite» que leur contrepartie masculine. Il faut toutefois garder en tête, telle que le mentionnait une de nos interlocutrices, que cette différence est peut-être simplement due au fait que les filles demandent de l'aide plus facilement que les garçons et donc, qu'une plus grande proportion des consommatrices de cocaïne fréquentent les établissements de traitement, sources desquelles nous tenons généralement nos informations statistiques.

Sauf exception, la cocaïne n'est pas très présente chez les jeunes ou du moins s'inscrit-elle, pour la majorité d'entre eux, à titre exploratoire, ce qui est encore plus vrai lorsqu'on s'éloigne des centres urbains. Le «high» de la coke n'est pas nécessairement l'effet recherché par les jeunes consommateurs qui lui préféreront souvent le cannabis, le PCP, l'acide ou l'ecstasy en raison de leurs propriétés hallucinogènes, répondant beaucoup mieux à leur conception du plaisir. Il faut ajouter que des raisons d'ordre économique gardent aussi la cocaïne hors de portée de plusieurs jeunes utilisateurs. En ce sens, l'acquisition d'un emploi dans la population juvénile pourrait être pour certains un prétexte à la modification de leurs habitudes de consommation et, éventuellement, des produits consommés. La cocaïne demeure tout de même une drogue pointée du doigt par les jeunes en raison de sa «dangerosité». On remarque par contre, dans certains milieux, que la cocaïne peut constituer un espèce de rite d'initiation, de rituel de passage à l'âge adulte. Cependant, dans la majorité des cas, le groupe empêche la régularité de la consommation. Toutefois, si on jette un regard rétrospectif sur la vie des consommateurs qui se présentent en traitement, on remarque que plusieurs d'entre eux ont débuté leur usage de cocaïne à la fin de l'adolescence.

Bien que datant de quelques années, l'étude de LeBlanc, Girard & Langelier (1995) nous donne quelques indications sur le type de consommation que l'on retrouve chez les jeunes. Elle mentionnait notamment que parmi les jeunes utilisateurs de cocaïne en traitement, à Alternatives-Jeunesse, 76% la prisait, 18% la fumaient et 6% se l'injectaient. L'étude révélait également que les comportements récents de consommation étaient plus fréquents chez les filles que les garçons (18% vs 11% pour la dernière semaine et 46% vs 36% pour le dernier mois). En fait, si on se fie au point de vue des informateurs clés, on n'a pas l'impression que la consommation de cocaïne touche une plus forte proportion de jeunes qu'il y a quelques années.

Les comportements d'injection, par contre, gagnent en popularité.

La cocaïne demeure donc principalement une drogue d'adulte, la majorité des consommateurs se situant entre 20 et 40 ans, selon nos informateurs. On en retrouve peu chez les individus plus âgés, mais selon certaines sources, cette situation serait appelée à changer dans les prochaines années. Par ailleurs, quelques intervenants nous ont mentionné que plusieurs communautés ethniques étaient particulièrement touchées par la consommation de cocaïne, notamment dans la région de Montréal.

Il semble que la situation de la cocaïne soit différente de celle qui prévalait durant les années 80, époque où elle était synonyme de richesse et de réussite sociale. N'était-elle d'ailleurs pas à la drogue ce que le champagne est à l'alcool (Vincent, 1987). Selon nos informateurs, la cocaïne était beaucoup plus populaire à cette époque et jouissait d'une relative réputation. Il était fréquent que les partys d'étudiants soient agrémentés d'un peu de cocaïne. On retrouvait alors un gros volume de consommateurs qui en faisaient généralement un usage modéré. Aujourd'hui, on assiste à une situation où le nombre d'utilisateurs serait relativement moins élevé mais consommerait de façon beaucoup plus abusive. D'ex-consommateurs prétendent aussi qu'à leur époque, l'utilisateur de cocaïne recherchait une drogue de qualité, alors que les consommateurs actuels visent davantage le «flash», le «buzz», dans le but de s'évader, de ne pas penser à leurs problèmes. Toutefois, cette analyse correspondrait davantage à la situation montréalaise et certains indices permettent de croire que le portrait en région pourrait être quelque peu différent. On y retrouverait en effet beaucoup de travailleurs gagnant relativement bien leur vie mais qui, en raison du manque d'activités disponibles, agrémenteraient leur vie avec la cocaïne, dépensant certes de grosses sommes d'argent pour leur consommation qui n'entraînerait toutefois pas la même succession de conséquences négatives que l'on retrouve à Montréal chez plusieurs consommateurs. Cependant, rien ne semble indiquer que la situation en région ait beaucoup évolué au cours des dernières années, si ce n'est certains indices à l'effet que le nombre d'utilisateurs s'injectant de la cocaïne serait plus élevé.

Ainsi, il existe différents types de consommateurs de cocaïne, se distinguant par leur mode de consommation privilégié, leur âge, leur milieu socio-économique, leur degré de dépendance au

produit, et diverses autres dimensions. Sans en connaître la proportion exacte, on sait que la cocaïne touche certains secteurs professionnels, si on se fie aux informations transmises par les programmes d'aide aux employés (Poupart, 1991); on sait aussi qu'elle est une réalité connue des milieux étudiants et du sport professionnel. Plusieurs intervenants nous ont d'ailleurs révélé que certains de leurs clients étaient des gens très bien insérés sur le marché du travail. Certains emplois, tels le monde des danseuses nues et le travail de «barmaid» semblent toutefois davantage propices à la consommation de cocaïne (Beaulieu-Desforges, 1992). Nous ne disposons cependant pas d'informations suffisantes pour couvrir tous ces secteurs, l'exercice ayant demandé une consultation du milieu beaucoup trop importante pour les ressources dont nous disposions. Nous avons donc choisi de nous arrêter plus spécifiquement à deux types de populations touchées par la consommation de cocaïne: les femmes enceintes et les usagers de drogues par voie intraveineuse.

#### 4.3 COCAÏNE ET PÉRINATALITÉ<sup>11</sup>

L'usage de cocaïne chez la femme enceinte est une perspective qui intéresse un nombre grandissant d'intervenants, dans le domaine de la médecine bien sûr, mais également dans les secteurs de la toxicomanie, de l'aide à l'enfance, etc. Cet intérêt est évidemment motivé, en grande partie, en raison des risques que représente cette consommation pour le développement du fœtus et les conditions de vie de l'enfant une fois né, mais également par souci de venir en aide à la jeune mère.

Même si le phénomène des femmes enceintes qui consomment de la cocaïne est moins présent qu'aux États-Unis, où il touche 15% d'entre elles (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a), on le retrouve tout de même dans 5% des grossesses répertoriées dans la région de Montréal (St-Jacques, 1990; Venne, 2000). Alors qu'il n'y a pas tellement longtemps on en parlait en tant que cas d'exception, on dénombre aujourd'hui des centaines de «grossesses-cocaïne» (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; Forget, 1995).

---

<sup>11</sup> Le lecteur prendra note que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a déjà publié deux documents portant sur la question de la toxicomanie et de la maternité (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999; Guyon, De Koninck, Morissette & Chayer, 1998) et que les personnes désireuses d'en connaître davantage sur ce sujet sont priées de se référer à ces documents.

On reconnaîtra la mère cocaïnomane à ses renflements constants, ses pupilles dilatées, sa perte de poids inexplicquée, ses difficultés à dormir ou son désir pressant de quitter l'hôpital. On pourra également percevoir chez elle des changements d'humeur subits ou encore un passage rapide, sans raison apparente, d'une certaine apathie à un sentiment d'euphorie (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990b; St-Jacques, 1990).

Les mères cocaïnomanes se distinguent notamment par leur jeune âge, la majorité d'entre elles n'ayant pas atteint la trentaine (Venne, 1992). La relation avec leur partenaire amoureux peut aisément être qualifiée d'instable (Venne, 1992). Les liens familiaux, lorsqu'ils existent encore, sont plutôt perturbés (Beaulieu-Desforges, 1992) et il n'est pas rare d'identifier un membre de la famille comme ayant un problème de toxicomanie (Venne, 1992). Une grande proportion de ces femmes ont vécu des abus physiques ou sexuels (Gemme, 1999; Guyon & De Koninck, 1999; Venne, 1992). Mentionnons toutefois que cette réalité n'est probablement pas propre aux mères mais plutôt aux utilisateurs de cocaïne. LeCavalier (1991) mentionnait d'ailleurs que dans son échantillon de femmes admises en traitement à Domrémy-Montréal, la moitié avait été victime d'abus sexuel dans le passé et 44% avait subi un viol.

Il va s'en dire que la cocaïne étant une substance extrêmement dispendieuse, particulièrement pour la personne qui a développé une dépendance, plusieurs d'entre elles auront recours à la prostitution pour se procurer cette drogue (LeCavalier, 1991), certaines formes n'étant même pas perçue comme telle par la consommatrice, tels les échanges sexe-cocaïne: «Je te prête mon corps, tu me donnes de la coke» (Beaulieu-Desforges, 1992; Forget, 1995).

Il est difficile de savoir si la grossesse est désirée chez ces femmes, certaines auteures rapportant que ce n'est généralement pas le cas (Beaulieu-Desforges, 1992; Venne, 2000) alors que d'autres mentionnent qu'elle l'est une fois sur deux (Santé Société, 1992). Ce qui semble faire l'unanimité, c'est que les mères s'apercevront souvent tard de leur grossesse, la cocaïne étant responsable chez elles d'irrégularités menstruelles qui ne leur permettent donc pas de se fier à cet indice. Il n'est pas exceptionnel que ces femmes ne remarquent leur état avant trois ou quatre mois de gestation (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a), ce qui réduit considérablement les choix vis-à-vis la grossesse (Venne, 2000).

De l'avis de plusieurs intervenantes, ces femmes ne semblent pas consommer sur une base quotidienne. Leur usage de cocaïne s'inscrit davantage sur un mode de «blitz» ou de «binge», caractérisé par des épisodes de consommation intense entrecoupés de périodes d'abstinence.

Les intervenants qui ont été en contact avec les mères cocaïnomanes affirment qu'elles présentent une faible estime d'elles-mêmes et une profonde carence affective, favorisant ainsi le développement d'une dépendance affective qui les maintient dans des relations malsaines (Gemme, 1999; Dupont, 1995). Un autre élément qui caractérise ces femmes est que les mères cocaïnomanes se sentent extrêmement coupables de leur comportement et des risques qu'elle font encourir à leur progéniture<sup>12</sup> (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990b). Paradoxalement, il n'est pas rare que certaines femmes se servent de la cocaïne en guise de relaxant, susceptible de les aider à passer à travers cette situation angoissante, particulièrement l'accouchement (Venne, 1992).

Chez ces mères, la grossesse prend donc différentes significations. Certaines y voient l'occasion d'obtenir un statut social (Gemme, 1999), d'autres de renouer avec leur milieu familial (Venne, 2000), ou encore de développer un lien affectif avec un être (le nouveau-né) qui comblera leurs besoins d'affection (Venne, 1992), bref de redonner un sens à leur vie. En ce sens, la grossesse peut être un moment privilégié pour entreprendre une intervention avec la mère cocaïnomane puisqu'elle risque d'être plus réceptive. Par contre, il faut également faire attention à la formulation d'attentes trop élevées qui, si elles ne sont pas rencontrées, risquent de désintéresser la mère face à son rôle.

Malgré ses beaux côtés, la maternité ajoute souvent aux problèmes déjà bien présents auxquels doit faire face l'utilisatrice de cocaïne. En premier lieu, compte tenu de sa consommation forcée de cocaïne, le nouveau-né est souvent très irritable, ce qui ne facilite pas l'établissement d'un lien affectif positif entre la mère et le nourrisson. Par ailleurs, les femmes se créent fréquemment de grandes attentes envers le bébé et la relation qu'elles pourront établir avec lui.

---

<sup>12</sup> Il est fréquent que les mères confient (consciemment ou non) leurs enfants à la grand-mère maternelle (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990b).

Ces attentes ne sont généralement pas rencontrées. D'autre part, souffrant elles-mêmes d'une carence affective maternelle, elles chercheront davantage à combler ce besoin avec leur enfant que de lui offrir l'affection dont il a besoin. Elles ne se percevront pas comme de bonnes mères, cherchant sans cesse la perfection dans un personnage qui n'est pas le leur. La consommation de cocaïne jouerait donc un rôle fonctionnel pour ces mères, leur procurant, notamment, l'énergie nécessaire pour vaquer à leurs occupations.

On remarque rapidement que l'enfant joue un rôle très important dans la vie des consommatrices de cocaïne. Elles sont en effet souvent dans une situation où elles vivent la perte d'un enfant, soit en rapport avec un avortement, ou parce qu'on leur en a retiré la garde. Une des façons de composer avec cette souffrance est donc de projeter immédiatement d'en faire un autre, ce qui engendre fréquemment des situations où une femme est mère de plusieurs enfants de pères différents. Par contre, en raison, d'une part, d'un certain désinvestissement de la relation et, d'autre part, de leur propension à s'occuper d'abord de leurs propres besoins, on retrouve fréquemment de la négligence parentale chez les mères cocaïnomanes (mauvaise alimentation, enfants sans surveillance, etc.).

Un autre aspect qui frappe les professionnelles qui travaillent auprès de cette clientèle est la présence, chez ces femmes, d'une relation avec leur propre mère à la fois très soutenue et très conflictuelle. Cette dernière sera donc très présente dans la vie de la consommatrice de cocaïne, jouant tour à tour le rôle de gardienne d'enfants ou de soutien financier. Les consommateurs de cocaïne apparaissent d'ailleurs excellents dans la mise à contribution de leur entourage si on en croit les intervenants rencontrés.

#### **4.4 UTILISATEURS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

La population des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) est certes une de celles qui préoccupent le plus de gens à l'heure actuelle, ne serait-ce qu'en raison des risques pour la santé associés à leurs pratiques. La consommation de cocaïne dans ce groupe inquiète particulièrement puisqu'une personne dépendante peut s'injecter jusqu'à 30 fois par jour (Chevalier & Laurin, 1999). Par contre, plusieurs interlocuteurs rapportent l'existence d'UDI qui parviennent à contrôler leur consommation (Godin & *al.*, 1999). D'après l'information que

nous possédons, il ne s'agit cependant pas de la majorité puisque 74% des sujets interrogés par Alary & al. (1998) rapportent s'être injectés au moins une à deux fois par semaine.

Les études qui se sont intéressées à la consommation des UDI mentionnent toutes que la substance principalement utilisée par cette population est la cocaïne (Alary & al., 1998; Bruneau & al., 1997; Centre québécois de coordination sur le sida, 1999; Godin & al., 1999; Remis, 1998; Roy & al., 1996 et 1998). Par exemple, l'étude d'Alary & al. (1998), réalisée dans six régions du Québec<sup>13</sup>, indique qu'entre 83% et 100% des UDI ont consommé de la cocaïne de cette façon dans les six mois qui ont précédé l'enquête et que près de 75% d'entre eux indiquaient qu'il s'agissait de la drogue la plus souvent consommée. Les proportions les plus faibles étaient enregistrées à Montréal, ce qui s'explique par le fait qu'il y a une plus grande disponibilité d'héroïne dans cette ville. La seule exception était le Saguenay/Lac St-Jean où on rapportait un taux d'utilisateurs de cocaïne de 85% (relativement faible par rapport à d'autres villes); on explique en partie cette réalité par le fait que 30% des consommateurs faisaient usage de PCP. On peut donc raisonnablement considérer que les études qui ont porté sur les UDI reflètent, pour une grande part, la situation des consommateurs de cocaïne. Toutefois, ces études rapportent des données recueillies auprès d'UDI qui fréquentent un programme d'échange de seringues et il faut bien garder cet aspect en tête lorsqu'on interprète cette information. Nous connaissons, en effet, beaucoup moins bien les UDI qui ne fréquentent pas de tels programmes.

Selon l'information disponible, on peut tout de même dire que les UDI sont des hommes dans une proportion allant de 60% à 80%, selon les études (Alary & al., 1998; Centre québécois de coordination sur le sida, 1999; Godin & al., 1999; Remis & al., 1998; Roy, & al., 1998). La consommation intraveineuse de cocaïne semble être plus populaire chez les gens plus âgés (médiane ' 30 ans); malgré que l'on constate une recrudescence des jeunes (44%) dans les milieux semi-urbains et que l'âge médian (24 ans) des femmes qui s'injectent est considérablement plus jeune (Alary & al., 1998; Noël, 1999).

Pour plusieurs, la consommation de cocaïne par voie intraveineuse est une méthode de

---

<sup>13</sup> Abitibi/Témiscamingue, Hull, Montérégie, Montréal, Québec et Saguenay/Lac St-Jean.

consommation plus économique puisqu'elle permet d'obtenir un effet d'une grande intensité sans perte de produit (Noël & al., 1999). Pour les plus jeunes, il peut également s'agir d'une façon de se joindre au groupe (Roy, 1999). Pour eux, «le passage à l'injection ne semble pas nécessairement être la conséquence de la dépendance d'un produit spécifique mais plutôt un pas en avant dans la trajectoire de consommation des drogues dures» (Roy, 1999, p.3). On remarque aussi chez une grande proportion des «injecteurs» que le rituel lié à l'injection est un élément important de leur pratique.

Les «junkies» centrent complètement leur vie sur la consommation. Les journées sont consacrées à la découverte d'un \$10 qui leur permettra de se payer une dose, de la consommer, puis de partir à la recherche du prochain \$10. Dans ce milieu, on remarque une certaine solidarité instrumentale; par exemple, les consommateurs mettront souvent leur argent en commun pour acheter de la cocaïne plus rapidement (ils doivent alors trouver \$5 au lieu de \$10) ou encore pour bénéficier de meilleurs prix (achat de plus grosses quantités revenant moins cher). Ce sont des gens qui ne parviennent pas à différer leur consommation, ce qui les rend vulnérables au partage de seringues usagées.

On ne peut par ailleurs pas parler d'injection de cocaïne sans parler des «binges». Il s'agit en fait d'une période où le consommateur s'injecte de la cocaïne sans arrêt, jusqu'à ce que les limites financières ou physiques de la personne soient atteintes. Ces *parties* durent souvent plusieurs jours d'affilée (4-5 jours en moyenne), certains poussant la performance jusqu'à dix jours sans sommeil. Inutile de dire que ces pratiques ont un impact particulièrement négatif sur la santé de l'individu et sur sa situation économique. Au départ, une telle consommation est généralement une activité de groupe. Toutefois, après plusieurs années de consommation, l'utilisateur peut en venir à développer des sentiments de paranoïa tellement intenses qu'il préférera consommer de façon solitaire.

Il est par ailleurs clair qu'un élément caractérisant les UDI est le pourcentage élevé d'entre eux qui adoptent des comportements d'injection risqués et qui ont développé une ou plusieurs maladies infectieuses. Ces éléments seront discutés au chapitre 5.

#### 4.5 PROFIL DE PERSONNALITÉ DU CONSOMMATEUR-TYPE

Dans cette dernière section sur le consommateur de cocaïne, nous tenterons de dresser un portrait davantage psychologique que ce que nous avons fait jusqu'à présent. Il n'est cependant pas facile de brosser un tel tableau. En effet, tel que nous l'avons vu, les consommateurs de cocaïne ne constituent pas une catégorie homogène. Des auteurs américains ont d'ailleurs rédigé un article où ils présentent 37 types d'utilisateurs de cocaïne (Morningstar & Chitwood, 1984). C'est dire combien la nuance est possible. Le tableau que nous décrirons correspond davantage à l'utilisateur qui abuse de cette drogue. Par ailleurs, plusieurs éléments mentionnés par les gens que nous avons interrogés s'appliquent probablement à l'ensemble des toxicomanes plutôt qu'exclusivement au consommateur de cocaïne. Ainsi, la plupart des intervenants mentionnent que le cocaïnomanie est une personne dont l'estime de soi est peu élevée (Santé et Société, 1992; Gemme, 1999). Leur toxicomanie leur procure en quelque sorte l'identité dont ils ont besoin<sup>14</sup>. Il s'agit également d'individus qui éprouvent de profondes carences affectives. Ce sont des gens souvent renfermés, isolés, qui ont de la difficulté à entrer en communication avec autrui et qui en souffrent. La cocaïne leur permet de briser cette barrière. Plusieurs intervenants avancent que le consommateur de cocaïne démontre un besoin de pouvoir sur les autres ou sur ses relations avec eux. On relate fréquemment le caractère impulsif des utilisateurs de cocaïne, ce qui les porte à bouger, à agir, souvent sans réflexion. Ces actions sont généralement tournées vers autrui, ce qui amène plusieurs interlocuteurs à souligner la présence d'agressivité voire de violence.

À plusieurs reprises les informateurs interrogés ont mentionné que le consommateur de cocaïne présentait une image teintée d'un certain narcissisme, où le désir de bien paraître revêtait une importance certaine. La séduction est souvent présente dans leurs interactions avec autrui, beaucoup plus que chez d'autres types de consommateurs. Enfin, la capacité d'introspection de ce type de consommateurs apparaît aux yeux de plusieurs intervenants comme déficiente.

Nos informateurs clés nous ont par ailleurs fréquemment mentionné que la cocaïne revêtait un

---

<sup>14</sup> Il faut dire que nous leur donnons souvent raison de penser ainsi puisque nous ne nous intéressons à eux qu'en fonction de leur toxicomanie.

caractère sexuel chez de nombreux usagers, alimentant leurs fantasmes, leurs désirs et jouant un rôle important dans le plaisir qu'ils retirent de leur sexualité.

Il n'est pas rare que l'on diagnostique chez le cocaïnomane un trouble de la personnalité (Fieldman, Woolfolk & Allen, 1995). Plusieurs sont aux prises avec des états dépressifs, une anxiété accrue, des idées suicidaires (Poupart, 1991). Il est bien difficile de départager si ces troubles sont le résultat de la consommation abusive de cocaïne ou si, au contraire, il s'agit de facteurs qui les ont prédisposés à la surconsommation. Peut-être y a-t-il une interaction entre les deux phénomènes comme c'est le cas pour bien d'autres comorbidités. Il est cependant clair pour plusieurs intervenants que l'utilisateur de cocaïne espère trouver dans sa consommation un soulagement de son anxiété, une diminution de son niveau de stress et l'oubli de ses problèmes; bref, l'atténuation de la douleur, qu'elle soit physique, morale ou psychologique (Poupart, 1991). Le problème, c'est que «la cocaïne empêche l'individu de développer ses capacités de faire face à la vie de sorte que les situations difficiles, anxiogènes, mais normales et courantes, s'aggravent pour cette personne». (Beaulieu-Desforges, 1992, p.2).

Pour résumer de façon simpliste le caractère du cocaïnomane, on peut dire qu'il s'agit d'une personne qui oscille entre la colère et la déprime.

Le lecteur attentif aura certainement identifié plusieurs difficultés reliées à la consommation de cocaïne tout au long des sections précédentes, même si l'objectif de ces sections n'était pas de discuter de ces problèmes. On pourrait regrouper ces diverses difficultés selon trois grandes catégories: les conséquences pour la santé de l'individu, les conséquences au plan psychologique, et les conséquences légales.

### **5.1 AU PLAN DE LA SANTÉ PHYSIQUE**

À l'heure actuelle, les problèmes de santé physique associés à la consommation de cocaïne constituent une préoccupation majeure chez plusieurs intervenants impliqués auprès de cette clientèle. Il faut dire que les problèmes identifiés sont alarmants lorsqu'on songe aux risques de létalité qu'ils représentent et la possibilité de transmission à d'autres personnes. Il serait par contre erroné de croire que tous les problèmes identifiés sont le lot de l'ensemble des consommateurs de cocaïne. Ainsi, le mode d'administration de la substance est un facteur à considérer lorsqu'on songe aux troubles que peut engendrer l'usage de cocaïne. Par exemple, l'usager qui «sniffera» régulièrement sa drogue risque de se retrouver aux prises avec une congestion nasale chronique voire une atrophie de la cloison nasale qui, en plus d'entraîner la perte de l'odorat, pourra conduire à une perforation du septum (Santé Canada, 1995; Vincent, 1987).

Chez les fumeurs de cocaïne réguliers, on assiste évidemment à toute une série de difficultés d'ordre pulmonaire (Richard & Senon, 1996). On soulignera aussi fréquemment les idées délirantes et les sentiments de persécution qui hantent ce type de consommateurs.

L'injection, quant à elle, est reliée à plusieurs problèmes. En premier lieu, les impuretés présentes dans le matériel d'injection, les adultérants employés dans la coupe de la cocaïne, ainsi que les techniques d'injection parfois déficientes de certains consommateurs peuvent être à l'origine de certains de ces problèmes (Giroux, 1998). On pense alors à la possibilité de

développer des abcès, des maladies du foie, des endocardites et, parfois même, des lésions cérébrales (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997; Vincent, 1987). En second lieu, il faut mentionner que les personnes qui s'injectent de la cocaïne représentent une population hautement à risque de contracter des maladies infectieuses chroniques telles les hépatites B et C, de même que le virus d'immuno-déficience humaine (VIH) (Greenwood, 1992; Wilson, Watson & Ralston, 1995). Ainsi, l'étude de la cohorte de l'hôpital St-Luc de Montréal montre que 70% des UDI étaient infectés par le virus de l'hépatite C (Côté, 1999). Le phénomène est aussi en émergence chez les jeunes «injecteurs» puisque chez les jeunes de la rue étudiés par le docteur Élise Roy, 9,2% étaient infectés par le virus de l'hépatite B et 12,6% par celui de l'hépatite C, les taux augmentant considérablement chez les utilisateurs de seringues; chez ces derniers, en effet, 16,2% étaient infectés par le virus de l'hépatite B et 26,5% par celui de l'hépatite C (Roy, 1999). Notons toutefois que l'échantillon du docteur Roy était composé d'« injecteurs » de multiples substances, dont l'héroïne.

Le taux de prévalence du VIH chez les UDI inquiète également. Ainsi, une étude de Alary & *al.* (1998) réalisée à partir de populations fréquentant un programme d'échange de seringues estime que le VIH est présent chez les UDI de la plupart des villes québécoises (20% en Outaouais; 18% à Montréal; 10% en Montérégie; 9% à Québec; 7% en Abitibi/Témiscamingue; 6% dans Chaudière/Appalaches et 1% au Saguenay/Lac St-Jean), les plus hauts taux étant rapportés dans les milieux urbains. Encore une fois, les jeunes de la rue ne sont pas en reste à ce chapitre puisque le taux d'incidence enregistré dans cette population est de 1,85%, ce qui constitue un taux dix fois plus élevé que dans la population québécoise du même âge (Roy & *al.*, 1998).

Par ailleurs, les pratiques courantes de partage de matériel d'injection chez les UDI, particulièrement les consommateurs de cocaïne, facilitent la transmission de ces maladies chroniques entre les utilisateurs (Godin & *al.*, 1999; Noël & *al.*, 1999). À témoin l'étude d'Alary & *al.* (1998) qui rapporte des taux d'incidence du VIH de 8,3 par 100 (PA) pour la région de Montréal<sup>15</sup> et de 3,2 (PA) dans la région de Québec. Il ne faut pas non plus négliger

---

<sup>15</sup> Ceci représente le plus haut taux enregistré en Amérique du Nord (Roy & *al.*, 1998).

le risque de transmission à des populations non consommatrices par le biais d'activités sexuelles non protégées ou encore par la transmission mère-enfant durant la grossesse.

Une proportion non négligeable des personnes atteintes du VIH développeront le SIDA. Au Canada, le Québec affiche le second taux d'incidence cumulative de SIDA (34,6/100 000 habitants), après la Colombie-Britannique, et le second rang, après l'Ontario, en termes de nombre de cas absolu (Remis, Palmer & Leclerc, 1994). Le Québec est également la province la plus touchée par rapport aux femmes atteintes du SIDA (3 fois et demi plus important qu'ailleurs au Canada). Le SIDA représente plus de 20% des décès des hommes âgés entre 29 et 49 ans et vivant dans le Montréal métropolitain. Or, la deuxième cause en importance associée au SIDA au Québec est l'usage de drogues par voie intraveineuse et, parmi les UDI, la majorité sont utilisateurs de cocaïne.

Indépendamment du mode d'administration de la cocaïne, la quantité absorbée est aussi un facteur à prendre en considération. Par exemple, un mauvais dosage peut entraîner une *overdose* chez le consommateur. Cette surdose produira chez l'utilisateur des mouvements convulsifs, des douleurs à la poitrine, des nausées, de la fièvre, des spasmes musculaires et, dans certains cas, la mort, résultant d'un arrêt cardiaque ou d'une paralysie du centre de contrôle de la respiration (Giroux, 1994; Santé Canada, 1995; Vincent, 1987). En Colombie-Britannique, on rapporte qu'en 1998 près d'une personne par jour est décédée des suites d'une *overdose* (Travers, 1998). Fort heureusement, la situation n'est pas aussi dramatique au Québec. Elle n'en est cependant pas exempte. En 1997, on rapportait 46 décès liés à l'usage de cocaïne (accident, suicide, intention indéterminée) sur le territoire québécois, ce qui représentait 64% de tous les décès attribués à la consommation de drogues (Chevalier & Laurin, 1999).

Un autre problème associé à la consommation abusive de cocaïne est celui de l'impact sur le fœtus de la consommation des mères cocaïnomanes. Dans ce cas, peu importe le mode d'administration employé, les risques sont présents. En effet, la croyance à l'effet que le placenta joue le rôle d'un filtre entre la mère et l'enfant tient du mythe lorsqu'on discute d'usage de cocaïne. La substance passe donc du sang de la mère à celui de l'enfant. Bien plus, les fonctions hépatiques du fœtus n'étant pas aussi efficaces que celles de la mère, on

retrouve des traces de cocaïne dans le sang du bébé jusqu'à six jours après l'absorption maternelle. Une consommation régulière durant la grossesse augmente considérablement les risques d'avortements spontanés, de décollement placentaire ou d'hémorragies utérines (Richard & Senon, 1996; St-Jacques, 1990; Venne, 1992). La cocaïne entrave également l'apport de nourriture et d'oxygène au fœtus augmentant ainsi les risques d'anomalies cérébrales et d'anévrismes, en plus de favoriser les accouchements prématurés ou la naissance de bébés à faible poids ou de circonférence crânienne inférieure à la moyenne (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; St-Jacques, 1990; Venne, 1992). Par ailleurs, on enregistre chez ces enfants un risque beaucoup plus élevé de syndrome de mort subite, alors que les auteurs consultés citent des études qui évaluent ce pourcentage à près de 15%, comparativement à 0,3% dans la population générale (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; Richard & Senon, 1996; St-Jacques, 1990). Si le bébé parvient à terme, on note d'autres impacts de la prise régulière de cocaïne durant la grossesse. Ces nourrissons sont plus irritables que les autres, présentent une faible capacité de succion, des troubles du sommeil et des tremblements (St-Jacques, 1990; Venne, 2000). Il est aussi plus difficile pour l'adulte d'entrer en contact avec les bébés de mères cocaïnomanes. À plus long terme, on enregistre chez ces enfants un développement intellectuel plus lent, des difficultés d'apprentissage du langage et de la motricité fine, de même que la présence de plusieurs troubles de comportement (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990a; St-Jacques, 1990). Il est par contre difficile de préciser si ces troubles sont liés à l'usage de la cocaïne durant la grossesse ou s'ils sont le résultat de l'environnement dans lequel l'enfant évolue (Guyon & De Koninck, 1999). Par exemple, les professionnels en contact avec des enfants élevés par des mères cocaïnomanes constatent souvent une carence dans les soins primaires dispensés, l'absence de suivi médical, d'horaires réguliers et d'un gardiennage adéquat (Beaulieu-Desforges & Perron-Groleau, 1990b).

## **5.2 AU PLAN PSYCHOLOGIQUE**

L'usage régulier de cocaïne est considéré par plusieurs sources documentaires et intervenants comme possédant un impact psychologique important sur l'individu. On mentionne à cet effet,

une panoplie de difficultés d'ordre psychologique: anxiété, déprime, hallucinations, pertes de mémoire et paranoïa<sup>16</sup> (Vincent, 1987). Il n'est pas rare que l'on associe la consommation de cocaïne à certaines tentatives de suicide. Par ailleurs, plusieurs troubles mentaux ont été associés à l'usage régulier de cocaïne tels la maniaque-dépression et le délire de persécution (Richard & Senon, 1996; Vincent, 1987). En dernier lieu, rappelons aux lecteurs le nombre de décès annuels relié à l'usage de cocaïne et dont on peut croire sans trop de risques d'erreur qu'une forte proportion sont des actes suicidaires.

### 5.3 AU PLAN LÉGAL

Si un certain nombre d'individus parviennent à défrayer leur consommation de cocaïne au moyen d'un emploi, d'une aide gouvernementale ou d'emprunts auprès de leur entourage, il n'en demeure pas moins que plusieurs ont recours à certaines formes de criminalité pour y parvenir. Comme nous l'avons vu précédemment, la possession de cocaïne, le trafic et l'importation de cette drogue sont des activités prohibées par la loi. En 1997, 21% des infractions liées à la Loi sur les stupéfiants mettaient en cause la cocaïne (Dion, 1999). En 1996, 9% de l'ensemble de la population carcérale canadienne était détenue en raison d'une infraction reliée aux drogues (Tremblay, 1999). Dans les prisons provinciales, le Québec affichait un taux de 14% de ses prisonniers dont l'infraction la plus grave était liée à des affaires de drogues (Tremblay, 1999). Il ne fait donc aucun doute que l'utilisateur de cocaïne s'expose à un risque d'incarcération en raison de la seule nature de ses activités. Les risques ne se limitent toutefois pas seulement à ces probabilités. En effet, l'usage de cocaïne, surtout de façon régulière, est une pratique relativement onéreuse. À titre d'exemple, Forget (1990) rapporte dans son mémoire de maîtrise que les détenus de son échantillon évaluaient leurs dépenses liées à la consommation de cocaïne à quelques \$1500 par mois. Inutile d'effectuer de savants calculs pour constater que de telles dépenses ne peuvent, dans bien des cas, être défrayées avec un salaire moyen. L'utilisateur aura donc recours à divers stratagèmes pour se procurer l'argent nécessaire à sa consommation. Parmi ces moyens, plusieurs seront de nature illégale. Outre le commerce de la cocaïne, on retrouvera la prostitution, la fraude, le vol et le

---

<sup>16</sup>Ces sentiments paranoïaques seraient davantage présents chez les fumeurs de cocaïne (Richard & Senon, 1996).

recel, bref des délits généralement orientés vers les biens. Barszczewski (1999) estime que 80% des crimes acquisitifs commis sont perpétrés par des individus impliqués directement ou indirectement dans la consommation de substances psychoactives illicites.

Au Québec, l'implication des toxicomanes dans la criminalité a été bien démontrée (Brochu, 1995; Brochu & Schneeberger, 1997). Or, tout comme les activités liées à la vente de cocaïne, les délits perpétrés dans le but de se procurer l'argent nécessaire à la consommation occasionneront chez plusieurs consommateurs quelques épisodes de détention (Brochu, Cournoyer, Motiuk & Pernanen, sous presse). On remarque en fait qu'environ 20% de la clientèle en traitement dans un centre de réadaptation public en toxicomanie est en instance d'inculpation, de procès ou de sentence au moment de la demande d'aide (Brochu & Schneeberger, 1997). Les données compilées par la Maison Mélaric présentent un profil similaire.

Enfin, notons que les toxicomanes (et par le fait même les cocaïnomanes) peuvent être eux-mêmes victimes d'actes criminels, particulièrement de crimes contre leur personne (Brochu, Parent, Chamandy & Chayer, 1997).

#### **5.4 AU PLAN SOCIO-ÉCONOMIQUE**

Toutes les conséquences de la consommation de cocaïne que nous avons mentionnées jusqu'à présent ont des impacts sur la société en termes économiques. Ces impacts ont d'ailleurs été évalués par certains chercheurs. Ainsi, on estimait qu'en 1992 l'abus de drogues avait coûté 1,37 milliards de dollar à l'économie canadienne (Single, 1999). Ces coûts étaient principalement reliés aux années de vie potentielles perdues par les personnes décédées des suites de leur abus de drogues (60%), à l'application de la loi en matière de stupéfiants (29%), ainsi qu'aux frais relatifs à l'hospitalisation des abuseurs de drogues et aux soins généraux offerts à cette population (6%). Au Québec, les coûts associés directement ou indirectement à l'abus de drogues représentaient, en 1992, plus de 334 millions de dollars (Desjardins, 1996). Il est difficile d'estimer la proportion de ces coûts qui est attribuable aux consommateurs de cocaïne, mais on peut penser qu'étant donné les risques de problèmes de santé de toutes sortes qu'ils encourent et la quantité d'activités criminelles commises par ces personnes

(incarcération élevée, pertes économiques reliées aux délits), le montant doit être relativement important.

## **CHAPITRE 6 : L'INTERVENTION AUPRÈS DES CONSOMMATEURS DE COCAÏNE**

Le lecteur aura été à même de constater que l'usage de cocaïne occasionne chez plusieurs consommateurs des difficultés de toutes sortes (problèmes de santé, difficultés financières, problèmes avec la Justice, détérioration des liens avec l'entourage, etc.). En raison de l'étendue des problèmes associés à l'usage de cocaïne et du nombre important de personnes aux prises avec une consommation abusive de cette drogue, plusieurs moyens ont été développés pour leur venir en aide. Dans un livre récemment publié, Jérôme Platt consacre deux chapitres entiers à l'intervention auprès des cocaïnomanes (Platt, 1997). C'est donc dire que plusieurs approches existent pour venir en aide à ces individus. On remarque par contre que dans bien des cas, l'intervention n'est pas spécifique à cette population mais consiste plutôt à une intervention auprès des toxicomanes dont l'usager de cocaïne représente une forte proportion. Explorons donc brièvement les diverses avenues utilisées au Québec.

### **6.1 TYPES D'INTERVENTION**

Les personnes impliquées dans l'intervention auprès des toxicomanes circonscrivent généralement leurs actions sur un continuum de services subdivisé en quatre volets: la promotion de la santé et la prévention, le dépistage et l'intervention précoce, la désintoxication et la réadaptation, et en dernier lieu, la réinsertion sociale.

#### ***& La promotion de la santé et la prévention***

On ne parle généralement pas de prévention spécifique à l'usage de cocaïne, même si, selon plusieurs, on devrait le faire puisque de plus en plus de jeunes abordent le monde des drogues pour la première fois par l'intermédiaire de cette substance. Toutefois, sans être exclusivement destinés aux consommateurs de cocaïne, il existe plusieurs programmes de prévention dans la

communauté. On pense, par exemple, aux éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) qui oeuvrent au sein des écoles primaires et secondaires, qui bien qu'étant de moins en moins nombreux, sont à l'origine de plusieurs efforts de prévention auprès de la population juvénile<sup>17</sup>. Le programme de sensibilisation aux drogues de la Gendarmerie Royale du Canada offre également un autre exemple de programmes de prévention qui s'adressent à divers milieux (parents, autochtones, milieux de travail, milieux sportifs, etc.). Mentionnons également le rôle que jouent les CLSC, les travailleurs de milieu et certains organismes communautaires dans les efforts de promotion de la santé et de prévention de l'usage de drogues, dont la cocaïne.

Par ailleurs, on assiste de plus en plus au développement d'une philosophie d'intervention qui a pour but de porter sur la consommation un regard qui favorise la gestion des plaisirs pour une meilleure santé (Poirier, 1996). Ce discours, de plus en plus présent dans le domaine de la toxicomanie, vise la réduction des risques et des conséquences associés au style de vie de certains consommateurs. Les anglo-saxons emploient l'expression «harm reduction», alors que les francophones d'Europe utilisent plutôt la notion de réduction des risques (Brisson, 1999). Au Québec, le terme retenu par les experts est la réduction des méfaits, qui exploite à la fois la notion de réduction des conséquences négatives et celle de réduction des risques de conséquences négatives, alliant ainsi la perspective anglo-saxonne et franco-européenne (Brisson, 1997). Nous retiendrons donc le terme de réduction des méfaits pour la suite de cette section<sup>18</sup>.

La réduction des méfaits est une approche pragmatique en ce sens qu'elle propose des actions concrètes pour diminuer les torts causés par la consommation de drogues. Un des exemples les plus fréquemment cités en la matière est celui des programmes d'échange de seringues qui ont vu le jour au Québec il y a une dizaine d'années avec la mise sur pied de Cactus-Montréal. L'objectif de ces programmes est de distribuer des seringues neuves et des condoms aux toxicomanes qui le désirent et de récupérer les seringues usagées, tout en étant disponibles pour donner de l'information ou du support. On espère ainsi diminuer les risques de

---

<sup>17</sup> À ce sujet, une expertise particulièrement intéressante a été développée par un groupe de la région des Bois-Francs (Action-toxicomanie) qui dessert la majorité des écoles secondaires et plusieurs écoles primaires de leur territoire.

<sup>18</sup> Le lecteur intéressé à une discussion plus complète sur ce thème pourra consulter le document de Pierre Brisson (1997), publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), ainsi que le fascicule intitulé *Toxicomanie et réduction des méfaits* également publié par le CPLT.

transmission de maladies infectieuses telles les hépatites ou le VIH. Ce genre de programme est maintenant disponible au Québec dans 16 régions sur 18, la majorité d'entre eux se situant dans une pharmacie ou un CLSC.

L'action des travailleurs de rue et des travailleurs de milieu vise également la réduction des méfaits. En développant des liens significatifs avec le monde de la rue et en se rendant disponibles pour transmettre de l'information, orienter des demandes d'aide, etc., ces professionnels contribuent à la diminution des méfaits associés à la toxicomanie, dont la cocaïnomanie.

### ***& Le dépistage et l'intervention précoce***

Certains efforts de dépistage et d'intervention précoce auprès des consommateurs de cocaïne sont également répertoriés au Québec. Les EPT, par exemple, peuvent jouer un rôle important à cet égard; mais, malheureusement, certains établissements scolaires ont plus souvent recours à l'exclusion pure et simple qu'à la relation d'aide. Les programmes d'aide aux employés (PAE) peuvent également contribuer au dépistage des problèmes de consommation et permettre une intervention avant que la situation soit trop détériorée. Enfin, les intervenants de première ligne tels les travailleurs de rue, le personnel des CLSC et les médecins (en milieux hospitaliers et en cabinets privés) constituent également des ressources qui peuvent grandement concourir au dépistage et à l'intervention précoce auprès de ce type de consommateurs.

### ***& La désintoxication et la réadaptation***

L'abus de cocaïne ne nécessite pas de désintoxication à proprement parler; en fait, cette drogue n'induit pas de symptôme de sevrage physique chez le consommateur qui arrête d'en faire usage. Par contre, le consommateur de cocaïne étant régulièrement un polytoxicomane, il n'est pas rare d'en rencontrer dans les programmes de désintoxication, en raison d'une dépendance à l'héroïne, à certains médicaments ou encore à l'alcool. Dans plusieurs cas, la cocaïne sera le

palliatif utilisé par le consommateur pour faire face à son sevrage, de façon à continuer «d'oublier» ses difficultés, d'obtenir quand même un «buzz».

Dans la grande région métropolitaine, il existe un certain nombre de programmes de désintoxication, offerts par des hôpitaux ou des centres de réadaptation en toxicomanie. Nos investigations nous ont également permis de répertorier ce genre de service dans certaines régions du Québec, alors que des intervenants provenant d'autres régions identifiaient l'absence de ce type de services comme une limite importante de leur intervention. Certaines ressources d'intervention en mesure de traiter les cocaïnomanes refusent de les accepter lorsqu'ils présentent une dépendance physique à une autre substance psychoactive, avant que le sevrage ne soit complété.

Si l'utilisateur de cocaïne abusif ne présente pas de symptôme de sevrage lors de l'interruption de sa consommation, il n'en demeure pas moins que la majorité des intervenants impliqués auprès d'eux soulignent qu'il existe une forte dépendance psychologique au produit et que, bien souvent, la cocaïne étant employée à titre d'auto-médication par l'usager, l'arrêt de cette dernière laisse apparaître une kyrielle de difficultés d'ordre émotionnel ou psychologique. En ce sens, plusieurs médecins ont adopté une approche d'intervention pharmacologique avec cette population. La prescription d'antidépresseurs, d'antagonistes de la cocaïne et de différentes autres formes de médication sont ainsi employées auprès de cette clientèle (Domic, 1996; Perreault, 1999; Platt, 1997), soit dans le but de tempérer l'état dépressif dans lequel se trouvent les ex-consommateurs, soit en vue de bloquer l'effet euphorisant de la cocaïne. Mentionnons, par la même occasion, qu'il n'est pas rare que l'usager se voit prescrire un tranquillisant en raison des troubles du sommeil induits par un usage régulier de cocaïne. Ces pratiques nous sont toutefois apparues plus courantes aux États-Unis qu'au Québec.

De l'avis des informateurs impliqués dans le domaine de l'intervention en toxicomanie, il est majoritairement reconnu que le secteur de la réadaptation est celui qui est le plus développé, même si cela ne veut pas dire aux yeux de plusieurs qu'il l'est assez. À titre d'exemple, 90% du budget annuel accordé par la régie régionale de Montréal-Centre en matière de toxicomanie est attribué au centre de réadaptation public pour personne alcooliques et autres toxicomanes

(CRPAT) qui dessert le territoire montréalais<sup>19</sup>. Les CRPAT offrent des services gratuits en matière de toxicomanie, généralement dispensés sur une base externe quoiqu'également offerts sous la forme de services à l'interne. Outre les CRPAT, il existe plusieurs ressources privées qui dispensent des services de réadaptation pour une clientèle généralement composée au moins du tiers par des consommateurs de cocaïne. Habituellement, ces établissements dispensent des services d'hébergement d'une durée variant de un mois à neuf mois et adoptent une approche généralement empruntée aux communautés thérapeutiques et au modèle des douze étapes. Notons que, selon la région, ces services d'hébergement font parfois cruellement défaut, notamment pour la clientèle juvénile.

On note enfin des méthodes d'intervention moins répandues, telles l'utilisation de l'hypnose ou de l'acupuncture pour aider l'utilisateur de cocaïne à interrompre son usage de drogue.

### ***& La réinsertion sociale***

La réinsertion sociale est fréquemment identifiée par les intervenants du milieu comme l'étape du continuum la moins bien développée. En effet, peu de ressources consacrent leurs efforts à la réintégration des ex-consommateurs dans la communauté. Peu ne veut cependant pas dire aucune. Parmi les plus connues, mentionnons les groupes d'entraide tels les cocaïnomanes-anonymes (C.A.) qui offrent à leurs membres un soutien social important et la possibilité de se créer un nouveau réseau avec des personnes qui ont éprouvé des difficultés similaires et qui partagent une vision commune des origines du problème et de la façon d'y faire face.

Par ailleurs, il existe quelques groupes communautaires qui aident le consommateur de cocaïne dans ses efforts de réinsertion, et ce, dans la plupart des régions où nous avons interrogés des intervenants. Par contre, les moyens dont disposent ces ressources sont souvent insuffisants et leur financement est la plupart du temps incertain, ce qui rend leurs conditions des plus précaires et ne permet pas toujours de bien les identifier.

---

<sup>19</sup> Il serait toutefois injuste de passer ici sous silence le travail effectué par les CRPAT en matière de réinsertion sociale et de soutien aux parents et aux ressources dispensant des services sur une autre portion du continuum d'intervention, mais ces activités comptent souvent pour une petite proportion des efforts consentis.

Il est à noter que les objectifs poursuivis par les diverses ressources impliquées auprès des consommateurs de cocaïne peuvent être différents. Ainsi, certaines ressources prôneront l'abstinence haut et fort, alors que d'autres ne jureront que par le contrôle de la consommation. Enfin, certaines privilégieront une approche différentielle en fonction du client qui se présente devant eux<sup>20</sup>.

## 6.2 EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION

L'efficacité de l'intervention en matière de toxicomanie est un sujet à la fois épineux et complexe. En effet, qu'est-ce que l'efficacité d'une intervention? S'agit-il du respect de la durée de traitement prescrite par le thérapeute? De l'absence de consommation de substances psychoactives ou encore du produit identifié comme problématique? Est-ce la capacité de l'individu à gérer les conséquences négatives d'une consommation ou encore l'amélioration de la situation dans les diverses sphères de vie de l'usager? On s'aperçoit vite que selon la définition à laquelle on adhère, l'efficacité d'un programme peut varier grandement.

Les études scientifiques réalisées sur la question de l'efficacité des programmes sont généralement basées sur la question de la rétention en traitement et de la rechute. Si on se fie à ces indices, les résultats ne sont pas très encourageants. À titre d'exemples, quelques études québécoises réalisées auprès des populations en traitement pour la toxicomanie, indiquent qu'entre 20% et 25% de la clientèle interromprait sa démarche après l'entrevue d'évaluation, alors que seulement 15% des individus desservis par les CRPAT demeureraient plus de six mois en traitement (Bergeron, Landry, Brochu & Cournoyer, 1997; Brochu, Landry, Bergeron & Chiocchio, 1995; Laflamme-Cusson & Moisan, 1993). Chez certaines clientèles, telles les personnes judiciairisées, le pronostic est encore plus faible (Bergeron & *al.*, 1997; Brochu & *al.*, 1995). Par contre, chez ceux qui demeurent en traitement, les résultats démontrent une certaine amélioration (Brochu, Bergeron, Landry, Germain & Schneeberger, soumis pour

---

<sup>20</sup> Il est également courant que les intervenants d'une même ressource entretiennent des points de vue divergents quant aux objectifs à poursuivre avec le client.

publication; Brown, Seraganian & Tremblay, 1993). Mentionnons au passage qu'un grand nombre de programmes de traitement ne sont pas évalués.

Par ailleurs, les risques de rechute sont très élevés chez les consommateurs de cocaïne. Mesurer l'efficacité d'un programme à partir de cet indice témoignera une fois encore de mauvais résultats. Il y a certainement lieu de remettre en question les critères d'évaluation des études sur le sujet. De plus, nombre d'impacts de l'intervention sont difficilement mesurables, ce qui est notamment le cas des programmes de prévention. Par exemple, le contact d'un usager avec une ressource peut être suivi d'un abandon précoce du traitement et d'une augmentation de la consommation mais qui sait si, sans cette intervention, la personne ne se serait tout simplement pas suicidée. S'agit-il alors d'une intervention réussie? De plus, puisqu'il n'y a pas, à proprement parler, de services spécifiquement destinés aux utilisateurs de cocaïne, il est difficile de connaître l'efficacité de l'intervention sur cette catégorie de consommateurs. Par contre, de l'avis d'un grand nombre d'intervenants, il s'agit d'une clientèle difficile à maintenir en traitement, notamment en raison de leur propension à vouloir que les résultats de leur démarche se manifestent dans l'immédiat, ce qui n'est généralement pas le cas dans un domaine comme celui qui nous intéresse. En ce sens, aux dires des intervenants, les services dispensés à l'interne obtiendraient de meilleurs résultats en raison notamment de l'intensité accrue de la démarche.

### **6.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

La réalisation d'entrevues avec des gens qui travaillent directement auprès des consommateurs de cocaïne permet bien sûr de répertorier les interventions existantes et d'en apprécier en quelque sorte l'efficacité, mais également de soulever différentes difficultés rencontrées dans leur travail.

Une de ces difficultés est indéniablement liée à l'accessibilité aux services. Dans certains cas, les services ne sont tout simplement pas offerts, ce qui est notamment le cas dans certaines régions par rapport à la désintoxication, à l'hébergement ou encore en ce qui concerne le

recours à des services pour des clientèles spécialisées, telles les femmes ou les personnes présentant une problématique associée (santé mentale, criminalité, etc.). Dans d'autres cas, les services existent mais la demande est tellement élevée qu'il faut s'armer de patience (ce qui n'est vraiment pas le propre de la clientèle cocaïnomanie) avant d'y accéder. Enfin, pour d'autres, certaines caractéristiques de l'intervention sont incompatibles avec leur situation (heures durant lesquelles les services sont offerts, distance trop importante les séparant des services, incapacité de trouver une gardienne pour se rendre à l'établissement, etc.).

On l'a vu précédemment, les utilisateurs de cocaïne sont des personnes qui ont une forte propension à s'isoler, à vivre dans la solitude. Il est donc souvent difficile de les rejoindre, de les attirer dans les services existants. La perspective de services externes paraît aussi moins attrayante pour cette clientèle.

Par ailleurs, les caractéristiques propres à cette clientèle peuvent constituer un défi de taille pour les intervenants. En effet, la faible capacité d'introspection des cocaïnomanes, leurs nombreuses rechutes et leur difficulté à suivre un traitement de façon assidue sont autant d'obstacles à l'intervention. De plus, l'interruption de la consommation chez plusieurs cocaïnomanes est accompagnée de symptômes dépressifs majeurs (davantage chez les hommes que chez les femmes, aux dires de certains intervenants), donnant à chaque petit écueil l'apparence d'une montagne. Pour d'autres, la difficulté est contraire. En effet, plusieurs jeunes consommateurs n'ont pas encore éprouvé de pertes en rapport avec leur usage de cocaïne, ce qui ne facilite pas la prise de conscience ou la motivation au changement. D'autres percevront cet arrêt de cocaïne comme néfaste, leur vie étant plus morose, leurs performances professionnelles diminuées.

La toxicomanie n'est souvent qu'un aspect des difficultés vécues par la clientèle. Les problèmes touchent beaucoup d'autres sphères de la vie de l'individu (relations interpersonnelles, gestion du temps, des loisirs, situation économique...). L'intervention doit souvent interpellier non seulement la consommation de la personne, mais l'ensemble de son mode de vie. En ce sens, une intervention à court terme ne suffit généralement pas à améliorer la situation de l'individu et la perspective d'un travail de longue haleine peut lui paraître

insupportable. Pour les mêmes raisons, une intervention visant uniquement le développement des habiletés personnelles du client risque de ne pas être suffisante si elle n'est pas accompagnée d'autres mesures.

Parallèlement, on assiste régulièrement à la présence d'une problématique associée à celle de la toxicomanie (VIH, santé mentale, itinérance), ce qui laisse parfois l'intervenant dépourvu devant la nature des difficultés et des orientations à suivre.

Enfin, si on se réfère au continuum de services exposé plus tôt, on remarque quelques brèches. Aux yeux de plusieurs intervenants, il y a peu de réduction des méfaits réalisée auprès des cocaïnomanes et la réinsertion sociale est certainement le maillon faible du continuum.

## CHAPITRE 7 : ÉLÉMENT DE RÉFLEXIONS

Les écrits que nous avons consultés, les discussions que nous avons eues avec les informateurs clés et les difficultés rencontrées dans l'intervention auprès des cocaïnomanes nous conduisent à un certain nombre de réflexions par rapport au phénomène. Ces réflexions touchent à l'intervention bien sûr, mais également à la conception de la toxicomanie et à certains choix que nous sommes amenés à faire, en tant que société. Fions-nous encore une fois au continuum de services pour nous aider à articuler l'information.

Tout d'abord, en ce qui concerne la prévention juvénile, il apparaît de plus en plus clair que les efforts ne doivent pas uniquement être dirigés vers les établissements scolaires. En effet, selon les récentes études sur le sujet, entre 20% et 35% des élèves n'obtiendraient pas leur diplôme d'études secondaires (Beaucage, 1998; Chevalier & Laurin, 1999; Richer, 1996). Par ailleurs, la prévalence de consommation de drogues parmi les décrocheurs serait importante (Beaucage, 1998). Il apparaît donc souhaitable que d'autres endroits que les écoles soient également ciblés lors des campagnes de prévention de l'usage de drogues. Il faut alors réfléchir à quels sont ces endroits. Arcades? Parcs? Maisons de jeunes? Centres commerciaux? Chaque territoire a ses particularités et devrait tenter de rejoindre les jeunes dans les milieux qu'ils fréquentent.

Lorsqu'on parle d'intervention précoce et de dépistage, le corps médical est souvent désigné par les intervenants comme détenant une position privilégiée. En effet, les effets de la cocaïne sur la santé de l'individu sont un des signes d'une consommation problématique et, bien souvent, ces problèmes physiques figureront parmi les préoccupations des toxicomanes, les conduisant à consulter un médecin généraliste. Cette rencontre sera pour plusieurs leur premier contact avec un intervenant. En ce sens, il apparaîtrait intéressant que les professionnels de la santé soient outillés pour détecter ces difficultés et, le cas échéant, capables de faire une certaine intervention ou à tout le moins procéder à une référence.

Par ailleurs, il semble parfois nécessaire de mieux faire connaître les services disponibles, notamment en faisant une plus grande promotion des ressources existantes auprès de la population générale ou, mieux encore, en allant chercher les toxicomanes où ils se trouvent. Pour plusieurs

intervenants consultés, il ne suffit pas d'attendre que l'utilisateur de cocaïne se présente par lui-même dans les services. Il faut aller au devant de la demande. Certains iront même encore plus loin en disant qu'il faut accompagner le consommateur dans son expérimentation de la drogue, afin de pouvoir identifier ceux qui éprouveront de la difficulté à gérer leur consommation, d'une part, et, d'autre part, afin d'assurer une continuité dans leur rapport aux ressources, ne serait-ce qu'au niveau des besoins socio-sanitaires de base. Le temps venu, l'utilisateur pourra beaucoup plus facilement tendre la main à une personne qu'il connaît déjà et en qui il a confiance. Bien sûr, une telle approche nécessite un nombre de professionnels en contact direct avec la clientèle plus élevé.

Malgré tout, certains cocaïnomanes entrent d'eux-mêmes en contact avec les ressources de réadaptation. Selon l'expérience des intervenants, il apparaît alors primordial de pouvoir offrir une aide rapide et personnalisée. Dans cette optique, les listes d'attente devraient être évitées et on devrait favoriser le contact avec le moins grand nombre d'intervenants possible, privilégiant ainsi que la personne qui accueille le client soit également celle qui assurera son suivi. Non seulement la rapidité de l'accès aux ressources est souhaitable chez le cocaïnomane, mais également des stratégies d'intervention qui appellent des actions concrètes, immédiates. Il apparaît en tout cas clairement aux intervenants rencontrés qu'il faut augmenter l'attrait pour les services existants et la rétention de la clientèle dans les services en place.

En ce qui concerne le type d'intervention le plus prometteur, les opinions divergent. Certains prétendent qu'un programme spécialisé pour les cocaïnomanes serait un pas en avant dans la bonne direction, alors que d'autres affirment que cette clientèle s'intègre très bien aux autres clientèles toxicomanes et donc aux services déjà existants. Quant aux méthodes d'intervention, plusieurs points de vue ont été émis. Certains proposent d'utiliser une approche paradoxale, visant à piéger l'individu dans son organisation rationnelle et le conduire ainsi à entrer en contact avec son monde émotionnel. La grande majorité des intervenants rencontrés ont indiqué qu'il fallait que le cocaïnomane regagne son estime de soi, afin qu'il n'ait plus besoin de recourir à la drogue pour pallier ce manque. Plusieurs ont mentionné qu'en raison des différentes sphères de la vie de l'individu touchées par la toxicomanie, il était préférable d'adopter une approche globale (bio-psychosociale, systémique) qui permette de tenir compte de tous les aspects et de tous les acteurs impliqués (famille, conjoint, enfants...). Il ne faut pas non plus oublier que dans certains cas, la consommation de drogue est

secondaire à des problèmes beaucoup plus importants qui, s'ils ne sont pas réglés, empêcheront la personne de fonctionner adéquatement et la maintiendront probablement en lien avec la consommation. Par ailleurs, de l'avis de la majorité, il ne faut pas gérer la rechute comme un échec, mais plutôt comme faisant partie d'un parcours de réinsertion. Il apparaît donc normal aux yeux de plusieurs informateurs clés qu'un client fasse un petit bout de thérapie, interrompe puis reprenne un peu plus tard. Certains affirment qu'on devrait valider le client dans de telles démarches plutôt que de lui reprocher ses erreurs. Une personne avançait même l'idée qu'un centre de prévention de la rechute soit mis sur pied.

Si, pour plusieurs, le salut du cocaïnomanie tient à l'arrêt complet de sa consommation, il n'est pas toujours indiqué d'en faire la priorité numéro un. Par exemple, auprès des jeunes mères utilisatrices de cocaïne, le développement du lien mère-enfant apparaît plus important comme objectif que l'atteinte de l'abstinence (Venne, 1992). Dans le même état d'esprit, la prévention du passage à l'injection pourrait être une fin aussi louable que la promotion de l'abstinence. Le lecteur aura reconnu là, deux exemples de réduction des méfaits.

Tel que nous l'avons vu dans la section précédente, la réinsertion sociale est souvent le maillon faible du continuum de services. Cette réinsertion est primordiale, surtout pour contrer l'isolement dans lequel les consommateurs (et ex-consommateurs) se retrouvent trop souvent. Dans cette optique, les groupes d'entraide et de nombreux organismes communautaires peuvent aider le cocaïnomanie abstinente à se créer un réseau social et à trouver des façons constructives et intéressantes d'utiliser son temps. À l'heure actuelle, le concept des pairs-aidants est fortement mis de l'avant, et pour la réinsertion, et pour la prévention/réduction des méfaits. Il s'agit de personnes qui possèdent un passé similaire à la clientèle visée ou qui proviennent du même milieu. Il est alors plus facile de s'identifier à ces intervenants.

Il est aussi fortement à la mode de parler de coopération, de collaboration, de partenariat, bref, d'actions concertées de plusieurs ressources auprès d'un même individu. Théoriquement, cette approche permet à la fois de réduire les coûts de l'intervention et de partager les expertises souvent nécessaires à la résolution des problèmes complexes de plusieurs individus. Les intervenants rencontrés nous avisent toutefois que pour y parvenir, chacun doit renoncer à «une partie de son

royaume», ce qui n'est pas toujours facile, notamment en raison de la précarité existentielle des organismes.

Solutionner les problèmes de toxicomanie des individus est en soi un objectif fort louable. Plusieurs moyens peuvent être mis en place pour y parvenir. Il ne faut cependant pas oublier que la plupart des interventions sont un pansement par rapport à un contexte social, économique, qui trop souvent génère lui-même la toxicomanie. Si on ne s'attaque pas à cette conjoncture, tous les efforts dispensés sur le continuum d'intervention risquent fort de ne pas être suffisants pour enrayer la toxicomanie et, plus particulièrement, la cocaïnomanie. En négligeant trop souvent sa population juvénile et retraitée, la société engendre en quelque sorte la toxicomanie, notamment en raison de la pauvreté qui les touche et de la création d'un contexte propice au développement d'une économie parallèle qu'est le trafic de stupéfiants. Pour y parvenir, il est impératif d'éviter par tous les moyens que ces individus soient exclus, en sensibilisant et en mobilisant tous les acteurs qui oeuvrent auprès d'eux. Il faut leur offrir la chance de s'exprimer, tout en respectant leur marginalité.

## **CONCLUSION**

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie s'est donné le mandat de faire le point sur la consommation de cocaïne au Québec. Après l'alcool et le cannabis, elle est certainement la substance psychoactive la plus consommée dans la province. Aucune région n'est à l'abri, on peut en avoir aisément partout. Alors qu'à une certaine époque la «coke» était une drogue de riches, elle accède maintenant au titre de drogue de rue. Fort heureusement, peu de jeunes semblent attirés par la substance, mais pour combien de temps? Certes, ce ne sont pas tous les consommateurs de cocaïne qui se désorganisent, se transforment en criminels ou sabotent les liens avec leur entourage. Cependant, en raison de la grande dépendance psychologique qui lie le consommateur à la cocaïne, plusieurs problèmes, de tous ordres, peuvent survenir dans la vie de l'utilisateur qui en abuse. Le nombre et la sévérité des problèmes qui guettent le cocaïnomane sont impressionnants.

Il semble par ailleurs évident que peu de gens entreprennent une démarche de changement avant d'avoir été réellement confronté à de grandes difficultés. Il semble également que le processus de réadaptation soit un long parcours nécessitant souvent l'intervention de plusieurs professionnels durant une longue période.

Plusieurs pistes de solutions intéressantes ont été proposées par les intervenants rencontrés; certaines d'entre elles pouvant être appliquées sans apport additionnel de ressources financières, mais par une réorganisation des services et une meilleure concertation.

Enfin, gardons toujours en tête que la toxicomanie est un symptôme.

## **LISTE DES RÉFÉRENCES**

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Claessens, C., Blanchette, C. et Tran, T. (1998). *Le réseau SurvUDI: Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*. Beauport: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Centre de santé publique de Québec.
- Antonin, D. (1997). *Un peu d'encre sur la neige. L'expérience de la cocaïne par les écrivains*. Paris: Éditions du Léopard.
- Barrette, M., Schneeberger, P. & Brochu, S. (1999). *Entrée au programme STOP: Étude des différences entre les résidents qui interrompent et ceux qui terminent*. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Barszczewski, R. (1999). *The Impact of Injection Drug Use on the Underground Economy for the Province of Quebec and Canada (in General)*. Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Beaucage, B. (1999). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants: le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Beaulieu-Desforges, J. (1992). *Indicateurs bio-psycho-sociaux de consommation de cocaïne chez les femmes enceintes*. Montréal: Centre des Services sociaux du Montréal Métropolitain.
- Beaulieu-Desforges, J. & Perron-Groleau, P. (1990a). Grossesse et cocaïne. Première partie. *Écho Professionnel*, 3(3), 11-14.
- Beaulieu-Desforges, J. & Perron-Groleau, P. (1990b). Grossesse et cocaïne. Deuxième partie. *Écho Professionnel*, 3(4), 8-11.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. & Cournoyer, L.-G. (1997). *Les déterminants de la persévérance en traitement de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle*. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (#RS2308-093).
- Bourret, I., Chénard, C., Morin, E. & Rioux, J.-L. (1995). *Prévenir l'usage de drogues par injection chez les jeunes adultes consommateurs de cocaïne de Sherbrooke*. Université de Sherbrooke: Travail présenté dans le cadre du certificat en toxicomanie.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité. Une relation complexe*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M. & Schneeberger, P. (soumis pour publication). The Impact of treatment on Criminalized Substance Addicts. *Substance Use and Misuse*.
- Brochu, S., Biron, L. & Desjardins, L. (1996). Consommation de substances psycho-actives chez les femmes détenues au Québec. *Criminologie*, XXIX(1), 121-139.
- Brochu, S., Cournoyer, L-G., Motiuk, L. & Pernanen, K. (sous presse). Drugs, Alcohol and Crime: Patterns among Canadian Federal Inmates. *Bulletin on Narcotics*, 51.
- Brochu, S., Desjardins, L., Douyon, A., & Forget, C. (1992). Drug Use Prevalence among Offenders in F. Losel, D. Bender et T. Bliesner (Éds.), *Psychology and Law: International Perspectives*. Berlin: Walter de Gruyter, 105-110.
- Brochu, S. & Douyon, A. (1990). *La consommation de psychotropes chez des jeunes de 13 à 18 ans en centre de réadaptation*. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Brochu, S., Landry, Bergeron & Chiocchio, F. (1995). *Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal*. Rapport présenté à Santé Canada, dans le cadre du Programme National de Recherche et Développement en matière de Santé (PNRDS).
- Brochu, S., Parent, I., Chamandy, A. & Chayer, L. (1997). Victimization et style de vie parmi un échantillon de toxicomanes incarcérés. *Annales internationales de criminologie*, 35(1-2), 131-154.
- Brochu, S. & Schneeberger, P. (1997). *Services à offrir aux personnes présentant une double problématique toxicomanie/délinquance*. Montréal: Les cahiers de recherches criminologiques.
- Brown, T.G., Sereganian, P. & Tremblay, J. (1993). Alcohol and Cocaine Abusers 6 Months After Traditional Treatment: Do They Fare As Well As Problem Drinkers? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 545-552.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Désy, M., Soto, J. et Vincelette, J. (1997). High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal: Results of a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12), 994-1002.
- Cédilot, A. (2000). Livraison à domicile: le créneau doré des trafiquants à pagette. *La Presse*, 21 mars, A1-2.
- Centre canadien de lutte à la toxicomanie (1999). *Profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Toronto: Centre canadien de lutte à la toxicomanie.

- Centre québécois de coordination sur le sida (1999). *Programmes d'échange de seringues du Québec*, 1(1), 1-4.
- Chartrand, E. (1999). *Initiation, maintien, progression et interruption d'une trajectoire dans le commerce de cocaïne: la perspective du trafiquant*. Université de Montréal, École de criminologie: Mémoire de maîtrise inédit.
- Chevalier, S. & Laurin, I. (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits 1999*. Montréal: Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, Direction de la Santé publique et Direction de la programmation et coordination.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). Fascicule – *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Montréal. Auteur.
- Côté, P. (1999). L'épidémie d'hépatite C, implications pour les UDI. In Centre québécois de coordination sur le sida (Ed.) *Recueil des présentations lors de la quinzième rencontre provinciale des intervenant(e)s en prévention de la transmission du VIH chez les UDI*, 7 octobre 1999.
- Desjardins, S. (1996). *Les coûts de l'abus des substances au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998. Portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Domic, Z. (1996). Historique de la coca et la cocaïne. In Domic, Z., Richard, Senon, Ingold & Toussirt (Eds) *La cocaïne*. Paris: Toxibase, 2<sup>ème</sup> trimestre.
- Ducas, M.-C. (1999). La cocaïne continue de faire des victimes. *Le Devoir*, 12 août, A-4.
- Dupont, N. (1995). *Le fonctionnement de l'ego et la cocaïne chez les femmes enceintes*. Université Mc Gill, École de service social, Individual Casework.
- Fieldman, N.P., Woolfolk, R.L. & Allen, L.A. (1995). Dimensions of Self-Concept: A Comparison of Heroin and Cocaine Addicts. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 315-326.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1997). *Renseignement sur les opioïdes*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Forget, C. (1990). *La consommation de substances psycho-actives chez les détenus du Centre de détention de Montréal*. Université de Montréal: Mémoire de maîtrise inédit.
- Forget, C. (1994). *A Contribution to the Knowledge of Regular Cocaine Use Among Acquisitive Crime Offender*. Conference presented ti the Fourth European Conference on Law and Psychology, Barcelone, 6-9 avril.

- Forget, J. (1995). *Femmes enceintes et toxicomanie. Synthèse et pistes de réflexion*. Montréal: Regroupement des centres de réadaptation Alternatives-Domrémy-Montréal-Préfontaine.
- Gemme, E. (1999). *Intervention auprès des mères toxicomanes*. Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Gendarmerie Royale du Canada (2000). [Http://www.rcmp-grc.gc.ca/frames/grc-rcmp1.htm](http://www.rcmp-grc.gc.ca/frames/grc-rcmp1.htm). Consulté le 30 mars 2000.
- Giroux, C. (1994). Cocaïne, crack et freebase: pour y voir un peu plus clair. *L'Intervenant*, 10(2), 6.
- Giroux, C. (1998). *Héroïne et interventions spécifiques (manuel de cours)*. Université de Montréal: Faculté de l'éducation permanente.
- Godin, G., Noël, L., Alary, M., Bélanger, D., Côté, N., Morel, S. & Claessens, C. (1999). *Déterminants du partage de seringues usagées chez les utilisateurs de drogues par injection*. Projet de recherche subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale (subvention no: RS-2905).
- Gouvernement du Québec (1994). *La drogue ... si on s'en parlait?* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Greenwood, J. (1992). Creating a New Drug Service in Edinburgh. *British Medical Journal*, 300, 587-589.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P. & Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité: un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Guyon, L., De Koninck, M. (1999). Sortir les mères toxicomanes de l'enfer des préjugés. *La Presse*, 15 novembre.
- Hankins, C. (1999). *La guerre contre la drogue: réflexions sur une campagne perdue*. Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Ingold, R. & Toussirt, M. (1996). Consommation et économie de la cocaïne et du crack. In Domic, Z., Richard, Senon, Ingold & Toussirt (Eds) *La cocaïne*. Paris: Toxibase, 2<sup>ème</sup> trimestre.
- Laflamme-Cusson, S. & Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*. Montréal: Étude conjointe du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'équipe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- Landry, M. Guyon, L. & Beauvais, B. (1997). *Évolution du profil biopsychosocial de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy-Montréal entre 1991 et 1995*. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- LeBlanc, M., Girard, S. & Langelier, S. (1995). *Centre Alternatives pour adolescents, comparaison*

*et évolution de la clientèle, évaluation de l'intervention et habitude de consommation.* Montréal: Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté.

- LeCavalier, M. (1991). *L'abus de drogues licites et de cocaïne chez les femmes en traitement: différences et similitudes dans les stratégies d'approvisionnement et dans les conséquences qui s'y rattachent ainsi que les antécédents personnels.* Université de Montréal, École de Service social: Mémoire de maîtrise inédit.
- Moisan, C. (1991). *Portrait de la consommation d'alcool et de drogues au Québec.* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Morningstar, P.C & Chitwood, D.D. (1984). Cocaine Users' View of Themselves: Implicit Behavior Theory in Context. *Human Organization*, 43(4), 307-318.
- Noël, L. (1999). *Le réseau québécois des programmes d'échange de seringues et de surveillance des infections au VIH chez les UDI.* Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Noël, L., Côté, N., Godin, G., Alary, M., Bélanger, D. & Cleassens, C. (1999). *Trajectoire d'injection et comportements à risque pour le VIH.* Projet de recherche subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale (subvention no: RS-2905).
- Normand, N. & Brochu, S. (1993). *Adolescents, psychotropes, activité criminelle, contexte environnemental.* Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Parent, I. & Brochu, S. (1999). *Quand les trajectoires toxicomanes et délinquantes se rencontrent: dix toxicomanes se racontent.* Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- Perreault, M. (1999). Un médicament pour traiter la cocaïnomanie. *La Presse*, 24 juillet.
- Platt, J. (1997). *Cocaïne Addiction: Theory, Research and Treatment.* Cambridge: Harvard University Press.
- Poirier, D. (1996). *La consommation d'héroïne chez les jeunes du centre-ville de Montréal: urgence et réalité?* Montréal: Service de police de la communauté urbaine de Montréal.
- Poupart, M. (1991). La cocaïne en milieu de travail: dépistage et intervention. *Toxicomanie*, no 5.
- Remis, R.S., Leclerc, P., Bruneau, J., Beauchemin, J., Millson, P., Palmer, W.H., Degani, N., Strathdee, S. et Hogg, R. (1998). *Consortium to Characterize Injection Drug Users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver).* Toronto: Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Remis, R.S., Palmer, R. et Leclerc, P. (1994). *Rapport sur la situation du SIDA et de l'infection au*

- VIH au Québec*. Montréal: Centre d'étude sur le SIDA.
- Richard, D. & Senon, J.-L. (1996). Aspects pharmacologiques et cliniques. In Domic, Z., Richard, Senon, Ingold & Toussirt (Eds) *La cocaïne*. Paris: Toxibase, 2<sup>e</sup>ème trimestre.
- Richer, J. (1996). Le décrochage scolaire: des chiffres qui parlent et se contredisent. *Interface*, 17(2), 36-41.
- Roy, É. (1999). *Injection de drogues chez les jeunes de la rue*. Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. et Lemire, N. (1998). *Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal. Rapport Numéro 1*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. et Lemire, N. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Étude de prévalence*. Montréal: Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993?* Montréal: Gouvernement du Québec.
- Santé Canada (1995). *Les drogues. Faits et méfaits*. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- Santé Canada (1999). *Drogues identifiées pour la période du 1er avril 1998 au 31 mars 1999, région du Québec*. Service d'analyse des drogues, Direction générale de la protection de la Santé, Santé Canada.
- Santé Société (1992). Grossesse et cocaïnomanie. *Santé Société*, 14(1), 57-58.
- Schneeberger, P. (1999). *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Schneeberger, P., Barrette, M. & Brochu, S. (1999). *Entrée au programme ÉCHO: Étude des différences entre les résidents qui interrompent et ceux qui terminent*. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Schneeberger, P. & Brochu, S. (1995). Alcool, drogues illicites et criminalité: étude d'une population incarcérée à l'établissement de détention de Trois-Rivières. *Psychotropes: Revue internationale des toxicomanies*, 1(1), 63-81.
- Single, S. (1999). *The Economic Implications of Injection Drug Use*. Actes du Congrès Drogues par injection: Enjeux pour la société. Montréal, 12-14 mars.
- St-Jacques, A. (1990). Quand il neige sur la famille. *Nursing Québec*, 10(5), 49-52.
- Travers, E. (1998). Smack coming back. Young teens hooked. *The Gazette*, Saturday August 1.

- Tremblay, S. (1999). Drogues illicites et criminalité au Canada. *Juristat*, Catalogue 85-002, vol. 19, no 1, Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.
- Van Praet, N. (1999). Cocaine Finding Younger Users. *The Gazette*, August 12, E-7.
- Venne, M (2000). Grossesse et toxicomanie ou les obstacles à l'attachement mère-enfant. *L'Écho-Toxico*, 10(1), 4-5.
- Venne, M. (1992). La consommation de cocaïne en cours de grossesse et ses impacts sur le processus d'attachement maternel. *Intervention*, (93), 37-45.
- Vincent, C. (1987). Danger cocaïne. *Science et Avenir*, avril, 33-40.
- Vincy, (1999). <http://membres.tripod.fr/fwn01/drg03-08.htm>. Imprimé le 3 décembre 1999.
- Walker, K. (1999). Les enfants des limbes. *La Presse*, 7 novembre, C-4.
- Wilson, P., Watson, R. et Ralston, G.E. (1995). Supporting the Problem Drug Users: Improving Methadone Maintenance in General Practice. *British Journal of General Practice*, 45(398), 454-455.