

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INTERVENTION SPÉCIFIQUE AUX FEMMES HÉROÏNOMANES QUI  
PRATIQUENT L'INJECTION MUTILANTE:  
POINTS DE VUE DES FEMMES CONCERNÉES

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
LÉA-FRÉDÉRIQUE RAINVILLE

DÉCEMBRE 2009

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

## Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement n°8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a bénéficié de l'appui de certains organismes et individus. D'abord, nous remercions le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes [C.R.A.N.], qui a contribué activement à ce projet de recherche en permettant le recrutement des répondantes au sein de ces 3 services Services cliniques réguliers, Relais méthadone et au projet NAOMI et en offrant à celles-ci une rétribution symbolique. La mobilisation des sujets n'aurait pas été réalisable sans leur appui.

Nous tenons aussi à souligner le travail d'autres organismes spécialisés en toxicomanie qui se sont impliqués de près ou de loin dans la réalisation de ce projet : Meta d'Âme, Cactus et le département de toxicomanie de l'Hôpital St-Luc.

Certains spécialistes ont davantage été inspirants et aidants pour établir la problématique de l'héroïnomanie, et plus particulièrement celle des femmes, entre autres madame Darlène Palmer, Docteur Pierre Lauzon, monsieur Pascal Schneeberger et madame Isabelle Paquin.

Nous remercions celle qui a permis à ce projet de voir le jour en indiquant les lignes directrices à la réalisation d'un mémoire, madame Maria Nengeh Mensah, professeure à l'UQÀM.

Nous remercions particulièrement celles sans qui cette recherche n'aurait pas eu lieu : les femmes héroïnomanes. Elles sont à la fois notre inspiration et notre motivation. Nous les côtoyons quotidiennement dans le cadre de notre expérience professionnelle, elles se reconnaîtront. Et bien sûr, aux répondantes, celles qui ont accepté de se livrer à cette cueillette de données : merci!

## AVANT-PROPOS

J'ai été travailleuse sociale au projet North American Opiates Initiative Médication (NAOMI) de janvier 2006 à juin 2008, un projet de recherche instauré par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN). Cette étude avait comme objectif de comparer le taux de rétention en traitement chez les consommateurs d'héroïne pour qui le traitement de substitution à la méthadone a été un échec. La moitié des participants était randomisée au volet de l'injection, c'est-à-dire qu'elle recevait en clinique de l'héroïne prescrite. L'autre moitié était randomisée au volet méthadone et devait se présenter à la pharmacie pour y boire le médicament.<sup>1</sup>

À la clinique, à raison de trois fois par jour, une vingtaine d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) venaient s'injecter de l'héroïne prescrite par leur médecin respectif. J'offrais un service psychosocial individualisé et j'étais témoin, dans le cadre de contacts informels avec la clientèle UDI, de dizaines d'injections par semaine. Ces observations m'ont permis de constater avec quelle violence certains des usagers s'injectent. La seringue semble devenir pour eux un instrument qui facilite des comportements mutilants; c'est-à-dire qui charcutent, blessent et estropient leurs bras, leurs mains ou leurs doigts. C'est ainsi qu'ils disaient obtenir une plus grande satisfaction. Celle-ci était démontrée par leur non-verbal ou encore nommée explicitement. Intuitivement, ces rituels d'automutilation me semblaient plus accentués chez les femmes participantes au projet NAOMI. Simultanément, je constatais que ces mêmes femmes avaient fréquemment nommées en rencontre psychosociale avoir été abusées sexuellement.

---

<sup>1</sup> Pour davantage de détails, consultez le site internet du CRAN ([www.cran.qc.ca](http://www.cran.qc.ca)) et cliquez sur l'onglet NAOMI

Ainsi m'est venue l'idée de faire cette recherche en travail social sur les caractéristiques des femmes héroïnomanes, leurs injections mutilantes et les pistes d'intervention possibles.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Introduction.....	3
1.2 L'héroïnomanie.....	4
1.2.1 Portrait des héroïnomanes au Québec.....	4
1.2.2 L'héroïne et ses effets.....	7
1.2.5 Pistes d'intervention.....	9
11.2.3 Toxicomanie et héroïnomanie au féminin.....	13
1.3 Agressions à caractère sexuel et comorbidité.....	17
1.3.1 Définitions des concepts.....	18
1.3.2 Comorbidité et conséquences.....	20
1.3.3 Pistes d'intervention.....	23
1.4 L'injection mutilante.....	25
1.4.1 Automutilation, femmes et toxicomanie.....	27
1.4.2 Causes et conséquences de l'automutilation.....	31

1.4.3 Pistes d'intervention.....	33
1.5 Conclusion.....	34
CHAPITRE II	
LE CADRE CONCEPTUEL.....	37
2.1 Introduction.....	37
2.2 Approches théoriques spécifiques aux femmes héroïnomanes qui s'injectent de façon mutilante.....	37
2.3.1 Présentation des concepts généraux de l'approche psychanalytique	38
2.3.1.1 Concepts de la psychanalyse appliqués à la toxicomanie	40
2.3.1.2 La personne toxicomane.....	41
2.3.1.3 L'intervention en toxicomanie.....	43
2.3.2 Présentation des concepts généraux de l'approche féministe.....	44
2.3.2.1 Concepts de l'approche féministe appliqués à la toxicomanie.....	46
2.3.2.2 La personne toxicomane.....	48
2.3.2.3 L'intervention en toxicomanie.....	49
2.3.3. Présentation des concepts généraux de l'approche de la réduction des méfaits.....	51
2.3.3.1 Concepts de la réduction des méfaits appliqués à la toxicomanie d'aujourd'hui.....	53
2.3.3.2 La personne toxicomane.....	54
2.3.2.3 L'intervention en toxicomanie.....	55
2.4 Conclusion et objectifs de la recherche.....	56

CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	58
3.1 Introduction.....	58
3.2 La recherche féministe .....	58
3.3 Approche qualitative.....	60
3.4.1 La collecte des données.....	62
3.4.2 Le recrutement.....	63
3.4.3 L'échantillonnage.....	64
3.4.4 La collecte des données par entrevue.....	66
3.4.4.1 Déroulement des entrevues.....	67
3.4.4.2 Les entrevues individuelles.....	68
3.4.4.3 L'entrevue de groupe.....	70
3.5 Traitement et analyse des données.....	72
3.6 Les considérations éthiques.....	74
3.7 Limites et biais du projet.....	77
3.8 Conclusion.....	80
CHAPITRE IV	
PRÉSENTATION DES DONNÉES ET DISCUSSION.....	81
4.1. Introduction.....	81
4.2 Profil socio-démographique des répondantes .....	81
4.2.1 Tableau profil socio-démographique des répondantes.....	82
4.2.1.2 Scolarité.....	83
4.2.1.3 Statut civil et occupations.....	84

4.3 Aspect de la consommation .....	85
4.3.1 Aspect du rituel d'injection.....	87
4.3.2 L'injection mutilante.....	90
4.4 Aspect des services d'aide fréquentés.....	93
4.5 Les interprétations des répondantes sur les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.....	95
4.5.1 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche psychanalytique.....	95
4.5.2 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche féministe.....	98
4.5.3 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche de la réduction des méfaits.....	100
4.6 Conclusion.....	103
CHAPITRE V	
ANALYSE DES DONNÉES.....	104
5.1 Introduction.....	104
5.2 Tabous et rituels d'injection non-sécuritaire.....	104
5.3 Leur vision de la toxicomanie : le plaisir.....	109
5.4 Leur vision de la femme héroïnomane : le rapport aux hommes et la sexualité.....	111
5.5 Leur vision de l'intervention : le rapport aux services, le soutien technique et psychologique.....	114
5.6 Conclusion.....	116

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	118
6.1 Synthèse de la recherche.....	118
6.2 Recommandations pour une intervention spécifique aux femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel d'injection mutilant.....	121
APPENDICE A	
Principales approches théoriques de la toxicomanie.....	125
APPENDICE B	
Formulaire de consentement à la recherche.....	129
APPENDICE C	
Schéma d'entrevue individuelle.....	136
APPENDICE D	
Schéma du <i>focus group</i> .....	138
APPENDICE E	
Affiche pour le recrutement des participantes.....	140
BIBLIOGRAPHIE.....	141

## RÉSUMÉ

L'objectif général de la recherche est d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

En guise de problématique nous partons du constat selon lequel la littérature au sujet de la toxicomanie ne s'attarde que très rarement aux analyses différentielles selon les genres, mettant ainsi de côté les spécificités des femmes, notamment celles des femmes héroïnomanes. La comorbidité, décrite par de rares études et analyses de la communauté scientifique, entre toxicomanie féminine et agression sexuelle constitue un défi pour l'intervention. On note chez elles un faible taux de demande d'aide, un état plus détérioré et un pronostic plus sombre. Ces mêmes femmes sont aussi celles chez qui on observe des gestes d'automutilation. En général, les réseaux d'aide et scientifique, sont mal informés sur le problème social qu'est l'automutilation et accroît la stigmatisation que vivent ces femmes.

L'injection mutilante est un concept qui a été développé lors nos observations à la clinique du projet de recherche NAOMI. Nous avons constaté avec quelle violence certains des usagers s'injectent. C'est ainsi qu'ils disent obtenir une plus grande satisfaction. Intuitivement, ces « rituels d'automutilation » semblaient plus accentués chez les femmes participantes au projet NAOMI qui avaient fréquemment dit en rencontre psychosociale avoir été abusées sexuellement. Aucune documentation, littérature scientifique ou rapports de recherche recensés, ne fait état de l'injection mutilante. Il s'agit d'un sujet conceptualisé à partir d'observations cliniques. Nous nous sommes appropriées l'expression « injection mutilante » dans le cadre de cette recherche afin de développer davantage les connaissances à ce sujet. Il s'agit d'un parti pris.

Notre cadre conceptuel pour élaborer la recherche se réfère à trois approches d'intervention : la psychanalyse, le féminisme et la réduction des méfaits. Cette recherche, féministe et qualitative, utilise comme méthode de collecte de données le point de vue des femmes concernées recueilli à l'aide d'entrevues. Dix femmes héroïnomanes qui fréquentent des services d'aide à Montréal ont participé à une entrevue individuelle et elles ont toutes été conviées à une entrevue de groupe.

Nous avons divisé en quatre grands thèmes qui proviennent de l'analyse du contenu des propos des répondantes. L'analyse a été effectuée de manière qualitative et avec un regard féministe. Voici les quatre thèmes:

- tabous et rituels d'injection non-sécuritaire,
- leur vision de la toxicomanie : le plaisir,
- leur vision de la femme héroïnomane: le rapport aux hommes et à la sexualité,
- leur vision de l'intervention : le rapport aux services d'aide.

Cette recherche met de l'avant l'importance d'élaborer des recherches scientifiques en toxicomanie qui s'attardent aux distinctions selon les genres. La concomitance entre l'abus sexuel et la surconsommation des drogues reste frappante, elle est amplement démontée par les travaux cités. Les résultats annoncent que les femmes une fois instruites au sujet de leur santé, réduiraient leurs comportements mutilants reliés à la seringue. Les répondantes ont privilégiées une approche d'intervention en réduction des méfaits. Elles ont aussi reconnu certains aspects de l'interprétation psychanalytique et elles ont soulevé la pertinence de s'intéresser aux enjeux spécifiques des femmes. Ceci démontre l'importance de se centrer sur les besoins des femmes plutôt que sur une approche prédéfinie qui se limite à son cadre d'analyse.

## INTRODUCTION

Elles forment une catégorie à part sur le terrain. On les identifie comme étant une clientèle difficile : les femmes qui consomment des drogues dures par injection. En outre, certaines s'automutilent. D'autres ont, dans de fortes proportions, été abusées sexuellement. Souvent catégorisées sous l'étiquette de troubles de personnalité limite, elles seraient plus propices à agir, à faire de l'« acting out ». On évalue qu'elles font des tentatives de suicide, qu'elles surconsomment et ou se blessent volontairement. Les intervenants peuvent se sentir peu outillés, dépassés ou inefficaces face à cette clientèle. La littérature nous éclaire peu.

D'une part, il y a un manque de travaux sur la toxicomanie féminine. D'autre part, la comorbidité existante entre la toxicomanie au féminin et l'abus sexuel est frappante. Certaines femmes toxicomanes et victimes d'agressions à caractère sexuel adopteront des comportements d'automutilation. Peu de pistes d'intervention sont suggérées face à cette situation. Finalement, ces femmes sont rarement citées, questionnées et amenées à prendre position sur des thèmes qui les concernent, voire les définissent.

Ce mémoire s'intéresse à un sujet peu exploré, soit l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes et les pistes d'intervention envers elles. Dans un premier temps, il vise à améliorer l'état de la connaissance. L'objectif général de la recherche est d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

Les questions sous-jacentes à cette recherche émanent de notre pratique comme travailleuse sociale auprès de cette clientèle. Comment interpréter l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes? Quelle place occupe les rituels d'injection

dans leurs vies? Comment intervenir auprès de ces femmes héroïnomanes? Est-il pertinent de fournir à ces femmes une intervention spécifique et exclusive aux femmes ? Comment mieux outiller les intervenants face à cette comorbidité (automutilation et usage de drogues) fréquemment observée dans les services en toxicomanie? Quelles sont les interventions que ces femmes privilégient? Pour répondre à ce vaste questionnement, les objectifs spécifiques de notre recherche sont les suivants :

- 1- dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services;
- 2- obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient;
- 3- et outiller les intervenants et intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre identifie la problématique de recherche, soit de détailler les caractéristiques des femmes héroïnomanes et le manque de connaissances à leur sujet. Le chapitre deux présente trois approches d'intervention qui permettent une analyse de l'injection mutilante chez la femme héroïnomane. Il s'agit de la psychanalyse, du féminisme et de la réduction des méfaits. Les dimensions méthodologiques de la recherche sont présentées au chapitre trois. Le chapitre quatre décrit les données recueillies auprès des répondantes et le chapitre cinq en fait l'analyse. En conclusion, des pistes d'interventions sont formulées et adaptées aux intervenants psychosociaux, ainsi qu'aux politiques gouvernementales. Aussi, des recommandations pour d'éventuels projets de recherche sont formulées

## I. LA PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Introduction

Il est admis que les femmes forment une minorité dans l'univers de la consommation de psychotropes, et qu'elles sont mises à l'écart comme objet d'étude (Nadeau, 1979; Poole et Dell, 2005; Frigon, 1989; Courty, 2001). Cela ouvre la possibilité de concevoir ce problème sous un angle féministe puisque les femmes héroïnomanes sont enfermées dans une spécificité de genre et de victimisation. Les femmes sont majoritairement plus victimes d'abus sexuel que les hommes. Elles sont aussi plus nombreuses à adopter des comportements mutilants en retournant la violence subie sur elles-mêmes.

Le chapitre qui suit détaille les trois composantes de notre étude, c'est-à-dire l'héroïnomanie (le portrait des héroïnomanes au Québec, le portrait de la substance, les pistes d'intervention et la toxicomanie au féminin), les agressions à caractère sexuel et comorbidité (définitions des concepts, conséquences et comorbidité et les pistes d'intervention) et finalement l'injection mutilante (l'automutilation, les femmes et la toxicomanie, les causes et conséquences de l'automutilation et les pistes d'intervention). Notre but étant d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

Nous constatons l'absence de reconnaissance de la minorité héroïnomane féminine dans l'univers scientifique et celui de l'intervention en toxicomanie. Nous tenterons de mieux comprendre la comorbidité qui existe entre les toxicomanies et les agressions à caractère sexuel et des impacts sur les femmes héroïnomanes. Finalement, nous tenterons de comprendre s'il existe un lien entre la dynamique

d'automutilation chez les femmes où l'on retrouve cette comorbidité; agressions sexuelles et toxicomanies.

## 1.2 L'héroïnomanie

### 1.2.1 Portrait des héroïnomanes au Québec

Le chercheur Pascal Schneeberger, criminologue, a travaillé comme agent de recherche pour le Centre international de criminologie (CICC) et il a été également agent de recherche pour le Groupe de recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec (RISQ) en plus d'être coordonnateur du projet NAOMI. Il a rédigé des travaux qui ont porté sur les toxicomanes et l'évaluation des traitements qui leurs sont offerts. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie lui avait donné en 1999 le mandat de dégager les principales caractéristiques d'un sous-groupe de toxicomanes, soit les héroïnomanes. L'ouvrage qu'il a produit à cet effet constitue une source d'information importante.

Parmi les utilisateurs de drogues injectables au Québec, 70% s'injectent héroïne et cocaïne, 40% d'entre eux disent avoir consommé de l'héroïne au cours des six derniers mois et 20% identifient l'héroïne comme étant leur drogue de choix. À Montréal, on estime à près de 6000 usagers réguliers d'héroïne (Schneeberger, 1999, p.1).

Dans son rapport intitulé *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec* Schneeberger (1999) note que : « Certains intervenants prétendent qu'il est difficile de dégager un profil spécifique aux héroïnomanes, puisqu'il s'agit d'un groupe très hétérogène. D'autres cependant, parviennent à identifier certains éléments

communs qui les caractérisent » (p. 21). Selon lui, les intervenants qui ont développé un portrait des consommateurs d'héroïne les décrivent ainsi :

La plupart des intervenants décrivent les consommateurs d'héroïne comme des êtres hypersensibles. La grande majorité d'entre eux possèdent un passé rempli d'événements douloureux (inceste, abus sexuel, abandon, violence, divorce, pauvreté, difficultés scolaires, problèmes judiciaires) (Schneeberger, 1999, p.21).

Et pour d'autres, intervenants et consommateurs, la notion du plaisir reste l'élément central à leur consommation (Schneeberger, 1999, p.21). Les héroïnomanes seraient isolés socialement puisque, avec le temps, leur consommation devient davantage une activité solitaire (p.22), et leur rapport à leur propre corps serait très auto-destructeur : « Ils sont leur propre bouc émissaire, leur souffre-douleur » (Schneeberger, 1999, p.21).

Dans d'autres écrits, on note que les héroïnomanes ont une faible estime de soi, qu'il s'agit d'une population introvertie qui se déprécie et ne se perçoit pas comme digne d'attention et de réussites (Schneeberger, 1999; Fieldman, Woolfolk et Allen, 1995). Par ailleurs, l'auteur Gilles Sabourin interprète la consommation d'héroïne comme étant un moyen d'anesthésier des événements douloureux, qu'il s'agit là d'un mécanisme d'adaptation (Sabourin, 1997, p.12). Selon le médecin et spécialiste Jean-Patrice Chiasson, un haut pourcentage des héroïnomanes souffrent de troubles de personnalités associés à leur consommation : troubles affectifs et troubles anxieux. Leur taux de suicide est trois fois plus élevé que celui de la population générale (Chiasson, 1996).

Dans notre pratique professionnelle, nous observons que les participants du projet NAOMI étaient effectivement très isolés. Leur principale occupation était la consommation. Bon nombre d'entre eux avait un lourd passé d'abus sexuels et d'abus

physiques. Il s'agissait d'un groupe qui se dépréciait face au reste de la population, à ceux qu'ils nommaient « les citoyens ». Malgré les années de consommation et les impacts négatifs de celle-ci dans leurs vies (perte d'emploi, pauvreté, conditions de vie précaires, etc.), les usagers de NAOMI tenaient un discours positif sur les effets du bien-être ressentit à l'injection d'héroïne. Leur corps était vu comme étant un objet pour se procurer le plaisir des drogues, il servait de conducteur. Plusieurs d'entre eux étaient polytoxicomanes, c'est-à-dire qu'ils consommaient diverses drogues telles que la cocaïne, la marijuana, le PCP et l'alcool.

La Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1997) définit le rapport à la drogue de la personne qui consomme l'héroïne comme étant d'abord une initiation à la substance plutôt que d'emblée une dépendance. Par contre, la personne qui consomme l'héroïne peut devenir dépendante. Le fait de s'initier à une drogue ne signifie pas qu'on va l'adopter. Une personne dont l'héroïne devient sa drogue de choix peut la préférer à une autre substance durant un moment donné. Cependant, il est plutôt commun, dans le champ de la toxicomanie, de rencontrer des consommateurs qui utilisent plusieurs types de drogues en combinaison les unes avec les autres. Les consommateurs d'héroïne vont fréquemment recourir à l'alcool, à la cocaïne et aux benzodiazépines (tranquillisants mineurs). C'est aussi ce que nous avons observé dans le cadre de notre pratique en travail social à NAOMI.

Il reste que parmi ces utilisateurs, certains développent une dépendance (APA<sup>1</sup>, 2003).

---

<sup>1</sup> Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en anglais, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders ou DSM*, en est à sa quatrième édition est un manuel de référence utilisé internationalement pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Ce manuel est édité par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA).

### 1.2.2 L'héroïne et ses effets

Le rapport de Schneeberger nous renseigne également sur les particularités de l'héroïne. En fait, il avance que sur le territoire du Québec, l'héroïne est massivement disponible et consommée de différentes manières : orale, sublinguale, nasale, sous-cutanée, intramusculaire ou anale. Par contre, la majorité des consommateurs, entre 75 et 90%, privilégient le mode intraveineux car l'effet est ainsi instantané et maximisé.

À la base, l'héroïne a comme principal effet un pouvoir analgésique fort et provoque un effet euphorique à l'injection (Schneeberger, 1999, p.2). C'est pour cette raison que certains la consomment essentiellement pour le plaisir ou le soulagement que procure la substance. Dans notre pratique professionnelle, les consommateurs le disent eux-mêmes: la consommation d'héroïne procure du bien-être. Celui-ci est comparé, entre autres, au plaisir sexuel, à l'orgasme ou à la jouissance sexuelle. Cette idée n'est pas nouvelle. Il y a trente ans, Louise Nadeau écrivait que : (1979 : p. 539), « Les héroïnomanes décrivent le rush comme une sensation dix fois plus intense et diffuse que le plaisir orgasmique ».

La consommation d'héroïne développe chez l'utilisateur une forte dépendance physique et psychologique<sup>2</sup>. En plus d'avoir une action anesthésique, l'héroïne ralentit les activités du système nerveux central et provoque une somnolence et ainsi qu'une

---

<sup>2</sup> Voici comment le manuel de diagnostics des troubles mentaux (APA, 2003) définit la dépendance aux drogues. L'utilisateur doit présenter trois ou plus des manifestations suivantes, et ce, sur une période de plus de 12 mois : « Passer beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir la substance, certaines activités ont été abandonnées ou réduites, avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent causé par la substance, avoir développé une tolérance à une substance, avoir des symptômes de sevrage, consommer des quantités plus importantes ou sur une plus longue période prévue et finalement un désir persistant et des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation (APA, 2003, p.224).

diminution du rythme respiratoire. De plus, une consommation constante d'héroïne peut entraîner les effets secondaires suivants : constipation, perte de poids, irrégularités menstruelles ainsi qu'une tolérance et une dépendance face à la substance (Schneeberger, 1999, p.1 et 2).

D'autres effets secondaires de la consommation d'héroïne ont un impact sur la sexualité des consommateurs d'héroïne: une baisse de la libido, une altération de l'excitation, une réduction de l'aptitude à atteindre l'orgasme et une réduction de la satisfaction sexuelle. Les usagers constatent eux-mêmes les effets secondaires de leur consommation sur leur sexualité. Voici comment la revue française *Santé, réduction des risques et usagers de drogues* (SWAPS) édité par l'Association P.I.S.T.E.S. : Promotion de l'Information Scientifique, Thérapeutique, Épidémiologique sur le Sida qui est destinée à divers acteurs de terrain ou institutionnels engagés dans la réduction des risques (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, responsables de centres d'accueil et de soins spécialisés, usagers), résume ceci :

L'immense majorité des intoxiqués reconnaissent toutefois qu'à la longue, l'usage d'opium ou d'héroïne endort la libido, entraînant une vie sexuelle pauvre, voire nulle. Car une fois la dépendance installée, cette dernière induit généralement un mode de vie qui, peu à peu, tourne autour du soulagement d'une forme d'angoisse consistant à éviter un état de déplaisir, sans parler de la gestion temporelle du manque et de effets sédatifs propres aux morphiniques. Et le plaisir sexuel perd alors souvent son intérêt (Kempfer, Jimmy, SWAPS, no.52, p.16).

Le même constat a été fait sur les conséquences du traitement de substitution à la méthadone sur la sexualité des usagers : « Il est maintenant connu que l'usage continu et abusif d'opiacés ainsi que les traitements de substitution altèrent des fonctions hormonales, pouvant entraîner une diminution, voire une suppression, de toute sexualité » (SWAPS, no.52, p.17). La revue *Santé, réduction des risques et usagers de drogues* souligne l'importance de prendre note de ces phénomènes chez

les héroïnomanes ; des impacts de leur consommation au plan sexuel, tout autant que de leurs traitements de substitutions, en élaborant des recherches qualitatives à ce sujet : « Pourtant, pour tenter d'aider et comprendre les personnes pharmacodépendantes des opiacés, il est nécessaire de s'intéresser à leur vie sexuelle et de mener des études qualitatives » (SWAPS, no.52, p.18). Cela constitue une piste pour notre analyse de données puisque ces propos corroborent avec ceux des femmes interviewées lors de nos entrevues.

#### 1.2.5 Pistes d'intervention

Pour l'élaboration de la problématique, nous avons fait une recension des écrits afin de recueillir ce que la littérature scientifique écrit sur les sujets qui nous intéressent. Cette recherche s'est faite en utilisant les mots-clés suivants : « femmes », « utilisateurs et utilisatrices de drogues par injection », « héroïnomanie », « abus sexuel », « agressions sexuels », « automutilation », « injection », etc. Les bases de données qui ont été fouillées sont celles-ci : archipel, banque de données sur la recherche sociale et en santé (BRSS), CAIRN, érudit, eureka, FRANCIS, persée et repère. Le présent chapitre résume ce qui a été trouvé dans les écrits existants. Des dizaines d'articles ont été trouvés et jugés plutôt ou assez pertinents à l'élaboration de ce mémoire. Il s'agissait surtout d'articles et de rapports de recherche dans les disciplines de la santé, des sciences sociales et de la criminologie. Dans la majorité des cas, les travaux portaient sur la réalité montréalaise, québécoise ou alors canadienne, au sujet des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, des femmes criminalisées, de l'automutilation ou des victimes d'agressions à caractère sexuel.

L'ouvrage des auteures Poole et Dell est important puisqu'il fait la recension de 98 écrits scientifiques au sujet de la toxicomanie au féminin.<sup>3</sup>

Retenons que dans la littérature dite scientifique au sujet de la toxicomanie, la problématique de la consommation d'héroïne est peu abordée, et que l'on ne s'attarde que très rarement aux analyses différentielles selon le genre, mettant ainsi de côté les spécificités féminines. Les premières et rarissimes références datent des années quatre-vingt. Ainsi, l'auteure Pascal Courty écrit : « [...] les femmes toxicomanes sont moins connues, comme en témoigne la pauvreté relative de la littérature sur ce sujet, quasi inexistante avant l'apparition du phénomène sida » (Courty, 2001, p.121).

Cette même auteure avance l'hypothèse suivante:

Nous pensons donc qu'il s'agit plutôt d'un manque d'intérêt du corps médico-social pour ces problèmes spécifiques, plutôt que d'une moindre atteinte. Un système de santé où la mixité domine, dans un but d'égalité, favorise plutôt le sexe masculin. Or, l'égalité, à notre avis, n'est pas de traiter de la même façon mais d'adapter à chacun et chacune le traitement nécessaire (Courty, 2001, p.121).

Ces informations sont d'autant plus importantes que, comme le soulevait Sylvie Frigon en 1989 :

La population qui constitue très souvent la référence de base est composée d'hommes. Ce qui est identifié comme la norme ou la « normalité » (de la toxicomanie, de son incidence, de ses effets, de ses remèdes) est le fait du sexe masculin; très souvent les femmes seront considérées comme en marge [...] En fait, elles sont marginales dans leur marginalité (Frigon, 1989, p.100).

---

<sup>3</sup> Les 98 écrits scientifiques recensés par Poole et Dell sont majoritairement liés à la consommation des drogues et de l'alcool, seulement quatre sources scientifiques abordent le phénomène des femmes injectrices de drogues en lien avec les infections VIH et VHC. Sur ces 98 sources, aucune n'explore spécifiquement la consommation d'héroïne chez la femme.

Rare sont les recherches qualitatives qui citent les témoignages de consommatrices d'héroïnes ou qui appuient leurs données par des entrevues dirigées auprès celles-ci. C'est ce que nous avons tenté de réaliser par le biais de ce mémoire. Ces femmes ne sont quasi jamais interrogées sur la situation qui les concerne. Ceci nous semble une lacune importante dans la recherche actuelle. Nous souhaitons obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient;

Par ailleurs, les écrits hors du champ de la recherche scientifique renseignent un peu plus sur le point de vue des femmes héroïnomanes. Par exemple, le roman à caractère autobiographique (autofiction) écrit par Roxane Nadeau raconte le quotidien de son héroïne, Vicky, une femme utilisatrice de drogues par injection et travailleuse du sexe. Roxane Nadeau décrit dans le livre *Pute de rue* (2003) le plaisir qu'éprouve Vicky à consommer lorsqu'elle compare son état euphorique provoqué par la consommation à la jouissance sexuelle : « Quand je suis toute seule avec ma dope, que le rush y rentre, c'est comme si je venais. C'est fort, super fort. Fuck que j'aime ça... » (Nadeau, 2003, p.24). Nous apprécions l'apport substantiel de ce type d'écrits, car il nous donne un aperçu du point de vue des femmes concernées, et c'est pourquoi nous y référerons de temps à autre tout au long du chapitre.

Le travail de Pool et Dell constate la nécessité de faire des recherches qui explorent aujourd'hui les liens entre le genre et la toxicomanie :

Il est essentiel de disposer de travaux de recherche qui étudient et déterminent l'incidence du sexe, du genre et de la culture sur les voies menant à la toxicomanie [...] il est nécessaire que tous les travaux de recherche sur la consommation de substances au Canada comportent une analyse exhaustive fondée sur le sexe et le genre (Poole et Dell, 2005, p.11).

Tel qu'annoncé précédemment au sujet de la toxicomanie chez les femmes, l'héroïnomanie est aussi un sujet peu exploré par la recherche. L'auteur Pascal Schneeberger explique que le manque d'écrits scientifiques au Québec sur ce thème par trois hypothèses : premièrement, les ouvrages québécois traitant de cette problématique n'ont pas été répertoriés dans les banques de données, deuxièmement, les documents internes des organismes permettant d'être renseigné ne sont pas diffusés dans les établissements universitaires et finalement, les personnes qui possèdent l'information n'écrivent tout simplement pas : « Ces travaux ne sont pas toujours consacrés à l'héroïne et c'est donc à partir d'autres mots-clés qu'il faut les retracer (ex. injection de drogues par voie intraveineuse) (Schneeberger, 1999, p.3).

Nous avons été confrontées à la même difficulté à obtenir des sources scientifiques sur ces sujets lors de notre recension des écrits. En fait, la littérature sur les héroïnomanes est minimaliste, rarement abordée par les auteurs et bien souvent datant de plusieurs années. En ce qui attrait à l'héroïnomanie au féminin, il est malheureux de constater qu'encore moins de références scientifiques lui sont accordées. Il y 20 ans, en 1989, Sylvie Frigon dévoilait que seulement 7% de la littérature consacrée aux héroïnomanes touchait uniquement les femmes (Frigon, 1989). En 2009, nous n'avons trouvé aucune statistique plus récente à ce sujet.

L'auteur Schneeberger ajoute :

Il faut mentionner que le manque de données scientifiques québécois dans le champ de l'héroïnomanie constitue une limite importante de cette étude. Pour pallier ce manque, une grande partie de l'information a donc été recueillie auprès d'informateurs clés et, en conséquence, elle présente parfois un caractère anecdotique qu'on ne saurait généraliser à l'ensemble des consommateurs d'héroïne (Schneeberger, 1999, p.4).

Il s'agit là de la réalité de notre mémoire aussi. Partant de l'expérience tirée de la pratique professionnelle auprès des femmes qui consomment l'héroïne, nous avons

conçu une méthodologie de recherche dont la cueillette de données s'est effectuée par entrevues auprès des femmes concernées, nos informatrices-clés. Cela peut aussi paraître aussi anecdotique. Il faut savoir que nous avons jugés qu'elles étaient les expertes de leurs réalités.

### 1.2.3 Toxicomanie et héroïnomanie au féminin

Par ailleurs, quelques ouvrages s'intéressent à la toxicomanie, et même à l'héroïnomanie, au féminin. Ces écrits nous renseignent davantage sur son épidémiologie et sur les caractéristiques connues de ces consommatrices.

Il y a 30 ans, la chercheuse féministe Louise Nadeau (1979) expliquait que les femmes héroïnomanes sont davantage stigmatisées que les hommes car, la société aurait une plus grande résistance à accepter que les femmes transgressent leur rôle. En outre, les « femmes héroïnomanes s'arrogent le droit de se donner accès à l'aventure et au plaisir de façon illégitime, c'est-à-dire indépendamment d'un homme [...] ». Or, l'aventure et le plaisir pris indépendamment d'un homme sont interdits aux femmes » (Nadeau, 1979, p.539). Franchissant ces interdits, les femmes héroïnomanes sont catégorisées par les spécialistes et les autorités comme étant déviantes. Dans le même esprit, Sylvie Frigon explique que l'intégration des femmes héroïnomanes dans une sous-culture déviante et majoritairement masculine réduit leur capacité à s'affirmer (Frigon, 1989, p.91). Un sentiment de culpabilité et de honte émanerait réduisant la capacité réelle des femmes héroïnomanes d'avoir accès à l'information et aux services liés à leur consommation. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) précise que ce sont ces sentiments « qui empêchent les femmes de mieux se renseigner sur les risques inhérents à leur

consommation ainsi que de déterminer si elles ont besoin d'aide, et, dans l'affirmative, où l'obtenir » (Poole et Dell, 2005, p.11).

En 1989, l'auteure Sylvie Frigon mettait en évidence le caractère spécifique de la consommation de drogues chez les femmes. D'abord, elle affirmait que l'initiation aux drogues pour les femmes se fait, dans la majorité des cas, par un homme, et que le fait d'être la conjointe d'un consommateur de drogues entraîne la toxicomanie chez la femme plus facilement que l'inverse (Frigon, 1989, p.89). Cette affirmation est soutenue par des statistiques intéressantes : « 68% des hommes s'injectent eux-mêmes leurs drogues tandis que seulement 29% des femmes le font elles-mêmes » (p.91). Et plus récemment, l'auteure Pascal Courty va dans le même sens en affirmant : « La plupart des femmes rapportent qu'elles ont été initiées aux drogues par leur partenaire masculin, lui-même toxicomane, mais également que celui-ci est un handicap sévère pour accéder à des soins ou pour arrêter les produits » (Courty, 2001, p.126).

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) avec le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes (BCCEWH) dans un rapport intitulé *Toxicomanie au féminin*, identifient ce qui distingue la consommation de substances chez les femmes de celle des hommes ainsi que l'incidence de cette différence sur les politiques, la recherche et les services. Ce document a été élaboré par Nancy Poole et Anne C. Dell (2005) et offre un résumé de 98 études, recherches et projets menés au Canada entre 1984 et 2005.

Elles y présentent l'épidémiologie de la toxicomanie au féminin. L'enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, menée en 2005 par Adalf, Begin, Sawka et al. estimait à 0,5% le nombre de femmes au Canada qui a

déjà fait usage de l'héroïne (Poole et Dell, 2005, p. 1). Entre le quart et le tiers des personnes utilisatrices de drogues injectables sont des femmes (Poole, Dell, 2005, p.6).

L'utilisation des drogues par voie injectable constitue le mode le plus néfaste de consommation pour toutes ces femmes parce qu'elle peut comporter des risques vis-à-vis leur santé, telle que les infections transmissibles par le sang et par le sexe (ITSS) (Schneeberger, 1999; Poole et Dell, 2005). Il y a 20 ans, on rapportait que près de 15% des femmes incarcérées à la prison de Tanguay se sont injectées au cours de leur vie et étaient infectées au VIH (Hankins et al. 1989, p.168). Plus récemment, dans notre milieu de pratique au CRAN, le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes, en 2002, 4,9% des patients suivis en traitement de maintien à la méthadone sont infectés au VIH, hommes et femmes confondus.<sup>4</sup> Par ailleurs, selon les données publiées dans le livre *Le travail avec les usagers de drogues* de Pascale Courty :

Plus de 66% des cas de sida féminin sont le fait de femmes injectrices et ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire toxicomane. Chez les femmes toxicomanes et séropositives, 36% ont été contaminées après un contact hétérosexuel et presque 50% après des relations sexuelles avec un partenaire injecteur de drogues (Courty, 2001, p.127).

L'auteur du livre *Le travail avec les usagers de drogues*, qui décrit les caractéristiques des consommateurs, résume en cinq points « la toxicomanie féminine » :

70% des femmes toxicomanes ont été victimes d'abus sexuels avant l'âge de 16 ans. De même, plus de 80% d'entre elles ont un parent alcoolique ou s'adonnant aux drogues. Souvent les femmes toxicomanes ont une estime d'elles-mêmes faible et se sentent peu confiantes. Elles se sentent seules,

---

<sup>4</sup> Cette information est disponible dans un document interne de l'organisme, développé par la coordination pour sensibiliser les usagers aux risques et méfaits de leur consommation.

isolées sinon refoulées des systèmes de soins qui semblent porter plus d'intérêt aux hommes. De plus, le fait d'appartenir à une minorité raciale ou culturelle avec une barrière due à la langue est un facteur aggravant (Courty, 2001, p.122).

En 1989, l'article de Sylvie Frigon a permis d'approfondir les connaissances au sujet des caractéristiques des femmes héroïnomanes, en les démarquant comme consommatrices mais aussi comme femmes, notamment lorsque comparées « d'une part à des non-consommatrices d'héroïne, et d'autre part à des consommatrices de marijuana » (1989, p.91). Ajouté aux données de l'auteure Courty présenté précédemment, il s'agit des articles les plus récents que nous avons trouvés à ce sujet :

Les femmes consommatrices d'héroïne sont décrites comme proposant plus de problèmes au niveau de la dynamique et de l'intervention [...] il y a une distance entre les attitudes prises dans la « vraie vie » et le discours tenu par les consommatrices d'héroïne [...] elles entretiennent des stéréotypes sexuels quant au rôle féminin contrairement à ce que l'on peut penser (Frigon, 1989, p.91).

Et lorsque comparées aux « hommes consommateurs d'héroïne » :

Les consommatrices d'héroïne privilégient des valeurs associées aux sentiments interpersonnels tandis que les hommes consommateurs d'héroïne mettent l'accent sur des valeurs reliées au succès et à la compétence, malgré leur style de vie déviant, elles possèdent et expriment des valeurs plutôt traditionnelles et conventionnelles (Frigon, 1989, p.91).

Toujours selon Sylvie Frigon, les femmes héroïnomanes ont :

Une distorsion dans l'image corporelle [...] les distorsions rapportées par les femmes avaient tendance à les inférioriser [...] une plus faible estime de soi [...] en absence de support, les femmes plus que les hommes avaient recours à des stratégies non-sociales et dysfonctionnelles pour faire face à la colère et à la dépression [...] (Frigon, 1989, p.91).

Ces descriptions permettent d'entrevoir des aspects caractéristiques des femmes héroïnomanes et de leurs quotidiens, et ainsi cibler le problème qui anime cette recherche : celui d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections, entre autre, en dégageant le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services.

### 1.3 Agressions à caractère sexuel et comorbidité

Selon nos observations dans le cadre de notre pratique professionnelle, la concomitance entre l'abus sexuel et la surconsommation des drogues est frappante. La littérature souligne les impacts de l'agression sexuelle chez la femme, et nomme entre autre celui de consommer des substances. Elle nous apprend que la comorbidité<sup>5</sup> entre agression sexuelle et toxicomanie fragilisera les femmes. Sachant que les femmes sont davantage victimes d'abus sexuel que les hommes, et que ceci est une prédisposition à développer une dépendance aux substances, que cette comorbidité (agression sexuelle et toxicomanie) les rendront moins réceptives à toute forme d'aide, et plus à risques d'adopter des comportements d'automutilation, nous nous questionnons à savoir si les agressions à caractère sexuel amèneront les femmes à développer des comportements de consommation ainsi que des comportements d'automutilation, par exemple par le biais de l'injection mutilante. Nous souhaitons répondre à l'objectif spécifique de la recherche qui est d'obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent.

---

<sup>5</sup> L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la comorbidité comme étant une atteinte de plusieurs troubles mentaux chez un même individu, comme il peut l'être de plusieurs affections physique, dont la présence simultanée est trop fréquente pour être une simple coïncidence.

### 1.3.1 Définitions des concepts

Le gouvernement du Québec (2001) définit comme étant victime d'agression sexuelle toute personne ayant subi contre sa volonté des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, et ce, sans son consentement. L'agresseur utilisera la force, l'abus de pouvoir, la contrainte ou la menace pour arriver à ses fins et répondre à ses propres désirs. Cette définition s'applique peu importe le genre, l'ethnie, la culture, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, le lieu de l'agression, les gestes à caractère sexuel posés, le milieu et le lien entre l'agresseur et l'agressé (Gouvernement du Québec, 2001). En 1984, dans son texte *L'inceste : trouver un lieu de parole*, l'auteure Ghislaine Fortin définissait l'inceste comme suit : « Toute activité à caractère sexuel entre un adulte et un enfant, quand cet adulte a un lien de responsabilité parentale ou de figure parentale avec cet enfant » (Fortin, 1984, p.57). La définition d'inceste reste là même 20 ans plus tard.

De façon épidémiologique, Statistique Canada évaluait en 2003 à 74,1 cas d'agressions sexuelles pour 10 000 habitants (Statistique Canada, 2005, p.252). En 1993, seulement 6 victimes sur 10 rapportaient l'événement à la police (Statistique Canada, 1993). Le nombre de victimes seraient donc beaucoup plus élevé : l'agression sexuelle serait l'un des actes criminels les moins rapportés (Billette et al, 2005, p.102). Selon le Gouvernement du Québec (2001), plus de 80% des victimes d'agressions sexuelles sont des femmes. En fait, les agressions sexuelles sont le seul crime pour lequel les femmes sont davantage victimes que les hommes. Le groupe d'âge de femmes les plus touchées sont les 18-24 ans. Dans 76% des cas, la victime connaissait son agresseur (Gouvernement du Québec, 2001). En 1984, l'auteure Ghislaine Fortin déclarait dans son article qu'une femme sur deux, et un homme sur trois, ont été victimes de gestes sexuels déplacés, alors qu'ils étaient

enfants, par un adulte sensé les protéger : « Dans 92% des cas d'abus sexuels, la victime connaît son agresseur, et que, dans 44% des cas celui-ci est le père » (Fortin, 1984, p.62).

Un taux important de femmes consommatrices qui utilisent les services d'aide aux toxicomanes a été abusé sexuellement. Selon les statistiques du service Domrémy à Trois-Rivières, centre de réadaptation en toxicomanie, « Entre 70 et 80% des bénéficiaires de nos services ont été victimes de violence, d'abus sexuels ou d'inceste » (Bergeron, 1990, p.231). Et à *Le Rucher*, une maison d'entraide pour toxicomanes dans la région de Québec, 81% des femmes dans ce service ont été victimes d'abus sexuels (Guay et Poulin, 2006, p.291). C'est donc dire que les documents internes des organismes d'aide tiennent des statistiques de comorbidité. Pourtant, nous n'avons trouvé aucune documentation qui traite spécifiquement des liens entre l'héroïnomanie et les agressions sexuelles.

C'est dans le livre *Pute de rue* (2003) qu'est exploré le rapport entre la consommation d'héroïne et les agressions sexuelles. Le protagoniste, Vicky, le sujet de l'auteure, décrit sa dynamique face à la violence sexuelle. Son discours, peut-être faire écho à celui des femmes héroïnomanes qui ont été abusées sexuellement :

Les viols, quand j'y pense, j'ai juste envie de crever. Pour tous ceux que j'ai vécus, et pour toutes celles qui en savent quelque chose. Le nombre de fois où je me suis gelée parce qu'à toutes les trois secondes, il y a une femme ou une fille qui se fait violer. Abus, viol, agression, inceste c'est toute la même chose. Tous des estis salauds! Les scratches que ça fait en dedans. Des trous pleins de pus dans le cœur pis des gros criss de bleus dans la tête (Nadeau, 2003, p.39).

### 1.3.2 Comorbidité et conséquences

Il est admis que l'agression sexuelle chez l'enfant ajouté au manque de soutien social constitue une prédisposition à un éventuel problème de toxicomanie : « La consommation de substances illicites et d'autres comportements autodestructeurs est souvent directement liée à une ou plusieurs expériences de traumatisme, de violence et d'agression [...] » (Poole et Delle, 2005, p.8). Cela étant, la violence faite aux femmes les rend plus à risques de consommer car, notamment, elles sont majoritairement plus abusées sexuellement, maltraitées et violentées que les hommes (Poole et Delle, 2005, p.8). D'ailleurs, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies annonce que : « les femmes ayant été agressés sexuellement sont plus enclines à user ou à abuser des substances, et à le faire plus tôt, plus souvent et en plus grande quantité » (Poole et Dell 2005, p.8). L'auteure Francine Rivette (2000) émet l'hypothèse suivant dans son article *L'usage abusif de substances toxiques par les femmes violentées : les effets d'une victimisation sociale* : « La consommation de substances toxiques devient pour plusieurs femmes violentées, un moyen de survie » (p.234).

L'agression sexuelle a comme conséquences d'altérer le fonctionnement de la victime en ayant des impacts entre autre sur le plan physiologique, sexuel, social et psychologique, à court, moyen et long terme (Billette et al, 2005, p.102). Les réactions les plus fréquentes suite à une agression sont : la peur, l'anxiété, la culpabilité, la honte, l'isolement, les difficultés d'ordre sexuel, la peur de l'intimité, l'atteinte à l'estime de soi et les symptômes dépressifs. Lorsque les victimes d'agression sexuelle sont comparées à d'autres femmes n'ayant pas été agressées, il ressort qu'elles sont moins sujettes à se marier, rapportent moins de contact avec leur réseau social et obtiennent moins souvent de soutien (Billette et al, 2005, p.105).

Selon l'auteure Sophie Bel, les femmes toxicomanes ayant été victimes d'abus sexuels partagent des particularités telles qu'une sexualité désinvestie, peu ou pas de rapports affectifs significatifs, une méconnaissance, une ignorance voire un déni de leur corps (Bel, 1997, p.81). La femme abusée en bas âge « a vieilli vite » et a été coupée de sa propre enfance. Ces jeunes filles auraient une perception négative de leur corps, de leur sexualité et de leur féminité (Bel, 1997, p.81). L'auteure, Hélène Simoneau, ajoute que l'impact d'un traumatisme sexuel en bas âge est grand : l'enfant peut par la suite avoir une incapacité à jouer, un semblant de maturité et des attitudes séductrices (Simoneau, 2006, p.19). L'auteure Ghislaine Fortin dans son texte *L'inceste : trouver un lien de parole* affirmait :

Chez un bon nombre d'entre elle nous retrouvons des attitudes telles que tentatives de suicide, fugues, dépression, toxicomanie, prostitution et difficulté d'établir, avec une personne de sexe opposé, une saine relation de confiance, d'intimité, basée sur la dignité. Ces comportements auto-destructeurs témoignent d'un sentiment immense de solitude, de honte, de culpabilité et d'un manque d'estime de soi. (Fortin, 1984, p.58).

En 1984, 38% des victimes d'inceste ont tentées de mettre fin à leurs jours (Fortin, 1984, p.57). Ces problèmes de comportement amèneront les femmes victimes d'inceste à passer « du statut de victime à celui de mésadapté » (Fortin, 1984, p.57).

Les femmes victimes de violence sexuelle et physique développeraient comme moyen de défense la dissociation « où les événements traumatisants sont refoulés de la conscience et qui permet à la personne de se détacher de la situation traumatisante » (Rivette, 2000, p.240). Ce mécanisme permettrait entre autre de ne pas être envahie par l'angoisse, l'anxiété ou la colère et d'éviter que les souvenirs refassent surface : « La consommation de substances associée à la dissociation atténue les malaises et réduit l'anxiété » (Rivette, 2000, p.240). La consommation constituerait aussi en soit un mécanisme de survie « pour contrer les effets de la

violence et des émotions qui y sont rattachées ». Par contre, elle les maintiendrait dans une situation d'impuissance en entretenant des dépendances physiques et mentales en plus des conséquences importantes sur leur santé (Rivette, 2000, p.240).

Par ailleurs, certaines victimes d'agressions sexuelles développeront un trouble de stress post-traumatique (Billette et al, 2005, p.102). Voici comment le manuel de diagnostics des troubles mentaux (APA, 2003) définit le trouble de stress post-traumatique. Avoir trois ou plus des manifestations suivantes, et ce, sur une période de plus de 1 mois : une réexpérience du traumatisme, un évitement persistant des stimuli liés au traumatisme et des symptômes persistants d'activation neurovégétative, une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (APA, 2003).

Hélène Simoneau auteure du texte *Les survivants de trauma : un défi pour l'intervention en toxicomanie* (2006) définit le traumatisme comme étant : « une blessure, une menace [...] une agression grave qui entraîne une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (p.13). Selon elle, les conséquences psychologiques d'un stress post-traumatique sur la santé mentale sont nommément l'automutilation, les dysfonctions sexuelles, et les troubles liés à l'utilisation des drogues (Simoneau, 2006, p.19). Hélène Simoneau explique que chez les femmes ayant un trouble de stress post-traumatique la probabilité qu'elles développent une dépendance à l'alcool est multipliée par 2,5 et le risque d'abus des drogues ou de dépendances à celles-ci est multiplié par 4,5 (p.13). De façon générale, de 22 à 33% des personnes qui consultent pour un problème de dépendance présente des symptômes de trouble de stress post-traumatique (p.13). Les femmes victime d'un stress post-traumatique consommeraient plus souvent, en plus grande quantité et rechuteraient fréquemment (p.14).

### 1.3.3 Pistes d'intervention

Dans le cas des femmes victimes d'agressions sexuelles, les problèmes de toxicomanie ajouteraient un obstacle additionnel à leur recherche d'aide et au processus de changement (Rivette, 2000, p.232). La comorbidité entre toxicomanie et agression sexuelle constitue un défi au niveau de l'intervention : « Elles ont besoin d'une aide concrète pour se réapproprier et affronter leur situation » (Rivette, 2000, p.232). Hélène Simoneau constate que « un faible taux de demande d'aide, un état plus détérioré, un pronostic plus sombre » (2006, p.20). Ainsi, l'établissement d'une relation d'aide significative est difficile, la femme est méfiante, craintive des relations intimes, est en retrait, vit un isolement social et un désintéressement envers les autres (2006, p.16). Selon Guay et Poulin (2006), les maux de ces femmes toxicomanes ayant été agressées sexuellement sont plus sévères, plus chroniques, plus psychiatisés (p.293). Il s'agit d'une clientèle difficile à rejoindre et à retenir en traitement (p.293). L'intervention atteint moins ses objectifs et est plus exigeante pour le personnel aidant. Ces auteures ajoutent que parmi les femmes toxicomanes ayant vécu une agression sexuelle, beaucoup d'entre elles, abandonnent leurs démarches thérapeutiques parce que cela leur fait revivre des souvenirs douloureux. Elles ont peur d'être discréditées ou rejetées (Guay et Poulin, 2006, p.293). La toxicomanie jumelée à l'abus sexuel marginalise doublement ces femmes. Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) les questions de traumatismes et de problèmes de santé mentale ont un effet disproportionné et dévastateur sur cette population de femmes toxicomanes due, entre autres, à l'incapacité des services à fournir une aide qui intègre les troubles concomitants de santé mentale, de consommation de psychotropes et d'antécédents de traumatismes (Poole et Dell, 2005, p.14).

Selon l'étude *Le soutien social et les conséquences d'une agression sexuelle* des auteurs Valérie Billette *et al.* (2005) les femmes interrogées qui ont tentées de parler de l'agression ont perçu avoir été blâmées, condamnées et découragées de le faire. Elles auraient souhaitées « recevoir davantage de soutien émotionnel (réassurance, écoute, empathie), de validation (feed-back, normalisation des émotions) et d'aide tangible (être conduite à l'hôpital être hébergé) » (Billette et al, 2005, p.105). Un soutien négatif (blâme, silence, déni, culpabilisation, agressivité) est davantage prédictif de sévérité des réactions suite à une agression sexuelle que le soutien positif (accueil, écoute, empathie, accompagnement) (Billette et al, 2005, p.106). Il augmenterait la détresse chez les victimes. Celles ayant souffert de blâme de la part de leur réseau suite à l'agression « rapportent une plus faible estime de soi que les femmes n'ayant pas été blâmées » (Billette et al, 2005, p.106). Ainsi, obtenir du soutien social, révéler l'agression et lui accorder un sens font « référence à des stratégies cognitives d'adaptation » (Dufour et al, 2000, p.149).

En regard de l'ensemble des informations recueillies jusqu'ici concernant les comportements destructeurs concomitants aux traumatismes sexuels, une série de questions vient à l'esprit : est-ce que c'est le traumatisme de l'agression à caractère sexuel qui amène les femmes à développer des comportements de consommation jumelé aux comportements d'automutilation par le biais de l'injection mutilante? Comment explorer et mieux définir le lien spécifique entre l'héroïnomanie et les abus sexuels subis? Comment les femmes concernées interprètent leurs rituels d'injection et quel sens elles y confèrent? Voient-elles un lien entre l'injection mutilante et les agressions à caractère sexuel? Comment intervenir auprès de ces femmes qui restent peu en démarches de services?

#### 1.4 L'injection mutilante

Certains travaux recensés, soit une poignée des rapports de centres canadiens, d'essais et de rapports de recherches scientifiques, font des liens entre toxicomanie et abus sexuel (Gouvernement du Québec, 2001; Bergeron, 1990; Bel, 1997; Simoneau, 2006; Rivette, 2000), d'autres relient les problématiques de consommation abusive des drogues et l'automutilation (Fortier, 2007; Frigon, 2001; Colleen et Fillmore, 2006), toutefois, peu abordent les trois – toxicomanie, agression sexuelle et automutilation - de front. Cette section du mémoire définit le concept de l'injection mutilante, décrit ce qu'est l'automutilation et ses liens avec la toxicomanie et les agressions à caractère sexuel, ainsi que ses causes, ses conséquences et ses pistes d'intervention.

L'injection mutilante est un concept qui a été développé lors nos observations à la clinique du projet de recherche NAOMI. Nous avons constaté avec quelle violence certains des usagers s'injectent. La seringue semble devenir pour eux un instrument qui facilite des comportements mutilants; c'est-à-dire qui charcutent, blessent et estropient leurs bras, leurs mains ou leurs doigts. C'est ainsi qu'ils disent obtenir une plus grande satisfaction. Celle-ci était démontrée par leur non-verbal ou encore nommée explicitement. Intuitivement, ces « rituels d'automutilation » semblaient plus accentués chez les femmes participantes au projet NAOMI qui avaient fréquemment nommées en rencontre psychosociale avoir été abusées sexuellement.

Les gestes mutilant peuvent « aller de simples rougeurs de la peau, à des lacérations profondes et des dommages permanents tels la perte de la dentition » (Fortier, 2007, p.15). Dans notre pratique professionnelle à NAOMI, nous avons observée que chez

certaines femmes l'automutilation allait de jeux entourant la seringue et le sang, jusqu'à l'arrachement des cheveux.

Aucune documentation, littérature scientifique ou rapports de recherche recensés, ne fait état de l'injection mutilante. Il s'agit d'un sujet conceptualisé à partir d'observations cliniques. Les intervenants du projet NAOMI, dont nous faisons partie, avaient un rapport privilégié avec les participants, car nous étions témoins des injections et des rituels entourant l'utilisation de la seringue. Nous nous sommes appropriées l'expression « injection mutilante » dans le cadre de cette recherche afin de développer davantage les connaissances à ce sujet. Il s'agit d'un parti pris.

Au projet NAOMI, nous définissions une injection mutilante comme étant une injection qui ne respecte pas les normes d'une « injection sécuritaire »<sup>6</sup> : c'est-à-dire une injection où l'utilisateur s'injecte en s'automutilant jusqu'à mettre en scène un rituel avec sa seringue, avec ses veines et/ou d'autres parties du corps, avec son sang ou avec des objets facilitant l'injection (stéricup, garrot, eau, aiguille).

La section qui suit précise ce qu'est l'automutilation et construit un parallèle avec l'injection. Voici donc l'élaboration, d'autant qu'il se peut, du concept de l'injection mutilante.

---

<sup>6</sup> L'organisme français Auto-Support Usagers de drogues a publié le *Manuel du shoot à moindre risques* et définit les étapes d'une injection sécuritaire comme suit : « cherche calmement une veine pour injecter, désinfecte la zone de l'injection avec le tampon d'alcool, rentre l'aiguille dans la veine dans le sens de la circulation du sang, vérifie que tu es bien dans la veine à l'aide d'une tirette, desserre le garrot et injecte doucement, applique sur le point d'injection un tampon sec ». Il n'existe pas pareil outil distribué aux usagers au Québec.

#### 1.4.1 Automutilation, femmes et toxicomanie

L'auteure d'un mémoire en travail social, intitulé *L'automutilation, une stratégie d'adaptation? Étude exploratoire auprès des femmes*, Isabelle Fortier, offre la description suivante des femmes qui pratiquent l'automutilation :

Elles sont en majorité âgées entre 20 et 30 ans, de classe moyenne, ayant un passé d'abus physique et/ou sexuel ou encore ayant au moins un parent alcoolique. L'automutilation serait plus commune chez les femmes car elles seraient plus enclines à retourner leur colère contre elles-mêmes : elles sont socialisées à être plus douces tandis que les hommes risquent au contraire d'exprimer leurs sentiments négatifs à travers une colère extérieure (Fortier, 2007, p.17).

Au Québec, l'automutilation serait en progression mais difficile à cerner puisque peu de gestes mutilant sont rapportés. Tandis qu'aux États-Unis, on rapporte qu'à chaque année, plus de trois millions d'individus s'automutilent (Fortier, 2007, p.8). Les femmes sont nettement plus nombreuses à poser des gestes d'automutilation (Fortier, 2007, p.8). Sur 750 personnes qui s'automutilent aux États-Unis, 97% sont des femmes (Favazza et Conterio, 1986, p.283).

Selon Sylvie Frigon (2001), qui a mené une recherche au sujet de l'automutilation auprès des femmes détenues dans un établissement correctionnel provincial, soutient que les femmes sont plus victimes d'abus sexuel et de violence. Pour exprimer leur colère, elles retourneraient leur violence vers elles-mêmes.

Les hommes, en général, tournent leur violence vers les autres, tandis que les femmes la retournent contre elles-mêmes. Elles se punissent (Frigon, 2001, p.48). Elle ajoute que par manque de propre pouvoir sur leurs propres vies, les femmes se révolteront en agissant sur leurs propres corps (Frigon, 2001, p.50).

Voilà pourquoi, selon Frigon un cadre d'analyse féministe de cette problématique est pertinent. Le corps est un lieu privilégié où peuvent s'exprimer les femmes qui posent des gestes d'automutilation. L'auteure Sylvie Frigon affirme :

Les récits des femmes nous montrent comment le corps est un site central de la manifestation du pouvoir et comment, par le marquage, la transformation et la mutilation des corps, s'installe et perpétue le pouvoir de punir (Frigon, 2001, p.40).

Elle compare ce corps mutilé à un moyen qui permet le récit de leurs vies : « Chaque cicatrice est le témoin de peines, de rages, d'impuissance... » (Frigon, 2001, p.50). De plus, l'automutilation prend une forme symbolique qui se manifeste par un rituel. Ainsi, par exemple, une des répondantes incarcérées interviewée par Frigon raconte que « avant de se mutiler, elle nettoie sa cellule, range ses choses et allume des chandelles. Le geste mutilateur est ritualisé ». (Frigon, 2001, p.51). C'est à la fois une forme de prise de contrôle, de résistance et de soulagement.

Par ailleurs, Colleen et Fillmore (2006) proposent une définition de l'automutilation chez les femmes criminalisées, la voici :

Autolacération, stratégies d'adaptation autodestructrices, comportements autodestructifs, actes autodestructeurs et sévices auto-infligés [...] tout comportement physique, émotionnel, social ou spirituel adopté par une femme dans l'intention de se nuire à elle-même, comportement allant des blessures physiques aux comportements autodestructeurs, en passant par l'abus de substances et la prise de risques sexuels (Colleen et Fillmore, 2006, p.1).

Cette définition est utile car elle correspond aux comportements que certains usagers de NAOMI adoptaient avec la seringue, ceux à qui nous attribuons les gestes de l'injection mutilante.

Dans le même ordre d'idée, mais pour approfondir la question, David Le Breton, anthropologue et sociologue français qui se spécialise dans les conduites à risque sur

le corps, souligne que plus la fréquence du geste est répétitive, plus la personne est souffrante, plus elle sera portée à s'automutiler à répétition (Le Breton, 2003). Le Breton interprète l'attaque directe au physique, soit la peau et le corps, non pas en termes d'une envie de mourir, mais plutôt comme un signe que la personne qui s'automutile veut atténuer sa souffrance en prenant emprise sur sa douleur. La personne qui s'automutile obtiendrait un soulagement par le biais du sang qui coule.

Par ailleurs, Fortier nous rappelle l'importance de voir que toutes les autres formes de contrôle sur le corps ou de modifications corporelles qu'exercent les femmes - telles que l'anorexie, la boulimie, le piercing, le tatouage ou l'entraînement physique extrême - ne sont pas des formes d'automutilation, puisque le sens des gestes posés n'est pas la recherche de la douleur (Fortier, 2007, p.22). La recherche de douleur est une caractéristique de l'automutilation.

Une seconde caractéristique de l'automutilation est qu'il s'agit de comportements fréquemment observés chez les personnes ayant reçu un diagnostic de « personnalité limite » selon le DSM-IV. Une personnalité limite est caractérisée par : « Un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers » (APA, 2003. p.813). D'ailleurs, l'automutilation est une des neuf manifestations de cette personnalité : « il existe un lien entre l'automutilation et la personnalité limite, caractérisée par l'impulsivité, l'instabilité affective et les relations instables » (Fortier, 2007, p.26).

Par contre, l'automutilation se distingue des idées suicidaires. Frédéric Millaud (1992) a échaufaudé une théorie psychanalytique de la différenciation entre l'automutilation et le désir de mort. Ainsi, selon cet auteur, la distinction entre le

suicide et l'automutilation est que le suicidaire souhaite mettre fin à sa souffrance tandis que l'automutilation est une tentative d'adaptation à celle-ci :

Un individu incapable d'exprimer verbalement ses sentiments et ses émotions et incapable de développer une activité symbolique trouverait une voie dérivative d'expulsion des sollicitations émotionnelles et des situations de stress via le langage du corps (Millaud, 1992, p. 4).

L'auteure Sylvie Frigon abonde dans le même sens lorsqu'elle écrit à propos des femmes qui s'automutilent :

Premièrement, dans le geste mutilateur, mourir n'est souvent ni la finalité, première ni même la finalité tout court. Le geste mutilatoire n'est pas toujours une tentative de suicide dans le concret, mais un suicide symbolique dans le but de s'effacer et de se rendre invisible (Frigon, 2001, p.51).

Roxane Nadeau décrit avec minutie ce qu'en disent les principales concernées en décrivant le rituel d'injection de sa protagoniste, Vicky, dans le livre *Pute de rue* : « Quand je me shoote, j'ai le contrôle sur le plaisir et le mal que je me fais » (Nadeau, 2003, p. 79). Elle décrit le sentiment de contrôle qu'elle obtient lors de son injection et la satisfaction que cela lui procure, mettant en images clairement les idées que nous avons évoquées à propos de l'injection mutilante du point de vue de celle qui la pratique. :

Mais je laisse jamais personne me le faire. C'est une question de contrôle. J'aime mieux que ça prenne une demi-heure, que j'aie les bras hyper maganés le linge tout taché, pis que j'en manque la moitié. C'est une grosse partie du rush. Celles qui se laissent faire, c'est plus le buzz de la dope qui les intéresse. Elles aiment l'aiguille, aussi, mais ça reste un instrument pour avoir le meilleur high. Les autres, on aime le fuckaillage qui vient souvent avec. Ça fait partie de notre buzz. [...] y doit voir que je mets du sang partout [...] même que j'suis une des pires. Ça, il y a juste des filles qui se shootent qui comprennent. Qui s'en foutent comme moi. Ça nous casse le cœur, une fois de temps en temps, de voir les autres qui se magannent comme ça. Mais en général, on sait que ça fait partie du trip [...] (Nadeau, 2003, p.68).

#### 1.4.2 Causes et conséquences de l'automutilation

Colleen et Fillmore, des chercheurs du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), se sont récemment intéressés aux liens qui existent entre toxicomanie et automutilation (2006). Parmi les causes énumérées dans une majorité d'études recensées par le CCLAT, l'abus sexuel et la violence prédisposeraient les femmes à consommer des drogues et/ou à s'automutiler.

Les femmes incarcérées qui s'automutilent ont vécu des « perturbations familiales, traumatismes, problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie dans leur famille, relations familiales dysfonctionnelles, décès d'un parent, précarité financière et violence conjugale » (Colleen et Fillmore, 2006, p.1). Et généralement, les premiers épisodes se produisent à l'adolescence et sont reliés à des événements vécus durant l'enfance. Mais somme toute, pour le CCLAT, l'automutilation serait un mécanisme d'adaptation et de survie, comme le serait la consommation de drogues. L'automutilation permettrait aux femmes incarcérées de conjuguer douleur émotionnelle, détresse psychologique, isolement et violence (Colleen et Fillmore, 2006, p.1). En 1999, les Services correctionnels du Canada allaient dans le même sens dans le *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*, en expliquant l'automutilation par des formes de violence, de mauvais traitements et d'agressions subis au sein de la famille.

Chez la population générale, l'automutilation est pratiquée par beaucoup de femmes qui enfants auraient été abusées sexuellement :

Les abus sexuels laissent des cicatrices et certaines victimes peuvent s'automutiler afin d'extérioriser la douleur liée au souvenir de cet événement. Se couper semble la forme d'automutilation la plus fréquent et serait la méthode la plus souvent associée aux abus sexuels antérieurs. L'âge de l'enfant au moment où l'abus a commencé, la nature de la relation avec

l'abuseur, le type d'abus sexuel, le temps qu'a duré les abus influenceraient la fréquence et la sévérité des coupures (Fortier, 2007, p.26).

Selon une étude 30% des jeunes femmes abusés sexuellement ont recours à des gestes mutilant au cours des douze derniers mois contre 3% de jeunes non-abusés (Fishers, 2002).

Parmi les jeunes femmes abusées, certaines développeront un trouble post-traumatique.

Les populations les plus enclines à s'automutiler, souvent nommée *l'acting out* sont les toxicomanes et les victimes de troubles post-traumatiques (Millaud, 1992, p.10). Selon l'analyse psychanalytique, l'avènement d'un traumatisme chez l'adulte peut entraîner la recherche d'un moyen d'éviter le conscient et le ressentit tout en cherchant un soulagement à la souffrance. L'automutilation peut répondre à ceci en permettant la décharge de la tension interne (Millaud, 1992, p. 8).

L'automutilation serait donc un mode d'adaptation qui permet de faire face à des sentiments difficiles ; elle permet de réduire l'anxiété en exerçant un contrôle sur une situation où la personne est victime et n'a pas de pouvoir d'agir. Ainsi, l'individu maîtrise la douleur et la souffrance qui lui sont imposées (2003, p.12).

Pour certaines, se couper, se blesser est une façon de s'appropriier leur corps, d'exercer un certain contrôle sur celui-ci. La femme peut décider quand elle se coupera, combien de fois, jusqu'où elle ira. Cela fait contraste avec toutes les autres occasions où elle a été victime, où elle n'avait pas de contrôle (Frigon, 2001, p.49)

La personne retourne contre soi la violence dirigée vers une autre personne. Il s'agirait aussi d'un moment privilégié avec soi qui procure un soulagement (Fortier, 2007, p.18). Suite à un comportement mutilant, les femmes ressentent « un sentiment de libération, de purification, de contrôle [...] leur permettant de se sentir vivantes et

d'extérioriser leur souffrance. » (Colleen et Fillmore, 2006, p.2). Ce sentiment de contrôle leur donne l'impression de reprendre du pouvoir dans leurs propres vies.

L'automutilation a comme répercussion, entre autre, l'isolement. La personne est alors marginalisée, mise à l'écart, étant donné le caractère choquant des gestes posés. Le tabou entourant l'automutilation a comme effet de rendre l'individu qui s'automutile vulnérable car il n'osera pas aborder ses comportements avec son entourage. L'auteur David Le Breton, caractérise l'automutilation ainsi : « La peau est une enceinte infranchissable sinon à provoquer l'horreur. De même, il est impensable que quelqu'un se fasse mal en toute conscience sans qu'on invoque à son encontre la folie, le masochisme ou la perversité » (Le Breton, 2003, p.10).

#### 1.4.3 Pistes d'intervention

Très peu d'écrits ont été publiés au sujet de l'automutilation et très peu d'auteurs et d'intervenants se sont intéressés au phénomène, comme le souligne Fortier.

La littérature francophone sur l'automutilation est rarissime et on retrouve que quelques ouvrages dans la littérature anglophone. Au Québec, les ressources d'aide mises à la disposition des personnes qui s'automutilent sont pratiquement inexistantes (Fortier, 2007, p.8).

Dans les milieux correctionnels et communautaires, les intervenants sont dépourvus devant la situation des femmes qui s'automutilent :

D'ailleurs, les intervenants sociaux font constamment face à l'automutilation, que ce soit dans les centres de crise, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les hôpitaux, les CLSC ou encore les écoles secondaires. Trop souvent, ils sont inconscients ou encore se trouvent démunis l'automutilation demeure en effet un phénomène tabou, tout comme l'était l'anorexie il y a vingt ans (Fortier, 2007, p.23).

Selon le CCLAT, les services inadéquats diminuent la probabilité que des femmes forment une demande d'aide (Colleen et Fillmore, 2006, p.5). De plus, la mal-information sur l'automutilation accroît la stigmatisation des femmes : « l'automutilation est souvent mal diagnostiquée, car on la confondrait à d'autres problématiques » (Fortier, 2007, p.17). Par exemple, les gestes mutilants sont fréquemment confondus avec des idéations suicidaires. En conséquence, le plan d'intervention est dans bien des cas inadéquat puisqu'il a recours à un protocole d'intervention sur le suicide. Pourtant, comme nous l'avons déjà mentionné, tandis que l'objectif du suicide est de mettre fin à ses jours, celui de l'automutilation est de mettre fin à sa souffrance. Autrement, un autre problème pour l'intervention – notamment en milieu carcéral - réside dans ce que Frigon (2001) nomme « une approche punitive » en cas de crise, c'est-à-dire réprimer les femmes qui pratiquent des gestes mutilant. Une telle approche pourrait accroître le comportement ainsi que l'isolement qu'elles peuvent ressentir justement parce qu'elles s'automutilent (Frigon, 2001). En outre, selon le CCLAT, davantage d'études devraient être réalisées à ce sujet et devraient accorder « une attention particulière au rôle que jouent les traumatismes et la violence dans la vie des femmes » (Colleen et Fillmore, 2006, p.5). Sans aide adéquate, les comportements de consommation et les comportements nocifs peuvent être accentués chez les femmes qui pratiquent des gestes d'automutilation (Fortier, 2007, p.23).

## 1.5 Conclusion

Ce présent chapitre a présenté les caractéristiques connues des femmes héroïnomanes, la comorbidité entre leur toxicomanie et l'agression sexuelle, ainsi que les éléments de définition de l'injection mutilante. Un premier constat : ces femmes sont rarement objet d'études. Pourtant, comme nous avons pu le démontrer elles sont davantage

agressées et un pronostic plus sombre leur est accordé (Simoneau, 2006, p.20). Les quelques écrits à ce sujet, évoquent l'idée que les femmes victimes d'abus sexuel retourneront cette violence contre elles en adoptant des gestes mutilants qui sont eux mal interprétés par les intervenants puisqu'il s'agit d'une problématique sociale nouvelle, et encore mal comprise.

Le taux de rétention en traitement est faible lorsqu'il s'agit des femmes consommatrices d'héroïne (Simoneau, 2006, p.20). Une réelle intervention efficace auprès de ces femmes les garderait en contact avec un service d'aide, de soutien ou défense des droits et favoriserait le développement d'une relation de confiance significative.

Le présent mémoire a donc comme but l'amélioration de l'état des connaissances sur un sujet peu exploré : l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes en démarche de services. L'objectif général de cette recherche est l'exploration des modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections. Pour répondre à ce vaste questionnement, les objectifs spécifiques de notre recherche sont les suivants :

- 1- Dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services à Montréal,
- 2- obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient
- 3- et outiller les intervenants et les intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes.

Pour conclure, le fait que les femmes héroïnomanes soient mises à l'écart comme objet d'étude (Nadeau, 1979; Poole et Dell, 2005; Frigon, 1989; Courty, 2001), ouvre la possibilité de concevoir une problématique, une étude et une intervention sous l'angle féministe dont le point d'appui est le stigma de la femme héroïnomane enfermée dans une spécificité de genre : dépendance aux hommes, transgression de rôle et déviance, honte ou culpabilité, barrières aux services de santé et services sociaux, etc. Nous croyons qu'il est primordial de répondre à notre objectif spécifique soit de dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services.

## II. CADRE CONCEPTUEL

### 2.1 Introduction

À ce chapitre, les ancrages conceptuels des approches d'intervention choisies sont illustrés suivant une démarche descriptive, soit la vision de la toxicomanie et la vision de la personne toxicomane ainsi que l'intervention adoptée qui en découle. Au besoin, les principales approches théoriques utilisées dans le champ de l'intervention en toxicomanie sont brièvement présentées en annexe à la fin du mémoire.

Les ancrages conceptuels retenus sont ceux de l'intervention psychanalytique, l'intervention féministe et l'intervention en réduction des méfaits. Ces approches d'intervention ont été choisies car elles sont « applicables » à l'intervention spécifique aux femmes héroïnomanes. Une fois les grandes lignes décrites, ils sont plus précisément étudiés en fonction de la problématique du manque de connaissances scientifiques au sujet des femmes héroïnomanes, et la comorbidité avec les agressions à caractère sexuel et l'injection mutilante.

### 2.2 Approches théoriques spécifiques aux femmes héroïnomanes qui s'injectent de façon mutilante

Lorsqu'il est question d'intervenir auprès des personnes héroïnomanes, des approches théoriques et les interventions qui en découlent sont privilégiées dans les milieux de pratique et d'intervention au Québec. Cette section, présente les ancrages conceptuels de trois approches utilisées auprès des femmes héroïnomanes: l'intervention psychanalytique, l'intervention féministe et l'intervention par la réduction. Voici

donc ce qui fonde chacune de ces trois approches quant à la vision de la toxicomanie, de la toxicomane et de l'intervention.

### 2.3.1 Présentation des concepts généraux de l'approche psychanalytique

La psychanalyse a été d'abord pensée par Sigmund Freud (1856-1939) qui se basait sur sa pratique thérapeutique et ses observations cliniques. Il utilisait la méthode d'investigation, c'est-à-dire se référer aux patients ayant recours à des services en psychiatrie afin de développer une théorisation de la personnalité humaine normale versus anormale.

La psychanalyse provient de la famille des théories psychodynamiques (Freud, 1961, p.5). Les théories psychodynamiques ont comme point commun avec le féminisme et la réduction des méfaits de joindre la théorie à la pratique. Au niveau théorique, il est rapporté l'importance des pulsions dans le comportement, des affects et de la pensée. Les expériences infantiles sont déterminantes dans l'explication du comportement adulte. Une symbolique est rattachée, refoulée, aux actes et aux pensées. Le thérapeute utilise comme méthode d'interprétation la reconstruction symbolique (Freud, 1961, p.5).

La psychanalyse a trois principes fondamentaux. D'abord, il y a le déterminisme; « Ce sont les phénomènes que nous désignerons par le nom générique d'actes manqués et qui se produisent lorsqu'une personne prononce ou écrit, en s'en apercevant ou non, un mot autre que celui qu'elle veut dire ou tracer ... » (Freud, 2003, p.54). Le déterminisme contient cinq manifestations : l'oubli, les lapsus, les erreurs d'écriture et les erreurs de lecture, les actes accidentels ou symptomatiques et le déterminisme psychique qui fait appel aux causes et motivations d'un phénomène

(Freud, 2003, p.68). Le deuxième principe est l'inconscient; « ... nous dénommons inconscient le système qui se révèle à nous par le fait que les divers processus qui le composent sont inconscients» (Freud, 2003, p.54). Le troisième principe est l'analyse; « toute compréhension des actes, pensées et affects de leurs causes psychiques doit reposer [...] sur des analyses topographique, structurale, dynamique et génétique de la personnalité » (Freud, 2003, p.72). Ce qui est inconscient a été refoulé, réprimé, cela influence notre pensée, nos actions, nos affects. Il y a manifestations par les rêves, par la pensée irrationnelle et hallucinatoire. Ce processus permet la satisfaction des désirs, la satisfaction immédiate des pulsions. Il s'agit des processus primaires qui sont soumis à des règles de négation et de contradiction.

Ainsi, et par exemple, le plaisir, selon l'approche psychanalytique, est défini comme l'évitement du déplaisir et la satisfaction de ses pulsions, qui permet la réduction des tensions et qui sera réalisé par le biais d'une activité, d'une hallucination ou d'un fantasme.

Selon Freud, la personnalité se divise quant à elle en trois structures : le Ça, le Moi et le Surmoi. Le Ça est « le système héréditaire, originel de la personnalité : de lui dérive le Moi (Ego) et le Surmoi (Super Ego) » (Freud, 2003, p.173). Le Ça amène le pulsionnel, l'énergie instinctuelle à la personnalité. Il obéit au principe de plaisir en satisfaisant ses pulsions et ainsi en réduisant la tension : « Il comporte des éléments non refoulés et cependant pleinement inconscient : les résistances qui traversent le Moi et sont même du refoulement » (Freud, 2003, p.176) Le Moi fait des compromis entre le Ça et le Surmoi, restant en contact avec la réalité externe, physique et sociale. Il permet de trouver des façons socialement acceptables de se conformer au Surmoi tout en satisfaisant les pulsions du Ça. Il sert d'intermédiaire : « Ce système est tourné vers le monde extérieur et transmet les impressions reçues, c'est durant son

fonctionnement que se produit le phénomène de la conscience » (Freud, 2003, p.175). Le Surmoi est l'intériorisation des normes parentales et sociales. Il est l'agent de moralité, la conscience du bien et du mal, « Le Surmoi continue [...] à remplir les fonctions de ces parents et éducateurs, ne cessant de tenir le Moi en tutelle et d'exercer sur lui une pression constante [...] le Moi reste soucieux de ne pas perdre l'amour de ce maître dont l'estime provoque en lui un soulagement et une satisfaction » (Freud, 2003, p.181).

L'auteur et professeur en psychologie à l'UQÀM, Jean Bélanger, ajoute que le préconscient est « formé des activités mentales ou idées qui, sans être à un moment donné conscientes, peuvent devenir conscientes, sans susciter d'anxiété ou sans être refoulées » (Bélanger, 2004, p.5) et que le conscient est constitué activités mentales ou des représentations (pensées, perceptions et images mentales, souvenirs) et affects dont l'individu est conscient et qu'il peut verbaliser. Il comprend les perceptions, les souvenirs et les symboles (Bélanger, 2004, p.5). Le contenu mental peut passer du conscient au préconscient et vice versa. Certains éléments peuvent se révéler de façon détournée par les rêves ou les symboles.

#### 2.3.1.1 Concepts de la psychanalyse appliqués à la toxicomanie

Le texte de Giancarlo Claciolari, *Entretien sur la toxicomanie avec Claude Olivenstein* (2002), présente des concepts-clés de la psychanalyse, appliqués à la compréhension de la toxicomanie. Selon l'interviewé Claude Olivenstein, psychiatre reconnu en France pour son travail auprès des toxicomanes qui est devenu une référence internationale et a formé de nombreux spécialistes en dépendances, la toxicomanie représente le souvenir du plaisir que le consommateur s'est fait, sa fusion avec celui-ci. L'interviewé nous présente les similitudes entre l'injection de

drogues et la pénétration dans la relation sexuelle (Claciolari, 2002, p.4). L'injection des drogues et la sexualité seraient ainsi reliées par les plaisirs de la peau, de la chair, des organes sexuels, représentés par la seringue, et provoquant, dans les deux cas, un orgasme comme finalité. La consommation de drogues par voie intraveineuse représenterait le plaisir sexuel. La drogue permettant d'assumer des fantasmes, au niveau hallucinatoire, et même de les réaliser, de les vivre enfin. Toujours selon Olivenstein, l'injection permettrait ainsi au toxicomane de vérifier s'il est vivant : « S'injecter quelque chose, tirer sur le sang comme le font les toxicomanes, c'est vérifier si l'on vit ou si l'on ne vit pas. » (Claciolari, 2002, p.4).

Par ailleurs, Sophie Bel, auteure de *L'image du corps sexué chez une femme toxicomane* qualifie l'injection de psychotropes chez les femmes héroïnomanes comme étant un acte masturbatoire qui les maintient dans un comportement de victimisation (Bel, 1997, p.13).

#### 2.3.1.2 La personne toxicomane

Les femmes toxicomanes choisiraient donc d'agir sur leur souffrance en s'injectant de manière mutilante et en utilisant les mêmes patterns comportementaux que dans leur sexualité. Rien n'est changé dans leur action face au trauma : elles refuseraient de mentaliser l'abus, de le « métaboliser » (Bel, 1997, p.7). D'ailleurs, Bel précise que la notion du désir et de la séduction serait quasi absente chez la femme héroïnomane, celle-ci serait toujours dans l'action pour éviter la réflexion, qui elle produirait la souffrance psychique. L'héroïnomane chercherait à établir une distance entre elle et sa propre souffrance, entre elle et l'autre, et à le faire sur un mode qu'elle connaît. Dans bien des cas, « la toxicomanie [...] servirait à camoufler les symptômes anxigènes d'un syndrome post-traumatique » (Bel, 1997, p.79).

Alain Braconnier (1974) a fait l'analyse de la relation entre le toxicomane et son corps selon des perspectives théoriques psychanalytiques. Selon lui, la toxicomanie est une forme de pouvoir qui permet au consommateur d'atteindre un moment fusionnel entre « le plus beau flash et la plus belle mort, une explosion atomique », (Braconnier, 1974, p.262). Le toxicomane joue avec le désir de surdose, il est le seul à être capable de le provoquer. Les forces présentes sont mixées avec le narcissisme : « Le narcissisme [...] ne serait pas une perversion mais le complément libidinal à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation attribuée à tout être vivant [...] » (Braconnier, 1998, p.56), les pulsions : « les pulsions sexuelles qui correspondent au désir et à la recherche du plaisir [...] les pulsions d'autoconservation [...] qui correspondent aux instincts dans la mesure où elle pousse l'individu à satisfaire ses besoins vitaux... » (Braconnier, 1998, p.57), la mégalomanie et l'agressivité : « les pulsions de mort [...] représentent l'agressivité, la destructivité » (Braconnier, 1998, p.81). En somme, le toxicomane renoncerait à la source réelle du plaisir, la sexualité. Et par le rejet de la sexualité, il renoncerait aussi à la vie.

Toujours selon Alain Braconnier, la drogue serait un moyen pour ne pas ressentir les peurs du monde extérieur, pour éviter la communication de son histoire. (Braconnier, 1974, p.262) Le consommateur chercherait par des expériences hallucinatoires, sensorielles, auditives et tactiles cet évitement. C'est par l'auto-thérapie qu'il tenterait de soulager une blessure narcissique. Encore une fois ici, l'auteur entrevoit que le désir chez le toxicomane n'est pas mentalisé, qu'il se situe seulement au niveau corporel. Le corps devient l'instrument de consommation et non plus le lieu où il vit sa blessure (Braconnier, 1974, p.262).

### 2.3.1.3 L'intervention en toxicomanie

L'intervention dans le cadre de l'approche psychanalytique est axée sur l'individu et les traumatismes qu'il a vécus. L'auteur Robert Laforce Jr. décrit dans son texte *Réflexion psychodynamique : À propos d'une structure de personnalité toxicomaniaque spécifique à l'alcool et aux drogues les composantes de l'approche psychodynamique en toxicomanie* : « La plupart des psychothérapies mettent l'accent sur les motivations qui poussent à la consommation et sur les situations classiques d'absorption comme une veille d'événement stressant » (Laforce, 1998, p. 215). Ceci est exprimé à travers l'inconscient, les actes manqués, les pulsions, les rêves et les désirs. L'intervenant explore avec le toxicomane son enfance et ses relations avec les membres de sa famille : « L'implication active de la famille immédiate est généralement un indice favorable au pronostic de récupération » (Laforce, 1998, p.215). Au niveau de la pratique, les théories psychodynamiques accordent une place d'importance à l'étude de cas et au jugement du professionnel. Le toxicomane est invité par le clinicien à aller à la recherche de traumatismes enfouis dont le conscient ou l'inconscient est porteur et en faire l'analyse : « La thérapie est aussi axée sur le support puisque la majorité de ces patients anticipent un rejet de la part des intervenantes ou de la famille proche » (Laforce, 1998, p.215). La consommation de psychotropes est vue comme étant une manifestation de la souffrance de l'individu. Ses comportements sont le symbole de ce qui se passe au niveau psychique. L'automutilation à l'aide de la seringue représente un moyen d'atteindre le plaisir recherché sous un mode que l'individu a appris lors de sa construction mentale. Se faire mal en s'injectant est le reflet d'une sexualité manquée ou d'une souffrance provoqué par des traumatismes de l'enfance. Le thérapeute doit par le biais de rencontres individuelles et structurées faire comprendre à l'aidé son pattern pour ensuite parvenir à créer de nouvelles sources de plaisir cette fois-ci socialement

« normales » : « Certains milieux de thérapie fournissent un entraînement à la relaxation, l'autorégulation du stress, et l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation » (Laforce, 1998, p.215). Ainsi les pulsions de l'individu sont satisfaites par de nouvelles sources, autres que la douleur ou la destruction.

### 2.3.2 Présentation des concepts généraux de l'approche féministe

Les fondements de l'approche féministe suggèrent que les difficultés vécues par les femmes soient principalement causées par des facteurs sociopolitiques et des conditions sociales qui les oppriment. Ainsi, et par exemple, des manifestations chez les femmes telles que la détresse psychologique, l'anxiété et le stress sont quelques-uns des résultats de leur manque de pouvoir dans les différentes sphères de leur vie. Il ne s'agit pas là de pathologies psychiques, mais plutôt d'un statut social inférieur qui leur est attribué et qui doit être contesté (Bourgon et Corbeil, 1990, p.207). Les objectifs de l'approche féministe sont : « une démarche de partage du vécu personnel et collectif des femmes en vue de les déculpabiliser, de collectiviser leurs problèmes, et de développer chez elles une conscience politique susceptible de faire émerger de nouvelles solidarités » (Bourgon et Corbeil, 1990, p.207).

Selon Christine Corbeil, l'intervention féministe propose aux femmes de remettre en question leurs conditions de vie, de les modifier et de faire des choix en fonction de leurs propres décisions, et non plus de s'adapter aux conditions de vie qui les oppriment (Corbeil, 1983, p. 160). Les femmes doivent prendre conscience de cette oppression, briser leur dépendance face aux rôles sexuels, se resocialiser, reprendre le pouvoir sur leur propre vie et dans la société en général. Les femmes sont invitées à réaliser que les rôles sexuels dans lesquels la société les confine, les limitent. Elles ne doivent plus se sentir seules responsables de leurs insatisfactions. Elles sont invitées à

développer leurs estimes d'elles-mêmes, leurs habiletés à s'affirmer, à exprimer leurs colères, à prendre des décisions de façon autonome et à prendre conscience de leurs corps, leurs désirs, leurs sexualités et leurs droits aux plaisirs (Corbeil, 1983, p. 160).

Le féminisme favorise l'implication et le militantisme chez les femmes. La relation entre l'intervenante et la femme est égalitaire. L'emphase est mise sur l'action et la conscientisation (Corbeil, 1983, p. 159). L'expérience de la femme est validée par celle de l'intervenante ou du groupe de femmes, on tente de briser le cycle de victimisation dans lequel elle se trouve. C'est en partageant leurs vécus que les femmes découvrent qu'elles ne sont plus seules. Elles nomment leurs besoins, et tentent de se fixer des objectifs pour reprendre du pouvoir sur leurs propres vies (Corbeil, 1983, p. 159).

L'approche féministe souhaite faire comprendre aux femmes que le personnel est politique. Les problèmes vécus par les femmes ont des causes sociales et c'est par là que peuvent s'initier des changements sociaux. Les habitudes, coutumes et rôles de notre société, sont sexistes et patriarcaux, ceux-ci ont été développés dans le but de donner le pouvoir aux hommes et de limiter celui des femmes. Les femmes doivent d'abord en prendre conscience et remettre en question les messages, les croyances dictées par les rôles sociaux. Le sentiment de culpabilité est omniprésent chez la femme et la maintient dans un rôle de victime (Vandal, 1997, p.153).

En résumé, l'intervention féministe a six objectifs généraux : « amener la femme à ne pas se sentir la seule responsable [...] amener la femme à croire en elle-même [...] exprimer ses besoins et ses désirs [...] que la femme puisse prendre des décisions de façon autonome [...] le droit au plaisir sexuel [...] les féministes visent non

seulement le changement individuel, mais aussi le changement social.» (Corbeil, 1983, p. 160).

### 2.3.2.1 Concepts de l'approche féministe appliqués à la toxicomanie

L'approche féministe appliquée à l'intervention auprès des toxicomanes contient les mêmes fondements généraux que lorsque cette approche est appliquée à d'autres problématiques sociales. Cependant, il est important de mentionner que dans le champ de pratique et d'analyse des toxicomanies, peu d'intervenants, de services et donc d'écrits scientifiques ont fait une place à cette approche (Bergeron, 1990, p. 223). Selon l'auteure Évelyne Bergeron (1990), il est rare que dans le réseau des services publics au Québec on offre un traitement spécialisé pour les femmes toxicomanes ou alcooliques :

Jusqu'au milieu des années 70, la plupart des intervenants dans ce domaine (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers-ères, bénévoles, etc.) ne faisaient aucune mention des différences dans le vécu des hommes et des femmes aux prises avec le problème de surconsommation [...] La société voit d'un très mauvais œil la femme qui boit ou se drogue, pis encore si c'est une mère (Bergeron, 1990, p. 236).

Ce portrait brossé par un organisme réputé démontre qu'avant les années '80, à peu près aucune distinction n'est faite entre les genres. Par la suite, et dans certains travaux conduits pour mieux cerner la toxicomanie, la spécificité des femmes a été prise en compte notamment en soulignant leur dépendance affective, socio-économique et sociale à un conjoint violent et/ou consommateur, leur situation précaire et le rôle dans lequel elles étaient confinées.

Dans le champ des interventions sociales en toxicomanie, l'approche féministe suggère de prendre en considération les différences entre les réalités des deux sexes,

tant dans le type de consommation que dans les implications biopsychosociales. Selon le service Domrémy à Trois-Rivières, entre les années 1982 à 1984, les femmes qui fréquentaient leurs services avaient les caractéristiques suivantes :

âgées en moyenne de 33.5 ans (comparativement à 38.8 ans chez les hommes) [...] une double assuétude avec l'alcool et les médicaments [...] le rapport statistique annuel de 1981-82 [...] de même que ceux des années précédentes, ne font aucune mention de toxicomanies autres que l'alcoolisme [...] les femmes [...] buvaient à la maison [...] étaient isolées et vivaient seules ou avec leurs enfants [...] parmi celles qui avaient un conjoint, plusieurs subissaient de la violence de sa part et étaient aussi victimes de l'alcoolisme de celui-ci. Leur faible revenu et leur soumission à un rôle traditionnel constituent d'autres traits les caractérisant [...] Entre 70 et 80% des bénéficiaires de nos services ont été victimes de violence, d'abus sexuels ou d'inceste (Bergeron, 1990, p. 230).

L'analyse féministe appliquée à la compréhension de la toxicomanie encourage l'exploration des facteurs sociaux dans le processus de dépendance à la drogue chez les femmes, c'est-à-dire leurs conditions de vie, comme la monoparentalité, leur situation financière précaire, l'isolement social ou encore les abus sexuels et physiques (Rivette, 2000, p.241). Selon l'auteure Francine Rivette dans son article *L'usage abusif des substances toxiques par les femmes violentées : les effets d'une victimisation sociale* (2000) notre culture indique aux femmes des modèles de dépendances, de soumissions et de servitude auxquels elles doivent répondre. Cette oppression les amène à vivre des conséquences sur leur santé physique et psychologique ainsi que sur leur qualité de vie. Selon la perspective féministe, l'abus des drogues chez les femmes trouve son explication dans les structures sociales qui prédisposent les femmes à développer ce genre de comportement :

La socialisation prépare les femmes à tolérer et à porter la responsabilité des agressions subies avant même d'en avoir été la victime. Dès l'enfance, la socialisation apprend aux filles à se centrer sur les besoins des autres au

détriment de leurs propres besoins afin d'accéder à l'approbation des autres (Prud'homme, 1994, p.23).

### 2.3.2.2 La personne toxicomane

Le féminisme prétend que parmi les femmes toxicomanes, plusieurs d'entre elles se maintiennent dans des relations où elles sont dépendantes des hommes qui ne les aiment pas, ne les respectent pas ou les violentent. Elles se sentent responsables de ces problèmes, elles souhaitent trouver les moyens de ressouder leur relation et leur famille. La toxicomanie permet de reprendre du pouvoir sur leurs propres vies (Bergeron, 1990, p. 230). Les femmes en traitement avaient comme objectif de « redevenir normales », elles se sentaient coupables de ne pas être devenues les mères et les épouses qu'elles rêvaient de devenir (Bergeron, 1990, p. 230). C'est principalement dû à la peur du rejet social et familial que ces femmes ressentent une immense détresse. Tel que dénoncé par l'approche féministe, ces femmes se sentaient dévalorisées par le fait de ne pas correspondre au rôle social dans lequel la société les confine. La femme toxicomane est vue, selon l'approche féministe, comme étant en perte de pouvoir sur sa propre vie et maintenue dans une situation de dépendance.

Selon l'auteure Francine Rivette dans son article *L'usage abusif des substances toxiques par les femmes violentées : les effets d'une victimisation sociale*, (2000) les femmes ont appris à être soumises aux hommes en étant douces, compréhensives, raisonnables, prudentes et responsables des comportements des hommes. Elles perpétuent cet apprentissage en guidant ses filles à se conformer. Ainsi, cette socialisation maintient l'ordre social. De façon globale, notre culture impose aux femmes un modèle de dépendance et ce, au risque de leur propre santé (Rivette, 2000, p.241).

Dans son document *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon* le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de la Colombie-Britannique dénonce que les femmes toxicomanes sont davantage stigmatisées que les hommes et confrontées à une plus grande résistance, étant minoritaires dans l'univers de consommation. Les conséquences de leur toxicomanie, et des potentiels abandons de traitement, sont plus néfastes que chez le sexe opposé entre autre dû à cette stigmatisation qui réduit la capacité des femmes à aborder leurs consommations, leurs préoccupations et les problèmes qui sont interreliés (CWHN, 2008, p.12). Ce qui a comme conséquence inévitable de réduire les appels de demande d'aide, de dépistage des problèmes de toxicomanie, et même leur accès à des traitements (CWHN, 2008, p.13). L'opinion publique face aux femmes qui consomment est moralisatrice, accusatrice et antipathique surtout s'il s'agit de femmes enceintes (CWHN, 2008, p.13).

### 2.3.2.3 L'intervention en toxicomanie

Dans le domaine de l'intervention en toxicomanie, le féminisme suggère de prendre en considération les rapports de pouvoir entre les sexes/genres qui existent socialement. L'intervenante doit avoir une connaissance de la condition féminine, doit reconnaître l'influence des rôles et des apprentissages, doit constater la situation sociale et économique des femmes dans notre société et finalement, doit reconnaître que l'information sur le système médical a un mode de réponse sexiste. Les femmes sont invitées à développer des habiletés sociales telles que l'expression et l'affirmation de soi, l'exploration des influences et des ressources de leur environnement. (Bergeron, 1990, p. 230)

L'approche féministe suggère de regrouper ces femmes lors des interventions et de les amener à exprimer des sentiments qui demeurent interdits pour elles comme la colère, la révolte, le mépris, la vengeance, la cruauté, l'agressivité et la violence. Ces femmes « ont tendance à retourner ces sentiments agressifs contre elles-mêmes et contre les autres femmes » (Bergeron, 1990, p. 230). L'intervention féministe auprès des toxicomanes s'oriente davantage vers l'écoute, les occasions de nommer l'interdit et le silence, le droit à l'expression de soi. La réconciliation avec l'identité de femme, retrouver son identité à travers les différents rôles sont des aspects curatifs de l'intervention de groupe, en plus d'ouvrir directement sur le sujet de la violence, des abus sexuels et de l'harcèlement (Bergeron, 1990, p. 240).

Au niveau de l'intervention, il s'agit de diviser les genres dans l'offre de services. Les femmes toxicomanes sont regroupées et l'intervenante favorisera entre elles l'aide mutuelle. Le groupe, composé de femmes uniquement, témoigne de leurs souffrances communes et tentent de dénoncer les injustices auxquelles elles font face. La professionnelle se présente comme une égale et partage son expérience de femme. Les maux de chacune sont expliqués sous un angle socio-politique, c'est-à-dire que les comportements sont conditionnés par les normes d'une société patriarcale. L'expérience est alors normalisée et la recherche de solutions se fait collectivement. Le groupe est invité à créer un mouvement de revendications jugeant le pouvoir du nombre comme étant significatif pour parvenir à la mise en place de nouvelles règles, d'une nouvelle régie sociale. Les femmes sont invitées à ne plus se concevoir comme étant victimes et opprimées mais à davantage croire en leurs capacités personnelles et collectives et à reconnaître les conditions difficiles qui assujettissent. Notamment, les problématiques de l'abus sexuel ou de l'automutilation sont dénoncées lors des interventions puisque le féminisme démontre que plusieurs femmes en souffrent. (Bergeron; 1990, Corbeil; 1983).

Pour répondre aux inégalités sociales, politiques, économiques et sanitaires auxquelles les femmes toxicomanes sont confrontées, le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de la Colombie-Britannique soulignent dans son document *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon* l'importance que les soins attribués à ces femmes soient : participatifs, favorisant l'autonomie, respectueux de la diversité, individualisés, axés sur la justice sociale, complets, holistiques et sécuritaires (CWHN, 2008, p.14). L'importance du sexe (la différence biologique) et du genre (influences sociales) doivent être pris en compte en ce qui attrait de la santé des femmes et de ses facteurs déterminants, de ses interactions avec le système de santé, avec ses programmes et ses traitements pour assurer de meilleurs résultats (CWHN, 2008, p.15). Les programmes offerts aux femmes toxicomanes doivent être axés sur le contexte d'utilisation des drogues, la probable comorbidité avec la violence ou les traumatismes et sur l'importance de renforcer l'autonomie des femmes (CWHN, 2008, p.15). Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de la Colombie-Britannique dénonce dans son chapitre *Les femmes et la promotion de la santé mentale* le fait que : « Les initiatives de promotion de la santé mentale actuelles ne tiennent habituellement pas compte de la contribution du genre à la santé mentale, aux maladies mentales et à la toxicomanie » (CWHN, 2008, p.12). En réalité, de réels efforts devraient être mis de l'avant pour incorporer les notions de sexe et de genre dans les programmes d'aide (CWHN, 2008, p.15).

### 2.3.3. Présentation des concepts généraux de l'approche de la réduction des méfaits

La notion de réduction des méfaits est apparue il y a déjà deux siècles mais elle a été renouvelée dans les années 1980 suite à l'épidémie du VIH/sida. Inspirée des

expériences et des événements concernant l'usage de l'alcool et des drogues au cours du 19<sup>ème</sup> siècle, l'histoire démontre qu'une domestication des usages à cette époque en Occident se faisait avec la consommation d'alcool (Brisson, 1997, p.viii). Cette domestication des usages est aujourd'hui réalisée avec les drogues de rue. Il s'agit d'instaurer une

culture responsable et sécuritaire de consommation [...] les principes et règles permettant une meilleure gestion des usages : contrôle du dosage et de la qualité des produits, attention portée à la fréquence et aux mobiles de l'usage, choix des ambiances et des modes de consommation appropriés, etc. (Brisson, 1997, p.viii).

Ce n'est qu'au 20<sup>ème</sup> siècle que l'avènement des contrôles législatifs sur l'usage a lieu, provoqué par la diffusion des opiacés et de la cocaïne en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis :

Au XIX<sup>e</sup> siècle, la commercialisation des drogues injectables par l'industrie pharmaceutique a répandu, dans le domaine thérapeutique, l'usage généralisé de l'injection, surtout de morphine, et certains patients en ont subi les conséquences, à savoir une dépendance à cette drogue. Diverses pratiques de substitution ou de maintenance pour réduire ces méfaits de la médecine furent implantées (Beauchesne, 2006, p.43).

À cette époque, la gestion des conséquences de l'usage se réalisait dans une perspective pragmatique, c'est-à-dire en fonction des coûts versus les bénéfices. Il s'agissait de reconnaître la réalité de l'usage des drogues plutôt que de vouloir l'abolir (Brisson, 1997, p.viii). Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, la Grande-Bretagne poursuivait un système de prescription médicale de substances illicites pour les gens déjà dépendants de substances psychotropes (Brisson, 1997, p.ix). Les médecins avaient donc le pouvoir de prescrire la drogue jugée nécessaire au bon traitement d'un patient. Le *British System*, c'est-à-dire les législations antidrogue en Grande-Bretagne ont été modifiées en 1960 avec l'arrivée de la consommation massive des drogues chez les jeunes (Brisson, 1997, p.ix) : « Dans les années 1960 et 1970, la consommation de

drogues illicites par de jeunes Blancs de classe moyenne et aisée a ranimé certaines formes de protection visant à limiter les méfaits de cette consommation » (Beauchesne, 2006, p.44). Puis au milieu des années 1980, avec l'apparition du VIH/sida provoquant un sentiment d'urgence face à l'usage des drogues et de l'alcool, on renoue dans les théories de réduction des méfaits.

En fait, selon l'auteur Amnon Jacob Suissa, la réduction des méfaits est « un nouveau terme pour un vieux concept [...] Dès 1920, un groupe de médecins éminents concluait déjà qu'il valait mieux, dans certains cas fournir des doses d'entretien aux patients toxicomanes afin qu'ils puissent mener une vie sociale plus utile » (Suissa, 2007, p.195, 197).

### 2.3.3.1 Concepts de la réduction des méfaits appliqués à la toxicomanie d'aujourd'hui

La réduction des méfaits est une approche d'intervention qui a été renouvelée à partir des années 1980 pour combattre l'épidémie du VIH/sida qui prenait de l'ampleur dans les populations de personnes utilisatrices de drogue par injection : « C'est toutefois dans un contexte de santé publique qu'à la fin des années 1980 certaines stratégies de réduction des méfaits s'institutionnalisent » (Beauchesne, 2006, p.44). C'est ce qui distingue l'application de cette approche aujourd'hui comparativement à ce qui avait été fait au début du 20<sup>ème</sup> siècle. Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) ont été un des premiers « groupes à risque », perçus vulnérables à la maladie (Brisson, 1997, p.viii). L'urgence d'agir s'est faite criante et on a constaté l'importance de leur offrir autre chose que l'abstinence à tout prix (Brisson, 1997, p.viii) pour eux et pour minimiser l'impact de leur pratique sur la santé publique.

D'autant que l'abstinence comme objectif absolu gardait peu d'entre eux en traitement.

Deux principes fondent cette approche : le pragmatisme face aux drogues et l'humanisme devant les toxicomanes.

Le pragmatisme appliqué à l'usage des drogues a comme point de départ que la drogue est là pour rester. L'intervention devrait ainsi limiter les problèmes chez ceux qui en consomment et leur entourage. Les valeurs de cette doctrine sont : l'accès universel aux soins de santé, la protection de la santé et la sécurité publique, la promotion de la santé au plan individuel et collectif (Brisson, 2002, p. 91). Il s'agit de reconnaître la réalité de l'usage des drogues, en intervenant dans une perspective des coûts versus les bénéfices et selon une hiérarchie d'objectifs. C'est-à-dire prioriser un changement réaliste plutôt que radical et idéaliste.

#### 2.3.3.2 La personne toxicomane

L'humanisme appliqué à l'usage de drogues, reconnaît le consommateur comme un citoyen à part entière, possédant un pouvoir d'agir et digne de respect (Brisson, 1995, p.58). L'humanisme favorise la démocratie, l'équité sociale, la défense des droits et la participation à la vie en société dont l'offre de services universels ou les regroupements de pairs. En outre, ces fondements vont à l'encontre du paternalisme inhérent à certaines approches d'intervention dont celles déployées en programmes basés sur l'abstinence à tout prix.

En fait, il s'agit d'aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent, de leur offrir une variété de ressources qui correspondent à leurs besoins et de favoriser leur

implication et le respect de leurs droits et libertés (Brisson, 1995, p.58). La personne toxicomane est capable de réfléchir, de choisir et de décider. Elle est reconnue comme étant un individu à part entière.

### 2.3.2.3 L'intervention en toxicomanie

Dans un continuum d'intervention, la réduction des méfaits peut aller de la remise de matériel d'injection sécuritaire, à l'accompagnement psychosocial en procédure judiciaire à la prescription de traitement de substitution. Le but final étant la réduction des conséquences négatives associées à l'usage. C'est sur les conséquences que l'on intervient et non sur l'usage. Le changement visé n'est pas nécessairement l'arrêt de la consommation. Les intervenants sont prioritairement à l'écoute des besoins et décisions des utilisateurs de drogues :

Les conditions d'approvisionnement difficiles et peu sécuritaires que connaissent les utilisateurs, particulièrement ceux qui sont dépendants, de même que la répression et la marginalisation qu'ils subissent, rendent difficiles l'instauration d'une bonne prévention et l'implantation de soins appropriés (Beauchesne, 2006, p.44).

De manière collective, la réduction des méfaits « laisse supposer que le jugement et l'étiquetage, généralement négatifs envers les personnes dépendants, ne constituent pas des moyens efficaces pour créer des conditions favorables à un changement de comportement (Suissa, 2007, p.195).

Les effets attendus de la réduction des méfaits sur l'individu sont les suivants :

Préciser son système de valeurs sans être puni, être considéré comme un être responsable [...] se concentrer sur des actions possibles [...] consolider son niveau d'estime de soi et de dignité [...] moins blâmer l'individu [...] se percevoir comme des personnes compétentes [...] réduire la tendance à l'étiquetage [...] conditions favorables à l'engagement social [...] voir leurs forces plutôt que leurs faiblesses [...] permettent l'organisation de forces actives [...] (Suissa, 2007, p.202).

Ce qui veut dire que le toxicomane peut l'être sans être nécessairement puni et contrôlé. Il est responsable de ses actions et ce, tout en favorisant le moins de conséquences possible sur la santé collective. La réduction des méfaits est une approche d'actions concrètes et réalisables qui tente de rejoindre ceux qui ont été mis à l'écart. Le toxicomane n'est pas que consommateur, il a droit à des services de qualité et à des conditions favorables à l'amélioration de ses conditions de vie.

#### 2.4 Conclusion et objectifs de la recherche

Nous avons détaillé trois approches théoriques spécifiques qui favorisent une réelle compréhension des caractéristiques des femmes héroïnomanes qui s'injectent de façon mutilante en lui attribuant des explications qui vont au-delà du simple fait de la personne toxicomane. De plus, autant la psychanalyse, le féminisme que la réduction des méfaits propose une interprétation de l'injection mutilante. Selon la psychanalyse, l'injection mutilante est le symbole de l'état psychologique du toxicomane. Alors que le féminisme conçoit cette pratique comme le résultat et la manifestation d'un contexte patriarcal. Enfin, la réduction des méfaits considère, en outre, que l'absence de moyens efficaces pour s'injecter de façon sécuritaire entraîne des conséquences sur les comportements des consommatrices. Ces interprétations multiples viennent nourrir un nouveau sujet d'étude, issue de l'observation : l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes et les pistes d'intervention envers elle.

L'objectif général de cette recherche est d'explorer et de mieux comprendre les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections en usant des trois approches énoncées plus haut. Précisément, les objectifs spécifiques de notre recherche sont:

- 1- dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services;

- 2- obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient;
- 3- et outiller les intervenants et intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes.

### III. MÉTHODOLOGIE

#### 3.1 Introduction

Cette recherche adopte une méthodologie féministe et qualitative afin d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

Dans un premier temps, la méthodologie féministe ainsi que l'échantillonnage, la collecte de données et les schémas d'entrevue sont présentés dans le présent chapitre. Alors que dans un deuxième temps, nous abordons les dimensions éthiques de la recherche.

#### 3.2 La recherche féministe

Selon les auteurs Ollivier et Tremblay la méthode scientifique exige du chercheur neutralité, logique et distance. Alors que guidée par son cadre théorique et ses ancrages conceptuels d'ailleurs présenté au précédent chapitre, la recherche féministe est une méthode qui suggère d'être à la fois impliqué dans le processus comme observateur et comme chercheur (2000, p.21).

Ce type de recherche prend en compte la diversité au sein des femmes notamment en incluant celles catégorisées comme étant marginales (Ollivier et Tremblay, 2000, p. 20). Mais surtout, la recherche féministe s'appuie sur le savoir et le vécu des femmes touchées par le ou les phénomènes étudiés.

En outre, cinq postulats fondent la recherche féministe : la reconnaissance de l'existence de rapports sociaux inégaux, l'encouragement à la critique de ceux-ci, l'identification des inégalités, la valorisation du processus et du résultat et l'affirmation que le privé est politique (Mayer, 2000, p. 288). Cette dernière perspective est primordiale car, elle instrumente la notion d'égalité et justice dans les rapports humains - donc dans les rapports sociaux de sexe- comme le paradigme de toute recherche.

La recherche féministe suggère d'étudier le genre et les rapports sociaux de sexe; « elle représente à la fois un projet socio-politique de transformation des rapports sociaux et un projet scientifique d'élaboration de connaissances » (Ollivier et Tremblay, 2000, p.7). Critique du savoir établi, son objet d'étude est majoritairement la population féminine et ses conditions de vie. Ainsi, son analyse accorde une place importante aux rapports sociaux et dénonce la hiérarchisation des sexes.

En somme, la recherche féministe est « un champ pluridisciplinaire de production de connaissances pour analyser la dimension sexuée des rapports sociaux à la lumière des conditions symboliques, matérielles et sociales de leur reproduction » (Ollivier et Tremblay, 2000, p.10). Le processus d'acquisition du savoir est questionné en s'objectant aux notions d'objectivité et de neutralité de l'activité scientifique qui induit l'étude du masculin comme étant l'étude de l'humain.

En outre, une attention particulière est portée aux personnes qui participent à la recherche, à la diffusion des résultats et aux rapports de pouvoir entre chercheurs et participantes. Elle favorise de facto la possibilité d'entrevoir les problèmes sociaux sous un angle qui n'est pas sexiste.

Il est également prioritaire, selon les auteurs Ollivier et Tremblay, d'établir la recherche sur la base de relations égalitaires entre l'intervenant et la participante. D'ailleurs, rester soucieux de cette égalité constitue aussi le point de départ de la réalisation d'une recherche féministe (Mayer, 2000, p. 288). La prise de parole est remise aux principales intéressées dans le but que celles-ci reprennent le contrôle sur les études, les recherches, et éventuellement, sur les interventions qui les concernent. Et c'est dans ce sens que nous souhaitons élaborer cette recherche car, l'un des buts visés est l'amélioration des conditions de vie des femmes résultant de l'élaboration d'une intervention mieux adaptée, plus adéquate à la population ciblée. Dans ce cas-ci, la réalisation de cette recherche s'est faite auprès des femmes héroïnomanes afin de recueillir le point de vue des femmes concernées sur l'injection ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient; la prise de parole et leurs opinions étaient mises de l'avant comme le suggère l'approche féministe. Un lien de confiance et de proximité s'est établi entre elles et l'étudiante. D'ailleurs, la majorité des participantes ont manifesté un vif intérêt face au projet de recherche. Preuve en est que toutes les participantes ont remis leurs coordonnées pour obtenir les résultats.

### 3.3 Approche qualitative

Les bases de l'approche qualitative sont les perceptions des individus et la signification qu'ils donnent aux phénomènes qui les concernent et à leurs actions (Mayer, 2000, p. 162). Le but étant de découvrir, d'explorer et de décrire ce que certains individus vivent, ressentent et témoignent. La recherche qualitative a comme objectifs de : « décrire un problème encore mal connu et le définir [...] d'explorer en profondeur un concept menant à la description d'une expérience ou à l'attribution d'une signification à cette dernière » (Fortin, 2006, p.232). Son but étant de développer notre compréhension d'un phénomène social qui est moins connu. La

méthode qualitative est surtout utilisée lorsque le chercheur soupçonne que les connaissances à ce sujet sont minimales. La recherche qualitative a sept caractéristiques : elle se déroule dans le milieu naturel des participants, elle utilise plusieurs méthodes interactives, elle se construit progressivement, elle donne lieu à l'interprétation, le chercheur a comme rôle d'observer, de participer et de dégager des conclusions, elle suppose une vision holiste des phénomènes sociaux et elle se base sur des principes ou des stratégies dans la collecte et l'analyse des données (Fortin, 2006, p.240).

La recherche qualitative est en constante évolution car son devis se développe sans cesse au cours de l'étude (Fortin, 2006, p.232). Elle se construit ainsi : d'abord, on expose dans l'introduction l'idée de départ d'un domaine précis. La recension des écrits se fait tout au long de l'étude. La collecte et l'analyse de données se réalisent en se chevauchant. Pour le choix des participants, le chercheur a recours à un échantillon non-probabiliste. Le nombre de participants est généralement petit. Le rôle du chercheur est celui de bien comprendre le vécu de chacun des participants. Il interagit directement avec eux. La collecte de données se fait par le biais d'observations ou d'entrevues, individuelles ou de groupe, d'enregistrements ou de textes déjà publiés (Fortin, 2006, 236).

L'analyse de données se fait, elle, en mots et non en chiffres. Le chercheur doit recueillir les données, les codifier et leur donner une signification. La recherche qualitative obtient sa rigueur scientifique dans l'exactitude de la compréhension d'une problématique et dans la représentation fiable de l'interprétation des données émises par les participants. Les résultats doivent être applicables à d'autres contextes sans pour autant se modifier.

Dans le cadre de cette étude, l'approche qualitative a été jumelée à l'approche féministe, deux méthodes éprouvées, complémentaires et reconnues pour faire parler les femmes et d'obtenir leurs points de vue. Bref pour bien comprendre le vécu de chacune des participantes.

De plus, les deux méthodologies réfèrent et utilisent plusieurs mêmes concepts. Par exemple, le vécu des participants est considéré comme étant pertinent et permet l'accumulation des données. Le sujet est pris en considération et sa relation avec le chercheur est significative parce qu'elle joue un rôle dans l'élaboration des données. Les deux approches favorisent la qualité du contenu plutôt que la quantité de statistiques et optent pour l'analyse plutôt que l'interprétation.

#### 3.4.1 La collecte des données

La collecte de données a été réalisée à l'hiver 2008, en janvier et février, avec des femmes héroïnomanes en démarche dans les services destinés aux personnes utilisatrices de drogues injectables dans les milieux communautaires de la région de Montréal. Des organismes ciblés ont été invités à participer au projet. Il s'agissait d'organismes dont le mandat est de venir en aide aux femmes héroïnomanes en leur offrant, entre autres, un traitement de substitution. Ces organismes étaient les Services cliniques réguliers et le service de Relais Méthadone du CRAN, le Projet NAOMI et Meta d'Âme. Ces milieux ont été invités à collaborer au recrutement des participantes en acceptant d'exposer dans leurs locaux l'affiche destinée à informer les femmes du projet de recherche.

### 3.4.2 Le recrutement

D'abord, nous avons présenté le projet de recherche et ses objectifs à chacune des équipes de chacun des organismes-collaborateurs dans le cadre de leurs réunions d'équipes. Ainsi, l'ensemble des professionnels du CRAN, de NAOMI et de Meta d'Âme était informé du déroulement de la recherche. À la fin du recrutement, une seconde rencontre a été tenue pour remercier chacun des organismes de leur collaboration à la réalisation de ce projet de recherche. À l'instar des participantes, de façon distincte mais toute aussi tangible, les organismes ont manifesté leur intérêt pour les conclusions de ces travaux.

Une affiche descriptive (voir appendice D) du projet de recherche a été exposée dans les locaux d'organismes ciblés pour leur action auprès de la clientèle visée par notre projet de recherche. Elle invitait leur clientèle à participer à une entrevue individuelle et à un *focus group* sur les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de l'injection.

Étant donné le mode de vie de ces femmes, nous croyions que le recrutement et la participation allaient être difficiles. Pour ces raisons, des moyens concrets et facilitant à la participation à ces rencontres ont été mis en place dont une compensation financière. Nous avons été surprises de constater que les femmes ont répondu rapidement et en grand nombre au recrutement. En effet, 18 femmes ont contacté l'étudiante dans le but de participer au projet de recherche.

De ces 18 femmes : dix se sont présentées tel que convenu à l'entrevue individuelle et de celles-ci neuf à l'entrevue de groupe. Cinq ne se sont pas présentées dès la

première rencontre, et enfin, deux ont dû être refusées au recrutement car le nombre de femmes requis avait été atteint.

Compte tenu du mode de vie des toxicomanes, le recrutement et la réalisation des entrevues se sont volontairement déroulés en un laps assez court soit du 7 janvier 2008 au 20 février 2008. Les entrevues se déroulaient le soir dans un local à l'École de travail social de l'UQÀM qui avait été assigné.

### 3.4.3 L'échantillonnage

L'échantillon est un sous-ensemble d'individus qui forme la population cible et sur lequel l'étude se porte (Contandriopoulos, 2006, p.74). Deux méthodes peuvent permettre de former un échantillon. La méthode probabiliste se forme par les lois du hasard, et la méthode non-probabiliste souhaite recruter en ne reproduisant pas fidèlement l'ensemble de la population ciblée (Contandriopoulos, 2006, p.59). Seule la méthode probabiliste peut permettre de faire une généralisation des résultats obtenus.

L'échantillonnage choisi pour cette recherche était non-probabiliste, volontaire et de boule-de-neige. C'est-à-dire, que les participantes recrutées étaient celles qui souhaitaient prendre part à ce projet en ayant vu l'affiche ou encore celles qui auront été référées au projet par un intervenant du milieu ou par une femme déjà participante. L'échantillon était constitué de dix femmes consommatrices ou ex-consommatrices d'héroïne par voie intraveineuse. Elles étaient âgées entre 26 et 55 ans. Elles étaient toutes en traitement de substitution et avaient consommées les opiacés sur une longue période. Elles étaient toutes volontaires à participer à cette

recherche. L'échantillon n'était pas représentatif de l'ensemble de la population globale des femmes héroïnomanes. Ce choix de méthode se justifie parce qu'il s'agit d'une recherche qualitative avec un thème délicat et pour lequel la généralisation n'est pas primordiale. Il s'agit d'une bonne méthode afin de rejoindre un groupe marginalisé ou difficilement accessible. Sur les 18 femmes ayant été contacté l'étudiante, deux provenaient du projet NAOMI, neuf du CRAN, trois de Meta d'âme et quatre de Relais méthadone.

La population ciblée pour l'échantillonnage de cette recherche était un groupe de 10 femmes adultes. Nous justifions la taille de l'échantillon par le fait que ce nombre devait permettre d'obtenir une dynamique de groupe intéressante et permettre à la fois de cumuler assez de données pour que la démarche soit pertinente. Ajoutons que, de par son caractère marginal, cette population est difficile à rejoindre et nous souhaitons rejoindre un nombre réaliste de participantes. Les critères de sélection étaient :

- des femmes adultes consommatrices ou ayant été consommatrices d'héroïne par voie intraveineuse;
- des femmes en démarche de services ou stabilisées;
- des femmes capables de s'exprimer et de comprendre le français;
- des femmes capables de discuter en groupe et ouvertes à parler de l'injection mutilante avec d'autres femmes héroïnomanes;
- des femmes qui consentent à respecter la confidentialité du groupe.

D'autres critères d'exclusion du groupe étaient : la consommation d'héroïne par voie nasale ou inhalée, parce qu'elle n'est pas injectée et donc ne correspond pas aux objectifs de la recherche, et les participants de sexe masculin, parce que cette recherche n'étudie que la population féminine.

Une première sélection des répondantes correspondant aux critères de sélection a été réalisée lors de la prise de contact au téléphone. Les critères de sélection étaient annoncés sur l'affiche et discutés au téléphone. Toutes les femmes ayant contacté l'étudiante-chercheuse répondaient aux critères de sélection. Les femmes ont aussi été rassurées lors de l'affichage et lors de la présentation du projet de la confidentialité des résultats et de l'objectif des rencontres. Toutes les participantes ont été invitées à se présenter aux deux rencontres consécutives, mais elles pouvaient se retirer du groupe à n'importe quel moment.

#### 3.4.4 La collecte de données par entrevues

Trois sources permettent de collecter les données lors de la réalisation d'une recherche qualitative : l'utilisation de documents, l'observation par le chercheur et l'information fournie par les sujets (Contandriopoulos, 2006, p.68). Le but étant de démontrer comment, de manière opérationnelle, les données sont recueillies, discutées et analysées. Dans ce cas-ci, l'information fournie par les sujets était la première et principale manière de cumuler les données. Aussi, une source d'information co-latérale nous a fourni plusieurs pistes : le roman réalité *Pute de rue*.

Dans le cadre d'une recherche usant simultanément d'une méthodologie qualitative et féministe, une première entrevue individuelle suivie d'une entrevue de groupe nous semblait un moyen efficace pour cumuler les données.

Tant l'entrevue individuelle que celle de groupe ont considéré les propos des femmes en les estimant expertes de leurs propres vécus. Les entrevues ont permis de : « examiner les concepts et comprendre le sens d'un phénomène tel qu'il est perçu par

les participants, servir comme principal instrument de mesure et servir de complément aux autres méthodes de collecte des données » (Fortin, 2006, p.304).

Il est possible de réaliser une entrevue dirigée ou non, c'est-à-dire avec ou sans structure précise. Selon l'auteur Marie-Fabienne Fortin, l'entrevue de recherche est :

Une rencontre entre un interviewer qui recueille des données et un répondant qui fournit l'information. L'entrevue est un outil privilégié dans les méthodologies qualitatives. L'entrevue dirigée se caractérise par le contrôle rigoureux exercé sur les questions posées et sur la façon d'y répondre. L'entrevue semi-dirigée diffère de l'entrevue dirigée par la souplesse du mode d'échange. L'entrevue non dirigée consiste dans l'exploration non méthodologique d'un sujet. (Fortin, 2006, p. 322)

Dans le cas de notre recherche, nous avons retenu la technique d'entrevues semi-dirigées, tant lors des entrevues individuelles que celle de groupe.

#### 3.4.4.1 Déroulement des entrevues

Le lieu des entrevues de recherche s'est fait en terrain neutre pour éviter que les femmes craignent que leurs propos soient divulgués aux intervenants des organismes mentionnés. L'endroit était un local situé à l'école de travail social de l'UQÀM. L'accessibilité des lieux, a été prise en considération puisque l'UQÀM se situe à proximité de chacun des organismes partenaires au centre-ville de Montréal. Les entrevues ont toutes été animées par l'étudiante. Tout au long du processus de collecte des données, les enregistrements audio de l'intégralité des échanges individuels et de groupe ont permis de cumuler les données. L'appareil audio avait été emprunté au service audiovisuel de l'UQÀM à chacune des entrevues. Ces enregistrements ont été négociés avec les répondantes durant la lecture du formulaire de consentement (voir appendice A).

Les entrevues se sont déroulées en trois étapes : le début de l'entrevue, le corps de l'entrevue et la clôture de l'entrevue (Mayer, 2000, p. 410). D'abord, à l'entrevue individuelle, les présentations, salutations, le rappel des objectifs de la recherche, l'explication des rôles et du fonctionnement, la présentation et la signature du consentement ont été faits. L'importance de la confidentialité lors de l'entrevue de groupe a été soulignée.

Par la suite, le corps de l'entrevue était constitué de l'administration de la grille d'entrevue. À la fin de chaque rencontre, un temps était consacré pour remercier les femmes de leur participation ou alors favoriser l'échange sur le processus de recherche. L'égalité entre les femmes participantes et l'intervieweuse était mise de l'avant comme le suggère l'approche féministe.

#### 3.4.4.2 Les entrevues individuelles

Les participantes ont d'abord été convoquées à une première entrevue de type individuel. Cette rencontre a permis de dégager un portrait à partir d'une série de questions portant sur des aspects socio-démographiques, sur leur mode de vie et sur leurs habitudes de consommation (voir appendice B pour la grille d'entrevue individuelle). Une première série de questions permettait d'identifier l'âge, le statut, la profession, le niveau de scolarité et le nombre d'enfants de chacune des participantes. Une deuxième série de questions touchait la consommation dont leur nombre d'années de consommation et de dépendance ainsi que les substances consommées. La troisième partie abordait les rituels d'injection et questionnait les femmes sur leurs réflexions au sujet de l'injection mutilante. Le dernier bloc interrogeait les participantes sur leurs rapports aux services et leurs recommandations.

L'entrevue individuelle permettait un premier contact entre les participantes et l'étudiante. La durée moyenne des entrevues individuelles était environ de 30 minutes. La plus longue a duré près d'une quarantaine de minutes et la plus courte 21 minutes. L'ambiance à l'entrevue individuelle était agréable. Les femmes sont arrivées majoritairement à l'heure, certaines même très à l'avance. Nous faisons vite connaissance et le vif du sujet était exploré rapidement.

En début d'entrevue, leurs réponses étaient brèves parfois expéditives. Les femmes devenaient plus loquaces lorsque nous abordions l'aspect de leurs consommations. Elles semblaient très à l'aise à en discuter. En fin d'entrevue, elles semblaient confortables et sur une bonne lancée, elles étaient toutes surprises que l'entrevue se termine ainsi. Lors des entrevues individuelles, les femmes semblaient à l'aise de répondre aux questions. Comme en début d'entrevue, il s'agissait de questions de type socio-démographiques, de courtes réponses faisaient le tour des questions. Ensuite, en milieu d'entrevue, nous abordions leurs consommations. Elles détaillaient facilement leurs habitudes et leurs dépendances. Les questions concernant les rituels et les injections mutilantes ont nécessité des éclaircissements. Les répondantes semblaient moins bien saisir ces deux concepts. C'est lorsque nous leur avons présenté des exemples concrets qu'il devenait plus facile pour elles de répondre. En fin d'entrevues, lorsqu'il était question de leur rapport aux services, les répondantes semblaient parfois soucieuses de ne pas blâmer ceux qui leurs offraient de l'aide. Leurs attachements face aux organismes étaient palpables. Elles se permettaient peu de commentaires. Elles étaient attentives lors de la lecture du formulaire de consentement. Elles ont toutes acceptées d'être enregistrées. Par souci de confidentialité, elles devaient se choisir un pseudonyme. Cela les a amusées. À la fin de l'entrevue, toutes ont soulignées être surprises de l'efficacité du questionnaire et

du peu de temps nécessaire pour le compléter. En somme, elles ont estimé et exprimé que cette expérience d'entrevue a été positive.

#### 3.4.4.3 L'entrevue de groupe

Les participantes ont ensuite été invitées à participer à une seconde rencontre, soit un *focus group* (voir appendice C pour la grille d'entrevue de groupe). Lors de cet entretien de groupe, les participantes ont donné leur compréhension et leur opinion sur leur pratique d'injection mutilante selon les trois approches théoriques retenues et contenues dans la formulation de nos questions. Les approches discutées étaient : l'approche psychanalytique, l'approche féministe et l'approche de la réduction des méfaits. Aussi, les répondantes ont été amenées à partager leur point de vue avec d'autres femmes consommatrices ou ex-consommatrices d'héroïne sur les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant. La durée totale de l'entrevue de groupe a été de deux heures.

Notons que le *focus group* est une méthode qui permet de recueillir les informations dans le cadre d'un groupe de discussion homogène, animé et élaboré selon une grille d'entrevue et qui permet la synthèse des résultats (Mayer, 2006, p.278). L'étudiante avait deux tâches : cumuler le contenu de ce qui est dit et maintenir une relation avec et entre les participants qui favorisent le travail (Mayer, 2006, p.278). Les thèmes à élaborer ont été explorés tôt dans la rencontre pour permettre une discussion plus souple vers la fin. En début d'activité, les objectifs ont été introduits, la participation a été favorisée, le temps alloué a été identifié, le caractère anonyme des résultats a été souligné et les suites possibles du projet ont été énumérées. Le groupe formait l'unité d'analyse (Mayer, 2006, p.278).

Quoique l'exploration de sujets délicats se fait plus facilement grâce à des moyens traditionnels comme l'entrevue individuelle ou le sondage, le *focus group* offre la possibilité de joindre et faire participer un groupe souvent délaissé ou marginalisé. Car, le *focus group* permet de réunir des individus d'un même milieu et de leur demander d'exprimer leur point de vue sur un thème qui les concerne directement. Il s'agit d'une approche rapide qui permet d'atteindre de bons résultats en peu de temps (Mayer, 2006, p.278). Cependant, l'échantillon n'est pas statistiquement représentatif.

Donc, après avoir utilisé cette méthode, nous pouvons conclure que les avantages sont multiples. Le *focus group* a permis aux participants de nuancer, de détailler leurs réponses et donc d'enrichir la cueillette de données. Néanmoins, l'étudiante a dû être vigilante pour ne pas fausser les données. Les mauvaises dynamiques auraient pu jouer sur les résultats et leurs validités auraient pu être mises en doute.

Pour notre projet de recherche et ce deuxième volet d'acquisition de données, l'entrevue de groupe a duré un peu plus d'une heure, c'est-à-dire 74 minutes. Les femmes sont arrivées majoritairement à l'heure, certaines en retard. Elles démontraient peu d'écoute les unes vis-à-vis les autres. Il a fallu au cours de l'entrevue leur demander de parler une à la fois et d'écouter les propos des autres participantes. Elles exposaient leurs opinions ou des tranches de leurs vies sans échanger avec les autres mais bien en affirmant leurs points de vue. Elles ont majoritairement participées à la discussion, à l'exception de deux : l'une qui est restée silencieuse et l'une autre qui semblait intoxiquée.

### 3.5 Traitement et analyse de données

Le traitement et l'analyse de données sont les principales étapes qui mènent le chercheur à soumettre ses données à une procédure afin d'obtenir des réponses aux questions de recherche et à faire le lien avec ses objectifs (Contandriopoulos, 2006, p.86). La collecte de donnée révèle la problématique tandis que leur analyse répond aux objectifs de l'étude. Dans le cadre d'une recherche qualitative, quatre étapes ont été poursuivies pour préparer l'analyse de données. *La préparation et la description du matériel brut* consistaient à rassembler le contenu enregistré lors des entretiens et à former le corpus de données. Ceci a été possible en enregistrant les propos des femmes, en animant la rencontre et en déterminant les questions préalablement en fonction de ce que l'on souhaite savoir. *La réduction des données* a permis de dégager les principales composantes du discours des participantes, de le réduire et de le structurer. À ce moment de la recherche, le verbatim a été codifié dans le but de déterminer l'information importante de celle qui l'est moins. *Le choix et l'application des modes d'analyse* a fourni l'interprétation, selon le cadre conceptuel qui avait été établi préalablement, et a construit les explications au phénomène. Finalement, *l'analyse transversale des situations ou des cas étudiés* vérifiait si les résultats de l'étude sont identifiés chez de nombreuses participantes et permet la comparaison. Ainsi, les questions de recherche identifiées au départ ont pu être répondues (Contandriopoulos, 2006, p.87).

L'analyse des propos recueillis dans le cadre des entretiens s'est faite à la lumière des ancrages conceptuels de trois approches théoriques utilisées ou applicables à l'intervention auprès des femmes héroïnomanes : la psychanalyse, le féminisme et la réduction des méfaits et qui mènent à des pistes d'intervention différentes. D'abord, nous avons codifié le contenu pour réaliser une classification du point de vue des

femmes, individuellement et en groupe, sur l'injection mutilante et sur l'intervention à leur égard, y compris les recommandations qu'elles émettent pour améliorer la situation. Une fois le contenu classifié, nous avons procédé à une codification thématique en ciblant des thèmes principaux qui revenaient dans le discours des femmes et en regroupant leurs propos. Cette analyse ne permet pas la généralisation des données à l'ensemble de la communauté des femmes héroïnomanes, mais plutôt permet de saisir la perception en profondeur de celles qui ont accepté de se livrer à nous. Ainsi, réaliser la synthèse de leur prise de parole.

Pour ce qui est de la présentation des données, elles ont d'abord été regroupées en catégories thématiques et, parfois selon leur fréquence au sein de l'échantillon. Nous dressons ainsi un portrait schématique selon les séries de questions : les données sociodémographiques, l'aspect de la consommation, le rituel d'injection, le rapport aux services ainsi que leurs points de vue sur l'intervention psychanalytique, féministe et en réduction des méfaits au sujet de l'injection mutilante. La représentation des opinions majoritaires ressortait du lot. Mais nous avons également noté les réponses singulières et parfois disparates.

L'analyse de données proprement dites a permis d'identifier les énoncés des participantes selon chacun des modèles d'analyses (féminisme, réduction des méfaits et psychanalytique). Voici notre codification thématique extrait des grands thèmes qui émergeaient de leurs énoncés soit : tabous et rituels d'injection non-sécuritaire, leur vision de la toxicomanie : le plaisir, leur vision de la femme héroïnomane : le rapport aux hommes et la sexualité, leur vision de l'intervention : le rapport aux services, le soutien technique et psychologique.

### 3.6 Les considérations éthiques

Une demande d'approbation éthique a été complétée et remise au SCEA de l'École de travail social et au CERT du Centre Dollard-Cormier<sup>7</sup>. Le CERT est le Comité d'éthique et de recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier. Il est le comité auquel doivent se soumettre les chercheurs qui désirent réaliser un projet dans l'un des centres de réadaptation du Québec. Le CRAN et ses services, Projet NAOMI et Relais Méthadone, sont considérés comme un centre de réadaptation. C'est pourquoi la direction de l'organisme exigeait que l'étudiante se plie à la procédure et obtienne l'autorisation officielle du CERT avant d'autoriser le recrutement au sein de sa clientèle. Au total, cinq formulaires ont été présentés aux membres du CERT démontrant les objectifs du projet, la procédure de recrutement, le respect de l'anonymat et les moyens mis en place pour respecter la confidentialité. À la suite de cette démarche, l'unique recommandation a été de féminiser le formulaire de consentement. Ce qui a été fait. Ainsi, l'obtention de leur autorisation a été obtenue et le recrutement a pu débuter. C'est en décembre 2007, que nous avons obtenu l'autorisation nécessaire pour travailler en collaboration avec les organismes en toxicomanie ciblés.

Les femmes pouvaient se retirer du projet de recherche à n'importe quel moment et ont été informées de la nature de leur participation et des objectifs de la recherche. Le

---

<sup>7</sup> L'approbation éthique a été un processus complexe. En fait, le projet a été présenté à trois reprises au comité éthique de l'UQÀM avant qu'il soit accepté. Le comité avait des réticences étant donné les thèmes délicats qui étaient abordés (agressions sexuelles, automutilation et consommation) et les moyens utilisés pour recueillir les données (entrevues). De plus, nous avons entamé le processus d'approbation éthique auprès du comité d'éthique et de recherche de Dollard-Cormier pour obtenir l'autorisation de recruter au sein des services du CRAN. Ce comité a d'ailleurs accepté le projet dès le premier dépôt avant même l'autorisation de l'UQÀM. Nous avons modifié le projet pour nous permettre de répondre à l'ensemble des exigences de chacun.

consentement éclairé de ces femmes a été obtenu pour qu'elles puissent participer à cette recherche. Le consentement était écrit, lu et signé par les participantes (voir en annexe). L'étudiante-chercheuse et les participantes s'engageaient à respecter la confidentialité de celles-ci.

Les participantes ne tiraient aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche, à tout le moins elles ont permis de faire avancer les connaissances dans le domaine. Les risques liés à la participation à ce projet de recherche avaient trait à la nature des questions posées ainsi qu'à la confidentialité des réponses. Les entrevues qui avaient lieu n'avaient pas pour objectif de diagnostiquer une condition particulière. Cependant, il était possible que les questions soulèvent un malaise. C'est pour cette raison qu'elles étaient dirigées vers les ressources appropriées.

Chacune de ces femmes a reçu un montant de 20\$ pour sa participation à une rencontre. Ses sous proviennent de la contribution du *Centre de recherche et d'aide pour narcomanes* (CRAN) qui s'engageait à financer la participation à ce projet de recherche. Le projet devait d'abord être accrédité par le CERT, le Comité d'éthique et de recherche en toxicomanie du centre Dollard-Cormier. Cette accréditation nous a été accordée en décembre 2007. En échange, l'organisme exige que l'étudiante présente ses résultats, dans le cadre d'un atelier-conférence, aux professionnels qui travaillent au CRAN et remettre une copie de son mémoire. Cet atelier-conférence se réalisera au même moment que le dépôt du mémoire.

La nature sensible et délicate des sujets traités dans cette recherche (agressions, traumatismes sexuels, consommation de drogues, automutilation) a pu faire revivre chez les participantes des émotions douloureuses. En cas de détresses psychologiques, ces femmes étaient orientées vers les intervenants psychosociaux du

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) qui offrent du soutien psychologique à tous les utilisateurs et utilisatrices d'opiacés. Cette ressource avait été identifiée préalablement et une prise de contact avait été faite. Ceux-ci avaient accepté de travailler en collaboration avec l'étudiante-chercheure.

Les femmes ont bien réagi à chacune des questions. Elles semblaient assez à l'aise d'y répondre. Lorsqu'elles abordaient des éléments dites plus difficiles, elles dégageaient une assurance qui démontrait qu'elles avaient, dans certains cas, déjà obtenu de l'aide psychologique à ce sujet. D'ailleurs, certaines le nommaient explicitement. Aucune n'a formulé le désir d'avoir recours au service psychosocial du CRAN suite à leur participation à cette recherche.

Pour assurer l'anonymat, la transcription des entrevues a été épurée de tous les éléments permettant d'identifier les répondantes et chacune des participantes avait choisit un pseudonyme pour le rapport écrit des discussions de groupe. Toutes ont été invitées à respecter la confidentialité à l'intérieur du groupe. C'est-à-dire à ne pas divulguer les informations émises en rencontre à l'extérieur. Lors de leur participation, les femmes ont trouvé rassurant d'avoir un pseudonyme qui permettait de ne pas les identifier. À l'exception d'une participante qui exigeait de garder son nom réel justifiant ceci en se disant ne pas être honteuse de ses actions ou de ses réflexions. Il a été nommé en rencontre de groupe que l'univers de la consommation d'héroïne est une micro-société fermée, où les consommateurs se côtoient et se connaissent. L'importance de la confidentialité du groupe a été soulignée. Un des services collaborateurs nous a ramené le fait que certaines participantes avaient rapportées les propos qui avaient été émis en groupe. À ce moment-là, les pseudonymes étaient aussi utilisés par les participantes, donc aucune ne connaissaient

la réelle identité de l'autre. Il devient ainsi moins à risque que l'information ait circulée.

### 3.7 Limites et biais de la recherche

Ce projet de recherche a eu ses limites qui n'ont pas nuit à sa réalisation mais desquels nous devons être conscientes. D'abord, l'héroïnomanie est un phénomène complexe avec ses distinctions. Définir les concepts que nous souhaitions mettre à l'étude et les rendre accessibles à tous a été un premier défi majeur. Par exemple, le terme « injection mutilante » a été développé dans le cadre de notre pratique au projet NAOMI et soutenu par la réalisation de ce mémoire. Il était inconnu du réseau d'aide en toxicomanie ou des participantes. Il a donc soulevé son lot de questions. Aucune documentation, littérature scientifique ou rapports de recherche recensés, ne fait état de l'injection mutilante. Il s'agit d'un sujet conceptualisé à partir d'observations cliniques. Les intervenants du projet NAOMI, dont nous faisons partie, avaient un rapport privilégié avec les participants au projet car ils étaient témoins des injections et donc, des comportements et des rituels entourant l'utilisation de la seringue. Nous nous sommes appropriés l'expression « *injection mutilante* » dans le cadre de cette recherche afin de faire avancer les connaissances à ce sujet. Il s'agit d'un parti pris.

Ensuite, obtenir l'accord des comités d'éthique a été une épreuve pour l'étudiante car les thèmes délicats abordés par cette recherche ont nécessité une méthodologie juste et adéquate. Celle-ci a été développée dans l'espoir d'obtenir les résultats les plus représentatifs. Cependant, ces sujets restent tabous, comme ceux de la consommation de drogues ou de l'automutilation, les femmes ont exposé dans le cadre de deux rencontres le nécessaire. Il est certain qu'avec davantage de ressources et de temps, nous aurions obtenu davantage de leurs propos.

Lors de l'entrevue de groupe, les femmes étaient assises autour d'une longue table. Celles qui étaient plus près de l'animatrice, soit l'étudiante, ont participé plus activement que celles qui étaient plus éloignées. Toutes étaient déjà connues de l'étudiante parce qu'elles avaient été rencontrées de manière individuelle avant. Ceci a semblé faciliter le contact. Cependant, la timidité était palpable entre elles. Ce qui a eu comme impact l'absence de réel échange entre les participantes. Elles s'affirmaient en répondant aux exigences de l'animatrice de manière adéquate mais toujours de façon individuelle et axée sur leur situation personnelle. À certains moments, elles manquaient d'écouter les unes vis-à-vis les autres. D'ailleurs, l'animatrice a dû les recadrer parce qu'à un certain moment, toutes parlaient en même temps. Certains leaders se sont exprimés plus facilement que les autres et les opinions du groupe semblaient suivre ce qu'elles énonçaient. Elles manifestaient un vif intérêt vis-à-vis le thème de la recherche. Elles disaient trouver intéressant que l'on s'attarde à ceci et exigeaient d'obtenir les résultats. D'ailleurs, elles ont toutes remis leurs coordonnées personnelles pour obtenir du feedback sur l'évolution de la recherche.

Aucune participante n'a rapporté de façon explicite pratiquer elle-même de l'injection mutilante. Nous pouvons supposer qu'étant donné qu'il s'agit d'un concept que nous avons développé elles ne nommaient pas d'emblée avoir ce genre de comportements. Par contre, c'est en explorant avec elles, en détaillant ce que recouvre l'expression « injection mutilante », qu'elles identifiaient avoir de pareils comportements, ou encore connaître des utilisatrices qui, elles, ont un rituel d'injection mutilant. Nous avons volontairement exclu ce critère de sélection à l'étude (s'injecter de manière mutilante) jugeant qu'il était stigmatisant pour les femmes de s'associer à pareille étiquette. Pour cette raison, les résultats obtenus ne sont certainement pas généralisables à l'ensemble de la population des femmes héroïnomanes. Nous avons

aussi tenu compte des propos des participantes lorsqu'elles parlaient de la réalité des femmes qui s'injectent et qui les entourent.

Aussi, mentionnons que l'auteure de ce mémoire est aussi travailleuse sociale dans le même milieu où se produisait la recherche. Nous avons un parti pris pour un cadre conceptuel et une approche d'intervention inspirés de la réduction des méfaits. De plus, nous pouvions être connue des participantes, ce qui a pu teinter leurs propos. L'absolue objectivité a été dans ce cas-ci difficile lors de la cueillette de données et lors de son analyse. Il est certain qu'étant impliquée dans le domaine nous avons aussi des idées bien établies suite à nos expériences professionnelles. Cette recherche a voulu aussi, tout en profitant d'une méthodologie rigoureuse, aller dans ce sens.

Notre point de départ était l'expérience tirée notre pratique professionnelle auprès des femmes qui consomment l'héroïne. Nous avons conçu une méthodologie de recherche dont la cueillette de données s'est effectuée par entrevues auprès des femmes concernées, nos informatrices-clés. Cela peut paraître aussi anecdotique, mais nous avons jugés qu'elles étaient les expertes de leurs réalités. Tel que mentionné au chapitre de la problématique, l'auteur Schneeberger a traité de cet aspect dans sa recherche sur le portrait des héroïnomanes au Québec :

Il faut mentionner que le manque de données scientifiques québécoises dans le champ de l'héroïnomanie constitue une limite importante de cette étude. Pour pallier ce manque, une grande partie de l'information a donc été recueillie auprès d'informatrices clés et, en conséquence, elle présente parfois un caractère anecdotique qu'on ne saurait généraliser à l'ensemble des consommateurs d'héroïne (Schneeberger, 1999, p.4).

Pour mettre de l'avant les propos des femmes, jugées comme étant les expertes de leurs propres réalités, nous avons retenue l'approche féministe comme concept

fondateur de cette recherche afin de mieux la documentée et également afin de parfaire ses outils d'intervention.

### 3.8 Conclusion

Ce chapitre avait comme but de faire la présentation de la méthodologie qui a été utilisé pour réaliser la recherche. Selon une méthodologie féministe et qualitative, la collecte de données, le déroulement des entrevues, le recrutement, l'échantillonnage, le traitement et l'analyse des données et les considérations éthiques ont été d'abord pensé, ensuite planifié, puis réalisé et finalement rédigé.

## IV. PRÉSENTATION DES DONNÉES ET DISCUSSION

### 4.1. Introduction

Ce présent chapitre fait la présentation des données recueillies, lors des entrevues individuelles et celle de groupe, auprès de dix répondantes dans le but d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections. Nous faisons d'abord la présentation du profil socio-démographique des femmes rencontrées, puis de leurs habitudes de consommation des drogues, des propos qu'elles ont émis au sujet des rituels d'injection, de leurs interprétations sur l'injection mutilante et de leurs points de vue sur l'intervention, ainsi que leurs opinions sur les services d'aide. La présentation des données est illustrée de nombreux extraits des propos des répondantes. Ceci est volontaire, nous voulions remettre une place importante à leurs opinions et points de vue en citant explicitement les propos tenus lors des entrevues.

### 4.2 Profil socio-démographique des répondantes

Le tableau 4.2 *Profil socio-démographique des répondantes* cumule les données socio-démographiques concernant les dix répondantes rencontrées en entrevue individuelle soit, leur occupation, le niveau de scolarité, le statut civil, le nombre d'enfants, les substances consommées au cours de leurs vies, le nombre d'années actives de consommation, l'âge de la première consommation d'héroïne et leur participation ou non à un programme de substitution à l'héroïne

Tableau 4.2.1 Profil socio-démographique des répondantes

<sup>8</sup> Pseudonyme	Âge	Source de revenu	Niveau de scolarité	Nombre d'enfants	Substances consommées présentement	Années actives de consommation	Âge de la première conso d'héroïne
1. Christine	38 ans	Sécurité du revenu	Premier cycle universitaire	3	Crack, dilaudid	30 ans	30 ans
2. Barbara	40 ans	Sécurité du revenu	Deuxième cycle universitaire	2	Cocaïne	28 ans	17 ans
3. Lucy	41 ans	Sécurité du revenu et escorte	CÉGEP Professionnel	1	L'ensemble des drogues	30 ans	22 ans
4. Tessa	30 ans	Sécurité du revenu et concierge	CÉGEP Professionnel	0	Héroïne	14 ans	18 ans
5. Naya	34 ans	Sécurité du revenu	Aucun diplôme	2	Crack	17 ans	20 ans
6. Mo	26 ans	Sécurité du revenu	Aucun diplôme	0	Héroïne et marijuana	14 ans	16 ans
7. Izzy	49 ans	Sécurité du revenu	CÉGEP professionnel	1	Héroïne	34 ans	20 ans
8. Nathalie	30 ans	Auxiliaire familiale	DEP auxiliaire familiale	1	Abstinente	10 ans	21 ans
9. Nancy	43 ans	Programme de réinsertion au travail	DEP en infographie	3	Abstinente	30 ans	27 ans
10. Patou	55 ans	Sécurité du revenu et ménagère	CÉGEP Pré-universitaire	1	Héroïne, freebase et crack	39 ans	17 ans

<sup>8</sup> Chacune des participantes a choisi son pseudonyme pour ainsi assurer l'anonymat de leurs réponses. Les noms qui sont identifiés sont les pseudonymes qu'elles se sont attribuées.

Notre échantillon était composé de dix femmes âgées entre 26 et 55 ans. Au moment de l'entrevue, elles avaient en moyenne 39 ans. Neuf femmes sur dix ont dit être prestataires de la Sécurité du revenu. Une seule a dit avoir un travail à temps complet comme auxiliaire familiale. Quatre participantes chez les neuf prestataires de la Sécurité du revenu ont nommé avoir une autre occupation : deux travaillent sans déclarer leur revenu (« au noir »), l'une comme ménagère, l'autre comme escorte ; une femme a déclaré faire du bénévolat au sein d'un organisme communautaire et auprès d'un réseau de pairs aidant et une autre a dit être participante à un programme de réinsertion au travail.

#### 4.2.1.2 Scolarité

Sur le plan de la scolarité, huit femmes sur dix ont un diplôme d'études secondaires (D.E.S.). Une femme a raconté avoir abandonné ses études à l'âge de 16 ans et l'autre a déclaré tenter de terminer ses études secondaires. Sur les huit femmes ayant obtenu un D.E.S., sept ont dit avoir un autre diplôme, dont trois de niveau universitaire (deux au premier cycle et une au deuxième cycle). Deux participantes ont nommé avoir un diplôme de niveau collégial de type technique et deux autres ont nommé avoir un diplôme d'études professionnelles.

Le portrait du niveau de scolarité des répondantes permet de souligner que la majorité du groupe a obtenu leur diplôme d'études secondaires et a en poche d'autres diplômes tel qu'un diplôme d'études professionnelles, collégiales ou universitaires. Il s'agit donc d'un groupe assez à très instruit. Les répondantes ont dit avoir touché à des domaines d'études diversifiés tels que : toxicomanie, éducation à l'enfance, littérature, agronomie, infographie, joaillerie, massothérapie et éducation spécialisée.

#### 4.2.1.3 Statut civil et occupations

Sur le plan du statut civil, sept femmes sur dix ont dit être célibataires. Deux ont déclaré avoir un conjoint de fait et une seule a déclaré avoir été mariée et être depuis séparée.

Par ailleurs, la majorité des répondantes ont des enfants. En moyenne, les huit mères ont 1,6 enfants. Les deux femmes ayant dit ne pas avoir d'enfant sont les deux plus jeunes de l'échantillon, âgées respectivement de 26 et 30 ans. Au moment de l'entrevue, les répondantes mères ont dit que leurs enfants avaient, en moyenne 17 ans. Sur le lot, deux ont souligné être grands-mères.

Au niveau de l'emploi, les répondantes ont dit avoir des expériences de travail diverses telles que : serveuse-sexy, escorte, participante à un programme d'insertion au travail, couturière, employée dans une usine, cueilleuse de fruits et de légumes, préposée aux bénéficiaires, caissière, infographiste, employée dans la rénovation de bâtiments, travailleuse en agronomie et professeure de CÉGEP. Voici ce qu'une participante a raconté au sujet de ses expériences de travail :

Dans les restaurants, des petits emplois par l'aide sociale, les programmes que ça s'appelait avant, comme secrétariat, à la Ville de Montréal, comme commis, pis j'ai travaillé dans une pharmacie et dans les bars aussi comme danseuse pis comme serveuse. (Patou)

On constate ainsi qu'une répondante à elle seule peut avoir eu différentes occupations.

### 4.3 Aspects de la consommation

Nous avons interrogé les répondantes sur plusieurs aspects de leur consommation de drogues : le nombre d'années de consommation, si elles ont dit être abstinentes au moment de l'entrevue, les substances consommées, le nombre d'années de dépendance à l'héroïne, l'âge de leur première consommation d'héroïne et à quelles substances, selon elles, elles ont développées une dépendance.

Les dix participantes ont déclaré avoir consommé des drogues en moyenne durant 25 ans. Deux femmes se sont déclarées abstinentes au moment de l'entrevue, tandis que les huit autres ont rapporté encore consommer. Parmi ces huit femmes, deux ont dit consommer uniquement de l'héroïne, deux autres de l'héroïne et de la cocaïne, une femme de l'héroïne et la marijuana, deux de la cocaïne seulement. Une dernière a admis consommer l'ensemble de drogues, soit : l'héroïne, la cocaïne, la marijuana, des amphétamines tel que le *speed* et l'*extasy*, le dilaudid et la cocaïne fumée, soit le *crack*.

Toutes les répondantes ont dit avoir consommé l'ensemble des drogues de rue connues au cours de leurs vies soit : l'héroïne, le dilaudid, la cocaïne, la marijuana, le speed, l'extasy, le PCP, la méthaamphétamine (*le cristal meth*), les champignons magiques et le LSD. Voici ce que deux participantes ont raconté à ce sujet :

J'ai tout consommé. Tout ce qui se fume, ça a commencé avec le pot [...] les pilules moins, mais l'héroïne, la cocaïne, la mescaline, du cava, du cristal, de l'opium, de la morphine, je suis très opiacés, j'aime bien les opiacés. (Izzy)

J'ai touché à toutes les sortes de drogues dans les dix premières années. Tout ce qui était à la mode : champignons magiques, le LSD, l'acide, le PCP [...] pendant une vingtaine d'années la coke, l'héro [...] la cocaïne 20 ans, l'héroïne 15 ans [...] (Nancy)

Toutes les répondantes ont également rapporté avoir été ou être actuellement dépendantes à l'héroïne. Parmi ces 10 femmes, quatre ont déclaré avoir aussi été ou être dépendantes de la cocaïne. Naya nous a raconté dans quel contexte sa consommation de drogues par voie intraveineuse a débuté :

Ben ce chum là y rentré en prison. On se shootait ensemble. Pis là j'ai continué pis moi je dansais dans un bar de danseuses, c'est comme ça que je me procurais mon héroïne. Mon voisin il vendait de la coke, faque j'ai essayé la coke intraveineuse. Pis en un mois je dansais plus, c'était rendu que j'étais sa rue pis je faisais des clients. Pis je faisais l'héroïne, la coke, l'héroïne, la coke. (Naya)

Cette répondante a affirmé que c'est son conjoint de l'époque qui l'a initié à la consommation d'héroïne intraveineuse.

Une seule répondante s'est qualifiée dépendante à l'ensemble des substances psychoactives. Cela dit, en moyenne, les répondantes ont évalué avoir été dépendantes de l'héroïne durant 16 ans. Voici ce que Mo nous a dit au sujet de sa dépendance :

J'voyais pas ça comme un problème. L'héroïne j'aimais ça mais ça commencé à me rendre moins heureuse les jours que je voulais dormir et il fallait que je me lève et je me suis rendue compte que j'avais un problème. J'étais pu capable de continuer avec ma dépendance, c'était trop. (Mo)

Autre aspect commun à toutes les répondantes : elles ont consommé l'héroïne de manière intraveineuse. Il s'agissait d'un critère de sélection des participantes au projet de recherche. Lors des entrevues, elles nous ont parlé leur rapport à l'héroïne injectée. Par exemple, une a raconté :

L'héroïne, tsé moi je ne voulais jamais, jamais me shooter, jamais toucher à l'héroïne. Mais qu'est-ce qui est arrivé c'est que je sortais avec un gars qui en faisait pis moi je le savais pas qui se shootait à l'héroïne comme les premiers mois qui sortait avec moi je le savais pas, y en faisais pas devant moi. Je l'ai su par après. Pis là quand je l'ai su, j'ai comme piquer une grosse crise parce

que j'étais tombé en amour avec ce gars-là pis je voulais ce qui ressentait avec ça. Pis pendant un an je l'ai fumé pis là un moment donné je trouvais que ça faisait plus rien. Je le niaisais mais je pensais pas qu'il y allait le faire, je lui disais : *fais-moi un hit, fais-moi comme toi, je veux savoir ce que ça fait!* Pis un moment donné il m'a dit : *Ouais tu veux savoir ce que ça fait tu vas voir man tu vas tomber sur le cul!* Pis il a pogné mon bras pis il me l'a shooté! En premier je voulais y dire : *C'te joke là laisses faire!* Mais ma curiosité a pris le dessus. En tous les cas! Il ne faut pas jouer avec le feu. (Naya)

L'âge de la première consommation d'héroïne de l'échantillon est en moyenne 19 ans. Voici ce que Naya a raconté :

Moi, j'ai commencé l'héroïne à 20-21 ans, j'ai arrêté à 23-24, j'ai fait une rechute à 26-27, attend... euh... il faut juste que je replace ça... j'ai fait une rechute pendant au début de ma grossesse je ne savais pas que j'étais enceinte pis j'ai entré dans un programme de méthadone. Pis après, j'ai fait une rechute pis mon petit gars avait 2 ans, ça veut dire en 2001, j'ai fait une grosse rechute de 2 ans et demie. Pis j'ai eu des abstinences comme de deux ou trois ans. (Naya)

Ces propos retracent le cheminement d'une consommatrice d'héroïne, c'est-à-dire avec des périodes d'abstinence, des rechutes et de longues périodes de consommations abusives.

#### 4.3.1 Aspect du rituel d'injection

L'ensemble des répondantes a également parlé des comportements auxquels elles tiennent lors de l'administration de l'héroïne : ceci constitue les aspects du rituel d'injection pour les répondantes. Une d'entre elles a mentionné que le matériel d'injection tel que le garrot, la seringue, la cuillère, doit être propre et organisé :

Tout doit être ben placé. J'fais tout le temps la même affaire. J'essaye, vu que je reste dans un appartement c'est plus facile, que se soit tout le temps propre pis c'est tout le temps à même place. (Mo)

Deux femmes sur dix ont nommé d'emblée utiliser du matériel d'injection sécuritaire. Le contexte d'injection doit, selon elles, favoriser, le plus possible la détente. Elles ont dit apprécier s'injecter seule, sans témoin.

Quatre femmes sur dix se sont caractérisées comme ayant des « veines fuyantes »<sup>9</sup> et passer jusqu'à deux heures pour réussir leur injection de manière intraveineuse. Lorsque questionnées à ce sujet, ces quatre femmes ont jugé ce comportement mutilant. Ces mêmes quatre femmes ont admis s'injecter ailleurs que dans les avant-bras, soit dans les cuisses, les seins, les aisselles, la langue, les mains et les pieds. Voici un échange qui a eu lieu à ce sujet :

Est-ce qu'on t'a déjà dit que c'était dangereux de t'injecter ailleurs que dans les bras? (Étudiante)

Oui, mais quand on veut vraiment se geler ben oublies ça! (Christine)

Pourquoi? (Étudiante)

On veut tellement avoir notre high, notre buzz, que tu t'injectes là où tu trouves des veines. Sinon, je me choquais ben raide, je devenais très agressive, très violente. (Christine)

Deux femmes de ce groupe de quatre ont dit ne pas connaître les dangers de s'injecter à d'autres endroits que sur les avant-bras (risques d'abcès, d'infection et de caillot). Les deux autres ont dit connaître les dangers et poursuivre l'injection à risque tout de même. Huit femmes sur dix n'ont jamais été renseignées sur la bonne technique d'injection des drogues. Par ailleurs, deux des répondantes ont dit avoir obtenues pareil apprentissage dans le cadre de leur participation à un projet de recherche de prescription d'héroïne.<sup>10</sup> Voici ce qu'une entre elles en a pensé :

Ouais, un p'tit livret pour montrer comment t'injecter. J'étais d'accord pareil là, pas laisser traîner ça partout pour que les jeunes voient ça mais pour quand

<sup>9</sup> Ce mythe prétend que certains individus ont des veines fuyantes au contact de la seringue ce qui rend difficile l'injection.

<sup>10</sup> Étant donné le caractère unique du projet de recherche de prescription d'héroïne au Québec, l'étudiante est consciente qu'il est possible d'identifier de quel organisme il s'agit.

tu vas chercher les seringues là pis que t'ailles une explication comment t'injecter. (Lucy)

Toujours en lien avec le rituel d'injection, une femme a nommé apprécier la vue du sang et être attachée à la seringue :

Oui quand j'ai réussi à l'avoir dans la veine pis le sang sort dans la seringue pis même juste regardée quelqu'un d'autre le faire c'est comme 50% du buzz. C'est l'extase! Je ne sais pas si c'est le sang ou la seringue mais c'est d'avoir atteint mon but. Je voulais avoir une veine pis je l'ai eu! (Tessa)

Elle a raconté vouloir se piquer lorsqu'elle ressent de la colère :

Non, quand je consommait de l'héroïne mettons que je me fâchais contre mes parents ben je pensais à aller me piquer. J'avais juste envie d'aller dans ma chambre pis aller me piquer. Même encore aujourd'hui quand je suis fâchée je pense à aller me piquer. On dirait que la colère c'est une émotion que je suis pas capable de dealer avec je ne sais pas comment faire. (Tessa)

Une autre femme a dit se repiquer lorsqu'elle constate avoir réussi son injection par voie intraveineuse pour s'assurer d'être bel et bien dans la veine :

Ouais, c'est un trip. Surtout quand je l'ai du premier coup, je me dis : ah! Ça se peut pas! Pis je me repique pour m'assurer que c'est ça. (Christine)

Puis une autre encore, a parlé de l'importance pour elle d'expulser les résidus de la seringue dans la bouche après chaque injection :

C'est toujours très automatique mais toujours très très propre je vois juste que quand j'ai fini je remplis ma seringue d'eau et je le pousse dans ma bouche. Je suis une jouissive donc ça passe par la bouche pour garder le goût. J'ai de très bonnes veines, j'ai même pas besoin de garrot. (Izzy)

En somme, toutes les répondantes ont nommé avoir un rituel d'injection qui entoure leur consommation d'héroïne.

#### 4.3.2 L'injection mutilante

Selon notre pratique professionnelle et nos ancrages conceptuels développés dans le cadre de l'élaboration de cette recherche, l'injection mutilante est une pratique proche de l'automutilation. Cependant, les gestes sont posés à l'aide de la seringue. Il s'agit nommément d'autolacération, de « stratégies d'adaptation autodestructrices » ou de « comportements autodestructifs », d'actes autodestructeurs et de sévices autoinfligés (Colleen et Fillmore, 2006, p.1), qui se produisent lors de la réalisation de l'injection et auxquels l'utilisatrice tient.

Lorsque nous avons questionné les répondantes au sujet de l'injection mutilante, toutes ont dit avoir été témoins de pratiques d'injection mutilante chez leurs confrères ou leurs consoeurs, consommateurs ou consommatrices. Lucy s'explique :

Oui, ben je connais d'autres femmes qui se sont automutilées pis leur peau c'est comme de *la peau de sorcière* comme on appelle pis ça serait pas long avant que je sois de même parce que j'ai ben de la misère à trouver la veine.  
(Lucy)

Trois répondantes ont jugé que ce comportement est plus visible chez les utilisateurs de cocaïne par injection. Elles ont expliqué ceci en justifiant que la cocaïne est une substance qui peut s'injecter de manière plus répétitive que l'héroïne et que les comportements associés à l'intoxication sont plus dévastateurs que ceux sous l'influence de l'héroïne. Voici ce que l'une d'entre elles pense :

Je le comprends très bien parce que j'ai été à un moment donné sur la coke et avec la coke tu peux te shooter aux 20 minutes faque c'est vraiment le plaisir de l'aiguille et j'ai été dure avec mon corps parce que les aiguilles j'ai pas peur de ça. (Izzy)

Une donnée importante est qu'aucune répondante n'a nommé explicitement s'injecter elle-même de manière mutilante (en entrevue individuelle). Par ailleurs, deux répondantes ont jugé ce comportement comme étant « écœurant » chez les autres.

Oui, j'en vois beaucoup qui le mette dans la bouche pour licher la seringue, garder le goût dans la bouche. Mais moi, plus ça fait longtemps que je fais plus ça, plus ça commence à me dégoûter, plus j'sus pu capable de regarder les autres se shooter. Ça m'écœure, même s'ils le font correct. Genre, j'regarde mon chum, il ne sait pas ce qu'il fait. Il dit : *Ah non! Je me suis raté!* Ben là, tabarnak. [...] Sauf, qu'aujourd'hui, j'trouvais pas ma veine pis ça, ça m'arrive jamais, pis il fallait que j'trouve, pis j'panique. Pis quand j'vois du monde paniqué pis qu'ils sont pleins de sang, pis qu'y ôte pas le garrot, pis là le sang pisse. .. Moi ça m'écœure de plus en plus. J'comprends pas. Tsé t'es ben, t'es relax, tu sais ce que tu fais. C'est ceux sur la coke pis l'héro là ils font avec l'héro, ce qu'ils font avec la coke. Ils sont stressés, ils font n'importe comment. Y ont pu de veines à cause de la coke. On dirait qu'ils se rendent pas compte qu'ils mutilent. Y a des amis qui viennent qui me disent : *Veux-tu me shooter?* Non! T'es plein de sang. Y s'rendent pas compte sont trop pu là. La coke, ça les fuck. Ceux qui le font, st'à cause de ça. (Mo)

J'ai déjà connu une fille qui avait les jambes tellement maganées, c'était incroyable, je pouvais pas m'imaginer qu'elle voyait rien. Ben elle est tombée malade un moment donné, peut-être pas de ça, peut-être d'épuisement. Mais tsé, des cratères, des zipper qu'on appelle, faque là c'était les pieds mais ça fait vraiment mal, j'ai déjà essayé. Mais si t'as pas d'autres places, pis t'as ton point<sup>11</sup>, tu peux pas le perdre, faque là tu vas chercher jusqu'à temps que tu trouves quelque chose. Je me disais tout le temps je me rendrai jamais là, mais des fois j'ai un bleu pis ça paraît. (Patou)

Une autre interprétation de l'injection mutilante rapportée par trois répondantes concerne l'idée de la souffrance. Selon elles, l'injection mutilante peut cacher une grande souffrance, un mal intérieur qui serait transféré sur le corps, un moyen pour cacher une blessure, un abus ou un épisode de violence. Christine et Izzy ont raconté ceci :

<sup>11</sup> Mesure pour calculer la quantité de l'héroïne : un *point* équivaut à une injection.

J'trouve ça de valeur que la dope nous rend là. Moi, j'suis en train de m'en sortir tranquillement je vois la lumière au bout du tunnel mais j'trouve ça de valeur. Moi, dans le fond, c'est tellement une grande souffrance qu'on la transfère sur notre corps parce que ça fait mal en dedans. (Christine)

Je comprends qu'ils y en a... ils sont torturés à l'intérieur, c'est comme pour se punir à quel part ou ils sont carrément masochiste c'est le plaisir de la douleur avec la drogue. Au même titre que le masochiste sexuel mais là c'est relié avec la drogue... Oui aussi en dedans d'elles elles ne sont pas d'accord avec ce qu'ils font. Il y en a que c'est pour cacher une blessure d'avant, un abus sexuel, et je suppose que ça peut être forcément relié avec ça, avec de la violence. Des choses qui ont fait ou qui ont subi sans le vouloir. (Izzy)

D'autres interprétations de l'injection mutilante se rattachent au plaisir (une répondante a parlé du plaisir de l'aiguille et de la douleur et une autre du plaisir à la vue du sang), à l'incapacité de trouver une veine pour réussir l'injection (selon trois répondantes) et aux conditions de vie des héroïnomanes (selon trois autres répondantes). En regard des conditions de vie des personnes consommatrices d'héroïne, Nancy explique :

Oui pis y'a aussi le manque de sommeil, pis d'alimentation, parce que ce n'est jamais la première journée ou généralement pas que ça arrive... ça fait longtemps qu'on consomme. On mange pas, pis on se le lave pas trop [...] J'ai vu du monde commencer à se gratter à la première injection mais ça faisait des années qui consommaient [...] Mais y'a des cas de plus à grave à d'autres. (Nancy)

Une autre répondante a critiqué le manque d'aide et de soutien lors des injections dans les piqueries<sup>12</sup> (« piaules ») de la part des pairs.

Barbara a soulevé le fait qu'être marquée de piqûres d'injection sur son corps est pour elle signe de stigma qui l'identifie comme utilisatrice de drogues par injection :

---

<sup>12</sup> Lieux où plusieurs utilisateurs de drogue par injection se retrouvent pour consommer.

Ben moi je vois mes marques, j'vois beaucoup, beaucoup de marques, pour une injection je vais peut-être me trouver 20 fois, euh ça peut me prendre de 5 minutes à 2 heures, pour moi c'est des marques, pis je vois pleins de marques sur mon corps, j'en ai encore pleins de marques, c'est des stigmates, et ça peut pas se cacher, j'en ai partout sur le visage, ça me dit quoi, ça me dit, ça me dit, que je me fais mal pour me sentir en vie, y'a une part de ça c'est sûr... (Barbara)

Dans le même ordre d'idées, trois participantes ont dit être satisfaites de n'avoir aucune trace d'injection visible.

Et finalement, aucune répondante n'a fait de distinction entre les comportements d'injection et/ou de mutilation des hommes consommateurs et ceux des femmes consommatrices.

#### 4.4 Aspect des services d'aide fréquentés

À la question : « Quels services, institutions ou organismes communautaires fréquentes-tu ? », les dix répondantes ont déclaré être en traitement de substitution. Une participante réside en maison de transition et une autre vit en maison de thérapie pour toxicomanes. Une femme a nommé utiliser les services d'un psychologue, tandis que cinq ont dit aller aux comptoirs d'échange de seringues. Une femme a affirmé être allée dans un centre de réadaptation, une autre a participé à un projet de recherche en plus de deux femmes qui ont complété le projet de recherche de prescription d'héroïne. Une autre a dit avoir vécu dans une maison d'hébergement à court terme, deux ont affirmé utiliser des organismes de défense des droits. Deux répondantes ont dit se rendre dans les comptoirs de dépannage alimentaire et sept femmes ont affirmé côtoyer un organisme de pairs aidant. Finalement, trois autres ont mentionné se rendre dans un centre de jour et quatre femmes ont nommés aller dans les hôpitaux tandis que deux dans un CLSC.

L'ensemble des femmes a dit être satisfaites des services reçus parmi les organismes fréquentés. Voici deux témoignages :

Oui, euh, la majorité des endroits où je suis passée j'ai toujours fait affaire avec des gens de cœur, souvent c'était des gens qui voulaient plus que moi-même. Tsé la réussite était pas là c'est pas parce que eux n'avaient pas essayé c'est peut-être parce que moi j'étais pas tout à fait prête. Mais euh oui! Je n'aurais jamais l'idée de blâmer qui que se soit. (Nancy)

J'ai vraiment rien à dire je les trouve tellement patients avec moi. Tsé y auraient voulu me mettre de dehors mais tsé mais ça fait quand même deux ans que je suis là pis ma situation a change pas je les trouve ben patients avec moi. Tsé à deux reprises y m'ont dit : *Prend un break pour un mois* parce que là je faisais juste consommé j'y allais à tous les 3 jours chercher ma méthadone, faque y m'ont coupé pour un mois. Pis là, je suis retournée c'était correct pour une semaine pis je recommençais le même pattern. Tsé je me dis, la méthadone, c'est peut-être pas bon pour moi j'en suis consciente, mais c'est la seule porte de sortie que j'ai. Faque je me dis, peut-être un jour j'va accrocher à force d'y retourner, peut-être que je vais accrocher. (Tessa)

Les répondantes ont également exprimé certaines recommandations. L'une a mentionné que la qualité des services en thérapie ou en désintoxication varie d'un organisme à un autre. Deux femmes ont nommé qu'elles souhaitent que l'on offre davantage de soutien psychologique au sein des services qu'elles fréquentent. Une autre a dénoncé le manque de sécurité pour les femmes qui utilisent les comptoirs d'échange de seringues. Puis, Izzy, a commenté le rapport de proximité entre les intervenants et les usagers :

Euh... il y a un côté friendly trop facile j'ai l'impression qu'on embarque dans les bottes de l'autre trop facilement c'est peut-être pas envahissant mais t'arrive à faire dire ce que tu veux et à entendre ce que tu veux. Ils veulent trop se faire aimer eux aussi peut-être... (Izzy)

Une autre répondante a suggéré que les activités offertes par les pairs aidant aient lieu le soir ou la nuit plutôt que le jour. Deux, Mo et Naya, ont dénoncé la limite d'âge que certains organismes fixent pour être éligibles à recevoir leurs services:

La misère comme quand t'es vieux, là, t'es décrisser pis y a pu personne pour t'aider. À part, plein de place pour dormir avec plein de pouilleux. Ok, mais c'est vraiment pas ça dont on a besoin. [...] C'est plus une place où t'as besoin d'aide ou qui y ait une autre place. Pas des drop-in, pas une place juste pour t'asseoir devant la TV. Chez ... [Centre de jour pour jeunes de la rue] y a plein d'affaires. Tu y allais pour une raison, pis en même temps tu rencontres de monde. (Mo)

Enfin, une femme a critiqué les préjugés dont fait preuve le personnel préposé à l'accueil de certaines banques alimentaires.

4.5 Les interprétations des répondantes sur les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

4.5.1 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche psychanalytique

L'entrevue de groupe a débuté avec une mise en situation sur l'approche psychanalytique face à l'automutilation lors du rituel d'injection chez une consommatrice d'héroïne qui a été abusée sexuellement. La mise en situation relève de l'approche psychanalytique car elle aborde la symbolique rattachée à l'injection des drogues en lien avec le rapport à la sexualité et au plaisir. Selon l'analyse de l'intervenant dans cette mise en situation, les comportements des femmes qui pratiquent l'injection mutilante sont reliés à leur histoire d'abus. Lorsque nous avons interrogé les répondantes sur l'opinion qu'elles avaient de cette interprétation, une majorité d'entre elles a évoqué l'estime de soi. Par exemple Mo a dit :

Ben c'est comme dire ceux qui se coupent ou veulent se faire mal, tu t'aimes pas... (Mo).

Puis, Tessa, a ajouté que pour elle s'injecter des drogues est un moyen de retourner l'agressivité vers soi :

C't'un geste qui est méchant envers toi-même. T'es en entrain de te crisser une aiguille dans le bras. Mais moi je m'agresse le corps là. J'ai des bleus partout... (Tessa)

Essentiellement, les femmes ont décrit l'injection des drogues comme étant à la base un comportement mutilant. Voici comment Tessa a décrit son rituel mutilant :

Moi j'veux dire quand j'me pique, j'me mutile parce que tsé j'prends une seringue pis j'me tsé. Mais moi je veux pas me mutiler. C'est juste que j'ai de la misère à me piquer, j'trouve pas de veine faque j'me mutile. Des fois j'va passer une heure de temps à me zigoner dessus. J'me mutile mais j'pense pas que c'est mon but, mon but ultime c'est de m'injecter, de l'avoir. (Tessa)

Inversement, une bonne estime d'elles-mêmes facilite un rituel d'injection propre et adéquat. En voici deux exemples :

Tu vois comment quelqu'un y prend soin des affaires, tu vois comment la personne se respecte tsé. Quelqu'un qui va prendre l'eau des toilettes, qui va se la shooter, tu vois comment qu'à s'en caliss. J'ai la même veine depuis des années, j'en prends soin tsé, j'en prends soin ma veine. (Mo)

Tu vois comment quelqu'un se respecte dans comment y se shoote... (Tessa)

Une autre interprétation de l'injection mutilante a été soulevée par certaines femmes du groupe. Elles ont relié les comportements mutilant à une souffrance psychologique. Voici ce qu'Izzy en a pensé :

Ça leur fait du bien tsé. Quand t'as mal physiquement, tsé ça soulage psychologiquement. (Izzy)

Le plaisir associé à l'injection des drogues a aussi été abordé par le groupe. Les femmes ont décrit l'intensité du « rush » l'euphorie générée par l'intoxication à l'héroïne ainsi :

Une fois tu t'es shooté là, j'pense que c'est comme la passion extrême d'être gelé. (Mo)

Elles ont raconté le bien-être qu'elles ressentent lorsqu'elles consomment :

Quand j'ai commencé euh, c'était vraiment le plaisir, c'était vraiment le plaisir de l'effet que j'aimais pis qui faisait que je voulais pas arrêter toute suite mais arrêter plus tard... (Tessa)

T'es en amour avec l'héro pis même si c'est moins fort le buzz tu le veux pareil. J'ai vu une fille nodder<sup>13</sup> hier, pis j'étais jalouse! (Nathalie)

Certaines ont renchérit en décrivant leur rapport de fusion à la seringue tel que Barbara :

C'est vraiment fusionnel le rapport avec la seringue, en tout cas, j'parle de moi, symboliquement aussi y'a pas plus fusionnel que de tsé, c'est comme à l'intérieur de toi, ça fait partie de toi tsé, comme on parle d'une relation fusionnelle, c'est vraiment la même chose. J'ai un rapport à l'injection y faut que je me shoote quelque chose. Tsé y faut que j'aïlle un rush, y faut que j'aïlle un sentiment, un, un, moi je me définis comme oui une héroïnomane... (Barbara)

Autre fait intéressant : les femmes ont soulevé l'association entre l'injection des drogues et la sexualité en terme de l'absence de sexualité lorsqu'elles consomment de l'héroïne ou encore lorsqu'elles sont en traitement de substitution et ce, dû aux effets secondaires de leur consommation ou de leur traitement à la méthadone. Patou, Mo et Nathalie ont exprimé leurs opinions à ce sujet. Voici la discussion qui a eu lieu :

<sup>13</sup> Somnolence provoquée par l'intoxication à l'héroïne

Moi c'est drôle, j'ai jamais vraiment comparé ça à ça. Non, c'est, c'était plutôt le contraire, la non sexualité. Moi j'en ai pas de libido tsé. (Patou)

Moi non plus (Mo)

Moi ça me manque oui (Patou)

Cette situation leur fait vivre, entre autre, de la culpabilité vis-à-vis leurs conjoints.

Moi je me sens mal pour lui tsé, y veut tout le temps pis moi ça me tente pas nécessairement... (Mo)

C'est ça. Y commence à s'informer quand y vient avec moi au... [Centre de traitement de substitution]. Y dit : *C'est quoi là ?!?!* Oui, oui, c'est vraiment un problème. (Nathalie)

Dans l'ensemble, elles ont jugé que cette situation a un impact sur leurs relations affectives. Elles ont dénoncées comme étant injuste le fait que les hommes héroïnomanes aient accès à un traitement de testostérone qui leur permet de rétablir à un niveau normal leur libido et ainsi reprendre une vie sexuelle active. Voici ce qui a été dit à ce sujet :

Y'existe chez les hommes qui prennent la méthadone un traitement de testostérone... (Étudiante)

Je sais, je suis jalouse (Naya)

C'est ça mon chum, y'a pas de besoin de plus de libido. (Mo)

Et lorsque questionné, les femmes ont admis, par l'affirmatif, être intéressées éventuellement par un traitement similaire.

#### 4.5.2 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche féministe

En deuxième partie de l'entrevue de groupe, la même mise en situation a été reprise mais cette fois-ci analysée selon une approche féministe, c'est-à-dire une

interprétation de l'injection mutilante qui souligne le manque de pouvoir pour les femmes d'exprimer des sentiments tabous tels que la colère ou le contrôle.

Le groupe a fait des liens entre cette mise en situation et leurs propres vécus. Elles ont associés l'automutilation à un moyen de reprendre le contrôle sur la violence qu'elles ont subie. Patou a décrit l'automutilation ainsi :

L'automutilation c'est ça, c'est sûr que c't'une façon de, de prendre un certain contrôle sur ... t'as subi de la violence pis là c'est paradoxal mais tu te le fais pour ne pas que les autres te le fassent là... (Patou)

Le groupe s'est questionné sur les liens possibles entre l'automutilation des femmes, la mésestime et les agressions sexuelles. Certaines répondantes ont abordé ceci en faisant références à des consœurs de consommation. Mais l'une d'elles, Naya, a explicitement témoigné de l'agression sexuelle qu'elle a vécue:

Premièrement, j'sais pas, pour moi, j'ai été abusé quand j'avais 10 ans par mon oncle, pis euh, jusqu'à l'âge de 23 ans jusqu'à temps que j'aie en thérapie, j'me sentais coupable qui m'aie agressé parce que j'me sentais que c'était moi qui avait couru après. Tsé, j'm'en voulais beaucoup. J'pensais que c'était moi qui avait couru après l'agression pis toute, c'était moi qui l'avais allumé. (Naya)

D'autres ont partagé avec le groupe leurs comportements mutilant lors de l'injection des drogues ou ont témoigné des gestes qu'elles ont posés lorsqu'elles sont intoxiquées. Une première a raconté :

Ben genre je faisais pu attention quand je me shootais, j'avais les bras comme toutes avec des scratches rouges. Ouin des zippers tout rouges en tout cas, ça avait pas de sens. (Patou)

Une autre a affirmé :

La mutilation tsé dans le fond c'est un geste retourné contre soi, parce qu'on s'aime pas et tout. Pis y'a quelque chose de répétitif. J'connais pas les gestes, moi j'me suis pas mutilée vraiment comme avec des cintres ou des choses

comme ça. Mais moi j'avais quelque chose, j'ai commencé sur l'héroïne, que je faisais un peu, mais que sur la coke, ça c'est amplifié, c'est devenu complètement... J'm'arrache des...J'm'arrachais la peau là, jusqu'à l'os quasiment ici, sur le visage, j'ai comme une vingtaine de bosses sur la tête, c'tait comme toutes des gales, pis j'les arrache, profondément, celle-là c'est comme un trou de balle de fusil. J'peux rentrer mon doigt [...] C'est j'm'arrache de la peau [...] Pis y faut que ça saigne, tu parlais de sang tantôt là [...] J'ai, quand j'fais ça, j'regarde sur mes doigts, j'fais ça sur les feuilles, j'mets du sang partout comme. J'm'arrache jusqu'à temps que ça saigne. (Barbara)

Tandis qu'une dernière a dit :

Je voyais un petit point rouge comme ça là, j'commençais soit avec un petit couteau, une lame, j'commençais tranquillement. Oh, des fois ça saignait, des fois ça saignait pas. (Patou)

Lorsque questionnées au sujet des différences entre les hommes et les femmes consommateurs et consommatrices d'héroïne, deux participantes ont défini leurs différences ainsi :

Y (les hommes) font pas de prostitution... (Naya)

Les filles comme y essaient de chercher, y essaient de s'en sortir. Toi tu y penses beaucoup. On dirait que [les gars] y essaient pas de s'en sortir. Y'ont plus l'air à s'en crisser. Qu'à tsé, les filles on pense beaucoup, on en parle. De façon générale on parle plus que les gars. (Mo)

#### 4.5.3 Points de vue et interprétations soulevées par l'approche de la réduction des méfaits

La troisième et dernière partie du *focus group* a fait parler les femmes de leurs points de vue au sujet de l'approche de la réduction des méfaits. Cette fois, la mise en situation exposait l'interprétation de l'injection mutilante selon laquelle c'est le

manque de moyens pragmatiques pour venir en aide aux utilisateurs de drogues injectables qui est la cause.

Certaines ont défini le rôle des intervenants d'un éventuel site d'injection supervisé comme étant un soutien technique lors de la réalisation des injections. Voici comment Tessa a figuré l'aide qui pourrait lui être offerte dans un site d'injection supervisé :

Pis après ça quand y te voient rusher y viennent t'aider un peu, y t'aident à chercher ta veine. Ça serait bien, que ça puisse au moins placer la seringue...  
(Tessa)

Lors de cette discussion, les répondantes se sont interrogées à plusieurs égards sur les mythes et réalités de l'injection d'héroïne. En voici trois exemples :

Y a du monde, l'histoire de la bulle d'air<sup>14</sup>, c'est pas vrai l'histoire de la bulle d'air... (Tessa)

Du monde savent que tu liches pas l'aiguille mais y'en a qui savent même pas qui faut pas mettre l'aiguille dans sa bouche pis y vont nettoyer l'aiguille comme ça c'est plein de bactéries. (Nathalie)

Le mythe de « la veine fuyante » ça existes-tu ça ? (Christine)

Elles ont nommé les risques reliés aux injections faites ailleurs que sur les avant-bras. En voici deux exemples :

Chu surprise, tellement surprise que le monde sait pas, les pieds, les mains, tsé c'est basique. C'est la base qu'on se touche pas les pieds et les mains [...] Parce que moi je me shootais sur les jambes, n'importe où. (Nathalie)  
Moi j'peux me piquer jusque sur les seins. (Christine)

---

<sup>14</sup> Légende urbaine auprès des utilisateurs de drogue par injection qui prétend que si un individu s'injecte une bulle d'air, il peut en mourir.

Toutes ont admis ne pas avoir obtenu l'enseignement nécessaire pour maîtriser la méthode sécuritaire d'injection des drogues à l'exception des deux participantes qui ont côtoyées le programme de prescription d'héroïne. Naya a raconté avoir été intimidée de demander cet enseignement à son infirmière :

J'ai la même infirmière pis j'ai jamais été capable d'y demander comment tsé, comme dans les premiers temps qu'elle venait me voir, j'me shootais pis c'était comme 5 fois par heure, j'ai jamais eu le culot d'y demander à... [Nom de l'infirmière] comment qu'on fait, tsé, comment on fait pour se shooter pis bien se shooter. (Naya)

L'offre de services qui pourrait leur permettre de s'injecter des drogues de manière sécuritaire, selon les participantes devrait miser sur le soutien technique ainsi que le soutien psychologique, tel que émis par Barbara :

Un lieu où il y a les deux : l'injection pis l'aide psychologique, les deux ensemble parce que c'est ça qui est génial, si tu fais la psychologie, pis tu peux te shooter... (Barbara)

Pour elle, qui a partagé son expérience d'un programme de prescription d'héroïne qui servait aussi de lieu d'injection sécuritaire, ce type de service est très aidant :

J'parle de mon expérience à... [Site de prescription d'héroïne et d'injection sécuritaire] c'est, comment, c'est la société, c'est des représentants de la société, le médecin pis les infirmières qui m'acceptent, c'est la société, aye un médecin, un médecin ok, pis des infirmiers qui m'acceptent tel que je suis. À... [Site de prescription d'héroïne et d'injection sécuritaire], oubliez ça les jugements...J'me sentais comme si c'tait normal, comme si, sté j'parlais à du monde pis comme. Pis plus loin, j'ai pensé que c'est révolutionnaire en criss parce que c'est la société qui m'accepte c'est comme une, comme, moi j'me suis jamais sentie à ma place. J'ai toujours eu, j'me suis toujours sentie mal à l'aise [...] parce que l'État me reconnaît, je me suis sentie comme si ça remettait toute ensemble les morceaux de puzzle, qui étaient tout éclatés dans ma vie. Là j'me suis sentie moi, j'me suis sentie Barbara, pis j'ai pas de pudeur, c'est mon nom, pis c'est ça que ça fait. J'trouve que c'est ça que ça fait de l'injection supervisé, ou à... [Site de prescription d'héroïne et d'injection sécuritaire] qui va encore plus loin. (Barbara)

#### 4.6 Conclusion

La présentation des données nous a permis d'identifier les répondantes comme étant une population hétérogène, c'est-à-dire de tous les âges, avec une histoire et une trajectoire de vie plurielles. Ces participantes ne ressemblaient pas aux idées préconçues que certains pourraient avoir au sujet de la population féminine utilisatrice de drogues par injection, c'est-à-dire sous-éduquée, mal-en-point, désabusée, en situation de pauvreté extrême, sans domicile fixe, etc. Comme le démontre la problématique de recherche, les femmes héroïnomanes sont stigmatisées et regroupées sous l'étiquette de déviantes (Frigon, 1989, p.91). Nos données montrent qu'elles ont eu d'autres champs d'intérêt que la consommation, notamment au niveau de leurs études, leurs occupations et leurs emplois. Elles ont prouvé qu'elles étaient accessibles par leur présence et leur participation active dans le cadre des entrevues, individuelles et de groupe. Là, elles ont décrit et partagé leurs expériences entourant les rituels d'injection et les modes d'intervention qu'elles privilégient.

Elles ont démontrées que l'étiquette de femmes héroïnomanes est restreinte pour elles et ne contient pas l'ensemble de leurs caractéristiques. Elles ont prouvé avoir le pouvoir et la capacité à réfléchir, et ce de manière individuelle et collective, sur leur trajectoire de vie, leurs dépendances, leurs rituels et leurs rapports aux organismes qu'elles fréquentent. Mais d'abord et avant tout, la collecte de données a permis à ce groupe de femmes de prendre place dans un contexte d'expression de leurs idées et de leurs croyances où elles sont les expertes.

## V. ANALYSE DES DONNÉES

### 5.1 Introduction

L'analyse des données occupe le présent chapitre. Nous l'avons divisé en quatre grands thèmes qui proviennent de l'analyse de contenu des propos des répondantes. L'analyse a été effectuée tel que décrit au chapitre de la méthodologie, c'est-à-dire de manière qualitative et avec un regard féministe. La conjugaison des approches féministe, psychanalytique et de la réduction des méfaits, telle qu'exposée aux répondantes en focus group, présente l'avantage d'aborder les femmes toxicomanes dans leur globalité : comme individu, comme genre, et dans un contexte immédiat et social. Voici les quatre thèmes:

- tabous et rituels d'injection non-sécuritaire,
- leur vision de la toxicomanie : le plaisir,
- leur vision de la femme héroïnomane: le rapport aux hommes et à la sexualité,
- leur vision de l'intervention : le rapport aux services d'aide.

### 5.2 Tabous et rituels d'injection non-sécuritaire

Au sujet des rituels d'injection, les femmes ont semblé d'abord intriguées, puis ouvertes suite aux explications fournies, et enfin à l'aise d'aborder ce thème. De plus, elles ont questionné l'usage du terme « mutilant ». Incapables de décrire leurs rituels, elles n'estiment pas d'emblée connaître les comportements mutilants et ne s'identifient pas spontanément elles-mêmes comme telles. Néanmoins, leurs injections sont ritualisées. Ainsi, l'établissement et la répétition d'une routine convenue par elles-mêmes fait partie intégrante de l'injection et même de leur définition de la dépendance. À preuve, beaucoup ont nommé s'injecter aux mêmes

lieux, en utilisant le même matériel qui doit lui aussi être rangé au même endroit. À noter ici que seulement, deux femmes ont souligné l'importance d'utiliser du matériel d'injection sécuritaire.

Par ailleurs, la prédisposition aux « veines fuyantes » que se sont attribuée les femmes pour justifier leurs difficultés à s'injecter rassemble beaucoup d'autres éléments nuisant à une injection réussie dont ceux d'une mauvaise technique ou d'un temps excessif alloué à l'injection. Ces derniers ont été jugés, par les répondantes, de comportements mutilants. Aussi, près de la moitié du groupe s'est injecté dans des parties du corps jugées à risque par le corps médical. Une moitié de celle-ci a dit ne pas connaître les dangers d'un pareil usage. Tandis que l'autre moitié les connaît et poursuit tout de même ces comportements. En somme, les répondantes ont dit être très peu ou mal informées sur la méthode sécuritaire d'injection des drogues.

Dans tous les cas, cet état de fait est inquiétant car il illustre, à tout le moins, une déficience au niveau de l'apprentissage d'une « bonne » technique d'injection sécuritaire préconisé par l'approche de la réduction des méfaits, voire la poursuite d'un comportement destructeur. Alors que la quasi-totalité du groupe a affirmé n'avoir reçu aucun enseignement sur la bonne pratique d'injection des drogues, il est difficile de croire que ces femmes réussissent leurs injections sans se blesser, s'estropier et se mettre à risque.

La mauvaise information entourant les « veines fuyantes » ou alors l'incompréhension vis-à-vis les réels dangers de s'injecter ailleurs que sur les avant-bras peuvent être accentués par le manque d'éducation et de sensibilisation offert à cette population par les professionnels de la santé. Selon les auteurs Poole et Dell (Poole et Dell, 2005, p.11) la culpabilité et la honte priveraient les femmes de

s'informer adéquatement sur les risques reliés à leur consommation. Le groupe ici l'a bien illustré alors que certaines ont dit être « intimidées » de questionner les infirmières sur la méthode sécuritaire d'injection. Ce qui sous-entend que le rôle des professionnels est dans ces cas-ci d'aller au-devant des demandes de la clientèle et d'enseigner systématiquement la technique sécuritaire d'injection des drogues en plus d'être sensible aux réalités des femmes utilisatrices, en reconnaissant qu'elles sont davantage stigmatisées.

Alors que certains écrits scientifiques (Colleen et Fillmore, 2006) avancent les liens concomitants entre consommation, historique d'abus sexuel et automutilation en les associant avec une santé mentale fragilisée par des événements douloureux. Les propos recueillis au cours de cette recherche démontrent plutôt que les femmes une fois instruites au sujet de leur propre santé, des risques reliés aux injections des drogues et de l'apprentissage d'une technique efficace et sécuritaire d'injection, réduisent leurs comportements mutilants reliés à la seringue. Il est parcellaire d'estimer que le crucial problème de l'injection mutilante s'explique par les seuls traumatismes vécus par les femmes. La timidité, le sentiment de culpabilité des usagères et la marginalisation de celles-ci les amènent tout autant à prendre des risques vis-à-vis leur propre santé qu'une offre clinique différente pourrait endiguer.

Ainsi, l'éthique médicale, l'ordre moral social comme l'illégalité et la prohibition de l'usage de l'héroïne stigmatisent les consommatrices par intraveineuse, les abandonnent à leur dépendance et accentuent leur méconnaissance vis-à-vis leurs propres corps et leurs pratiques mutilantes.

La mutilation semble constituer un tabou chez les participantes puisque aucune ne s'est attribué d'emblée l'envie ou le comportement. Pourtant, certaines ont nommé apprécier la vue du sang, s'injecter durant des heures, se repiquer sans utilité, ou encore pousser les résidus de la seringue dans leurs bouches. Ce n'est que lorsque questionnées que certaines ont admis avoir adopté des comportements mutilant mais ce sans réelles explications. Elles ont été davantage volubiles lorsque ce comportement a été associé aux autres, observé chez leurs pairs. Parlant des autres, elles ont expliqué l'injection mutilante par des facteurs reliés à la substance, chez les consommateurs de cocaïne par exemple, à une souffrance refoulée, à un abus, à de la violence, ou à un facteur physiologique tel que la caractéristique des « veines fuyante ». Les femmes ont justifié les comportements mutilants par des motifs individuels ou par les aléas du mode de vie lié à la consommation. Certaines sont allées jusqu'à juger les comportements mutilants de « dégueulasses ».

D'un point de vue psychanalytique, certaines ont relié les comportements mutilants durant une injection avec la présence d'une souffrance psychologique. La drogue est en effet un moyen de ne pas ressentir ses peurs et d'éviter la communication de son histoire (Braconnier, 1974). Quelques-unes ont abordé leurs consommations comme étant en soi une mutilation. Elles ont d'emblée confirmé l'hypothèse que la consommation est un moment où se mélange désir de mort et désir de vie.

L'échantillon a mis de l'avant que pour certaines les comportements durant l'injection sont liés l'estime de soi. En outre, certaines ont dit avoir une bonne estime d'elles-mêmes malgré leurs consommations et tentent de prendre soin d'elles. À ce sujet, les répondantes ont témoigné de leurs trajectoires de vie, elles ont partagé sur la violence qu'elles ont subie et leur désir de reprendre le contrôle de leurs corps. Elles ont aussi nommé observer chez leurs pairs des réflexes de destruction notamment

chez celles qui ont une faible estime d'elles-mêmes et qui se préoccupent peu des méfaits reliés à la consommation.

Certaines ont associé un comportement mutilant à un abus subi. Elles ont identifié l'injection mutilante comme un moyen de reprendre le contrôle, d'exprimer sa révolte sur la violence dont elles ont été victimes. Lorsque certaines ont exprimé leurs désirs d'exprimer de la colère en se piquant, elles ont sous-entendu, comme le suggère l'approche féministe, qu'elles tournent l'agressivité contre elles-mêmes. D'ailleurs, l'intervention féministe suggère d'ouvrir directement sur l'harcèlement ou les histoires d'abus. Certaines se sont senties assez à l'aise dans le groupe pour témoigner de leurs comportements mutilants et d'autres, même, pour ouvrir sur leur histoire d'agression.

Les propos de ces femmes ont mis en évidence leurs capacités à réfléchir sur elles-mêmes. Des répondantes ont nommé même prendre soin d'elles en tant que consommatrices d'héroïne en plus de prendre soins des outils qui facilitent la consommation (seringues, garrots, aiguilles, veines). La prise de position, et donc la prise de pouvoir, passe dans leurs cas par la décision de consommer et de le faire du mieux qu'elles le peuvent. Évidemment, dans certains cas, dû à l'ignorance, elles le font en prenant des risques, d'autres, au contraire, tentent de le faire adéquatement soit en utilisant du matériel et une technique sécuritaire.

Cela va dans le sens du contrôle dont parle l'auteur Roxane Nadeau alors que son personnage du livre *Pute de rue* (Nadeau, 2003, p. 97) décrit son rituel d'injection. Le plaisir naît de l'euphorie générée par la consommation en soi auquel s'ajoute à un sentiment de pouvoir et de droit sur son propre corps. Ainsi, les utilisatrices d'héroïne disent choisir comment, quand et à quelle fréquence elles consommeront dans une vie

et dans une société où on leur accorde peu d'espace décisionnel. Elles retrouvent leur corps en en disposant. Il s'agit là d'un paradoxe parce qu'elles sont aussi dépendantes de la substance et donc continuellement dans l'évitement du manque et dans la perte de contrôle au niveau de leur consommation.

Tels que suggérées par les approches féministe et de la réduction des méfaits, augmenter l'information transmise à ces femmes sur leurs rituels d'injection leur permettrait d'avoir davantage de pouvoir sur elles et leurs propres corps.

### 5.3 Leur vision de la toxicomanie : le plaisir

D'une part, les propos émis par les répondantes nous permettent de postuler que la toxicomanie de notre échantillon a été développée par la recherche de plaisir. Les femmes affirment que c'est dans le but de régénérer leur plaisir qu'elles ont consommé jusqu'à développer une dépendance. Quand elles nomment leur plaisir à consommer, elles le comparent au plaisir sexuel ou du moins au souvenir qu'elles en ont. D'ailleurs, comme elles disent ne plus avoir une vie sexuelle active, elles recréent la jouissance érotique par le biais de la consommation de drogues. À noter et selon elles, leur toxicomanie s'est développée plutôt par plaisir que par allègement de leurs souffrances.

D'autre part, l'état de leurs connaissances sur l'héroïne, sa consommation, sa toxicité et les dépendances qu'elle entraîne est rudimentaire. Elles ont dit avoir des connaissances biaisées ou fondées sur des mythes populaires. En outre, lorsqu'il a été question des dangers de l'injection et de la technique d'injection sécuritaire, les répondantes n'avaient pas ces connaissances. On peut donc croire que la recherche du plaisir les a amenées à prendre des risques au niveau de leur propre santé. Cependant,

les risques ne leur ont pas été exposés. On peut donc se questionner sur leur conception du plaisir, si celui-ci est satisfait par la consommation, et ensuite sur l'éducation à faire auprès de ces femmes. Elles ont affirmé vouloir réussir leurs injections à tout prix. Obtenir le plaisir de la consommation même au risque de nuire à leur propre santé. Certaines femmes ont dit être prêtes à tout pour réaliser une injection intraveineuse malgré le temps que cela peut leur prendre ou encore la douleur générée par des injections ratées.

Les répondantes ont partagé facilement leur sentiment de plaisir et de bien-être procuré par la consommation, comme démontré par la littérature (Nadeau, 1979, p.539). Ces femmes ont décrit comme étant «jouissive» leur consommation d'héroïne. Le contexte dans lequel elles consomment doit idéalement favoriser la détente. Elles ont dit que l'injection représente pour elles un moment d'intimité. Alors, elles procèdent le plus souvent seules, sans témoin. Certaines ont dit décupler leur plaisir lors de l'injection par la vue du sang, des jeux entourant l'aiguille ou par une sensation de douleur qu'elles ont décrit comme étant bienfaitrice de soulagement. En groupe, les femmes ont décrit spécifiquement le *rush*<sup>15</sup> de l'héroïne et l'attachement qui y est rattaché.

Le plaisir a une place centrale dans leur consommation parce que c'est, selon elles, pour le perpétuer voire le recréer encore et encore qu'elles ont développées une dépendance. Sans détour, elles ont comparé leur relation avec l'héroïne à une histoire d'amour et leur rapport à la seringue comme fusionnel.

Certains psychanalystes (Claciolari, 2002, p.4) représentent la toxicomanie en l'associant avec le souvenir que se fait le consommateur du plaisir et de sa fusion à

---

<sup>15</sup> Euphorie provoquée par l'héroïne

celui-ci. Éprouvant ainsi la quête et la limite du plaisir, ces auteurs annoncent que les utilisateurs de drogues renoncent ainsi à la sexualité et transfèrent aux drogues leur érotisme. Les participantes l'ont bien illustré lorsqu'elles abordaient l'absence d'une vie sexuellement active et les impacts de ceci dans leurs vies affectives. Cependant, elles ont attribué cette absence à un effet secondaire de la substance, ou du traitement de substitution, et non à des traumatismes sexuels ou à un transfert en faveur des drogues.

Pour ces femmes, le problème de la toxicomanie n'est pas en soi le fait de consommer mais le fait d'avoir à répéter ces actes dans une perte de contrôle provoquée par le manque. Le plaisir qu'elles ont dit se procurer en consommant est envahissant au point de perdre le contrôle sur elles-mêmes. Ce qui entraîne une dépendance à une drogue, dans leur cas, l'héroïne.

Les données recueillies lors de nos entrevues suggèrent que c'est le rapport au plaisir et de la place que les femmes lui concèdent qu'il faut investiguer avec elles dans l'intervention plutôt que leur rapport aux drogues. Ce qui rejoint les pistes de l'intervention psychanalytique (Claciolari, 2002, p.4). Cette façon d'appréhender la toxicomanie modifie nécessairement les objectifs des interventions professionnelles et communautaires, qui ont un but d'abstinence, en plus de questionner la nécessaire abolition de l'usage des drogues promu par les différentes législations.

#### 5.4 Leur vision de la femme héroïnomane : le rapport aux hommes et la sexualité

Les répondantes ont élaboré leurs visions de la femme héroïnomane comme suit : aucune répondante n'a partagé au groupe des histoires de dépendance vis-à-vis un conjoint qui ne la respecte pas ou les violente. En situation de *focus group*, elles n'ont

pas défini leurs rapports aux hommes comme étant un rapport de pouvoir qui les oppriment. Ces répondantes ont été capables de s'exprimer, de s'affirmer et de réfléchir sur les influences de leurs environnements. Elles ne se sont pas positionnées en victimes, ni en coupables de leurs comportements.

Les différences entre la réalité des hommes et des femmes consommateurs et consommatrices d'héroïne, ont été peu présentes dans les propos des répondantes. Selon elles, les différences sont que les hommes ne font pas de prostitution et sont moins portés à demander de l'aide.

Tel que soulevé par l'auteur Frigon, les femmes sont davantage initiées à l'injection par les hommes que l'inverse. Ce fait souligne chez la femme consommatrice sa dépendance aux substances mais aussi sa dépendance et son manque de pouvoir dans ses relations affectives. Au cours du *focus group*, c'est là ce que certaines ont raconté. Leurs premières expériences à l'injection ont été souvent menées par le conjoint de l'époque. On peut se questionner sur la capacité de ces femmes de refuser, de choisir une autre forme de consommation de drogues ou alors de choisir d'utiliser la voie intraveineuse.

Elles ont décrit comme injuste le fait que les hommes héroïnomanes aient accès à un traitement de testostérone qui leur permet de rétablir à un niveau normal leur libido et ainsi avoir une vie sexuelle active. Elles ont admis être intéressées éventuellement par un traitement similaire. Leurs propos ont souligné, comme le dénonce l'approche féministe, une réponse médicale sexiste aux problèmes de santé des femmes qui ne sont pas considérés et traités comme ceux des hommes.

Par ailleurs, une seule répondante au *focus group*, a nommé explicitement avoir été victime d'agression sexuelle alors qu'elle avait 10 ans. Théoriquement, les études démontrent que l'abus sexuel est une problématique souvent rencontrée chez les femmes toxicomanes. En fait, selon les données présentées au chapitre de la problématique, entre 70% et 80% des femmes toxicomanes ont été victimes de violence, d'abus sexuel ou d'inceste (Bergeron, 1990, p.231; Guay et Poulin, p.291). Selon ces statistiques, il est donc possible d'affirmer que plus d'une femme de ce groupe a déjà été abusées ou violentées sexuellement. Nous pouvons croire qu'étant donné le contexte, soit uniquement deux rencontres avec l'étudiante ou la présence des autres femmes, certaines ont peut-être été intimidées de confier les événements de leurs vies. Finalement, rappelons que selon l'étude *Le soutien social et les conséquences d'une agression sexuelle* des auteurs Valérie Billette *et al* (2005), les femmes interrogées lors de cette étude qui ont tentées de parler de l'agression ont perçu avoir été blâmées, condamnées et découragées de le faire. Le caractère tabou de l'agression sexuelle a peut-être aussi contribué au silence des répondantes.

Le groupe a tout de même démontré regrouper des répondantes présentant certaines des conséquences psychologiques induites par un stress post-traumatique (Simoneau, 2006, p.19). C'est-à-dire parce qu'il a rassemblé des femmes qui ont développé une dépendance à l'héroïne, qu'elles ont consommée massivement et sur une longue période en plus que certaines ont eu des comportements d'automutilation. Comme elles ont nommé se blesser, s'estropier ou se détruire elles-mêmes plutôt que de diriger cette violence vers les autres, ces comportements à risque lors des injections, ou en d'autres occasions, peuvent illustrer la présence d'un historique d'abus sexuel dont les manifestations peuvent, entre autres, être une méconnaissance, voir un déni, de son propre corps (Bel, 1997, p.81).

En somme, ces femmes ont jugé que les relations qu'elles entretiennent avec les hommes ne sont pas à la base de leur toxicomanie. Au contraire, elles se sont projetées comme complices de leurs partenaires de consommation : les hommes.

### 5.5 Leur vision de l'intervention : le rapport aux services, le soutien technique et psychologique

D'emblée, la totalité des femmes se sont dit satisfaites des services reçus. Les répondantes ont comme vision de l'aide reçue celle-ci : elles ont démontré une forme de respect, de reconnaissance voire d'attachement face aux services mis à leurs dispositions. Ces femmes ont développées un sentiment d'appartenance face aux organismes et principalement ceux avec un visage ou un emblème comme *Pop's*. Comme elles côtoient les mêmes ressources depuis, en moyenne, une dizaine d'années, cela peut expliquer leur fidélisation. Les organismes offrant l'appui de pairs aidant ont été ceux majoritairement fréquentés. Les services les plus en demande ont été, par ailleurs, ceux offrant un suivi psychologique ou du soutien. Il est donc faux de prétendre que cette clientèle ne formule que des demandes d'ordre utilitaire, voir matériel.

Lorsque questionnées précisément à ce sujet, les répondantes ont formulé des recommandations. Leurs recommandations allient leurs préoccupations personnelles et leurs expériences au sein des services. Elles étaient très différentes tout en allant dans un même sens : celui d'offrir des services d'aide de qualité.

L'approche d'intervention qui correspondait davantage aux besoins des répondantes a été celle de la réduction des méfaits. Leurs visions étaient celles-ci : nombreuses sont celles qui espèreraient un soutien technique lors de la réalisation de leurs injections

dans le but de prévenir un comportement mutilant. Tel que proposé par la réduction des méfaits, les femmes ont demandé à ce qu'une aide très pragmatique leur soit fournie. Plusieurs ont nommé être mal informées au sujet de leur propre santé en tant qu'utilisatrice de drogue par injection.

La réduction des méfaits propose la promotion de la santé au plan individuel et collectif. L'acquisition de connaissances sur une technique d'injection sécuritaire, et par le fait même la réduction des risques, va dans ce sens. On permet ainsi au consommateur d'agir : améliorer sa condition en lui fournissant l'ensemble des outils dont il a besoin. Même que les répondantes précisaient que cet apprentissage doit être mis de l'avant par les professionnels de la santé car elles ne vont pas le demander. Elles sont allées encore plus loin en préconisant une aide technique jumelé à une offre de services psychologiques.

Une participante a témoigné de son expérience dans un site de prescription d'héroïne et d'injection supervisée. Elle a mis en mots ce que l'humanisme propose, c'est-à-dire de considérer l'utilisateur de drogue comme un citoyen à part entière et participant à la vie en société. Le site de prescription d'héroïne et d'injection supervisé lui a donné cette impression d'avoir premièrement droit à des services et ensuite d'être reconnue.

Le manque d'informations sur les problématiques de l'automutilation et/ou de consommation des drogues nourrit une incapacité à intervenir (Colleen et Fillmore, 2006, p.5). L'ignorance a un impact direct sur la qualité des services d'aide. Tant la stigmatisation que la méconnaissance entraînent certains manquements dont ceux liés à l'éducation à une consommation sécuritaire.

En fait, à force de catégoriser les femmes utilisatrices d'héroïne comme étant d'abord des individus qui passent à l'acte dans la foulée de leurs déboires personnels, les services d'aide passent à côté de l'obligation professionnelle et éthique de questionner les formules d'aide offertes et à offrir.

Il nous semble que le bagage personnel de ces femmes fait souvent d'abus sexuel, d'automutilation ou de maladies mentales permet aux services d'aide de justifier leur pratique par la marginalisation des femmes héroïnomanes, la difficulté de créer des liens d'aide significatif ou leurs mauvaises réponses aux traitements (Guay et Poulin, 2006, p.293, Simoneau, 2006, p.20). Vraisemblablement, les formes d'aide offertes ne correspondent peu ou pas à la réalité de ces femmes consommatrices car, la prohibition, et son pendant individuel, l'abstinence, pèse lourd lors de l'élaboration des services d'aide. Alors, on juge comme étant inadéquat d'informer la femme sur sa santé en tant qu'utilisatrice d'héroïne intraveineuse et on fait fi de lui offrir les outils manquant pour le faire efficacement et sans danger. L'offre thérapeutique est plus calquée sur les attentes des intervenants que sur les besoins de première ligne de la clientèle.

## 5.6 Conclusion

Le chapitre qui se termine a amorcé l'analyse des données qui avaient été recueillies lors des entrevues individuelles et d'un entretien de groupe effectuée tenue avec dix répondantes. Cette analyse a tenté de répondre aux questions de la recherche fixées au commencement du projet c'est-à-dire : Comment interpréter l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes? Quelle place occupe les rituels d'injection mutilant dans leurs vies? Comment intervenir auprès de ces femmes héroïnomanes? Est-il pertinent de fournir à ces femmes une intervention spécifique et exclusive aux

femmes ? Comment mieux outiller les intervenants face à cette comorbidité (automutilation et usage de drogues) fréquemment observée dans les services en toxicomanie? Quelles sont les interventions que ces femmes privilégient? Ainsi, nous répondons à nos 3 objectifs spécifiques en ce que nous avons dégagé un portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services (objectif 1) et nous avons obtenu leurs points de vue et leurs interprétations sur leurs rituels d'injection et sur les modes d'intervention qu'elles privilégient (objectif 2). Nous avançons maintenant que ces données et l'analyse parcellaire que nous avons proposé pourront outiller les intervenants et intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes (objectif 3). Cet aspect sera développé en conclusion.

## VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La conclusion d'un mémoire de maîtrise résume le travail en plus de soulever une ou deux observations judicieuses. La conclusion peut aussi être l'occasion d'une réflexion plus personnelle. Dans un premier temps, nous synthétisons notre recherche et en seconde partie nous présenterons de brèves recommandations liées à l'intervention spécifique aux femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel d'injection mutilant. Ces recommandations sont faites à l'intention des intervenants de plusieurs milieux, soit les infirmiers et les infirmières, les travailleurs et travailleuses sociaux, les médecins ainsi que les services d'aide. La recherche effectuée pourra ainsi contribuer à fournir un appui aux multiples intervenants en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes

### 6.1 Synthèse de la recherche

D'abord, la problématique de recherche concernant l'intervention spécifique aux femmes héroïnomanes qui pratiquent l'injection mutilante a été introduite. Nous avons élaboré nos questionnements face aux femmes qui consomment l'héroïne, face à la comorbidité entre leur usage de drogues et l'abus sexuel et face à l'automutilation lorsqu'elles s'injectent.

Au deuxième chapitre, un cadre conceptuel a été élaboré dans le but de donner des balises à notre réflexion. Partant avec l'idée première que le champ de l'intervention en toxicomanie est un domaine vaste comportant de nombreuses approches théoriques et modèles d'intervention. Le chapitre présentait les ancrages conceptuels de trois approches utilisées auprès des femmes héroïnomanes: l'intervention psychanalytique, l'intervention féministe et l'intervention en réduction des méfaits. Il

a été soulevé ce qui fonde chacune de ces trois approches quant à la vision de la toxicomanie, du toxicomane et de l'intervention. Ces trois approches nous ont semblé plus pertinentes pour penser l'injection mutilante puisqu'elles proposent une interprétation.

Au chapitre trois, la méthodologie a été décrite pour permettre au lecteur de comprendre comment nous avons obtenu le point de vue des répondantes au sujet de l'intervention spécifique aux femmes héroïnomanes qui pratiquent l'injection mutilante. Il s'agissait, en fait, de la réalisation d'une recherche féministe et qualitative qui a utilisé comme méthode de collecte de données les entrevues. Dix femmes ont participé à une entrevue individuelle et elles ont toutes été conviées à une entrevue de groupe. Neuf femmes étaient présentes à l'entrevue de groupe. L'entrevue individuelle questionnait les femmes sur des données socio-démographiques les concernant alors que l'entrevue de groupe visait à obtenir leurs opinions sur l'interprétation de l'injection mutilante selon trois approches retenues.

Au chapitre quatre, les données recueillies lors de la cueillette ont été présentées. Les répondantes étaient considérées comme expertes de leur propre vécu. Le *verbatim* des propos tenus en entrevues a permis de cumuler l'ensemble des données et de les présenter en les regroupant sous divers thèmes. Ces thèmes étaient : le profil socio-démographique des répondantes, la consommation (comprenant les aspects du rituel d'injection et de l'injection mutilante), les services d'aide fréquentés et finalement le point de vue des répondantes sur l'intervention psychanalytique, l'intervention féministe et l'intervention en réduction des méfaits.

Enfin et en accord avec le cadre conceptuel présenté au chapitre II, le chapitre cinq a étudié l'ensemble des données cumulées sous un angle qualitatif et féministe.

L'analyse s'est déployée autour de quatre thèmes : les tabous et les rituels d'injection non-sécuritaire, leur vision de la toxicomanie : le plaisir, leur vision de la femme héroïnomanes : le rapport aux hommes et à la sexualité, et leur vision de l'intervention : le rapport aux services d'aide.

L'analyse des données nous a permis de répondre aux questions de départ. D'abord, à la question « comment interpréter l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes? » la réponse est qu'elle n'est pas simplement reliée au traumatisme de l'agression sexuelle, mais bien à un ensemble de facteurs : la méconnaissance, les conditions reliées à la réalisation de l'injection, l'estime des femmes consommatrices, etc. Quant à la place qu'occupent les rituels d'injection mutilant dans la vie des femmes, elle est majeure : les rituels d'injection font, entre autres, partie intégrante du plaisir que procure la consommation. Lorsqu'on se questionne sur la façon d'intervenir auprès de ces femmes héroïnomanes, elles nous disent qu'il est possible de les aider de manière très technique lors de la réalisation de leurs injections en plus de leur offrir un soutien psychologique. Alors que selon elles, il est plus ou moins pertinent d'offrir des services spécifiques aux femmes. Cependant, les services offerts doivent être équitables entre les genres. Il est aussi possible de mieux outiller les intervenants en se référant aux recommandations qu'elles ont nommées au cours de l'étude. D'ailleurs, les répondantes de cette étude ont affirmé privilégier une approche d'intervention en réduction des méfaits.

## 6.2 Recommandations pour une intervention spécifique aux femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel d'injection mutilant

Il a été démontré au cours de ce mémoire que les femmes, dû aux sentiments de culpabilité, de honte et de gêne, n'iront pas questionner d'emblée les professionnels de la santé à ce sujet. Cette donnée est importante parce qu'elle soulève une inquiétude : que ces femmes sont maintenues dans l'ignorance et donc se mettent à risque. Il s'agit là des fondements de la réduction des méfaits. C'est pourquoi, au niveau de l'intervention, nous recommandons de privilégier l'enseignement universel de l'apprentissage d'une technique sécuritaire d'injection.

Au niveau de l'intervention psychosociale, il faudrait favoriser la construction et le développement d'une bonne estime de soi chez les femmes héroïnomanes en plus d'explorer avec elles leur rapport au plaisir. En fait, les répondantes ont parlé du lien qu'elles établissent entre l'estime de soi et l'automutilation. Elles se disent convaincues que celles qui sont consommatrices de drogues mais qui possèdent une estime de soi suffisante, consomment de manière plus sécuritaire. Elles y voient un lien direct. De plus, et selon elles, leur toxicomanie s'est développée plutôt par plaisir que par allègement de leurs souffrances. La recherche du plaisir les a amenées à prendre des risques au niveau de leur propre santé. Les données recueillies lors de nos entrevues suggèrent que c'est le rapport au plaisir et de la place que les femmes lui concèdent qu'il faut investiguer avec elles dans l'intervention psychosociale plutôt que leur rapport aux drogues. Ainsi, les intervenants sociaux qui ont comme but de réduire les gestes mutilants devraient axer leurs interventions sur le développement

un traitement hormonal à tous. Les répondantes ont décrit comme injuste le fait que les hommes héroïnomanes aient accès à un traitement de testostérone qui leur permet de rétablir à un niveau normal leur libido et ainsi avoir une vie sexuelle active. Elles ont admis être intéressées éventuellement par un traitement similaire. Elles ont constaté une réponse médicale sexiste face aux problèmes de santé sexuelle des femmes qui ne sont pas considérés et traités comme ceux des hommes. Les médecins œuvrant auprès de cette clientèle se doivent de garder en tête que les femmes héroïnomanes sont davantage stigmatisées et marginalisées par leur consommation et leur mode de vie que les hommes. Ils doivent, aussi, être sensibles à leurs réalités qui diffèrent de celles des hommes consommateurs. Il s'agit de construire une intervention spécifique aux femmes en tenant compte de leurs réalités tel que suggéré par l'approche féministe.

Nos recommandations au niveau de l'organisation de services d'aide portent sur l'ajustement des services à la demande de ces femmes. Il est faux de croire que l'ensemble de la problématique de l'injection mutilante chez la femme héroïnomane se résume au fait que celle-ci est davantage victime de syndrome post-traumatique. Pour répondre à sa réelle demande, les intervenants sociaux se doivent de soutenir et défendre la mise en place de sites d'injections supervisés, ou l'encadrement à une injection sécuritaire serait offert en plus d'un soutien psychologique. Il s'agit là des besoins énumérés par les répondantes de notre étude qui disent privilégier une approche en réduction des méfaits.

La concomitance entre l'abus sexuel et la surconsommation des drogues reste frappante, elle a été amplement démontrée au chapitre de la problématique. La littérature souligne les impacts de l'agression sexuelle chez la femme, elle nous

apprend que la comorbidité entre agression sexuelle et toxicomanie fragilisera les femmes. Sachant que les femmes sont davantage victimes d'abus sexuel et que ceci est une prédisposition à développer une dépendance aux substances et des comportements d'automutilation, nous nous sommes questionnées à savoir si les agressions à caractère sexuel amèneront les femmes à développer des comportements de consommation ainsi que des comportements d'automutilation, par exemple par le biais de l'injection mutilante. La cueillette de données ne nous a pas permis d'établir de liens directs entre l'injection mutilante et les agressions à caractère sexuel car peu de répondantes ont volontairement fait le parallèle. Par contre, la recension des écrits fait en première partie du travail nous rappelle l'ampleur de la triple morbidité entre abus sexuel, toxicomanie et comportement d'automutilation. Nous pouvons croire que ces comportements sont interreliés. Finalement, et selon la littérature, l'intervention en matière d'agression à caractère sexuel doit éviter le blâme, offrir un soutien social et accorder un sens à l'agression. Ces techniques d'aide permettront de développer des stratégies cognitives d'adaptation.

Finalement, sur le plan global, notre expérience professionnelle jumelée à ce travail de recherche nous permet d'avancer qu'il est prioritaire que le Québec se dote d'une politique de réduction des méfaits, minimalement d'un site d'injection supervisé et au mieux, d'un programme de prescription d'héroïne. Nous sommes conscients que les recommandations énoncées sont ambitieuses, et nous nous permettons pareilles ambitions puisque nous croyons fermement qu'il est urgent d'agir. En ces temps-ci où le projet NAOMI a maintenant fermé sa clinique (2008), que le financement du projet SALOME, suite logique du projet NAOMI a été refusé par le gouvernement provincial (2009) et que le site d'injection supervisé *Insite* de Vancouver survit à peine, nous craignons que l'intervention en toxicomanie auprès des utilisatrices de drogues par injection mise en place par le gouvernement fasse fausse route.

Malgré que les femmes forment une minorité dans l'univers de la consommation de psychotropes, nous dénonçons qu'elles soient mises à l'écart comme objet d'étude (Nadeau, 1979; Poole et Dell, 2005; Frigon, 1989; Courty, 2001), et nous ouvrons la possibilité de concevoir une problématique, une étude et une intervention sous un angle féministe dont le point d'appui est le stigma de la femme héroïnomane enfermée dans une spécificité de genre : dépendance aux hommes, transgression de rôle et déviance, honte ou culpabilité, barrières aux services de santé et services sociaux, etc. Nous constatons l'absence de reconnaissance de la minorité héroïnomane féminine dans l'univers scientifique et celui de l'intervention en toxicomanie. Nous croyons qu'il est primordial de développer davantage de connaissances à ce sujet en réalisant, entre autres, des études scientifiques qui font la distinction entre les différences de genres en toxicomanie.

## APPENDICE A

### Principales approches théoriques de la toxicomanie

Comme en témoignent les milieux de pratique et d'intervention québécois auprès des personnes consommatrices de drogues, la consommation de drogues est vue sous de nombreux angles, théorisée selon différents principes qui interprètent la toxicomanie.

Selon notre expérience professionnelle et selon différentes autres sources (Beaumont, 2002, Wilson, 1989, Mercier, 1988, Ausloos, 1994) outre les approches qui seront ultérieurement décrites à la section 2.3, les principales approches théoriques en toxicomanie sont celles-ci : l'approche juridico-moral, l'approche médicale, l'approche psychosociale et bio-psycho-social, l'approche socioculturelle, l'approche systémique, l'approche de l'apprentissage social, l'approche motivationnelle et l'approche cognitif. Chacune d'entre elles proposent un mode d'intervention différent; parfois complémentaire.

- Le modèle juridico-moral met l'accent sur la substance et sur les risques reliés à la consommation. Le problème est la disponibilité des substances et donc la solution est d'interdire la fabrication et la vente des drogues. Par une réglementation stricte, le produit doit être hors d'atteinte. Le consommateur est un pêcheur, un être faible, qui ne parvient pas à se départir de cette mauvaise habitude par lâcheté ou par paresse. L'intervention proposée est alors la détention, la punition, l'hospitalisation ou encore le recours à la religion dans le but de changer le comportement de la personne (Beaumont, 2002, p.12).

- L'approche médicale reconnaît le toxicomane ou l'alcoolique comme un malade. À l'instar d'une personne allergique à une substance il ne parvient pas à se départir de sa dépendance. Pour endiguer sa dépendance, il doit reconnaître « sa maladie », accepter les torts causés par celle-ci et s'en remettre à une force supérieure qui elle, parvient à le guérir. L'intervention suggérée, est l'aide par les pairs, aussi alcooliques ou toxicomanes, la reconnaissance du problème et l'engagement à changer en promouvant une abstinence totale. Ici, l'abus de psychotropes est relié à une fragilité génétique. Les solutions sont d'ordre médical. Le problème est la maladie et la maladie est la dépendance (Wilson, 1989, 345p.).
- L'approche motivationnelle est une méthode qui a comme objectif d'augmenter la motivation intrinsèque d'un individu vis-à-vis un comportement inadapté. Cette approche est basée sur le client et explore l'ambivalence au changement en utilisant une méthode directive. L'intervenant utilise un cycle de motivation pour établir à quelle étape se trouve le consommateur. C'est la réelle demande du toxicomane qui est prise en considération et l'offre de services y correspond. Cette approche a pour but d'augmenter la motivation et d'accompagner le consommateur d'une étape à l'autre jusqu'à ce que celui-ci juge ne plus vouloir consommer. Les étapes ne sont pas linéaires, c'est l'ambivalence au changement du client qui dirigera le traitement (Miller, Rollnick, 1991, 61p.).
- Elle a d'abord été développée pour les comportements de dépendances aux drogues. Maintenant, elle est utilisée pour les troubles alimentaires et les jeux compulsifs.

- L'approche psychosociale met l'accent sur l'individu et sa consommation. L'intervention proposée est de bien saisir l'interaction entre ces deux éléments. La signification et la fonction de l'usage sont primordiales pour permettre une réelle compréhension de la dépendance. Si ce comportement ne répondait pas à une fonction, selon le modèle psychosocial, il disparaîtrait. C'est le contexte de vie qui influence le développement ou non d'une toxicomanie. Les interventions tentent de démontrer le lien entre le consommateur et son milieu pour expliquer le problème en plus d'y rattacher les caractéristiques propres de la personnalité des toxicomanes. Le modèle bio-psycho-social peut se greffer à celui-ci car, qu'il ajoute l'aspect biologique à la dépendance. Le développement d'une toxicomanie est vu comme étant une totalité, c'est-à-dire un être avec un état de santé, un état psychologique et un environnement où les trois éléments de côtoient et interagissent (Mercier, 1988, 240p).
- L'approche socioculturelle sous-tend qu'il existe une relation complexe entre l'individu, la substance et le milieu ou la culture où vit et consomme l'individu. La façon dont la société réagit et définit la toxicomanie aura un impact sur les utilisateurs. La dépendance est d'abord un comportement déviant et doit être traité lorsque les substances consommées sont illicites. Ce sont les conditions socio-économiques et l'environnement du toxicomane qui ont créé un stress psychologique et donc influencé le développement d'un abus (Beaumont, 2002, p.13).
- L'approche systémique a aussi théorisé la toxicomanie en avançant que la dépendance se développe à travers les interactions du consommateur avec un entourage qui induit des habitudes malsaines. Le problème est vu sous l'angle

des relations plutôt que reliait à l'individu seulement. L'intervention est de rétablir des interrelations adéquates dans les systèmes et ainsi viser une réadaptation (Ausloos, 1994, 240p.).

- Le modèle cognitif met l'accent sur les croyances de la personne et ses habiletés à contrôler ou non ses comportements. La toxicomanie se forme de cognitions biaisées concernant soi, les autres et les événements de sa vie. L'intervention identifie les fausses croyances pour les remplacer par des plus réalistes (Beaumont, 2002, p.44).
- Enfin, la théorie de l'apprentissage social avance que l'abus d'alcool ou de drogues est appris en imitant les autres et en tentant l'expérience. Des effets estimés positifs par l'utilisateur tels que la diminution de l'anxiété ou encore le soulagement d'une douleur physique ou psychologique vont amplifier le développement d'une dépendance. Les normes culturelles, le comportement de consommation chez les autres ainsi que chez le consommateur et l'intoxication comme stratégie d'adaptation sont des facteurs qui aggravent ou non une toxicomanie. L'intervention est de réapprendre à consommer adéquatement et de le faire de manière contrôlée (Beaumont, 2002, p.50).

En bref, cette rubrique a détaillé superficiellement les principales approches dans le domaine des toxicomanies car, recenser en détail et en comparaison l'ensemble des théories serait en soi un projet de mémoire. Le travail a été fait ici dans le but de rappeler au lecteur la variété des approches dans le champ d'intervention des toxicomanies.

## APPENDICE B

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT** **RECHERCHE DE TYPE PSYCHOSOCIAL POUR LES SUJETS MAJEURS** **Version révisée en date du 14 décembre 2007**

Titre du projet de mémoire :

L'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent l'injection mutilante :  
points de vue des femmes concernées

Chercheuses :

Maria Nengeh Mensah

Directrice de recherche et professeure à l'École de travail social de l'UQÀM

Léa-Frédérique Rainville

Étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQÀM

Université du Québec à Montréal

Case Postale 8888 Succursale centre-ville

Montréal, Québec

H3C 3P8

(514) 987-3000 # 1723

Organisme commanditaire :

Le CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes)

Lieu(x) où se déroulera le projet :

Les locaux de l'École de travail social de l'UQÀM.

## 2. Introduction

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

### 14. Description du projet

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche impliquant deux chercheuses universitaires. L'étude porte sur l'interprétation des femmes héroïnomanes au sujet de l'injection mutilante. Le but du projet est d'explorer les pistes d'intervention spécifiques aux femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants :

- dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services,
- obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient,
- et outiller les intervenants et intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes.

C'est à l'aide d'entrevues semi-structurées individuelles et de groupe que nous désirons atteindre ces objectifs.

#### 4. Nature de la participation du sujet

Vous serez d'abord convoquée à une première entrevue de type individuel. Cette rencontre permettra de dégager votre portrait à partir d'une série de questions portant sur des aspects sociodémographiques, sur votre mode de vie et sur vos habitudes de consommation.

Vous serez ensuite invitées à participer à une seconde rencontre, soit un *focus group*. Lors de cet entretien de groupe, vous serez amenées à donner votre opinion sur l'interprétation de l'injection mutilante selon trois approches ou modèles d'interventions. Les approches discutées sont : l'approche psychanalytique, l'approche féministe et l'approche de la réduction des méfaits.. Vous partagerez votre point de vue avec d'autres femmes consommatrices ou ex-consommatrices d'héroïne sur l'interprétation que font ces modèles d'intervention de l'injection mutilante chez les femmes héroïnomanes.

La participation à ce projet requiert donc que vous acceptiez de participer à deux rencontres : une rencontre individuelle avec l'étudiante-chercheure et une rencontre de type *focus group* avec des femmes héroïnomanes qui sont en démarche de services au sein des milieux institutionnels et/ou communautaires de la région de Montréal et qui sont ouvertes à discuter en groupe de l'intervention en matière d'injection mutilante.

La durée totale de la rencontre de groupe sera de deux heures et celle individuelle de 30 minutes.

#### 5. Avantages

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. À tout le moins vous aurez permis de faire avancer les connaissances dans le domaine.

#### 6. Risques et inconvénients

Les risques liés à la participation à ce projet de recherche ont trait à la nature des questions posées ainsi qu'à la confidentialité des réponses. Les entrevues qui auront lieu n'ont pas pour objectif de diagnostiquer une condition particulière. Cependant, il est possible que les questions soulèvent un malaise. Vous êtes invitées à discuter de la situation avec les chercheuses. Elles pourront vous diriger vers des ressources appropriées. D'ailleurs, une entente a été prise avec les services psychosociaux du CRAN qui s'engagent à offrir leurs services d'écoute et de soutien aux femmes qui en ressentiraient le besoin suite à leur participation au projet de recherche. Quant à la confidentialité, la transcription des entrevues sera épurée de tous les éléments permettant de vous identifier et chacune des participantes aura un pseudonyme dans le rapport écrit des discussions de groupe. Toutes seront invitées à respecter la confidentialité à l'intérieur du groupe. C'est-à-dire à ne pas divulguer les informations émises en rencontre à l'extérieur.

#### 7. Diffusion des résultats

Nous vous offrons la possibilité d'être tenue informée, par écrit, de l'état d'avancement de nos travaux et des résultats généraux du projet. Vous pourrez consulter l'état d'avancement des travaux de recherche en communiquant avec nous par courriel au : [rituelsfemmes@hotmail.com](mailto:rituelsfemmes@hotmail.com).

#### 8. Respect de la vie privée et protection de la confidentialité

Nous nous engageons à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Afin de protéger votre identité, vous serez désignée par un pseudonyme. Aucun

renseignement nominatif n'est requis pour votre participation à ce projet de recherche. Tous les renseignements obtenus seront dénominalisés (codés) et liés simplement aux renseignements identifiant l'établissement référant. Les entrevues seront transcrites et les enregistrements seront détruits. Les données seront conservées dans un local sous clef, accessible aux seuls membres de l'équipe de recherche. Toutefois, il est possible que nous devions permettre l'accès au dossier de recherche aux autorités compétentes (par exemple à un délégué du CÉRT), pour fins de vérification et de gestion internes. Les résultats de ce projet de recherche pourront servir à des fins de publication ou de congrès scientifique sans que votre identité ne soit révélée.

#### 9. Compensation et dépenses

Vous recevrez une compensation de 20\$ à chacune des entrevues réalisées pour votre participation à ce projet de recherche.

#### 10. Personnes-ressources

Vous pourrez joindre Madame Maria Nengeh Mensah au (514) 987-3000, poste 1723, si vous avez des questions ou désirez plus d'information au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez vous retirer du projet. Toute question, plainte ou critique face au projet de recherche pourra être adressée à la chercheuse principale. Dans l'éventualité où la plainte ne peut lui être adressée, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains (secrétariat : Service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal QC H3C. Le CRAN s'engage à effectuer le suivi psychosocial des femmes si besoin il y a. En cas de demande, un intervenant ou une intervenante psychosociale peut être contacté à tous les après-midi de la semaine au (514) 527-6939.

### 11. Liberté de participation et de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Cependant, une fois les données, cumulées, il sera impossible de vous retirer compte tenu que les données permettant de vous identifier auront été détruites.

### 12. Formule d'adhésion du sujet

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice (ou sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin traitant). Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné(e), consens à participer à ce projet.

Nom du sujet :

Signature

Date :

### 13. Formule d'engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Nom du chercheur :

Signature :

Date :

#### 14. Informations de type administratif

Le formulaire sera inséré au dossier de la recherche. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie et le comité d'éthique de la recherche de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

## APPENDICE C

### Questions soulevées lors des entrevues

Les schémas d'entrevue ont été formulés autour des questions suivantes :

#### Entrevue individuelle

- Rappel des objectifs et du déroulement du projet de recherche
- Présentation et lecture du formulaire de consentement

#### Questions socio-démographiques :

- Âge
- Occupation
- Nombre d'années d'études
- Expériences de travail
- Statut civil
- Enfants

#### Questions sur habitudes de consommation :

- Depuis combien d'années consommes-tu des drogues? (Ou pendant combien d'années as-tu consommé des drogues?)
- Quelles substances consommes-tu? (Ou quelles substances as-tu consommé?)
- Selon toi, face à quelle(s) substance(s) as-tu développé une dépendance?
- À quel âge a été ta première consommation d'héroïne?
- Pendant combien d'années considères-tu avoir eu une dépendance à l'héroïne?

- Quel mode d'administration d'héroïne utilises-tu principalement? (Ou quel mode d'administration utilisais-tu principalement?)
- Selon toi, que sont les comportements ou les situations auxquels tu tiens lors de l'administration de drogue par injection ? (Ou y avaient-ils des comportements ou des situations auxquels tu tenais lorsque de l'administration de drogue?)
- Que penses-tu de l'injection mutilante?

Questions sur la démarche de services :

- Quels services, institutions ou organisme communautaire fréquentes-tu (ou as-tu fréquenté)?
- Depuis combien de temps fréquentes-tu ces organismes?
- Parmi les services fréquentés quelle aide reçois-tu (ou recevais-tu?)
- Es-tu satisfaite de l'aide obtenue et pourquoi ?

## APPENDICE D

### **Entretien de groupe – Focus group –**

En groupe, les femmes devront émettre leurs points de vue sur une mise en situation qui fait référence à aux modèles d'analyse et d'intervention que nous avons recensé dans la littérature et les programmes d'intervention existants, soit : l'approche psychanalytique, l'approche féministe et l'approche de la réduction des méfaits. Voici la mise en situation :

Marie-Pier s'injecte de l'héroïne depuis plus de 10 ans. Lors de son injection, elle apprécie davantage l'intoxication et le soulagement que cela lui procure si elle voit le sang giclé. Elle se blesse avec sa seringue en s'injectant féroce­ment ou alors dans ses plaies. Elle souhaite que ces traces d'injection soient visibles et ne s'en cache pas. Elle a nommé en rencontre psychosociale avoir été abusée sexuellement par son père alors qu'elle avait entre 10 et 13 ans.

Lorsqu'elle questionne les intervenants de son réseau d'aide sur l'origine et la cause de ces comportements, un premier intervenant, Yvon, lui explique que ces comportements mutilants sont associés avec son histoire d'abus sexuel. Selon lui, la seringue et l'injection symbolisent le rapport à la sexualité. Qu'en pensez-vous?

Une deuxième intervenante, Johanne, lui répond qu'il s'agit d'un moyen d'exprimer la violence qu'elle a vécu en retournant l'agressivité contre elle

parce qu'il est interdit aux femmes d'être en contrôle ou d'exprimer leur colère. Qu'en pensez-vous?

Une troisième intervenante, Michèle, croit que si on offrait aux femmes héroïnomanes un site d'injection supervisé, Marie-Pier feraient l'apprentissage d'une bonne technique d'injection et ne s'automutilerait plus en étant sous surveillance d'infirmières. Qu'en pensez-vous?

Selon vous, quel intervenant est le plus aidant et pourquoi?

## APPENDICE E

### Entretiens pour femmes consommatrices ou ex-consommatrices d'héroïne par injection

Dans le cadre d'un projet de maîtrise en travail social à l'UQÀM, venez partager votre point de vue sur les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de l'injection

#### Les objectifs de cette recherche sont :

- dégager le portrait de femmes héroïnomanes en démarche de services,
- obtenir le point de vue des femmes concernées sur leurs rituels d'injection et le sens qu'elles y confèrent ainsi que sur les modes d'intervention qu'elles privilégient,
- et outiller les intervenants et intervenantes en toxicomanie qui travaillent auprès de ce groupe de femmes.

#### Qui peut participer?

- Les femmes adultes consommatrices ou ayant été consommatrices d'héroïne par voie intraveineuse
  - Les femmes en démarche de services
  - Les femmes capables de s'exprimer et de comprendre le français
- Les femmes à l'aise à discuter en groupe et à l'aise de parler de l'injection mutilante avec d'autres femmes héroïnomanes
  - Les femmes qui respectent la confidentialité du groupe

Votre opinion est importante !

Si vous êtes intéressée, vous participerez à :

Une rencontre individuelle de ½ hr ET une rencontre en groupe de 2 hrs

*Dans un local de l'UQÀM*

Pour plus d'infos communiquez avec

Léa-Frédérique Rainville

*Par téléphone au (514) 527-6939 poste 224*

\$\$ UNE COMPENSATION FINANCIÈRE EST OFFERTE À CHACUNE DES PARTICIPANTES \$\$

## BIBLIOGRAPHIE

ADLAF, E., BEGIN, P., SAWKA, (éd.). 2005. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) - Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé.* Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2003. *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Chapitre « Troubles liés à une substance ». Masson. 4<sup>ème</sup> édition. Washington DC. P.222 à 342

AUTO-SUPPORT USAGERS DE DROGUES (ASUD). Sous la coordination de Pierre Chappard. *Manuel du shoot à moindre risques.* Dépliant explicatif à l'usage des consommateurs. Paris.

BEAUCHESNE, Line. 2006. *Les drogues : légalisation et promotion de la santé.* Bayard Canada Livres. 268p.

BEAUMONT, Candide. *Théories des toxicomanes et modèles.* Certificat en toxicomanies : prévention et réadaptation. Recueil de textes et exercices TXM-1441. Session automne 2002. Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal.

BEL, Sophie. 1997. « L'image du corps sexué chez une femme toxicomane ». Rapport d'activités présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie. Université du Québec à Montréal, 81 p.

BÉLANGER, Jean. 2004 *Psychologie de la personnalité*. Notes du cours PSY4090. Département de psychologie. Session hiver. Université du Québec à Montréal. 9 p. [www.er.uqam.ca](http://www.er.uqam.ca). Visité à l'automne 2006

BERGERON, Evelyne. 1990. « Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières » : *Santé mentale au Québec*. Érudit. XV, 1. p. 223-240.

BILLETTE, V., GUAY, S., MARCHAND, A. 2005. *Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits*. Santé mentale au Québec, vol. 30, no.2, p.101-120

BOURGON, Michèle. Corbeil, Christine. 1990. « Dix ans d'intervention féministe au Québec: bilan et perspectives » : *Santé mentale au Québec*, *Érudit*. XV, 1, p. 205-222.

BRACONNIER, Alain. 1974. *Le toxicomane et le corps*. Perspectives psychanalytiques. No. 48. Paris. 263 p.

BRISSON, Pierre. 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. CPLT. p.viii à ix

BRISSON, Pierre. 2002. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratique*. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie. Notes du cours Réadaptation

des toxicomanies. Certificat en toxicomanies : prévention et réadaptation. Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal. Automne 2002. p. 89 à 95

BRISSON, Pierre.1995. *Prévenir le mal de vivre à l'orée de l'an 2000 : réduction des méfaits et promotion de la santé collective*. Synthèse de la conférence d'ouverture. Colloque régional organisé par la Régie régionale des services de santé et des services Sociaux. (Chaudière-Appalaches. 16 novembre 1995). p. 57 à 60.

Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de la Colombie-Britannique (CWHN). 2008. *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon*. Groupe de travail ad hoc sur les femmes, la santé mentale, l'utilisation de substances et la toxicomanie. 59 p.

CHARLES-NICOLAS, Aimé. 1982. Institut des sciences psychosociales et neurobiologiques. UER expérimentale de Bobigny. *Le toxicomane et le corps*. Cahier numéro 15. Paris. p. 1 à 14.

CHISSASSON, Jean-Patrice. 1999. Modèles d'intervention du traitement de l'héroïnomanie dans une perspective d'abstinence. Actes du Congrès *Drogues par injection : Enjeux pour la société*. Montréal. 12 mars 1999.

CLACIOOLARI, Giancarlo. 2002. *Entretien sur la toxicomanie avec Claude Olivenstein*. (Paris, le 1<sup>er</sup> mars 2002). International Webzine Transfinito. 6 p. [www.transfinito.net](http://www.transfinito.net). Visité à l'automne 2006.

COLLEEN, Anne Dell et FILLOMORE, Cathy. 2006. *L'automutilation chez les femmes criminalisées*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les

toxicomanies (CCLAT) et Comité intersectoriel du Manitoba sur l'automutilation, 8p.  
[www.cclat.ca](http://www.cclat.ca). Visité à l'hiver 2007

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *Savoir préparer une recherche la définir la structurer la financer*. Recueil de textes du cours Méthodologie de recherche et intervention : problèmes et enjeux. Faculté de travail social de l'UQÀM. Session Automne 2006. Professeur Lucie Dumais. p. 58 à 87

COURTY, Pascal. (2001). *Le travail avec les usagers des drogues : pour une approche humaine des soins*. Éditeur Lamarre. Paris. 141p.

CORBEIL et al. 1983. *L'intervention féministe : l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*. Éditions coopératives. A Saint-Martin, Montréal. 188p.

DUFOUR, Magali. 2004. *La prévalence des abus sexuels dans l'enfance chez les personnes dépendantes*. 5<sup>ème</sup> Édition du Colloque de formation interdisciplinaire sur les traitements de substitution. Le Service d'appui à la méthadone (SAM) en collaboration avec les comités organisateurs et scientifique. (Montréal 2 et 3 décembre 2004). 6 p.

DUFOUR, M., NADEAU, L., CORBIÈRE, M. 2001. *Stratégies d'adaptation des victimes d'abus sexuels résilientes et toxicomanes*. Revue québécoise de psychologie. Vol.22, no.1, p.149 à 161

FAVAZZA, A. CONTERIO, K. 1986. *Female habitual self-mutilators acta psychiatrica scandivica*. Vol. 79, p. 283 à 289

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. p. 315 à 326

FISHERS, W. 2002. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American academy of child and adolescent*. Vol. 37. p.915-923

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome*, Toronto, 1997.

FORTIER, Isabelle. 2007. *L'automutilation, une stratégie d'adaptation? Étude exploratrice auprès des femmes*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social. Université du Québec en Outaouais. 77 p.

FORTIN, Ghislaine. 1984. *L'inceste : trouver un lieu de parole*. Santé mentale au Québec, vol. 9, no.2, p.57-68.

FORTIN, Marie-Fabienne, José Côté et Françoise Filion. 2006. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Les approches quantitative et qualitative. Chapitre 2. Chenelière Éducation. Montréal. 483p.

FREUD, Sigmund. Traduit de l'allemand par S. Jankélévitch. 1922, 1961 pour l'édition française. *Introduction à la psychanalyse*. Bibliothèque scientifique Payot dans La Petite Bibliothèque Payot. Presse CAMERON. France. 441p.

FREUD, Sigmund. Traduit de l'allemand par Anne Berman. 1949. *Abrégé de la psychanalyse*. Presses universitaires de France. Paris. 84p.

FREUD, Sigmund. *Choix de textes* rassemblés par M. Th. Laveyssière. 2003. Collection médecine et psychothérapie. Masson. Paris. 247p.

FRIGON, Sylvie. 1989. « Femmes et héroïne : bilan des connaissances, limites et perspectives nouvelles ». *Érudit*. Criminologie, volume XXII, numéro 1. Les Presses de l'Université de Montréal. 100p.

FRIGON, Sylvie. 2001. « Femmes et emprisonnement : le marquage du corps et l'automutilation ». *Érudit*. Criminologie, volume 34, numéro 2. Les Presses de l'Université de Montréal. 60p.

GALIMARD-MAISONNEUVE, Élisabeth. *L'héroïne et le sexe : quelques accroc...* Professionnels documents sur les dépendances. p. 2. Document Internet visité à l'automne 2006.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 2001. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque Nationale.

GUAY, Lyne. POULIN, Annie. 2006. *Le traitement de l'abus sexuel auprès de la clientèle toxicomane et l'intégration des mouvements oculaires : une combinaison thérapeutique efficace*. Colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec. « Prévenir et intervenir en toxicomanie : de multiples défis ». Actes de XXIVème. (Trois-Rivières). p. 289 à 316

HANKINS, C., GENDRON, S., O'SHAUGHNESSY, M. 1989. *HIV-1 Infection in medium security prison for women-Quebec*. Can. Dis. Wkly. Rep. 15. p. 168 à 170

LAFORCE, Robert Jr. 1998. *Réflexion psychodynamique : à propos d'une structure de personnalité toxicomaniaque spécifique à l'alcool et aux drogues dures*. Santé mentale au Québec, vol.23, no.1, p.214-234.

LE BRETON, David. 2003. *La peau et la trace*. Paris. Éditions Métailié. 143 p.

MAYER, Robert et al. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaétan Morin Éditeur. Montréal. 2000. 409 p.

MAYER, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs. *Méthode de recherche sociale en intervention*. L'analyse des besoins. Chapitre 10. Gaétan Morin Éditeur. Recueil de textes du cours Méthodologie de recherche et intervention : problèmes et enjeux. Faculté de travail social de l'UQÀM. Session Automne 2006. Professeur Lucie Dumais. P.277 à 279.

MILLAUD, F. (1992) *Le passage à l'acte, Aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Médecine et psychothérapie, Paris. p.4 à 39.

MILLER, William. ROLLMICK, S. 1991. *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York : Guilford. 61 p.

NADEAU, Louise. 1979. *Pourquoi les femmes prennent-elles autant de pilules pour les nerfs?* Dans la pensée féministe au Québec. Anthropologie 1900-1985, sous la

direction de Micheline Dumont et Louise Toupin. Montréal : Remue-ménage. P.536-541.

NADEAU, Roxane. 2003. *Pute de rue*. Éditions des Intouchables. Montréal. 103p.

OLLIVIER, Michèle, TREMBLAY, Manon. 2000. *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Collection Outils de recherche. Harmattan. Montréal. 256p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2009. *Rapport sur la santé dans le monde*. Site internet [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr), site internet. Visité à l'été 2009.

POOLE, Nancy, DELL, Anne Collen. 2005. *Toxicomanie au féminin*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes. 15p. [www.cclat.ca](http://www.cclat.ca). Visité à l'hiver 2007

PRUD'HOMME, Diane. (1994). *La victimisation des femmes : quand ça commence et où ça finit*. Éditeur le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale. Montréal. 36p.

RIVETTE, Francine. 2000. *L'usage abusif de substances toxiques par les femmes violentées : les effets d'une victimisation sociale*. Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire. Vol.6, no.1, p.232-249

ROGERS, Carl. 1984. *L'objectif : la personne fonctionnant pleinement*. in Liberté pour apprendre. Paris. Borduas. 364 p.

SABOURIN, Gilles. 1997. *Drogues injectables. Un enfer silencieux*. Santé 131. p. 12 à 17.

SCHNEEBERGER, Pascal. 1999. *Portrait émergeant des consommateurs d'héroïne au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec. Ministre de la Santé et des Services sociaux. Montréal. 54 p.

SERVICES CORRECTIONNELS DU CANADA. 1999. *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*. La santé mentale et les stratégies d'intervention intensive. Site internet [www.csc-scc.gc.ca](http://www.csc-scc.gc.ca) . Visité à l'été 2009

SIMONEAU, Hélène. 2006. *Les survivants de trauma : un défi pour l'intervention en toxicomanie*. Colloque « Prévenir et intervenir en toxicomanie : de multiples défis ». Colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec. « Prévenir et intervenir en toxicomanie : de multiples défis ». Actes de XXXIVème. (Trois-Rivières). p.13 à 34.

STATISTIQUES CANADA. 2005. *Crimes selon le type d'infraction*. CANSIM. TABLEAU 252-0013. Site Internet [www40.statcan.gc.ca](http://www40.statcan.gc.ca). Visité à l'été 2009.

STATISTIQUES CANADA, Site internet officiel du Gouvernement du Canada, [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca), mai 2008. Visité à l'été 2009.

SUISSA, Amnon Jacob. *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. 2007. Bibliothèque nationale du Québec. Les Éditions Fides. Nouvelle édition mise à jour. 231p.

SWAPS. *Santé, réduction des risques et usages de drogues*. No. 52. Trimestriel. « Comment les usagers vivent les effets des opiacés sur leur sexualité ». France. 22p.

VANDAL, Claudette. 1997. *Les pratiques d'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S)*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en intervention sociale. Université du Québec à Montréal. 210 p.

VAN GIJSEGHEM, Hubert. GAUTHIER, Louisiane. 1992. *De la psychothérapie de l'enfant incestué: les dangers d'un viol psychique*. Étude de l'image corporelle comme méthode d'investigation de la relation entre dépression et délinquance féminine. Thèse présentée en vue l'obtention du grade de Ph.D en psychologie. Université de Montréal. p.19-30