



drogues | santé | société

## **Numéro non thématique**

Volume 14, numéro 2, mars 2016

**Sous la direction de Didier Jutras-Aswad,  
Chantal Robillard et Louise Guyon**



## Mot de présentation

**Didier Jutras-Aswad, Chantal Robillard et Louise Guyon**

Le présent numéro de *Drogues, santé et société* propose un ensemble d'articles qui témoigne de la complexité et de l'ampleur du champ d'études sur les substances. La diversité des thématiques, des approches théoriques et des interventions démontre qu'il devient nécessaire de situer la consommation de substance dans une approche globale qui reflète l'ensemble du vécu d'une personne ou d'une société. Tout comme la toxicomanie ne peut s'étudier seule, sans l'examen d'autres formes de consommation ou de troubles de santé mentale, l'intervention auprès de consommateurs de substances exige un travail d'équipe inscrit dans le vécu social et culturel du client, intégrant sa famille et son réseau de pairs, voire sa communauté. Enfin, ces articles illustrent la pertinence d'aborder les drogues et la toxicomanie dans une approche multidisciplinaire, passant autant par la philosophie, la santé publique que la médecine physique, la psychiatrie et la criminologie, pour une réflexion sur les drogues et la toxicomanie à toutes les étapes de la vie, du nourrisson à l'âge adulte.

Le premier article de Sahed s'intéresse à la consommation de cigarettes et de cannabis à l'adolescence, posée ici comme une période charnière associée à un potentiel de vulnérabilité psychosociale. Par une série d'entretiens auprès de plus de quarante étudiants français au lycée, l'auteur explore comment s'actualise la fonction parentale sur le terrain crucial qu'est l'interaction de l'adolescent avec ses pairs. On y dévoile l'importance des pratiques parentales dans l'adoption et l'évolution des valeurs et des comportements de l'adolescent. L'auteur met par le fait même de l'avant un point de vue susceptible de soulever plusieurs questionnements, soulignant que la consommation de cigarettes et de cannabis est en quelque sorte un marqueur de la qualité des pratiques parentales.

Kindelberger et collègues explorent également des enjeux clés liés à la consommation chez les jeunes. À l'aide d'un devis qualitatif, les auteurs s'intéressent aux changements récents à la réglementation sur la vente d'alcool et de tabac aux mineurs en France, de même qu'aux efforts de prévention mis en place et aux investissements significatifs qui s'y rattachent. Par l'entremise d'entrevues menées auprès de 57 adolescents âgés de 12 à 17 ans, Kindelberger et ses collègues explorent leurs réactions et leurs perceptions au regard des nouvelles mesures de santé publique. L'analyse de contenu met également en évidence des constats marqués par le paradoxe : Si les lois sont bien connues des adolescents, qui en ont une représentation plutôt positive, ceux-ci soulignent aussi qu'elles sont faites pour être enfreintes. Les auteurs viennent ainsi mettre en lumière les ramifications multiples et complexes de l'impact des politiques de santé publique, particulièrement chez les jeunes.

## Mot de présentation

Le troisième article touche à un enjeu qui a suscité un débat continu au cours des dernières années, soit la priorisation des approches à privilégier dans la lutte à l'itinérance. Les auteurs avancent que les approches traditionnelles centrées sur l'abstinence et les traitements psychiatriques ont été remises en question par l'avènement de la stratégie *Pathways to Housing*, ou « logement d'abord », développée aux États-Unis. Prônant l'accès au logement comme première étape incontournable pour la sortie de l'itinérance, « logement d'abord » a donné lieu au développement d'une panoplie de variantes intégrant différents types d'interventions. Beaudoin nous rapporte donc les résultats d'une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de cette approche. Cet article met en évidence le fait que la stratégie « logement d'abord » permet d'améliorer l'accès et le maintien en logement pour les personnes itinérantes qui souffrent souvent de comorbidités addictives ou psychiatriques. Il semble toutefois qu'elle ne soit pas plus efficace que les approches traditionnelles pour améliorer l'évolution de la toxicomanie ou des problèmes de santé mentale. L'auteur vient par le fait même suggérer tout un agenda de recherche afin de mieux comprendre les façons d'optimiser les services offerts aux personnes en situation d'itinérance.

Le texte de Fortin propose quant à lui une réflexion historique de la construction des typologies développées au sein de différentes disciplines pour classer les individus et les groupes sociaux selon leurs « pratiques de boire ». En faisant état des connaissances issues des recherches typologiques du XX<sup>e</sup> au XXI<sup>e</sup> siècle, l'auteure situe les approches pathologiques et socioculturelles de l'alcoologie selon leurs fondements épistémologiques reconnaissant pour certaines l'abus et la dépendance comme une entité pathologique, et soulignant plutôt pour d'autres l'influence du contexte social et culturel sur la gestion de la consommation d'alcool par les individus ou les groupes. À la lumière des apports et limites de chacune, Fortin illustre la complexité du développement de typologies dans la prise en compte de la « nature multidimensionnelle » des pratiques de consommation d'alcool et de leurs variabilités inter et intrasociales. L'auteure souligne alors l'importance de mettre en relation les usages d'alcool, les contextes de consommation et les motivations à boire afin de développer des typologies plus exhaustives de la consommation d'alcool.

L'Espérance, Bertrand et Perreault rapportent dans le cinquième article les résultats d'une méta-analyse sur l'efficacité de programmes de traitement intégré chez les femmes enceintes et les mères consommatrices de psychotropes. Bien que peu d'études aient abordé le phénomène, les travaux existants se sont attardés à l'efficacité des programmes de traitement intégré chez les mères, sur l'issue de la grossesse et la santé des enfants, ou encore sur les pratiques parentales. Malgré les difficultés méthodologiques dans la comparaison entre les études, les résultats des recherches indiquent un effet supérieur des programmes d'intervention intégrée comparativement à l'absence d'un traitement ou d'un programme de traitement non intégré. Cet effet positif du traitement intégré se remarque notamment sur les habitudes de consommations des femmes, l'accouchement ou la santé du bébé, ainsi qu'en ce qui a trait aux consultations prénatales et aux pratiques parentales. Par conséquent, les auteurs proposent des recommandations pour mieux cibler les programmes de traitement intégré chez les femmes enceintes ou mères consommatrices de psychotropes.

Dans le sixième article du numéro, Quintin, Côté et Guimaraes se penchent sur les enjeux éthiques associés au programme de suivi intensif en communauté. Les auteurs mettent en relation les principes de bienfaisance et d'autonomie à ceux de coercition dans un contexte de soutien aux personnes souffrant de troubles de santé mentale et d'abus de substance. Inscrits dans une approche de réduction des méfaits, ils proposent une démarche pragmatique qui favorise la mise en place des conditions nécessaires au bien-être du client et au maintien de sa liberté. Grâce à une démarche dialogique, l'intervenant devient alors un médiateur, une personne ressource ou un porte-parole. Il soutient le processus de prise de décision du client, l'aide à donner sens à sa situation, tout en

## Mot de présentation

gardant un esprit critique en ce qui a trait à la démarche. Ce travail exige alors des intervenants qu'ils réfléchissent en équipe aux dilemmes rencontrés dans ce parcours et qu'ils développent une éthique relationnelle qui devra par la suite être incluse dans les codes déontologiques. Quintin et ses collègues concluent donc que l'autonomie du client ne peut se bâtir que dans cette « intersubjectivité dialogique » entre le client et l'intervenant.

Finalement, l'article d'Émard et de Gilbert explore comment s'articulent la consommation de substances et la parentalité chez des jeunes en contexte de précarité socioéconomique. L'analyse du discours de jeunes consommateurs et parents n'ayant pas la garde de leur enfant offre un portrait de leur expérience qui va au-delà des symptômes et de la délinquance, et qui remet en question les approches centrées uniquement sur les besoins de l'enfant. Les auteurs décrivent l'ambivalence ressentie par rapport à l'enfant qui devient à la fois pour ces jeunes une source de réconfort, de guérison et une source de problèmes limitant l'expression de leur liberté. Pareillement, la drogue est d'une part perçue comme une réponse à un inconfort, un malaise ou un manque affectif initial, ou encore comme une solution aux manques ou vides relationnels, ou aux blessures narcissiques ; et d'autre part, comme une source d'isolement et de perte de contrôle. La présence de l'enfant vient alors bouleverser cette trajectoire centrée sur l'objet-drogue, pour pousser le jeune à entrer en relation avec l'autre. Les auteurs proposent donc en conclusion d'intéressantes interventions auprès de ces jeunes toxicomanes qui soutiennent cette ambivalence par rapport à l'enfant afin de favoriser le développement d'un sentiment de parentalité durable.

Ce numéro regroupe donc un ensemble d'articles traitant de la toxicomanie sous des angles variés. Fidèles à la mission de la revue, des auteurs d'horizons forts différents jettent des regards pertinents et souvent nouveaux sur l'utilisation de substances et la toxicomanie. Cette série d'articles rend aussi bien compte du fait que cette problématique atteint des personnes aux profils multiples, et que sa nature touche à bien d'autres sphères que la consommation de substances en soi. On y voit aussi toute la richesse de la diversité des approches méthodologiques qui apparaît plus que jamais nécessaire pour saisir une problématique si complexe.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

# Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation

**Imaine SAHED**, Doctorante, Sociologie Démographie, Laboratoire CADIS, EHESS, Paris, Réseau doctoral EHESP, Rennes

## Correspondance

Imaine SAHED  
CADIS  
190-198 avenue de France  
75244 Paris Cedex 13  
Tél. : +33 (0)1 49 54 24 27  
imaine-s@hotmail.fr

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Consommer la cigarette ou le cannabis fait partie de la norme culturelle adolescente<sup>[1]</sup>. Il s'agit, à cette étape de la vie, d'une expérience généralisée. Cependant, si à cet âge certains jeunes (filles et garçons) ne font qu'expérimenter, d'autres intensifient progressivement la fréquence de l'usage. Pour comprendre ces différences, l'article interroge le rôle des parents dans la façon dont l'adolescent réagit à l'influence culturelle de ses pairs. L'entretien individuel biographique apparaît être la méthode d'enquête la plus appropriée pour explorer empiriquement le rôle des parents dans le parcours de consommation de substances au cours de l'adolescence. Nous avons mené des entretiens biographiques auprès de quarante-quatre lycéens de la région parisienne en France. Notre échantillon a été constitué par la méthode boule de neige. L'originalité de cet article tient à la façon dont il mobilise le concept de vulnérabilité pour comprendre la consommation de substances psychoactives à l'adolescence : la vulnérabilité de l'adolescent désigne une situation dans laquelle il n'a pas trouvé auprès de ses parents un point de repère normatif à partir duquel organiser son système de valeurs et orienter son comportement. Dès lors, la consommation de cigarettes et de cannabis se révèle être un bon indicateur d'un dysfonctionnement des pratiques parentales et une réponse de l'adolescent à une situation de vulnérabilité.

**Mots-clés :** adolescence, vulnérabilité, quête identitaire, étude qualitative, parents, pairs

### **Cigarettes and cannabis during adolescence: the search for identity and vulnerability in the course of consumption**

#### **Abstract**

The cigarette or cannabis consumption by teenagers is part of teen culture. It is a generalised experience during adolescence<sup>[2]</sup>. However, all teenagers have never smoked. Some young people (girls and boys) prefer only to experiment substances, others intensify gradually the frequency of use. In order to understand these differences in tobacco and cannabis use, the article questions the parents role in the way young people react to cultural peers influence. In order to capture parents role on substances consumption behavior during adolescence, the biographic interview appears to be the most appropriate method of investigation. We carried out 42 biographic interviews with high school students who live in the regions around Paris in France. The sample was built using the snowball method.

This study is original because it introduces the concept of vulnerability.

The adolescent 's vulnerability means a situation in which he does not find with his parents a point of reference enabling him to organize his value system and define his behaviour. So, the psychoactive substances consumption during adolescence constitutes a good indicator revealing a parental dysfunction and an individual solution to face a vulnerability situation.

**Keywords:** Adolescence, vulnerability, quest for identity, qualitative, investigation, parents, peers

---

<sup>1</sup> Le concept d'adolescence fait référence à un moment de la vie lié à un processus de transformations psychiques et physiologiques et d'autonomisation par rapport à la famille.

<sup>2</sup> The adolescent concept refers to psychic, physique and to family autonomisation process.

## **El consumo de cigarrillos y cannabis durante la adolescencia: búsqueda identitaria y vulnerabilidad en el camino del consumo**

### **Resumen**

Consumir cigarrillos o cannabis forma parte de la norma cultural adolescente<sup>[3]</sup>. En esta etapa de la vida se trata de una experiencia generalizada. Sin embargo, si bien a esta edad ciertos jóvenes no hacen más que experimentar (varones y mujeres), otros intensifican progresivamente la frecuencia y el uso. Para comprender estas diferencias, el artículo analiza el papel que cumplen los padres en la manera de reaccionar de los adolescentes a la influencia cultural de sus pares. La entrevista individual biográfica parece ser el método de investigación más adecuado para explorar empíricamente el papel de los padres en el camino del consumo de sustancias durante la adolescencia. Hemos realizado entrevistas biográficas con cuarenta y cuatro alumnos de liceo de la región parisina en Francia. Constituimos la muestra con el método bola de nieve. La originalidad de este artículo radica en la manera de movilizar el concepto de vulnerabilidad para comprender el consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia: la vulnerabilidad del adolescente designa una situación en la cual el joven no ha encontrado en sus padres un punto de referencia normativo a partir del cual organizar su sistema de valores y orientar su comportamiento. En este caso, el consumo de cigarrillos y de cannabis se destaca como un buen indicador del disfuncionamiento de las prácticas parentales y una respuesta del adolescente ante una situación de vulnerabilidad.

**Palabras clave:** adolescencia, vulnerabilidad, búsqueda identitaria, estudio cualitativo, padres, pares

---

<sup>3</sup> El concepto de adolescencia se refiere a un momento de la vida relacionado con un proceso de transformaciones psíquicas y fisiológicas y con la autonomización de la familia.

### Introduction

L'adolescence est une période au cours de laquelle le jeune est confronté aux questions existentielles tournant autour de son identité : « Qui suis-je ? À qui ai-je envie de ressembler ? Quelles références, quelles valeurs morales et spirituelles adopter ? » (Jeamment & Bochereau, 2007). Au cours de cette période, l'adolescent oscille entre deux identités : celui qu'il est en famille et celui qu'il est en présence de ses amis (De Singly, 2006). Même si la famille constitue un pilier affectif important pour l'adolescent (Galland & Roudet, 2001), celui-ci est sensible à l'influence de ses amis (Pasquier, 2005). Ainsi, dans cet article, nous proposons une réflexion empirique sur le rôle que jouent les parents pour endiguer l'influence des pairs. C'est à travers le comportement de consommation de cigarettes (manufacturées) et de cannabis qu'il nous est possible d'appréhender ce rôle.

Pour cela, nous concentrons notre réflexion sur deux profils d'usagers que nous définissons en fonction du mode d'évolution de la consommation au cours de l'adolescence. Nous nous sommes appuyés sur les indicateurs de fréquence de consommation proposés par l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (Spilka, Le Nezet & Tovar, 2012) afin d'identifier les parcours d'évolution et d'établir nos profils.

Nous distinguons :

- les individus qui se sont limités à un seul usage au cours de la vie : les « expérimentateurs » ;
- les individus qui ont développé progressivement une consommation régulière de cigarettes et/ou de cannabis (dont la fréquence atteint au moins dix usages de cannabis ou de tabac par mois) : les « consommateurs réguliers ».

Ces deux profils sont intéressants dans la mesure où ils présentent dans notre étude une différence dans leur rapport aux normes parentales. Alors que les expérimentateurs se conforment le plus souvent aux normes de leurs parents, la majorité des consommateurs réguliers de cigarettes et/ou de cannabis préfèrent s'en distancier. Nous verrons que cette différence est notamment due aux pratiques de leurs parents. Cet article interroge le rôle que peuvent jouer les parents dans le développement de la consommation de produits.

Dans une période où l'individu est sensible aux comportements à risque (White, Jobin, McCann & Morin, 2002), les pratiques parentales constituent, en effet, des facteurs qui protègent ou pas l'adolescent du développement et de l'acquisition de ces comportements à risque (Hawkins, Catalano & Miller, 1992 ; Kaminer, 1994 ; Solkchakah & Armentano, 2002). Nous tenterons, dans cet article, d'éclairer, à travers le concept de *vulnérabilité*, le rôle des parents dans la consommation de produits.

C'est d'ailleurs sous cet angle de la vulnérabilité que de nombreux travaux ont tenté d'apporter des explications aux pratiques de consommation de l'adolescent. Pour certains auteurs, la consommation de cigarettes et de cannabis est l'expression d'une vulnérabilité psychopathologique qui caractérise la période de l'adolescence (Laguerre, 2008). Pour d'autres, elle est l'expression d'une vulnérabilité de l'adolescent face à l'influence des pairs et aux contraintes normatives de la culture adolescente (Petiau, Pourtou & Galland, 2009 ; Pasquier, 2005). Dans cet article, la signification que nous associons à ce concept s'appuie sur l'analyse des entretiens avec les jeunes. La vulnérabilité concerne ici non pas l'état de l'adolescent, mais une situation causée par des facteurs externes, en particulier les facteurs parentaux. Nous verrons dans quelle mesure les pratiques parentales peuvent produire de la vulnérabilité et de quelle manière la notion de vulnérabilité peut éclairer le parcours de consommation de cannabis et de cigarettes au cours de l'adolescence.



## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Nous démontrerons que la consommation de substances apparaît être la conséquence de relations parentales et d'un environnement éducatif peu adaptés (trop stricts, trop laxistes, conflictuels) souvent pénalisants pour l'adolescent et qui encouragent les jeunes à préférer les normes de leurs pairs au détriment de celles de leurs parents.

L'article se divise en trois parties. La première partie apporte un cadrage théorique essentiel à la formulation de notre problématique et de nos hypothèses.

La seconde partie de l'article présente notre méthode d'enquête, soit une enquête qualitative que nous avons menée auprès de lycéens. De nature exploratoire, notre démarche consiste, entre autres, à appréhender, à travers l'étude des représentations qu'ont les jeunes des pratiques parentales, les mécanismes qui sont en cause dans la distanciation de la norme parentale.

Nous présentons les résultats de cette enquête empirique dans la troisième partie, qui se décompose en trois sous-parties. Dans la première, nous décrivons la configuration familiale dans laquelle se placent les consommateurs réguliers et les expérimentateurs. Cette partie, plutôt introductive, reprend le cheminement intellectuel à l'issue duquel nous suggérons d'utiliser la notion de vulnérabilité pour décrire la configuration familiale des consommateurs réguliers. La seconde sous-partie décrit les différentes situations de vulnérabilité. Enfin, nous terminons l'article par une discussion de nos résultats et de notre matériel empirique.

### **Consommer ou non la cigarette, le cannabis : facteurs parentaux, influence des pairs**

La notion de vulnérabilité reste assez floue : « Le mot lui-même souffre d'un trop-plein sémantique puisqu'il évoque aussi bien la dépendance ou la fragilité que l'insécurité, la centralité, la complexité, l'absence de régulations efficaces ou la faible résilience – et ce ne sont là que quelques exemples » (Theys, 1987).

En sociologie, la notion de vulnérabilité apparaît avec le concept d'autonomie et de responsabilité. Elle est aujourd'hui couramment utilisée pour désigner un état de fragilité, une propension à subir des dommages ou une faible capacité à faire face à des événements désastreux. Cette notion peut renvoyer à une perte d'autonomie, à l'incapacité d'agir (Bataille, 2003). Elle s'oppose ainsi à la notion de résilience qui désigne la capacité d'agir et de réagir. Appliquée à la population adolescente, cette notion est synonyme de dépendance, de sentiment d'impuissance, de faiblesse. La vulnérabilité de l'adolescent est souvent associée aux comportements à risque pour la santé ou aux troubles psychiques. Elle côtoie la notion de désaffiliation, d'exclusion sociale (Castel, 1995) et désigne aussi bien des problèmes d'adaptation, des problèmes sociaux, familiaux, d'éducation (Zweig, 2003) que des facteurs génétiques, psychiques (Lagrue, 2008). Mannon (1979) décrit l'adolescence comme une période de grande vulnérabilité intellectuelle et somatique où les pulsions sont mal maîtrisées. Cependant, l'objet de la définition de la vulnérabilité n'est pas, dans cet article, l'adolescent dont les capacités cognitives sont limitées. La notion renvoie ici à une forte sensibilité à l'influence des pairs durant cette période (Pasquier, 2005).

L'adolescence est, en effet, connue pour être « l'âge de l'amitié » (Bidart, 1997). Les amis véhiculent, à travers l'apparence ou les goûts musicaux, les normes et les codes de la culture adolescente (Dubet & Martucelli, 1996). Cet univers culturel se définit en opposition aux normes parentales et sociales, plutôt tournées vers le modèle de la réussite scolaire et de l'intégration sociale (Peretti-Watel, 2001a). Ainsi, à l'inverse du discours public et parental qui réprovoque l'usage de la cigarette et

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

du cannabis pour leurs conséquences sanitaires ou sociales (Choquet, Hassler, Morin, Falissard & Chau, 2008), le comportement est banalisé, voire normalisé dans la culture juvénile (Aquatias, Maillard & Zorman, 1999) : s'abstenir de fumer du cannabis est assimilé à un comportement déviant (Menghrajani, 2006).

De nombreux travaux confirment l'influence des pairs dans l'essai et le développement à l'adolescence de la consommation des substances psychoactives (Becker, 1985; Belcher & Shnitzky, 1998; Marcelli, 1999; Peretti-Watel, 2001b). Derrière celle-ci, souvent réprochée et interdite, aussi bien dans le discours public que dans le discours parental, se cache un besoin de l'adolescent de s'intégrer au groupe de pairs (Bauman & Ennett, 1996) ou de revendiquer son adhésion aux normes culturelles des pairs (Coggans & McKellar, 1994). Consommer la cigarette ou le cannabis traduit une volonté de l'adolescent de se construire une identité à distance du système normatif parental (Buelga & Mutsitu, 2006). Même si l'influence du groupe de pairs est à l'origine des premiers essais de substances psychoactives, la famille demeure primordiale dans sa façon d'endiguer ou de favoriser l'influence des pairs (Velleman, Templeton & Copello, 2005). Dès lors, la notion de vulnérabilité fait appel ici à la responsabilité éducative des parents et elle interroge les pratiques parentales. Certains travaux démontrent que l'influence des pairs sur les comportements de consommation, notamment de cannabis, est la conséquence d'une absence de supervision, d'encadrement parental (Glendinning, Shucksmith & Hendry, 1997; Tuttle, Melnyk & Loveland-Cherry, 2002). D'autres démontrent que l'abus de substances est lié à une éducation rigide (Dias, 2002).

Dans la littérature, le contrôle familial, l'affection, la cohésion, la communication et le soutien familial protègent du comportement à risque (Loeber, Yin, Anderson, Schmidt & Crawford, 2000; Nicholson, 2000; Wainright & Patterson, 2006).

En revanche, la rupture ou l'absence de liens affectifs ainsi que la présence de conflits entre l'adolescent et ses parents peuvent conduire au développement d'une consommation quotidienne de cannabis (Marcelli & Braconnier, 2000). L'absence ou le mauvais rapport avec le père sont, par exemple, des facteurs associés à un haut niveau de consommation de cannabis ainsi qu'à une dépendance chez les filles et les garçons âgés de quinze à dix-neuf ans (Chedid, Romo & Chagnard, 2008).

Deux facteurs parentaux semblent donc déterminer les pratiques de consommation :

- les pratiques éducatives d'encadrement, de contrôle – le fait que le foyer parental impose et fixe des limites, des règles, des normes, ou qu'il ne le fasse pas (Claes, 2004);
- le climat familial, notamment la qualité de la relation avec les parents – le fait que le foyer parental réponde ou pas aux besoins affectifs de l'adolescent.

Explorons, le temps de cet article, ces facteurs parentaux : comment peuvent-ils orienter le comportement de l'adolescent à l'égard de la cigarette ou du cannabis ?

### Problématique

En tant que lieu de production de liens, de règles, de normes, de dialogue informatif (échanger des informations sur les drogues) et de dialogue interactif (échanger des émotions, des affects) (Marcelli & Braconnier, 1998), le foyer parental permet à l'adolescent de s'adapter aux bouleversements physiques et psychiques qu'il traverse (Claes, 2004; Baumrind, 1975; Maccoby & Martin, 1983). Dès lors, il est censé protéger directement ou indirectement l'adolescent de l'influence de ses pairs et de la prise de risques.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Le développement de la consommation de tabac et de cannabis à l'adolescence signifie alors, de ce point de vue, qu'à un moment donné, le foyer parental a « dysfonctionné » au sens où il n'a pas joué auprès du jeune son rôle protecteur. Ce dysfonctionnement traduit une situation où le dialogue avec les parents a été interrompu et le processus de transmission de normes parentales<sup>4</sup> est « tombé en panne ». Ce dysfonctionnement s'exprime par une préférence des adolescents pour les normes des pairs plutôt que pour celles de leurs parents.

C'est autour de la déficience des parents dans leur rôle de repère normatif auprès de l'adolescent que nous resserrons la problématique. Contrairement aux travaux qui établissent un lien entre la dégradation de la relation parents-enfants, le laxisme parental et la consommation de substances psychoactives, nous tentons de savoir comment les parents en arrivent, à un moment donné, à ne pas constituer une référence normative pour leur enfant. Comment le concept de vulnérabilité peut-il être mobilisé pour traduire, interpréter cette situation ? En d'autres termes, dans quelle mesure la déficience des parents rend-elle les jeunes vulnérables au développement de la consommation ? Pour le dire encore autrement, dans quelle mesure la consommation de cigarettes et de cannabis, généralement interdite ou déconseillée par les parents, est-elle la conséquence d'une situation de vulnérabilité au sens d'une déficience de l'influence et du rôle parentaux (Dubar, 2000) ?

### Hypothèses

Partant de l'idée selon laquelle les consommateurs réguliers sont ceux qui choisissent de se conformer aux normes des pairs au détriment des interdits et des normes parentales, nous supposons que le foyer parental n'a pas été un repère normatif pour l'adolescent consommateur. Certains facteurs peuvent l'expliquer.

Ce refus des normes parentales naît dans certaines configurations éducatives. Des travaux ont démontré que le laxisme parental est associé à une consommation de grandes quantités de substances psychoactives (Brody, Flor, Hollett-Wright, McCoy & Donovan, 1999).

Certains parents estiment que s'ils lèvent les interdits et se montrent plus laxistes, leur adolescent s'opposera moins. Nous supposons, au contraire, que c'est plutôt devant des pratiques éducatives défaillantes (absence de règles, de contrôle parental) que les adolescents vont mobiliser les normes des pairs pour réorganiser leur système de valeurs : pour eux, les parents ne représentent pas une instance éducative à partir de laquelle ils orientent leurs comportements.

Dans la littérature, on relève que les familles monoparentales et recomposées exposent plus fréquemment les adolescents à l'acquisition de comportements à risque (Choquet, Hassler, Morin, Falissard & Chau, 2008). Nous pouvons donc poser l'hypothèse de la survenue d'événements familiaux tels que le divorce ou la recomposition familiale comme des conditions de production d'une situation de vulnérabilité. Précisons que, pour nous, ce n'est pas tant la nature des événements familiaux qui est à l'origine d'une vulnérabilité que la situation éducative ou relationnelle que ces événements génèrent. Nous supposons, en effet, que ces événements familiaux sont des moments privilégiés qui permettent aux jeunes de tester l'aptitude de leurs parents à exercer leur rôle de soutien affectif et que c'est lorsque les adolescents ne trouvent pas ce soutien affectif dans les moments difficiles que le foyer parental en tant qu'espace relationnel (d'échange, de soutien, de conseil) perd de sa crédibilité à leurs yeux. Dans cette configuration, les parents ne constituent pas

---

<sup>4</sup> Il s'agit de l'ensemble de normes, de valeurs, de croyances et de règles véhiculées et transmises par les parents pour construire un cadre moral et fixer un ordre moral.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

un point de repère, un modèle à suivre ; ces adolescents refusent de se conformer et d'adhérer aux règles et aux normes parentales, préférant plutôt s'en démarquer. L'adhésion aux normes du groupe de pairs, à travers la consommation régulière de cigarettes ou de cannabis, serait alors une réponse à une situation de vulnérabilité qui place les adolescents par rapport à des parents qu'ils estiment peu convaincants.

A contrario, nous supposons que les adolescents qui se sont limités à l'expérimentation organisent et construisent leur système de valeurs et de normes en fonction des principes normatifs parentaux. Convaincus par des pratiques éducatives parentales marquées par un ajustement entre restrictions et marge de liberté, ils entretiennent de bonnes relations avec leurs parents. Le dialogue parents-enfant et la proximité affective favorisent, comme le souligne Pascal Assailly (2001), l'adhésion et le respect des normes, des règles ou des interdits parentaux par l'adolescent.

Le fait de trouver un soutien affectif auprès de ses parents lors des périodes difficiles à surmonter (passage au collège, divorce ou remariage des parents, etc.) ou d'évoluer dans un environnement éducatif équilibré (ni strict, ni laxiste) protège l'adolescent d'une situation de vulnérabilité. Les parents constituent un repère, une ressource normative que l'adolescent mobilise pour se définir et orienter son comportement, et cette configuration relationnelle et éducative le protège d'une consommation régulière de substances.

Tout l'enjeu de notre travail réside dans l'exploration du rôle du groupe familial et du groupe de pairs en tant que lieux de transmission de normes dans le comportement de l'individu (Banduras, 1977). Nous nous intéressons particulièrement, dans cet article, aux sentiments personnels que nous ont décrits les adolescents et à leurs représentations des pratiques parentales.

Pour explorer les conséquences de certaines pratiques éducatives sur le parcours de consommation des jeunes, la méthode qualitative par entretiens biographiques nous est donc apparue comme étant la méthode d'enquête la plus appropriée. L'effet des pairs et des pratiques parentales sur le comportement du jeune n'a, en effet, de sens que lorsque nous le replaçons dans la trajectoire de vie de l'individu.

### Méthode qualitative

#### Mode et conditions de recrutement des répondants

Notre argumentaire repose sur l'analyse de la perception des jeunes à l'égard des pratiques parentales et de leur expérience familiale. C'est parce que l'adolescent est le meilleur informateur pour décrire sa réalité familiale (Claes, Lacourse & Bouchard, 1998) que nous avons choisi d'interroger directement les jeunes. Contrairement aux parents, impliqués dans leur fonction parentale et n'ayant pas le recul nécessaire pour juger de leurs propres pratiques, les adolescents sont sensibles aux problèmes liés aux relations familiales ou aux pratiques éducatives (Hartos & Power, 2000 ; Cloutier & Groleau, 1987).

Pour participer à l'enquête, les volontaires devaient correspondre à un profil particulier : ils devaient être âgés de quinze à vingt ans et avoir connu au moins une expérience d'usage de cigarette ou de cannabis.

Même si nous savons qu'interroger seulement des jeunes scolarisés ne nous permet pas d'appréhender la diversité de la réalité sociale, car nous délaissions alors les jeunes qui ont quitté le système scolaire ou qui sont sur le marché du travail, nous avons tout de même fait ce choix, car il nous

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

permettait d'interroger des jeunes ayant les mêmes conditions de vie, c'est-à-dire encore scolarisés et vivant sous le toit parental. Ainsi, nous pouvions comprendre pourquoi, au sein d'une population ayant des caractéristiques relativement proches, les comportements vis-à-vis des substances psychoactives diffèrent.

La collecte des données s'est déroulée de janvier à juillet 2011. Le recrutement des sujets a été fait à la sortie de certains lycées de la région parisienne : les lycées à Limay et à de Magnanville (dans les Yvelines) et un lycée à Créteil.

Nous avons misé sur la méthode « boule de neige » pour constituer notre échantillon (Bertaux, 1997) : chaque participant est chargé par nos soins de solliciter la participation de ses amis et il peut ainsi introduire un ou plusieurs futurs sujets. Notre choix de recruter les lycéens à l'extérieur de leur établissement scolaire avait pour but de marquer notre indépendance institutionnelle. Aborder le sujet du cannabis avec les lycéens peut être, pour ces jeunes, un sujet délicat, voire tabou. Nous espérions, en recrutant les lycéens en dehors de leur vie scolaire, les encourager à participer à l'enquête et à révéler plus facilement leurs pratiques de consommation.

Lors de notre appel à la participation, nous avons d'ailleurs expliqué les motifs de l'entretien en indiquant qu'il s'agissait d'une étude en sociologie sur les habitudes de vie des jeunes. Nous n'avons pas employé le terme d'enquête qui peut prêter à confusion (enquête de police, enquête de lycée, enquête de santé à visée incriminante ou évaluative) et avons utilisé le terme d'*étude* ou de *travail universitaire*.

Comme toute activité de recherche avec des êtres humains, notre enquête soulève des questions éthiques relatives au respect des jeunes participants et à leurs droits. Tout au long de notre enquête, nous avons appliqué les principes éthiques du comité d'éthique de la recherche afin de répondre aux enjeux relatifs au consentement, aux droits et à la vie privée des participants. Ce protocole vise aussi à informer les participants de la confidentialité des données, de l'anonymat, de leurs droits, des conditions matérielles de l'enquête. Il veille à ce que les répondants participent volontairement à l'enquête, qu'ils aient connaissance des conditions matérielles de l'enquête et une compréhension complète de l'objet de la recherche afin d'obtenir leur consentement éclairé. Les jeunes possèdent, en effet, la compétence nécessaire pour comprendre les enjeux d'une recherche (Masson, 2004<sup>[5]</sup>; Skelton, 2008<sup>[6]</sup>). Pour obtenir un consentement éclairé de la part des participants, il nous faut présenter l'objet de notre recherche. Nous indiquons qu'il s'agit d'une étude qui prendra la forme d'une discussion, d'un échange interindividuel au cours duquel nous discuterons de leur vie et de leurs expériences de consommation de substances. Nous mentionnons les grands thèmes qui peuvent émerger de la discussion afin qu'au moment de l'enquête, les participants ne soient pas surpris ou embarrassés par certaines questions relevant de leur vie privée (famille, événements marquants, consommation de substances, etc.). Après cette phase introductive, nous évoquons les termes du contrat de l'entretien. Nous insistons sur l'importance de l'honnêteté des réponses pour que notre analyse ne soit pas biaisée. Nous précisons que nous ne porterons aucun jugement sur les propos émis et qu'il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. Dans ce contrat, nous présentons leurs droits aux participants ainsi que les conditions de l'enquête, en précisant le caractère volontaire et non obligatoire de la participation, et nous leur signalons leur droit de refuser ou de se

---

<sup>5</sup> Masson, J. (2004). «The legal context». Dans S. Fraser (dir.), *Doing Research with Children and Young People* (43-58). Londres: Sage.

<sup>6</sup> Skelton, T. (2008). «Research with children and young people: exploring the tensions between ethics, competence and participation». *Children's Geographies*, 6/1, 21-36.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

rétracter. Parallèlement, nous insistons sur le caractère anonyme et confidentiel de l'entretien, en précisant que le nom de famille et l'adresse de domiciliation ne sont pas utiles pour l'enquête et en proposant aux participants d'utiliser un pseudonyme s'ils le souhaitent. Nous faisons également état des conditions matérielles de l'entretien en mentionnant l'utilisation, avec leur accord, d'un dictaphone. La durée de l'entretien annoncée (entre cinquante minutes et une heure) fut l'une des conditions de leur participation : les jeunes nous ont systématiquement demandé la durée de la discussion avant de nous donner leur accord. Nous avons fait état des conditions matérielles de notre entretien en précisant que nous utiliserons avec leur accord un dictaphone afin de pouvoir réécouter ultérieurement l'entretien. Nous consignons leur accord ou leur refus dans nos notes de terrain. Pour les mineurs (moins de dix-huit ans), nous exigeons une autorisation des parents. Pour obtenir le consentement des parents ou des tuteurs légaux, nous remettons aux volontaires un communiqué adressé à leurs parents précisant l'objet de la recherche ainsi que les termes de l'enquête (anonymisation des données, dictaphone, durée de l'entretien, diffusion des résultats de la recherche). Le consentement des parents est consigné par écrit grâce à un formulaire qu'ils doivent remplir et signer et que les participants doivent présenter le jour de l'entretien.

Nous avons mené la totalité des quarante-quatre entretiens. L'échantillon de cette enquête est le résultat des différentes opportunités qui se sont offertes à nous. Nous comptabilisons un total de treize points d'origine.

Nous avons mis fin à notre enquête empirique lorsque nous n'avons plus obtenu d'informations nouvelles sur le thème. L'échantillon est composé de vingt-trois filles et vingt et un garçons âgés de dix-sept à dix-neuf ans.

L'origine sociale des répondants est relativement homogène : 85% de jeunes ont des parents cadres ou exerçant des professions intermédiaires et 15% des parents ouvriers. Ils vivent tous en région parisienne : 30% des répondants vivent dans les Yvelines, 65% dans la ville de Saint-Maur-Créteil et 15% à Argenteuil, la majorité d'entre eux habitant dans des zones pavillonnaires en milieu urbain.

Cette enquête ne prétend pas évoquer et représenter l'ensemble de la population lycéenne. Elle n'intègre pas de sous-groupes de populations spécifiques de consommateurs réguliers tels que les jeunes déscolarisés, ceux exerçant une activité professionnelle ou vivant en couple, les jeunes vivant en milieu rural ou issus de classes sociales défavorisées. Pourtant, il aurait été intéressant d'approfondir notre réflexion en tenant compte du milieu social ou du lieu de résidence afin d'explorer leur impact sur le comportement de consommation des jeunes.

### Les thématiques abordées

Les entretiens ont duré chacun une cinquantaine de minutes en moyenne et ont été réalisés dans des endroits choisis par les sujets, dans lesquels ils se sentaient à l'aise : dans un parc, à leur domicile, dans un *fast-food* (McDonald's ou Quick), dans un café, etc.

Chaque entrevue s'est déroulée autour de trois grandes thématiques.

Tout d'abord, nous avons abordé les entretiens en nous intéressant à la situation scolaire du jeune, puis à son lieu d'habitation, à la composition de sa famille, à la situation conjugale de ses parents (Avec qui vis-tu? As-tu toujours vécu avec tes deux parents? As-tu toujours vécu dans cet appartement? Depuis quand ne vis-tu plus avec ton père? Etc.). Cette première catégorie thématique apporte non seulement des éléments objectifs de cadrage sociodémographique et économique, mais permet également d'amorcer une première approche sur les questions relatives au climat familial et aux relations au sein de la famille.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

La seconde catégorie thématique porte sur les personnes avec lesquelles l'individu est lié (Huinink, 2000). Nous avons interrogé la qualité de la relation avec les responsables légaux (parents biologiques, beaux-parents, etc.), avec les membres de la fratrie et avec les amis. Ces questions permettent de savoir de qui, entre ses parents, ses amis ou les membres de sa fratrie, le sujet se sent le plus proche. Nous avons aussi demandé au répondant (Ego) son opinion à l'égard de la cigarette, du cannabis ainsi que celle de ses amis ou des membres de sa famille, ce qui nous informe sur le système de normes et de valeurs (amis ou parents) auquel Ego se réfère. Les questions suivantes sur les pratiques de consommation de ses amis et des membres de sa famille nous permettent de repérer le modèle de comportement dont le jeune s'inspire.

Enfin, un troisième groupe de questions porte sur la consommation de cigarettes et de cannabis par Ego et l'évolution de sa consommation au fil des années. Il s'agit, entre autres, d'observer l'articulation entre le parcours de consommation de cannabis et le parcours tabagique. En effet, des études démontrent qu'il y a une interaction entre la consommation de tabac et celle de cannabis : la consommation de cigarettes favorise le passage à la consommation de cannabis et inversement (Patton, Coffey, Carlin, Sawyer & Lynskey, 2005).

### Méthode d'analyse

Nous avons retranscrit l'ensemble des entretiens et avons effectué une analyse de contenu du matériel recueilli pour en dégager les thèmes récurrents (Ghiglione & Matalon, 1978).

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse de chaque entretien afin de rendre compte des dynamiques par lesquelles les événements biographiques s'articulent (Blanchet & Gotman, 1992). Cette méthode donne l'occasion d'étudier le contexte familial et socioculturel, les événements ou les changements qui se sont produits au moment où l'individu est passé de l'essai à une consommation régulière. Ainsi, il est possible de déterminer à quels facteurs le jeune a été sensible au moment où il a modifié sa consommation. Dans un second temps, nous avons procédé à une analyse horizontale afin de rechercher une cohérence thématique d'un sujet à un autre.

Ce type d'analyse, qui appréhende les convergences ou les divergences autour d'un même thème, contribue au final à la création de profils de consommateurs selon la situation familiale.

## Résultats de l'enquête

### Les déterminants familiaux à l'origine d'une situation de vulnérabilité : des parents peu crédibles aux yeux de l'adolescent...

Pour comprendre la préférence normative des consommateurs réguliers et celle des expérimentateurs, étudions d'abord la perception qu'ils ont de leur relation avec leurs parents et des pratiques éducatives parentales. Selon le mode de consommation (essai ou usage répété) ou le choix du produit (tabac ou cannabis), nous retrouvons certaines constantes dans les histoires familiales.

Alors que le discours des expérimentateurs (tabac et cannabis) se déroule sous le mode de la satisfaction – ils apprécient la complicité avec leurs parents ou avec l'autorité parentale –, le discours des consommateurs réguliers se fait sous le mode de la critique négative. Ces derniers remettent plus souvent en question les pratiques éducatives parentales qu'ils jugent « absentes », « laxistes », « trop rigides », « trop strictes » (c'est-à-dire marquées par des interdits, la restriction et le contrôle des sorties et du temps passé devant la télévision, etc.), ou « contradictoires »<sup>7</sup>. Ils parlent de pratiques « bancales », « injustes », « inefficaces » ou « mauvaises ». Ils déplorent aussi plus souvent que les expérimentateurs une déficience dans la relation parentale : un manque de « communication », de « soutien » ou de « conseil ».

L'absence d'échange avec les parents, l'absence d'encadrement, de contrôle parental ou l'incohérence des principes éducatifs des parents entre eux sont autant de facteurs qui apparaissent comme un obstacle dans le processus de transmission et d'assimilation des normes et des règles parentales. En effet, ce sont très souvent ces jeunes qui développent une attitude de remise en cause, de contournement de ces normes et valeurs :

« Ma mère, c'est une hystérique, elle ne fait que crier surtout pour des choses inutiles, elle ne se fatigue jamais. À force de l'entendre crier, ça devient normal pour moi, ça devient un fond sonore. Je ne la calcule plus maintenant. » (Hugo, 18 ans, en première littéraire.)

Alors que la consommation régulière de cigarettes ou de cannabis résulte d'une logique de désinscription vis-à-vis des normes parentales, le comportement limité à l'essai semble plutôt exprimer un ancrage aux normes et au modèle parentaux.

En effet, en étudiant les raisons que les expérimentateurs fournissent pour expliquer leur choix de se limiter à un simple essai de la cigarette ou du cannabis, nous constatons que la logique de régulation renvoie à une double crainte : la crainte de la sanction parentale et la crainte de la déception parentale.

**La crainte de la sanction parentale** apparaît dans une configuration éducative marquée par une constante négociation entre les parents et l'adolescent et un ajustement entre la liberté et la restriction :

« Chez moi, j'ai une large marge de liberté, mais ça ne veut pas dire que c'est la fête tout le temps ! Non, au contraire, mes parents ne sont pas du genre à céder facilement. Il faut avoir de bons arguments [...]. Ce n'est pas que je respecte à la lettre tout ce qu'ils me disent, mais je préfère écouter leurs conseils, suivre leurs recommandations, parce que je pense que ce n'est pas pour m'embêter qu'ils m'interdisent certains trucs, comme le fait

---

<sup>7</sup> Les pratiques éducatives contradictoires renvoient à une contradiction entre les parents dans le style éducatif. Elles se caractérisent souvent par une rigidité, un fort contrôle par l'un des parents, et un laxisme chez l'autre.



## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

de ne pas toucher aux drogues. [...] J'ai essayé le cannabis et la cigarette, oui. Mais bon, après, ce n'est pas trop mon délire. Mes parents n'ont pas tort quand ils disent que ça peut rendre accro. C'est vrai parce que mes copains le sont déjà!» (Lucas, 18 ans, en terminale professionnelle technique.)

**La crainte de la déception parentale** apparaît lorsque la relation parentale est marquée par la proximité affective, la complicité, l'échange, le conseil ou l'écoute :

«Je suis complice avec ma mère. Je peux me confier à elle, c'est sûr. On sort souvent ensemble [...]. Ma mère, c'est un peu mon modèle. [...] Plus tard, je voudrais être complice avec mes enfants comme je le suis avec ma mère! C'est important, je trouve. [...] J'ai fumé peut-être deux cigarettes dans ma vie. Mais, j'ai préféré ne pas continuer. J'avais trop peur que ma mère le découvre. Je n'ai pas envie de la décevoir!» (Léa, 17 ans, en terminale économique et sociale.)

Parce qu'elle peut inspirer la crainte (de la déception ou de la sanction parentale) chez l'adolescent, l'attitude éducative et affective des parents semble être la condition la plus pertinente pour comprendre son assimilation des normes et du modèle parentaux.

À l'inverse, la distanciation de la norme parentale rend compte d'un dysfonctionnement du rôle parental. Le laxisme (c'est-à-dire l'absence de contrôle, d'encadrement) est souvent déploré et remis en cause par les adolescents, remise en cause qui semble décrédibiliser les parents comme instance éducative et leur autorité n'est pas suffisante pour inciter l'adolescent à se conformer aux injonctions :

«Mes parents, ils sont très cools. En fait, comme je suis fille unique, ils cèdent facilement, c'est facile de les embrouiller! Mais bon, après, quand il est question de drogue, là ils essaient de cadrer les choses. [...] Ils me disent d'arrêter, mais bon, si j'ai envie d'arrêter, j'arrêterai de moi-même!» (Fériel, 17 ans, en terminale économique et sociale.)

Notons aussi que le rejet des valeurs et de l'autorité parentale apparaît dans une configuration de déficience relationnelle. C'est en effet parce que les parents n'exercent pas auprès de leur enfant le rôle de soutien affectif dans les moments difficiles à surmonter qu'ils perdent à ses yeux leur crédibilité ou leur légitimité<sup>8</sup>. Le foyer parental ne représente pas un espace relationnel dans lequel il peut trouver un soutien affectif. Cette absence de légitimité parentale incite l'adolescent à trouver, notamment auprès de personnes sur lesquelles il peut compter, un ancrage normatif extrafamilial, un soutien affectif :

«Mes parents ne sont jamais là quand j'ai besoin d'eux, surtout depuis qu'ils ont ouvert leur boutique de vêtements. Je ne peux compter que sur mes copains. Alors, je n'ai pas de comptes à leur rendre, qu'ils le sachent ou non [qu'il fume le cannabis], c'est la même chose!» (Zacharie, 18 ans, en terminale économique et sociale.)

Mais alors, comment l'adolescent en arrive-t-il à délégitimer ses parents et leur système normatif?

---

<sup>8</sup> Les notions de perte de légitimité ou de crédibilité que nous suggérons dans cet article ne renvoient pas à un jugement de valeur remettant en cause les parents. Nous souhaitons plutôt proposer une réflexion qui se veut proche de la réalité et de l'expérience des répondants. Ces notions désignent une même situation, celle où le foyer parental ne représente pas un modèle ni un repère légitime et crédible.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

L'analyse des entretiens permet de vérifier l'hypothèse selon laquelle la survenue d'événements familiaux tels que le remariage d'un parent, la recomposition familiale ou le divorce (notamment lorsque celui-ci ne s'est pas effectué à l'amiable) participe au processus de « délégitimation » parentale. Nous constatons, par ailleurs, que ce n'est pas la nature même de l'événement qui rend son expérience émotionnellement marquante, mais la difficulté de l'adolescent à gérer et à s'adapter aux changements que ces événements induisent :

« J'avais treize ans quand ils se sont séparés. Je l'ai vécu mal, je ne comprenais pas pourquoi! [...] J'en veux à mes parents parce qu'ils n'ont pas vu que je souffrais, j'en veux grave à ma mère. [...] Ma mère, elle n'était pas là pour me rassurer. Elle n'a pas été présente quand j'avais besoin d'elle. [...] C'était elle qu'il fallait à chaque fois rassurer. Je l'ai prise à la petite cuillère! » (Kimberley, 16 ans, en seconde.)

Nous comprenons ici que l'incompétence de l'adolescent à gérer les changements n'est pas uniquement la sienne. Elle renvoie à l'incapacité de ses parents à être présents dans les moments difficiles et à fournir à leur enfant les bons outils pour qu'il puisse trouver des réponses aux questions qu'il se pose et qui pèsent sur sa conscience.

Prenons l'exemple de certaines situations de recomposition familiale. L'arrivée dans le foyer familial d'un beau-père ou d'une belle-mère et d'un « demi-frère » ou d'une « demi-sœur » (le fils ou la fille du beau-parent), surtout s'il est du même âge, bouleverse les habitudes de vie de l'adolescent. Ce bouleversement provoque une réorganisation de sa vie et de son espace privé. Il doit désormais partager sa chambre, la salle de bains, etc. Le fait d'avoir dû passer de l'état d'enfant unique à une famille nombreuse apparaît être, dans les discours recueillis, une expérience d'autant plus éprouvante que les parents ne sont pas présents pour soutenir et accompagner leur enfant dans cette épreuve. Cette défaillance parentale délégitime les parents dans leur rôle de soutien, mais aussi en tant que modèle à suivre.

Les sujets expriment cette absence de légitimité en critiquant les choix que leurs parents ont effectués au cours de leur vie. Ils leur reprochent de s'être remariés « trop vite » après leur divorce. Ils affirment aussi qu'ils ne veulent pas se marier comme leurs parents pour ne pas faire subir un divorce à leur enfant :

« Je trouve que ma mère s'est remariée trop vite, ce n'est pas normal je trouve! Ça, c'est le genre de truc que je ne pourrais pas faire, surtout à mes enfants, parce que c'est lourd à supporter quand même, ils ne s'en rendent pas compte! Déjà, en ce qui me concerne, je ne veux pas me marier comme mes parents, donc à ce niveau il n'y aura pas de problème, c'est réglé! » (Esther, 17 ans, en terminale scientifique.)

Cette défaillance semble également pénaliser les parents en tant qu'instance éducative. C'est parce que les parents sont absents lorsqu'ils en ont besoin que les adolescents délégitiment toute forme d'autorité provenant de leur(s) parent(s), en contournant les règles, les normes parentales, en bravant les interdits :

« En ce moment, ma mère veut se rapprocher de moi, elle veut me donner des conseils sur mes copains, mes études! Mais, moi, je n'oublie pas ce qu'elle m'a fait. Au début, quand mes parents ont divorcé, elle ne m'a pas calculée, elle a été égoïste. Elle m'avait envoyée en pensionnat histoire de se débarrasser de moi, elle voulait faire sa petite vie peinarde de son côté. [...] Elle sait que je fume du cannabis. Elle me fait la morale, mais elle peut dire ce qu'elle veut! C'est mon problème, pas le sien! » (Sally, 18 ans, en terminale économique et sociale.)

### Des adolescents dans l'incertitude

Dans une période de quête identitaire, mais aussi de sens, de valeurs (Jeammet & Bochereau, 2007), l'adolescent a besoin de rester dans un environnement affectif et culturel stable, c'est-à-dire dans « des cadres plus familiers, donc plus sécurisants que les horizons de l'assomption de soi » (Zafran, 2010). Dès lors, nous suggérons que la délégitimation ou la « décrédibilisation » des parents par l'adolescent le placerait, dès l'instant de la délégitimation, en situation momentanée d'incertitude normative. La situation d'incertitude naîtrait lorsque le foyer parental ne constitue pas un pilier affectif ou lorsque les règles parentales sont floues (absence de règles, de normes), bancales (pratiques éducatives contradictoires, parents qui s'impliquent peu dans la sphère familiale) ou trop restrictives (« trop strictes », « centrées sur le contrôle ») et prendrait fin au moment où le jeune trouve de nouveaux repères normatifs. Entre ces deux périodes, l'adolescent est dans l'incertitude et part en quête de repères normatifs, de modèles extrafamiliaux. Il interroge alors ses groupes d'appartenance à la recherche de nouveaux ancrages culturels.

Il ne s'agirait donc pas ici d'une absence ou d'une perte totale de normes ou de repères moraux, mais plutôt d'une situation au cours de laquelle le jeune remanie son système de valeurs et de normes.

Cette définition fait écho à celle que proposent Kokoreff et Rodriguez qui définissent l'incertitude normative des sociétés d'individualisme de masse non pas comme une dissolution des repères, mais comme une mutation normative (Kokoreff & Rodriguez, 2005). C'est à ce moment précis où l'adolescent se trouve dans une incertitude normative que ses amis jouent un rôle important en lui apportant, par rapport à une famille dysfonctionnelle, des réponses pour gérer cette situation.

Dans cette configuration, les valeurs, les normes des amis prédominent et le comportement vis-à-vis de la cigarette et du cannabis semble prendre un nouveau tournant :

« Ma mère est décédée. Du coup, mon père me laisse faire ce que je veux. Il veut que je vive ma jeunesse pour ne pas que je sois frustrée. [...] Je n'ai pas tellement de limites. [...] C'est vrai que ça manque un peu de cadre ! Je préférerais qu'il soit un peu plus autoritaire. [...] Je me sens plus proche de mes amies que de mon père. Je me sens bien quand je suis avec mes copines. Bon, en même temps, c'est un peu normal ! Je ne vais pas discuter de mes mecs ou de mes règles avec lui... Mais, en fait, en général, on ne discute pas tellement. Avant que ma mère décède, on était proches. Mais là, depuis quelques années, on ne se comprend plus, dès qu'on se parle, ça tourne au vinaigre. [...] Oui, mon père est au courant que je fume des joints, il les a découverts dans ma chambre. Sa réaction ? Il a été surpris, il les a jetés. Il a fait genre de me punir. Je ne devais plus sortir avec mes copines quelque temps ! Ça ne m'a pas empêchée de continuer ! C'est un délire qu'on se tape avec les potes ! [...] Je fume encore la cigarette, mais là, avec mes copines, on essaie d'arrêter parce qu'on commence à être accros ! » (Sandra, 17 ans, en terminale sciences technologiques de gestion.)

Nous avons vu, tout au long de cette partie, que le foyer parental qui ne parvient pas à un moment donné à favoriser l'adhésion de l'adolescent au système parental de valeurs et de normes doit être considéré comme un foyer dysfonctionnel. Poursuivre l'usage de la cigarette ou du cannabis après l'essai est symbolique et marque à la fois la distanciation de l'individu vis-à-vis du système normatif de ses parents et son adhésion aux normes culturelles de ses pairs (Marcelli, 1999).

C'est à partir de ce cadre de réflexion que la notion de vulnérabilité prend tout son sens. Cette notion offre une clé de lecture permettant de théoriser la situation de dysfonctionnement parental.

### Fumer des cigarettes ou du cannabis révèle une situation de vulnérabilité

L'objet de notre définition n'est pas l'adolescent en tant qu'individu disqualifié socialement ou dont les capacités cognitives ou d'actions sont limitées ou affaiblies.

La signification que nous associons au concept de vulnérabilité concerne non pas l'état de l'adolescent au moment où il développe sa consommation de cigarettes ou de cannabis, mais plutôt les conditions familiales dans lesquelles il se trouve au moment où il décide de poursuivre après l'essai ou d'intensifier la fréquence d'usage. Ajustée à la problématique de la quête identitaire dans laquelle l'adolescent est entraîné, la vulnérabilité dont nous parlons est celle de l'adolescent lui-même, et elle résulte d'un dysfonctionnement involontaire et inconscient dans le rôle parental de transmission d'un système de valeurs, de références normatives, et d'un modèle identitaire.

Les adolescents vulnérables sont ceux qui ont évolué dans un environnement éducatif mal adapté (trop strict, trop laxiste) et souvent pénalisant pour leur développement (Claes, 2004). La famille est dysfonctionnelle malgré elle parce qu'elle n'a pas su répondre aux attentes et aux besoins de l'adolescent à des moments précis de sa vie. Elle n'a pas pu offrir à l'adolescent des repères normatifs stables et clairs auxquels se référer pour agir, mais aussi pour se définir. La notion de vulnérabilité est inhérente à la notion de délégitimation, de décrédibilisation parentale.

Appliquée à la problématique identitaire de l'adolescent, la notion de vulnérabilité exprime deux situations différentes selon l'échelle d'observation. Dans le contexte idéologique médical ou sécuritaire, cette notion peut être connotée négativement. Le dysfonctionnement parental peut être traduit comme une condition handicapante pour l'adolescent puisqu'il l'empêcherait d'atteindre le modèle social de réussite scolaire et le modèle de citoyen qui respecte les lois juridiques et les normes sociales. La situation de vulnérabilité désignerait alors une inefficacité des parents dans l'exercice de leurs fonctions éducatives et affectives. Toutefois, cette conception mésestime, voire occulte, la logique d'action du consommateur régulier.

À l'échelle de l'adolescent, cette notion met surtout en évidence le bricolage d'univers symboliques par l'adolescent pour faire face à une situation d'incertitude normative. Bien que la situation de vulnérabilité dépasse l'adolescent, cela ne signifie pas qu'il subit passivement son environnement familial. Il gère cette situation et y réagit. En manipulant du symbolique, la consommation de cigarettes et de cannabis lui permet de donner du sens à sa vie, d'organiser son système de valeurs dans un moment où le modèle, le système normatif parental, est « bancal » à ses yeux.

Le choix de poursuivre la consommation de tabac ou de cannabis, pourtant déconseillée, réprouvée ou interdite par les parents ou par la norme sociale, semble être la conséquence d'une situation de vulnérabilité, c'est-à-dire de délégitimation parentale. Cependant, ce choix révélerait surtout une tactique de gestion de l'adolescent pour faire face à une situation d'incertitude.

Nous verrons dans la partie suivante que les adolescents semblent développer des tactiques différentes (à travers le choix du produit ou le mode de consommation) en fonction de la situation d'incertitude dans laquelle ils se trouvent.

### Cigarette ou cannabis : se limiter à l'essai ou poursuivre la consommation ?

L'analyse du profil des consommateurs de cigarettes et de cannabis s'avère intéressante dans la mesure où le statut social et juridique de ces produits est relativement différent. Contrairement à la cigarette, qui est en vente libre et dont l'usage bénéficie d'une permissivité sociale, le cannabis est illégal et son usage par les adolescents est fortement réprouvé tant dans le discours public que parental.

C'est parce que les parents sont moins permissifs à l'égard du cannabis que de la cigarette – « Ils acceptent plus l'idée que je fume la cigarette que le cannabis. » (Marion, 18 ans, en prépa littéraire.) – que nous pouvons considérer le choix du produit comme étant révélateur du niveau d'attachement aux normes et aux règles parentales : l'usage du cannabis exprime le besoin de l'adolescent de revendiquer son rejet, son total désaccord avec les principes normatifs parentaux et de se démarquer radicalement du système normatif parental :

« De toute façon, qu'ils [les parents] le sachent ou non, ça m'est égal. Mon père, il gueule parce qu'il sait que j'en fume [du cannabis]. Mais, je le laisse brailler ! » (Morgane, 17 ans, en terminale littéraire.)

En revanche, le choix de la cigarette désigne le même besoin de se démarquer du système normatif parental, mais sans pour autant trop s'en éloigner :

« La cigarette, ça passe. Tout le monde fume la cigarette. Même mes parents. Au pire, si mes parents découvrent que je fume et qu'ils veulent que j'arrête, j'arrêterai. » (Océane, 17 ans, en terminale économique et sociale.)

L'analyse du style éducatif (strict, laxiste, autoritaire) et de la qualité de la relation avec les parents (complicité, absence d'échange, conflictuelle) est essentielle pour mieux comprendre le rapport des jeunes aux normes parentales. En nous appuyant sur la façon dont les répondants perçoivent ces dimensions parentales, nous avons pu dégager trois types « d'expériences familiales » selon le type de vulnérabilité qu'elles produisent. L'expérience familiale varie selon que le foyer parental remplit ou non ses fonctions, et nous suggérons qu'elle génère des situations d'incertitude différentes qui détermineraient, à travers le produit et le mode de consommation, le choix de l'adolescent de se désinscrire partiellement ou totalement du système normatif parental.

La première catégorie d'expérience familiale est marquée par un **dysfonctionnement total**. Nous retrouvons les consommateurs réguliers de cannabis et les *adolescents les plus vulnérables*. Le foyer parental de ces derniers est délégitimé, il n'est pas crédible, car il ne joue ni son rôle d'encadrement ni son rôle affectif. Les relations entre les parents et l'adolescent sont conflictuelles ou absentes (absence de communication, d'échange, de conseil, de soutien) ou bien se caractérisent par une surprotection de la part des parents (maman/papa-poule). De même, le système éducatif est également déficient. Les pratiques éducatives sont jugées trop « strictes », « laxistes », « contradictoires » ou « absentes » et elles sont source de conflits entre parents et enfant.

Prenons pour exemple le cas précédemment cité de Sandra, consommatrice régulière de cannabis dont le père est permissif et avec lequel elle entretient une relation distante et conflictuelle. Il semblerait que l'accumulation de ces deux situations fasse que le foyer parental ne représente « pas du tout » un cadre affectif et un repère normatif pour l'adolescente. Le choix de consommer du cannabis exprime son besoin de revendiquer une démarcation vis-à-vis de son père non pas plus forte que celle des fumeurs de cigarettes, mais dans une situation de plus grande incertitude normative.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Dans la situation d'un **dysfonctionnement partiel**, nous retrouvons les fumeurs de cigarettes. Les consommateurs réguliers se situent à un niveau d'incertitude moins élevé que les fumeurs de cannabis. Ils sont *moyennement vulnérables*. Les parents représentent « un peu » un modèle pour eux. Les parents, soit par leur relation avec leur enfant, soit par leurs pratiques éducatives, demeurent un repère pour l'adolescent qui, toutefois, se place dans une double inscription normative. Il est à la fois attaché aux normes parentales et aux normes de ses pairs. Les fumeurs de cigarettes révèlent au cours des entretiens qu'ils refusent de consommer le cannabis pour ne pas décevoir leurs parents. Pour certains d'entre eux, c'est la qualité de la relation avec leurs parents, marquée par une « complicité », la « communication », un « soutien », des « conseils », qui les maintient dans le système normatif parental. Pour d'autres, ce sont les pratiques éducatives de leurs parents qu'ils jugent « efficaces », « justifiées » ou « justes » qui les ont convaincus. Ceux-ci apprécient l'autorité du père et les pratiques éducatives « ni strictes ni laxistes » :

« Je suis proche de ma mère et de ma sœur. On nous appelle les triplées. [...] Je trouve que, par rapport aux parents de mes copines, mes parents sont stricts ! Par exemple, je ne peux pas utiliser Internet quand je le veux ! Bon, après, je les comprends. Ça peut vite dériver vers l'abus. Mes copines, elles, elles restent des fois toute la nuit devant leur écran ! Et, le matin, elles arrivent en cours toutes cernées ! [...] Je fume la cigarette de temps en temps avec mes copines. Mes parents ne le savent pas, mais je sais que mon père n'est pas trop pour, ma mère non plus. Mais bon, c'est de temps en temps, ça ne peut pas me tuer du jour au lendemain ! C'est plus quand je suis avec mes copines. Après le bac, c'est sûr, j'arrêterai ! » (Louisa, 18 ans, en terminale économique et sociale.)

Nous proposons une troisième catégorie d'expérience familiale dite **fonctionnelle**, marquée par une **absence de dysfonctionnement**. Nous y retrouvons les jeunes qui se sont limités à des pratiques d'essai de cigarette ou de cannabis. Il s'agit des *jeunes non vulnérables*. Ces derniers ont évolué dans un contexte relationnel et éducatif favorable.

Ils sont complices et communiquent avec leurs parents qui les conseillent, les soutiennent dans les moments difficiles, et ils font l'éloge des pratiques éducatives de leurs parents. Il s'agit, comme dans la catégorie d'expérience familiale précédente, de pratiques « ni strictes ni laxistes », marquées par l'autorité parentale. Si ces jeunes ont préféré se limiter à l'essai, c'est parce qu'ils ne ressentent pas le besoin de se conformer aux normes de leurs amis, de faire comme les amis.

Nous estimons que le père ou la mère constituent un modèle à partir duquel ces jeunes définissent leur ambition professionnelle ou leur projet familial. Rappelons l'exemple de Léa qui s'est limitée à deux expériences tabagiques pour ne pas décevoir sa mère et rompre la bonne entente qui existe entre elles.

À travers ces profils, nous découvrons que plus l'adolescent est en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire en situation d'incertitude parce que ses parents constituent peu ou pas du tout un repère normatif, plus il va ressentir le besoin de passer par des pratiques illégales, voire extrêmes, pour se démarquer. Le foyer parental des fumeurs de cannabis apparaît être totalement dysfonctionnel, c'est-à-dire qui ne constitue pas une ressource normative pour l'adolescent, dysfonctionnement qui favorise le développement de la consommation de substances illégales. Parmi les consommateurs réguliers de cannabis (n = 19) de notre échantillon, une majorité (n = 17) vit dans une famille totalement dysfonctionnelle. En revanche, c'est dans les familles fonctionnelles ou semi-fonctionnelles que nous trouvons les expérimentateurs de ces produits ou les jeunes qui préfèrent rester dans la légalité en consommant la cigarette. Parmi les répondants qui se limitent à l'essai de cigarette

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

et de cannabis (n = 11), la quasi-totalité (n = 10) vit dans une famille fonctionnelle, et parmi les consommateurs réguliers de cigarettes (n = 13), les trois quarts (n = 9) vivent dans une famille marquée par un dysfonctionnement partiel. Nous ne constatons pas de différence entre les filles et les garçons<sup>9</sup>. Quel que soit le sexe, les jeunes semblent réagir de la même façon face au même type de situation familiale.

### Discussion

Nous ne prétendons pas que notre argumentaire représente ou rende compte de la réalité de l'ensemble de la population adolescente. La taille de l'échantillon et le profil des répondants (jeunes urbains scolarisés) sont insuffisants pour pouvoir prétendre à une telle représentativité. Il s'agit plutôt ici d'un fragment de la réalité sociale, élaboré à partir d'informations collectées sur le terrain. Bien que nous ne puissions pas généraliser nos propos, cette étude offre au lecteur un outil conceptuel original visant à éclairer l'impact du rôle des parents dans les comportements des adolescents.

Très souvent, la littérature décrit l'environnement familial comme étant un facteur de développement de l'usage de substances psychoactives (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Cependant, très peu d'études tiennent compte de la façon dont les jeunes interprètent cet environnement.

C'est en partant du point de vue des répondants que nous avons pu comprendre leurs interrogations, leurs difficultés, mais aussi leurs espoirs. Il est certain que l'adolescence est une période de construction identitaire qui passe par une opposition, une révolte, une remise en cause des normes parentales (Jeammet & Bochereau, 2007). Nous avons pu démontrer, tout au long de cet article, que la façon dont l'adolescent mobilise le foyer parental comme repère normatif s'établit en fonction de ses propres expériences familiales et, plus particulièrement, de son interprétation subjective des relations qu'il entretient avec ses parents ou de leur méthode éducative. Cette interprétation détermine en retour la façon dont il réagit aux normes parentales.

Nous comprenons alors que la consommation de substances psychoactives n'est pas seulement un marqueur d'identification au groupe de pairs, elle est aussi une réponse de l'adolescent par rapport à une situation de vulnérabilité. La consommation de substances semble, dès lors, être le résultat de la rencontre entre une situation de vulnérabilité produite par une configuration familiale et une capacité de l'individu à agir sur cette situation.

À notre connaissance, très peu d'études ont tenté d'appliquer la notion de vulnérabilité dans la problématique identitaire. En proposant une nouvelle définition sociologique de la vulnérabilité, nous ouvrons le débat autour de la notion de vulnérabilité chez les adolescents.

Située à un carrefour pluridisciplinaire, la définition que nous proposons englobe à la fois la problématique identitaire de l'adolescent et la configuration familiale dans laquelle il se trouve, et cette étude ouvre des pistes de réflexion intéressantes.

En effet, la signification que nous attribuons à la notion de vulnérabilité tient compte de deux dimensions parentales (la qualité relationnelle et le style éducatif). Cependant, elle n'interroge pas d'autres facteurs familiaux, comme la relation avec les membres de la fratrie, souvent associés aux comportements de l'adolescent (Mohamed, 2007). De plus, une étude ciblant les différences entre les filles et les garçons serait enrichissante, car les capacités d'action diffèrent selon les sexes.

---

<sup>9</sup> Par exemple, parmi les fumeurs réguliers de cannabis, sept filles sur huit et dix garçons sur onze se trouvent dans une situation familiale totalement dysfonctionnelle.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Une analyse élargie de la notion de vulnérabilité sous l'angle du sexe, mais aussi de la taille et de la composition de la fratrie, ou encore des attentes parentales (en interrogeant les parents sur les qualités qu'ils attendent de leurs enfants) permettrait de dresser des profils types des situations de vulnérabilité selon les caractéristiques de l'individu.

### Conclusion

Cet article confirme le rôle des parents comme facteur exposant au développement de la consommation de cigarettes et de cannabis à l'adolescence. Les parents interviennent notamment dans la façon dont l'adolescence réagit à l'influence des pairs. Il démontre que la seule façon qu'ont les parents d'endiguer l'influence des pairs est de représenter aux yeux de l'adolescent un point de repère crédible. Alors que les consommateurs réguliers de cannabis ou de cigarettes n'ont pas trouvé au sein du foyer parental un modèle identitaire crédible auquel se conformer, les expérimentateurs se caractérisent plutôt par leur inscription dans le système normatif parental.

En rendant compte des compétences parentales dans les domaines éducatif et relationnel, cet article montre que la vulnérabilité n'est pas intrinsèque à l'adolescent, mais qu'elle résulte d'une situation créée par ses parents. Toutefois, cela ne signifie pas que le jeune subit passivement les pratiques de ses parents : il gère et réagit à la situation. La consommation de cigarettes et de cannabis, en tant que manipulation du symbolique, peut être interprétée comme un moyen de l'adolescent d'organiser son système de valeurs, notamment lorsque le système normatif de ses parents apparaît être « bancal » à ses yeux.



## Références bibliographiques

- Aquatias, S., Maillard, I., & Zorman, M. (1999). *Faut-il avoir peur du haschich? Entre diabolisation et banalisation : les vrais dangers pour les jeunes*. Paris, France : Syros.
- Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, France : Le Seuil, coll. Points.
- Assailly, J.-P. (2001). *La mortalité chez les jeunes*, Paris, France : PUF.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York, USA: General Learning Press.
- Barre, C. (2003). 1,6 million d'enfants vivent dans une famille recomposée. *Insee Première*, (901), 1-4.
- Bataille, P. (2003). *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*. Paris, France : Éditions Balland.
- Bauman, K. E., & Ennett, S. T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2), 185-198.
- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. In S. E. Dragastin & G. Elder (dir.), *Adolescence in the Life Cycle*. Washington, USA: Hemisphere.
- Becker, H. (1985). *Outsiders*. Paris, France : A. M. Métailié.
- Belcher, H. M., & Shnitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 152(10), 952-960.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris, France : Nathan Université, Coll. 128.
- Bidart, C. (1997). *L'amitié, un lien social*. Paris, France : La Découverte.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Nathan.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris, France : Odile Jacob.
- Brody, G. H., Flor, D. L., Hollett-Wright, N., McCoy, J. K., & Donovan, J. (1999). Parent-child relationships, child temperament profiles and children's alcohol use norms. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, 45-51.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2006). Famille et adolescence : Prévention de conduites à risque. Dans M. Zabalia & D. Jacquet (dir.), *Adolescences d'aujourd'hui (17-35)*. Rennes, France : PUF.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, France : Fayard.
- Chedid, M., Romo, L., & Chagnard, E. (2008). Consommation du cannabis chez les adolescents : liens entre structure, cohésion, hiérarchie familiales et niveau de consommation. *Annales médico-psychologiques*, 167(7), 541-543.
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., & Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 73-80.
- Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : Un bref bilan des travaux actuels. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(2), 205-226.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

Claes, M., Lacourse, E., & Bouchard, C. (1998). *Adolescents and parents relationships: who is the best informant?* Communication présentée à la 6<sup>e</sup> rencontre du Groupe européen de recherche sur l'adolescence, Budapest (Hongrie).

Cloutier, R., & Groleau, G. (1987). La communication parents-adolescent, *Interface*, (3), 27-30.

Coggans, N., & McKellar, S. (1994). Drug use amongst peers: peer pressure or peer preference? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(1), 15-26.

De Singly, F. (2006). *Les Adonaissants*. Paris, France : Armand Colin.

Dias, P.J. (2002). Adolescent substance abuse. Assessment in the office. *Pediatr Clin North Am*, 49(2), 269-300.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Dubet, F., & Martucelli, D. (1996). *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*. Paris, France : Seuil.

Galland, O., & Roudet, B. (2001). *Les valeurs des jeunes. Tendances en France depuis 20 ans*. Paris, France : L'Harmattan, Coll. Débats jeunesse.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*. Paris, France : Armand Colin.

Glendinning, A., Shucksmith, J., & Hendry, L. (1997). Family life and smoking in adolescence. *Social Science & Medicine*, 44(1), 93-101.

Hartos, J. L., & Power, T. G. (2000). Association between mother and adolescent reports for assessing relations between parents-adolescent communication and adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, (29), 441-450.

Huinink, J. (2000). Soziologische Ansätze zur Bevölkerungsentwicklung. dans M. Ulrich, B. Nauck & A. Dieckmann (dir.), *Handbuch der Demographie* (339-386). Band 1, Berlin: Springer.

Jeammet, P., & Bochereau, D. (2007). *La souffrance des adolescents*. Paris, France : La Découverte.

Kokoreff, M., & Rodriguez, J. (2005). La société de l'incertitude. *Sciences humaines. Portrait d'une société, hors-série* (22), 5-9.

Lagrué, G. (2008). *Parents, alerte au tabac et au cannabis pour aider vos enfants à ne pas fumer*. Paris, France : Odile Jacob.

Loeber, R., Yin, Y., Anderson, S. J., Schmidt, L.C., & Crawford, A. (2000). Stability of family interaction from ages 6 to 18. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(4), 353-369.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. Dans E. M. Hetherington (dir.), *Handbook of child psychology, Vol. 4: Socialization, personality and social development*. New York, USA: Wiley.

Manoni, P. (1979). *Troubles scolaires et vie affective dans l'adolescence*. Paris, France : ESF.

Marcelli, D. (1999). Conduites d'essai et conduites à risque : les consommations de produits. Dans Alvin et Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, Paris, France : Masson, 237-247.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris, France : Odile Jacob.

## Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence

- Masson, J. (2004). The legal context. Dans S. Fraser (dir.), *Doing Research with Children and Young People* (43-58). Londres: Sage.
- Menghrajani, P. (2006). Swiss adolescents and adults perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Education Research*, 20(4), 476-484.
- Mohammed, M. (2007). Fratries, collatéraux et bandes de jeunes. Dans Mohammed, M. & Mucchielli, M. (2007), *Les bandes de jeunes, des « Blousons noirs » à nos jours* (97-122), Paris, France : La Découverte, coll. Recherches.
- Nicholson, T. R. (2000). Attachment style in young offenders parents, peers and delinquency. *Dissertation Abstract International. Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 63-77.
- Pasquier, D. (2005). *Cultures lycéennes, la tyrannie de la majorité*. Paris, France : Autrement.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Sawyer, S. M., & Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100 (10), 1518-1525.
- Peretti-Watel, P. (2001a). *La société du risque*. Paris, France : La Découverte.
- Peretti-Watel, P. (2001b). Comment devient-on fumeur de cannabis? Une perspective quantitative. *Revue française de sociologie*, 42(1), 3-30.
- Pétiau, A., Pourtou, L., & Galand, C. (2009). De la découverte des substances psychoactives en milieu festif techno à l'usage maîtrisé. *Drogues Santé Société*, (8), 165-199.
- Segalen, M. (2010). *Sociologie de la famille*. 7<sup>e</sup> édition. Paris, France : Armand Colin.
- Skelton, T. (2008). Research with children and young people: exploring the tensions between ethics, competence and participation. *Children's Geographies*, 6/1, 21-36.
- Spilka, S., Le Nezet, O., & Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendance*, (72), 1-4. Repéré à <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsps2.pdf>
- Theys, J. (1987). La société vulnérable. Dans J.-L. Fabiani et J. Theys (dir.), *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques* (3-35). Paris, France : Presses de l'École Normale Supérieure.
- Tuttle, J., Melnyk, B. M. & Loveland-Cherry, C. (2002). Adolescent drug and alcohol use. Strategies for assessment, intervention, and prevention. *Nurs Clin North Am*, 37(3), 443-460.
- Velleman, R., Templeton, L., & Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Wainright, J., & Patterson, C. (2006). Delinquency, Victimization, and Substance use among adolescents with female same-sex parents. *Journal of Family Psychology*, (20), 526-530.
- Zaffran, J. (2010). *Le temps de l'adolescence. Entre contrainte et liberté*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes, coll. Le Sens social.
- Zweig, J. M. (2003). *Vulnerable, youth: identifying their need for alternative educational settings*. Washington, USA: The Urban Institut.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **L'enjeu de la subjectivité des adolescents face aux mesures de prévention de l'alcool et du tabac**

**Cécile Kindelberger**, Maître de conférences en psychologie du développement,  
Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Université de Nantes

**Didier Acier**, Maître de conférences en psychologie clinique,  
Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Université de Nantes

**Camille Chevalier**, Ingénieur de recherche,  
Doctorante en psychologie du développement, Université de Nantes

**Élise Guibert**, Étudiante en master de psychologie clinique, Université de Nantes

### **Correspondance :**

Cécile Kindelberger, Faculté de psychologie  
Université de Nantes, chemin de la censive du tertre, 44312 Nantes  
Téléphone : +33240141014  
Courriel : cecile.kindelberger@univ-nantes.fr

### Résumé

En France, malgré une réglementation récente sur la vente d'alcool et de tabac aux mineurs (l'âge étant récemment passé à 18 ans au lieu de 16 ans), et un investissement conséquent dans différentes formes de prévention, la consommation de ces substances par les adolescents reste stable. Afin de comprendre ce phénomène, la présente étude a cherché à appréhender le vécu subjectif de cette réglementation et des diverses formes de prévention chez des adolescents consommateurs et non consommateurs. Dans une des régions françaises identifiées comme l'une des plus consommatrices, 57 adolescents âgés de 12 à 17 ans ont participé à des entretiens, individuels ou collectifs. L'analyse de contenu s'est appuyée sur l'approche phénoménologique. Elle a permis de mettre en évidence que les « connaissances » transmises par les différentes activités de prévention, si elles sont bien présentes, sont aussi articulées à d'autres représentations. Ces dernières, issues des expériences directes et du vécu émotionnel des adolescents, apparaissent comme étant importantes dans le discours des adolescents. Ainsi, la configuration d'ensemble produit des effets négatifs non attendus des messages de prévention. Aussi, un paradoxe réside dans la bonne connaissance des lois et le sentiment qu'elles sont faites pour être enfreintes. Ces résultats nous amènent donc à nous interroger quant aux mécanismes psychologiques sollicités par les activités de prévention primaire et leurs effets.

**Mots-clés :** Alcool, Tabac, Prévention, Adolescence, Méthodologie qualitative

### **Adolescents' subjectivity at stake in preventive programs against alcohol and tobacco use**

#### Abstract

In France, despite recent changes in legislations about alcohol and tobacco (sale is now prohibited under 18 instead of 16) and major investments in prevention programs targeting minors, the adolescents' use of these substances remains stable. In order to understand this phenomenon, the present study aimed at apprehending the subjective feelings of adolescents, users and non users, about legislations and preventive programs. Focus groups and individual interviews with 57 adolescents aged between 12 and 17 have been conducted in a French region identified as one of France's biggest consumers. Content analysis relied on the phenomenological approach and highlighted that "knowledge" derived from various types of formal preventive programs does exist in the adolescent mind but is also connected with other kinds of representations. Those representations came from direct and emotional experiences and are given more weight than knowledge derived from prevention. That produces several "iatrogenic effects" of the prevention against alcohol abuse. A paradox in the adolescents' discourses was underlined, as they admit the importance of the laws yet feel that laws are meant to be broken. These results raise the question of the nature and effects of the psychological processes activated during prevention programs.

**Keywords:** Alcohol, Tobacco, Prevention, Adolescence, Qualitative Methodology

## **La cuestión de la subjetividad de los adolescentes ante las medidas de prevención del alcohol y del tabaco**

### **Resumen**

En Francia, el consumo de estas sustancias entre los adolescentes se mantiene estable, a pesar de que hubo una reglamentación reciente sobre la venta de alcohol y de tabaco a los menores (la edad pasó a 18 años en lugar de 16 años) y una inversión subsiguiente en las diferentes formas de prevención. Para comprender mejor este fenómeno, este estudio busca aprehender la vivencia subjetiva de esta reglamentación y las diversas formas de prevención que se utilizan entre los adolescentes consumidores y no consumidores. En una de las regiones francesas identificadas como una de las más consumidoras, 57 adolescentes, cuyas edades se sitúan entre los 12 y los 17 años, participaron en conversaciones individuales o colectivas. El análisis del contenido se basó en el enfoque fenomenológico y permitió poner en evidencia que los “conocimientos” transmitidos por las diferentes actividades de prevención, si bien están bien presentes, están también articulados con otras representaciones. Estas últimas, surgidas de las experiencias directas o de la vivencia emocional de los adolescentes, aparecen como importantes en el discurso de los mismos. Es así como la configuración del conjunto produce efectos negativos inesperados en los mensajes de prevención. Asimismo, existe una paradoja entre el buen conocimiento de las leyes y la sensación de que están hechas para ser violadas. Estos resultados nos llevan a interrogarnos sobre los mecanismos psicológicos puestos en marcha por las actividades de prevención primaria y sus efectos.

**Palabras clave:** Alcohol, Tabaco, Prevención, Adolescencia, Metodología cualitativa

## Adolescence et prévention de l'alcool et du tabac

En France, l'alcool et le tabac sont les deux premières causes de mortalité évitables (Reichardt et Bouchoux, 2012). Elles constituent, de ce fait, un problème de santé publique majeur. Pour tenter de réduire leur prévalence dans la mortalité, les politiques publiques utilisent, depuis plusieurs décennies, diverses mesures issues de trois types d'interventions de base : les mesures visant la modification de l'environnement (prix ou accessibilité du produit, réglementation de son usage et de sa promotion), celles visant la modification de l'individu (informations, communication, éducation à la santé) et, enfin, celles s'appuyant sur les mobilisations collectives (issues de décisions communautaires, que la communauté soit une entreprise ou un groupe religieux; Arwidson, 2013). Traditionnellement, en France, ce sont plutôt les deux premières qui ont été privilégiées en s'appuyant surtout sur la réglementation et la prévention. Parallèlement, on peut également noter une tendance à orienter cette politique vers un public plus jeune, des adolescents, mais aussi des enfants, notamment pour la prévention primaire. L'objectif sous-jacent parmi ce public est que la modification à la fois des représentations de l'alcool et du tabac, mais aussi leur consommation, perdurerait et permettrait ainsi de réduire la morbidité et la mortalité qui s'ensuivent.

La dernière réglementation en France est intervenue avec la loi n°09-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST). Elle y interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit des boissons alcoolisées à tous les mineurs de moins de 18 ans dans les débits de boissons ou les lieux publics, et ce, quel que soit le mode de vente (sur place ou à emporter) ou la catégorie de boissons. Elle rappelle que la personne qui vend ou qui offre la boisson peut exiger la preuve de la majorité du client. La vente au forfait ou l'offre à volonté d'alcool est également interdite. De même, l'interdiction de vendre ou d'offrir à titre gratuit des produits du tabac ou leurs ingrédients, y compris le papier et le filtre, s'applique aux moins de 18 ans. Rappelons que c'est le commerce qui a l'interdiction de vendre et encourt, en cas de non-respect de l'interdiction de vente, une amende de 7500 euros ou, en cas de récidive dans les cinq ans, d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros. Quant au non-respect de l'interdiction de la vente des produits du tabac ou ingrédients aux mineurs, il est puni d'une contravention pouvant aller jusqu'à 150 euros.

Parallèlement, l'accent a été de plus en plus mis sur l'information, par la mise en place d'encarts informatifs sur les produits, et sur l'éducation à la santé, par des séquences de prévention réalisées directement au sein des établissements scolaires. La forme et le contenu de ces mesures s'inscrivent dans certaines conceptions du fonctionnement psychique de la personne. Ainsi, certaines séquences de prévention, mais aussi les encarts (photos/logos) positionnés sur les paquets de cigarettes s'appuient sur les théories suggérant que la perception d'une menace pour son intégrité suscite des comportements adaptés pour s'en protéger, dans la mesure où cette menace aurait une fonction de stimulus activant le système lié à la peur. Ce principe se retrouve notamment dans le modèle des croyances liées à la santé (*Health Belief Model*, Ogden, 2004, p. 24) et celui de la motivation à la protection (*Protection motivation Theory*, Ogden, 2004, p. 27; pour une revue francophone voir Meyer et Verhac, 2004). De même, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991, 2002) suppose que les comportements – notamment ceux qui sont relatifs à la santé – sont régulés par : (1) les attitudes, positives ou négatives à l'égard du comportement, (2) les normes subjectives qui renvoient à la perception des normes de l'entourage (familles, amis, etc.) et (3) le contrôle comportemental qui dépend des ressources et opportunités perçues, l'ensemble étant sous-tendu essentiellement par des croyances. La référence à ce modèle a aussi conduit à supposer que transmettre des informations et des connaissances sur les produits pour remplacer les croyances erronées serait un levier efficace pour réduire leur consommation. Aussi, avec la reconnaissance de la primauté du contrôle comportemental dans l'intention d'agir et du comportement

en résultant, les campagnes de prévention plus récentes tentent de valoriser la capacité de changement (c.-à-d., le refus de la consommation).

Pour autant, malgré ces mesures et la référence à certains modèles psychologiques pour étayer la prévention, dans la population générale, la proportion de fumeurs et de buveurs reste importante. La baisse observée au début des années 2000 semble s'être considérablement ralentie (Institut National de la Statistique et des Études économiques, 2012). De même, chez les mineurs, les résultats apparaissent mitigés, divergents notamment selon les indicateurs pris. Parmi ces différents indicateurs, certains suggèrent même une hausse. Par exemple, pour le tabac, son usage quotidien dans la population adolescente a augmenté entre 2008 et 2011 (respectivement 28,9% et 31,5%, Spilka, Le Nezet & Tovar, 2012). Quant à l'alcool, l'évolution pointée porte surtout sur son mode de consommation chez les adolescents : consommé moins fréquemment, l'alcool l'est en quantité plus importante sur des périodes données (Amsellem-Mainguy, 2011). Ce phénomène s'enracinerait dans les évolutions sociales et culturelles. Principalement, les normes subjectives des adolescents seraient sensibles au mode de consommation perçu typique de l'adolescence véhiculé par les médias (séries télévisuelles et réseaux sociaux électroniques). Aussi, la consommation d'alcool répondrait à des besoins différents chez les adolescents actuels, où le besoin de rupture de conscience dans une société sur-stimulante les conduirait à une alcoolisation massive (Le Garrec, 2002).

Ces constats nous amènent à nous interroger sur la manière dont la législation et la prévention sont « reçues » par les mineurs qui font pourtant l'objet d'une attention particulière. Si un grand nombre d'études quantitatives décrivent la prévalence et les conséquences de la consommation d'alcool et de tabac, peu d'études s'intéressent à la perspective subjective des mineurs quant à leurs perceptions des réglementations et des activités de prévention. L'approche méthodologique adoptée dans cette étude est donc phénoménologique, c'est-à-dire qu'elle vise à décrire, comprendre et tenter d'expliquer le phénomène étudié (Giorgi et Giorgi, 2003) : l'appropriation de la réglementation et de la prévention selon la signification attribuée par le sujet lui-même. On peut en effet supposer que la manière dont les informations « rationnelles » sont mémorisées et intégrées au vécu subjectif de la personne est une source importante de régulation des conduites de consommation. Or, il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux qui appréhendent la manière dont les adolescents perçoivent la législation et la prévention vis-à-vis du tabac et de l'alcool et comment ils situent leurs pratiques par rapport à celles-ci.

## Méthodologie

### Participants

La région de notre étude, les Pays de la Loire (Ouest de la France) est identifiée régulièrement comme se situant parmi les trois régions françaises (parmi 21) ayant les taux de consommations d'alcool et de tabac les plus élevés pour les jeunes de 17 ans. Elle est même la première région en ce qui a trait à la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans (Amsellem-Mainguy, 2011 ; Beck, Legleye & Spilka, 2005).

Les analyses présentées portent sur 57 adolescents, dont 34 (13 garçons et 21 filles) ont participé à un entretien individuel. Les 23 autres ont participé à un des six groupes de discussion (rassemblant de 3 à 6 adolescents). Ils étaient âgés de 12 à 17 ans (moyenne = 15,43 ; écart-type = 1,77) et résidaient dans Nantes et ses alentours (Pays de la Loire, Ouest de la France). Le tableau 1 illustre la répartition des caractéristiques sociodémographiques des adolescents.



**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (N = 57)**

Caractéristiques des participants	Effectif	% âge
<b>Âge</b>		
12- 13	12	21
14-15	10	17,5
16-17	35	61,5
<b>Sexe</b>		
Féminin	25	43,9
Masculin	32	55,1
<b>Lieu d'habitation</b>		
Campagne	46	80,7
Ville	11	19,3
<b>Filières d'études</b>		
Collège	22	38,6
Lycée général	14	24,6
Lycée professionnel	8	14,0
Apprentissage (CFA)	13	22,8
<b>Consommateurs</b>		
Alcool	34	59,6
Tabac	27	47,4

Issus de milieux socioéconomiques variés, ces adolescents étaient aussi choisis par la poursuite des trajectoires scolaires contrastées (études secondaires, à visée généraliste ou professionnelle). Ces critères de sélection ont été fixés afin de créer une hétérogénéité au sein de l'échantillon. Cela permet de faire une étude en profondeur au sein d'un groupe restreint afin d'atteindre une saturation empirique des processus de changement (Pires, 1997). À l'inverse, il n'existait aucun critère de sélection quant à la consommation de l'alcool et de tabac. C'est pourquoi l'échantillon inclut aussi bien des non-consommateurs que des consommateurs occasionnels et réguliers (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : Degré de consommation alcool/tabac des participants par tranche d'âge et type d'étude**

Âge et filière d'études	Tabac			Alcool		
	abstinents	occasionnels	réguliers	abstinents	occasionnels	réguliers
Collégiens (12-14)	12	0	0	11	1	0
Collégiens (14-16)	4	6	0	6	4	0
Lycéens (16-17)	12	2	8	5	4	13
Apprentis (16-17)	2	0	11	1	0	12

### Procédure

La mise en œuvre de la collecte des données s'est déroulée entre janvier et mai 2012. Les adolescents étaient approchés par le biais de leur inscription institutionnelle scolaire (enseignement secondaire) ou périscolaire (centre de loisirs). Les responsables de ces établissements ont été contactés et ont donné leur accord à la réalisation de la recherche. Par la suite, ils ont sélectionné de façon aléatoire les adolescents. Lorsque le critère d'âge n'était pas respecté (les jeunes devaient être mineurs pour participer), un nouveau tirage au sort était réalisé. Un courrier d'information ainsi qu'un formulaire d'autorisation étaient envoyés aux responsables légaux des adolescents. Les adolescents donnaient également leur propre consentement, puis étaient inscrits à un entretien individuel ou collectif selon leur disponibilité. Avant de commencer l'entretien, le cadre de la recherche était rappelé aux adolescents : thèmes de l'étude, libre participation, anonymat, confidentialité, possibilité de retrait et de prise de contact ultérieure à l'entretien dans le cas où les thèmes abordés aient suscité des interrogations, voire fait naître une demande de soin.

Les entretiens individuels duraient de vingt à quarante minutes, les entretiens collectifs aux alentours de 60 minutes. Ces entretiens étaient réalisés par trois intervieweuses qualifiées dans cette pratique. Afin de vérifier l'homogénéité de l'utilisation du guide d'entretien, des séances de préparation et de jeux de rôle ont également eu lieu. Le guide d'entretien, identique pour les entretiens individuels et collectifs, était considéré comme un support aux échanges, c'est-à-dire que les intervieweuses étaient libres d'amener les différentes thématiques en fonction de la dynamique de l'entretien. Pour les groupes de discussion, l'accent était mis sur l'interaction entre les membres du groupe par rapport aux thèmes proposés. Parmi ceux-ci et, entre autres, les adolescents étaient invités à faire part de leurs connaissances et de leurs expériences quant aux lois et aux risques associés à la consommation d'alcool et de tabac.

### Stratégie d'analyse

Tous les entretiens ont été enregistrés numériquement, puis transcrits sur un traitement de texte. Ils ont ensuite été codés et analysés à l'aide de N'Vivo, un logiciel destiné à l'analyse qualitative de contenu (Gibbs, 2002). Les unités d'analyse sont constituées à partir de la totalité des verbatim. C'est la récurrence des thèmes et des idées qui aboutit à la grille d'analyse, plus qu'un cadre pré-établi. Les intervieweuses ont d'abord créé une liste préliminaire de codes qui a été révisée par les deux auteurs principaux, puis rediscutée en équipe afin de parvenir à un consensus. Une fois les codes définis, le corpus dans son entier (c.-à-d. l'ensemble des réponses fournies par les adolescents quel que soit le type d'entretien) a été codé ligne par ligne. La liste de codes résulte donc d'un travail collaboratif entre les auteurs en utilisant un processus itératif faisant un retour constant entre les verbatim et les thèmes. L'analyse des données sous format de thèmes a été faite en tentant de rendre compte le plus fidèlement possible du sens donné par chaque participant (analyse verticale), mais aussi en synthétisant les thèmes convergents ou divergents (analyse horizontale ; Deslauriers, 1991).

### Résultats

Les résultats de ce travail d'analyse sont présentés par thèmes avec des exemples illustratifs issus des verbatim des adolescents. Les quatre thèmes organisateurs réfèrent : 1) aux sources d'informations sur lesquelles s'appuient les connaissances des jeunes ; 2) à la perception du positionnement de la loi par rapport aux pratiques de consommation ; 3) aux différents risques associés à cette consommation ; 4) à la perception de ces risques pour soi (cf. Tableau 3). Ces quatre thèmes traversent les discours relatifs aux deux produits, même si ce ne sont pas exactement les mêmes sous thèmes qui sont mis en avant pour chacun.

Tableau 3 : Thèmes et exemples

Thèmes	Sous-thèmes	Définition	Exemples
Sources d'informations	Séquence de prévention	Au sein de l'établissement scolaire par du personnel non enseignant (éducateurs, policiers)	« On a eu des petites réunions sur la sécurité routière où ils parlaient vachement plus alcool et cannabis. » (Garçon, 17 ans) « On a eu des trucs de sécurité où ils nous parlaient de l'alcool... Par exemple, pour faire une PLS... Ils nous disaient les facteurs qui pouvaient causer ça à une personne d'être en malaise ou évanouie... » (Fille, 16 ans)
	Cours	Durant les cours avec les enseignants	« Il y a des profs en biologie qui nous en parlent... En maths, la prof, elle nous a fait remplir un tableau pour dire en quoi l'alcool c'était dangereux tout ça, le taux... Elle nous a montré des vidéos sur des gens qui buvaient et tout plein de trucs. » (Filles et Garçons de 12 à 14 ans)
	Campagne nationale	Spots publicitaires, affichage et logos	« L'alcool, c'est marqué partout... dans les magasins. C'est écrit : pas d'alcool au moins de 18 ans... » (Fille, 15 ans) « Sur les paquets de cigarettes y'a des images comme quoi c'est grave, qu'on peut avoir des problèmes sur le corps et puis que, le tabac, ça tue. » (Garçon, 16 ans)
	Entourage	Parents, famille élargie, pairs	« C'est mes parents qui me disent de faire attention à l'alcool ou de ne pas fumer. » (Garçon, 17 ans) « Avec les campagnes publicitaires, les parents, les frères et sœurs et les gens, on parle de l'alcool et du tabac en général. » (Fille, 12 ans)
Perception des lois	Connaissance de la législation	Connaissance des lois en vigueur quant à l'achat d'alcool et de tabac	« C'est interdit de vendre au moins de 18 ans. » (Garçons, 16-17 ans)
	Droit à l'infraction	Capacité à ne pas suivre la législation concernant l'alcool ou le tabac	« Bah dans les bureaux de tabac, je passe à peu près partout. » (Garçon, 16 ans)
	Perception globale	Perception sur la situation à l'égard des lois en vigueur	« Si les buralistes respectaient le fait de ne pas vendre du tabac aux mineurs, ça freinerait beaucoup de jeunes. Parce que les parents ne savent pas que leur enfant fume. » (Garçon, 17 ans)
Risques pour la santé	Morbides - à long terme	Ensemble des maladies concernant plutôt le tabac	« Les problèmes de fertilité, les maladies aux poumons et tout ça. » (Fille, 17 ans)
	Mortels - imminents	Accidents de la route et étouffement concernant plutôt l'alcool	« Les comas éthyliques, les choses comme ça on en entend moins parler que l'alcool au volant. » (Fille, 17 ans)
	Psychologiques		« L'alcool, tu deviens fou ou folle, t'es maladroite... puis t'es accro. » (Fille, 17 ans)
	Sociaux		« Imagine, t'es trop arraché et t'as ta mère devant, tu lui mets une grande calotte. » (Garçons 16-17 ans) « Il y a des gens ils font des choses ridicules et après c'est la réputation dans le collège, ça fait mal. » (Garçons 16-17 ans)
Risques pour soi	Pensée magique	L'ingestion du produit entraîne automatiquement les conséquences connues	« Au niveau des cigarettes, c'est dès que tu commences. » (Garçon, 16 ans)
	Minimisation	Stratégies visant à réduire les risques connus en les situant parmi d'autres risques	« J'me dis qu'il y en a qui ont jamais fumé et qu'ont des cancers des poumons. » (Fille, 17 ans)
	Optimisme comparatif	Stratégie visant à introduire un décalage entre soi et les « autres » plus susceptibles de subir les risques	« Au niveau de la dépendance pour l'alcool, je dis, si c'est toutes les semaines, avec de grosses quantités c'est sûr, mais si c'est de temps en temps quelques verres, ça fait pas de mal. » (Fille, 17 ans) « Les jeunes qu'ont des accidents, ils ont pas de chance. » (Garçons, 16-17 ans)
	Paradoxe de la prévention	Stratégies comportementales visant à réduire les risques liés à l'alcoolisation	« À partir du moment où je me finis... chez mon pote je prends des cartons, il me donne une couette et je dors dans le garage. » (Garçons, 16-17 ans)

### Sources d'information pour l'obtention de connaissances relatives à la réglementation et aux risques sanitaires

Interrogés sur l'origine de leurs connaissances, les participants relatent trois sources principales : les campagnes médiatiques de prévention, la prévention scolaire – séquences de prévention ou cours – et leur entourage. Tout d'abord, la moitié d'entre eux affirme avoir été informée par une séquence de prévention sur les risques de la consommation de substances psychoactives au cours de leur scolarité (de 11 à 14 ans). Ces séquences sont réalisées par du personnel dédié à cette mission (policiers, éducateurs ou intervenants spécialisés). Les adolescents estiment que ces séquences sont à l'origine de leurs connaissances tant pour la réglementation que pour les risques associés à la consommation, mais estiment que ces séquences portent plus sur l'alcool et les drogues que sur le tabac.

Ensuite, ces connaissances sont complétées par certains cours dispensés notamment en biologie, en éducation civique ou encore en histoire-géographie. Faisant partie intégrante du programme scolaire, certains enseignements semblent utiliser l'alcool et le tabac comme objet de support pour l'acquisition des connaissances inhérentes à la matière, comme l'illustre l'entretien suivant :

*Donc, en fait, vous n'êtes pas tellement informés sur l'alcool et le tabac ?*

*P : Il y a des profs en biologie qui nous en parlent.*

*P : En maths, la prof, elle nous a fait remplir un tableau pour dire en quoi l'alcool c'était dangereux tout ça, le taux...*

*Donc, vous, c'est le prof de maths et, vous, le prof de biologie : c'est ça ?*

*P : Ouais, elle nous a montré des vidéos sur des gens qui buvaient et tout plein de trucs...  
(Filles et Garçons de 12 à 14 ans, non-consommateurs de tabac et d'alcool)*

La troisième source d'information, très présente dans le discours des jeunes, est l'affichage préventif, du type : « la vente de tabac et d'alcool est interdite aux moins de 18 ans ». Les jeunes qui disent n'avoir reçu aucune information ni bénéficié de prévention estiment connaître la réglementation et certains risques sanitaires par le biais des affichages sur les paquets de cigarettes, sur les bouteilles, ou encore au comptoir du bureau de tabac, à la caisse du supermarché et à l'entrée des bars. Aussi, les médias traditionnels (télévision, radio) participent à l'accès à ces connaissances par les reportages, le journal télévisé et les campagnes de prévention sous format publicitaire.

Enfin, les parents apparaissent être également une source d'information pour les jeunes, mais dans une moindre mesure que les trois autres. En effet, ils ont un rôle préventif vis-à-vis de la consommation des deux substances. Dans les familles où il y a une bonne communication sur le sujet, les parents favorisent les échanges pour expliquer les dangers associés à la consommation de tabac et d'alcool et pour informer les adolescents de l'évolution des lois.

### Les connaissances relatives à la réglementation

#### **Nul n'est censé ignorer la loi.**

Globalement, les adolescents de notre échantillon connaissaient les lois relatives à la réglementation : la quasi-totalité rapporte connaître ces interdictions, avec toutefois une certaine confusion sur la pénalisation de la transaction achat/vente. Certains jeunes se demandent s'ils ne pourraient pas

## Adolescence et prévention de l'alcool et du tabac

avoir une amende parce qu'ils tentent d'acheter de l'alcool. Rappelons que, pour l'alcool comme pour le tabac, c'est le commerçant qui a l'interdiction de vendre et qui encourt une amende en cas de non-respect de l'interdiction de vente.

Par contre, les jeunes ne sont pas au courant que cette loi est relativement récente et qu'auparavant les mineurs de 16 à 18 ans pouvaient acheter du tabac et certains types de boissons fermentées non distillées (vins, bières, cidres, etc.). Quelques rares jeunes ont fait l'expérience de cette loi puisque le commerçant dispose du droit de demander une carte d'identité justifiant de la majorité :

*P : J'ai connu une fois quelqu'un qui n'avait pas sa carte d'identité sur lui, donc il n'a pas pu acheter. Parce que la caissière voulait vérifier son âge et il n'avait pas sa carte d'identité.*

*Et alors, comment ça s'est passé ?*

*P : Bah, il n'a pas eu le droit de... elle lui a pas laissé acheter la bouteille d'alcool quoi. (Fille, 17 ans, non consommatrice alcool et tabac)*

### **La loi est faite pour être enfreinte... et c'est aux adultes de la faire respecter !**

La grande majorité des adolescents estime que la loi peut être enfreinte, qu'elle n'est pas respectée et que, finalement, elle ne sert « un peu » à rien. S'ils s'entendent tous pour dire qu'il est possible de contourner la loi et qu'il s'agit d'une pratique courante, peu sont en mesure de donner un exemple d'achat d'alcool vécu personnellement ou par des amis. Par contre, les exemples directs sont plus fréquents concernant l'achat de tabac :

*Et les cigarettes ?*

*P : C'est un truc que je trouve un peu abusé, mais bon d'un autre côté j'en suis contente, c'est que les bars-tabac, depuis que je suis toute petite, donc depuis mes 12 ans que je fume, ils m'ont jamais demandé l'âge que j'avais, ils m'ont toujours donné des paquets de clopes, comme ça. (Fille, 17 ans, consommatrice de tabac et d'alcool)*

De fait, une part importante des jeunes regrette que ces interdictions ne soient pas respectées par les adultes. Leur discours est que les commerçants ne cherchent pas à respecter de manière active les interdictions et qu'il est habituel de pouvoir acheter de l'alcool ou du tabac avec un peu de préparation pour avoir l'air plus âgé quand il s'agit d'alcool.

*Est-ce que tu penses qu'il y a des choses qui pourraient être mises en place et qui freineraient vraiment les jeunes... des choses nouvelles, que ce soit au niveau du tabac ou de l'alcool et qui les freineraient vraiment ?*

*P : Si les buralistes respectaient le fait de ne pas vendre du tabac aux mineurs, ça freinerait beaucoup de jeunes. Parce que les parents, eux, s'ils ne savent pas que leur enfant fume, c'est clair qu'il y aura beaucoup beaucoup moins de jeunes qui fumeront. (Fille, 17 ans, non consommatrice de tabac et d'alcool)*

### **La loi est bien faite.**

Cette récurrence dans la thématique sur la réglementation est peut-être la plus surprenante : la majorité des jeunes trouvent que la loi est bien faite. C'est-à-dire qu'ils connaissent l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, qu'ils trouvent que cette loi n'est pas respectée et,

## Adolescence et prévention de l'alcool et du tabac

paradoxalement, que cette loi est bien ainsi. On peut se demander si les jeunes réfèrent vraiment à cette loi et si ce n'est pas plutôt la situation générale : les lois existent, ne sont pas suivies, et c'est bien ainsi.

*Et, tu sais, s'il y a des lois justement...*

*P : Oui, bah je sais qu'il y a des lois qui interdisent aux moins de 18 ans, c'est ça ? Mais bon, d'un autre côté, je ne m'en plains pas, parce que je sais que s'ils respectaient les lois, on en aurait tous marre et on ne pourrait pas le supporter.*

*Il n'y a jamais eu une seule fois où ils t'ont demandé ta carte d'identité ?*

*P : non.*

*Donc selon toi, les lois ne sont pas très respectées ?*

*P : Elles ne sont pas respectées, mais d'un autre côté, je comprends ceux qui travaillent dans les tabacs, ils ne peuvent pas nous demander tout le temps la carte... Je pense qu'il y a quand même beaucoup de jeunes qui fument. S'ils leur disaient non, je pense qu'il y aurait un chiffre d'affaires qui serait quand même beaucoup plus faible. Et, d'un autre côté, les jeunes, ça leur ferait péter des câbles. Enfin, moi je ne m'imagine même pas devoir demander à un majeur ou à quelqu'un de plus âgé que moi d'aller m'acheter un paquet de clopes quoi. (Fille, 17 ans, consommatrice de tabac et d'alcool)*

Une partie importante de l'échantillon pense malgré tout que les interdictions ont un effet protecteur : elles posent un barrage aux pratiques à risque, pour la santé, la circulation routière ou les dépendances :

*Tu en penses quoi qu'on limite l'accès à des jeunes au tabac et à l'alcool ?*

*P : C'est pour qu'il y ait moins de dépendance, je pense, au tabac déjà. Et après, pour l'alcool, je pense que ça doit être pour limiter les accidents. Enfin, moi je le vois comme ça aussi, chez les jeunes, l'alcool, c'est un jeu en fait. C'est le premier qui couche l'autre ou des choses comme ça quoi. Et y'en a, en soirée, qui se mettent minables ou des choses comme ça, moi, je ne trouve pas ça forcément intéressant, mais j pense que c'est pour ça que c'est limité aux personnes quasiment adultes. (Garçon, 17 ans, consommateur d'alcool)*

### **Les connaissances relatives à la santé : des connaissances parcellaires, plutôt figuratives et émotionnellement contextualisées**

#### **Des connaissances issues des programmes de prévention...**

Contrairement aux connaissances sur la réglementation, celles relatives aux risques pour soi et sa santé liés à la consommation d'alcool et de tabac apparaissent comme étant plus parcellaires. Elles sont cependant mieux évoquées chez les non-consommateurs.

Les risques les mieux identifiés sont ceux qui sont signalés par les campagnes médiatiques de prévention et ceux qui sont transmis dans le cadre scolaire (intervenant extérieur ou connaissances transmises en cours d'éducation civique et de biologie). C'est pourquoi on retrouve fréquemment cités par les adolescents, les risques sanitaires liés au tabac : cancers, infertilité, ralentissement de la croissance. Corollairement, les risques liés à l'alcool portent plus sur les dangers de la

## Adolescence et prévention de l'alcool et du tabac

conduite automobile après la consommation, évoqués dans les campagnes médiatiques et les séquences de prévention et les risques pour le développement du fœtus en cas de grossesse, signalés sur le produit.

De fait, ces connaissances semblent d'autant mieux mémorisées lorsqu'elles ont fait appel à la pensée figurative induite par la présence d'images (télévisuelles, sur les paquets de cigarettes, durant les cours) ou de logos (sur les bouteilles de vin). Ce sont aussi les émotions – négatives – suscitées par ces images qui semblent amener à ce que ces connaissances aient été bien mémorisées. Les adolescents relatent avoir été bouleversés par des témoignages, notamment relatifs aux accidents de la route.

*Qu'est-ce qu'on vous a dit dans la séquence de prévention ?*

*P : Il y avait un simulateur, on pouvait voir tous les accidents qui passaient et puis les photos d'accidents qui s'étaient produits.*

*P : Ouais c'est méchant, parce qu'une fois c'était un gamin... Ouais, en gros, il avait un casque... pas intégral.*

*P : Ouais voilà, c'était pas un casque complet en fait, et, en fait, la visière était relevée. Il était sur le bourg de Nantes, j'crois et il roulait à 80 km/h... Il a traîné 10 mètres sur le visage, il a plus de nez, la mâchoire est rentrée là, il avait v'là la tronche amochée... (Garçons 16-17ans, consommateurs d'alcool)*

La proximité avec la victime, promouvant l'identification potentielle à celle-ci (un jeune comme eux), induit l'intensité de l'émotion et la mémorisation des informations. Aussi, ce mécanisme se retrouve dans les expériences – indirectes – des adolescents : ils ont observé ces risques chez leurs proches (amis ou famille), renforçant ainsi les informations transmises par les sources officielles.

*Tout ce qui est les problèmes de fertilité, les maladies aux poumons et tout ça, parce que je connais quelqu'un qui a eu un cancer aux poumons et qui en est mort, c'est les principaux que j'ai en tête. (Fille, 17 ans, consommatrice d'alcool et de tabac)*

### **...à l'importance des expériences directes et indirectes dans la construction de ces connaissances.**

De l'observation d'autrui en découle une certaine connaissance des autres risques encourus par la consommation de tabac, mais surtout celle d'alcool. Nombre d'adolescents sont en mesure d'évoquer les risques psychologiques liés à la consommation abusive d'alcool : altération de la conscience, perte temporaire de la mémoire, labilité émotionnelle, mais aussi dépendance. Aussi, les risques sociaux sont évoqués : perte d'emploi et de sa famille, mais surtout violence qui amène les adolescents à considérer la consommation abusive d'alcool comme étant dangereuse pour soi et autrui. Ces observations portent sur des adultes, voire des proches :

*Une fois, à la communion de mon cousin, c'était parti en couille de ça. Ouais, son oncle, il était complet bourré, il cherchait la merde avec tout le monde. Il voulait partir en voiture, et tout ça avec ses gosses. Du coup, il a failli se faire foutre sur la gueule par tout le monde. (Garçon, 16 ans, consommateur d'alcool)*

Toutefois, les risques sociaux ne sont pas l'apanage des adultes. Si le risque de violence est aussi signalé dans la consommation adolescente, le principal risque social est le ridicule : dire n'importe quoi, se retrouver dans des situations scabreuses, ridicules certes sur le moment, mais honteuses et potentiellement stigmatisantes durablement (par la publication sur les sites de réseau social ou le bouche-à-oreille au sein de l'établissement scolaire).

*Je pense que j'ai pas l'ivresse trop contraignante [...] j'ai toujours eu de la chance [...] je n'ai jamais fait trop de trucs que je ne voulais pas faire, je me suis pas retrouvé à poil sur des photos sur Facebook ou des trucs comme ça. (Garçon, 17 ans, consommateur d'alcool)*

Par ailleurs, les sources différentes pour l'obtention des connaissances promeuvent chez les adolescents une focalisation spécifique sur la temporalité des risques. Ceux issus de la consommation de tabac sont globalement des risques différés, qui interviennent dans la période de vie adulte, voire durant la vieillesse. À l'inverse, les connaissances sur les risques à long terme issus de la consommation d'alcool sont pauvres et connus seulement par quelques adolescents. Les expériences faites et observées par les adolescents mettent en avant les risques immédiats à la consommation abusive pouvant intervenir, de ce fait, durant l'adolescence. Ceci induit des stratégies différentes dans la manière de considérer les risques pour soi.

### **La perception des risques pour soi selon le niveau de consommation**

Chez les non-consommateurs, les risques – quels qu'ils soient – sont omniprésents. Leur discours est marqué par la fatalité de ces risques : la consommation, même minime ou temporaire, engendre inexorablement les dangers connus par ces adolescents (dépendance, accident de la route, maladie). Autrement dit, les risques sont, pour eux, des certitudes et non des probabilités accrues.

*Et, la cigarette, dès la première t'es foutu. (Garçon, 17 ans, non consommateur de tabac)*

La fatalité se retrouve aussi dans le discours de certains consommateurs. L'évocation des risques les « oblige » à les reconnaître. Cependant, ils les minimisent par le fait que ces dangers soient différés dans le temps, notamment pour l'ensemble des risques liés au tabac, mais aussi en les situant parmi les autres risques environnementaux connus, mais subis (pollution air et eau, etc.).

*On risque sa santé pour tout, quand on respire de l'air, on risque sa santé, alors, oui, en consommant beaucoup, on risque aussi sa santé. (Fille, 17 ans, consommatrice d'alcool et de tabac)*

À l'inverse, pour d'autres adolescents consommateurs, les risques ne sont pas dangereux, car ils considèrent leur consommation sous contrôle, notamment celle relative à l'alcool : le respect de certaines limites dans leur consommation leur éviterait de prendre les risques immédiats. Les risques immédiats seraient également contrôlés par l'adoption de certaines stratégies, notamment celles proposées par les campagnes de prévention (cf. infra).

### **Des risques perçus pour une consommation abusive... qui n'est pas la leur**

La plupart des adolescents consommateurs présentent les risques comme relevant seulement d'une consommation abusive, notamment pour l'alcool. Ils la réfèrent directement à la situation de dépendance, celle-ci étant l'apanage de certains individus décrits de manière stéréotypique : les « addicts » ou les « accros ». Pour les définir, les adolescents évoquent deux traits spécifiques : l'absence de contrôle et la consommation solitaire. À nouveau, on peut penser que cette organisation



de leurs représentations quant aux risques et à la consommation peut les entraîner à une fonction de protection de soi. En effet, en décrivant des risques pour des personnes « accros » qui sont décrites à l'opposé de ce qu'ils sont (dans le contrôle et le plaisir de la consommation partagée), ils évitent de s'interroger sur leurs risques personnels.

### **Des risques « maîtrisés » : de l'effet paradoxal des actions de prévention**

La narration des expériences de consommation, notamment d'alcool, fait également apparaître que, si les actions de prévention participent à la construction des connaissances à propos des risques, elle favorise a contrario des stratégies visant à les éviter tout en ne minimisant pas la consommation. Ainsi, les séquences de prévention organisées au sein des établissements semblent très focalisées sur la prévention routière et mettent l'accent sur le choix entre consommation ou conduite. Ce message semble généralement être bien reçu par les adolescents qui optent pour la consommation et la « désintoxication » sur place ou le retour chez soi par d'autres moyens de locomotion que la voiture (marche, vélo ou scooter).

*Toi, tu rentres en scooter ?*

*P1 : Non, quand je bois, je reste sur place.*

*P2 : Quand on connaît le coin, on connaît plein de petites routes et on sait que, même si on est saouls, on peut rentrer en sécurité.*

*Comment ?*

*P2 : À pied ou à vélo ! (Garçons, 16-17 ans, consommateurs d'alcool)*

Dans le même ordre d'idées, certaines séquences s'apparentent à de la formation de secouristes en explicitant la conduite à tenir en cas d'observation de coma éthylique (mise en position latérale de sécurité). La transmission de ce savoir semble offrir à certains la réassurance d'une possible consommation excessive sans risque associé, puisque celui-ci est réduit par le fait qu'ils puissent s'offrir assistance les uns les autres lors d'un coma éthylique.

*P : C'est les copains qui m'ont allongée sur le côté avec un drap [...] j'ai failli avaler mon vomi, heureusement qu'il y avait un copain à moi qui était là parce que...*

*Et, depuis, vous avez changé votre consommation ?*

*P : Je sais pas ; on était jeunes aussi. (Fille, 16 ans, consommatrice d'alcool)*

## **Discussion**

Cette étude visait à appréhender la perception de la réglementation et la prévention par les mineurs dans une perspective qualitative et phénoménologique. Au-delà de l'évaluation de leur niveau de connaissances, il s'agissait surtout de comprendre comment ils situent leurs pratiques de consommation par rapport à ces connaissances.

En premier lieu, il ressort de cela que les adolescents ont des connaissances sur l'alcool et le tabac, ce qui rejoint les études plus quantitatives sur la question (Michaud, Saraiva, Henry & Dodane, 2003). Ces connaissances sont obtenues par les campagnes médiatiques nationales et

les séquences de prévention, ces dernières offrant également des informations sur la législation, mais aussi durant les cours et par l'entourage, notamment familial.

### Les adolescents face à la loi

Selon le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale (2012, p. 8) : « Si la France dispose en définitive d'un arsenal réglementaire très développé, supérieur à celui de bien d'autres pays, l'efficacité de ce dispositif est réduite du fait de l'absence de contrôles et de sanctions effectifs ». De fait, les mesures législatives visent plutôt la modification de l'environnement pour réguler la consommation. Mais, comment sont-elles perçues par les adolescents ? On peut résumer leur attitude par un « appel au statu quo » : la loi est bien faite, elle doit être connue... et on doit pouvoir la contourner. Apparemment contradictoires, ces attitudes ne sont pas l'apanage des adolescents français. Elles ont aussi été retrouvées chez des adolescents grecs et anglais qui, pourtant, évoluent dans des contextes législatifs un tant soit peu différents (Robinson et Amos, 2010 ; Tamvakas et Amos, 2010) et on peut supposer qu'elles découlent pour partie de la dynamique adolescente.

En effet, il paraît compréhensible que les adolescents, dans une quête de développement identitaire vers un statut de jeunes adultes, testent les limites des lois sur ce qu'il est possible ou interdit de faire. En matière de développement psychique, il est même sain pour un adolescent de penser à tester son rapport à l'autorité et à la loi et de tenter d'acheter des cigarettes au bar-tabac du quartier. Ceci découlerait en partie du processus d'exploration préalable et nécessaire à l'achèvement identitaire (Erikson, 1968). Ce processus permet à l'adolescent de se tester et de s'identifier dans une potentielle identité (ici, de fumeur, d'adulte, d'osé, de rebelle, etc. ; Kunnen et Bosma, 2006). L'exploration est alors « mise en acte » pour en vérifier les effets sur autrui. On retrouve aussi, dans le discours des adolescents, cette double dynamique de la nécessité de lois – qui montrent l'intégration progressive d'un fonctionnement adulte au sein d'une société et de la demande à ce que ce soit les adultes qui les fassent respecter – leur laissant l'opportunité de rester dans un certain statut d'immatunité.

### La prévention : les risques perçus au regard des risques pour soi

Si les adolescents ont des connaissances sur les risques associés à la consommation d'alcool et de tabac, ces dernières restent malgré tout lacunaires et « biaisées ». Ainsi, on peut noter que certains risques sont complètement omis (par exemple, les risques sexuels associés à l'alcoolisation excessive), tandis que d'autres sont « surreprésentés ». C'est le cas, par exemple, des risques liés à l'alcool au volant qui suggèrent que la prévention est très orientée sur la sécurité routière. Cette insuffisance d'informations, notamment sanitaires, est déplorée par les adolescents eux-mêmes. Ce constat quant à la focalisation sur la sécurité routière peut apparaître d'autant plus regrettable que les études en accidentologie suggèrent plutôt une stabilité des accidents impliquant des jeunes conducteurs alcoolisés (Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2011).

Aussi, il apparaît une surreprésentation des connaissances associées à des émotions négatives lors de leur transmission (crainte de poumons « noirs », du handicap). Ceci souligne que l'activation du système de la peur fonctionne pour la mémorisation des informations (Ogden, 2004, pp. 24-28). A contrario, le fait que ces éléments se retrouvent chez des adolescents consommateurs laisse supposer que les menaces évoquées et perçues ne stoppent pas la consommation et que d'autres processus interviennent, interférant dans la relation liant la menace au comportement. Les larges différences interindividuelles observées dans le « niveau » de connaissances renforcent

cette hypothèse de l'existence de processus psychologiques, susceptibles d'amoindrir les effets des mesures législatives et préventives. En effet, les non-consommateurs semblent mieux mémoriser les informations et on peut supposer que, pour cette partie des jeunes, la menace affichée est effective. Pour ceux-ci, la certitude du lien entre consommation et risques semble bloquer toute initiation aux produits. À l'inverse, si les consommateurs ont aussi des connaissances, différents éléments montrent comment celles-ci sont intégrées de manière particulière parmi d'autres, amoindrissant les effets attendus des campagnes de prévention. On observe ainsi que les adolescents vivent les activités de prévention visant à diminuer leur consommation d'alcool comme des activités de réduction des risques liés à la consommation d'alcool. Ceci proviendrait pour partie de leurs expériences par rapport auxquelles les connaissances viennent faire dissonance, les amenant aux divers processus psychologiques repérés (oubli, minimisation, reconsidération des risques, etc.). Comme le suggère Ajzen (1991), les expériences des adolescents contribuent à la construction des attitudes par rapport aux produits, des normes subjectives quant au niveau de consommation et au sentiment de contrôle de celle-ci. Or, ces aspects n'apparaissent actuellement pas évoqués durant les séquences de prévention. Leur intégration pourrait améliorer l'efficacité de la prévention sur le public visé (les adolescents consommateurs). Aussi, en France, la prévention semble peu tenir compte des caractéristiques spécifiques de l'adolescence. Elle apparaît être calquée sur celle visant la population adulte, mettant en jeu des risques qui ne sont pas reconnus comme tels par les adolescents. On peut penser que la multiplicité des intervenants susceptibles de faire de la prévention (policiers, éducateurs, enseignants) rend difficile une formation préalable de ces acteurs sur les spécificités de l'adolescence.

À l'instar d'autres adolescents européens, les adolescents interrogés ici tendent à percevoir surtout les conséquences mineures et temporaires de l'alcoolisation (troubles cognitifs, vomissement, etc., Fraga, Sonsa, Ramos, Dias & Barros, 2011) alors même qu'ils sont en mesure d'identifier différents risques majeurs, mais différés, liés au tabagisme (cancer, infertilité). Ce décalage semble pour partie issu de la mise en œuvre de la prévention, mais peut aussi résulter de processus psychologiques visant à rationaliser des conduites perçues aussi comme des conduites typiques de l'adolescence (Demant et Jarvinen, 2006). Selon la temporalité des risques, on entrevoit des stratégies « adaptées » à celle-ci pour les minimiser.

Pour l'alcool, les risques sont inscrits dans une temporalité courte et différents adolescents reviennent en effet sur l'idée que leur consommation est « expérientielle » ou « récréative », non addictive et temporaire dans leur parcours de vie (Acier, Kindelberger, Chevalier & Guilbert, 2014). Les adolescents mettent ainsi en avant les stratégies efficaces pour s'en protéger : position latérale de sécurité (PLS, qu'ils ont appris paradoxalement durant les séquences de prévention), alcoolisation massive sur place permettant d'éviter les risques mortels, présentée comme une réponse simple à la prévention nationale stipulant que « boire ou conduire : il faut choisir ». Ces constats interrogent donc sur le contenu de la prévention, qui pourrait s'avérer inadéquate lorsqu'elle s'adresse à un public adolescent.

Pour le tabac, les risques sont inscrits, à l'inverse, dans une temporalité longue et les adolescents consommateurs s'appuient sur celle-ci pour justifier leur pratique. En effet, ils usent et abusent de leurs « nouvelles » capacités d'abstraction en situant ces risques dans une perspective temporelle lointaine, parmi d'autres risques subis issus des modes de vie sociétaux (pollution, par exemple). Ils soulignent ainsi le caractère probabiliste des risques, en les mettant en concurrence avec d'autres risques environnementaux. Cette stratégie de relativisation des risques chez les adolescents consommateurs est d'autant préjudiciable qu'elle aussi été repérée chez des adultes ayant une consommation à risque (Perreti-Watel et Constance, 2009).

Ainsi, les séquences de prévention gagneraient à présenter l'éventail des risques en insistant plus sur ceux à court terme pour le tabac (altération de l'épiderme, de la santé buccale, pathologies aggravées par la consommation, etc.). Ces risques touchent pour partie l'apparence physique (peau, dents, cheveux), dont l'importance n'est plus à démontrer dans la construction identitaire des adolescents (Bariaud, 2006). Ainsi, aborder ces conséquences concrètes du tabagisme qui touchent les adolescents pourrait améliorer la réception des messages de la prévention. Parallèlement, introduire les risques à long terme pour l'alcool dans les séquences de prévention permettrait de décentrer les adolescents sur les risques immédiats et les stratégies développées pour y faire face.

Enfin, on peut repérer chez ces adolescents un dernier mécanisme psychologique susceptible de minimiser l'impact de la prévention. Mettant en balance leur propre consommation avec celle de leurs pairs, ils estiment que les risques dont ils ont connaissance sont moindres pour eux-mêmes que pour les autres. Ce discours s'inscrit dans un fonctionnement dit « d'optimisme comparatif ». Ce mécanisme – par ailleurs, largement documenté avec une méthodologie plus expérimentale – a déjà été repéré comme un facteur interférant dans les modèles psychologiques utilisés pour penser la prévention (Meyer et Delhomme, 2000).

### Conclusion

L'analyse du discours de ces adolescents en population normale, consommateurs ou non, rend saillants les différents obstacles aux mesures législatives et préventives. De manière un peu provocante, on peut suggérer que ces mesures fonctionnent pour la frange de la population adolescente qui n'est pas spécifiquement à risque : les non-consommateurs y trouvent en effet des justifications renforçant des conduites qui semblent en partie modelées par leur entourage social direct (famille et pairs qui sont non consommateurs). À l'inverse, les modèles de prévention basés sur la peur ou sur la transmission d'attitudes normées pourraient a contrario renforcer les conduites à risques des adolescents consommateurs, parmi lesquels certains consomment justement par bravade des risques ou par opposition à ce qu'ils perçoivent comme des normes d'adultes. Au milieu se situent les autres adolescents consommateurs « modérés » comme ils se qualifient eux-mêmes (constitués des consommateurs occasionnels et réguliers qui ne consomment pas excessivement). Ils développent diverses stratégies que nous avons pu mettre à jour et qui constituent un véritable défi à la prévention. La diversité des effets paradoxaux souligne par ailleurs la complexité d'un message de prévention univoque qui peut être reçu très différemment selon l'adolescent. Aussi, une meilleure prise en compte de la construction identitaire à l'adolescence (besoin d'exploration, inscription dans un réseau amical, orientation temporelle, etc.) pourrait constituer une piste pour construire des séquences de prévention adaptées à la population adolescente. En tout cas, elle devrait clairement être intégrée dans un programme de prévention secondaire.

## Bibliographie

Acier, D., Kindelberger, C., Chevalier, C., & Guilbert, E. (2014). 'I always stop before I get sick': A qualitative study on French adolescents alcohol use. *The Journal of Substance Use*, early online, 1-6

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Jeunes et Alcool : Consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse. *Bulletin d'études et de synthèses de l'observatoire de la jeunesse*, 3, Paris : INJEP Editions.

Arwidson, P. (2013). *Éducation pour la santé et tabagisme*. Repéré à <http://www.tabac-humain.com/wp-content/uploads/2010/05/Arwidson-Education-Sante.pdf>

Bariaud, F. (2006). Le Self-perception profile for adolescents (SPPA) de S. Harter. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 35(4), 282-295.

Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2005). *Atlas Régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français*. Paris : OFDT.

Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (2012). *Compte rendu n°4 à l'Assemblée nationale présenté le jeudi 13 décembre 2012*. Paris : Assemblée nationale.

Demant, J., & Järvinen, M. (2006). Constructing maturity through alcohol experience—Focus group interviews with teenagers. *Addiction Research & Theory*, 14(6), 589-602.

Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative*. Montréal : Chenelière.

Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton Company.

Fraga, S., Sonsa, S., Ramos, E., Dias, S., & Barros, H. (2011). Alcohol use among 13-year-old adolescents: Associated factors and perceptions. *Public Health*, 125(7), 448-456.

Gibbs, G. (2002). *Qualitative Data Analysis: Explorations with N'Vivo*. London: Open University Press.

Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J.A. Smith (Dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 26-52). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Institut national de la statistique et des études économiques (2012). Tabac, alcool, toxicomanie. In: Institut national de la statistique et des études économiques (Ed.). *Tableau de l'économie française* (pp. 98 -99). Paris : INSEE.

Kunnen, S.E., & Bosma, H.A. (2006). Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 35(2), 183-203.

Le Garrec, S. (2002). *Ces ados qui en prennent. Sociologie des consommations toxiques des adolescents*. Toulouse : Presses Universitaire du Mirail.

LOI n°09-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Journal officiel de la République française du 22 juillet 2009, n°0167, p. 12184.

## Adolescence et prévention de l'alcool et du tabac

Michaud, C., Saraiva, I., Henry, Y., & Dodane, M. (2003). Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs. Réflexions pour la prévention. *Santé Publique*, 15(1), 69-78.

Meyer, T., & Delhomme, P. (2000). Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques, mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé. *Santé publique*, 12(2), 133-147.

Meyer, T., & Verliac, J.-F. (2004). Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs, Hors-Série : Autour de l'œuvre d'Albert Bandura*, 117-134.

Observatoire national interministériel de sécurité routière (2011). *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011*. Paris : La documentation française.

Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. Berkshire : Open University Press

Peretti-Watel, P., & Constance, J. (2009). Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Déviance et Société*, 33(2), 205-219.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrrière, R. Mayer, R., & Pires, A. (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin.

Reichardt, A., & Bouchoux, C. (2012). *Rapport d'information sur les rassemblements festifs et l'ordre public. Numéro 95*. Paris : Rapport du Sénat.

Robinson, J., & Amos, A. (2010) A qualitative study of young people's sources of cigarettes and attempts to circumvent underage sales laws. *Addiction*, 105(10), 1835-1843.

Spilka, S., Le Nezet, O., & Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : Premiers Résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances*, 79, 6-12.

Tamvakas, I., & Amos, A. (2010). 'These things don't happen in Greece': a qualitative study of Greek young people's attitudes to smoking, secondhand smoke and the smokefree legislation. *Health Education Research*, 25(6), 955-964.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique**

**Isabelle Beaudoin**, Ph.D., Professionnelle scientifique en services sociaux,  
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

### **Correspondance**

Isabelle Beaudoin  
INESSS  
2021, avenue Union, bureau 10.083  
Montréal, Qc, Canada, H3A 2S9  
514 873-2563 p.29973  
isabelle.beaudoin@inesss.qc.ca

### **Remerciements**

L'auteure remercie M<sup>me</sup> Carrie Anna McGinn (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec) pour sa collaboration, de même que M<sup>mes</sup> Sylvie Bouchard (INESSS) et Micheline Lapalme (INESSS) et M. Jacques Moreau (Université de Montréal) pour leurs précieux conseils.

### Résumé

Les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui souhaitent obtenir un logement se butent à des programmes dans lesquels l'abstinence et les traitements psychiatriques sont obligatoires. Ce type de programmes se base sur l'approche « traitement d'abord » selon laquelle ces personnes doivent d'abord être traitées avant de pouvoir aller en logement.

Cette approche est remise en question et un changement de paradigme s'opère à la suite de l'implantation aux États-Unis du modèle *Pathways to Housing*. Ce modèle est fondé sur le principe qu'une personne doit être logée avant de pouvoir se concentrer sur ses autres besoins. Les logements privés sont privilégiés dans ce modèle et ceux-ci sont offerts conjointement avec un soutien d'intensité variable ou un suivi intensif dans la communauté.

Le modèle *Pathways to Housing* a influencé la création de plusieurs programmes hybrides basés sur l'approche « logement d'abord » combinée à une offre de services et de logements diversifiés. Cette approche est basée sur la même philosophie d'obligation minimale que le modèle original, voulant que les personnes n'aient pas à être abstinentes ou à suivre un traitement psychiatrique pour accéder à un logement.

Au Canada, le gouvernement envisage de subventionner principalement les programmes basés sur cette approche. Cette annonce a mené à un soulèvement au Québec, notamment en raison des logements sociaux qui y sont actuellement priorisés.

Cet article présente les résultats d'une revue systématique de la littérature réalisée afin de statuer sur l'efficacité des programmes basés sur l'approche « logement d'abord ».

Les résultats de cette revue nous permettent de conclure que la mise en place au Québec de programmes basés sur cette approche devrait être favorisée. Les modalités et interventions offertes dans ces programmes auraient également avantage à être diversifiées.

**Mots-clés** : itinérance, santé mentale, toxicomanie, logement d'abord, revue systématique de la littérature



## Effectiveness of the “housing first” approach: a systematic review

### Abstract

Homeless people diagnosed with substance abuse and mental illnesses often encounter problems in their quest to find housing since sobriety and psychiatric treatments are frequently required to qualify for a housing program. These programs are based on the “treatment first” approach, meaning individuals must first be treated before being admitted in a housing program.

The relevancy of this approach is being questioned and change is occurring due to the implantation, in the United States, of the Housing First approach initiated by the Pathways to Housing organisation. The general premise of this model is that homeless people must first be housed before their other needs are taken care of. Private independent apartments are the preferred model of housing while intensive case management (ICM) or assertive community treatment (ACT) constitute the possible interventions.

Pathways to Housing model influenced the creation of several hybrid programs, based on the Housing First approach. They combine a diverse range of housing (private, specialized, mixed, reserved, etc.) with an array of interventions using varying levels of intensity (ICM, case management, ACT, need-based interventions).

This systematic review addresses the effectiveness of programs based on the Housing First approach. With the results provided in this review, we conclude that, in the province of Quebec, these types of programs, typified by varying levels of housing and intervention intensity, should be promoted. However, they must take into account the ever present dichotomy between the rural and urban realities of Quebec.

**Keywords:** homelessness, mental health, substance abuse, housing first, systematic review

## Eficacia del enfoque “vivienda primero”: una revisión sistemática

### Resumen

Los itinerantes que enfrentan problemas de salud mental y de toxicomanía y que desean obtener una vivienda se enfrentan con programas en los que la abstinencia y los tratamientos psiquiátricos son obligatorios. Este tipo de programa se basa en el enfoque “tratamiento primero”, según el cual las personas deben recibir tratamiento antes de poder obtener una vivienda.

Este enfoque ha sido cuestionado y se está llevando a cabo un cambio en el paradigma, como consecuencia de la implantación del modelo *Pathways to Housing* (caminos para la vivienda) en Estados Unidos, que se funda en el principio de que una persona debe tener un lugar donde vivir antes de poder concentrarse en sus otras necesidades. En este modelo se privilegian los alojamientos privados, que se ofrecen juntamente con un apoyo de intensidad variable o un seguimiento intensivo en la comunidad.

El modelo *Pathways to Housing* ha influido en la creación de varios programas híbridos basados en el enfoque “vivienda primero”, combinada con una oferta diversificada de servicios y de viviendas, que se basa en la misma filosofía de obligación mínima que el modelo original, que propone que las personas no necesitan ser abstinentes o seguir un tratamiento psiquiátrico para acceder a una vivienda.

En Canadá, el Gobierno está considerando subvencionar principalmente los programas basados en este enfoque. Este anuncio ha motivado una sublevación en Quebec, debido principalmente a las viviendas sociales que se priorizan actualmente en la provincia.

Este artículo presenta los resultados de una revisión sistemática de la bibliografía, realizada con el objetivo de determinar la eficacia de los programas basados en el enfoque “vivienda primero”.

Los resultados de esta revisión nos permiten llegar a la conclusión de que debería favorecerse en Quebec el establecimiento de programas basados en este enfoque y consideramos que sería ventajoso asimismo diversificar las modalidades e intervenciones ofrecidas en este contexto.

**Palabras clave:** itinerancia, salud mental, toxicomanía, vivienda primero, revisión sistemática de la bibliografía

### Introduction

À la suite de consultations sur l'itinérance, les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux du Québec (Canada) (2009) ont fait ressortir que le profil des personnes en situation d'itinérance au Québec se diversifie (il y a davantage de femmes, de familles, de personnes âgées, de jeunes, etc.), que cette réalité est de plus en plus présente en région et que les personnes souffrant d'un trouble mental ou de troubles liés aux substances psychoactives sont plus à risque de se retrouver en situation d'itinérance. À cet effet, une enquête québécoise a permis de constater que près du quart des 757 personnes interrogées qui avaient eu recours aux ressources pour personnes itinérantes à Montréal et à Québec en 1999, présentait des problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogue dans l'année précédant la collecte des données (Bonin, Fournier, Blais & Perreault, 2005). Plus récemment, une autre étude a montré que près de la moitié des personnes qui avaient fréquenté un organisme Montréalais desservant des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir présentait des problèmes de santé mentale (33% troubles mentaux graves et 24% troubles mentaux modérés) et des problèmes de dépendance aux substances (45%) dans des proportions similaires (Grenier, Fleury, Imboua et NGui, 2013).

L'itinérance est également associée à d'autres problématiques, dont une mauvaise santé physique, une mort précoce et des victimisations de toutes sortes (Bergheul, Levesque & Pakzad, 2013; Pauly, Carlson & Parkin, 2012). Les conséquences des victimisations sont particulièrement négatives pour les personnes en situation d'itinérance, puisqu'elles parviennent difficilement à obtenir l'aide dont elles ont besoin à la suite de celles-ci (Brassard & Cousineau, 2000). En plus, les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles concomitants utilisent peu les services de santé et les services sociaux requis par leur condition (Bonin *et al.*, 2005), ce qui fait en sorte qu'elles demeurent aux prises avec ces problèmes. Faute de traitement, les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles concomitants sont ainsi considérées comme les plus difficiles à loger (Tsemberis, 2010).

Au Québec, une diversité de mesures facilitant le logement est mise à la disposition des personnes en situation d'itinérance : supplément au loyer, logements sociaux, logements de groupe, logements individuels, etc. Par contre, les professionnels travaillant auprès de ces personnes jugent actuellement que les services les plus inadéquats qui leur sont offerts sont liés au logement (Grenier *et al.*, 2013). Les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux et des troubles liés aux substances nécessitent ainsi une attention particulière, du fait de leur nombre et de leurs besoins complexes (Bergheul *et al.*, 2013; Commission de la santé et des services sociaux, 2009).

### Politique et itinérance

En réponse à la problématique de l'itinérance, le gouvernement québécois a mis sur pied une politique nationale de lutte à l'itinérance en février 2014, laquelle cible cinq axes d'intervention, notamment le logement (Gouvernement du Québec, 2014). Pour sa part, le gouvernement fédéral, en passant par la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI), envisage de subventionner principalement les programmes de type « logement d'abord » à compter de 2014 (Gaetz, Donaldson, Richter & Gulliver, 2013; Goering *et al.*, 2012). Au Canada, la SPLI offre du soutien et du financement à plusieurs communautés, qui administrent localement les fonds, pour que des services soient offerts aux personnes en situation d'itinérance (Goering *et al.*, 2012).

Au Québec, cette annonce a mené à un soulèvement de la part du gouvernement et des organismes qui œuvrent auprès des personnes en situation d'itinérance. Effectivement, au Québec, la

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

mixité des logements (logements sociaux, communautaires ou privés) (Gouvernement du Québec, 2014) est actuellement priorisée pour loger des personnes en situation d'itinérance, alors que les programmes de type « logement d'abord » priorisent les logements privés (Tsemberis, 2010). Les interventions sont aussi actuellement diversifiées au Québec. Une entente entre les gouvernements fédéral et provincial a été rendue possible pour l'année 2014-2015 afin que les projets actuels soient maintenus, peu importe les interventions qui y sont offertes. Rien n'indique toutefois la façon dont les orientations de la SPLI seront conduites à compter de 2015. Les programmes de « logement d'abord » pourraient ainsi être priorisés à nouveau.

### Le « logement d'abord »

Le modèle *Pathways to Housing* est fondé sur le principe qu'une personne doit d'abord être logée pour pouvoir par la suite se concentrer sur ses autres besoins (Tsemberis, 2010). Effectivement, dans la rue, les personnes itinérantes passent habituellement la majeure partie de leur temps à tenter de survivre, réfléchir à l'endroit et au moment où ils pourront dormir ou manger et prévoir des moyens pour assurer leur sécurité (Tsemberis, 2010; Fournier *et al.*, 2003). D'ailleurs, l'itinérance est associée à une mauvaise santé physique et mentale, à une mort précoce (Pauly *et al.*, 2012) et augmente grandement les risques de victimisations physique et sexuelle (Tyler & Beal, 2010). Les conséquences de cette victimisation sont d'autant plus importantes que les conditions de vie de ces personnes sont précaires et qu'elles parviennent difficilement à obtenir l'aide dont elles ont besoin (Brassard & Cousineau, 2000). Une fois en logement, elles disent d'ailleurs se sentir beaucoup plus en sécurité que lorsqu'elles étaient en situation d'itinérance (Padgett, 2007).

Dans le modèle *Pathways to Housing*, le logement devient ainsi une condition préalable à l'insertion sociale. Ce modèle inverse la logique de l'approche « traitement d'abord », principalement utilisée actuellement, selon laquelle la personne en situation d'itinérance doit être traitée pour ses troubles mentaux et être abstinente pour avoir accès à un logement permanent (Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano & Schumacher, 2009). Dans le modèle *Pathways to Housing*, aucune condition d'abstinence ou d'observance thérapeutique n'est imposée pour avoir accès au logement (philosophie de l'obligation minimale). Par contre, le fait d'être logé augmente les probabilités que les personnes acceptent de suivre un traitement pour leurs troubles mentaux ou pour l'abus de substances psychoactives et ces traitements sont facilités par leur stabilité (Tsemberis et Eisenberg, 2000). Un soutien d'intensité variable<sup>[1]</sup> ou un suivi intensif dans la communauté<sup>[2]</sup> est offert, en plus du logement. Des services psychiatriques, sociaux, médicaux et de traitement pour l'abus de substances sont ainsi offerts directement aux usagers, alors que des références vers d'autres services spécialisés leur sont données (Pleace, 2012). Les femmes et les personnes âgées sont habituellement priorisées dans ce modèle puisqu'elles sont plus à risque d'être victimisées (Tsemberis et Eisenberg, 2000).

Le modèle *Pathways to Housing* a influé sur plusieurs programmes que nous pouvons qualifier d'hybrides puisqu'ils sont basés sur l'approche « logement d'abord » (Kertesz *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004; Montgomery, Hill, Kane & Culhane, 2013). Ces programmes sont basés sur la même philosophie de l'obligation minimale, mais ils se différencient du modèle *Pathways to Housing* par la

---

<sup>1</sup> Soutien qui s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais dont le niveau de difficulté est en général moins important que celui des personnes visées par le suivi intensif dans la communauté (MSSS, 2002, p.16).

<sup>2</sup> Soutien qui s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. L'intervention se fait en équipe multidisciplinaire. Cette équipe intègre directement le traitement, compte tenu des grandes difficultés et des besoins diversifiés des personnes concernées. L'intensité de l'intervention est importante et elle se vérifie non seulement par la fréquence, mais aussi par la complexité et l'intégration des moyens déployés pour répondre aux besoins (MSSS, 2005).

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

variété des types de logement et d'interventions qui sont offerts aux usagers. Dans certains de ces programmes, les interventions et services sont liés aux personnes (Pauly *et al.*, 2012). Les équipes d'intervenants sont alors mobiles, c'est-à-dire qu'elles se déplacent chez la personne pour lui offrir des services. Dans d'autres programmes, les interventions et services sont liés au logement (Bell, 2009; Patterson, Somers, McIntosh, Shiell & Frankish, 2008; Pauly *et al.*, 2012; Pauly, Reist, Schactman & Belle-Isle, 2011). Les équipes d'intervenants sont alors fixes, c'est-à-dire qu'elles sont présentes sur place dans des logements de groupe ou dans des édifices réservés. Même si des services sont offerts sur place, les usagers n'ont aucune obligation thérapeutique (Patterson *et al.*, 2008; Pauly *et al.*, 2011). Les services et l'intensité des interventions varient aussi d'un programme à l'autre (Kertesz *et al.*, 2009).

### Question d'évaluation

Compte tenu du contexte politique actuel au Québec et de la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance qui présentent des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances, une revue systématique de la littérature canadienne et internationale a été entreprise pour répondre à la question d'évaluation suivante : l'approche « logement d'abord » peut-elle être efficace en réponse aux besoins des personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances ?

### Méthodologie

#### Cadre d'analyse et questions de recherche

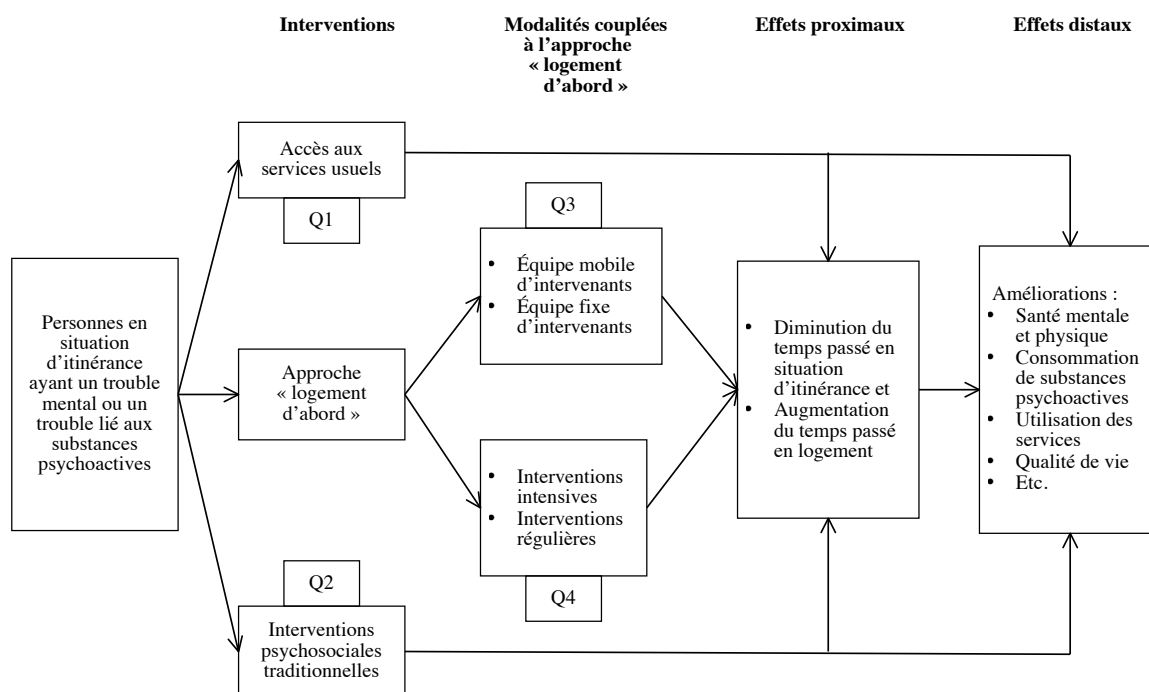
Le cadre d'analyse présenté à la figure 1 illustre le contexte dans lequel s'inscrit l'approche « logement d'abord ». On y trouve aussi les questions de recherche suivantes :

- L'approche « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels seulement (Q1) et avec les interventions psychosociales traditionnelles (Q2), permet-elle d'améliorer les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances ?
- L'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants, en comparaison avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants, permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes ? (Q3)
- L'approche « logement d'abord » couplée à des interventions d'intensité régulière, en comparaison avec l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions intensives<sup>3</sup> ou à des services spécialisés, permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes ? (Q4)

---

<sup>3</sup> Il ne s'agit pas ici des interventions de suivi intensif dans la communauté ou de soutien d'intensité variable, mais bien de l'intensité générale des interventions offertes dans les programmes basés sur l'approche « logement d'abord ».

Figure 1 : Diagramme de sélection des articles



La figure 1 présente diverses pratiques en matière d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance qui ont été recensées dans la littérature et qui sont généralement comparées les unes aux autres dans les recherches évaluatives (Kertesz *et al.*, 2009 ; Pauly *et al.*, 2012). Les services usuels réfèrent à toute une panoplie de services qui s'adressent spécifiquement ou non aux personnes en situation d'itinérance : services sociaux et de santé généraux, refuges, soupes populaires, etc. Les interventions psychosociales regroupent des interventions traditionnelles comme la gestion de cas et les programmes basés sur l'approche « traitement d'abord » (Pauly *et al.*, 2012). Les programmes de bons pour le logement sont généralement réservés aux personnes qui ont d'abord suivi un traitement, qui sont abstinentes et dont la santé mentale est stable (Kertesz *et al.*, 2009), c'est pourquoi ils sont ici classés avec les interventions psychosociales traditionnelles. Enfin, l'approche « logement d'abord » renvoie à tous les programmes et modèles dans lesquels le soutien au logement est offert sans obligation d'abstinence ou d'observance des prescriptions médicales et sans traitement préalable à l'accès au logement, et ce, peu importe que les équipes d'intervenants soient mobiles ou fixes, le type de logement priorisé<sup>4</sup> et l'intensité des interventions offertes (Schiff & Rook, 2012). Le modèle *Pathways to Housing* de Tsemberis (2010) est donc inclus dans l'approche « logement d'abord ».

<sup>4</sup> Différentes possibilités de logement : les logements privés, les édifices réservés, les édifices mixtes (dans lesquels de 20 à 25% des unités sont réservées aux usagers du programme) et les appartements réservés (les appartements qui deviennent vacants sont réservés aux usagers d'un programme) (Patterson *et al.*, 2008).

### Stratégie de recherche d'informations

La recherche d'informations scientifiques a été réalisée dans plusieurs bases de données (Current Contents, PsycINFO, PubMed et Social Work Abstracts) et dans les moteurs de recherche sur le Web (Google, Google Scholar, sites gouvernementaux, etc.). Les principaux mots-clés utilisés sont les suivants : « housing first », « housing », « lodging », « homes », « homeless persons », « homeless youth », « mental disorders » et « substance-related disorders ». Une première recherche documentaire a été réalisée en janvier 2012 et couvrait une période de dix ans, c'est-à-dire de janvier 2002 à janvier 2012, et une mise à jour a par la suite été faite, jusqu'en juin 2013. À l'automne 2013, un document supplémentaire a été ajouté à la sélection initiale en raison de sa pertinence pour le Québec (Latimer, Roy & McAll, 2013).

### Critères de sélection des études

Toutes les études ont été sélectionnées sur la base de critères d'inclusion préétablis quant à la population, l'intervention, le comparateur et les résultats. Les études expérimentales (essais randomisés) et quasi expérimentales (avec groupe témoin) et les revues systématiques ont été retenues. Le tableau 1 présente l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion des études.

**Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des études**

Critères d'inclusion			
<b>Population</b>	• Personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble mental et/ou un trouble lié aux substances		
<b>Intervention</b>	• Programme basé sur l'approche « logement d'abord » qui s'adresse aux personnes en situation d'itinérance		
<b>Comparateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux services usuels</li> <li>• Interventions psychosociales traditionnelles</li> <li>• Programme basé sur l'approche « logement d'abord » avec interventions d'intensité régulière</li> <li>• Programme basé sur l'approche « logement d'abord » avec équipe mobile d'intervenants</li> </ul>		
<b>Résultats</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logement et itinérance</li> <li>• Santé mentale</li> <li>• Consommation de substances psychoactives</li> <li>• Santé physique</li> <li>• Qualité de vie et satisfaction</li> <li>• Utilisation des services</li> <li>• Emploi</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criminalité</li> <li>• Incarcération</li> <li>• Participation à la vie communautaire</li> <li>• Revenus</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Victimisation</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logement et itinérance</li> <li>• Santé mentale</li> <li>• Consommation de substances psychoactives</li> <li>• Santé physique</li> <li>• Qualité de vie et satisfaction</li> <li>• Utilisation des services</li> <li>• Emploi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criminalité</li> <li>• Incarcération</li> <li>• Participation à la vie communautaire</li> <li>• Revenus</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Victimisation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logement et itinérance</li> <li>• Santé mentale</li> <li>• Consommation de substances psychoactives</li> <li>• Santé physique</li> <li>• Qualité de vie et satisfaction</li> <li>• Utilisation des services</li> <li>• Emploi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criminalité</li> <li>• Incarcération</li> <li>• Participation à la vie communautaire</li> <li>• Revenus</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Victimisation</li> </ul>		
<b>Types de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimisation Revue systématique (avec ou sans méta-analyse)</li> <li>• Victimisation Étude expérimentale</li> <li>• Victimisation Étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison</li> </ul>		
<b>Qualité méthodologique</b>	• Victimisation Moyenne et bonne		
Critères d'exclusion			
<b>Population</b>	• Qui ne répond pas aux critères d'inclusion		
<b>Intervention</b>	• Programme de logement basé sur une autre approche que le « logement d'abord »		
<b>Types de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude économique ou coût-efficacité;</li> <li>• Étude quasi expérimentale sans groupe de comparaison</li> </ul>		
<b>Qualité méthodologique</b>	• Faible		
<b>Langue</b>	• Aucune précision <sup>[5]</sup>		

<sup>5</sup> Il est à noter que des résumés en anglais de documents publiés dans une autre langue que l'anglais et le français étaient disponibles dans les banques de données. Une des revues systématiques sélectionnées était originalement rédigée en suédois, mais elle a été traduite en français (Larsen & Nordentoft, 2010).

### Procédures de sélection des études, d'extraction des données et d'évaluation de la qualité

La sélection des articles répertoriés lors de la recherche d'informations scientifiques et l'évaluation de la qualité des études ont été faites de façon indépendante par deux examinateurs (IB, CAM)<sup>6</sup>. Par la suite, l'extraction des données a été réalisée par un examinateur (IB) et validée par un autre (CAM) à l'aide d'une grille d'extraction préétablie. Dans tous les cas, les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur (JM).

L'outil CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) a été utilisé pour évaluer la qualité des revues systématiques (Oxman, Cook & Guyatt, 1994), alors que celui de Rutter, Francis, Coren et Fisher (2010) a été utilisé pour évaluer la qualité des études expérimentales et quasi expérimentales. Une cote a été établie pour indiquer la qualité de chacune des études :

- faible (limites majeures);
- moyenne (les limites ne sont pas majeures et ne remettent pas en question l'ensemble des conclusions);
- bonne (limites mineures).

### Méthodes d'analyse et de synthèse des données

L'information provenant des études et revues systématiques est présentée sous la forme d'une synthèse narrative analytique.

Certains documents découlent tous d'une même étude : les mêmes participants, parfois avec des échantillons de taille différente, parfois avec des temps de suivi différents. Dans ces cas-là, nous avons comptabilisé une seule étude et avons rapporté les résultats du document qui avait le plus grand échantillon ou la période de suivi la plus longue. Cette stratégie d'analyse vise à éviter de décupler les résultats provenant d'une même étude et ainsi à surestimer leur importance.

## Résultats

### Description des études repérées et retenues

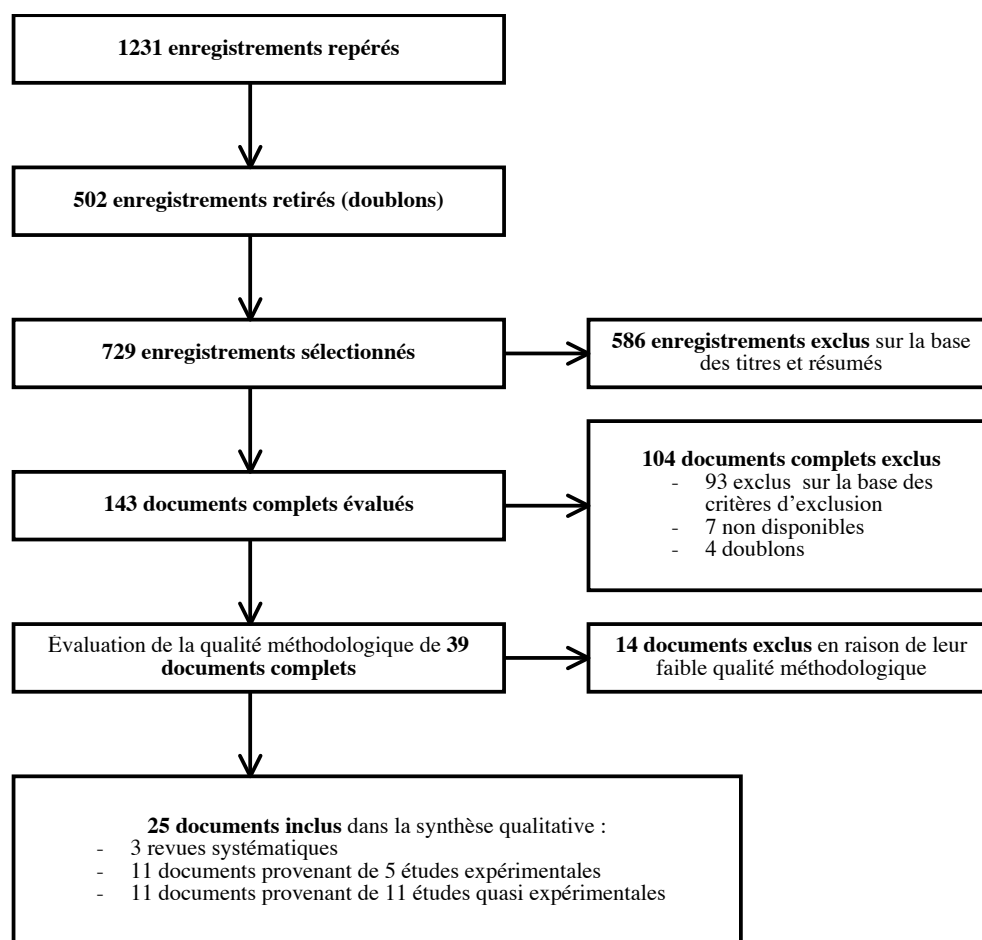
La recherche de l'information dans les bases de données scientifiques a permis de répertorier 1 231 enregistrements. De ce nombre, 502 doublons ont été exclus. Les titres et résumés des 729 enregistrements restants ont été analysés et 586 ont été exclus, puisqu'ils ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion. Les documents correspondant aux enregistrements retenus ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu de laquelle 104 documents ont été exclus. La qualité de 39 documents a été évaluée et 14 d'entre eux ont été exclus en raison de leur faible qualité. Au final, 25 documents ont été retenus (Figure 2).

---

<sup>6</sup> Les initiales entre parenthèses réfèrent aux personnes qui ont réalisé chacune des tâches.



Figure 2 : Diagramme de flux – processus de sélection des études



Trois des documents retenus sont des revues systématiques (Larsen & Nordentoft, 2010 ; Nelson, Aubry & Lafrance, 2007 ; Rog, 2004). Les 22 autres documents proviennent de 16 études différentes. Les tableaux 2 à 4 présentent la description des études utilisées pour répondre aux quatre questions de recherche et le tableau 5 présente la description des trois revues systématiques retenues (Larsen & Nordentoft, 2010 ; Nelson *et al.*, 2007 ; Rog, 2004).. Il est à noter que les deux documents provenant de l'étude du projet canadien « Chez soi » (tableau 2) présentent les résultats pour des sites différents (Latimer *et al.*, 2013 ; Tan de Bibiana, 2013). Ces résultats sont donc rapportés séparément dans les sections suivantes. Aussi, les résultats provenant de l'étude de Clark et Rich (2003) (tableau 3) sont rapportés selon des sous-groupes de participants, divisés en fonction de la sévérité de leurs symptômes psychiatriques, du nombre de jours de consommation d'alcool et du nombre de jours de consommation de drogues des participants.

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

**Tableau 2 : Description des études utilisées pour répondre à la Q1**

Auteurs (année)	Plan	Qualité	Population itinérante	Programme logement d'abord	Accès aux services usuels	Temps de suivi	Lieu
Gilmer <i>et al.</i> (2010)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Schizophrénie (~60%), troubles bipolaires (~25%), dépression majeure (~15%)	n = 209; logement privé, suivi intensif dans la communauté	n = 154	12 mois avant et après TO	Comté de San Diego
Hanratty (2011)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Itinérants chroniques (100%), troubles concomitants/troubles mentaux-abus de substances (~24%)	n = 264; suivi d'intensité variable, logements indépendants, modalités varient	n = 264	6-12-18 mois avant et après TO	Minneapolis
Hwang <i>et al.</i> (2011)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Abus alcool (~35%), abus drogues (~17%), troubles mentaux graves (~50%)	n = 46; Équipe fixe d'intervenants	n = 66	0-6-12-18 mois	Toronto
Kessell <i>et al.</i> (2006)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Itinérants chroniques avec 2-3 diagnostics (troubles mentaux, abus de substances et problèmes médicaux) (100%)	n = 114; Édifices réservés, suivi d'intensité variable	n = 135	24 mois avant et après TO	San Francisco
Larimer <i>et al.</i> (2009)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Itinérants chroniques avec abus alcool et grands utilisateurs de services de crise (100%)	n = 95; Studios privés ou semi-privés permanents dans un édifice réservé, équipe fixe d'intervenants, suivi d'intensité variable modifié	n = 39	0, 3, 6, 9, et 12 mois (groupe expérimental) et 0, 3, 6 mois (groupe témoin)	Seattle (Washington)
Latimer <i>et al.</i> (2013)	Étude expérimentale	Moyenne	Troubles mentaux (100%), ayant des besoins élevés (35%) ou modérés (65%)	n = 285; projet Chez soi : équipe mobile d'intervenants, logements privés (majoritairement), suivi d'intensité variable ou suivi intensif dans la communauté	n = 184	0, 3, 6, 21 et 24 mois	Montréal
Mares et Rosenheck (2011)	Étude quasi expérimentale	Bonne	Itinérants chroniques (100%), anciens combattants (~35%), abus de substances (~77%), troubles mentaux (~65%), troubles concomitants (~45%)	n = 281; Programme CIH : Logement permanent, suivi d'intensité variable modifié ou suivi intensif dans la communauté, autres modalités varient	n = 104	0, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 mois	Chattanooga, Los Angeles, Martinez, New York et Portland
Martinez et Burt (2006)	Étude quasi expérimentale	Moyenne	Itinérants avec au moins deux troubles (troubles mentaux, abus de substances ou VIH) (100%), troubles concomitants (75%)	n = 236; Programmes Canon Kip Community House et Lyric Hotel : équipe fixe d'intervenants, suivi d'intensité variable, formation professionnelle	n = 25	36 mois avant et après TO	San Francisco
Metraux <i>et al.</i> (2003)	Étude quasi expérimentale	Bonne	Itinérants utilisateurs de refuges avec troubles mentaux graves (100%), troubles concomitants (~36%), dépendances aux substances (~4,5%)	n = 3167; New York – New York housing initiative : services de soutien et placement en logement	plusieurs groupes de comparaison paires	24 mois avant et après TO	New York
Sadowski <i>et al.</i> (2009); Basu <i>et al.</i> (2012)	Étude expérimentale	Bonne	Personnes hospitalisées avec maladie chronique (100%), VIH (~36%), anciens combattants (~10%), dépression majeure (~43%), consommation drogues (~59%), intoxication alcool (~40%)	n = 201; Programme CHHP : suivi d'intensité variable, logement provisoire après hospitalisation et logement permanent subventionné, équipe fixe d'intervenants.	n = 204	0, 1, 3, 6, 9, 12 et 18 mois	Chicago
Tan de Bibiana (2013)	Étude expérimentale	Bonne	Troubles mentaux (100%), troubles mentaux graves (71%), dépendance à l'alcool ou aux drogues (58%), maladie physique (92%)	n = 254; Projet Chez soi : logements privés, équipe mobile d'intervenants, suivi intensif dans la communauté; logements privés, équipe mobile d'intervenants, suivi d'intensité variable modifié; logements de groupe avec équipe fixe d'intervenants, version modifiée du suivi intensif dans la communauté	n = 128	12 mois avant et après TO	Vancouver

Tableau 3 : Description des études utilisées pour répondre à la Q2

Auteurs (année)	Plan	Qualité	Population itinérante	Programme logement d'abord	Intervention traditionnelle	Temps de suivi	Lieu
Clark et Rich (2003)	Étude quasi expérimentale	Bonne	Troubles mentaux graves (100 %), troubles liés aux substances (50 %)	n = 83 ; logement garanti, suivi d'intensité variable	n = 69 ; suivi d'intensité variable	0, 6 et 12 mois	Pinellas County et Tampa (Floride)
Montgomery <i>et al.</i> (2013)	Étude quasi expérimentale	Bonne	Itinérants chroniques (~70 %), anciens combattants (100%), avec historique de traitement pour trouble mental ou trouble lié aux substances (~45 %)	n = 107 ; programme HUD-VASH basé sur l'approche « logement d'abord », logement privé permanent, suivi intensif dans la communauté	n = 70 ; programmes HUD-VASH basés sur l'approche « traitement d'abord », suivi d'intensité variable	12 mois avant et après T0	secteur urbain important aux États-Unis
Paodgett <i>et al.</i> (2006) ; Gulcur <i>et al.</i> (2003) ; Tsemberis <i>et al.</i> (2004) ; Tsemberis <i>et al.</i> (2003)	Étude expérimentale	Bonne	Troubles mentaux graves (100%), historique d'abus de substances (90%)	n = 99 ; Projet Pathways to Housing : logement privé permanent, suivi intensif dans la communauté, équipe mobile d'intervenants	n = 126 ; Programmes de « traitement d'abord »	0, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 mois	New York

Tableau 4 : Description des études utilisées pour répondre aux Q3 et Q4

Auteurs (année)	Plan	Qualité	Population itinérante	Programme logement d'abord	Programme logement d'abord – Comparateur	Temps de suivi	Lieu
<b>Q3</b>							
McHugo <i>et al.</i> (2004)	Étude expérimentale	Bonne	Troubles mentaux graves (100 %), abus de substances (~66%)	n = 61 ; équipe fixe d'intervenants, suivi d'intensité variable modifié, édifices réservés	n = 60 ; équipe mobile d'intervenants, suivi intensif dans la communauté, logements privés	0-6-12-18 mois	Washington
Schutt (2011) ; Caplan <i>et al.</i> (2006)	Étude expérimentale	Bonne	Troubles mentaux graves (100 %), anciens combattants (15%), troubles liés aux substances (53%), troubles graves de l'humeur (12%), troubles bipolaires (17%), schizophrénie ou troubles schizoaffectifs (62%)	n = 63 ; équipe fixe d'intervenants, logement de groupe, suivi d'intensité variable modifié	n = 65 ; équipe mobile d'intervenants, logements indépendants, suivi d'intensité variable modifié	0-6-12-18 mois et jusqu'à 15 ans après (pour le logement, l'itinérance et les hospitalisations)	Boston
<b>Q4</b>							
Burt (2012)	Étude quasi expérimentale	Bonne	Troubles mentaux (100%), troubles mentaux graves (~88%), troubles concomitants (~55%)	n = 56 ; LA's HOPE : logement privé permanent, services d'emplois, suivi d'intensité variable	n = 415 ; AB2034 : services réguliers de soutien et d'assistance au logement	12 mois avant et au moins 13 mois après T0	Los Angeles

Tableau 5 : Description des revues systématiques

Auteurs (Année)	Plan	Qualité	Études sélectionnées	Q1	Q2	Q3	Q4
Larsen et Nordentoft (2010)	Revue systématique sans méta-analyse	Moyenne	22 essais cliniques randomisés, dont 9 sur logement d'abord pour personnes itinérantes avec troubles mentaux	4 études	1 étude	4 études	Aucune étude
Nelson et al. (2007)	Revue systématique avec méta-analyse	Bonne	18 études expérimentales et quasi expérimentales, dont 7 sur logement d'abord pour personnes avec troubles mentaux	1 étude	5 études	1 étude	Aucune étude
Rog (2004)	Revue systématique sans méta-analyse	Moyenne	10 études (5 études randomisées; 4 études quasi expérimentales; 1 étude longitudinale sans groupe de comparaison), dont 9 sur logement d'abord pour personnes avec troubles mentaux graves	2 études	2 études	2 études	3 études

### Comparaison entre l'approche « logement d'abord » et l'accès aux services usuels (Q1)

L'ensemble des études qui ont comparé l'approche « logement d'abord » à l'accès aux services usuels montre que les participants aux programmes basés sur l'approche « logement d'abord » passent plus de temps dans un logement et moins de temps dans la rue que ceux qui ont eu accès aux services usuels seulement (tableau 6). L'approche « logement d'abord » est aussi plus bénéfique quant aux revenus, mais cette dimension a été évaluée dans une seule étude (Mares & Rosenheck, 2011).

Les résultats des effets sur la qualité de vie et la satisfaction, la criminalité, l'incarcération, la participation à la vie dans la communauté et la victimisation sont mitigés (tableau 6). Ils varient selon les mesures utilisées ou selon les sous-groupes comparés à l'intérieur d'une même étude (Latimer et al., 2013; Sadowski et al., 2009).

D'autres résultats montrent plutôt que l'approche « logement d'abord » n'a pas davantage d'effets sur la santé mentale (Hwang et al., 2011; Latimer et al., 2013; Mares & Rosenheck, 2011; Sadowski et al., 2009), la santé physique (Hwang et al., 2011; Latimer et al., 2013; Mares & Rosenheck, 2011; Sadowski et al., 2009), la consommation de substances (Hwang et al., 2011; Latimer et al., 2013; Mares & Rosenheck, 2011) et le soutien social (Mares & Rosenheck, 2011) que l'accès aux services usuels (tableau 6). Les résultats de l'étude de Hwang et al. (2011) peuvent porter à confusion : les participants ayant eu accès au programme basé sur l'approche « logement d'abord » présentaient un moins bon état de santé mentale et une consommation moins problématique de substances que ceux qui avaient eu accès aux services usuels seulement. Ces différences étaient toutefois présentes dès le début de l'étude, ce qui signifie que leur état est demeuré stable tout au long de l'étude.

Enfin, les effets du « logement d'abord » sur l'utilisation des services, en comparaison avec l'accès aux services usuels seulement, sont particulièrement hétérogènes (tableau 7). Les résultats concernant l'utilisation des services externes peuvent, en plus, porter à confusion puisqu'ils montrent une augmentation de l'utilisation de ce type de services (Gilmer et al., 2010; Mares & Rosenheck, 2011; Martinez & Burt, 2006; Sadowski et al., 2009; Tan de Bibiana, 2013). Ces résultats peuvent tout de même être interprétés positivement, puisque cette hausse est généralement associée à une baisse des hospitalisations (Sadowski et al., 2009).

Tableau 6 : Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1)

	Différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin ?										
	Gilmer et al. (2010)	Hanratty (2011)	Hwang et al. (2011)	Larimer et al. (2009)	Latimer et al. (2013)	Mares & Rosenheck (2014)	Mitraux et al. (2003)	Sadowski et al. (2009) ; Basu et al. (2012)	Larsen et Nordentoft (2010)	Nelson et al. (2007)	Rog (2004)
Logement et itinérance	-	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>
Santé mentale	-	-	Oui <sup>2</sup>	-	Non	Non	-	Non	-	-	-
Consommation de substances	-	-	Oui <sup>2</sup>	-	Non	Non	-	-	-	-	-
Santé physique	-	-	Non	-	Non	Non	-	Non	-	-	-
Qualité de vie/ satisfaction	Oui <sup>1</sup>	-	Non	-	Résultats mitigés <sup>3</sup>	Non	-	-	-	-	-
Criminalité	-	Oui <sup>1</sup>	-	-	Résultats mitigés <sup>4</sup>	-	-	Résultats mitigés <sup>4</sup>	-	-	-
Incarcération	-	Oui <sup>1</sup>	-	Non	Non	-	-	Résultats mitigés <sup>4</sup>	-	-	-
Participation à la vie communautaire	-	-	-	-	Oui <sup>1</sup>	Non	-	-	-	-	-
Revenus	-	-	-	-	-	Oui <sup>1</sup>	-	-	-	-	-
Soutien social	-	-	-	-	-	Non	-	-	-	-	-
Victimisation	-	-	-	-	Résultats mitigés <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> en faveur du groupe expérimental/de l'approche «logement d'abord» ; <sup>2</sup> en faveur du groupe témoin/des services usuels ; <sup>3</sup> dépendent des sous-groupes ; <sup>4</sup> dépendent des mesures

Tableau 7 : Résultats sur l'utilisation des services provenant des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1)

	Différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin ?									
	Gilmer et al. (2010)	Hwang et al. (2011)	Kessell et al. (2006)	Larimer et al. (2009)	Tan de Bibiana (2013)	Mares & Rosenheck (2011)	Martinez & Burt (2006)	Sadowski et al. (2009); Basu et al. (2012)	Rog (2004)	
Hospitalisation	Oui <sup>1</sup>	Non	Non	-	-	-	Non	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	
Traitement résidentiel pour abus substances	-	-	Non	Non	-	-	-	Oui <sup>1</sup>	-	
Urgences hospitalières	Oui <sup>1</sup>	Non	Non	Non	Oui <sup>1</sup>	-	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	-	
Services externes pour santé physique	-	Non	Non	Non	-	Oui <sup>1</sup>	-	Oui <sup>1</sup>	-	
Services externes pour santé mentale	-	-	Non	-	-	Oui <sup>1</sup>	-	Oui <sup>1</sup>	-	
Services externes pour abus de substances	-	-	Non	-	-	Oui <sup>1</sup>	-	Oui <sup>1</sup>	-	

<sup>1</sup> en faveur du groupe expérimental/accès aux services usuels

## Comparaison entre l'approche « logement d'abord » et les interventions psychosociales traditionnelles (Q2)

Dans deux des trois études qui ont comparé l'approche « logement d'abord » avec les interventions psychosociales traditionnelles, les personnes qui ont eu accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » ont passé moins de temps en situation d'itinérance et plus de temps dans un logement que celles qui ont fait l'objet d'interventions psychosociales traditionnelles (tableau 8) (Montgomery *et al.*, 2013; Padgett, Gulcur & Tsemberis, 2006). Ces résultats sont aussi rapportés dans les revues systématiques de Nelson *et al.* (2007) et Rog (2004). Clark et Rich (2003) montrent plutôt que ce sont précisément les personnes ayant des troubles mentaux graves et une forte consommation de substances qui ont bénéficié de l'approche « logement d'abord » sur le plan du logement, alors que celles ayant des troubles plus légers n'en ont pas davantage bénéficié (réf. « résultats mitigés » dans le tableau 8).

Les études qui ont mesuré la santé mentale et la consommation de substances ont plutôt montré que l'approche « logement d'abord » n'a pas davantage d'effets sur ces dimensions que les interventions psychosociales traditionnelles (Clark & Rich, 2003; Nelson *et al.*, 2007; Padgett *et al.*, 2006). Elle ne permettrait pas non plus de diminuer davantage les visites aux urgences hospitalières (Montgomery *et al.*, 2013). Par contre, les personnes ayant eu accès au programme « logement d'abord » seraient moins souvent hospitalisées que celles ayant reçu des interventions psychosociales traditionnelles (Nelson *et al.*, 2007; Padgett *et al.*, 2006). Enfin, les résultats concernant les effets de ces interventions sur les traitements (en interne ou en externe) pour des problèmes liés aux substances ou aux troubles mentaux (Montgomery *et al.*, 2013; Padgett *et al.*, 2006) ou sur la qualité de vie et la satisfaction (Nelson *et al.*, 2007; Padgett *et al.*, 2006) sont contradictoires.

**Tableau 8 : Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à des interventions psychosociales traditionnelles (Q2)**

	Différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin ?					
	Clark & Rich (2003)	Montgomery <i>et al.</i> (2013)	Padgett <i>et al.</i> (2006); Gulcur <i>et al.</i> (2003); Tsemberis <i>et al.</i> (2004); Tsemberis <i>et al.</i> (2003)	Larsen et Nordentoft (2010)	Nelson <i>et al.</i> (2007)	Rog (2004)
Logement et itinérance	Résultats mitigés <sup>3</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>
Santé mentale	Non	–	Non	–	Non	–
Consommation de substances	Non	–	Non	–	–	–
Qualité de vie/Satisfaction	–	–	Non	–	Oui <sup>1</sup>	–
Hospitalisation	–	–	Oui <sup>1</sup>	–	Oui <sup>1</sup>	–
Services internes en santé mentale	–		–	–	–	–
Urgences hospitalières	–	Non	–	–	–	–
Traitement pour abus substances ou trouble mental	–	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>1</sup>	–	–	–

<sup>1</sup> en faveur du groupe expérimental/de l'approche « logement d'abord »; <sup>2</sup> en faveur du groupe témoin/interventions psychosociales traditionnelles; <sup>3</sup> dépendent du sous-groupe

### Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants et l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants (Q3)

Les deux études qui ont comparé l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants obtiennent des résultats en faveur de programmes avec des équipes fixes d'intervenants (tableau 9) (McHugo et al., 2004 ; Schutt, 2011). Les participants qui ont eu accès à ces programmes passaient plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance, avaient une meilleure santé mentale à la fin des suivis des études, étaient plus satisfaits de leur situation et présentaient une meilleure qualité de vie que ceux qui étaient inscrits dans des programmes avec une équipe mobile d'intervenants. Les deux modalités semblent toutefois avoir eu des effets semblables sur la consommation de substances, l'utilisation des services, la participation à la vie dans la communauté et la victimisation. Les résultats des revues systématiques répertoriées sont toutefois différents de ceux des études que nous avons retenues.

**Tableau 9 : Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » avec une équipe fixe d'intervenants est comparée à l'approche « logement d'abord » avec une équipe mobile d'intervenants (Q3)**

	Différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin ?				
	McHugo et al. (2004)	Schutt (2011); Caplan et al. (2006)	Larsen et Nordentoft (2010)	Nelson et al. (2007)	Rog (2004)
Logement et itinérance	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Résultats mitigés	Non	Résultats mitigés
Santé mentale	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Résultats mitigés	–	–
Consommation de substances	Non	Non	–	–	–
Utilisation des services	Non	Non	–	Oui <sup>1</sup>	–
Qualité de vie/satisfaction	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	–	–	–
Participation à la vie communautaire	–	Non	–	–	–
Victimisation	Non	–	–	–	–

<sup>1</sup> en faveur du groupe expérimental/de l'approche « logement d'abord » avec une équipe fixe d'intervenants

### Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions intensives et l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions régulières (Q4)

D'après l'étude de Burt (2012), les participants du programme « logement d'abord » qui ont reçu des interventions plus intensives étaient plus nombreux à vivre dans un logement permanent et à occuper un emploi à la fin de l'étude que ceux qui ont reçu les services réguliers du programme. Ils avaient aussi passé un plus grand nombre de jours dans un logement et avaient trouvé leur premier emploi plus rapidement. Dans sa revue systématique, Rog (2004) indique toutefois que les effets sur le logement ne sont pas homogènes d'une étude à l'autre ; les résultats sont parfois en faveur d'une modalité et parfois en faveur de l'autre.



### Discussion

#### Le logement et l'itinérance

Les études retenues dans le cadre de cette revue systématique nous ont permis de traiter de l'efficacité de l'approche « logement d'abord » au regard des conditions de vie des personnes en situation d'itinérance. Les résultats ont démontré que cette approche est plus efficace pour réduire l'itinérance et permettre aux personnes dans cette situation de passer du temps dans un logement que ne le sont les interventions psychosociales qui leur sont traditionnellement offertes et l'accès aux services usuels. La seule exception provient de l'étude de Clark et Rich (2003), lesquels montrent que ce sont les personnes qui ont des troubles mentaux graves et une consommation de substances élevée qui tirent le plus profit de l'approche « logement d'abord ». Les personnes qui ont des troubles concomitants légers ou modérés ne bénéficient pas davantage de l'une ou l'autre des interventions. Ces résultats sont concordants avec la prémisse selon laquelle l'approche « logement d'abord » a été créée dans le but de permettre aux personnes les plus difficiles à loger d'obtenir un logement et d'y rester (Tsemberis, 2010). Ces résultats sont rapportés dans les trois revues systématiques retenues (Larsen & Nordentoft, 2010 ; Nelson *et al.*, 2007 ; Rog, 2004).

Lorsqu'elle est couplée à des équipes fixes d'intervenants, l'approche « logement d'abord » permet aux personnes de demeurer plus longtemps dans un logement que lorsqu'elle est couplée à des équipes mobiles d'intervenants. Les intervenants étant sur place dans les logements, ils interviendraient plus rapidement auprès d'usagers lorsque des problèmes particuliers surviennent (McHugo *et al.*, 2004). Par conséquent, l'expulsion d'un logement serait moins fréquente (Patterson *et al.*, 2008 ; Pauly *et al.*, 2011 ; Schutt, 2011). Il demeure tout de même important de garder en tête que la perte d'un logement dans ces cas signifie en plus la perte des suivis psychosociaux et de la subvention qui était attribuée aux personnes (Schutt, 2011). Les conséquences liées à cette perte de logement peuvent donc être considérées comme étant plus problématiques. Par contre, les personnes qui ont perdu leur logement dans les programmes dans lesquels l'approche « logement d'abord » est couplée à des équipes fixes d'intervenant avaient davantage d'interactions sociales avec les autres, selon ce qu'ont rapporté les intervenants (Schutt, 2011), ce qui peut avoir comme bénéfice de recevoir davantage d'aide pour se trouver un nouveau logement ou pour se sortir de la rue par la suite. Nos résultats diffèrent toutefois de ceux obtenus par les auteurs des revues systématiques qui rapportent plutôt des résultats contradictoires (Larsen & Nordentoft, 2010 ; Nelson *et al.*, 2007 ; Rog, 2004). Cependant, plusieurs des études qu'ils ont retenues étaient plus anciennes (jusqu'à 15 ans) et en plus, Nelson *et al.* (2007) rapportent les résultats d'une seule étude traitant de cette question.

Enfin, les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » dans lesquels des interventions intensives sont offertes permettraient aux personnes de demeurer plus longtemps dans un logement que les programmes qui sont couplés à des interventions offertes de façon régulière ou au besoin. Ce résultat provient toutefois d'une seule étude (Burt, 2012). Il est tout de même prometteur, puisque les personnes qui ont eu accès au programme dans lequel des interventions intensives étaient offertes étaient en situation chronique d'itinérance et présentaient davantage de troubles mentaux au moment de leur recrutement que celles du groupe témoin. Le fait d'offrir un logement, à condition d'avoir les ressources humaines et financières pour répondre rapidement aux besoins des personnes qui y vivent, permettrait à celles-ci d'y demeurer plus longtemps (Burt, 2012).

### L'utilisation des services

L'approche « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels et les interventions psychosociales traditionnelles, s'est avérée efficace pour faire diminuer l'utilisation des services internes et augmenter celle des services externes par les usagers. Ces résultats sont toutefois mitigés d'une étude à l'autre, puisque certains auteurs ne parviennent pas à déceler de différences significatives entre les participants qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » et les autres participants. La taille des échantillons est généralement plus petite dans ces études, ce qui pourrait expliquer que leurs auteurs ne décèlent pas de différence significative entre les groupes quant à l'utilisation des services, et ce, d'autant plus si la proportion de participants qui utilisent les services est faible.

Les résultats concernant l'utilisation des services nous semblent donc prometteurs. La hausse de l'utilisation des services externes peut être interprétée comme l'une des conséquences positives de la diminution de l'utilisation des services internes : les problèmes des personnes qui participent aux programmes basés sur l'approche « logement d'abord » seraient pris en charge assez rapidement pour être traités de façon ponctuelle ou avant qu'ils ne nécessitent des séjours dans les services hospitaliers internes (Sadowski *et al.*, 2009). La présence des équipes fixes ou mobiles d'intervenants a toutefois des effets similaires sur l'utilisation des services par les usagers.

### La santé physique et mentale et la consommation de substances psychoactives

L'approche « logement d'abord » a des effets similaires à ceux de l'accès aux services usuels et aux interventions psychosociales traditionnelles sur la santé mentale, la santé physique et la consommation de substances. Aucun auteur n'a décelé de différence entre les personnes qui ont été « logées d'abord » et les autres. Ces résultats sont particulièrement importants, bien qu'ils ne semblent pas être en faveur de l'approche « logement d'abord ». Effectivement, ils démontrent que, bien que les personnes aient autant de problèmes de santé mentale et de problèmes de consommation de substances les unes que les autres, celles qui ont accès à l'approche « logement d'abord » parviennent malgré cela à demeurer dans un logement.

Parmi les programmes basés sur l'approche « logement d'abord », ceux dans lesquels les équipes d'intervenants sont fixes permettent toutefois d'améliorer davantage la santé mentale des usagers que ceux dans lesquels les équipes sont mobiles (McHugo *et al.*, 2004 ; Schutt, 2011). Ces résultats, mis en parallèle avec ceux concernant l'utilisation des services, sont surprenants puisque les usagers des programmes bénéficiant d'une équipe fixe d'intervenants ont amélioré davantage leur santé mentale que ceux des programmes avec une équipe mobile d'intervenants, mais ils se trouvent aussi nombreux à être hospitalisés. On peut ainsi se questionner sur les raisons qui ont motivé ces hospitalisations. Il est possible que leur santé mentale s'améliore davantage, mais pas assez pour que cessent complètement les hospitalisations. On peut aussi considérer l'hypothèse selon laquelle des problèmes physiques sont à l'origine de ces hospitalisations. Effectivement, une fois logées, les personnes qui étaient en situation d'itinérance prennent conscience qu'elles sont en mauvaise santé physique (Padgett, 2007). Il est donc plausible que ces problèmes seront traités à la suite de leur arrivée dans un logement. Les auteurs des deux études dans lesquelles les équipes mobiles sont comparées aux équipes fixes n'ont toutefois pas mesuré la santé physique des participants (McHugo *et al.*, 2004 ; Schutt, 2011).

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

Quant aux effets des deux différentes équipes d'intervenants (fixe et mobile) sur la consommation de substances, ils sont les mêmes. Les personnes ayant eu accès aux intervenants de l'équipe fixe ou de l'équipe mobile présentent donc une consommation similaire tout au long de l'étude. La consommation de substances était permise dans les deux types de programmes, ce qui peut expliquer que les usagers qui ont eu accès à l'une ou l'autre des équipes ont eu une consommation équivalente (McHugo *et al.*, 2004 ; Schutt, 2011).

### Les autres dimensions

L'efficacité de l'approche « logement d'abord » sur les autres dimensions varie d'une étude à l'autre : l'approche « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels et aux interventions psychosociales traditionnelles, peut parfois faire diminuer la criminalité et les périodes d'incarcération, améliorer la qualité de vie et augmenter la participation à la vie dans la communauté des personnes qui étaient en situation d'itinérance. La mixité des résultats obtenus pourrait s'expliquer par certaines caractéristiques des participants. Effectivement, Latimer *et al.* (2013) rapportent que les effets du « logement d'abord » sur la criminalité et la qualité de vie varient selon le niveau de besoins des personnes concernées. Le « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels, fait diminuer le nombre d'accusations criminelles des personnes qui ont des besoins élevés, mais pas de celles qui ont des besoins modérés (Latimer *et al.*, 2013). Au contraire, la qualité de vie s'améliore davantage chez les personnes qui ont des besoins modérés et qui bénéficient du « logement d'abord », mais pas chez celles qui ont des besoins élevés (Latimer *et al.*, 2013). Ces résultats suggèrent ainsi qu'une même intervention aura des effets différents selon la population à laquelle elle est offerte. Les modalités proposées aux usagers peuvent aussi avoir des effets différents : l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants permet d'améliorer davantage la qualité de vie des personnes que lorsqu'elle est couplée à une équipe mobile d'intervenants (McHugo *et al.*, 2004 ; Schutt, 2011). Tel que mentionné précédemment, ce résultat peut refléter le fait que les intervenants sur place sont davantage disponibles que ceux qui sont sur la route et qu'ils ont la possibilité d'intervenir plus rapidement.

Concernant la participation à la vie dans la communauté, les mesures varient d'une étude à l'autre, ce qui pourrait expliquer que les auteurs obtiennent des résultats différents (Latimer *et al.*, 2013 ; Mares & Rosenheck, 2011). De plus, les résultats selon lesquels il n'y a pas de différence entre les participants ayant eu accès au « logement d'abord » et ceux ayant eu accès aux services usuels quant au nombre d'activités auxquelles ils prennent part vont de pair avec les résultats d'auteurs qui s'intéressent à la sortie de la rue. L'ambivalence entre le « vouloir d'une nouvelle vie » et l'appartenance à une ancienne vie qui caractérise les personnes qui sortent de la rue se reflète dans la continuité de certaines habitudes de vie qu'elles avaient lorsqu'elles étaient dans la rue, comme de fréquenter les mêmes personnes ou les mêmes lieux (Colombo, 2003 ; Colombo, 2011). Cette continuité peut ainsi expliquer que les personnes qui ont accès au « logement d'abord » participent au même nombre d'activités, telles que visiter des amis ou aller au parc, que celles qui ont accès aux services usuels.

Enfin, dans l'étude de Burt (2012), les participants du groupe expérimental ont reçu des services spécialisés en emploi et ils ont ainsi travaillé davantage que ceux du groupe témoin. Ce résultat, bien que provenant d'une seule étude, nous fait penser que le fait de cibler une problématique particulière (ici l'emploi) et de la traiter directement permet d'obtenir des résultats précis (Burt, 2012).

### Les lacunes générales sur le plan des preuves scientifiques

Certaines limites générales, autres que celles mentionnées précédemment, permettent de nuancer les résultats. D'abord, il importe de souligner que l'attrition élevée des participants dans certaines études (Clark & Rich, 2003; Hanratty, 2011; Mares & Rosenheck, 2011) pourrait avoir des répercussions sur leurs résultats. Par ailleurs, quelques critiques sont à formuler quant aux mesures utilisées par les auteurs. Les renseignements auto révélés portant sur la consommation de substances pourraient être en deçà de la réalité, même si l'abstinence n'était pas obligatoire dans les modèles que nous avons sélectionnés. Par exemple, dans l'étude de *Pathways to Housing*, moins de 20% des participants ont rapporté avoir consommé de l'alcool ou des drogues au cours du mois précédant leur recrutement (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis & Fischer, 2003) alors que, selon leur dossier médical respectif, ils étaient 90% à présenter un trouble lié aux substances ou à en avoir eu un dans le passé (Padgett *et al.*, 2006). Ce biais issu de la désirabilité sociale pourrait donc empêcher les auteurs de déterminer si certains changements sont survenus chez leurs participants. Quant aux mesures liées à l'utilisation des services, elles étaient très variées d'une étude à l'autre, ce qui nous a parfois empêchés de regrouper les résultats. Conséquemment, l'importance des constats qui en découlent a pu être diminuée.

De plus, l'utilisation de certaines mesures avec une population itinérante ayant des troubles mentaux ou liés aux substances nous paraît devoir être remise en question, bien que ces mesures proviennent d'outils validés. C'est notamment le cas des mesures liées à la qualité de vie, à la consommation de substances et à la santé mentale et physique. Notre remise en question prend sa source dans deux constats. D'un côté, les participants qui ont eu accès au logement mentionnent, dans les études qualitatives, qu'ils se sentent plus en sécurité, qu'ils se sentent mieux (Padgett, 2007) et qu'ils ont diminué leur consommation substances (Collins *et al.*, 2012) depuis qu'ils ont accès à un logement. D'un autre côté, l'approche « logement d'abord » s'appuie sur une logique de réduction des méfaits, laquelle vise la réduction des conséquences négatives associées à certains comportements (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Or, les mesures utilisées dans les études répertoriées ne permettent pas d'évaluer si l'approche « logement d'abord » entraîne effectivement la réduction du nombre des méfaits, que ceux-ci soient liés à la consommation de substances, aux troubles mentaux ou à la vie dans la rue de façon générale.

Enfin, il importe de mentionner que les interventions offertes aux personnes dans les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » sont multiples et que leur intensité varie parfois à l'intérieur d'un même programme (Hanratty, 2011; Mares & Rosenheck, 2011; Metraux *et al.*, 2003; Tan de Bibiana, 2013). De plus, l'appellation des types d'intervention et leur signification varient d'une étude à l'autre (O'Connell, Kasprow & Rosenheck, 2012; Tan de Bibiana, 2013). Cette diversité rend particulièrement difficile la détermination d'un niveau d'intensité des interventions qui serait plus efficace qu'un autre dans les programmes « logement d'abord » (O'Campo *et al.*, 2009).

### Les forces et les limites de la revue systématique

Les choix qui ont été faits au moment de la sélection des études quant au type d'intervention à traiter démontrent les forces de la présente revue systématique. D'abord, nous avons choisi de sélectionner les études portant sur les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » et se déclinant sous plusieurs formes afin qu'elles soient les plus représentatives possible des programmes existants. Nous avons aussi inclus des études basées sur des devis diversifiés. L'évaluation de programmes existants a ainsi pu être prise en considération. La recherche de documents dans diverses banques de données, notamment pour trouver des mémoires et des thèses,

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

et dans la littérature grise scientifique nous a permis de diminuer les risques liés à un biais de publication (Higgins & Green, 2011). De même, les biais attribuables à la multiplication des publications et à la langue de publication ont été évités puisque les résultats ont été présentés par étude plutôt que par publication et que le seul document retenu qui n'était ni en français ni en anglais a été traduit (Larsen & Nordentoft, 2010).

Certaines limites sont aussi présentes dans cette revue systématique. Il importe d'abord de considérer, d'un point de vue critique, la généralisation des résultats obtenus à certaines populations. Bien que cette revue systématique cible les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances, les échantillons des études retenues sont composés en partie de personnes manifestant ces troubles, mais pas en totalité. De plus, nos résultats sont principalement généralisables à la population itinérante américaine, caractérisée par la présence de nombreux anciens combattants et Afro-Américains, et aux milieux plus urbains puisque la majorité des études ont été réalisées dans de grandes villes aux États-Unis. Enfin, le nombre d'études pour répondre à certaines de nos questions de recherche étant limité, il nous est impossible d'identifier de façon claire la plus-value de certaines modalités comparativement à d'autres.

### Conclusion

À la lumière des résultats de cette revue systématique, nous croyons que le Québec devrait favoriser l'implantation de programmes basés sur les principes de l'approche « logement d'abord ». En effet, les personnes à qui s'adresse cette approche sont considérées comme les plus difficiles à loger, mais elles parviennent à demeurer dans un logement, et ce, même si leurs troubles mentaux et leur consommation de substances ne s'améliorent pas davantage que ceux des personnes qui n'y ont pas accès. Par contre, le logement leur offre la sécurité et leur permet de se concentrer sur des besoins autres que leurs besoins primaires. Ces programmes devraient, de plus, offrir des modalités diversifiées (divers types de logement ; équipes d'intervenants mobiles et fixes ; diverses intensités d'intervention) afin de répondre aux besoins d'un ensemble de personnes en situation d'itinérance. Les données ne nous permettent toutefois pas de déterminer, pour l'instant, les meilleures modalités et composantes à intégrer dans un tel programme (intensité des interventions, types de logement, types d'équipe d'intervenants, etc.), puisque trop peu d'auteurs se sont intéressés à ces comparaisons.

Enfin, les personnes venant des communautés autochtones seraient surreprésentées dans la population itinérante au Canada (Gaetz *et al.*, 2013 ; Pauly *et al.*, 2012). Les études retenues ici proviennent principalement des États-Unis, là où les personnes afro-américaines et les anciens combattants caractérisent la population itinérante. Pour ces raisons, les résultats de la présente revue systématique devraient être contextualisés pour le Québec afin que les réalités urbaines et rurales soient prises en considération et que les services soient mieux adaptés. De plus, au Québec, il serait nécessaire d'évaluer la possibilité d'implanter l'approche « logement d'abord » au sein de certains programmes de logements sociaux déjà existants.

### Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt.

## Références bibliographiques

Bell, K. (2009). *Breaking down barriers by knocking on doors: An innovative health intervention in Vancouver's downtown eastside* (Mémoire), Simon Fraser University.

Bergheul, S., Levesque, L., & Pakzad, S. (2013). La criminalisation des itinérants au Canada. *La Revue de Médecine Légale*, 4(1), 45-51.

Bonin, J. P., Fournier, L., Blais, R., & Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 4(2), 211-248.

Brassard, R., & Cousineau, M.-M. (2000). Victimisation et prise en charge des itinérants: entre aide et contrôle. Dans D. Laberge (dir.). *L'errance urbaine. Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale* (p.361-376). Québec: Éditions Multi Mondes.

Burt, M. R. (2012). Impact of housing and work supports on outcomes for chronically homeless adults with mental illness: LA's HOPE. *Psychiatric Services*, 63(3), 209-215.

Caplan, B., Schutt, R. K., Turner, W. M., Goldfinger, S. M., & Seidman, L. J. (2006). Change in neurocognition by housing type and substance abuse among formerly homeless seriously mentally ill persons. *Schizophrenia Research*, 83(1), 77-86.

Clark, C., & Rich, A. R. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services*, 54(1), 78-83.

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Andrasik, M. P., Dana, E. A., Stahl, N., Kirouac, M., ..., & Malone, D. K. (2012). Exploring Transitions Within a Project-based Housing First Setting: Qualitative Evaluation and Practice Implications. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(4), 1678-1697.

Colombo, A. (2003). La sortie de la rue des jeunes à Montréal: processus ou objectif d'intervention? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 192-210.

Colombo, A. (2011). *Sortir de la rue : une lutte pour la reconnaissance à l'heure de l'individualisme avancé* (article) Repéré à <http://sociologies.revues.org/3199>.

Commission de la santé et des services sociaux (2009). *Itinérance : agissons ensemble. Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux sur l'itinérance au Québec*. Québec, Québec : Assemblée nationale du Québec.

Fournier, L., Ostoj, M., Chevalier, S., Courtemanche, R., & Plante, N. (2003). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999* : Institut de la statistique du Québec.

Gaetz, S., Donaldson, J., Richter, T., & Gulliver, T. (2013). *The State of Homelessness in Canada 2013*. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press.

Goering, P., Girard, V., Aubry, T., Barker, J., Fortanier, C., Latimer, E., ..., & Tinland, A. (2012). Conduite d'essais relatifs aux politiques qui soutiennent le modèle d'intervention accordant la priorité au logement : l'histoire de deux pays. *Lien social et Politiques*, 67, 161-182.

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

Gouvernement du Québec (2014). *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir : Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grenier, G., Fleury, M.-J., Imboua, A., & NGui, A. (2013). Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 119-141.

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 171-186.

Hanratty, M. (2011). Impacts of Heading Home Hennepin's Housing First programs for long-term homeless adults. *Housing Policy Debate*, 21(3), 405-419.

Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration*. Repéré à [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).

Hwang, S. W., Gogosis, E., Chambers, C., Dunn, J. R., Hoch, J. S., & Aubry, T. (2011). Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *Journal of Urban Health*, 88(6), 1076-1090.

Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.

Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D. C., Burlingham, B., Lonczak, H. S., ..., & Marlatt, G.A. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *The journal of the American medical association*, 301(13), 1349-1357.

Larsen, M., & Nordentoft, M. (2010). [Evidence-based treatment of mentally ill homeless persons]. *Ugeskr Laeger*, 172(22), 1669-1675.

Latimer, E., Roy, L., & McAll, C. (2013). *L'approche Logement d'abord, efficace ?* Communication présentée à Vers une stratégie pour mettre fin à l'itinérance - Résultats du projet Chez soi, Montréal.

Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2011). A comparison of treatment outcomes among chronically homeless adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(6), 459-475.

McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., ..., & Drake, R. E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 969-982.

Metraux, S., Marcus, S. C., & Culhane, D. P. (2003). The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 54(1), 67-71.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

Montgomery, A. E., Hill, L. L., Kane, V., & Culhane, D. P. (2013). Housing chronically homeless veterans: Evaluating the efficacy of a Housing First approach to HUD-VASH. *Journal of Community Psychology, 41*(4), 505-514.

Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(3), 350-361.

O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health, 86*(6), 965-989.

O'Connell, M. J., Kaspro, W. J., & Rosenheck, R. A. (2012). Differential impact of supported housing on selected subgroups of homeless veterans with substance abuse histories. *Psychiatric Services, 63*(12), 1195-1205.

Oxman, A.D., Cook, D.J., & Guyatt, G.H. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *Journal of the American Medical Association, 272*(17), 1367-71.

Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1925-1936.

Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice, 16*(1), 74-83.

Patterson, M., Somers, J., McIntosh, K., Shiell, A., & Frankish, C. J. (2008). *Housing and support for adults with severe addictions and/or mental illness in British Columbia*. Vancouver : Centre for applied research in mental health and addiction.

Pauly, B. B., Carlson, E., & Parkin, K. (2012) *Strategies to end homelessness: Current approaches to evaluation*. Toronto : Canadian homelessness research network Press.

Pauly, B. B., Reist, D., Schactman, C., & Belle-Isle, L. (2011). *Housing and harm reduction: A policy framework for greater Victoria*. Victoria: Center for Addictions Research of British-Columbia.

Pleace, N. (2012). *Housing First: European Observatory on Homelessness*.

Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 334.

Roy, S., Noiseux, Y., & Thomas, G. (2003). *Le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire*. Montréal: Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale.



## Efficacité de l'approche « logement d'abord »

Rutter, D., Francis, J., Coren, E., & Fisher, M. (2010). *SCIE systematic research reviews: Guidelines*. Londres : Social care institute for excellence.

Sadowski, L. S., Kee, R. A., VanderWeele, T. J., & Buchanan, D. (2009). Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *The journal of American medical association*, 301(17), 1771-1778.

Schiff, J. W., & Rook, J. (2012). *Housing First: Where is the Evidence?* Toronto : Homeless Hub.

Schutt, R. K. (2011). *Homelessness, housing, and mental illness*. Cambridge : Harvard University Press.

Tan de Bibiana, J. (2013). *Housing first and emergency department utilization among homeless individuals with mental illness in Vancouver* (Mémoire), University of British Columbia.

Tsemberis S. (2010). *Housing First manual: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Center City : Hazelden.

Tyler, K. A., & Beal, M. R. (2010). The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence and victims*, 25(1), 101-115.



TRANSFERT DE CONNAISSANCES

## Historicité des études typologiques en alcoologie

**Marilyn Fortin**, chercheure boursière postdoctorale, École de Psychologie, Université Laval, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe – Santé des populations et pratiques optimales en santé

### Correspondance :

Marilyn Fortin, Ph. D.

Chercheure boursière postdoctorale IRSC & Nasivvik

Centre de recherche du CHU de Québec

Axe – Santé des populations et pratiques optimales en santé

École de psychologie, Université Laval

2875, boulevard Laurier

Édifice Delta II, Bureau 600, 6<sup>e</sup> étage

Québec, Québec

G1V 2M2

Téléphone : 418 525-4444, poste 46581

Courriel : [marilyn.fortin.2@ulaval.ca](mailto:marilyn.fortin.2@ulaval.ca)

### Déclaration d'intérêt

Marilyn Fortin a reçu une bourse de recherche de doctorat des IRSC (numéro 182174).

L'auteure est la seule responsable du contenu de cet article.

### Résumé

Différentes manières de boire l'alcool sont perceptibles et différentes manières de concevoir la consommation d'alcool le sont également. Afin de « départager » ou « distinguer » les individus et groupes sociaux selon leur pratique de boire, différentes approches conceptuelles ont été utilisées à travers les époques, proposant des classifications des buveurs et buveuses en grands types. Un « type » est une conception abstraite qui regroupe et distingue les sujets ou les objets à partir de traits qu'ils ont en commun. En alcoologie, certaines typologies visent précisément à distinguer les buveurs problématiques ou pathologiques des buveurs non problématiques ou non pathologiques. D'autres typologies visent plutôt à distinguer les sociétés en fonction des pratiques de boire dominantes dans la population. Afin de souligner la contribution de chercheurs d'horizons d'études divers au développement de typologies en alcoologie et d'exposer l'historicité d'un domaine de recherche multidisciplinaire, ce texte fait état des connaissances des recherches typologiques du XX<sup>e</sup> et XXI<sup>e</sup> siècle des approches pathologiques et socioculturelles afin d'ouvrir la discussion sur les défis futurs en alcoologie des populations.

**Mots-clés :** études typologiques, alcoologie, histoire

### The historic nature of research on alcoholology typologies

#### Abstract

Just as there are different ways of drinking alcohol, there are also different ways of conceptualizing the consumption of alcohol. In order to “separate” or “distinguish” individuals and social groups according to their drinking practices, different conceptual approaches have been proposed over the years, including classifications of drinking types. A “type” is an abstract concept that groups and distinguishes subjects or objects based on common characteristics. In alcoholology, certain typologies aim to precisely distinguish problematic or pathological drinkers from non-problematic or non-pathological drinkers. Other typologies seek rather to distinguish societies based on dominant drinking practices within the population. Highlighting how researchers from a wide variety of backgrounds have contributed to the development of alcoholology typologies and presenting the historic nature of a multidisciplinary field of research, this article examines the findings of pathological and sociocultural approaches to typology research in the 20<sup>th</sup> and 21<sup>st</sup> centuries and sheds light on future challenges in the alcoholology of populations.

**Keywords:** typological studies, alcoholology, history

## Historicidad de los estudios tipológicos en alcoholología

### Resumen

Diferentes maneras de consumir alcohol son perceptibles, como lo son también diferentes maneras de concebir el consumo de alcohol. Con el objetivo de “separar” o “distinguir” a los individuos y a los grupos sociales según su práctica de consumo de bebida, se han utilizado, a través de las épocas, diferentes enfoques conceptuales que proponen clasificar a los bebedores y bebedoras en grandes tipos. Un “tipo” es una concepción abstracta que agrupa y distingue a los sujetos o los objetos a partir de rasgos que tienen en común. En alcoholología, ciertas tipologías apuntan precisamente a distinguir a los bebedores problemáticos o patológicos de los bebedores no problemáticos o no patológicos. Otras tipologías están destinadas más bien a distinguir a las sociedades en función de las prácticas de bebida dominantes en la población. Con el objetivo de destacar la contribución de investigadores de diferentes horizontes en el desarrollo de las tipologías en alcoholología y de exponer la historicidad de un campo de investigación multidisciplinario, en este texto se exponen los conocimientos de las investigaciones tipológicas del siglo XX y XXI sobre los enfoques patológicos y socioculturales, buscando abrir el debate sobre los desafíos futuros en materia de alcoholología de las poblaciones.

**Palabras clave:** estudios tipológicos, alcoholología, historia

### Introduction<sup>(1)</sup>

Différentes manières de boire l'alcool sont perceptibles et différentes manières de concevoir la consommation d'alcool le sont également. Afin de « départager » ou « distinguer » les individus et groupes sociaux selon leur pratique de boire, différentes approches conceptuelles ont été utilisées à travers les époques, proposant des classifications de buveurs et buveuses en grands types. Un « type » est une conception abstraite qui regroupe et distingue les sujets ou les objets à partir de traits qu'ils ont en commun. En alcoologie, certaines typologies visent précisément à distinguer les buveurs problématiques ou pathologiques des buveurs non problématiques ou non pathologiques. D'autres typologies visent plutôt à distinguer les sociétés en fonction des pratiques de boire dominantes dans la population. Afin de souligner la contribution de chercheurs d'horizons d'études divers au développement de typologies en alcoologie et d'exposer l'historicité d'un domaine de recherche multidisciplinaire, ce texte fait état des connaissances des recherches typologiques du XX<sup>e</sup> et XXI<sup>e</sup> siècle des approches pathologiques et socioculturelles et de leurs contributions et limites au domaine afin d'ouvrir la discussion sur les défis futurs en alcoologie des populations.

### L'approche pathologique

Dans l'histoire moderne, la période postprohibitionniste a été particulièrement influente dans le développement de typologies axées sur le comportement alcoolique (Gusfield, 1996; Ades et Lejoyeux, 1997). En effet, la fin de la prohibition est indissociable de la redéfinition de la consommation problématique comme maladie (Demers, 1995). En l'absence d'outils cliniques permettant de diagnostiquer les buveurs-malades, il fallait identifier les traits qui les distinguaient des non-malades.

Une typologie des comportements pathologiques permet d'observer l'éventail des manières de boire « pathologiques » et offre une classification de types de buveurs à partir de caractéristiques distinctes entre les types. Est alors situé l'individu à l'intérieur d'une grille de buveurs pathologiques, le positionnant sur une échelle de gravité par rapport à son comportement alcoolique ou aux conséquences de celui-ci.

Les premières typologies des comportements pathologiques s'appuyaient sur des catégorisations individuelles comportementales – par exemple la catégorisation de Knight (1937) qui distingue la consommation d'alcool de nature aiguë et chronique de la consommation d'alcool intermittente. Ensuite, Van Dijk (1979) (repris par Little, 1990), a proposé une classification clinique dichotomique distinguant l'« alcoolisme primaire » (première phase de l'alcoolisme) et l'« alcoolisme secondaire » (deuxième phase). Ces phases se distinguent par l'intensité, plus faible pour la première et plus élevée pour la seconde, de risques, de dommages, d'handicaps, d'abus et de maladies associées à la consommation d'alcool. Également, le premier type permet toujours (physiologiquement et psychologiquement) une liberté de choix de consommer ou non de l'alcool, et ne s'insère pas encore dans un cercle vicieux d'un besoin essentiel de consommer pour des raisons pharmacologiques, psychologiques, cérébrales ou sociales. Toutefois, l'une des catégorisations les plus notoires en alcoologie clinique demeure celle développée par E. M. Jellinek, médecin de formation. Sa notoriété vient notamment de sa collaboration étroite avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès les années 1950, où il participa à l'élaboration de la définition clinique et scientifique de l'alcoolisme.

---

<sup>1</sup> Cet article est tiré de ma thèse de doctorat « Une typologie tridimensionnelle des pratiques de consommation d'alcool au Canada : usages, contextes et motivations de boire » réalisée au département de sociologie de l'Université de Montréal (2014). Je tiens à remercier mes directeurs de recherche Drs. Andrée Demers et Stéphane Moulin pour la relecture approfondie de ce texte.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

Selon Jellinek, les éléments physiopathologiques, culturels et sociaux ont chacun un rôle dans la genèse de l'alcoolisme. L'alcoolisme représente «any use of alcoholic beverages that causes any damage to the individual or society or both» (Jellinek, 1960). À travers ses nombreux voyages, il observa une différenciation culturelle de l'expression de certains types de problèmes liés à l'alcool, s'étonnant de constater que les problèmes sérieux liés à l'alcool ainsi que leurs causes ne correspondaient pas nécessairement à la définition américaine de «l'alcoolique type» qui se caractérisait par «a true addiction», soit une addiction physiologique et psychologique à l'alcool (Jellinek, 1960). Jellinek sera l'un des premiers chercheurs dans le domaine médical à tenir compte de l'influence des expériences et traditions locales dans la définition des pratiques de consommation d'alcool, ajoutant aux traits cliniques classiques des éléments sociologiques ou économiques. Il définit cinq types pathologiques prédominants de buveurs excessifs, du type Alpha au type Epsilon (Jellinek, 1960)<sup>[2]</sup>.

À la suite de Jellinek, d'autres chercheurs ont proposé de nouvelles typologies. Par exemple, Cloninger et ses collaborateurs (1981, 1996), reprenant les types GAMMA et DELTA originaux de Jellinek, ont proposé une typologie dichotomique de l'alcoolisme de types I et II. Le type I, appelé «alcoolisme de milieu», se caractérise par un début tardif (après vingt ans) d'une forte dépendance à l'alcool et une progression lente, tout en présentant des comportements sociaux adaptés en société. Ce type se retrouve chez les femmes comme chez les hommes et l'environnement constitue un facteur de risque du développement de ce type d'alcoolisme. L'alcoolisme de type II est une forme «exclusivement masculine». Il débute avant vingt ans et se caractérise par des comportements plus agressifs, antisociaux et impulsifs que pour le type I (Paille, 2000). Les travaux de Farren et Dinan (1996) et d'Epstein et al. (2002) sont des exemples de travaux typologiques modernes sur les types I et II<sup>[3]</sup>.

Au-delà des travaux de la lignée de Jellinek, d'autres typologies ont été développées intégrant parfois des critères psychocomportementaux (voir Slater et al., 1999), des dimensions de psychiatrie, de psychopathologie ou de psychologie comportementale (Jenicek et Cleroux, 1985), et parfois aussi de phénoménologie, de sociologie ou d'anthropologie (pour une recension des écrits sur le sujet voir Babor et al., 1988; Babor, 1992; SFA, 2001; Paille, 2000, 2002; Lesch et al., 2011). Généralement, les typologies pathologiques sont développées à partir d'indicateurs de comportements de consommation d'alcool, de types de dépendance, de vulnérabilité génétique, de traits de personnalité ou de dysfonctionnements psychopathologiques face à l'alcool (Babor, 1992; Moss

---

<sup>2</sup> Type Alpha : represents a purely psychological continual dependence or reliance upon the effect of alcohol to relieve bodily or emotional pain. The drinking is "undisciplined" in the sense that it contravenes such rules as society [...] but does not lead to "loss of control" or "inability to abstain" [...] Nor are there any signs of a progressive process. Type Bêta : is that species of alcoholism in which such alcoholic complications as polyneuropathy, gastritis and cirrhosis of the liver may occur without either physical or psychological dependence upon alcohol. [...] may develop into gamma or delta alcoholism, but such a transition is less likely than in the instance of alpha alcoholism. Type Delta : shows the first three characteristics of gamma alcoholism as well as a less marked form of the fourth characteristic-that is, instead of loss of control there is inability to abstain. In contrast of gamma alcoholism, there is no ability to "go on the water wagon" for even a day or two without the manifestation of withdrawal symptoms; the ability to control the amount of intake on any given occasion [...]. The incentive to high intake may be found in the general acceptance of the society to which the drinker belongs [...]. Type Gamma : acquired increased tissue tolerance to alcohol, adaptive cell metabolism, withdrawal symptoms and "craving", i.e. physical dependence, and loss of control are involved [...] definite progression from psychological to physical dependence [...] alpha and beta alcoholism [...] may develop under given conditions into gamma alcoholism. [...] This species produces the greatest and most serious kinds of damage.Type Epsilon : periodic alcoholism [...] the least known species of alcoholism [...] epsilon alcoholics may cause serious damage.[...] "explosive drinking" [...] excessive weekend drinking which follows a cultural pattern and causes damage through rowdiness, absenteeism [...] "fiesta drinking" and occasional drinking that causes accidents.

<sup>3</sup> Voir aussi les travaux de Morey et Skinner (1986) et de Babor (1992).

## Historicité des études typologiques en alcoologie

et al., 2007)<sup>4</sup>. Les classifications du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM1 à DSM5) et la Classification internationale des Maladies (CIM) (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) sont également des exemples de typologies pathologiques, internationalement reconnues, où la dépendance et l'abus sont considérés comme des entités psychopathologiques<sup>5</sup>.

### Contributions et limites des études pathologiques

Un apport majeur des typologies des comportements pathologiques réside dans la démonstration de la variabilité de la pratique excessive, à risque et pathologique à partir d'indicateurs comportementaux, de symptômes, d'effets psychologiques et physiques, et d'effets collatéraux (familiaux et sociaux). La typologie de Jellinek a démontré la variabilité sociétale des comportements pathologiques et des pratiques excessives à partir d'une échelle de gravité de comportements à cinq types. Cette typologie a souligné la complexité des modes d'alcoolisation et l'effet de facteurs socioculturels sur la consommation d'alcool pathologique. En contrepartie, la principale limite de cette approche est de ne considérer que les comportements pathologiques et à risque en dissociant largement le comportement de consommation d'alcool de son environnement physique, social et symbolique, tel qu'il l'a été souligné par Gusfield (1996).

### L'approche socioculturelle

Les études socioculturelles apportent un regard différent sur les pratiques du boire. Contrairement aux études citées précédemment, elles ne s'intéressent plus seulement au comportement alcoolique individuel et aux symptômes des types de buveurs pathologiques, mais davantage aux dimensions socioculturelles qui influent sur la consommation d'alcool et cherchent à caractériser les sociétés ou groupes sociaux plutôt que les buveurs.

Ici, trois sous-champs d'études se distinguent : le champ de l'anthropologie, celui de la sociologie et le dernier en psychosociologie. Les études du champ anthropologique utilisent des données ethnographiques d'un grand nombre de sociétés pour comparer les comportements liés à l'alcool (approche holoculturelle) tandis que les études de nature sociologique et psychosociologique usent généralement de données de nature quantitative et s'intéressent davantage à l'influence de dimensions structurelles sur la consommation d'alcool (Raskin-White, 1982 ; Room et Mäkelä, 2000). Toutes ont pour finalité d'expliquer les variations intra et interculturelles de la consommation d'alcool où l'alcoolisme n'est généralement pas au centre de l'intérêt (Heath, 1976 ; Room et Mäkelä, 2000).

### Le champ anthropologique

L'approche anthropologique s'intéresse à la mise en contexte socioculturel des modes d'alcoolisation et des motivations collectives à consommer, permettant d'approfondir les connaissances sur les normes et les valeurs liées à l'alcool et sur les modes d'action qui en découlent. Les études anthropologiques, dans la tradition de ce champ, ont souvent porté sur des peuples ou des communautés spécifiques.

---

<sup>4</sup> Pour une revue de la littérature sur l'histoire des typologies pathologiques voir Leggio et al., 2009.

<sup>5</sup> D'autres typologies, plus axées sur les pratiques à risque, ont été construites à partir de la fréquence, de la quantité consommée, du niveau de risque, des conséquences et des problèmes associés à la consommation (voir Tarter et al., 1997 ; Roisin et al., 2005 ; Reboussin et al., 2006 ; Cable et Sacker, 2008 ; Dauber et al., 2009 ; Rouiller et al., 2004 sur les populations plus âgées).

## Historicité des études typologiques en alcoologie

Un premier exemple vient des travaux de Ruth Bunzel (1940), qui s'est intéressée à l'utilité religieuse et cérémonielle de l'ivresse des peuples Chichicastenango (Guatemala) et Chumala (Mexique). Bunzel a observé que, bien que les deux sociétés présentent chacune une pratique de boire de nature festive, certaines différences motivationnelles importantes dans la consommation d'alcool étaient perceptibles. La forte consommation d'alcool chez les Chichicastenango semblait être liée à des raisons négatives, entre autres pour diminuer l'inquiétude et l'anxiété provoquée par la pression externe des autres cultures, tandis que les Chumala buvaient pour des raisons de sociabilité, pour « partager un verre » entre eux, inscrivant la consommation d'alcool dans des contextes de festivité et de joie (Bunzel, 1976). L'étude des pratiques de consommation d'alcool des peuples Chichicastenango et Chumala est l'une des premières grandes enquêtes anthropologiques comparatives du comportement alcoolique et à risque prenant en compte la relation entre les pratiques du boire (le comportement) et les fonctions sociales (raisons et motivations à boire). Elle a permis de démontrer de profondes distinctions entre deux « cultures du boire » *a priori* semblables.

À l'instar de Bunzel, et à la suite des travaux de Jellinek dans les années 1960, Kunitz et Levy (1974) ont utilisé une approche anthropologique et culturelle pour comprendre l'alcoolisation comme pratique socialement et culturellement ancrée chez les peuples amérindiens des États-Unis. S'inspirant des hypothèses de Field (1962) et de Bacon, Barry et Child (1965a, 1965b, 1965c, 1965d) sur la relation entre intégration et acculturation socioculturelle des peuples colonisés sur le niveau collectif de consommation d'alcool, ils ont établi une échelle de prévalence et de sévérité de pathologies sociales liée au niveau de consommation d'alcool dans la population. Le nombre d'homicides, de suicides et de cirrhoses alcooliques associés à la consommation d'alcool a permis d'observer un niveau faible de pathologies sociales chez les Hopis, intermédiaire chez les White Mountain Apaches, et élevé chez les Navajos.

Leurs travaux s'inscrivent dans une perspective d'analyse comparative du comportement nocif et dangereux lié à l'alcool entre peuples, étudiant la pratique de consommation excessive d'alcool comme un symptôme d'une société malade plutôt que d'une cause (Heath, 1986b). Cette étude a permis de relever des dimensions structurelles spécifiques associées aux symptômes pathologiques de l'alcoolisme chez les Navajos afin de les comparer aux autres sociétés et groupes culturels.

Une étude notoire nous vient aussi de Lemert (1958, 1962, 1964). Ses premiers travaux s'inscrivent dans l'approche socioculturelle des *études cross-cultural*, en comparant les sociétés entre elles sous les appellations de sociétés du « laissez-faire », « prohibitionnistes », « éducationnelles », « de contrôle social » et de promotion « fonctionnelle ». C'est toutefois sa typologie de nature anthropologique qui est généralement citée. Cette dernière compare les pratiques du boire entre les sociétés de Tahiti, Samoa et des Îles Cook (publiée dans « Alcohol use in Polynesia », 1962 ; voir aussi Lemert, 1964). Lemert a fait ressortir trois idéaux types liés à l'alcool : le boire festif (retrouvée à Tahiti), le boire rituel (Îles Cook), et le boire sécularisé ou laïcisé (Île Samoa)<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> La consommation festive, intégrée aux valeurs des insulaires, se caractérise par aucun ou de légers comportements agressifs liés à la consommation d'alcool. Il n'y a aucun décalage entre la pratique de boire observée et les valeurs et normes transmises aux membres de la communauté en matière d'alcool. La pratique de boire est donc le reflet de la volonté des membres de la communauté. La pratique rituelle des Îles Cook, en contrepartie, est une consommation qui s'est développée et perpétuée au sein de la communauté en réponse à l'implantation d'une nouvelle culture colonialiste et de nouvelles mesures de contrôle social des colonisateurs sur les colonisés. Cette pratique rituelle est le développement d'une pratique de boire spirituelle pour resituer la communauté face aux nouveaux membres sociaux des pays colonialistes. Finalement, la pratique séculaire a été décrite comme une consommation sans motif ou but précis, où les individus, en groupes, retrouvent dans l'alcool une libération de sentiments et d'impulsions (Lemert, 1964). Selon Mac Marshall (1976), cette étude démontre le lien très important entre la culture, soit une entité dotée d'une existence et de significations socioculturelles propres, et les choix sociaux en matière d'alcool. Un décalage entre ces deux éléments entraîne des comportements à risque non adaptés aux valeurs et normes de la société.



### Le champ sociologique

La recherche internationale en alcoologie de la fin de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle a démontré que les pratiques pathologiques au sens strict du terme américain, soit « a true alcohol addicts » (Jellinek, 1960), ne correspondent pas systématiquement aux terminologies d'autres cultures en matière d'alcool. Cette observation est appuyée par les travaux de Lederman (1956) qui a démontré que de nombreux problèmes liés à une consommation d'alcool excessive dans plusieurs pays, dont certains des plus sérieux, surviennent lors d'une consommation qui n'est pas associée à la terminologie américaine restrictive d'une dépendance physiologique et psychologique. À cet égard, le sociologue Albert D. Ullman (1958) a proposé d'apporter des explications sociales et culturelles aux différents taux d'alcoolisme et de consommation d'alcool entre les pays. Dans « Sociocultural backgrounds of alcoholism » (1958), il appuie l'idée d'associer le concept de culture à la notion de consommation d'alcool, puisque leur interrelation souligne « des valeurs, attitudes, normes et sanctions face à l'alcool [...] établies, connues, et respectées par l'ensemble de la population » (p. 50), caractéristiques d'une culture de boire (« drinking culture »). Ullman distingue alors deux cultures d'alcoolisation : une pratique intégrée et une pratique non intégrée, associée chacune à un taux d'alcoolisme<sup>7</sup>.

Utilisant les données internationales produites à partir du rapport de l'« Alcoholism Subcommittee » (1951) pour comparer les taux de consommation d'alcool et d'alcoolisme entre plusieurs pays afin d'établir un type de pratique par société, Ullman tente de faire le pont entre les approches anthropologiques et les méthodes comparatives intersociétales à grande échelle. Blacker (1966) ajoutera ensuite une perspective normative aux fondements théoriques d'Ullman, permettant dès lors de dissocier une pratique intégrée ou prescrite d'une pratique proscrite<sup>8</sup>.

À la fin des années 1950, une autre enquête, celle de Bacon, Barry et Child (BBC) qui intègre 139 sociétés, a permis d'élargir les connaissances sur les cultures d'alcoolisation comme phénomène sociétal. Les premiers résultats de cette enquête transculturelle ont été publiés par Field en 1962. Field s'est intéressé, tout comme Bacon en 1943, à l'acculturation, mais aussi à la privation culturelle et au contrôle social sur le niveau global de consommation d'alcool. L'étude a ensuite été officiellement publiée par Bacon, Barry et Child en 1965 (Child et al., 1965a, 1965b ; Bacon et al., 1965a, 1965b, 1965c, 1965d ; Barry et al., 1965).

L'enquête BBC a utilisé plusieurs niveaux de mesure de la consommation d'alcool pour établir une typologie comparative en matière d'alcool et d'ivresse. Des variables ont été utilisées, telles que la disponibilité de l'alcool et des pratiques d'alcoolisation (fréquence, quantité, durée de consommation, avec qui et par qui), les contextes du boire (consommation lors d'événements religieux, cérémoniels, à la maison ou en solitaire) et les comportements associés à la consommation d'alcool (sociabilité, exhibitionnisme, hostilité, confrontation des règles, comportements extrêmes, etc.). Des mesures de fréquence d'ivresse, de degré des problèmes liés à la consommation d'alcool,

---

<sup>7</sup> “[...] in any group or society in which the drinking customs, values, and sanctions – together with the attitudes of all segments of the group or society – are well established, known to and agreed upon by all, and are consistent with the rest of the culture, the rate of alcoholism will be low. [...] under conditions in which the individual drinker does not know what is expected or when the expectation in one situation differs from that in another, it can be assumed that he will have ambivalent feelings about drinking. Thus, ambivalence is the psychological product of unintegrated drinking customs” (Ullman, 1958, p. 50).

<sup>8</sup> “In any group or society in which the drinking customs, values, and sanctions – together with the attitudes of all segments of the group or society – are well established, known to and agreed upon by all, consistent with the rest of the culture, and are characterized by prescriptions for moderate drinking and proscriptions against excessive drinking, the rate of alcoholism will be low” (Blacker, 1966, p. 68).

## Historicité des études typologiques en alcoologie

d'effort pour se procurer de l'alcool et d'attitude générale de la société envers la consommation d'alcool et l'ivresse ont également été prises en compte (Bacon, 1973).

À partir d'analyses factorielles réalisées sur 19 variables liées à la consommation d'alcool et incorporant 51 sociétés, les auteurs ont identifié quatre profils de boire distincts : (1) le premier se rapporte à une pratique de boire intégrée à la culture, en harmonie avec les normes et valeurs de la société en matière d'alcool. L'alcool est alors très présent ; (2) un second profil de boire est l'état d'ébriété, soit un comportement de consommation excessive lors d'une occasion de boire ; (3) un troisième profil tolère l'alcool. La société est alors hospitalière face à la consommation d'alcool sans toutefois y accorder une place importante ; (4) le dernier profil se rapporte à l'usage, soit une relation entre fréquence et quantité consommée lors d'une occasion de boire (voir Bacon et al., 1965b ; Bacon, 1973).

Cette classification a influencé les classifications futures, particulièrement à cause de la réflexion apportée à la notion d'intégration de l'alcool dans une société, notion associée au concept de « culture intégrée » élaborée déjà par Ullman à la fin des années cinquante. La classification BBC est également notoire à cause des variables utilisées pour définir les profils, ce qui a permis d'approfondir la notion de ritualisation liée à l'alcool (c'est-à-dire l'ampleur de chaque acte de consommation limitée par des normes de consommation d'alcool), de mieux comprendre l'effet de la relation entre la fréquence et la quantité consommée dans des contextes religieux, et la relation entre la fréquence et la quantité consommée lors d'une même occasion dans des contextes publics ou cérémoniels (Bacon, 1973).

Pour Frankel et Whitehead (1981) toutefois, ce sont les notions de normativité liée à l'alcool déjà retrouvée chez Blacker (1966), d'intégration de l'alcool dans la population soulignée par Ullman (1958), et d'évaluation du taux de dommage causé par l'alcool dans la population étudiée par les travaux de Lederman (1956) qui permettent de présenter une réévaluation des attitudes en matière d'alcool dans le courant socioculturel<sup>9</sup>. L'idée de normativité en matière d'alcool se retrouve aussi chez d'autres auteurs. Chez Mizurchi et Perruchi (1970) par exemple, la notion de normalisation et d'acceptabilité sociale en matière d'alcool se traduit par la mise en place de normes prosrites, prescrites ou permissives ; chaque société se positionne face à l'alcool et à son abus : négativement, positivement ou neutre. Pour Pittman (1967), c'est quatre cultures d'alcoolisation qui se distinguent en fonction de normes sociétales : les cultures abstinentes, les cultures ambivalentes, les cultures permissives, et les cultures « plus que permissives »<sup>10</sup>. Comparativement à la classification de Mizurchi et Perruchi (1970), la classification de Pittman présente deux cultures d'alcoolisation où la consommation d'alcool est acceptée, mais aucune ne se rapporte à une norme prescrite. L'approche normative expose les principales valeurs socioculturelles d'une société en matière d'alcool. Cela dit, puisqu'une culture est unique par sa dynamique multidimensionnelle et ses membres qui en font partie, la comparaison normative intersociétale en matière d'alcool est aussi difficilement réalisable.

---

<sup>9</sup> "In any group or society in which the over-all level of consumption is high and (to lesser extent) where proscriptions against excessive drinking are few or absent, the rate of alcohol-related damage will be high. Where drinking practices are integrated into the cultural structure and where prescriptions for moderate drinking are prevalent, the over-all level of consumption will be high. Societies characterized by prescriptions for moderate drinking tend to have integrated drinking practices and few proscriptions against excessive drinking" (Frankel et Whitehead, 1981, p. 58).

<sup>10</sup> L'abstinence est caractéristique des musulmans, des hindous et des protestants ascétiques. Les cultures ambivalentes quant à elles, tel que défini plus tôt, sont particulières à une attitude générale négative de la consommation d'alcool, mais idéalisent également l'intoxication. Les cultures anglaises et scandinaves correspondent à des cultures du boire ambivalentes. Dans les cultures permissives, l'alcool est toléré, mais la consommation excessive est condamnée. Les Juifs et les Italiens en sont des exemples. Enfin, en plus de la valorisation de la consommation d'alcool en général, les cultures « plus que permissives » acceptent l'intoxication. Cette pratique se retrouve dans les sociétés française et japonaise.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

Afin de contrer le problème de comparaison de pratiques de consommation d'alcool entre les sociétés, la typologie dichotomique plurifactorielle « wet » et « dry » a succédé aux classifications précédemment présentées. Cette typologie, dont la terminologie s'inspire du mouvement de tempérance des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles pour une abstinence complète de consommation d'alcool (pays à la consommation « sèche ») contre une consommation régulière (pays à la consommation « humide ») (Jellinek, 1960), classe les cultures à partir de facteurs géographiques, politiques, économiques, sociaux et culturels, et inclut une analyse du contrôle social (Room et Mäkelä, 2000). La culture de consommation « dry » se caractérise par un haut taux d'abstinence dans la population, une forte consommation d'alcool occasionnelle, souvent de la bière ou des spiritueux dans les festivals ou durant les fins de semaines, et un fort taux de mortalité relié à l'intoxication (surdose), mais peu de problèmes sociaux et de santé liés à l'alcool (Room et Mäkelä, 2000 ; Room, 2001). La culture « dry » est souvent associée aux pays scandinaves, aux États-Unis et au Canada. À l'inverse, la culture « wet » se caractérise par un faible taux d'abstinence, et une consommation régulière de vin lors des repas, même à tous les repas, et une intégration de la consommation dans les normes et valeurs de la culture. Les pays méditerranéens représentent souvent la culture « wet » (Cahalan et Room, 1974 ; Room et Mäkelä, 2000 ; Bloomfield et al., 2003 ; Kuendig et al., 2008).

Cette typologie permet d'associer des modes de consommation à des contextes de consommation et des préférences de type de boisson. En contrepartie, Sulkunen (1986) a démontré un effet d'interrelation entre les cultures du boire en Europe, conséquence de la mondialisation et de l'immigration. Ces phénomènes sociaux ont pour conséquence l'érosion des idéaux types « wet » et « dry ». De ce point de vue, il n'est pas pertinent de systématiquement départager les sociétés en deux profils distincts et d'attribuer un type de pratique à l'ensemble d'une population.

### Le champ psychosociologique

La psychosociologie est un domaine qui étudie les interactions sociales des individus dans des situations précises en portant une attention aux réponses des individus à ces interactions, par exemple en termes de comportements, d'émotions, de pensées ou de sentiments (Fiske, 2008). L'approche psychologique « analyse donc principalement ce qui arrive aux gens en tant qu'individu » (Fiske, 2008). Par ailleurs, la psychosociologie est une discipline qui se situe à l'intersection de la psychologie et de la sociologie puisqu'elle se focalise sur l'individu « en tant que personne influencée par ses interactions avec autrui » (Fiske, 2008, p. 15). En ce sens, elle étudie l'effet des structures sociales et interactions sociales à la fois sur le comportement individuel et de groupes de personnes. En alcoologie, les études inspirées de ce champ s'interrogent par exemple sur l'effet du contrôle social, de conditions sociales ou de conditions professionnelles sur la consommation d'alcool. Les dimensions structurelles dans les sociétés sont regardées comme des « agressions » sur l'individu ; le comportement de consommation d'alcool peut ainsi être conceptualisé comme une réponse au stress ou à l'anxiété vécue au sein de la société.

Ainsi Donald Horton (1943-1945) a soulevé l'hypothèse d'une relation entre le niveau d'anxiété et d'insécurité vécue dans une société et les modes d'alcoolisation. Son hypothèse est que plus le niveau d'anxiété et d'insécurité collectif est élevé, plus le niveau global de consommation d'alcool l'est également (Horton, 1943). Selon Horton, « the function of drinking is the reduction of anxiety by any actual pattern of drinking behavior is determined by the relationship between this and related psychological variables, and the cultural conditions of drinking behavior » (Horton, 1943, p. 229). Horton s'est penché sur l'effet d'un système sociétal – son organisation, ses moyens de subsistance (chasseurs, éleveurs, agriculteurs), ses modes de contrôle social, ses valeurs et ses normes – sur le vécu des individus au quotidien et ses répercussions sur l'individu et l'ensemble

## Historicité des études typologiques en alcoologie

de la population (répercussions négatives si la consommation devient problématique). Son objectif était de comparer les niveaux de consommation d'alcool entre plus de 70 populations tribales afin d'établir un type prédominant de consommation d'alcool à partir de données issues de l'enquête *Cross-cultural Survey of Institute of human relations*, à Yale University.

Les travaux d'Horton distinguent trois types de pratiques sur les bases de l'usage, c'est-à-dire la fréquence et la quantité de la consommation d'alcool : forte consommation, consommation de niveau moyen et consommation légère. Le premier type présente une consommation excessive d'alcool et plusieurs épisodes de consommation par jour. Les tribus associées à cette pratique boivent régulièrement jusqu'à une perte de conscience, jusqu'à l'ivresse, associée à des orgies et à une forte quantité par occasion. Le deuxième type présente aussi des épisodes d'intoxication, mais rarement plusieurs fois dans une même journée. La perte de conscience durant la consommation d'alcool est rare et la consommation d'alcool n'est généralement pas excessive. Le dernier type n'est pas associé à l'intoxication, ni à la consommation de liqueurs fortes, ni à une consommation qui atteint l'intoxication. Chaque type établi à partir des mesures d'usage a ensuite été croisé aux moyens de subsistance, aux niveaux d'acculturation de la tribu, à une pratique ou non de sorcellerie et de pratiques sexuelles prémaritales, aux types de breuvages consommés et au niveau d'agression dans la population. Ses travaux montrent que le niveau de stress élevé engendré par un moyen de subsistance insécurisant est associé à une forte consommation d'alcool, tandis qu'une insécurité plus faible associée est associée à une consommation modérée ou légère. Une forte consommation d'alcool a aussi été associée à la sorcellerie et aux agressions, ainsi qu'à la consommation de bière et de vin particulièrement.

Bales (1946-1959) s'inscrit également dans cette approche qui voit la société comme une source de stress et l'alcool comme un bon moyen pour soulager les tensions personnelles. Ses travaux comparatifs entre Juifs et Irlandais (1946) ont identifié quatre attitudes culturelles envers l'alcool, correspondant à des idéaux types entre l'abstinence complète, la consommation rituelle (consommation à visée fonctionnelle pour le groupe ou la culture), la consommation utilitariste et fonctionnaliste (consommation d'ordre médicale ou de satisfaction personnelle), et la consommation conviviale. Une question prédomine les travaux de Bales : pourquoi la société ou le groupe socioculturel consomme-t-elle (il) de l'alcool ? Contrairement à Jellinek, Bales établit qu'il est possible qu'une pratique de boire sociale, rituelle ou cérémonielle, contrôlée par des normes établies et reconnues par le groupe social, puisse ne jamais se développer en une pratique dangereuse pour les membres de la communauté.

Bales a ouvert la voie à d'autres études sur le sujet au cours des années 1970 et 1980 (Heath, 1986b) et a été reconnu par l'OMS (1951) pour avoir contribué à la définition de l'alcoolisme en y intégrant des dimensions de nature socioculturelle au concept de base (Heath, 1976). Enfin, d'autres études ont également étudié l'effet de l'anxiété et du stress collectif sur le niveau d'alcool (Bacon, 1943<sup>[11]</sup> et Linsky et al., 1985).

---

<sup>11</sup> Selden Bacon (1943), sociologue contemporain d'Horton, a aussi réfléchi sur les sources possibles des variations des pratiques de consommation d'alcool entre les sociétés. Pour lui, l'insécurité de subsistance (conditions de vie : nourriture, argent, biens, etc.) et les difficultés d'acculturation (conditions socioculturelles) découlent des conditions structurelles qui se traduisent par un stress individuel qui explique la consommation d'alcool. Les causes fondamentales étant structurelles, c'est collectivement que la consommation d'alcool est affectée.

### Contributions et limites de l'approche socioculturelle

Les typologies socioculturelles appliquent une réflexion sociologique et culturelle sous-jacente aux typologies afin d'évaluer l'impact de la société et de ses structures sur la consommation d'alcool globale ou par habitant. Comparativement à l'approche typologique des comportements pathologiques, on y relève ici l'influence de dimensions externes sur la consommation (organisation sociale, contrôle social), de dimensions spécifiques de la consommation (motivations et contextes sociaux), et de facteurs intégrés à la culture et la société (normes et valeurs en matière d'alcool). Est alors observé et analysé l'éventail des types de pratiques de boire au-delà des comportements pathologiques ou à risques.

En contrepartie selon Room (1984, 1988), le sous-champ anthropologique des typologies socioculturelles omet d'observer les dysfonctionnements dans le système socioculturel lié à l'alcool lorsque la consommation excessive est socialement et culturellement admise et permise. Dans cette optique, ceci revient à considérer que l'alcool offre toujours des gains pour la société ou le groupe socioculturel (Room, 1984). La méthodologie des études anthropologiques, fondée sur des données ethnographiques, est aussi critiquée, notamment en ce qui concerne la difficulté de comparer les sociétés ou les groupes sociaux entre eux (Heath, 1987 ; Room, 1984 ; Marshall, 1976 ; Wilson, 2005).

Par ailleurs, plusieurs auteurs appuient l'idée de la possibilité d'une coexistence de pratiques de consommation d'alcool dans une même société, illustrant une variabilité d'attitudes et de symbolisations en matière d'alcool entre les groupes sociaux (Mäkelä, 1983 ; Levine, 1992 ; Room et Mäkelä, 2000). Par conséquent, le fait d'appréhender le comportement type d'une société particulièrement dans le champ sociologique et les distinctions interculturelles en matière d'alcool est vouée à l'échec.

Finalement, l'influence de la psychosociologie en alcoologie souligne l'effet de facteurs et structures macrosociologiques sur l'individu et son comportement de consommation d'alcool. Certaines structures sociales, que l'individu ne contrôle pas, peuvent ainsi influencer sur sa manière de boire et les motivations à consommer. Le champ de la psychosociologie s'est ainsi positionné pour comparer les niveaux globaux de consommation d'alcool entre sociétés ou groupes sociaux, permettant alors de distinguer des « types » de pratiques du boire en observant l'interrelation entre règles et structures sociales sur le vécu des individus (confort ou inconfort social).

Les travaux en psychosociologie ont toutefois une limite importante de généralisation des résultats, puisqu'ils s'appuient la plupart du temps, comme ceux de Bales (1946), sur des données ethnographiques ou de groupes sociaux non représentatifs à l'ensemble des types de sociétés, ou des sociétés modernes (Room, 1988). On leur reproche aussi une mauvaise utilisation du concept de personnalité, évidemment centré sur l'individu, mal adapté à l'examen des pratiques socioculturelles à grande échelle (Room et Mäkelä, 2000). Ces travaux présentent également des limites importantes dans la généralisation des résultats à l'ensemble des sociétés occidentales, particulièrement parce qu'ils s'appuient sur des données ethnographiques de tribus et villages (Jellinek, 1960 ; Mandelbaum, 1965 ; Levinson, 1977 ; Heath, 1986b, 1987 ; Levin, 1990).

### Discussion

L'état des connaissances présenté dans ce texte souligne la complexité de l'élaboration d'une typologie en alcoologie et l'étendue des types selon l'approche d'analyse utilisée. Premièrement, les typologies des comportements pathologiques permettent d'observer les pratiques de boire de nature « pathologiques » et classent les buveurs selon le degré de gravité de leur consommation d'alcool (régularité, intensité, effets psychologiques et physiques, effets collatéraux familiaux et sociaux). En contrepartie, elles n'observent que l'aspect problématique de la consommation d'alcool et excluent l'observation des bienfaits qu'elle peut procurer dans des contextes de consommation sociaux acceptés. Gusfield (1996), Raphael (2003) et Peretti-Watel (2004) ont également émis une telle critique par rapport au domaine de la santé publique, arguant que l'étude des comportements dans le domaine de la santé ne considère pas l'environnement dans lequel le comportement s'insère. À cet égard, l'approche pathologique souffre d'un « déficit d'explications compréhensives » d'une majorité de comportements liés à l'alcool et met de côté plusieurs explications de l'effet de l'environnement socioculturel sur les différents types de pratiques en matière d'alcool.

Les anthropologues réfutent aussi l'utilisation récurrente des typologies « occidentales » de nature pathologique et du concept d'alcoolisme fondé sur des valeurs et des normes occidentales, souvent américaines (Room, 1988). Selon Douglas (1987), l'approche anthropologique va contre l'idéologie que certaines populations ou « races » soient biologiquement plus vulnérables à une consommation dangereuse ou « pathologique ». Dans la tradition anthropologique, la consommation est une expression de la culture, socialement admise et apprise, même si elle tend vers des pratiques dangereuses (Wilson, 2005). Ici, l'objectif est alors d'aller au-delà du concept de « race » et de communauté religieuse en se questionnant sur la valeur normative d'une variable ethnique, ou de communauté socioculturelle, et sur les causes rituelles, cérémonielles et festives de l'acte de boire (voir aussi Marshall dans « Beliefs, behaviors, and Alcoholic Beverages » (1979)).

Parallèlement, Mäkelä (1983) souligne qu'une classification « objective », fondée par exemple sur des critères de normalisation en matière d'alcool souvent retrouvés dans les typologies socioculturelles, ne peut donner qu'un aperçu des comportements de consommation d'alcool. Selon l'auteur, plusieurs types de pratiques du boire (entre nutritionnel, médicinal, d'intoxication, rituel ou sacré) peuvent se retrouver dans une même société selon les contextes et situations dans lesquels l'alcool est consommé et pourquoi il est consommé, ce qui rend difficile l'observation des distinctions interculturelles en matière d'alcool. Et observé sous l'angle du contrôle social et religieux, Harry Levine (1992), inspiré des travaux de Weber ([1904-1905] 2004) et Durkheim ([1951] 1979), reconnaît aussi la possibilité d'une cohabitation entre plus d'un type de pratiques du boire dans une même société. Or, la plupart des typologies socioculturelles ont pour objectif de comparer des types « nationaux » de consommation d'alcool ; elles définissent alors des idéaux types de pratiques de boire dans le but de distinguer une société par rapport à une autre. Cependant, un tel objectif s'avère souvent difficile à atteindre puisque ces études n'utilisent pas des données de même nature (voir entre autres la critique de Jellinek apposée à Ullman, 1960).

Ceci soulève la possibilité d'une multitude de types de pratiques en fonction des situations et contextes de consommation d'alcool. Or, les approches typologiques classiques ne considèrent pas l'intravariabilité des types de pratiques au sein d'une même population. Mais en plus, le domaine de l'alcoologie souligne la distinction des pratiques du boire selon les caractéristiques sociales des membres des groupes sociaux (Carpenter, 2000 ; Narcisse, 2000 ; Mäkelä et al., 2006 ; Wilsnack et al., 2009 ; Paradis et al. 2010 ; Bond et al., 2010 ; Grittner et al. 2012 ; Paljärvi et al., 2013). Par conséquent, il est également possible d'observer une « mosaïque d'expressions socioculturelles

distinctives» de pratiques collectives de boire dans les structures sociétales, en relation avec les situations et les contextes spécifiques associés à la consommation d'alcool. Cependant, le fait d'étudier l'étendue des pratiques collectives de boire dans un cadre d'analyse multidimensionnel et en fonction des caractérisations sociales des buveurs et des buveuses est rarement l'objectif des typologies classiques, qu'elles soient de la tradition de l'approche pathologique ou socioculturelle.

### Conclusion

Les approches présentées dans ce texte nous informent sur la nécessité de considérer trois dimensions essentielles dans l'élaboration d'une typologie : (1) l'usage qui est une dimension centrale de l'approche pathologique, (2) la contextualisation de l'acte de boire qui est au cœur des approches anthropologiques et sociologiques, et (3) la motivation à boire mise en évidence dans les approches psychosociologiques. Cependant, ces trois dimensions ne sont jamais mises en relation dans les typologies. Déjà plusieurs études en épidémiologie sociale considèrent important d'intégrer la notion de contexte pour appréhender les pratiques sociales et ainsi développer de nouvelles stratégies de promotion de la santé (Cockerham, 2005; Frohlich et al., 2001). En alcoologie, plusieurs études (voir notamment Butt et al., 2011, Demers et al., 2002; Kairouz et Greenfield, 2007) soulignent également l'association entre l'environnement social et la pratique de consommation d'alcool. En phase avec ces travaux et à la lumière des limites en alcoologie soulignées précédemment, il s'avère dès lors important de redéfinir l'expression « type » d'une pratique de boire en soulignant sa nature multidimensionnelle (en fonction de l'usage, des contextes et des motivations sous-jacentes à la consommation d'alcool), et sa variabilité sociale, puisque les pratiques du boire sont socialement structurées. Cet article ouvre la voie pour de futures réflexions conceptuelles et méthodologiques afin d'optimiser notre compréhension et l'évaluation des modes d'alcoolisation ici et ailleurs.

### Références

- Ades, J. et Lejoyeux, M. (1997). *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*. Masson : Paris.
- Babor, T.F., Dolinsky, Z., Rounsaville, B. et al. (1988). Unitary versus multidimensional models of treatment outcome: an empirical study. *Journal of study of alcohol*, 49, 167-177.
- Babor, T.F. (1992). Substance-related problems in the context of international classificatory systems. In M. Lader et al. (Eds.) *The nature of alcohol and drug related problems*. Oxford University Press.
- Bacon, S.D. (1943). Sociology and the problems of alcohol: Foundations for a Sociologic study of drinking behavior. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4, 402-445.
- Bacon, M.K. (1973). Cross-cultural studies of drinking. In P. Bourne et R. Fox (Eds.) *Alcoholism: Progress in Research and Treatment*. New York: Academic Press.
- Bacon, M.K., Barry, H. III. et Child, I.L. (1965a). A cross-cultural study of drinking II. Relation to others features of culture. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Supplement 3*, 29-48.
- Bacon, M.K., Barry, H., III et Child, I.L. (1965b). A cross-cultural study of drinking: II. Relations to other features of culture. *Quarterly Journal of Study on Alcohol, Supplement 3*, 29-48, 1965.
- Bacon, M.K., Barry, H. III., Buchwald C., Child I.L. et Snyder, C.R. (1965c). A cross-cultural study of drinking. *Quarterly Journal of Study on Alcohol*, 30, 733-736.
- Bacon, M.K., Barry, H. III., Child, I.L. et Snyder. (1965d). A cross-cultural study of drinking V: detailed definitions and data. *Quarterly Journal of Study on Alcohol, Supplement 3*, 78-112.
- Bales, R.F. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 6, 480-499.
- Barry, H. III., Buchwald. C., Child I.L. et Bacon M.K. (1965). A cross-cultural study of drinking: comparison with Horton ratings. *Quarterly Journal of Study on Alcohol, Supplement 3*, 62-77.
- Blacker, E. (1966). Sociocultural factors in alcoholism. *International Psychiatry Clinics*, 3(2), 51-80.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. et Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*, 27, 95-109.
- Bond, J.C., Roberts, S.C.M., Greenfield, T.K., Korcha R., YE Y. et Nayak M.B. (2010). Gender differences in public and private drinking contexts: a multi-level GENACIS analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 2136-2160.
- Bunzel, R. (1940). The role of alcoholism in two Central American cultures. *Psychiatry*, 3, 361-387.
- Bunzel, R. (1976). Chamula and Chichicantenango: a Re-examination. In M., Everett, J., Waddell, J. et D., Heath (Eds). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol. An interdisciplinary perspective* (pp.21-23). Mouton publishers. The Hague. Paris.



## Historicité des études typologiques en alcoologie

- Butt, P, Beirness, D, Cesa, F, Gliksman, L, Paradis, C, et Stockwell, T. (2011). *Alcohol and health in Canada: A Summary of evidence and guidelines for low-risk drinking* Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse. <<http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-en.pdf>>.
- Cable, N. et Sacker, A. (2008). Typologies of alcohol consumption in adolescence: predictors and adult outcomes. *Alcohol & Alcoholism*, 43(1), 81–90.
- Cahalan, D. et Room, R. (1974). *Problem drinking among American men*. Rutgers Center of Alcohol Studies Monograph No. 7, NB, NJ.
- Carpenter, M. (2000). Reinforcing the pillars: rethinking gender, social divisions and health. In E. Annadale et K. Hunt (Eds). *Gender inequalities in health* (pp. 36-64). Open University Press.
- Child, I., Margaret, K., Bacon, S. et Herbert, B.III. (1965a). A cross-cultural study of drinking: descriptive measurements of drinking customs. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Supp. 3*, 1-28.
- Child, I., Herbert, B.III., Margaret, K. et Bacon, S. (1965b). A cross-cultural study of drinking III: sex differences. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Supp. 3*, 49-61.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. et Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. et Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: an update. *Alcohol Health & Research World*, 20, 18-23.
- Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health & Social Behaviour*, 46, 51-67.
- Dauber, S., Hogue, A., Paulson, J.F. et Leiferman, J.A. (2009). Typologies of Alcohol Use in White and African American Adolescent Girls. *Substance Use & Misuse*, 44, 1121–1141.
- Demers, A. (1995). Du plaisir au risque : “la modération a bien meilleur goût”. In Bouchard, L. Cohen et D. Cohen (Eds.). *Médicalisation et contrôle social* (pp. 97-119). Québec : Acfas.
- Demers, A., Kairouz, S., Adlaf, E., Gliksman, L., Newton-Taylor, B. et Marchand, A. (2002). Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Social Science & Medicine*, 55(3), 415-424.
- Douglas, M. (1987). *Constructive drinking. Perspectives on drink from anthropology*. Cambridge. University Press/Paris. Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme.
- Durkheim, E. ([1951] 1979). *Suicide*. The Free Press. New York.
- Epstein, E.E., Labouvie, E., McCrady, B.S., Jensen, N.K. et Hayaki, J. (2002). A multi-site study of alcohol subtypes: classification and overlap of unidimensional and multi-dimensional typologies. *Addiction*, 97, 1041-1053.
- Farren, C.K. et Dinan, T.G. (1996). Alcoholism and Typology: findings in an Irish Private Hospital Population. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 249-252.
- Field, P.B. (1962). A new cross-cultural study of drunkenness. In J. Pittman, et R. Snyder (Eds.) *Society, Culture, and Drinking Patterns* (pp. 48-74). New York: John Wiley & Sons.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

- Fiske, S. (2008). *Psychologie sociale*. De Boeck.
- Frankel, G. et Whitehead, P.C. (1981). *Drinking and Damage: Theoretical Advances and Implications for Prevention*. Rutgers Center of Alcohol Studies Monograph No. 14, New Brunswick N, J.
- Frohlich, K.L., Corin, E. et Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23, 776-797.
- Grittner, U., Kuntsche, S., Graham, K., et Bloomfield, K. (2012). Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol & Alcoholism*, 47(5), 597-605.
- Gusfield, J.R. (1996). *Contested meanings: the construction of alcohol problems*. Madison University of Wisconsin Press.
- Heath, D.B. (1976). Anthropological perspective on alcohol: on historical review. In M.W. Everett, J.O. Waddell et D.B. Heath (Eds.). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol. An interdisciplinary perspective* (pp. 41-103). Mouton publishers. The Hague. Paris.
- Heath, D. (1986). Cultural definitions of Drinking: note toward a semantic approach. *The Drinking and Drug Practices Surveyor*, 21, 17-22.
- Heath, D. (1986b). Drinking and drunkenness in transcultural perspective: part 1. *Transcultural Psychiatry*, 23, 7.
- Heath, D. (1987). A decade of development in the anthropological study of alcohol use: 1970-1980. In M. Douglas (Ed.) *Constructive drinking. Perspectives on drink from anthropology* (pp. 16-69). Cambridge. University Press/Paris. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Horton, D. (1943). The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4, 199-320.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of Alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- Jenicek, M. et Cleroux, R. (1985). *Épidémiologie clinique : clinimétrie*. Edisem et Maloine. Saint-Hyacinthe et Paris, 242 p.
- Kairouz, S. et Greenfield T.K. (2007). A comparative multi-level analysis of contextual drinking in American and Canadian adult. *Addiction*, 102, 71-80.
- Knight, R.P. (1937). The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 233-250.
- Kuendig, H., Plant, M. L., Plant, M. A., Kuntsche, S., Miller, P. et Gmel., G. (2008). Alcohol-related adverse consequences: Cross-cultural variations in attribution process among young adults. *European Journal of Public Health*, 18(4), 386-391.
- Kunitz, S. J. et Levy, J. E. (1974). Changing ideas of alcohol use among Navaho Indians. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 243-259.
- Ledermanns, S. (1956). Mesures du degré d'intoxication alcoolique d'une population. In : Ledermanns, S. (Ed.) *Alcool, alcoolisme, alcoolisation* (pp. 123-160). Paris ; Presses Universitaires de France.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

- Leggio, L., Kenna, G.A., Fenton, M., Bonenfant, E. et Swift, R.M. (2009). Typologies of Alcohol Dependence. From Jellinek to Genetics and Beyond. *Neuropsychology Review*, 19, 115-129.
- Lemert, E.M. (1958). The Use of Alcohol in Three Salish Indian Tribes. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 19(1), 90-107.
- Lemert, E.M. (1962). *Alcohol use in Polynesia*. *Georg Med.*, 14, 183-191.
- Lemert, E.M. (1964). Forms and pathologies of drinking in three Polynesian societies. *American Anthropologist*, 66, 361-374.
- Lesch, O.M., Walter, H., Wetschka, C., et al. (1011). *Alcohol and Tobacco. Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction*. Wien, New York: Springer.
- Levin, J.D. (1990). *Alcoholism: a bio-psycho-social approach*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Linsky, A.S., Murray, A.S. et Colby, J.P. (1985). Stressful events, stressful conditions and alcohol problems in the United States: a partial test of Bale's theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 72-80.
- Little, P.A. (1990). Treatment for patient with acute behavioral-emotional and chemical dependency problems: an analysis of outcome in an intensive residential program. *International Journal of Partial Hospitalization*, 6, 103-109.
- Levine, H.G. (1992). Temperance culture. In Lader et E. Edwards (Eds.) *The nature of alcohol and drug related problems* (pp. 16-36). Oxford.
- Levinson, D. (1977). What have we learned from cross-cultural surveys? *American Behavioral Scientist*, 20, 757.
- Mäkelä, K. (1983). The uses of alcohol and their cultural regulation. *Acta Sociologica*, 26, 21-31.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., et Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol & Alcoholism*, 41, Suppl. 1, i8-i19.
- Mandelbaum, D.G. (1965). Alcohol and culture. *Current Anthropology*, 6(3), 281-293.
- Marshall, M. (1976). A review and appraisal of alcohol and Kava studies in Oceania. In M.W., Everett, J.O., Waddell et D.B., Heath (Eds.). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol* (pp. 103-119). Mouton Publishers. The Hague. Paris.
- Marshall, M. (1979). *Beliefs, behaviors, and alcoholic beverages: a cross-cultural survey*. University of Michigan Press.
- Mizurchi, E.H. & Perrucci, R. (1970). Prescription, proscription and permissiveness: aspects of norms and deviant drinking behaviour. In G.L., Maddox. (Ed.) *The Domesticated Drug: Drinking among Collegians* (pp. 234-253). New Haven: College and University Press.
- Morey, L.C., Blashfield, R.K. et Skinner, H.A. (1983). A comparison of cluster analysis techniques within a sequential validation framework. *Multivariate Behavioral Research*, 18, 309-329.
- Moss, H.B., Chen, C.M. et Yi, H.Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug & Alcohol Dependence*. 91(2-3), 149-158.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

- Narcisse, M.R. (2000). *Les déterminants de la consommation d'alcool au Canada : facteurs socio-démographiques et économiques* (Mémoire de maîtrise inédite), Université de Montréal.
- Paille, F. (2000). *L'alcool : de l'usage à la dépendance*. Roche Gaillard.
- Paille, F. (2002). Évaluation pratique de la consommation d'alcool. Classifications et définitions des conduites d'alcoolisation. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 26, B141-B148.
- Paljärvi, T., Suominen, S., Car, J. et Koskenvuo, M. (2013). Socioeconomic Disadvantage and Indicators of Risky Alcohol-drinking Patterns. *Alcohol & Alcoholism*, 48(2), 207–214.
- Paradis, C., Demers A. et Picard, E. (2010). Alcohol consumption: a different kind of Canadian mosaic. *Canadian Journal of Public Health*, 101(4), 275-80.
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduits à risque. *Revue Française de Sociologie*, 45(1), 103-132.
- Pittmann, D.J. (1967). International overview: Social and cultural factors in drinking patterns pathological and nonpathological. In Pittmann, D.J. (Ed.) *Alcoholism*. New York: Harper Collins, pp. 3-20.
- Raphael, D. (2003). *Addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy*. Policy Options Politiques, March.
- Raskin-White, H. (1982). Sociological Theories in Alcohol. In Gomberg L., Raskin-White H. et Carpenter J. A. (Eds.) *Alcohol, Science and Society Revisited* (pp. 205-232). The University of Michigan Press.
- Reboussin, B.A., Song, E.Y., Shrestha, A., Lohman, K.K. et Wolfon, M. (2006). A latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community sample of 16-20 year olds. *Drug & Alcohol Dependence*, 83, 199-209.
- Roisin, M., O'Connor et Colder, C.R. (2005). Predicting Alcohol Patterns in First-Year College Students Through Motivational Systems and Reasons for Drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 10–20.
- Room, R. (1984). Alcohol and ethnography: a case of problem deflation. *Current Anthropology*, 25(2), 169-191.
- Room, R. (1988). Cross-cultural research in alcohol studies: research traditions and analytical issues. In T. Harford et L. Towle (Eds). *Cultural Influences and Drinking Patterns: a focus on Hispanic and Japanese Populations* (pp. 9-40). NIAAA Research Monograph 19, Publication No. (ADM) 88-1563, Washington, D. C. USGPO.
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science & Medicine*, 53, 189-198.
- Room, R. et Mäkelä, P. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 475-483.
- Rouiller, P., Boutron-Ruault, M.-C., Bertrais, S., Arnault, N., Daudin, J.-J., Bacro, J.-N. et Hercberg, S. (2004). Drinking patterns in French adult men. A cluster analysis of alcoholic beverages and relationship with lifestyle. *European Journal of Nutrition*, 43, 69–76.

## Historicité des études typologiques en alcoologie

Slater, M.D., Basil, M.D. et Maibach, E.W. (1999). A cluster analysis of alcohol-related attitudes and behaviors in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 667-674.

Société Française d'Alcoologie (2001). Recommandations sur la pratique clinique : Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie*; 23 (4 Suppl.), 1S-76S.

Sulkunen, P. (1986). *Évolution démographique ou évolution culturelle ? Transformations des habitudes de boire à domicile en France selon la catégorie socioprofessionnelle, durant la période 1965-1979*. Haut Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme – Bulletin No. 111986.

Tarter, R.E., Kirisci, L. et Meuch, A. (1997). Multivariate Typology of Adolescents With Alcohol Use Disorder. *American Journal on Addiction*, 6, 150-158.

Ullman, A.D. (1958). Sociocultural backgrounds of alcoholism. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 315, 48-54.

Van Dijk, W.K. (1979). Alcoholism, a many-sided problem. In J., Mendlewicz et H.M. van Praag (Eds.) *Alcoholism, a multidisciplinary approach* (pp. 2-10). Basel. Switzerland. Karger.

Weber, M. ([1904-1905] 2004). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Gallimard.

Wilsnack, R., Kristjanson, A.F., Vogeltanz-Holm, N.D. et Gmel, G. (2009). Gender and Alcohol Consumption: patterns from the multinational Genacis Project. *Addiction*, 104(9), 1487-1500.

Wilson, T. (2005). *Drinking Culture*. BERG. New York.



RÉFLEXION SUR UNE PRATIQUE CLINIQUE

## L'intervention auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes

**Nadia L'Espérance**, Ph. D., Agente de planification, programmation et recherche, Chercheuse en établissement, Services de réadaptation en dépendance, CIUSSS MCQ

**Karine Bertrand**, Ph. D., Professeure agrégée, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

**Michel Perreault**, Ph. D., Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, Chercheur, Institut en santé mentale Douglas – CIUSSS ODI

### Correspondance :

Nadia L'Espérance, Ph. D.,  
Agente de planification, programmation et recherche  
Chercheuse en établissement  
Services de réadaptation en dépendance, CIUSSS MCQ  
440, rue des Forges, Trois-Rivières  
Québec, Canada, G9A 2H5  
Téléphone : 819 374-4744 poste 129  
Courriel : [Nadia\\_lesperance@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Nadia_lesperance@ssss.gouv.qc.ca)

### Remerciements

Ce projet a été réalisé grâce au soutien financier du Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) et l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) dans le cadre d'un stage postdoctoral effectué à l'Université de Sherbrooke.

## Résumé

La consommation de substances psychoactives durant la grossesse comporte de nombreux risques sur l'issue de celle-ci ainsi que sur la santé du bébé à naître. Il est d'ailleurs recommandé d'intervenir tôt durant la grossesse et de façon multidisciplinaire afin de répondre aux besoins des femmes enceintes et des mères. L'intégration des services est donc privilégiée auprès de cette clientèle. L'objectif du présent article est d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Ainsi, la consultation de méta-analyses récentes fournit un éclairage pertinent et utile sur l'efficacité de différents programmes de traitement intégré auprès de cette clientèle. Essentiellement, bien que les tailles de l'effet varient de faibles à fortes, les résultats montrent que les programmes de traitement intégré comportent des effets favorables lorsque ceux-ci sont comparés à l'absence de traitement ou à des programmes de traitement non intégré. Les résultats portent particulièrement sur le changement de comportement de consommation, la santé du bébé à la naissance, l'engagement de la femme dans sa démarche, l'interaction affective ainsi que sur son fonctionnement. Par ailleurs, les nombreuses limites méthodologiques des études répertoriées telles que la composition des échantillons (taille, clientèle cible, âge) ainsi que la variété des devis utilisés encouragent la poursuite des travaux afin de mieux documenter le potentiel des programmes de traitement intégré.

**Mots-clés :** toxicomanie, femmes enceintes, mères, intégration de services

## Effectiveness of intervention for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs

### Abstract

Psychoactive substance use while pregnant is very risky for the pregnancy outcome and for the baby. Early multidisciplinary intervention during pregnancy is recommended to meet the needs of pregnant women and mothers. Therefore, service integration is preferred for this clientele. The goal of this article is to provide a summary of current findings about the effectiveness of intervention models that foster integration of care for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs. Accessing recent meta-analyses shines a valuable and useful light on the effectiveness of various integrated treatment programs employed with this clientele. Essentially, although the effect sizes range from small to large, results show that integrated treatment programs produce favourable effects when compared with absence of treatment or non-integrated treatment programs. More specifically, results focus on substance use behaviour change, baby's health at birth, the woman's commitment to the process, her emotional interaction and reflective functioning (ability to recognize the impact of mental state on behaviours). Moreover, the many methodological limitations reported in the identified studies – such as sample composition (size, target population, age) and the variety of study designs used – point to the need for further research to better document the potential of integrated treatment programs.

**Keywords:** substance abuse, pregnant women, mothers, integrated services

## **La intervención ante mujeres embarazadas y madres consumidoras de psicotrópicos**

### **Resumen**

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo implica numerosos riesgos para el resultado de dicho embarazo y sobre la salud del bebé por nacer. Se recomienda por otra parte intervenir temprano durante el embarazo y de manera multidisciplinaria para responder a las necesidades de las mujeres embarazadas y las madres. La integración de los servicios se privilegia por lo tanto con esta clientela. El presente artículo tiene como objetivo sintetizar las constataciones actuales relativas a la eficacia de los modelos de intervención que favorecen la integración de los servicios para las mujeres embarazadas y las madres consumidoras de psicotrópicos. La consultación de meta análisis recientes ilumina de manera pertinente y útil la eficacia de los diferentes programas de tratamiento integrado destinados a esta clientela. Esencialmente, si bien las dimensiones del efecto varían de débiles a grandes los resultados muestran que los programas de tratamiento integrado incluyen efectos favorables cuando se los compara a la ausencia de tratamiento o a los programas de tratamiento no integrado. Los resultados se refieren particularmente al cambio de comportamiento de consumo, a la salud del bebé en el nacimiento, al compromiso de la mujer con respecto a esta experiencia y a la interacción afectiva así como a su funcionamiento. Por otra parte, los numerosos límites metodológicos de los estudios recopilados así como la composición de las muestras (dimensión, clientela objetivo, edad) y la variedad de las opiniones utilizadas alientan la continuación de los trabajos para documentar mejor el potencial de los programas de tratamiento integrado.

**Palabras clave:** toxicomanía, mujeres embarazadas, madres, integración de servicios



### Introduction

Plusieurs enquêtes canadiennes indiquent que la prévalence de la consommation d'alcool durant la grossesse serait plus élevée chez les Québécoises que chez les autres Canadiennes avec des taux variant de 17,7% à 34,1% comparativement à 10,5% à 12,4% (Gouvernement du Québec, 2009). Par ailleurs, les prévalences canadiennes apparaissent similaires à nos voisins américains avec 9,4% de consommation d'alcool durant la grossesse (SAMHSA, 2014a).

En ce qui a trait à la consommation de drogues illicites durant la grossesse, selon les différentes enquêtes menées au Canada, la prévalence varierait de 1% à 5% (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Beaucage, 1999; Ordean et Kahan, 2011). Ces chiffres sont également similaires aux États-Unis avec une prévalence variant de 1,4% à 4,6% (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

Au-delà de l'effet tératogène de l'alcool, les risques associés à la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse peuvent avoir de nombreux impacts sur le déroulement de celle-ci, mais également sur la santé du bébé à naître (Carson et al., 2010; Couture, Fillion-Bilodeau, Kokin, Legault et Brown, 2008; Finnegan, 2013). On observe notamment un risque de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin, de mort intra-utérine tardive, d'accouchement prématuré (Carson et al., 2010; Finnegan, 2013), de détresse fœtale, de sevrage à la naissance, de troubles neurologiques, du syndrome de mort subite, de faible poids à la naissance, etc. (Couture et al., 2008; Finnegan, 2013). Devant ces prévalences et conséquences préoccupantes et dans le but de prévenir la morbidité et la mortalité des enfants, il apparaît pertinent de s'intéresser aux modèles d'intervention les plus efficaces auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Ainsi, le présent article a pour objectif d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des programmes de traitement intégré auprès de cette clientèle.

### L'intervention auprès des femmes enceintes : une priorité

Les femmes enceintes ont été identifiées comme un groupe prioritaire sur le plan de l'accès aux services en dépendance en raison des conséquences potentielles sur leur santé et celle du bébé à naître (Gouvernement du Québec, 2008; MSSS, 2006). De nombreuses recommandations en matière de dépistage, de *counseling* et d'interventions multidisciplinaires d'ordre biomédical et psychosocial ont été émises afin d'offrir des services appropriés aux femmes en âge de procréer ou enceintes. Il est non seulement recommandé d'intervenir tôt durant la grossesse, mais aussi de façon préventive auprès des femmes en âge de procréer (Carson et al., 2010; Finnegan, 2013; OMS, 2014; SAMHSA, 2014). Les actions préventives et curatives s'inscrivent donc dans un continuum et l'intégration des services apparaît être une stratégie valorisée auprès de cette clientèle.

Le concept d'intégration des services fait référence au « processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif » (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001, p. 41). Dans le domaine de la toxicomanie, les pratiques favorisant l'intégration des services, au sens « d'assurer une cohésion, une continuité et un maillage étroit entre les différents services destinés aux personnes vulnérables et aux prises avec de multiples besoins », est de plus en plus valorisée (Desrosiers et Ménard, 2010; Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008; Santé Canada, 2002) et peut s'effectuer de différentes façons (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010; Fleury, Perreault et Grenier, 2012). Chez les femmes enceintes présentant une problématique de consommation, de nombreuses études ciblant différents modèles d'intégration de services ont été répertoriées notamment aux États-Unis et au Canada (Lavergne et Morrisette,

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

2012; Marsh, Smith et Bruni, 2011; Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson, Smith et Liu, 2010; Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2012).

Au Canada, citons à titre d'exemple le programme de prévention torontois « Breaking the cycle ». Celui-ci a pour objectif d'intervenir au stade prénatal et de la petite enfance et vise à donner aux femmes les moyens de faire face aux difficultés complexes qui découlent de la consommation d'alcool et de drogues. Elles sont ainsi sensibilisées aux impacts de la consommation en plus d'avoir accès à des soins prénataux, des soins de santé pour elles-mêmes et leur enfant dans un contexte respectueux et sans jugement (Pepler, Motz, Leslie, Jenkins, Espinet et Reynolds, 2014). Le programme de Vancouver « Sheway » fournit pour sa part des services de santé et des services sociaux aux femmes enceintes et mères d'enfant de moins de 18 mois ayant une problématique d'alcool et de drogue. Le programme met l'accent sur le bon déroulement de la grossesse et l'expérience parentale positive après la naissance. De nombreux services sociaux et de santé sont donc offerts en plus d'autres aides telles que l'accès à des repas chauds quotidiens, de l'épicerie, etc. (Poole, 2000).

Au Québec, quelques programmes de traitements résidentiels permettant d'héberger la mère et son enfant pendant toute la durée du traitement pour dépendance sont également disponibles (April, Ouimet, Venne, Gagnon et Hein, 2011). D'autres programmes, dont le projet *Main dans la main* du Centre des naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a pour objectif, entre autres, de joindre les futures mères consommatrices d'alcool ou de drogues ainsi que leur conjoint afin de maximiser leur chance de prendre eux-mêmes soins de leur enfant à la naissance (Lavergne et Morissette, 2012). Le programme Jessie, pour sa part, correspond à une collaboration entre le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU). Ce programme vise la mobilisation des parents vers un changement de comportement de consommation et l'amélioration des pratiques parentales en vue d'éviter un signalement ou de faire cesser le risque de compromission pour la santé et la sécurité de l'enfant (Blaquière et Paquet, 2009). Beaucoup d'efforts ont donc été déployés afin de mettre sur pieds des programmes de traitement intégré permettant de répondre aux multiples besoins de ces femmes. Toutefois, malgré l'abondance des publications sur le sujet, que sait-on de l'efficacité des programmes de traitement intégré sur les comportements de consommation, l'issue de la grossesse ou encore sur les pratiques parentales ?

## L'efficacité des programmes de traitement intégré

Peu d'études, à notre connaissance, ont documenté l'efficacité des programmes de traitement intégré par l'entremise de méta-analyses. En fait, Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson, Smith et Liu (2010) ont réalisé une première méta-analyse visant à connaître l'efficacité des programmes de traitement intégré chez les mères abusant de substances. Ensuite, d'autres méta-analyses en ont découlé, notamment pour connaître l'efficacité des programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse et la santé des enfants nés de femmes engagées dans ceux-ci (Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2011) et l'efficacité des programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales (Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2012).

Une méta-analyse correspond essentiellement à une recension des écrits qui permet de regrouper la littérature disponible sur un sujet, d'évaluer la qualité des études retenues au regard de la méthodologie utilisée (la méthode d'échantillonnage, le type de mesure, la présence ou non de groupe de comparaison, la répartition entre les groupes au hasard ou non) et d'évaluer la taille de l'effet. La taille de l'effet, pour sa part, représente une différence de moyenne standardisée entre deux

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

groupes. La taille de l'effet peut être calculée à partir de la moyenne et de l'écart-type des groupes qui font l'objet de la comparaison ou à partir d'autres analyses statistiques (Test t, r de Pearson, ANOVA), selon le type de variables. Ainsi, une taille de l'effet de 0,2 est faible, 0,5 modéré et 0,8 forte (Potvin, 2014). Ensuite, des analyses complémentaires permettent de connaître, par exemple, la taille de l'effet composé qui prend en compte l'ensemble des études de la méta-analyse. Enfin, une fois la taille de l'effet composé connue, il est aussi possible de calculer l'hétérogénéité des tailles de l'effet. Cette analyse permet de connaître si les résultats de la méta-analyse sont hétérogènes ou homogènes. Lorsque ceux-ci sont hétérogènes, il est permis de questionner si les études incluses dans la méta-analyse mesurent le même phénomène (Potvin, 2014).

Dans le cas du présent article, les résultats issus des méta-analyses permettent d'indiquer s'il y a supériorité des approches, c'est-à-dire si les programmes de traitement intégré comportent des effets significativement favorables comparativement à d'autres modèles de traitement. La section suivante abordera les constats observés de ces méta-analyses.

### L'efficacité de programmes de traitement intégré chez les femmes enceintes et mères abusant de substances

Milligan et al. (2010) ont retenu 21 études (2 essais randomisés, 9 études quasi expérimentales et 10 études de cohortes) publiées entre 1990 et 2007. Les études incluses dans leur méta-analyse ciblaient des femmes enceintes ou des mères, ayant une problématique de consommation de substances et le programme de traitement devait viser la consommation et au moins un service concernant l'enfant (soins prénataux, soins à l'enfant, soutien parental tel que le développement d'habiletés). Également, les mesures devaient permettre de documenter la durée du traitement, l'achèvement du traitement, l'utilisation de substances chez la mère et le bien-être de la mère ou de l'enfant.

**Tableau 1 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à l'absence de traitement**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	d (SE)	p	Qualité de l'étude
Armstrong et al. (2003)	Traitement : 782 Contrôle : 610	Traitement ambulatoire intégré vs aucun traitement	Quasi-expérimental	% toxicologie urinaire positive	0.18 (0.07)	0.007	5/9
Whiteside-Mansell et al. (1999)	Traitement : 72 Contrôle : 23	Traitement résidentiel intégré vs aucun traitement	Quasi-expérimental	% utilisation d'alcool % utilisation de drogues	0.49 (0.22) 1.41 (0.42)	0.022 0.001	2/5

Traduction libre. Milligan et al., 2010, p. 6

Le Tableau 1 montre que la taille de l'effet varie de faible à forte c'est-à-dire de 0,18 à 1,41. Ainsi, il est possible de conclure que le traitement intégré ambulatoire ou résidentiel réduit significativement la consommation de substances et les femmes sont significativement plus nombreuses à obtenir un résultat négatif à leur test toxicologique comparativement aux femmes ne recevant aucun traitement.

Les auteurs ont également évalué l'efficacité de dix études de cohorte où ils se sont attardés aux changements de comportements de consommation maternelle, et ce, que le programme soit de type résidentiel, ambulatoire ou de substitution à la méthadone. Les mesures des études retenues portaient sur le changement de comportement de consommation en termes de sévérité de la

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

consommation de substances, de nombre de jours de consommation, de la durée d'abstinence, du montant d'argent investi pour l'achat d'alcool ou de drogues quelques mois après le programme de traitement. En somme, les résultats montrent une diminution significative de la sévérité des comportements de consommation et du nombre de jour de consommation chez les femmes engagées dans un programme de traitement intégré. Enfin, les tailles de l'effet composé de ces différentes mesures varient de 0,40 à 0,65 (modérée), ce qui soutient la pertinence des programmes de traitement intégré.

**Tableau 2 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à des programmes de traitement non intégré**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	d (SE)	p	Qualité de l'étude
Barkauskas and Low (2002)	Traitement : 52 Contrôle : 73	Programme résidentiel pour femmes enceintes incarcérées vs Soins standards pour les femmes incarcérées	Quasi-expérimental	% toxicologie positive	-0.29† (0.69)	0.669	5/9
Carroll and Chang (1995)	Traitement : 7 Contrôle : 7	Traitement intégré à la méthadone pour femmes vs traitement standard	Essai randomisé	% toxicologie positive	-0.14† (0.67)	0.83	1/5
Chang and Carroll (1992)	Traitement : 6 Contrôle : 6	Traitement intégré à la méthadone pour femmes vs traitement standard	Quasi-expérimental	% toxicologie positive	0.43† (0.70)	0.54	3/9
Gwadz and Leonard (2008)	Traitement : 51 Contrôle : 58	Traitement ambulatoire intégré vs traitement ambulatoire standard	Essai randomisé	Fréquence de l'usage d'alcool Inventaire des problèmes liés à l'usage de l'alcool/drogue Évaluation des comportements à risque et fréquence d'usage de drogues	-0.12 (0.19) 0.077 (0.19) -0.26 (0.19)	0.545  0.69  0.183	1/5
Harshman (1999)	Traitement : 25 Contrôle : 27	Traitement intégré résidentiel pour femmes vs traitement résidentiel standard pour femmes	Quasi-expérimental	Nombre de mois depuis le dernier usage de substances SASSI-2* alcool SASSI-2* drogue	-0.15 (0.28) 0.61 (0.28) 0.06 (0.28)	0.593  0.033  0.83	2/9
Luthar et al. (2007)	Traitement : 60 Contrôle : 67	Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie maternelle de groupe vs Traitement standard à la méthadone	Essai randomisé	Dépistage toxicologique positif aux opiacés (suivi un an) Dépistage toxicologique positif à la cocaïne (phase traitement) Dépistage toxicologique positif à la cocaïne (suivi un an)	-0.08† (0.18) 0.25 (0.18) -0.14 † (0.18)	0.647  0.170  0.428	3/9

**Tableau 2 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à des programmes de traitement non intégré (suite)**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	d (SE)	p	Qualité de l'étude
Sacks and Sacks (2004)	Traitement : 49 Contrôle : 49	Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement résidentiel standard pour femmes	Quasi-expérimental	Score composite d'utilisation de substances (score incluant l'utilisation de la drogue, la fréquence d'utilisation et le nombre de jour d'utilisation)	0.12 $\diamond$	NS	3/9
Sowers and Ellis (2002)	Traitement : 26 Contrôle : 15	Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement (non spécifié si pour femmes seulement)	Quasi-expérimental	% ne faisant pas usage de substances	0.33 (0.36)	0.36	4/9
Suchman and Mayes (2004)	Traitement : 25 Contrôle : 23	Traitement ambulatoire pour femmes incluant une intervention parentale vs traitement standard pour femmes	Quasi-expérimental	% ne faisant pas usage de substances	0.15 (0.30)	0.628	3/9
Toussaint and VanDeMar (2007)	Traitement : 64 Contrôle : 106	Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement résidentiel standard	Quasi-expérimental	Score composite de l'IGT (drogue) Score composite de l'IGT (alcool)	0.30 (0.16) 0.28 (0.16)	.059 0.078	6/9

† Inclus la taille de l'effet globale pour le dépistage toxicologique; \* Substance Abuse Subtle Screening Inventory-2;  
 $\diamond$  Taille de l'effet rapportée, SE et p non disponibles; Traduction libre. Milligan et al., 2010, p. 9

Le Tableau 2 montre que les tailles de l'effet sont petites et non significatives. Ainsi, les programmes de traitement intégré, qu'ils soient de type ambulatoire, résidentiel, en milieu carcéral ou auprès de femmes en traitement de substitution à la méthadone, ne présentent aucune différence statistiquement significative comparativement aux programmes de traitement non intégré. Il est donc permis de penser à une équivalence des approches. Par ailleurs, lorsque l'on regroupe les études par type de mesures, il est possible de constater que dans les quatre études utilisant des mesures toxicologiques, on n'observe pas de différence significative entre les programmes de traitement intégré et non intégré (Barkauskas et al., 2002; Carroll et al., 1995; Chang et al., 1992; Luthar et al., 2007). La taille de l'effet composé de ces quatre études indique que le pourcentage d'usagères obtenant un résultat négatif à leur test toxicologique (démonstration de l'absence de consommation de substances) n'est pas significativement différents entre les types de programmes. Quant aux deux études utilisant des mesures autorapportées (Sowers et al., 2002; Suchman et al., 2004), la taille de l'effet composé de celles-ci indique que les femmes ont rapporté un pourcentage d'abstinence non statistiquement différent entre les types de programmes. Ces résultats ne permettent donc pas de déterminer la supériorité des programmes de traitement intégrés sur les programmes non intégrés.

Globalement les résultats issus de la méta-analyse de Milligan et al. (2010) montrent que les programmes de traitement intégré réduisent significativement la sévérité des comportements de consommation, le nombre de jours de consommation et favorisent l'atteinte de l'abstinence. Par ailleurs, les auteurs observent une taille de l'effet de faible à élevée en faveur des programmes de traitement intégré lorsque ceux-ci sont comparés à des groupes d'usagères ne recevant aucun traitement. D'ailleurs, dans les études de cohortes, où des mesures sont prises au début, à la fin et quelques mois après un programme de traitement intégré, les résultats démontrent une taille

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

de l'effet modérée, ce qui milite en faveur de l'efficacité des programmes intégrés. Enfin, lorsque l'efficacité des programmes intégrés est comparée aux programmes de traitement non intégré, les résultats de leur méta-analyse ne montrent aucune différence entre les groupes. Toutefois, les auteurs mentionnent que ces résultats pourraient s'expliquer par de nombreuses limites méthodologiques, dont le peu d'études comparatives, la faible qualité des études répertoriées et le nombre de données manquantes leur permettant d'évaluer les retombées de ces études.

### L'efficacité de programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse et les enfants nés de mères engagées dans ce type de traitement

En suivi à la méta-analyse précédente, Milligan et al. (2011) ont évalué l'efficacité de programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse. À partir des mêmes critères d'inclusion, ils ont retenu dix études publiées entre 1990 à 2009. Les auteurs constatent que les études sélectionnées dans le cadre de leur méta-analyse comportent plusieurs distinctions sur le plan des devis de recherche (essai randomisé, quasi expérimental), sur le plan de l'échantillonnage (femmes enceintes ou mères) et sur le plan des mesures (poids à la naissance, circonférence de la tête, proportion d'enfants ayant un petit poids à la naissance, proportion d'enfants nés de façon prématurée, durée d'hospitalisation...). Ainsi, compte tenu de l'hétérogénéité des études, les auteurs ont calculé la taille de l'effet en les regroupant selon la similarité des mesures.

**Tableau 3 : Études comparant des programmes de traitement intégré à l'absence de traitement sur l'issue de la grossesse**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	Taille de l'effet (SE)	p	Qualité de l'étude
Armstrong et al. (2003)	Traitement : 782 Contrôle : 610	Soins prénataux et traitement pour abus de substances vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Poids à la naissance Faible poids à la naissance Complication à la naissance (respiratoire) Naissance prématurée Admission à l'unité de soins intensifs néonataux Acouchement naturel	0.07 (0.05) 0.34 (0.12) 0.50 (0.20) 0.24 (0.11) 0.17 (0.08) 1.36 (0.82)	0.231 0.005 0.014 0.033 0.040 0.098	5/9
Kyei-Aboagye et al. (1998)	Traitement : 30 Contrôle : 44	Traitement résidentiel pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des lits pour les enfants plus âgés vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Poids à la naissance Âge gestationnel Faible poids à la naissance Nombre de visites prénatales Durée d'hospitalisation après la naissance	0.91 (0.25) 0.07 (0.24) 1.37 (0.62) -0.75 (0.23) 1.28 (0.26)	<0.001 0.756 0.027 <0.001 <0.001	3/9

**Tableau 3 : Études comparant des programmes de traitement intégré à l'absence de traitement sur l'issue de la grossesse (suite)**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	Taille de l'effet (SE)	p	Qualité de l'étude
Little et al. (2003)	Traitement : 55 Contrôle : 55	Traitement résidentiel pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des lits pour les enfants plus âgés vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Poids à la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête Durée de l'accouchement	0.71 (0.20) 0.39 (0.19) -0.10 (0.19) 0.35 (0.19) 0.71 (0.20) 0.36 (0.19)	<0.001 0.043 0.609 0.068 <0.001 0.063	5/9
Myers et al. (2003)	Traitement : 76 Contrôle : 18	Traitement intégré incluant des soins médicaux, obstétriques, pédiatriques et de l'éducation parentale sur l'interaction mère/enfant vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Poids à la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête	0.21 (0.26) -0.24 (0.26) 0.12 (0.26) 0.00 (0.26) 0.24 (0.26)	0.428 0.354 0.642 1.000 0.370	6/9
Sweeney et al. (2000)	Traitement : 87 Contrôle : 87	Traitement ambulatoire pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des services de suivi développemental auprès des enfants vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Faible poids à la naissance Nombre de visites prénatales Dépistage toxicologique positive infantile Admission à l'unité de soins intensifs néonataux	0.72 (0.19) 0.56 (0.16) 0.87 (0.19) 0.74 (0.21)	<0.001 <0.001 <0.001 <0.001	4/9
Whiteside-Mansell et al. (1999)	Traitement : 27 Contrôle : 10	Traitement intégré résidentiel et ambulatoire incluant des soins prénataux de l'éducation parentale, des services de suivi développemental auprès de l'enfant et des services de santé mentales vs aucun traitement	Quasi-expérimental	Poids à la naissance Âge gestationnel Durée de l'accouchement 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête Dépistage toxicologique positive infantile Complications à la naissance Durée d'hospit. après la naissance Durée d'hospit. à l'unité de soins après la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar	0.53 (0.40) 0.75 (0.41) -0.61 (0.41) 0.00 (0.40) -0.65 (0.41) 0.65 (0.41) 0.91 (0.72) -0.14 (0.42) 0.33 (0.40) 0.24 (0.40) -0.24 (0.26) 0.12 (0.26)	0.190 0.068 0.134 1.000 0.112 0.109 0.204 0.745 0.410 0.548 0.354 0.642	2/9

Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 547

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Le Tableau 3 présente six études comparant l'issue de la grossesse de femmes engagées dans un programme de traitement intégré versus des femmes ne recevant aucun traitement. La plupart des programmes de traitement intégré, qu'ils soient de type ambulatoire ou résidentiel, entraînent de meilleurs résultats sur l'issue de la grossesse comparativement à l'absence de traitement. En effet, la taille de l'effet varie de faible à forte pour plusieurs aspects de la grossesse.

**Tableau 4 : Taille de l'effet composé de programmes de traitement intégré comparés à l'absence de traitement**

Résultat	Cohen's <i>d</i>	SE	<i>p</i>	<i>K</i>	Intervalle de confiance	Hétérogénéité
Poids à la naissance	0.46*	0.20	0.024	5	0.60–0.86	$Q = 20.92, df = 4$ $p < 0.001^{***}$
Âge gestationnel	0.20	0.12	0.438	4		$p = 0.117$
1 min. Apgar	-0.02	0.14	0.896	3		$p = 0.794$
5 min. Apgar	0.12	0.15	0.418	3		$p = 0.074$
Circonférence de la tête	0.55***	0.15	$p < 0.001$	3	0.26–0.84	$p = 0.347$
Petit poids à la naissance	0.48**	0.20	0.004	3	0.28–0.68	$p = 0.085$
Nombre de visites prénatales	0.64	0.72	0.377	3		$p < 0.001^{***}$
Complication à la naissance	0.37*	0.18	0.039	2	0.02–0.73	$p = 0.172$
Pourcentage de toxicologie négative	0.87***	0.18	$p < 0.001$	2	0.52–1.23	$p = 0.951$
Durée de l'accouchement	-0.06	0.48	0.902	2		$Q = 4.62, df = 1$ $p = 0.032^*$
Durée d'hospitalisation	0.85	0.47	0.070	2		$Q = 3.94, df = 1$ $P = 0.047^*$
Prématurité	0.46	0.25	0.067	2		$Q = 4.70, df = 1$ $p = 0.030^*$
Admission aux soins intensifs néonataux	-0.42	0.29	0.137	2		$Q = 6.73, df = 1$ $p = 0.009$

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; *K* = nombre d'étude utilisant cette mesure; Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 550

Par ailleurs, les tailles de l'effet composé varient de faibles à fortes (0,37 à 0,87), plus spécifiquement en ce qui concerne le poids à la naissance, la circonférence de la tête, le taux de bébés ayant un faible poids à la naissance, les complications à la naissance et sur le taux de toxicologie négatif. Ces résultats permettent d'avancer que les programmes de traitement intégré comportent des avantages significatifs sur certains aspects de l'issue de la grossesse comparativement à l'absence de traitement. Enfin, les auteurs ont effectué une analyse permettant de connaître l'hétérogénéité des résultats de leur méta-analyse. Ainsi, ils observent une différence significative pour une variable en particulier, c'est-à-dire le poids à la naissance. Afin de savoir si cette différence est déterminée par la clientèle, le programme ou les caractéristiques du devis de l'étude, les auteurs ont réalisé des analyses comparatives. Ils concluent que les programmes résidentiels intégrés où les enfants peuvent être admis avec leur mère auraient un effet significativement plus favorable sur le poids du bébé à la naissance comparativement au programme de traitement intégré où les enfants ne seraient pas admis.



**Tableau 5 : Études comparant des programmes de traitement intégré aux programmes de traitement non intégré**

Auteurs	N	Groupes	Devis	Mesures	Taille de l'effet (SE)	p	Qualité de l'étude
Barkauskas et al. (2002)	Traitement: 52 Contrôle: 73	Programme résidentiel alternatif pour femmes enceintes incarcérées incluant des soins prénataux et post-partum et des lits pour les enfants après la naissance vs le programme de soins standard du centre de détention incluant des soins prénataux et la séparation de l'enfant après la naissance	Quasi-expérimentale	Poids à la naissance	0.21 (0.24)	0.370	5/9
				Âge gestationnel (semaine)	0.05 (0.24)	0.830	
				Pourcentage de complication à la naissance (difficulté respiratoire)	-0.11 (0.25)	0.673	
				Petit pour l'âge gestationnel	-0.69 (0.91)	0.447	
Carroll et al. (1995)	Traitement: 7 Contrôle: 7	Programme de traitement à la méthadone intégré incluant des soins prénataux et des soins aux enfants vs le programme de traitement à la méthadone standard et groupe de counseling	Essai randomisé	Poids à la naissance	0.55 (0.54)	0.315	1/5
				Âge gestationnel	0.62 (0.55)	0.257	
				Nombre de visites prénatales	1.96 (0.65)	0.003	
				Durée d'hospit. après la naissance	-0.20 (0.54)	0.707	
Chang et al. (1992)	Traitement: 6 Contrôle: 6	Programme de traitement à la méthadone intégré incluant des soins prénataux et des soins aux enfants vs le programme de traitement à la méthadone standard et groupe de counseling	Quasi-expérimentale	Âge gestationnel (semaine)	1.31 (0.61)	0.033	3/9
				Nombre de visites prénatales	2.57 (0.78)	p < 0.001	
Watts (1999)	Traitement: 151 Contrôle: 96	Traitement résidentiel intégré incluant de l'éducation parentale, des soins aux enfants et des lits pour les enfants vs traitement standard dans la communauté	Essai randomisé	Pourcentage de naissance prématurée	0.35 (0.22)	0.103	1/5
	Traitement: 96 Contrôle: 96	Traitement ambulatoire intégré incluant de l'éducation parentale, des soins aux enfants et des lits pour les enfants vs traitement standard dans la communauté	Essai randomisé	Pourcentage de naissance prématurée	0.35 (0.24)	0.132	

Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 549

**Tableau 6 : Taille de l'effet composé de programmes de traitement intégré comparativement à des programmes de traitement non intégré**

Résultat	Cohen's <i>d</i>	SE	<i>p</i>	<i>K</i>	Intervalle de confiance	Hétérogénéité
Poids à la naissance	0.27	0.22	0.221	2		0.574
Âge gestationnel	0.27	0.21	0.185	3		0.127
Nombre de visites prénatales	2.21**	0.50	<0.001	2	1.23–3.19	0.550
Prématurité	0.35*	0.16	0.027	2	0.04–0.67	1.000

\**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; \*\*\**p* < 0,001; Traduction libre. Milligan et al., (2011), p. 550

Le Tableau 5 rapporte quatre études comparant l'issue de la grossesse de femmes engagées dans un programme de traitement intégré à celles d'un programme de traitement non intégré. Globalement, les résultats montrent que les femmes engagées dans les programmes de traitement intégré présentent de meilleurs résultats sur l'issue de leur grossesse avec une taille de l'effet qui varie de faible à forte. Toutefois, les tailles de l'effet composé indiquent que les femmes engagées dans un programme de traitement intégré sont davantage présentes à leur suivi prénatal et tendent à moins donner naissance à leur bébé de façon prématurée (Tableau 6). Par ailleurs, bien que les programmes de traitement intégré ne présenteraient pas d'avantages significatifs en ce qui a trait au poids à la naissance, à l'âge gestationnel, aux complications à la naissance et à la durée d'hospitalisation après la naissance, favoriser la présence au rendez-vous de suivi prénatal des femmes enceintes correspond à un facteur déterminant sur l'issue de la grossesse.

Enfin, bien que les résultats de la méta-analyse de Milligan et al. (2011) mettent en lumière l'hétérogénéité des programmes destinés aux femmes enceintes et mères ayant une problématique de consommation, les tailles de l'effet composé montrent la supériorité des programmes de traitement intégré sur l'absence de traitement et quelques aspects de l'issue de la grossesse, lorsque comparés à des programmes de traitement non intégré.

### L'efficacité de programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales

En suivi à la méta-analyse plus large de Milligan et al. (2010), Niccols et al. (2012) ont évalué l'efficacité de programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales. À partir des critères d'inclusion initiaux, ils ont retenu quatre essais randomisés publiés entre 1990 et 2011. Essentiellement, les auteurs ont constaté que ces études comportaient des distinctions en termes d'échantillonnage (femmes enceintes ou mères), de mesures (engagement dans les services de protection de l'enfant, risque de maltraitance, qualité de la relation parent/enfant, etc.) et des délais à l'intérieur desquels ces mesures ont été réalisées (début de traitement, fin de traitement, 6 semaines après le traitement, 6 ou 12 mois après le traitement).

**Tableau 7 : Essais randomisés comparant des programmes de traitement intégré à des programmes de traitement non intégré sur les pratiques parentales**

Études	N	Groupes	Mesures	Temps de mesure	Taille de l'effet (SE)	p	% groupe traitement	% groupe contrôle	Qualité de l'étude
Huber (1999)	Traitement: 82 Contrôle:77	Traitement résidentiel intégré vs traitement standard ambulatoire	Engagement dans les services de la protection de l'enfant	Prénatal et 1 an post-partum			22 46	14 47	1/5
	Traitement:81 Contrôle:77	Traitement intégré ambulatoire vs traitement standard ambulatoire	Engagement dans les services de la protection de l'enfant	Prénatal et 1 an post-partum			17 46	14 47	1/5
Luthar et Suchman (2000)	Traitement: 32 Contrôle: 20 Traitement: 28 Contrôle: 19	Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie marternelle de groupe vs traitement standard à la méthadone	Risque de maltraitance	Post-tx	0.54 (0.29)	0.063			3/5
				Suivi 6 mois	0.57 (0.30)	0.060			
			Interaction affective	Post-tx	0.94 (0.30)	0.002			
				Suivi 6 mois	0.54 (0.30)	0.074			
			Gestion des limites	Post-tx	0.08 (0.29)	0.779			
				Suivi 6 mois	0.20 (0.30)	0.502			
			Autonomie	Post-tx	0.13 (0.29)	0.649			
				Suivi 6 mois	0.33 (0.31)	0.270			
Soutien parental	Post-tx	0.00 (0.29)	1.000						
	Suivi 6 mois	0.21 (0.30)	0.481						
	Post-tx	0.49 (0.29)	0.090						
	Suivi 6 mois	0.35 (0.30)	0.242						
Luthar et Suchman (2007)	Traitement: 60 Contrôle: 67	Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie marternelle de groupe vs Traitement standard à la méthadone + développement des habiletés	Risque de maltraitance	Post-tx	0.23 (0.18)	0.206			3/5
				Suivi 6 mois	0.13 (0.18)	0.471			
			Interaction affective	Post-tx	0.11 (0.18)	0.527			
				Suivi 6 mois	0.15 (0.18)	0.400			
			Satisfaction parentale	Post-tx	0.10 (0.18)	0.590			
	Suivi 6 mois	0.18 (0.18)	0.313						
Suchman et al. (2010; 2011)	Traitement : 23 Contrôle: 24	Traitement pour abus de substance en externe + intervention fondée sur l'attachement parental vs traitement pour abus de substances en externe + de l'éducation parentale	Acceptation	Post-tx	-0.04 (0.29)	0.886			2/5
			Engagement	Post-tx	0.13 (0.29)	0.653			
			Cohérence	Post-tx	0.02 (0.29)	0.949			
			Ouverture	Post-tx	0.04 (0.29)	0.897			
			Sensibilité	Post-tx	0.50 (0.30)	0.092			
			Qualité de la représentation	Suivi 6 sem.	0.22 (0.29)	0.455			
			Comportement de soins	Post-tx	0.70 (0.30)	0.020			
				Suivi 6 sem.	0.12 (0.29)	0.678			
			Dével. parentale – fonctionnement réflexif	Post-tx	0.61 (0.30)	0.042			
				Suivi 6 sem.	0.22 (0.29)	0.452			
			Dével. parentale – fonctionnement réflexif centré sur soi	Suivi 6 sem.	-0.22 (0.29)	0.452			
			Dével. parentale – fonctionnement réflexif centré sur l'enfant	Suivi 6 sem.	0.03 (0.29)	0.93			

Traduction libre. Niccols et al., (2012), p. 7

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Les résultats du Tableau 7 montrent que les tailles de l'effet varient de faibles à fortes et que certains programmes de traitement intégré obtiennent significativement de meilleurs résultats comparativement aux programmes de traitement non intégré. C'est le cas notamment des programmes évalués par Luthar et Suchman (2000) et de Suchman et al. (2010 ; 2011). D'une part, les femmes exposées au programme de traitement intégré incluant le traitement standard de substitution à la méthadone et la participation à un groupe de psychothérapie relationnelle pour les mères axé sur le fonctionnement de la mère (gestion de la colère, de la dépression) et les capacités parentales (discipline en fonction de l'âge de l'enfant, alternatives aux punitions physiques) ont significativement amélioré leur interaction affective (Luthar et Suchman, 2000). D'autre part, les femmes exposées au programme de traitement intégré incluant le traitement ambulatoire standard pour abus de substance et une intervention fondée sur l'attachement ont significativement amélioré leur comportement affectif, leur fonctionnement et tendent à être plus sensibles à leur enfant après 3 mois de traitement. Toutefois, au suivi 6 mois plus tard, aucune différence n'a été observée entre les groupes (Suchman et al., 2010 ; 2011).

Enfin, au terme de leur méta-analyse, Niccols et al. (2012) concluent que les programmes de traitement intégré obtiennent de meilleurs résultats que les programmes de traitement non intégré sur certaines pratiques et attitudes parentales. Ces résultats soutiennent l'importance d'intervenir auprès des parents ayant une problématique de consommation afin de réduire les risques auxquels peuvent être exposés les enfants en brisant le cycle de la dépendance et en améliorant le fonctionnement parental.

### Discussion

L'objectif du présent article est d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Quatre constats se dégagent de la présente synthèse :

1. L'abondance d'écrits scientifiques se rapportant à la parentalité et à la toxicomanie met en lumière les nombreux efforts déployés pour répondre aux besoins complexes de cette clientèle.
2. Lorsque l'on s'intéresse à l'efficacité des programmes de traitement intégré, il devient plus difficile d'identifier des études comparables en raison des nombreuses distinctions méthodologiques. Citons par exemple la taille des échantillons, la composition des échantillons (femmes enceintes/mères), les devis d'études (essai randomisé, quasi expérimental) et la qualité de ceux-ci évaluée à l'aide de grilles validées, la variété des programmes de traitement évalués (résidentiel, ambulatoire, traitement de substitution) ou encore la variété de mesures utilisées pour évaluer l'efficacité des programmes de traitement intégrés (consommation, issue de la grossesse, pratique parentale).
3. Malgré les nombreuses limites méthodologiques relevées, les experts du domaine ont établi des lignes directrices et des recommandations qui soutiennent les programmes de traitement intégré.
4. Les résultats observés dans le cadre de méta-analyses portent à croire que les programmes de traitement intégré présentent un effet supérieur comparativement à l'absence de traitement ou au programme non intégré en ce qui a trait aux aspects suivants :
  - a. Lorsque comparés à l'absence de traitement, les programmes de traitement intégré indiquent des résultats supérieurs sur la réduction de la consommation de substances et les femmes sont significativement plus nombreuses à obtenir un résultat négatif à leur test toxicologique

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

(indiquant l'abstinence). Les programmes de traitement intégré contribuent également à un meilleur poids à la naissance, à la circonférence de la tête et à la réduction des complications à la naissance.

- b. Lorsque comparés aux programmes de traitement non intégré, les programmes de traitement intégré indiquent des résultats supérieurs concernant la présence des femmes à leur suivi prénatal. Elles tendent à moins donner naissance à leur bébé de façon prématurée. Elles tendent à davantage améliorer leur interaction affective et leur sensibilité auprès de leur enfant ainsi que leur fonctionnement.

### Retombées, limites et pistes de recherche future

La présente synthèse fournit un accès aux connaissances actuelles concernant l'efficacité de programmes de traitement intégré auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. Ces connaissances peuvent être utiles pour guider les prestataires de services notamment en leur fournissant différents modèles de traitement à déployer afin de mieux répondre aux multiples besoins de cette clientèle. Les différentes cibles d'intervention (consommation, issue de la grossesse, pratiques parentales) utilisées afin de documenter l'efficacité des programmes peuvent également inspirer les professionnels œuvrant auprès de cette clientèle dans l'élaboration de leur plan d'intervention ou toutes autres stratégies favorisant l'engagement de ces femmes dans leur traitement.

En contrepartie, peu d'études permettent de documenter l'efficacité des programmes de traitement intégré. En effet, l'hétérogénéité des programmes rend difficile le cumul de preuves. Ultérieurement, il serait souhaitable de réaliser davantage d'études utilisant des devis plus robustes de type essai randomisé afin de mieux documenter le potentiel des programmes de traitement intégré. Il serait également approprié d'évaluer l'efficacité de la combinaison de services nécessaires ou le moment où les dispenser afin d'assurer le succès de la grossesse. Il serait finalement pertinent de s'intéresser à la sévérité des comportements de consommation, aux types de substances consommées ainsi qu'aux caractéristiques des femmes enceintes et mères sur l'issue de leur grossesse.

### Conclusion

L'objectif du présent article était d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. La présente synthèse indique que les programmes de traitement intégré contribuent significativement au changement de comportement de consommation, sur l'issue de la grossesse ainsi que sur les pratiques parentales. Par ailleurs, compte tenu du peu d'études comparables et des nombreuses distinctions méthodologiques entre les études répertoriées, il apparaît justifié de poursuivre les travaux permettant de documenter davantage le potentiel des programmes de traitement intégré.

## Références

Agence de la santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa.

April, N., Ouimet, A. M., Venne, M., Gagnon, H., et Hein, S. (2011). *Regards sur les activités en matière d'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale au Québec, de 2004 à 2010*. INSPQ : Gouvernement du Québec.

Beaucage, B. (1999). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*. Gouvernement du Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Blaquière, L. J., et Paquet, C. (2009). *Le programme Jessie : ensemble pour protéger les tout-petits âgés de 0 à 5 ans*. Communication orale présentée au Colloque conjoint de l'Association des centres jeunesse du Québec et de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies, Montréal.

Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., et Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30, 94-104.

Carson, G., Vitale Cox, L., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., Koren, G., ...et Wood, R. (2010). Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(8), S1-S36.

Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51*. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, 8(2), 38-52.

Couture, S., Fillion-Bilodeau, S., Kokin, J., Legault, L., et Brown, T. (2008). *La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et chez les mères et les pères d'enfants de 0 à 5 ans : une revue de la littérature*. Montréal : Pavillon Foster et Programme de recherche sur les addictions de l'hôpital Douglas.

Desrosiers, P., et Ménard, J.-M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Montréal : ACRDQ.

Finnegan, L. (2013). *Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*. Série Toxicomanie au Canada. Ottawa : Ontario, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Fleury, M.-J., Perreault, M., et Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 9-33). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Gouvernement du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Gouvernement du Québec.

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Gouvernement du Québec (2009). *Grossesse, alcool et drogues. Ce qu'il faut savoir. Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer.* Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lavergne, C., et Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool et de drogue : ampleur, enjeu pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratique d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 159-197). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Marsch, J.-C., Smith, B.-D., et Bruni, M. (2011). Integrated substance abuse and child welfare services for women: A progress review. *Children and Youth Services Review*, 33, 466–472.

Millegan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., et Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, (5)21, 1-14.

Millegan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., et Smith, A. (2011). Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: A meta-analytic review. *Addiction Research and Theory*, 19(6), 542–555.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., et Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9(14), 1-11.

Ordean, A., et Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Le médecin de famille canadien*, 57(11), 430–435.

Organisation mondiale de la santé (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva : Switzerland.

Pepler, D.-J., Motz, M., Leslie, M., Jenkins, J., Espinet, S.-D., et Reynolds, W. (2014). *The Mother-Child Study: Evaluating Treatments for Substance-Using Women. A Focus on Relationships.* Canada : Mothercraft/Breaking the Cycle.

Poole, N. (2000). *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women.* Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Potvin, S. (2014). La métaanalyse : Illustration pour déterminer si la toxicomanie aggrave les déficits cognitifs chez les personnes avec une schizophrénie. Dans M. Corbière et N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé.* Presse de l'Université du Québec.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., et Furlong, A. (2008). *On the integration of mental health and substance use services and systems : Main Report.* Canada, Canadian executive council on addiction.

Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie.* Ottawa : Santé Canada.

## L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Addressing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 58. HHS Publication No. (SMA) 13-4803. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014a). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.





RÉFLEXION SUR UNE PRATIQUE CLINIQUE

## Le suivi intensif dans la communauté et la consommation : quelques enjeux éthiques

**Jacques Quintin**, Ph.D., professeur agrégé, Bureau de développement de l'éthique, département de psychiatrie, faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

**Luce Côté**, M. Ed., conseillère-cadre clinicienne, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke) et professeure associée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke.

**Daniel Guimaraes**, M.D., M. Sc, CSPQ, professeur adjoint, département de psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

### Correspondance :

Jacques Quintin  
Université de Sherbrooke  
Département de psychiatrie  
580, rue Bowen Sud  
Sherbrooke, Qc., J1G 2E8  
Tél. : 819-346-1110 poste 23546  
Courriel : [jacques.quintin@usherbrooke.ca](mailto:jacques.quintin@usherbrooke.ca)

### Résumé

La relation entre les intervenants en milieu de soins et leurs clients est souvent le lieu de profondes incompréhensions et de tensions entre les valeurs de liberté et de sécurité. Cela est particulièrement perceptible dans la relation avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et d'abus de substances. Le but de cet article est de fournir des pistes de réflexion sur les enjeux éthiques qui se présentent à l'intérieur du programme de suivi intensif dans la communauté autour de la coercition et des conduites abusives de consommation. Les principes de base qui organisent le suivi intensif dans la communauté sont fondés sur les concepts éthiques d'égalité, de respect et de recherche commune de la vérité. Chaque personne est susceptible d'avoir la sagesse de sa propre vie et les habiletés pour gérer ses propres expériences. Il s'agit de créer un espace respectueux de réflexion, qui permet un dialogue entre les différentes perspectives, afin de concilier diverses préférences. Les interventions doivent être discutées avec le client, car celui-ci est au cœur de la prise de décision. Le cadre souple du suivi intensif, en regard de la complexité de la clientèle avec une double problématique, permet d'intervenir en respectant le rythme du client dans le processus de rétablissement et dans le changement de ses habitudes de vie.

**Mots-clés :** Coercition, éthique, abus de substance, suivi intensif dans la communauté, dialogue.

### Ethical stakes about assertive community treatment program and substance abuse

#### Abstract

Relationships between healthcare providers and their clients are often fraught with profound misunderstandings as well as tensions between the values of freedom and security. This phenomenon is particularly noticeable in relationships with people suffering from mental health and substance abuse issues. The purpose of this article is to provide avenues for reflection on the ethical stakes that arise in the context of an assertive community treatment program focused on coercion and substance abuse. The basic principles of assertive community treatment are based on the ethical concepts of equality, respect, and a shared search for the truth. Each individual is believed to hold wisdom regarding his or her own life and the skills needed to manage his or her own experiences. The idea is to create a respectful space of reflection that allows for a dialogue between various perspectives, with a view to reconciling diverse preferences. All interventions must be discussed with clients, given that they are at the center of their own decision-making. In light of the complexity of a clientele exhibiting co-occurring severe mental illnesses, the flexible context of assertive community treatment offers a way to respect clients' pace in terms of both recovery and the process of changing lifestyle habits.

**Keywords:** Coercion, ethics, substance abuse, assertive community treatment, dialogue

## **El seguimiento intensivo en la comunidad del consumo: algunas cuestiones éticas**

### **Resumen**

La relación entre quienes intervienen en el medio de la salud y sus clientes está sujeta, a menudo, a profundas incomprensiones y tensiones entre los valores de libertad y seguridad. Esto es particularmente perceptible en la relación con las personas que sufren problemas de salud mental y de abuso de sustancias. El objetivo de este artículo es el de brindar pistas de reflexión sobre las cuestiones éticas que se presentan en el programa de seguimiento intensivo en la comunidad, en torno a la coerción y las conductas abusivas de consumo. Los principios básicos que organizan el seguimiento intensivo en la comunidad se fundan en los conceptos éticos de igualdad, respeto y búsqueda común de la verdad. Cada persona puede tener la sabiduría de su propia vida y las habilidades para gestionar sus propias experiencias. Se trata de crear un espacio respetuoso de reflexión, que permita un diálogo entre las diferentes perspectivas, a fin de conciliar diversas preferencias. Deben discutirse las intervenciones con el cliente, puesto que este está en el centro de la toma de decisión. El marco flexible del seguimiento intensivo, con respecto a una clientela con una doble problemática, permite intervenir respetando el ritmo del cliente en el proceso de restablecimiento y en el cambio de sus hábitos de vida.

**Palabras clave:** coerción, ética, abuso de sustancia, seguimiento intensivo en la comunidad, diálogo.

### Introduction

La relation entre les intervenants en milieu de soins et leurs clients est souvent le lieu de profondes incompréhensions et de tensions entre les valeurs d'autodétermination et de prise en charge, de droits civils de la personne et de bienfaisance, de liberté et de sécurité. En raison des derniers développements dans la société occidentale, laquelle met davantage l'accent sur les initiatives du client, la relation thérapeutique s'en trouve modifiée. Ce changement est particulièrement perceptible dans la relation avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et d'abus de substances. Par exemple, le souci de l'autonomie des clients entre désormais en conflit avec les ordonnances de traitement et de garde en établissement; en contradiction aussi avec la pression des membres de la famille en faveur d'une approche plus paternaliste dans la distribution des soins; et parfois avec le modèle des soins prodigués par les équipes de suivi intensif dans la communauté. Ainsi, les intervenants en milieu de soins sont souvent divisés entre une approche paternaliste et une approche facilitant l'appropriation du pouvoir. Comme le souligne Bonsack (2005), la question consiste à savoir « comment favoriser l'appropriation (*empowerment*) par les usagers sans les abandonner à eux-mêmes lorsqu'ils ont besoin de soins? Et comment les amener aux soins sans abus de pouvoir? » Cependant, les discussions approfondies chez les professionnels de la santé sur les enjeux éthiques entourant la consommation et la coercition sont difficiles. Le but de cet article est double : montrer que la pratique du suivi intensif dans la communauté et l'éthique sont étroitement liées l'une à l'autre et fournir des pistes de réflexion sur quelques enjeux éthiques qui se présentent à l'intérieur du programme de suivi intensif dans la communauté autour de la coercition et des conduites abusives de consommation dans un contexte de réduction des méfaits.

### La coercition et le respect de l'autonomie

Même si tous s'entendent pour agir en vue du bien-être du client, personne ne s'entend sur les moyens d'y parvenir ni sur la définition à donner à la coercition (Davidson et Campbell, 2007; Wertheimer, 1993) à la bienfaisance, à la liberté et à l'autonomie. La coercition est traditionnellement définie comme une pratique qui se tient à l'opposé de l'autonomie (Hiday, Swartz, Swanson et Wagner, 1997). Dans les soins de santé mentale, elle consiste à limiter la liberté des personnes qui sont agressives et violentes envers autrui ou pour elles-mêmes (Wynn, 2003). Plusieurs auteurs pensent qu'il est difficile de se munir d'une définition qui permettrait de couvrir l'ensemble des situations impliquant une forme de coercition (Curtis et Diamond, 1997; Lidz, 1998; Wertheimer, 1993), tandis que d'autres auteurs croient qu'on peut se doter d'une définition plus large et flexible, qui suggère que la coercition dans les services de santé mentale survient lorsqu'une personne en position d'autorité ne tient pas compte des choix d'une autre personne (Blanch et Parrish, 1993; O'Brien et Golding, 2003; Szmukler et Appelbaum, 2008). Cette notion peut désigner plusieurs situations : l'utilisation de la force physique à l'encontre des désirs d'une autre personne, la manipulation en ne disant pas, par exemple, la vérité, l'exercice de différentes formes d'influence, de pression, de persuasion, de menace, ou encore l'offre de récompenses en faveur de comportements attendus.

De plus, l'expérience subjective de la coercition est différente autant chez les intervenants que chez les personnes malades (Lucksted et Coursey, 1995). Dans tous les cas, il s'agit d'introduire le « bien » dans la vie des gens à l'aide de la force. Sauf que dans notre société postmoderne hyper-individualiste, il y a peu de gens qui s'entendent pour dire ce qu'est le « bien ». Par conséquent, même si les intervenants sont mus par de bonnes intentions, cela ne permet pas d'affirmer qu'ils contribuent, en raison de leur conception du bien, au bien-être des personnes souffrant d'un

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

trouble mental. C'est pourquoi l'utilisation de coercition demeure un sujet controversé (Husum, Finset et Ruud, 2008).

Ce manque de consensus entourant la coercition et le bien n'empêche pas d'offrir une justification morale de la coercition. La coercition, comprise comme l'utilisation de l'autorité pour restreindre l'autonomie d'une autre personne, trouve sa justification morale dans le paternalisme. Celui-ci consiste à interférer avec la liberté d'action d'une personne pour des raisons qui se réfèrent au bien-être, au bonheur, aux besoins de cette personne (Dworkin, 1972). J.S. Mill, philosophe anglais du XIX<sup>e</sup> siècle, disait que la restriction de la liberté d'une personne pouvait être justifiée lorsqu'il y avait un potentiel, par cette personne, de nuire aux autres ou à soi-même (1990). Ce principe permet, encore aujourd'hui, autant au Québec que dans d'autres juridictions, aux cliniciens d'agir de manière bienveillante envers le client qui présente un danger grave et imminent pour lui-même ou autrui en ayant recours à des mécanismes adaptés. Si nous acceptons la prémisse voulant que la consommation abusive est nuisible pour la personne elle-même ou pour autrui, il devient permis de se demander s'il ne serait pas justifié de restreindre la liberté des personnes aux prises avec une problématique de consommation abusive. Sauf que depuis les années d'après-guerre, la liberté et l'autodétermination sont devenues des valeurs fondamentales qu'on doit respecter à tout prix. Il est admis que ces valeurs s'appliquent aussi aux personnes souffrant de trouble mental et de conduites addictives, sauf, tel que mentionné précédemment, si la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Il s'agit de la liberté négative telle que proposée par le philosophe Berlin dans son texte *Deux concepts de liberté* (1969), qui se caractérise par l'absence de contrainte dans la mesure où l'individu peut faire ce qu'il veut. C'est à la lumière de ce concept de liberté négative que certaines pratiques en santé mentale sont perçues comme coercitives.

Depuis le début des années 1980, notre société met davantage l'accent sur les choix du consommateur et sur la prise en charge autonome dans les services de la santé. Comme le note Nancy Tomas (2006), l'approche clientèle est une conséquence de la désinstitutionnalisation et non la cause de la restructuration du système de santé mentale. Des concepts tels que l'autonomie, le rétablissement, l'intégration sociale, le partenariat sont appliqués aux services offerts en santé mentale. Ils sont reconnus comme étant des composantes du bien-être et même du plan d'intervention (Curtis et Hodge, 1985). L'inclusion des clients et de leur famille dans le plan d'intervention représente un changement important dans la façon de partager le pouvoir, de distribuer les soins et de concevoir la maladie. Le plan d'intervention mené seul par le clinicien devient alors contestable, de même que le rôle comme seul expert que prend celui-ci. Nous sommes passés d'un modèle paternaliste à un modèle de collaboration où les clients en viennent à se poser comme des experts à propos de leur maladie (Watts et Priebe, 2002). Comme l'indique Bonsack (2005), « les médecins ne sont plus seuls dans leurs décisions », ce qui implique que leur autorité peut souvent être remise en question. Cela leur donne l'impression d'agir de plus en plus comme des consultants et peut provoquer une certaine résistance de leur part en ce qui concerne ces nouveaux développements (Curtis et Hodge, 1985, 45).

Il a été démontré que l'alliance thérapeutique influence le résultat des interventions des intervenants communautaires en santé mentale. Cette alliance peut être encouragée par trois facteurs : la mutualité, la capacité de dialogue et l'encouragement à une reprise du pouvoir par le client (Spiers et Wodd, 2010). Donc, l'engagement du client est favorable et même essentiel pour assurer l'efficacité du traitement. Il doit ainsi être consulté et bien informé, car les « clients se sentent moins contraints s'ils jouent un rôle actif dans leur traitement » (Szmukler, 1999, 334). Une approche paternaliste qui impose « d'en haut » des interventions peut, dans plusieurs cas, compromettre le succès de l'intervention en engendrant de la méfiance ou encore le sentiment d'être infantilisé.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Lorsque quelque chose est fait contre la volonté du client, celui-ci démontre un désintérêt et un désengagement à l'égard du traitement (Curtis et Diamond, 1997 ; Davidson et Campbell, 2007 ; O'Brien et Golding, 2003). La qualité de l'alliance est alors un bon indice de l'issue du traitement (Angell et Mahoney, 2006).

La relation thérapeutique entre le professionnel et le client, en respectant les décisions prises par le client, a un effet positif sur les personnes en développant leur habileté à la prise de décision, leur autonomie et l'estime de soi (O'Brien et Golding, 2003, 171). Somme toute, la désinstitutionnalisation semble avoir permis aux clients de retrouver une plus grande liberté. Mais doit-on en conclure que la coercition a pour autant disparue ?

### **Le modèle de suivi intensif dans la communauté**

C'est dans ce contexte de désinstitutionnalisation que nous avons assisté, ces dernières années, à l'implantation d'un nouveau programme, *Suivi intensif dans la communauté*, qui vise à atteindre une clientèle présentant des troubles graves et qui, justement en raison de ses problèmes, est difficile à rejoindre (Bond, Drake, Mueser et Latimer 2001 ; Gélinas, 1998 ; Test, 1998). D'aucuns considèrent ce programme comme étant une méthode envahissante et agressive, comme l'indique le titre d'un recueil d'articles rassemblés par Dennis et Monahan (1996), *Coercion and Aggressive Community Treatment*.

Le programme de suivi intensif dans la communauté est un modèle de services, développé en 1972 à Madison au Wisconsin (Dixon, 2000 ; Stein et Test, 1978, 1985) à la suite du constat qu'il y avait une disparité entre les gains obtenus en milieu hospitalier et ceux qui sont transférés dans la communauté. Depuis, le modèle a subi plusieurs modifications. Si au départ, la clientèle était plutôt hétéroclite, depuis les années 1980 l'attention est portée davantage vers les jeunes aux prises avec un début de schizophrénie (Test et al., 1985). Maintenant, le programme de suivi intensif dans la communauté est orienté vers le rétablissement (Salyers et Tsemberis, 2007) et s'inspire du modèle du développement des forces développé par Rapp et ses collègues (Rapp et Goscha, 2006, 2011). Les objectifs poursuivis par le suivi intensif dans la communauté sont la diminution des symptômes débilissants, la prévention des épisodes de crise aiguë, l'augmentation de la qualité de vie, l'amélioration du fonctionnement social, la diminution du fardeau familial et surtout la satisfaction des besoins de base des clients. La majorité des interventions visent le rétablissement et s'effectuent dans la communauté, c'est-à-dire à la résidence du client et dans son environnement. Les interventions sont adaptées pour répondre aux besoins courants et aux préférences de chaque client. Les membres de l'équipe soignante travaillent à adapter l'environnement et eux-mêmes aux besoins du client plutôt que de demander au client de s'adapter aux règles du programme. De plus, ce programme offre un suivi qui n'est pas limité dans le temps (Allness et Knoedler, 1998).

Dans ce programme, les professionnels de la santé fournissent un grand nombre de services tels que le soutien social, les activités récréatives et différentes interventions à visée thérapeutique. Ces services sont offerts afin que les individus puissent conserver leur logement et leurs droits en tous genres, et ce, souvent en mettant la main à la pâte sur tous les aspects pratiques de la vie quotidienne (McGrew et Bond, 1995). Bien que ce modèle vise à apporter un soutien constant et adapté, il présente cependant le risque que les intervenants puissent être perçus comme des êtres qui insistent, voire des êtres intrusifs. Par exemple, lorsqu'ils accompagnent un client pour un rendez-vous médical et demeurent avec lui pour s'assurer qu'il ne quittera pas les lieux avant d'avoir vu le médecin, ou encore lorsqu'ils supervisent la prise de médication.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Toujours en raison des caractéristiques de la clientèle desservie par le programme de suivi intensif dans la communauté, il est fréquent, surtout en début de traitement, que des intervenants aient à relancer le client à plusieurs reprises. D'aucuns y perçoivent une forme de harcèlement. À cet égard, les interventions forment un aspect de la coercition (Neale et Rosenheck, 2000). Faire plusieurs tentatives pour persuader une personne réticente d'utiliser les services est perçu par plusieurs comme une intervention contraire au droit à l'autodétermination. Comme le souligne Williamson (2002) « proposer des services à des personnes qui les refusent et qui ne sont pas tenues de les accepter peut devenir non éthique ». La gestion de l'argent, des cigarettes et de la médication de plusieurs clients peut entraîner une infantilisation, même si cela devrait constituer une étape vers une plus grande autonomie et montrer au client l'utilité d'établir un budget, d'encadrer sa consommation de tabac et de drogues. Il faut préciser toutefois que ces interventions ne sont pas utilisées sans distinction. Elles visent surtout une partie de la clientèle moins fonctionnelle, soit des clients qui n'ont jamais eu d'exemples d'apprentissage en contexte familial ou scolaire et qui présentent souvent des troubles cognitifs. Ceux qui en font l'expérience reconnaissent son efficacité, mais aussi son caractère coercitif avec une autonomie réduite (Appelbaum et Redlich, 2006 ; Neale et Rosenheck, 2000, 2004).

Ces interventions adoptent une approche paternaliste sous-tendue par les principes de bienfaisance, du moindre mal ou du soin le moins coercitif (O'Brien et Golding, 2003). Même si ces principes justifient une certaine action coercitive, ils ne justifient pas toutes les activités coercitives. Seuls sont justifiés les moyens les moins coercitifs (O'Brien et Golding, 2003). Ainsi, la coercition n'est pas une pratique en soi malfaisante (Cohen-Almagor, 2006). Par contre, si à court terme, une action coercitive peut être justifiée par ses bénéfices, il n'en demeure pas moins qu'une telle action possède aussi un impact iatrogénique (Davidson et Campbell, 2007 ; Swartz et Monahan, 2001). Ces différentes pratiques soulèvent la question de savoir, si la fin justifie les moyens ou encore si nous pouvons contraindre un individu à la liberté. L'exemple de la toxicomanie va nous permettre de montrer que l'on peut interpréter l'exercice de la liberté d'une manière différente.

### Exemples de défis éthiques liés à la double problématique dans le suivi intensif

Le service de suivi intensif dans la communauté n'échappe pas au phénomène de la double problématique de la santé mentale et de la toxicomanie. Les intervenants y œuvrant visent le bien-être global de la personne, de sorte qu'il apparaît nécessaire d'aider les personnes sur les deux plans à la fois. Du coup, il ne s'agit plus d'offrir un traitement séquentiel ou en parallèle, mais intégré. L'expérience du suivi intensif autant au Québec, au Canada qu'aux États-Unis, prouve qu'il est possible de soigner une personne qui souffre d'une maladie mentale et qui s'adonne à une consommation active. La révision de la littérature démontre que les équipes de suivi intensif intégré avec une intervention pour la toxicomanie sont efficaces, même si les études randomisées jusqu'à présent ont eu de la difficulté à montrer de grandes différences (Drake et al. 1998 ; Essock et al., 2006 ; Fries et Rosen, 2011).

Pour comprendre la réalité des clients dans la communauté, voici quelques situations courantes vécues au quotidien qui soulèvent chez les intervenants beaucoup plus de questions que de réponses.

Lors d'un accompagnement d'un client à l'épicerie, si le client désire acheter de la bière, l'intervenant doit-il exercer un contrôle, imposer une limite sous prétexte que le client devrait garder son

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

argent pour acheter suffisamment de nourriture pour ses besoins? Mais permettre au client d'acheter de la bière ne serait-il pas à la fois « normalisant » et qui plus est « légal »? Quoi de plus normal pour la population en général que d'acheter de la bière en faisant son épicerie?

Lors d'une rencontre chez le client, l'intervenant croise son revendeur de drogues dans l'appartement. Que doit-il faire? Doit-il en profiter pour établir un contact ou plutôt passer incognito pour assurer sa sécurité?

Le client demande à l'intervenant que celui-ci paye pour lui sa dette au revendeur, afin de ne pas être influencé en sa présence. Comment faire pour, d'une part, l'aider dans sa demande légitime de se distancer de son revendeur et, d'autre part, ne pas devenir une cible pour ce revendeur ni complice dans l'achat de drogue illégale?

Le client demande à l'intervenant de conserver volontairement son argent pour l'aider à mieux contrôler ses dépenses. Un budget est établi en accord avec lui. Puis au cours du mois, il demande des avances d'argent, sachant que le motif est celui de consommer. L'intervenant doit-il refuser ou renégocier?

Lors du suivi à domicile, le client est sous effet de substances. L'intervenant doit-il saisir cette occasion pour aider son client à faire une réflexion sur sa consommation ou doit-il attendre qu'il soit sobre? S'il attend qu'il soit sobre, que fait-il en attendant avec le suivi?

Ces situations soulèvent une pléthore de questionnements éthiques. Par exemple, jusqu'où les intervenants peuvent-ils s'introduire dans des styles de vie sous prétexte qu'ils sont jugés délétères pour le client? Jusqu'où doivent-ils protéger le client contre lui-même et assurer sa sécurité? Les interventions qui visent le bien-être du client n'engendrent-elles pas aussi leur lot d'insatisfactions? Les intervenants ne sont-ils pas en train de créer plus de tort (malfaisance) que de bien (bienfaisance)? En tant qu'intervenants, qui sommes-nous pour dire ce qu'est le bien ou une vie bonne? Est-ce une forme de paternalisme? *A contrario*, si les intervenants ne se prononcent pas sur la vie bonne, n'entérinent-ils pas une forme de relativisme moral ou d'émotivisme à partir duquel les choix de vie se justifient sur les préférences personnelles? Dans ce cas, les intervenants sont-ils alors en train de devenir des agents de normalisation? Avoir la possibilité de conduire sa vie selon ses propres choix n'est-ce pas un acquis de notre société? Sous la bannière de la santé, les intervenants ne sont-ils pas en train de créer différentes classes d'individu? Est-ce une forme d'iniquité? D'un autre côté, doivent-ils agir strictement par devoir? La santé à tout prix? La santé est une valeur qui est ordinairement partagée par l'ensemble de la population. Pourtant, d'aucuns préfèrent la quête de plaisir au détriment de leur santé, voire au détriment de leur vie, puisque le seul réel bénéfice qu'ils peuvent retirer de la vie, c'est un peu de plaisir.

Nous pouvons aussi nous demander à qui profitent ces interventions? Et aux dépens de qui? Jusqu'où les intervenants doivent-ils s'exposer et compromettre leur sécurité pour assurer le bien-être des clients? Plus que tout, les intervenants doivent demeurer alertes afin de s'assurer que les considérations éthiques ne cachent pas une autre réalité. Par exemple, le respect de l'autonomie pourrait se présenter comme un alibi pour masquer un épuisement de l'équipe de soins ou une baisse de confiance dans la capacité du client relativement son rétablissement. Ce faisant, l'équipe traitante devient à risque d'abandonner le client. Bref, pouvons-nous trouver une solution à toutes ces questions sans faire appel à la parole des personnes concernées?



## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Il est bien difficile de répondre à toutes ces questions de manière raisonnable si nous prenons en compte tous les enjeux possibles. Ce que nous suggérons, c'est une démarche pragmatique qui consiste à établir un processus dialogique, lequel rend possible la sortie de ces impasses, dans la mesure où chacun peut réfléchir, délibérer et décider selon le sens qu'il accorde à la situation, même si les intervenants et les clients ne partagent pas toujours les mêmes attentes.

L'expérience quotidienne au suivi intensif nous amène, sans contredit, à réfléchir sur les attentes des intervenants en santé mentale en ce qui a trait à la clientèle aux prises avec une double problématique de toxicomanie et de santé mentale. Le client et l'intervenant n'ont pas toujours les mêmes attentes en regard de cette problématique. La notion même d'abstinence ou de réduction des méfaits ne prend pas le même sens chez l'intervenant ou chez le client. Il y a un décalage entre le désir du client et le désir de l'intervenant. Ainsi, un client peut ressentir une grande satisfaction à être demeuré abstinent pendant quelques jours seulement. Cela peut être très significatif pour un autre client de diminuer sa consommation de cinq à trois comprimés de *méthamphétamine* par jour. Le travail en suivi intensif oblige alors à une réflexion sur ce concept d'attentes mutuelles et sur celui de réductions des méfaits.

De manière générale, même si le concept de réduction des méfaits n'est pas précis (Kleinig, 2008), plusieurs auteurs s'entendent pour définir la réduction des méfaits comme un ensemble de mesure qui vise la prévention ou la diminution des conséquences néfastes sur la santé, le bien-être, le plan social et économique sans toutefois exiger l'abstinence de drogues (Riley et O'Hare, 2000; Kleinig, 2008).

Dans ce contexte, les intervenants doivent donc développer une créativité entourant la réduction des méfaits sur une base individualisée. C'est à travers le plan d'intervention individualisé, dans lequel le client s'engage à cheminer durant sa prise en charge au suivi intensif, que des moyens inventifs de réductions des méfaits sont proposés par le client, et ce, à l'intérieur des balises légales que le suivi intensif s'engage à respecter et à bien définir avec le client. C'est ainsi que des clients ont fait la demande de trouver des moyens concrets pour contrôler leur consommation dans leur propre logement.

Pour un jeune homme de 26 ans, souffrant de schizophrénie et travaillant dans un atelier, la stratégie, afin de maintenir son lien à l'emploi, consistait à établir plusieurs étapes :

- 1- Dans le plan d'intervention, il était inscrit qu'une somme mensuelle de son argent serait dépensée pour l'achat d'une quantité précise de bouteilles de bière qu'il achèterait lui-même, à un endroit précis choisi par lui.
- 2- L'intervenant accompagnerait ensuite le client pour ramener les bouteilles à son logement.
- 3- Les bouteilles achetées seraient ensuite déposées par le client dans une boîte fermée avec un cadenas dont le numéro serait inconnu du client.
- 4- Les temps de consommation permis et acceptés par le client seraient inscrits au plan d'intervention selon l'horaire de travail du client. La consommation de bière n'étant pas favorisée avant sa journée de travail, par exemple.
- 5- La boîte était débarrée par l'intervenant, selon l'horaire établi, et le client pouvait alors retirer de la boîte le nombre de bières prédéterminé par lui dans le plan d'intervention.
- 6- Le client refermait le cadenas avant le départ de l'intervenant et le processus se répétait, selon l'horaire établi, suivi et respecté par tous les intervenants du suivi intensif.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Cette stratégie a permis au client de réduire les excès de consommation, de prévenir l'intoxication, de diminuer les idées suicidaires, de maintenir son emploi, d'augmenter son estime de soi et d'utiliser de meilleures stratégies d'adaptation que le recours à l'alcool.

Pour un autre client âgé de 41 ans, vivant seul en logement et souffrant d'un trouble schizoaffectif, la stratégie, afin de conserver son logement, consistait aussi à établir certaines étapes semblables au cas précédent :

- 1- Dans son plan d'intervention, il était inscrit qu'une somme mensuelle de son argent était dépensée pour l'achat d'une quantité précise de cannabis qu'il allait lui-même acheter.
- 2- L'intervenant suivait en voiture le client, sur le chemin du retour à son logement, pour éviter qu'il n'aille revendre sa drogue.
- 3- Le cannabis acheté était ensuite déposé par le client dans une boîte fermée chez le client avec une clé qui n'était pas laissée à la disposition du client.
- 4- Les temps de consommation permis et acceptés par le client étaient inscrits au plan d'intervention, selon l'horaire du client. La consommation de cannabis n'étant pas favorisée avant les rencontres planifiées.
- 5- La boîte était débarrée par l'intervenant selon l'horaire établi et le client pouvait alors retirer de la boîte la quantité de drogue prédéterminée par lui au plan d'intervention.
- 6- Le client refermait la boîte et remettait la clé avant le départ de l'intervenant. Le processus se répétait, selon l'horaire établi, suivi et respecté par tous les intervenants du suivi intensif.

Cette stratégie a permis à ce client de mieux répartir la consommation durant tout le mois et ainsi éviter le besoin d'acheter d'autres drogues plus fortes, d'éviter l'endettement, de diminuer les états d'intoxication. Elle lui a également permis d'éviter les visites à l'urgence, d'améliorer sa santé physique et mentale et d'entretenir de meilleures relations avec son entourage.

Selon Jon Elster (1979, 2000), ces deux exemples reproduisent le type de rationalité utilisé par Ulysse pour se protéger des sirènes. Celui-ci avait volontairement décidé de s'autolimiter pour ne pas succomber aux charmes des sirènes. C'est tout le sens du concept d'autonomie développé par Kant qui va à l'encontre de la conception moderne de l'autonomie. Pour Kant (1994), l'autonomie consiste à se donner soi-même une loi ou une règle qui vient poser des limites à son agir.

Même s'il y a un respect de l'autonomie, il faut reconnaître que d'autres enjeux éthiques se présentent à même les solutions proposées. D'aucuns pourraient se demander si ces stratégies ne favorisent pas la consommation, même si nous pensons que c'est un pas supplémentaire vers une réduction des méfaits et de la consommation elle-même. Les intervenants disent également qu'ils responsabilisent davantage le client, même s'ils exercent une forme de contrôle, qui peut à la limite être infantilisant. Certes, au départ, il y a une demande d'aide. Le client est vulnérable et risque de perdre quelque chose d'important pour lui, un travail ou un logement. Est-ce que les intervenants ne sont pas en train de profiter de cette situation pour encore exercer une forme de contrôle rendant leur travail plus facile ? Ensuite, nous devons nous poser la question suivante : jusqu'où les intervenants doivent-ils maintenir le contrat en dépit de la volonté du client ? Le contrat ne risque-t-il pas de devenir une fin en soi ? Le respect absolu du contrat ne devient-il pas alors un incitatif à la violence ?

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Ces deux exemples montrent que la réduction des méfaits s'inscrit dans une démarche pragmatique qui se préoccupe essentiellement de poser les conditions nécessaires au bien-être sans préjuger de la moralité des comportements. Ce qui compte, c'est d'établir les conditions qui permettent d'accéder à une vie plus intéressante et satisfaisante (James, 1992). Il y a cependant lieu de s'interroger sur cette prétention de neutralité (Massé, 2013). Quirion et Bellerose (2007) ont bien montré que la réduction des méfaits et l'*empowerment* s'inscrivent dans une démarche propre au discours néolibéral.

Enfin, ces deux exemples montrent que la résolution de problèmes éthiques et de consommations émerge de la relation dialogique entre les intervenants et les clients. À la question : « Jusqu'où devrait-on laisser une personne décider pour elle-même ce qui lui convient le mieux et à partir de quand l'obligation de porter secours à une personne en péril peut légitimer une intervention? », il n'y a pas de réponse qui proviendrait d'un calcul rationnel. Puisqu'il ne s'agit pas de choisir entre deux options, mais de tracer une ligne de conduite qui rend justice à toutes les options et les enjeux, une démarche dialogique est appropriée, car elle permet justement l'échange des points de vue jusqu'à un début d'entente.

### Le pouvoir du dialogue

À chaque occasion, l'équipe a dû mettre en place des idées nouvelles pour transiger avec ces situations. Chacune des avenues possibles fut discutée en équipe et avec le client avec les prémisses suivantes : ne pas devenir complice, ne pas se placer en situation de danger ou de vulnérabilité et aider le client dans sa demande.

Pour des raisons d'ordre déontologiques et légales, il est important de préciser qu'il a été clairement établi avec les clients que le service du suivi intensif ne manipulera jamais les drogues et cigarettes illégales. Il est de la responsabilité du client seul de manipuler ces substances et de transiger avec ce milieu. Pour des raisons sécuritaires, il a été convenu avec les clients et l'équipe qu'un intervenant ne peut payer en main propre un revendeur de drogues. Pour la même raison, les intervenants évitent d'être associés à ce milieu.

Cela nous conduit à la notion de liberté positive qui, par opposition à la liberté négative, se définit par la capacité de déterminer soi-même ce qui semble le meilleur pour son accomplissement personnel. En ce sens, l'éthique ne consiste pas à exiger d'un individu qu'il se conforme à des règles ou des valeurs préétablies, mais à offrir des opportunités qui sauront favoriser la réflexion sur ce qui fait du sens pour l'individu. Dans cette perspective, l'intervenant n'est pas celui qui a un certain pouvoir. Il devient plutôt un médiateur (Stein et Santos, 1998) ou une personne-ressource qui sert de levier pour l'appropriation de la liberté positive. Il est un « porte-parole » (Aulagnier, 2010) contre la désingularisation du client et pour la libération de la parole. Le rôle de l'intervenant doit être conçu comme celui d'un individu qui favorise le processus de prise de décision, selon le sens que le client accorde à sa situation. Puisque les clients ne prennent pas leurs décisions en se fondant uniquement sur les faits cliniques et sur les grands principes éthiques, mais sur ce qui a du sens pour eux, il apparaît que la question du sens doit être placée au centre des discussions. Surtout que le sens est rarement donné à l'avance. Nous avons besoin des autres pour le dégager (Merleau-Ponty, 1945; Ricœur, 1990). Dès lors, nous avons besoin des autres pour accéder à notre liberté. L'intervenant, de par sa présence, dépossède le client de ses illusions en proposant d'autres lectures de son monde (Herrera, 2014). Cela nous reconduit à la notion de coercition.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Les personnes aux prises avec la maladie mentale décrivent souvent leur expérience dans les soins comme si elles n'étaient pas impliquées dans les processus de décision (Wharme, 2012, 2015). Nos exemples montrent qu'il s'agit de favoriser cette participation à la prise de décision à l'intérieur d'un dialogue. Ce faisant, les clients font l'expérience d'eux-mêmes comme des agents libres qui doivent prendre des décisions (Wharme, 2015). Cette participation à la prise de décisions est souvent décrite comme étant un élément essentiel à l'*empowerment* (Fitzsimons et Fuller, 2002) ou au rétablissement (Anthony, 1993).

### L'éthique relationnelle

La pratique professionnelle est régie par des codes de déontologie développés sur la base de principes moraux tels que l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance, la justice, la véracité. Toutefois, il ne faut pas présumer que tous les individus possèdent la même compréhension de chacun de ces termes. Personne ne définit et n'applique les principes de la même façon, d'autant plus que plusieurs types de professionnels sont impliqués dans le suivi intensif au sein de la communauté et qu'ils ont recours à leur propre code de déontologie. Par exemple, les infirmières ne partagent pas nécessairement les mêmes valeurs ni les mêmes questionnements que ceux des travailleurs sociaux (Fallu et Brisson, 2013). Il faut aussi ajouter que les professionnels partagent leur travail avec une main-d'œuvre, incluant le bénévolat, qui n'est pas toujours formée au professionnalisme et aux valeurs qui s'y rattachent (Pollack, 2002). De plus, les codes de déontologie ne fournissent pas d'indications pour aborder les situations complexes telles que la coercition (Curtis et Hodge, 1995). C'est pourquoi les codes de déontologie ont besoin d'être complétés par un cadre de réflexion qui tient compte des circonstances dans lesquelles les grands principes moraux trouvent leur limite (Jonson, Siegler et Winslade, 2006). D'autant plus que les grands principes de l'éthique médicale ont été développés en fonction d'un environnement comprenant l'hôpital et le bureau du médecin, et non pour les professionnels qui travaillent dans la communauté (Hoy et Feigenbaum, 2005; Szmukler, 1999; Watts et Priebe, 2002.). Par conséquent, ce qui est recherché dans ces situations, c'est une éthique du raisonnable ou de la sagesse qui consiste, selon Aristote (1994), à trouver un équilibre, un juste milieu, entre la réalité extérieure et la réalité humaine. Pour ce faire, l'éthique relationnelle est appropriée.

L'éthique relationnelle (Austin, 2008; Bergum, 2013; Perget et Lutzen, 2012) est une approche contemporaine de l'éthique qui situe l'agir éthique explicitement dans la relation. Agir de manière éthique implique davantage que la résolution de dilemmes à l'aide d'un raisonnement éthique. Cela exige une attention et une capacité de réaction à nos engagements envers autrui. Il s'agit donc d'un processus de réciprocité et d'interaction qui demande du temps, du tact et de l'ouverture.

Comme le stipule le *Code civil du Québec*, tout client a le droit de refuser une intervention médicale, mais cela n'implique pas que le professionnel doit se désintéresser pour autant du client. La première démarche clinique et éthique consiste à conserver le lien de confiance par l'entremise d'un dialogue authentique (Quintin, 2005). Ce dernier ne consiste pas à convaincre, mais à réfléchir dans la réciprocité en donnant la parole à autrui. Il s'agit donc de parler ouvertement sans manipulation, sans faire usage du mensonge et surtout sans susciter la peur ou des illusions. C'est la pratique du dialogue socratique par lequel le professionnel exerce une certaine autorité, sans pour autant faire usage du pouvoir. Ce dialogue, en infusant de nouveaux horizons de pensée, vient décloisonner les cadres de la pensée actuelle et ouvrir de nouvelles possibilités d'action.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Le suivi intensif dans la communauté autant que l'éthique cherchent à favoriser le déploiement de l'autonomie. Cependant, l'autonomie ne signifie pas agir selon ses fantaisies. L'autonomie est le devenir soi à partir de l'interaction que l'individu établit avec le monde, son corps et autrui à travers la médiation du langage fait d'interprétation et de représentation (Merleau-Ponty, 1945). Autrement dit, l'individu a besoin des autres qui font un travail de maïeutique, comme le faisait Socrate. Si le but est d'arriver à un comportement réfléchi, celui-ci s'atteint à l'intérieur d'un dialogue, et non pas en raison d'un raisonnement rigoureux.

Le programme de suivi intensif dans la communauté tente de tirer parti des forces du client, mais souvent les professionnels de la santé vont trop facilement présumer connaître ce qui est « bon » pour le client ou connaître ce dont le client a vraiment besoin (Quintin, 2012). Par exemple, l'objectif que les clients puissent travailler et soient rémunérés pour leur travail reflète un penchant qui ne correspond pas toujours aux préférences du client (Diamond, 1996).

En tant que professionnels de la santé, les intervenants doivent s'interroger sur leur pratique. Toutefois, un aspect est souvent négligé lorsque ceux-ci réfléchissent aux enjeux éthiques : la plupart du temps, c'est le client qui doit décider pour lui-même et non le professionnel, car c'est le client qui doit saisir et énoncer les avantages, les inconvénients et, dans certains cas, les risques d'un comportement. La tâche du professionnel consiste à poser les conditions de possibilité pour que le client puisse développer sa capacité (Verkerk, 1999) de faire des choix éclairés en ayant à sa disposition des occasions de réfléchir sur ses propres valeurs, ses attentes et sur les domaines dans lesquels il souhaite une assistance (Williamson, 2002). Le dialogue permet de rencontrer les clients dans leur projet de vie, là où ils se trouvent, en respectant leurs ressources et leur rythme. Il existe ainsi un rapport étroit entre le travail clinique et la démarche éthique.

Le professionnel, habité par un souci éthique ou en raison de sa sensibilité morale, n'intervient pas pour fournir des réponses, mais pour dégager une meilleure compréhension de la situation du client (Lützen, 1998). Il intervient pour aider les clients à réfléchir, à trouver leur vérité. Ainsi, son intervention vise à poser les conditions de possibilité pour l'émergence d'une compréhension élargie. Sa responsabilité se limite à un rôle d'accompagnement par lequel il suggère des outils pour mieux discuter et comprendre de quoi il en retourne, car il s'agit de ne jamais oublier que pour un client, pour chaque intervention, il en va du sens de sa vie et de son accomplissement, le dialogue se métabolisant dans la manière dont les individus se définissent (Olsen, 1998; Watts et Priebe, 2002). Par contre, ce n'est pas parce qu'un agir fait sens pour une personne qu'automatiquement celui-ci est justifiable. L'accomplissement de soi ne doit pas se faire au détriment d'autrui. Par conséquent, l'intervenant doit aussi exercer sa pensée critique. En plus, il doit demeurer conscient que l'intervention sociale est une entreprise de normalisation (Bourgeault, 2003). Enfin, le professionnel n'oublie pas la souffrance du client, de sorte que le professionnel passe d'une perspective coercitive à une attitude de compassion (Mason, 2000).

Il y a autant de valeurs ou de sens à accorder à une vie que d'individus insérés dans des contextes culturels évoluant dans le temps. Par conséquent, le raisonnement contextuel, qui consiste à interpréter les besoins du client d'une manière non linéaire en relation avec un contexte spécifique, est de mise, surtout que chaque situation est unique. Avec un tel raisonnement, le résultat de la décision s'ajoute à l'expérience du décideur et à la capacité d'évaluer de nouvelles situations. Ce type de raisonnement est différent du raisonnement déductif fondé sur des règles préétablies (Lützen, 1998). Il n'y a donc pas de sens qui préexisterait à la situation et qui assujettirait la personne. Le seul sens qui soit porteur de vérité est celui qui émerge de la situation à l'aide du dialogue.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Dans ce contexte, il ne s'agit pas de parvenir à un choix idéal, mais à un choix raisonnable lequel, tout en reconnaissant les ambivalences, les divergences et les différences parmi les choix possibles, opte pour une solution circonspecte. Cette solution ne prétend pas conduire à la perfection, mais elle a au moins l'avantage de faire avancer l'être humain sur le chemin de la vie. Dès lors, une bonne solution devient une solution révisable et, par conséquent, mobile.

### Éthique et travail d'équipe

Le modèle que représente le suivi intensif dans la communauté se caractérise, en outre, par un travail d'équipe. Pourtant, comme nous l'indiquions au début de notre article, les discussions entourant des problèmes éthiques liés à la coercition sont difficiles, car elles suscitent de fortes émotions (Davidson et Campbell, 2007). Il est de première importance de créer un lieu, autre que le comité d'éthique de l'institution (Davis, 2002), qui puisse servir de forum où peuvent être abordées des préoccupations éthiques permettant bien souvent de ventiler la tension qu'engendrent ces dilemmes (Olofsson, Jacobsson, Gilje, Norberg, 1999). Car il est parfois difficile d'aborder ce genre de question sans être pointé du doigt pour un manque de jugement (Curtis et Hodge, 1995). Dans ces circonstances, une discussion de groupe aide à apporter une variété de points de vue et à soulager la pression et les conflits que les professionnels peuvent vivre. De plus, notre expérience montre que l'inclusion d'une réflexion éthique à l'intérieur même de la pratique professionnelle n'est pas une mesure pesante et coûteuse, mais un outil pour aider à améliorer les plans d'interventions.

### Conclusion

La démarche à suivre pour établir une action éthique dans un contexte de suivi intensif dans la communauté et de toxicomanie, dont la réduction de méfaits, consiste, pour le professionnel, à questionner sa propre pratique et sa propre culture (Fallu et Brisson, 2013). Comme le remarque Kleinig (2008), l'approche de la réduction des méfaits n'est pas aussi neutre qu'on le pense. La visée de la réduction des méfaits peut se présenter comme une stratégie légitime, mais cela ne signifie pas que les moyens utilisés sont éthiques. Il faut également se demander si le client est traité comme une fin en soi ou comme un simple moyen de satisfaire d'autres fins qui ne sont pas favorables à la personne. Le professionnel utilise une approche qui tient compte des préférences et des valeurs de la personne, de sorte que les moyens utilisés pour répondre à ces besoins doivent être aussi éthiques que les fins. Cependant, ces préférences ne vont pas toujours de soi. Alors, le professionnel, comme Socrate, les questionne, non pas pour en diminuer la valeur, mais pour en donner une compréhension plus élargie. Ainsi, l'autonomie de la personne se bâtit dans l'intersubjectivité dialogique.

Chaque personne est susceptible d'avoir la sagesse de sa propre vie et les habiletés pour gérer ses propres expériences. Il s'agit de créer un espace respectueux de réflexion qui permet un dialogue entre les différentes perspectives, afin de concilier diverses préférences. L'édification de soi ne se réduit pas à un comportement adéquat ni ne passe par un ensemble de dogmes, mais procède par le dialogue démocratique, qui est une pratique de recherche où le rapport à autrui n'est pas pollué par la peur, la manipulation et le mensonge. Nous sommes bien loin d'une imposition autoritaire d'une vision particulière du monde.

Bref, les interventions doivent être discutées avec le client, car celui-ci est au cœur de la prise de décision. Il ne s'agit pas de savoir si une intervention spécifique doit être appliquée ou non, mais de savoir comment le client désire vivre sa vie et comment il en est capable. Ainsi, l'augmentation de la qualité de vie et le rétablissement passent par la qualité du dialogue, gage d'une qualité de

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

présence. Un dialogue authentique et éthique est donc une manière d'être avec autrui. L'éthique n'est pas une théorie de prise de décision rationnelle, mais une transformation de soi par la reconfiguration profonde d'une manière de voir la vie. Ce faisant, les clients ne se contentent plus de la liberté négative comprise comme une absence de contrainte extérieure. Ils visent une liberté positive qui se comprend comme une forme de maîtrise de soi (Wertheimer, 1993).

L'expérience et la littérature confirment l'impact positif du suivi intensif sur la toxicomanie. Le cadre souple du suivi intensif, en regard de la complexité de la clientèle avec une double problématique, permet une prise en considération de tous les éléments positifs et négatifs déjà présents dans le milieu de vie ainsi que des attentes réalistes basées sur la réalité clinique du client. Ce cadre permet aussi d'intervenir en respectant le rythme du client dans le processus de rétablissement et dans le changement de ses habitudes de vie. Les principes de base qui organisent le suivi intensif dans la communauté sont fondés sur les concepts éthiques d'égalité, de respect et de recherche commune de la vérité. La pratique du suivi intensif dans la communauté et l'éthique relationnelle sont étroitement liées l'une à l'autre. Les exemples tirés de la toxicomanie montrent qu'il s'agit de respecter les stratégies du client, qui sont « malgré leur caractère éventuellement « anormal », des solutions pragmatiques trouvées par chacun pour aménager sa vie » (Denis, 2007, p. 92).

## Références

- Allness, D.J. et Knoedler, W.H. (1998). *The Pact model of Community Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for Pact Start-up*. Arlington: Virginia, NAMI.
- Angell, B. et Mohoney, C. (2007). Reconceptualizing the Case Management Relationship in Intensive Treatment: A Study of Staff Perceptions and Experiences, *Administration and Policy, Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 172-188.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Appelbaum, P. S. et Redlich, A. (2006). Use of Leverage Over Clients' Money to Promote Adherence to Psychiatric Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4), 294-302.
- Aristote. (1994). *Éthique à Nicomaque*. Paris: Vrin.
- Aulagnier, P. (2010). *La violence de l'interprétation*. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Austin, W.J. (2008). Relational Ethics. Dans Given, L.M. *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bergum, V. (2013). Relational ethics for health care. Dans J.L.Storch, P. Rodney, et R. Starzomski (dir.), *Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice* (p. 127-142). Toronto, On: Pearson.
- Berlin, I. (1969). *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press.
- Blanch, A. et Parrish, J. (1993). *Reports of three roundtable discussions on involuntary interventions*. Psychiatric Rehabilitation and Community Support Monograph, 1, 1-42.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. et Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bonsack, Ch. (2005). L'avenir de la psychiatrie est dans la communauté. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 139-148.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation. Peut-il en être autrement? À quelles conditions? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92-105.
- Cohen-Almagor, R. (2006). On Compromise and Coercion. *Ratio Juris*, 19(4), 434-455.
- Curtis, L. et Diamond, R. (1997). Power and coercion in mental health practice. Dans *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*, Blackwell, 97-122.
- Curtis, L. et Hodge, M. (1995). Ethics and boundaries in community support services: new challenges. *New Directions for Mental Health Services*, 66, 43-59.
- Davidson, G. et Campbell, J. (2007). An Examination of the Use of Coercion by Assertive Outreach and Community Mental Health Teams in Northern Ireland. *British Journal of Social Work*, 37, 537-555.



## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

- Davis, S. (2002). Autonomy Versus Coercion: Reconciling Competing Perspectives in Community Mental Health. *Community Mental Health Journal*, 38(2), 239-250.
- Denis, P. (2007). L'éthique du psychanalyste. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(3), 83-93.
- Dennis, D., Monahan, J. (dir.). (1996). *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, New York, NY: Springer.
- Diamond, R. J. (1996). Coercion and tenacious treatment in the community: Application to the real world. Dans Dennis, D. et Monahan, J. (dir.), *Coercion and Aggressive Community Treatment. A New Frontier in Mental Health Law*. New York, Plenum Press, 51-72.
- Dixon, L. (2000). Assertive Community Treatment: Twenty-Five Years of Gold. *Psychiatric Services*, 51(6), 759-765.
- Drake, R.E. et al. (1998). Assertive community treatment for clients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.
- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56, 64-84.
- Elster, J. (1979). *Ulysses and the Sirens. Studies in Rationality and Irrationality*. New York, NY: Cambridge University Press et Paris: Éditions de la maison des sciences de l'homme.
- Elster, J. (2000). *Ulysses Unbound. Studies in Rationality, Precommitment, and Constraint*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Essox, S.M. et al. (2006). Comparison of ACT and Standart Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 185-196.
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. Dans Massé, R. et Mondou, I. (dir.). *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Fitzsimons, S. et Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11, 481-500.
- Fries, H.P. et Rosen, M.I. (2011). The efficacy of assertive community treatment To treat substance use. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 45-50.
- Gélinas, D. (1998). Le suivi dans le milieu de vie des personnes. *Santé Mentale au Québec*, 23(2).
- Herrera, Fabrice (2014). *L'hôpital psychiatrique: le lieu d'une remise en mots par le groupe*. (Manuscrit).
- Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J., et Wagner, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 227-241.
- Husum, T.L.; Finset, A. et Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 417-422.
- Hoy, J., et Feigenbaum, E., (2005). Ethics in Community Care. Making the Case for Ethics Consults in Community Mental Health Centers. *Community Mental Health Journal*, 41(3), 235-250.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

James, W. (1992). The Will To Believe. Dans James, W. *Writings 1878-1899*. New York, NY: The Library of America.

Jonson, A.R., Siegler, M. et Winslade, W.J. (2006). *Clinical Ethics*. New York, NY: McGraw-Hill.

Kant, E. (1994). *Métaphysique des moeurs*. Paris : GF-Flammarion.

Kleinig, J. (2008). The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 1-16.

Lidz, C.W. (1998). Coercion in psychiatric care: What have we learned from research? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 26(4), 631-637.

Lucksted, A. et Coursey, R.D. (1995). Consumer perceptions of pressures and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services*, 46(2), 146-152.

Lützen, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 5,101-107.

Massé, R. (2013). Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. Dans Massé, R. et Mondou, I. (dir.). *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Mason, T. (2000). Managing protest behaviour: from coercion to compassion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 269-275.

McGrew, J. et Bond, G. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment-judgement of the expert. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.

Mill, J.S. (1990). *De la liberté*. Paris : Gallimard.

Neale, M. S. et Rosenheck, R. A. (2000). Therapeutic Limit Setting in an Assertive Community Treatment Program. *Psychiatric Services*, 51(4), 499-505.

O'Brien, A.J. et Golding, C.G. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 167-173.

Olofsson, B., Jacobsson, L., Gilje, F. et Norberg, A. (1999). Being in conflict: Physicians' experience with using coercion in psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(3), 203-210.

Olsen, D. (1998). Toward an Ethical Standard for Coerced Mental Health Treatment: Least Restrictive or Most Therapeutic? *The Journal of Clinical Ethics*, 9(3), 235-246.

Pergert, P. et Lutzen, K. (2012). Balancing truth-telling in the preservation of hope: A relational ethics approach. *Nursing Ethics*, 19, 21-29.

Pollack, D. (2002). Boundary conflicts in community settings. Dans P. Backlar et D. Cutler (dir.), *Ethics in Community Mental Health Care: Commonplace Concerns*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 51-62.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

- Quintin, J. (2005). *Herméneutique et psychiatrie. Pouvoirs et limites du dialogue*. Montréal : Liber.
- Quintin, J. (2012). *Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*. Montréal : Liber.
- Quirion, B. et Bellerose, C. (2007). Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et *empowerment*. *Sociologie et société*, 39(1), 29-50.
- Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. Oxford: Oxford University Press.
- Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2011). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. New York: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Riley, D.M. et O'Hare, P. (2000). Harm Reduction: History, Definition and Practice. Dans Inciardi, J. et Harrison, L. (Eds.). *Harm Reduction and Drug Control*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rosenheck, R. A. et Neale, M. S. (2004). Therapeutic Limit Setting and Six-Month Outcomes in a Veterans Affairs Assertive Community Treatment Program. *Psychiatric Services*, 55(2), 139-144.
- Salyers, M. et Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery : Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*, 43(6), 619-641.
- Stein, L. et Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental disorders*. New York: Norton et Company.
- Stein, L.I. et Test, M.A. (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. New York: Plenum Press.
- Stein, L. I. et Test, M.A. (eds.). (1985). *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*. New Directions for Mental Health Services, n° 26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Swartz, M. et Monahan, J. (2001). Special Section on Involuntary Outclient Commitment: Introduction. *Psychiatric Services*, 52, 323-324.
- Szmukler, G. (1999). Ethics in community psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 328-338.
- Szmukler, G. et Appelbaum, P.S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233-244.
- Test, M.A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé Mentale au Québec*, 23(2).
- Test, M.A., Knodler, W.H. et Allness, D.J. (1985). The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. Dans *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*. New Directions for Mental Health Services, n° 26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tomas, N. (2006). The Client as a Policy Factor: A Historical Case Study of the Consumer/Survivor Movement. *Mental Health, Health Affairs*, 25(3), 720-729.

## Suivi intensif et consommation : quelques enjeux éthiques

Verkerk, M. A Care Perspective on Coercion and Autonomy. *Bioethics*, 13, 358-368.

Watts, J. et Priebe, S. (2002). A Phenomenological Account of Users' Experiences Of Assertive Community Treatment. *Bioethics*, 16(5), 439-454.

Wertheimer, A. (1993). A Philosophical Examination of Coercion for Mental Health Issues. *Behavioural Sciences and the Law*, 11(3), 239-258.

Wharme, S. (2015). Shared Dilemmas in the Management of Bipolar Disorder: A Phenomenological Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-16. DOI: 10.1177/0022167815585912

Wharme, S., Langdridge, D. et Motzkau, J. (2012). Decision-Making in Mental Healthcare: A Phenomenological Investigation of Service User Perspectives. *The Humanistic Psychologist*, 40, 153-165.

Williamson, T. (2002). Ethics of Assertive Outreach. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(5), 543-547.

Wynn, R. (2003). Staff's choice of formal and informal coercive interventions in psychiatric emergencies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(2), 157-164.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

# Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

**Anne-Marie Emard**, candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

**Sophie Gilbert**, Ph.D. en psychologie, Université du Québec à Montréal

## **Correspondance :**

Anne-Marie Emard  
Candidate au doctorat en psychologie  
Université du Québec à Montréal  
514 602-1181  
emard.anne-marie@courrier.uqam.ca

### Résumé

L'arrivée d'un enfant dans la vie de parents consommant des drogues – des parents surreprésentés dans les cas de mauvais traitements rapportés aux instances de la protection de la jeunesse – peut être considérée comme un tremplin afin de se sortir de son mode de vie de consommation. Par contre, ce levier, à lui seul, est rarement suffisant pour soutenir un réel changement dans la trajectoire de ces jeunes, marquée par la progressive désinscription sociale et l'actuel risque d'intervention par les services de protection de l'enfance.

À partir d'entretiens réalisés dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure sur la parentalité chez les «jeunes adultes en difficulté», notre étude a pour objectif de mieux comprendre l'expérience de la parentalité jumelée à la consommation de drogue chez des jeunes vivant en contexte de précarité socioéconomique, en s'intéressant plus particulièrement à la manière dont ces parents investissent leur enfant et leur consommation de drogue.

L'analyse par «catégories conceptualisantes» a été utilisée afin de soutenir une modélisation de la place de cet enfant et du rôle de la consommation de drogue dans le parcours de ces jeunes parents. En découlent de nouvelles pistes pour l'intervention auprès de cette clientèle présentant des défis majeurs pour les cliniciens.

**Mots-clés** : Toxicomanie, parentalité, jeunes en difficulté, intervention

### Substance abuse and parenthood among troubled youth: transition issues

#### Abstract

Parents with drug addiction issues are particularly prone to be reported to the Director of Youth Protection in mistreatment cases, even though becoming a parent could motivate a change in their way of life. However, this new status, on its own, is rarely enough to sustain lasting changes in their lives, to oppose the underlying psychosocial problems, and to reduce the actual risk of report to Youth Protection services.

From a larger qualitative research on parenthood among at-risk youth (aka street youth), our study aims to understand parenthood experience combined with drug addiction issues, while focusing on the way those parents invest both their children and their drug addiction.

A conceptual qualitative analysis was conducted on eight semi-directive interviews. Our results consist in making a model of the place and role of those children and the drug addiction in the lifepath of these parents. New clinical perspectives are discussed for intervention among those vulnerable young parents at-risk of mistreatment.

**Keywords**: Substance abuse, parenthood, troubled youth, intervention

## **Toxicomanía y parentalidad en los jóvenes con dificultades: los desafíos de una transición**

### **Resumen**

La llegada de un hijo en la vida de padres y madres que consumen drogas – que están sobre representados en las denuncias de malos tratos denunciados ante las instancias de la protección de la juventud – puede ser considerada como un trampolín para salir del modo de vida del consumo. Sin embargo, esta palanca, por sí sola, es raramente suficiente para sostener un cambio real en la trayectoria de estos jóvenes, marcada por la progresiva desincrición social y el riesgo real de intervención de los servicios de protección a la infancia.

Nuestro estudio, que se basa en entrevistas realizadas en el marco de una investigación de mayor envergadura sobre la parentalidad entre los “jóvenes adultos en dificultad”, tiene como objetivo comprender mejor la experiencia de la parentalidad sumada al consumo de drogas entre los jóvenes que viven en un contexto de precariedad socioeconómica, interesándose en particular en el modo como estos padres o madres comprometen a su hijo y su consumo de drogas.

Se utilizó el análisis por “categorías conceptualizantes” para sostener una modelización del lugar de este hijo o hija y del papel del consumo de drogas en la trayectoria de estos padres o madres jóvenes. Surgen del mismo nuevas pistas para la intervención ante esta clientela que confronta a los clínicos particularmente.

**Palabras clave:** toxicomanía, parentalidad, jóvenes en dificultad, intervención.

### Introduction

La toxicomanie et la parentalité semblent incompatibles à plusieurs niveaux, principalement en ce qui a trait aux conditions de vie et aux comportements à risques associés à la consommation (Gouvernement du Québec, 1999). Lorsque s'ajoute à ces deux réalités la précarité de l'inscription sociale, la question de la pérennité de ces conditions devient impérative. Celles-ci posent d'ailleurs certains problèmes à l'intervention, notamment en raison de l'écart entre l'ampleur du besoin de soutien de ces parents et la quasi-absence de demande de leur part.

À partir d'entrevues réalisés dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure sur la parentalité chez les jeunes adultes en difficulté<sup>1</sup>, notre étude a pour objectif de mieux comprendre l'expérience de la parentalité jumelée à la consommation de drogue chez des jeunes vivant en contexte de précarité socioéconomique, en s'intéressant plus particulièrement aux modes d'investissement du toxique et de l'enfant. Les « catégories conceptualisantes » (Paillé et Mucchielli, 2012) ont été utilisées afin de pousser l'analyse au-delà du discours manifeste des participants. La modélisation émergeant de cette analyse a permis d'élaborer de nouvelles pistes pour l'intervention auprès de cette clientèle.

Afin de bien situer notre recherche, nous allons d'abord cerner la population ciblée par notre étude, soit les « jeunes en difficulté », définissant ensuite certains enjeux relevés dans la littérature quant à la problématique de consommation et au fait de devenir parent pour ces jeunes. La méthodologie employée pour cette recherche sera ensuite explicitée, suivie des résultats et de la discussion que ces derniers suscitent.

### Les jeunes en difficulté

L'itinérance est une réalité bien visible à Montréal, quoique difficile à chiffrer. Les seules données à ce niveau datent d'une quinzaine d'années : entre 1996 et 1997, 28 214 individus ont fréquenté les centres d'hébergement et les soupes populaires destinés à une clientèle itinérante (Fournier et Chevalier, 1998). De ce nombre, plus du tiers auraient moins de 30 ans ; ils sont souvent désignés par l'appellation « jeunes de la rue ». Ces jeunes « habitent, fréquentent ou sont de passage dans le centre-ville et sa périphérie ; leur mode de vie [étant] lié à l'espace public, qu'ils utilisent comme habitat et lieu d'activités économiques ou espace de socialisation » (Monast, 2010, p. 106). Le qualificatif « en difficulté » tend à remplacer celui de l'identification à l'espace (appellation fréquente : « jeunes de la rue ») dans les recherches du Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes (GRIJA), car il illustre davantage l'étendue des problématiques rencontrées telles une désinscription sociale, la toxicomanie, la délinquance (Gilbert, 2009).

En outre, entre 50 et 75 % des jeunes en difficulté auraient été pris en charge, au cours de leur enfance, par les services de protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2008). Quelques facteurs explicatifs de la transition de ces jeunes vers un mode de vie de rue, marqué par des conditions particulièrement précaires, ont été relevés : instabilité résidentielle, pauvreté, vulnérabilité émotionnelle, etc. (Roy et al., 2000). Les recherches révèlent également la violence familiale, les placements répétitifs, les ruptures familiales, la négligence comme facteurs prédisposant à la fréquentation de la rue chez les jeunes (ASPC, 2006 ; Chez Toit, 2009 ; Poirier et al., 1999).

---

<sup>1</sup> Par le Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes ([www.grija.ca](http://www.grija.ca)), et financée par le FQRSC.



### La consommation de drogues chez les jeunes en difficulté

On estime à 98,2% le taux de jeunes de la rue ayant déjà consommé des drogues illicites (Haley, Roy, Leclerc, Boudreau et Boivin, 2004); 72,3% d'entre eux affirment avoir des troubles liés à des substances et 46,6% ont déjà consommé des drogues par injection (Roy, 2010; Roy et al., 2008). De plus, la prévalence de l'utilisation de substances psychoactives, tous produits confondus, est plus marquée chez ces jeunes que dans la population en général (Santé Canada, 2001).

Dans un souci de compréhension du phénomène des toxicomanies, Ciccone (2007) souligne l'importance de discerner « les différents modes de rapport aux produits toxiques » (p. 340) et propose une nomenclature graduant, sur un continuum, le niveau pathologique du rapport à l'objet. Il propose un ordre croissant entre la recherche d'effet euphorisant ayant lieu sous une consommation récréative, puis la quête d'une vertu antidépressive liée à une consommation « autothérapeutique », et finalement la recherche d'une action anesthésiante caractérisant une consommation toxicomaniaque. Cette vision de la consommation de drogue met l'accent sur les vertus psychiques du produit pour l'usager.

De fait, par son caractère asymétrique et sa nécessité au point de vue de la survie psychique, la relation au toxique rappellerait la première relation au premier objet d'investissement émotif, la mère<sup>[2]</sup>, particulièrement en terme de dépendance (Corcos et Jeammet, 2003; Mouras, 2012). En effet, face à l'extrême vulnérabilité de l'enfant naissant, cette présence affective s'avère fondamentale dans le développement narcissique (valeur de soi) optimal de l'enfant. Dans cette optique, et au regard de la fréquente défaillance des figures parentales chez ces jeunes<sup>[3]</sup>, la consommation de drogue pourrait avoir une fonction réparatrice au plan narcissique, notamment en affirmant une certaine distanciation face aux figures parentales défaillantes de l'enfance: « vous ne pouvez plus m'abandonner, car maintenant c'est moi qui vous contrôle » (McDougall, 2004).

### Les jeunes parents en difficulté

La parentalité chez les jeunes adultes en difficulté demeure une réalité peu documentée (Gilbert, 2007a). Toutefois, il semble que la grossesse chez les jeunes de la rue soit généralement accidentelle, qu'il s'agisse d'adolescentes, de jeunes adultes (Haley et al., 2004) ou encore, de mères toxicomanes (Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj et Marsh, 2002). Néanmoins, malgré leur caractère non planifié, ces grossesses souvent répétitives et menées à terme donnent à penser que l'enfant à venir serait porteur d'un désir (Gilbert, 2015), lequel serait à explorer.

Du reste, malgré ce désir, les parents toxicomanes seraient surreprésentés dans les cas de mauvais traitements rapportés aux instances de protection de la jeunesse (Clément et Tourigny, 1999). La toxicomanie et une situation socioéconomique précaire figurent d'ailleurs sur la liste des huit facteurs de risque pouvant conduire à de la négligence, cités par l'Association des centres jeunesse du Québec (2010). Le cumul des problématiques psychosociales, incluant la toxicomanie et les conditions de vie qui lui sont associées, pourrait théoriquement rendre les jeunes parents en difficulté particulièrement susceptibles d'adopter des comportements négligents face à leurs enfants et, par conséquent, le risque d'en perdre la garde constituerait pour eux un danger bien réel. De plus, on ne peut que souligner la répétition de l'expérience de ces jeunes face aux instances de protection de la jeunesse, plusieurs ayant connu des placements dans leur enfance et se retrouvant, une fois parent, confrontés au placement de leur(s) propre(s) enfant(s).

<sup>2</sup> À entendre ici comme le premier donneur de soin.

<sup>3</sup> Voir la section « jeunes en difficulté » : prévalence élevée d'expériences de violence familiale, de placements répétitifs, de ruptures familiales, de négligence dans l'histoire de ces jeunes.

### Les fonctions psychiques de l'enfant

Mais que sous-tend ce désir d'enfant ? Que vient combler ce petit être ? De façon générale, le fait d'avoir des enfants répondrait d'abord, de façon inconsciente, à un besoin d'immortalité (Bydlowski, 2008 ; Ciccone 2013 ; Freud, 1900/1967). Ce point de vue orienté vers l'avenir apparaît plus nuancé, dans une intrication entre enjeux historiques et futurs, si l'on considère que l'un des bénéfiques recherchés par la parentalité des jeunes en difficulté consiste à assouvir un désir de réparation du passé (Ciccone, 2013 ; Poirier et al., 1999). L'enfant pourrait alors être investi comme objet-guérisseur permettant au parent de transcender certaines blessures de son enfance, de combler des trous laissés béants par les failles de ses propres parents. Néanmoins, avec un soutien approprié, l'enfant pourrait servir de tremplin, en générant l'énergie nécessaire à l'amélioration de leur situation (Gouvernement du Québec, 1999 ; Gilbert, 2015), notamment par le changement de leur statut social, et dans l'objectif, conscient ou non, d'être perçu comme plus mature (Montgomery, 2002).

### Les interventions actuelles auprès de ces jeunes parents : une demande... agie ?

Une étude du GRIJA conduite au Service à la famille (SERFAM) de l'organisme communautaire montréalais Dans la rue fait ressortir quelques difficultés rencontrées dans l'intervention auprès d'une clientèle de parents « en difficulté » (Gilbert, Lafortune, Charland, Lapointe et Lussier, 2013). À l'instar du mode de requête d'aide prévalent chez les jeunes de la rue (Gilbert et Lussier, 2007), la majorité des demandes formulées par les parents sont liées aux besoins matériels, souvent revendiqués dans l'urgence. L'émergence d'une demande d'aide à plus long terme apparaît, pour les intervenants, comme un défi majeur et ne surgit qu'à la suite d'un long investissement de la relation d'aide souvent précédé de nombreux échecs (réticence des jeunes à reconnaître la précarité de leur situation, fuite par crainte de perdre la garde de l'enfant, rupture difficile avec le milieu de la rue...). En ce sens, la demande d'aide se situerait à un autre niveau, non explicitement formulé. Ainsi, cette étude invite à porter une attention particulière à la dimension de l'agir chez ces parents, soit des actes non prémédités, qui viennent répondre à une impulsion outrepassant le registre de la pensée et de la parole. L'acte viendrait alors mettre en scène quelque chose d'inaccessible, au moment où il advient, au domaine langagier (Jeammet, 1989).

En nous arrêtant sur le discours que portent ces parents sur leur consommation<sup>[4]</sup> et leur enfant, nous souhaitons mettre en lumière certains enjeux transitoires vécus par ces jeunes et, ainsi, permettre aux professionnels de mieux saisir l'expérience subjective de cette population, espérant réduire les préjugés auxquels elle fait face (Gouvernement du Québec, 1999).

Dès lors, la présente étude vise à mieux comprendre comment s'articulent consommation de drogue et parentalité. Au-delà de l'apparente incompatibilité, tant au niveau social que légal (négligence, placements), peut-on considérer ces deux réalités des jeunes parents en difficulté dans un rapport de continuité ou de discontinuité, l'un substituant parfois l'autre, ou encore les deux coexistant temporellement ?

Plus spécifiquement, nous avons exploré : 1) la place de l'enfant dans le discours du parent, puis en tant que fonctions attribuées dans son parcours ; 2) la représentation de la consommation de drogue dans la trajectoire du parent, dans son discours manifeste et à travers les liens associatifs évoqués dans son discours ; 3) les liens entre la représentation de la place de l'enfant et celle de la consommation dans la trajectoire des jeunes.

---

<sup>4</sup> Entendue comme un agir, soit un désir moteur, à l'insu du parent, qui ne transite pas par la représentation.

## Méthodologie

L'approche qualitative a été privilégiée afin d'avoir accès à la singularité et à la subjectivité de l'expérience des participants, au regard de ce qu'évoquent pour eux l'objet-drogue et l'enfant. Cette recherche s'inscrit dans un paradigme à la fois constructiviste (Mucchielli, 2005) et psychanalytique, et propose un nouveau regard sur le phénomène de la parentalité jumelée à la consommation de drogue, en contexte de précarité de l'inscription sociale. La démarche inductive, en laissant émerger les facettes de cette réalité sans essayer de les enfermer d'emblée dans des concepts préexistants, soutient un éclairage novateur sur cette problématique. Dans un processus itératif, les allers-retours entre le matériel recueilli et la conceptualisation émergente permettent de progressivement accéder à une théorisation au plus proche de la réalité de ces jeunes parents. Ce n'est qu'en dernier lieu que s'effectue une articulation des résultats avec certaines théories psychanalytiques.

Les données utilisées pour la présente étude ont été recueillies entre 2007 et 2010 dans le cadre d'une recherche du GRIJA portant sur la parentalité chez les jeunes adultes en difficulté<sup>[5]</sup>. Seize mères et 14 pères avaient alors été rencontrés à deux reprises à l'organisme communautaire montréalais *Dans la rue*, accueillant des « jeunes sans abri ou en situation précaire » (Dans la rue, n.d.), et disposant entre autres de services spécifiquement conçus pour les parents. Les participants ont été sélectionnés sur la base de leur parentalité (peu importait si l'individu avait la garde ou non de son/ses enfant(s)), de leur âge (entre 18 et 30 ans), et de leur fréquentation d'un organisme desservant les jeunes de la rue ou jeunes « en difficulté » depuis au moins un mois. Toutefois, seuls les participants ayant évoqué leur consommation de drogue, passée ou actuelle, lors des entretiens de recherche ont été retenus pour la présente étude. Afin d'élargir le champ d'exploration tout en maximisant la profondeur des analyses (en limitant le nombre d'entretiens pour consacrer à chacun davantage de temps d'analyse), deux hommes et deux femmes (donc huit entretiens) ont été retenus pour fin d'analyse. Plus spécifiquement, chaque sujet avait au moins un enfant, ne disposait pas de la garde de celui-ci au moment des entretiens et avait connu une dépendance aux substances illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines) dans le passé ou dans l'actuel.

Nos données ont été recueillies par des entretiens de recherche menés de façon non directive (Gilbert, 2007b). Une question principale amorçait l'entrevue, soit : « parlez-moi de votre famille », et quelques sous-thèmes orientaient, au besoin, les relances de l'intervieweur. Comme les entretiens suivent « le fil conducteur du discours des participants » (Gilbert, 2007a), les sujets qui ont évoqué ce thème l'ont vraisemblablement fait sur la base d'un lien associatif avec le thème principal qu'est la famille et leur élaboration à partir de cette thématique. Deux entretiens d'une durée de 60 à 120 minutes ont été réalisés pour chaque participant. Quelques jours d'intervalle seulement séparaient ces deux entretiens afin de favoriser « l'élaboration en profondeur par les participants de leur expérience, par un retour rapide sur celle-ci à la suite d'un laps de temps de réflexion suffisamment bref pour que les [...] pensées évoquées demeurent en chantier... » (Gilbert, 2009).

Les enregistrements audio des entretiens et leur transcription constituent les principaux matériaux de la présente recherche. Néanmoins, l'implication d'autres chercheurs-collègues est apparue essentielle afin d'éviter les biais inhérents aux présupposés et projections du chercheur. Différents membres du groupe de recherche<sup>[6]</sup> ont ainsi agi comme tiers lors de l'analyse, tant dans l'articulation que la validation par consensus des catégories émergentes.

---

<sup>5</sup> Ce projet de recherche avait déjà reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM. La présente étude bénéficie de cet assentiment.

<sup>6</sup> GRIJA

L'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes a été adoptée dans le cadre de cette recherche. Selon Paillé et Mucchielli (2012), cette stratégie implique une « intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé [...] et l'utilisation, à cette fin, d'annotations traduisant la compréhension à laquelle arrive l'analyste » (p. 316). Il s'agit littéralement d'une co-construction issue à la fois de ce que le participant a voulu signifier et de ce que le chercheur construit comme signification. À ce stade, la référence psychanalytique consiste en une sensibilité particulière du chercheur face au niveau latent du discours qui pourrait être présent chez le participant, affectant la manière d'entendre et de lire les paroles du sujet. Dans un dernier temps, la référence à la psychanalyse transparaîtra également à travers l'articulation de celle-ci avec la théorie émergeant des catégories conceptualisantes, soit dans un arrière-plan épistémologique.

La première étape de l'analyse consiste en une immersion complète dans les données par la lecture et l'écoute des entrevues. Cette étape vise à faire émerger un sens lié à la question de recherche et les lectures répétées permettent de faire des liens entre différentes parties du verbatim qui pourraient, prises dans leur ensemble, être porteuses d'un sens nouveau, moins accessible dans un découpage plus linéaire. Une seconde phase implique plus spécifiquement le travail de codification des verbatims à l'aide de « catégories conceptualisantes », lesquelles « [font] image par rapport à l'expérience du sujet, elle[s] l'interpelle[nt] directement » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 327). Enfin, une fois que les catégories ont acquis assez d'appuis dans les matériaux d'analyse, les relations qu'elles entretiennent entre elles sont exposées de manière plus complète. C'est l'étape de théorisation.

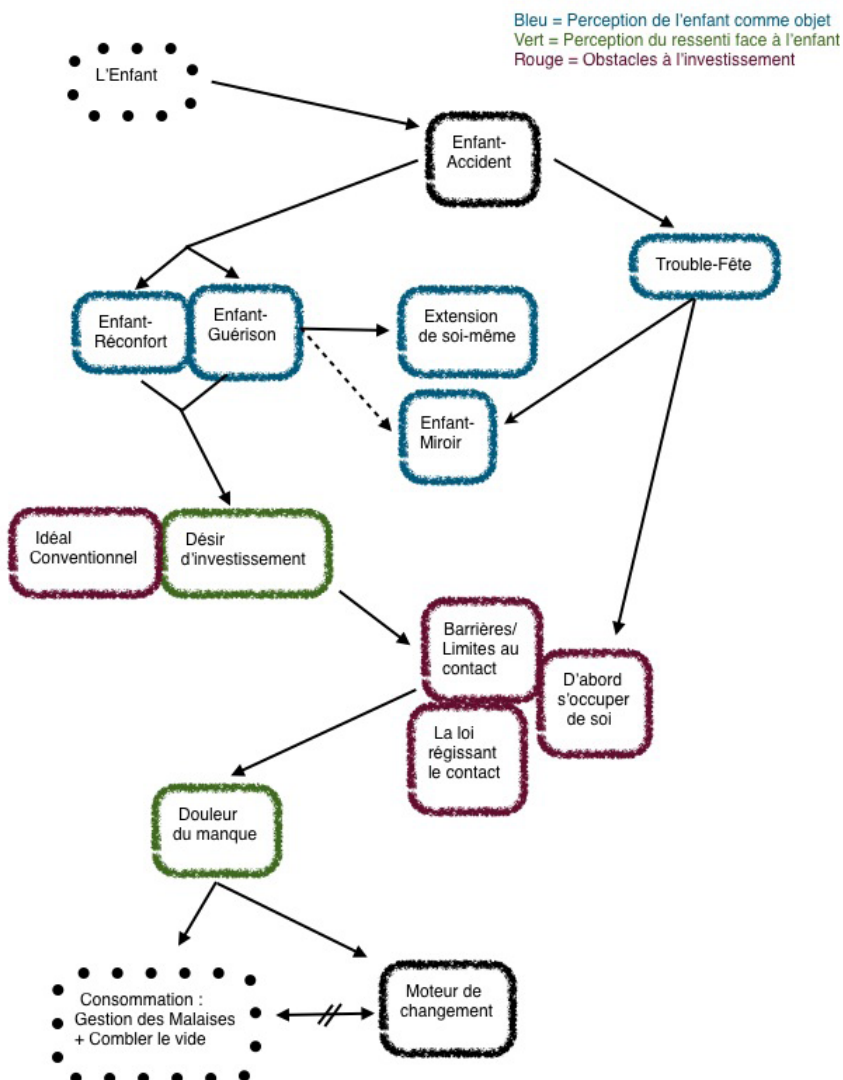
### Résultats

Nos résultats seront présentés sous forme d'un ensemble de représentations liées à l'enfant et à la consommation. La schématisation de ces représentations permet d'entrevoir à quel point les jeunes parents rencontrés sont aux prises avec une conflictualité complexe, relative à la présence de désirs souvent contradictoires qui sous-tendent l'investissement de leur parentalité, de même que leur propension à la consommation. L'articulation de ces deux sphères de représentations sera discutée dans la section suivante. Les noms des catégories ont été choisis en lien avec leur caractère évocateur, métaphorique (Paillé et Mucchielli, 2012). Les catégories seront illustrées à l'aide de citations, lesquelles ne sauraient, bien entendu, représenter l'ensemble des discours.

### L'enfant dans le parcours du parent

Les représentations psychiques de l'enfant telles qu'évoquées dans le discours des parents en difficulté et regroupées au sein de catégories sont présentées dans la figure 1, puis détaillées dans les paragraphes qui suivent.

Figure 1 : Représentations associées à l'enfant



### L'enfant-accident

Tel qu'évoqué dans la littérature, la majorité des grossesses des jeunes rencontrés pour cette étude étaient accidentelles, non préméditées. Philippe<sup>[7]</sup> qualifie d'ailleurs cet événement de « bad luck », ajoutant qu'il s'agissait de l'unique fois où le couple n'avait pas mis de préservatif lors de l'acte sexuel. Mathilde s'exprime ainsi : « ça faisait trois semaines qu'on était ensemble quand je suis tombée enceinte », laissant entendre que le projet d'enfant n'était pas réfléchi. Reste qu'à cet *enfant-accident* semblent se superposer des représentations à valence tant positive (réconfort, guérison) que négative (trouble-fête).

<sup>7</sup> Les noms présentés dans cet article sont fictifs afin d'assurer la confidentialité des participants.

### L'ambivalence : entre trouble-fête et réconfort-guérison

Face à la non-préméditation de la grossesse, on observe que ce petit être naissant confronte le parent dans son mode de vie. Ainsi, l'enfant *trouble-fête* est celui qui dérange, qui oblige le parent à quitter son mode de vie de consommation. Il devient ainsi un tiers entre le parent et l'objet-drogue :

On ne pense plus qu'on est tout seul. T'sais de sortir dans les clubs, pis faire n'importe quoi d'autre, on ne peut plus faire ça. Parce que notre enfant a besoin de nous autres 24 heures sur 24. (Megane)

ou entre les deux parents:

les parents à mon chum ont décidé de le prendre [l'enfant] le temps qu'on règle nos problèmes là. [...] Parce que justement... on a parlé à ses parents après pis, ils ont dit : 'regarde, ça a pas de bon sens vous chicaner de même... en plus avec le bébé... vous pouvez pas régler vos affaires. C'est impossible, vous avez pas le temps...' (Mathilde)

Parallèlement à cette représentation de l'enfant qui dérange intervient la perception d'une possible *guérison du passé*, pour le parent, à travers cet enfant. Ce mode d'investissement semble cohérent avec le parcours infantile conflictuel dans la famille d'origine des jeunes en difficulté. Le sujet verrait alors dans sa progéniture une opportunité de (se) donner ce qu'il n'a pu recevoir dans l'enfance:

Moi, vu que j'ai pas eu ça, je vais pouvoir l'avoir, mais d'une autre façon. Moi, en tant qu'enfant j'ai pas eu ça, mais je vais pouvoir le donner à quelqu'un, fait que ça revient au même. C'est comme réaliser un rêve d'enfance, sauf que c'est moi l'adulte, c'est pas moi l'enfant. C'est juste un rôle qui est inversé. (Philippe)

L'*enfant-guérison* est parfois considéré comme une *extension de soi* pour le parent: « mon petit moi », « mon sang », dira Patrick<sup>[8]</sup>. Mais il peut également agir en tant que *miroir*, reflet du fardeau de la répétition actuelle des reproches adressés par le jeune à ses propres parents. Dans cette perspective, l'enfant ébranle le potentiel réparateur de la guérison attendue:

Est-ce que je vais prendre mes responsabilités de rôle de père? Je veux pas faire la même gaffe comme mon père a fait avec moi. Moi c'est un peu plus... C'est sous un contexte différent: lui, il a décidé de partir là, moi j'ai pas décidé. C'était la mère qui a décidé de partir. (Philippe)

Enfin, l'*enfant-réconfort* coexiste simultanément avec le *trouble-fête* et l'*enfant-guérison*, mais contrairement à ce dernier qui réfère au passé (à guérir), le réconfort évoque ici une réalité actuelle. Tributaire du contact physique ou de la simple pensée, le réconfort attendu de l'enfant ou attribué à celui-ci serait associé non seulement à l'apaisement lié à l'expression des émotions, mais également, à la motivation – empreinte de précarité – à rester en vie :

Je m'ennuie de la serrer dans mes bras. Rien que ça là, je te dis, ça soulagerait un peu. [...] Je pense que je sourirais pis je pleurerais en même temps. (Patrick)

Quand je vis de quoi de dur, pis je pense à lui, là tout de suite ça me met le sourire. [...] parce que sinon – les deux présentement – si on n'avait pas les petits, on aurait le goût de mourir! Parce qu'on n'a plus rien. (Megane)

---

<sup>8</sup> Ce concept se rapproche de l'idée d'immortalité via la filiation signalée par Freud (1900), de même que de l'identification narcissique (Manzano, Palacio Espasa et Zilkha, 2009).

### Investir l'enfant dans le cadre d'une famille idéale

Même si aucun parent n'avait, au moment des entretiens, la garde de son(s) enfant(s), la *volonté* de se lier à cet enfant, voir de l'investir affectivement, ressort explicitement de leur discours :

c'est sûr que j'aimerais ça retourner, j'aimerais ça avoir ma fille dans ma vie. [...] si elle a des peines d'amour, je veux pas juste qu'elle aille voir sa mère. Je veux combler tous ses besoins. (Philippe)

Au moins une fois par mois, ça serait pas mal mieux là. Au moins, je la verrais grandir un peu. [...] Moi j'aimerais ça la voir aller à l'école le matin, embarquer dans l'autobus... la rejoindre, pis... lui montrer ses leçons... (Patrick)

L'écart entre la réalité du lien parent-enfant actuel et l'ampleur de cette attente affective serait à rapprocher de la connotation *idéale de cet investissement*, telle que reflétée par le désir de « combler tous ses besoins ». Cette référence à un idéal fait également écho au modèle normatif véhiculé dans la société occidentale :

... avoir ma maison sur le bord de l'eau, avec une piscine, deux chiens, avoir plein d'enfants ou un mari qui m'aime. (Megane)

J'aimerais ça avoir une famille normale, avec une job pis deux enfants, une auto, une maison [...] *the American Dream* comme qu'ils disent. (Philippe)

### Barrières au contact

En parallèle (ou peut-être, en renfort) à cet idéal par définition inatteignable, il semble que certains facteurs, plus réels qu'imaginaires, font obstacle à la volonté d'investir l'enfant dans le cadre d'un milieu familial dit normal.

Les participants évoquent la nécessité de *s'occuper d'abord de soi* comme prérequis au contact réel avec l'enfant, puis d'atteindre une certaine stabilité dans l'inscription sociale – et ainsi, d'offrir à l'enfant un environnement adéquat. S'ajoute à cela la barrière bien réelle signifiée par le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ)<sup>9</sup>; deux des parents rencontrés voient ainsi leur lien à l'enfant régi par la loi.

Je vais pas m'occuper de quelqu'un d'autre quand j'ai de la misère à m'occuper de moi. (Philippe)

Faut avoir un appartement, faut être stable, avoir une job. Mais c'est pas tout le temps évident là. [...] Parce que je peux pas l'amener avec moi pour l'instant là. J'ai pas le droit pour l'instant là. (Mathilde)

### La douleur du manque

Face à cette absence de l'enfant vécue comme une exigence de la sphère sociale (loi, valeurs), une douleur transparaît du discours des parents:

---

<sup>9</sup> Au Québec, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est l'instance qui reçoit les signalements liés aux mauvais traitements des enfants et qui voit à la sécurité de ceux-ci.

## Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

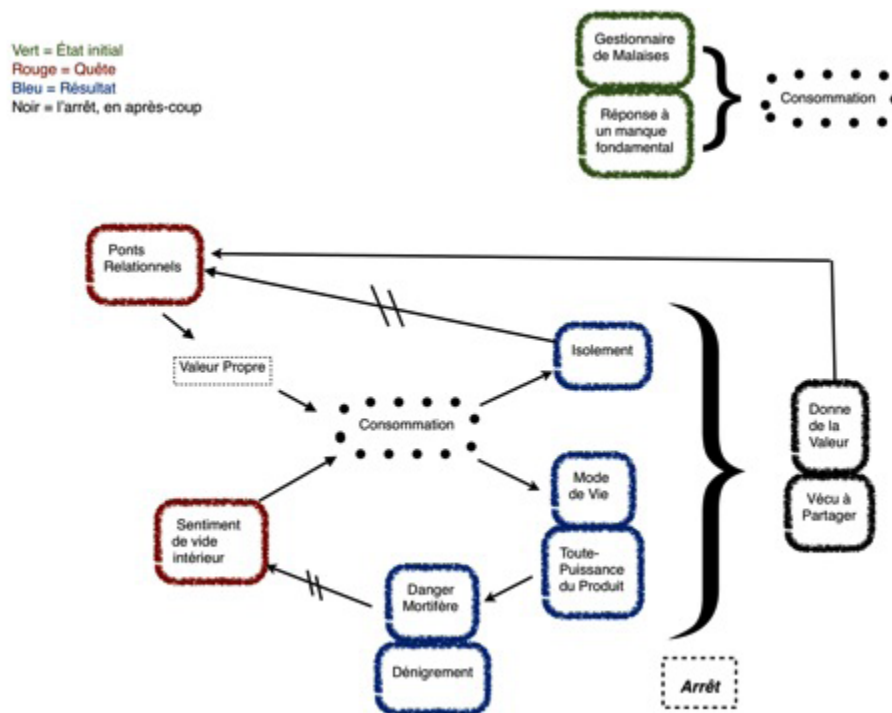
... ça aide pas. Dans mes problèmes, c'est encore plus décourageant. Penser que mon petit gars il est là-bas, pis que je le vois pas [...] les yeux me viennent plein d'eau! (Mathilde)

Cette souffrance, associée à l'absence de l'enfant, semble générer un mouvement, ou du moins une *volonté de changement*. Incarcérée pour une période de trois mois peu de temps après la naissance de son enfant, Mathilde a difficilement vécu la restriction du contact avec son enfant : « c'est pour ça je vais m'arranger pour ne plus rentrer en dedans ». <sup>[10]</sup>

### Les représentations de la consommation dans le parcours du parent

Dans un second temps, nos analyses ont permis de cerner comment les participants se représentent les fonctions de leur consommation dans leur parcours. Les catégories de cette section ont été groupées en rubriques révélant différents temps de la consommation soit l'état initial, l'effet recherché (quête), les résultats obtenus et enfin, les représentations liées à l'arrêt de la consommation (voir figure 2). Il ne s'agissait pas ici de retracer la genèse de la consommation, mais bien d'explorer les différentes représentations pouvant être associées à différents temps de la consommation chez ces jeunes parents.

Figure 2 : Représentations associées à la consommation de drogue



<sup>10</sup> L'expression « en dedans » réfère à l'incarcération, au fait d'être en prison.



### L'état initial

La consommation peut être comprise, à partir des entretiens, comme une façon de pallier l'inconfort d'un état initial, se déclinant en un malaise ressenti dans l'actuel ou un manque affectif préexistant avant la rencontre avec les substances psychoactives. Dans la sphère actuelle, Philippe fait référence à « un malaise ou quelque chose qu'on veut couvrir » alors que Patrick exprime un peu plus clairement ce mode de rapport à la consommation : « je tue mon stress avec de la drogue ».

En référence au passé, un *manque primordial* expliquerait parfois la toxicomanie, une expérience posée comme un passage inévitable vers la substance consommée :

Le sens du rejet de ma mère... Tout ça a conduit à, à ce que je suis aujourd'hui. C'est sûr entretemps, j'ai pris des chemins différents. J'aurais pu pas toucher à la seringue pis aller fumer du crack à la place ou... [...] Si j'avais eu ma mère, de l'encouragement [...], si elle m'aurait gardé, j'aurais pas été dans la dope. (Philippe)

### L'amorce d'une quête toxicomaniaque

Possible en conséquence de cette souffrance, les participants témoignent d'une quête médiatisée par le toxique. Celle-ci serait sous-tendue par un désir de tisser des *ponts relationnels*, des liens à l'autre difficilement accessibles sans la consommation.

... j'allais avec le monde qui consommait [...] c'était plus facile d'avoir leur attention à eux-autres. (Philippe)

... je me suis mise à consommer de la poudre avec ma mère à douze ans. (Mathilde)

Ce rapport à l'autre aurait un effet sur la perception du sujet concernant sa valeur propre, maximisant ainsi son estime à travers le regard de l'autre, tant amical que maternel.

De plus, cette attente relationnelle semble témoigner d'une volonté de combler le vide laissé par l'absence de l'autre ou l'ennui :

Rien que quand ma blonde est partie pendant 3-4 jours là, ça (la consommation) a fait pas mal pire qu'avant là. Je sais qu'elle est revenue fait que là ça va (la consommation) slow down un peu là. (Patrick)

Je buvais pas, j'allais à l'école, j'étais occupé par d'autres affaires. Aussitôt j'ai sorti de là, je sais pas, j'avais plus rien à faire. À part me saouler la face pis prendre de la drogue. (Patrick)

Néanmoins, cette quête demeure en suspens, puisque les jeunes font face à des résultats tout autres que ceux attendus : le sentiment de vide demeure, même lorsque l'objet-drogue fait mine de remplir les failles affectives.

### Des résultats antagonistes à la quête

Trois des quatre jeunes rencontrés ont évoqué le fait qu'à un moment de leur trajectoire, la consommation est devenue un *mode de vie*, le produit incarnant l'idée d'une *puissance supérieure*, voire d'une toute-puissance devant laquelle le jeune ne peut que se soumettre :

## Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

Ça a tout dégringolé là. Je me suis retrouvé à Montréal, à consommer, à faire de la prostitution, à vendre de la drogue, à... Il y a rien que j'ai pas pu faire pour de la drogue je pense. (Mathilde)

Le crack a pris avantage sur moi. Ça me contrôlait plus que... (Patrick)

Ainsi, à l'inverse de la résolution de la quête relationnelle, ce sont *des murs qui se dressent* autour du sujet, scindant les liens jusqu'alors (péniblement) acquis :

À cause de ma consommation de drogue, je pouvais pas être adéquat comme père, fait qu'elle m'a laissé. [...] Pis là, ça fait depuis un an que j'ai pas de contact avec mon ex, pas de contact avec ma fille, ma mère non plus. Ça fait une couple de mois que tout a remué à cause que j'ai arrêté de consommer et que je me reprends en main. (Philippe)

À l'extrême, la mort risque de découler de ce mode de vie. En témoigne l'expérience d'une surdose vécue soi-même ou par un ami proche, ou encore l'incompréhension de sa propre survie suite à ce parcours teinté de consommation :

À la quantité que j'ai pris, je comprends pas pourquoi que je suis pas morte là, vraiment pas. (Mathilde)

### Dénigrement

Contrairement à la quête relationnelle et à son apport recherché au plan de la valeur propre, il semble que le dénigrement de soi et de l'autre soit associé à la dépendance aux drogues. Par exemple, Philippe trouve acceptable de se faire dénigrer par la mère de son enfant du fait qu'il consomme. Dans ce cas, c'est l'arrêt de la consommation qui remplit la fonction d'une revalorisation de soi, à l'inverse de ce qui semble constituer une quête initiale à travers cette même consommation.

Là, je suis pas buzzé (drogué), elle a pas d'affaire à [...] me dénigrer ou à être plus haute que moi là. Astheure, c'est moi qui est plus haut qu'elle parce que moi je consomme aucune drogue, je fume même pas.

### Et après : l'arrêt

De fait, il semble que l'arrêt de la consommation porte en lui la possibilité d'un revirement au niveau de certaines représentations négatives issues du parcours de ces parents. Ce passage permet alors de contrecarrer l'autodénigrement auquel ils ont été confrontés au cours de leur consommation pour laisser place à une *valorisation* de ce passé parfois lourd à porter. Philippe met d'ailleurs en évidence le fait que sa toxicomanie lui a donné l'opportunité de suivre une thérapie, de laquelle il a retiré une plus profonde connaissance de lui-même. Il sent que cette connaissance se serait avérée inaccessible sans son parcours toxicomaniaque :

Pis je m'aurais pas rendu compte au point où je m'en rends compte, à cause de ma thérapie.

Un désir de *partager son expérience* ressort également chez deux des participants, exposant en quelque sorte une volonté d'utiliser leur vécu afin de venir en aide à d'autres jeunes aux prises avec une problématique similaire.

### Discussion

Dans un premier temps, nos résultats seront articulés autour des thématiques du rapport à l'autre et des attentes massives pesant sur l'enfant. Des pistes d'interventions seront ensuite soulevées relativement à ces résultats.

#### Une place pour l'autre

Bien qu'un des désirs sous-jacents à la consommation, tel que mis en évidence par la présente recherche, soit de se lier à l'autre, d'être reconnu par l'autre, il semble que lorsque l'usage de drogues devient un mode de vie, c'est plutôt une rupture des liens qui s'opère, le sujet se retrouvant à investir narcissiquement (dans un repli sur soi) l'objet-drogue. En découle l'absence de place pour la reconnaissance d'un autre à part entière, différent de soi. Considérant le parcours infantile parsemé de ruptures relationnelles et de blessures narcissiques de cette population<sup>[11]</sup>, la quête relationnelle médiatisée par la consommation de drogue pourrait voiler le paradoxe d'un désir de non-investissement du lien, ou du moins d'une forme d'autoprotection contre une souffrance engendrée par le rapport à l'autre (Pedinielli et Bonnet, 2008)<sup>[12]</sup>. Dans cette perspective, l'arrivée de l'enfant *trouble-fête* introduit le parent dans la dualité inhérente à la sphère relationnelle, l'obligeant à se départir minimalement de sa protection narcissique, afin de reconnaître les besoins du nourrisson comme différents des siens. L'enfant fait ainsi office de levier, offrant au parent l'opportunité de moduler son mode relationnel antérieur, à condition de faire le deuil de l'enfant idéalisé.

Ce travail de deuil d'un objet idéalisé n'est pas sans rappeler l'apport de Melanie Klein quant à la traversée de la position dépressive et du passage d'une relation à un objet partiel vers une considération de la totalité de celui-ci (Klein, 1952). Nous avons d'ailleurs observé l'existence d'un clivage, tant au niveau des représentations du produit que celles de l'enfant. D'une part, la substance tend à être perçue comme un *bon objet* dans sa valence positive (calmer les angoisses, hausser l'estime) et comme *mauvais objet* dans ses fonctions plus délétères (isolement, toute-puissance). Une scission similaire se retrouve dans les représentations de l'enfant, en lien avec son idéalisation (l'enfant qui répare, reconforte) et celui qui brime la liberté (le trouble-fête). Dans une perspective kleinienne, cette séparation, où aucun intermédiaire n'est envisageable, laisse sous-entendre une conception partielle de l'objet. L'intégration du *bon* et du *mauvais*, entendue comme une transition vers l'objet total, permettrait alors au parent de sortir de la fusion pour entrer réellement dans la dualité de la rencontre à l'autre. Ce processus ne peut cependant faire l'économie du passage par le deuil d'un idéal.

#### Un idéal de guérison intenable

Le manque affectif lié aux premières figures d'attachement semble avoir laissé un vide chez ces jeunes parents, ce qui constitue d'ailleurs l'une des raisons qui les poussent vers la consommation dans l'espoir de combler le manque ressenti. La « gestion du malaise » (voir la figure 2 ci-dessus) évoque cette tentative d'autoguérison, associée à une dimension de contrôle. Le mal-être acquière ainsi une cause extrinsèque (la consommation), donnant l'illusion d'un objet beaucoup plus maîtrisable qu'un malaise sans nom.

---

<sup>11</sup> Nous faisons ici référence aux placements et aux différents modes de maltraitance.

<sup>12</sup> Il est à noter que dans les recherches antérieures du GRIJA, nous retrouvons cette distinction, dans le discours des jeunes, entre les « vrais amis » (généralement perdus en adoptant le mode de vie de rue) et les « amis de consommation » avec qui le lien est nettement moins investi (Poirier et al., 1999).

## Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

Par ailleurs, face à cette déception fondamentale, l'*enfant-guérison* entre en scène proposant la possibilité d'une restauration du passé. Le parent se projette en lui et envisage de lui/se donner tout ce dont il se rappelle avoir manqué. Ce stratagème peut fonctionner quelque temps, mais a tôt fait de ramener le parent dans une autre réalité, celle d'une incontournable différence entre lui et son enfant. De plus, l'*enfant-miroir* force l'abandon d'une vision idéalisée de la parentalité par le reflet des failles du parent qu'il finit par mettre à jour.

Bref, la difficulté relative à l'arrêt de la consommation chez les parents toxicomanes pourrait être liée à l'aspect moins prévisible de l'enfant par rapport à la drogue, l'enfant poussant le parent à le reconnaître comme un autre, le confrontant nécessairement à ses enjeux affectifs et relationnels non résolus. Le produit, pour sa part, aurait l'avantage de permettre à l'individu de « d'entretenir l'illusion d'une pseudo-autonomie mettant à disposition [...] un produit que l'on maîtrise, dont on connaît les effets, et qui est susceptible de ne jamais disparaître » (Nezelof et Dodane, 2010). De plus, l'impossible atteinte du parfait réconfort par l'enfant et de l'idéal familial conventionnel générerait (ou amplifierait) un malaise que nous avons vu être associé, pour plusieurs, à une recrudescence de la consommation.

### Pistes d'intervention

Quelques pistes pouvant nourrir l'intervention auprès de cette population se dégagent de nos résultats. D'abord, au regard de la théorie kleinienne, bien que la représentation de l'enfant comme objet idéalisé (réconfort; guérison) puisse faciliter le lien avec celui-ci (Segal, 1964), l'intervention pourrait cibler le soutien de la coexistence de sentiments ambivalents face à l'enfant. L'intégration de ses qualités idéalisées et frustrantes favoriserait entre autres la réduction des attentes massives projetées sur lui, lesquelles ne peuvent faire l'économie de la déception. De plus, le caractère partiel de l'enfant perçu comme une partie de soi serait à explorer entre autres pour le rétablir comme un objet ayant une existence propre afin d'y adjoindre des soins plus adaptés. En ce sens, la reconnaissance des aspects frustrants de l'enfant (trouble-fête; reflet des failles) introduit le parent dans la dualité avec son enfant (plutôt que la fusion), le plaçant alors face au deuil nécessaire de l'enfant idéalisé (imaginaire).

L'accès à la douleur de l'absence semble avoir le pouvoir de stimuler un mouvement de (ré)inscription sociale par l'emploi (« trouver une job » nous diront les jeunes) et le logement, mais plus foncièrement, cette souffrance semble soutenir le désir de « d'abord s'occuper de soi » afin de se rendre disponible à l'enfant. Cependant, ce levier potentiel vers la réinsertion est à double tranchant, puisqu'il peut également pousser le sujet vers la consommation de drogues pour fuir ce sentiment désagréable. Au niveau de l'intervention, il serait intéressant de travailler sur l'élaboration de la douleur dépressive (sentiments de perte, culpabilité) afin de minimiser la fuite de la souffrance par des mécanismes tels le déni (des besoins de l'enfant) et la projection (des attentes propres au parent sur l'enfant). Ce type de soutien nécessite cependant un lien de confiance établi sur le long terme, ce qui constitue en soi un défi de taille auprès de cette population (Poirier, 1996; Gilbert et al., 2013).

L'accès aux sentiments de perte et de culpabilité semble également moteur d'un besoin de réparation. Dans une perspective kleinienne, la réparation est d'ailleurs identifiée comme essentielle afin de faire face aux angoisses de type dépressives (Segal, 1964). L'intervention auprès de ces jeunes parents pourrait ainsi soutenir une telle réparation de soi pour favoriser la disponibilité à l'autre, diminuant alors le poids de la réparation assigné à l'enfant idéalisé. Ce processus pourrait entre autres être soutenu de manière symbolique par des thérapies à médiation. À titre d'exemple le géogramme libre (Gilbert et Lussier, 2013), permet, par son caractère métaphorique, une élaboration du

vécu non symbolisé (la perte et autres impasses de l'histoire infantile). L'usage d'un tel médium, par la mise à jour des conflictualités du parent et une mise en sens d'affects le débordant, vise à réduire les agirs de celui-ci, lui autorisant alors une attention plus juste à son enfant.

### Conclusion

En conclusion, notre recherche tire sa pertinence de l'apport réflexif au plan des modalités psychiques intervenant chez les jeunes parents en difficulté, aux prises avec un problème de toxicomanie. Elle offre ainsi une meilleure compréhension des enjeux transitoires tels que vécus par ces jeunes parents. Au-delà d'une approche basée sur les besoins de l'enfant ou sur la toxicomanie du parent, nos résultats pointent vers un travail possible dépassant le symptôme et permettant un accès à d'autres enjeux qui, inclus dans l'intervention, peuvent avoir un effet durable et marqué sur l'exercice de parentalité de cette population.

Au vu de l'hétérogénéité de la population de parents toxicomanes fréquentant le milieu de la rue, la taille réduite de l'échantillon n'a probablement pas permis d'avoir accès à l'intégralité des représentations associées à l'enfant et à la consommation que peuvent porter ces parents. Un échantillon plus extensif permettrait d'approfondir d'autres enjeux relatifs à la consommation chez ces jeunes parents en difficulté. De plus, en adoptant éventuellement un devis longitudinal, l'évolution des rapports qu'entretiennent ces parents face à leur consommation et à leur enfant, de même que l'intrication entre ces deux sphères que l'on considère trop souvent (c'est ce que démontre notre recherche) comme hétérogènes, pourrait être nettement approfondie, pour le plus grand bénéfice de l'intervention en ce domaine. Aussi, la triangulation des résultats avec d'autres acteurs du domaine n'a pu être possible dans la présente étude, mais serait à envisager dans le futur en vue d'enrichir nos conclusions.

## Bibliographie

ASPC. (2006). *Les jeunes de la rue au Canada : Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003*. Récupéré sur le site : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/youth-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/youth-fra.php)

Association des centres jeunesse du Québec. (2010). *Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse*. Récupéré sur le site : [http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/acj1001\\_bilan\\_directeurs-9.pdf](http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/acj1001_bilan_directeurs-9.pdf)

Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. Paris, France: Odile Jacob.

Chez Toit. (2009). *L'itinérance chez les jeunes au Canada : En route vers des solutions*. Récupéré sur le site : [http://www.espaceitss.ca/DATA/DOCUMENT/241~v~test\\_outaouais.pdf](http://www.espaceitss.ca/DATA/DOCUMENT/241~v~test_outaouais.pdf)

Ciccone, A. (2007). Approche clinique de quelques contextes psychopathologiques paradigmatiques. Dans R. Roussillon (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (p.341-399). Paris : Masson.

Ciccone, A. (2013, avril). *Transmission psychique et parentalité*. Conférence prononcée au 4<sup>e</sup> colloque Cliopsy. Récupéré sur le site : <http://www.revuecliopsy.fr/wp-content/uploads/2014/05/017-c-11-ok-Ciccone.pdf>

Clément, M.-È. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Récupéré sur le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550346246.pdf>

Corcos, M., Jeammet, P. (2003). Conduites de dépendance : Principales conceptions psychopathologiques. Dans M. Corcos, M. Flament et P. Jeammet (dir.), *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes* (p.75-103). Paris, France : Masson.

Dans la rue. (n.d.). *À propos de Dans la rue : Mission*. Récupéré sur le site : <http://www.danslarue.com/fr/a-propos-de-dans-la-rue>

Fournier, L. et Chevalier, S. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997 : Premiers résultats*. Québec : Santé Québec.

Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves* (traduit par I. Meyerson). Paris : Presses universitaires de France. (Oeuvre originale publiée en 1900)

Gilbert, S. (2007a). *Résumé du projet de recherche : La parentalité chez les jeunes de la rue et les jeunes adultes itinérants: transmission, répétition et enjeux de l'intervention*. Subvention FQRSC.

Gilbert, S. (2007b). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives, hors série*, 3, 274-286.

Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique de rencontres subjectives. *Recherches qualitatives*, 28(2), 19-39.

## Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

Gilbert, S. (2015). La parentalité chez les « jeunes adultes en difficulté » comme tremplin vers l'accès à l'autonomie adulte. Dans S. Bourdon et R. Belisle (dir.), *Regard sur... les précarités dans le passage à l'âge adulte au Québec* (p.93-113). Québec : Presses de l'Université de Laval.

Gilbert, S., Lafortune, D., Charland, S., Lapointe, S. et Lussier, V. (2013). *Une intervention singulière et spécialisée auprès des jeunes parents en difficulté : Le service à la famille de l'organisme montréalais Dans la rue*. Subventions FQRSC et CRSR.

Gilbert, S. et Lussier, V. (2007). Déjouer l'impasse du lien et de la parole : d'autres repères pour l'aide en itinérance. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 128-150.

Gilbert, S. et Lussier, V. (2013). Le génogramme libre au service de l'élaboration auprès de jeunes parents à risque de maltraitance envers leur enfant. *Le divan familial*, 2(31), 195-209.

Gouvernement du Québec. (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*. Récupéré sur le site du Centre québécois de lutte aux dépendances : <http://www.cqld.ca/archives-du-comite-permanent-de-lutte-a-la-toxicomanie-cplt.html>

Gouvernement du Québec. (2008). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*. Récupéré sur le site : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>

Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M. et Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recréée ». *Drogue, santé et société*, 1(1), 37-62.

Haley, N., Roy, E., Leclerc, P., Boudreau, J.-F. et Boivin, J.-F. (2004). Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17, 313-320.

Jeammet, P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation. *Revue française de psychanalyse*, 53(6), 1763-1774,

Klein, M. (1987). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. Dans *Développements de la psychanalyse*, (5<sup>e</sup> éd., p.187-222; traduit par W. Baranger). Paris : Presses universitaires de France. (Oeuvre originale publiée en 1952)

Manzano, J., Palacio Espasa, F. et Zilkha, N. (2009). *Les scénarios narcissiques de la parentalité : Clinique de la consultation thérapeutique*. Paris : Presses universitaires de France.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 2(68), 511-527.

Monast, D. (2010). Clinique du lien et filiation chez les jeunes de la rue. Dans R. Letendre et D. Marchand (dir.), *Adolescence et filiation. Les risques de devenir soi* (p.103-114). Montréal : PUQ.

Montgomery, K. S. (2002). Planned adolescent pregnancy: What they wanted. *Journal of Pediatric Health Care*, 16(6), 282-289.

Mouras, J.P. (2012). Soumissions marginales : A la recherche d'un temps perdu ou encore quelle clinique des addictions ? Dans O. Douville (dir.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (p.209-242). Paris, France : Dunod.

## Toxicomanie et parentalité chez les jeunes en difficulté : les enjeux d'une transition

Muchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives – Hors série, 1*, 7-40.

Nezelof, S., Dodane, C. (2010). Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : Un climat de turbulences psychiques. *Psychotropes, 16*(3), 9-16.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin.

Pedinielli, J.-L., Bonnet, A. (2008). Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction. *Psychotropes, 14*(3), 41-54.

Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. *Cahiers de recherche sociologique, 27*, 87-97.

Poirier, M., Lussier, V., Letendre, R., Michaud, P., Morval, M., Gilbert, S. et Pelletier, A. (1999). *Relations et représentations interpersonnelles de jeunes adultes itinérants. Au-delà de la contrainte de rupture, la contrainte des liens*. Montréal : Groupe de recherche sur l'itinérance des jeunes adultes.

Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y. et Claessens, C. (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD and AIDS, 11*, 241-247.

Roy, É., Haley, N., Godin, G., Boivin, J.-F., Claessens, C., Vincelette, J(...) Boudreau, J.-F. (2008). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue: Rapport final*. Recupéré sur le site du Directeur de santé publique de Montréal: [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89494-639-8.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-639-8.pdf)

Roy, É. (2010, novembre). *Des nouvelles des jeunes de la rue. Étude sur la trajectoire résidentielle et la santé chez les jeunes de la rue sans abri âgés de 18 à 25 ans*. Communication présentée au 10<sup>e</sup> anniversaire de la clinique des jeunes de la rue de Montréal, Montréal, Québec.

Santé Canada. (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un Compendium des meilleures pratiques*. Ottawa, Ontario : Gouvernement du Canada. Récupéré le 23 octobre 2012 sur le site: <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/index-fra.php>

Segal, H. (2011). *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein* (11<sup>e</sup> éd.; traduit par E. Ribeiro Hawelka, G. Petit et J. Goldberg). Paris : Presses universitaires de France. (Oeuvre originale publiée en 1964)