



DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

drogues-sante-societe.ca

Image : Alain Salesse - Demi œuf 7103



Vol. 21 N° 1
Août 2023

HORS THÈME

Sous la direction de
Christophe Huynh

TABLE DES MATIÈRES

Mot de présentation

- i** Numéro hors thème, volume 21, numéro 1
-

Hors thème

- 1** Contribution à une définition terminologique de « drogue »
- 22** La diffusion de la consommation de tabac en Basse-Bretagne, fin XVII^e et XVIII^e siècles : entre succès et encadrement
- 47** Analyse des motivations associées à la pratique du *chemsex* selon l'orientation sexuelle
- 69** Services de navigation des soins : expériences des personnes s'injectant des drogues
- 100** L'évaluation des limitations à l'emploi en contexte de dépendances : une question d'équité



DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Mot de présentation

Depuis deux décennies, *Drogues, santé et société* est une revue scientifique francophone bien établie dans le domaine de l'usage des substances psychoactives, des jeux de hasard et d'argent, des écrans et des dépendances en général. Une des forces de la revue est de rallier plusieurs disciplines et perspectives, démontrant le vaste océan que constitue ce sujet. L'image des eaux quasi infinies n'est pas anodine : nous sommes loin d'avoir tout exploré et notre thématique est en constant mouvement. Comme chercheurs ou intervenants, nous sommes emportés par des courants qui nous amènent parfois ailleurs, dans des lieux où nous n'avions pas pensé nous rendre, ou qui nous ramènent au même endroit, tel un ressac. Nous naviguons dans ces eaux, cherchant à trouver un ancrage, un port d'attache. La photo de couverture de l'artiste Alain Salesse représente bien ce numéro, avec ces mains multiples dans un univers océanique en mouvance qui tendent vers un point terrestre bien ancré.

Ainsi, malgré les courants de pensée philosophiques et sociopolitiques sur les substances psychoactives, qui se sont succédés et entrechoqués, telles des vagues déchainées en mer, nous revenons au fondement à toutes nos interrogations. Dans l'article *Contribution à une définition terminologique de « drogue »*, le lectorat est amené à se demander ce qu'est une drogue ? La question peut paraître anachronique, voire impertinente, surtout dans une revue qui s'intitule *Drogues, santé et société*. Or, le texte de Pierre-Arnaud Chouvy nous permet de prendre un temps d'arrêt pour saisir toute la complexité qui se cache à l'intérieur d'un mot qui renvoie finalement à des concepts non consensuels. Cette réflexion théorique et méthodologique encourage le lecteur à explorer les manières par lesquelles la définition du terme « drogue » peut avoir des répercussions d'ordre moral, politique, social et juridique. Ce texte nous permet de nous amarrer un temps afin de mieux reprendre le large.

La réflexion entourant les substances psychoactives se poursuit avec l'article de Frédéric Toussaint, qui porte un regard historique sur la diffusion de la consommation de tabac à la fin XVII^e et XVIII^e siècles en Basse-Bretagne. Ainsi, notre voyage en mer fait escale dans la cité d'Hennebont, ville bretonne portuaire de fond d'estuaire, où le commerce du tabac se diffusa initialement. Ce texte permet de comprendre comment « l'herbe de Nicot » était perçue et considérée par les autorités, ainsi que les dispositifs qu'elles ont déployés pour contrôler son commerce. La régulation du tabac par l'État va s'adapter, mais va aussi faire évoluer les types de produits, de pratiques et de consommateurs. Après cette immersion historique, le lecteur contemporain est invité à réfléchir

sur la vision actuelle de la régulation des substances légales, comme l'alcool et le cannabis, dont l'État vient encadrer leur commerce.

Faisons un bond de quatre siècles. Aujourd'hui, l'Occident du XXI^e siècle est davantage inclusif et ouvert à la diversité des identités humaines. Résultat, plusieurs recherches se focalisent sur des populations ou des pratiques jusqu'à présent marginalisées par la majorité. Les fonds marins regorgent de territoires peu inconnus, mais riches en couleurs et diversifiés dans toutes leurs formes de vie. L'article de This et ses collaborateurs entraîne le lectorat dans l'univers du (chem)sex chez les hommes gais et hétérosexuels. Cette étude repousse les territoires connus du phénomène, allant au-delà de la communauté gbHARSAH (gais, bisexuels et hommes ayant des relations avec d'autres hommes), en documentant les motivations extrinsèques et intrinsèques de la consommation intentionnelle de substances comme le crystal meth, le GBO, la méphédrone, la kétamine, la cocaïne ou l'ecstasy (MDMA) en contexte sexuel. Les résultats de ce type de recherche vont guider le développement d'interventions et de services spécifiques au (chem)sex qui tiennent compte des différentes réalités individuelles et socioculturelles des personnes qui le pratiquent.

S'orienter dans les services n'est pas une tâche simple. Les personnes qui s'injectent des drogues naviguent dans une mer houleuse lorsqu'elles essaient d'accéder à des soins de prophylaxie préexposition (PrEP) contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à de nouveaux traitements d'hépatite C. L'étude de Ntizobakundira et ses collaborateurs présente les résultats d'une recension de la littérature scientifique produite au regard des services de navigation liés à la PrEP et aux soins de l'hépatite C ainsi que sur les expériences vécues par les personnes qui s'injectent des drogues. Les résultats de cette synthèse des connaissances permettent de faire ressortir les trajectoires optimales pour soutenir les personnes concernées. Les auteurs mettent en relief la présence de colocation des soins, la référence externe à l'aide des intervenants et le soutien des pairs. Ils démontrent également que la confiance envers les professionnels, l'importance des pairs et les difficultés antérieures vécues en lien avec le système doivent être prises en compte pour une « traversée des mers » plus aisée.

L'article de Giguère et ses collaborateurs, qui clôt ce numéro non thématique, aborde la question de la (ré)intégration au marché du travail et le maintien en emploi des personnes traitées pour un trouble d'usage aux opioïdes. À travers des entrevues et de groupes de discussion, l'analyse des auteurs fait émerger les types de critères utilisés par les professionnels dans l'évaluation des limitations à l'emploi, ainsi que les expériences et les sentiments vécus par les usagers. Ce texte apporte des pistes de réflexion afin d'aider les personnes traitées à s'ancrer de nouveau dans un port qui leur convient.

Ce numéro non thématique de *Drogues, santé et société* se veut une invitation à naviguer dans les différentes eaux du domaine des substances psychoactives, à explorer des territoires moins connus ou à les revisiter sous un autre angle et à s'abreuver des nouvelles connaissances qui ont pu en émerger.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

Contribution à une définition terminologique de « drogue »

Pierre-Arnaud Chouvy, géographe et chargé de recherche, CNRS

Correspondance

Pierre-Arnaud Chouvy

Géographe chargé de recherche au CNRS (Prodig)

Campus Condorcet

5, cours des humanités

93322 Aubervilliers cedex

Courriel : pachouvy@geopium.org

Téléphone : +33 (0)1 88 12 04 66

Résumé

En français, la qualification de drogue relève davantage d'un processus d'évaluation que de description et les définitions du terme « drogue » sont majoritairement connotatives et culturelles et non désignatives ou dénotatives. La grande majorité des définitions sont donc de type lexicographique plutôt que de type terminologique, ce qui explique qu'il soit fréquemment reproché que la qualification d'un produit en tant que drogue ne repose pas sur des bases scientifiques.

Cet article propose donc une réflexion théorique et méthodologique, mobilisant des données et des concepts tant philosophiques, chimiques, que juridiques, afin d'élaborer une définition de la drogue (et non des usages de drogue). Le terme « drogue » sera abordé selon la méthode terminologique afin d'envisager la relation existant entre objet, désignation et concept, selon une approche inductive et taxonomique. Les incohérences de la classification juridique des drogues, qui n'a rien de scientifique dès lors qu'elle ne respecte aucun des impératifs scientifiques de la classification, seront considérées dans le processus de définition par intension de la drogue. Le concept de drogue sera aussi comparé à ceux, connexes, d'aliment et de médicament, montrant ainsi que drogue et aliment sont des concepts incompatibles, alors que ceux de drogue et de médicament peuvent être compatibles.

Sur la base de la description (chimique et biologique) de l'objet drogue et de la définition (terminologique) du concept de drogue, l'article propose de réconcilier objet et concept en validant la définition la plus concise qui soit : substance psychotrope. Il sera alors possible de conclure qu'aucun critère moral, politique, social ou même juridique, ne peut entrer dans une définition de la drogue sans remettre en question le principe d'adéquation des définitions par intension.

Mots-clés : drogue, terme, objet, concept, définition, classification

Contribution to a terminological definition of “drug”

Abstract

In French, qualifying drugs proceeds generally more from a process of evaluation than of description, which explains why its definitions tend to be more connotative and cultural than designative or denotative. Indeed, most of the existing definitions are lexicographical rather than terminological, which explains why many criticize the definition of drug for not being scientific.

This article therefore proposes a theoretical and methodological reflection, mobilizing philosophical, chemical, and legal data, in order to define what a drug is (and not what drug uses are). The term «drug» will be defined according to the terminological method in order to consider, in an inductive and taxonomic approach, the relation existing between object, designation and concept. The inconsistencies of the legal classification of drugs, which is not scientific since it does not respect any of the scientific imperatives of classification, are especially considered in the process of building a definition (intension type) of a drug. The concept of drug is also compared with the related concepts of food and medicine, showing that drug and food are incompatible concepts, whereas drug and medicine can be compatible.

Based on the (chemical and biological) description of the drug object and the (terminological) definition of the drug concept, the article proposes to reconcile object and concept by validating its most concise definition: psychotropic substance. It is then possible to conclude that no moral, political, social or even legal criterion can enter into a definition of drug without questioning the principle of adequacy that is central to definitions by intension.

Keywords: drug, term, object, concept, definition, classification

Contribución a una definición terminológica de “droga”.

Resumen

En francés la calificación de droga depende más de un proceso de evaluación que de descripción y las definiciones del término droga son principalmente connotativas y culturales y no designativas o denotativas. La gran mayoría de las definiciones son por lo tanto más bien de tipo lexicográfico que terminológico, lo que explica que frecuentemente se critique que la calificación de un producto como droga no reposa sobre bases científicas.

Este artículo propone una reflexión teórica y metodológica, movilizando datos y conceptos filosóficos, químicos y jurídicos, a fin de elaborar una definición de droga (y no de los usos de la droga). El término droga se abordará según el método terminológico para determinar la relación existente entre objeto, designación y concepto, según un enfoque inductivo y taxonómico. Las incoherencias de la clasificación jurídica de las drogas, que no tiene nada de científico puesto que no respeta ninguno de los imperativos científicos de la clasificación, serán considerados en el proceso de definición por intención de droga. El concepto de droga será comparado también a aquellos conceptos conexos de alimento y de medicamento, mostrando de esta manera que droga y alimento son dos conceptos incompatibles mientras que los de droga y medicamento pueden ser compatibles.

Sobre la base de la descripción (química y biológica) del objeto droga y de la definición (terminológica) del concepto de droga, el artículo propone reconciliar objeto y concepto validando la definición más concisa posible: sustancia psicotrópica. Será entonces posible concluir que en la definición de droga no puede entrar ningún criterio moral, político, social o incluso jurídico sin cuestionar el principio de adecuación de las definiciones por intención.

Palabras clave: droga, término, objeto, concepto, definición, clasificación

Introduction

Qu'est-ce qu'une drogue ? La question mérite d'être posée parce que la qualification de drogue relève en général davantage d'un processus d'évaluation (subjectif) que de description (objectif) (Ruggiero, 1999) et que ses définitions sont donc davantage connotatives et culturelles (lexicographiques ou sémantiques) que désignatives ou dénotatives (terminologiques ou conceptuelles)¹. C'est ce qui explique qu'il soit fréquemment estimé qu'une drogue ne peut pas être définie scientifiquement et qu'elle ne soit d'ailleurs souvent pas définie du tout. L'absence de définition de ce qu'est une drogue dans nombre d'écrits, même récents, semble être due non à l'inexistence d'une définition satisfaisante (elle existe), mais au fait qu'il soit souvent estimé qu'aucune définition de la drogue ne peut reposer sur des bases scientifiques (Derrida, 1989 ; Becker, 2001, p. 11-20).

Cet article propose donc un argumentaire scientifique (domaines chimique et biologique) soutenant une définition (terminologique) déjà existante de la drogue. L'article prend ainsi le contrepied de deux positions bien connues de Jacques Derrida (1989) qui affirme qu'il n'y a « pas de drogue dans la nature » (signifiant a priori à l'état naturel, Derrida ne définissant pas la « nature »), ni non plus « pour la drogue, de définition objective, scientifique ». L'un des problèmes fréquemment rencontrés dans les définitions de la drogue réside notamment dans le fait que les concepts de concept (Marradi, 2012) et de définition sont trop rarement considérés. Qui plus est, les définitions terminologiques (conceptuelles : à dimension désignative ou dénotative) de la drogue sont rares et les définitions lexicographiques (sémantiques : à dimension culturelle, témoignant entre autres des mentalités, croyances, goûts, etc.) nombreuses. C'est en partie la raison pour laquelle la drogue est qualifiée de catégorie sociale par les sociologues interactionnistes qui estiment qu'elle ne correspond pas à une « catégorie scientifique ou pharmacologique » (Becker, 2001, p. 11-20). Objet, désignation et concept n'étant pas systématiquement distingués lors de ces réflexions, les principes fondamentaux de l'élaboration des définitions sont ignorés. Par conséquent, sens propre (objet biochimique) et sens figuré (objet phénomène) peuvent être confondus. Il en résulte des définitions qui ne dissocient pas les caractères essentiels et non essentiels du concept visé, et qui mélangent différents domaines de définition et même différents concepts dans la même définition, ajoutant ainsi de la confusion à la complexité.

Pétries d'a priori moraux, politiques, sociaux et juridiques, ces définitions sont qui plus est souvent anhistoriques, c'est-à-dire qu'elles sont conçues sur la base de « présupposés plus ou moins conscients, plus ou moins exprimés et assumés, de nature fixiste, anachronique et essentialiste » (Leturcq, 2020, p. 24). Le simple usage du terme « drogue » prête en effet souvent à confusion tant il est polysémique, notamment du fait de l'évolution de ses significations depuis ses premières occurrences au XV^e siècle et plus particulièrement depuis que, en dépit de toute logique scientifique, et notamment taxonomique et terminologique, seules sont généralement qualifiées de drogues les substances dont la libre consommation individuelle est illégale.

¹ Voir glossaire en fin de texte.

Cet article propose donc une réflexion autour du terme «drogue» et confirme qu'une drogue est une substance psychotrope (et vice versa). Cette définition on ne peut plus concise est ici construite scientifiquement (définition des termes d'une proposition soumise à démonstration) lors d'une réflexion mobilisant des données (ou des faits scientifiques) et des concepts tant philosophiques (concept de concept, classifications) que chimiques (composition et propriétés des substances) et juridiques (classifications et catégories). Elle constitue une définition au sens d'«énoncé linguistique qui décrit un concept et qui permet de le situer dans un système conceptuel» (Vézina et al., 2009, p. 36).

Nous le verrons, cette définition est de type terminologique (dimension désignative ou dénotative). Il s'agit, comme il se doit, d'une définition par intension (qui décrit l'ensemble des caractères constituant un concept) indiquant un concept superordonné ainsi qu'un ou des caractères distinctifs (Vézina et al., 2009, p. 38). En tant que discipline de la linguistique consacrée à la production et l'étude des termes et de leurs définitions, la terminologie, ou plutôt la terminographie, offre la méthode de procédé définitoire la plus scientifique et rigoureuse qui soit. En effet, «l'activité terminographique est un travail réflexif, de nature systématisante, qui implique (a) la compilation et une lecture (critique) de terminologies, et (b) une analyse historiographique et/ou méthodologico-épistémologique (cette dernière passant obligatoirement par une comparaison de terminologies)» (Swiggers, 2006, p. 13).

L'article aborde le terme «drogue» au regard des limites et des incohérences de quelques définitions existantes, avant d'établir que la classification juridique des drogues est sans fondement scientifique et qu'elle souffre à ce titre d'incohérences et de contradictions majeures (Sinha, 2001 ; Danenberg et al., 2013). Afin de penser la drogue, l'article introduit de façon détaillée la méthode terminologique au cœur du processus définitoire qui s'impose. C'est de façon inductive (empirique/taxonomique : de l'objet au concept) que sont alors entreprises la description de l'objet drogue et la définition de son concept, le terme «drogue» se trouvant comme les autres «globalement réduit, de façon plus ou moins implicite, à une relation entre objet, désignation et concept» (Depecker, 2002a, p. §8).

Le terme «drogue» est ensuite défini de façon générique et au regard de ses caractères essentiels (indispensables pour la détermination du concept traité), notamment intrinsèques (constitution, forme, dimensions, composition) et extrinsèques (destination, emplacement, fonction, provenance, utilité) (Vézina et al., 2009, p. 35). Drogue et aliment, concepts connexes de même niveau de généralité, et donc comparables à divers égards, sont alors confrontés à l'aune de leurs similarités et de leurs différences, permettant ainsi de les distinguer de façon formelle et d'établir qu'ils constituent deux concepts exclusifs du point de vue biochimique : drogue et aliment différent. Mais, nous le verrons, drogue et médicament, eux, peuvent parfois correspondre dès lors que cet autre concept connexe partage certaines de ses caractéristiques essentielles avec celles de drogue et d'aliment et que le procédé définitoire du terme «drogue» implique de le mentionner.

En conclusion, le texte confirme d'une part qu'une drogue peut être définie en tant que substance psychotrope et, d'autre part, qu'aucun critère moral, politique, social ou même juridique, ne peut

entrer dans une définition de la drogue sans remettre en question le principe d'adéquation des définitions par intension, et donc sans compromettre le concept de drogue et sa définition.

Limites et incohérences des définitions existantes

Les définitions modernes du terme « drogue » sont souvent approximatives, telles celles proposées par le Centre national de ressources textuelles et lexicales (www.cnrtl.fr) qui, parmi d'autres acceptions, fait mention de « substance naturelle ou fabriquée dont l'absorption produit un effet sur les organismes vivants » et de « produit stupéfiant ou hallucinogène (comme la marijuana, la mescaline, le LSD, le haschisch, l'héroïne, l'opium, la cocaïne) dont l'usage peut conduire à l'intoxication, l'accoutumance et la toxicomanie ». De telles définitions justifient à elles seules l'effort de définition qui est au cœur de ce texte.

Elles montrent en effet dans quelle mesure le terme (ou plutôt le mot : Ali Khan, 2016) est polysémique et pourquoi ces définitions sont problématiques : la première est imprécise (substance non qualifiée) et la deuxième donne des exemples plus qu'elle ne définit et elle répartit les drogues entre stupéfiants, une catégorie juridique², et hallucinogènes, une catégorie pharmacologique (largement galvaudée d'ailleurs). Qui plus est, la définition recourt aux concepts controversés d'intoxication, d'accoutumance et de toxicomanie qui sont des caractères non essentiels de la drogue et qui ne permettent donc pas de la définir par intension.

Le dictionnaire Le Robert³, lui, ne propose aucune définition à proprement parler de la drogue. Il se contente de mentionner « substance toxique » et « stupéfiant », en dépit du fait que si toutes les drogues contiennent des substances « toxiques »⁴, celles-ci ne sont pas toutes des drogues (et vice versa). Qui plus est, les stupéfiants ne sont qu'une des catégories juridiques des drogues visées par les « conventions internationales relatives au contrôle des drogues » (Office des Nations unies contre la drogue et le crime [ONUDC], 2014), lesquelles ne réfèrent jamais nommément aux drogues (en dépit du titre ci-dessus) dès lors qu'elles ne correspondent pas à une catégorie juridique. De fait « aucune convention internationale ne prohibe la “drogue” » dès lors « que le mot “drogue” n'existe pas du point de vue du droit international » (Dudouet, 2017, p. 64).

Quant à la Mission interministérielle (française) de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), elle précise, de façon plus adéquate cette fois, que l'on « appelle “drogue” toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience » (Mildeca, sans date), sans distinction juridique. Cette définition est adéquate notamment parce qu'elle a l'avantage d'être davantage terminologique que lexicographique. C'est pour

² En France, nulle mention juridique des « drogues », mais des mal nommés « stupéfiants » (tout comme les *narcotic drugs* ou *narcotics* aux États-Unis) et « substances psychotropes » que désignent, respectivement, les conventions internationales de 1961 et de 1971, et qui sont inscrits dans la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

³ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/drogue> Page consultée le 22 octobre 2022.

⁴ Est toxique une substance causant, à certaines doses, une intoxication (tautologie) ou même un empoisonnement, et donc nuisant à un organisme vivant ou causant sa mort. On parlera donc de dose toxique plutôt que de substance toxique.

remédier aux nombreuses approximations, erreurs méthodologiques, et incohérences classificatoires de certaines définitions et conceptions de la drogue que cet article a été rédigé.

Classification juridique arbitraire des drogues

Si la terminologie française réserve le terme « stupéfiants » (problématique étymologiquement et sémantiquement) aux « substances ou plantes classées comme stupéfiants » (tautologie) et dont « l'usage » est « illicite » (article L3421-1 du code de santé publique), le terme « drogue », lui, peut d'autant plus être défini sans référence au contexte législatif qu'il n'a pas toujours été associé à des critères juridiques. Nombre de produits psychotropes consommés légalement devraient ainsi être qualifiés de drogues : en particulier l'alcool, le tabac, le thé, le café et le cacao.

Certains de ces produits ont d'ailleurs été, ou sont toujours, en certains lieux, d'usage illégal : il en fut ainsi du café à la Mecque au XVI^e siècle, et de l'alcool, selon différentes modalités dans le monde musulman jusqu'à nos jours, et aux États-Unis pendant la prohibition de 1919-1933 (Sherratt, 2007, p. 20). En anglais, la restriction de l'emploi du mot drogue (précédé de *narcotic* : *narcotic drug*), en tant que « construction juridico-réglementaire inventée » (Seddon, 2016, p. 411), à certains produits et substances ne date que du début du XX^e siècle et cet usage restreint a été entériné par les différentes réunions et conventions internationales relatives, justement, aux drogues (depuis 1909). Si « drogue » n'est pas une catégorie juridique en français, il n'en reste toutefois pas moins que le terme est associé sémantiquement à « illégal » et que seuls les « stupéfiants » et les « substances psychotropes » sont perçus comme des drogues dans les représentations collectives. Pourtant, si l'alcool n'est pas une drogue, alors, par définition, une drogue n'est pas un produit psychotrope.

Limiter l'acception du mot drogue aux drogues dont l'usage est illégal ou à celles que certaines règles morales condamnent, pose un problème scientifiquement et notamment en termes de définition et de classification. Cela amène en effet certains auteurs à estimer, à l'instar de Jacques Derrida (1989), qu'il n'y a « pas de drogue dans la nature » (à l'état naturel ?), ni non plus « pour la drogue, de définition objective, scientifique, physique (physicaliste), "naturaliste" ». L'auteur estime en effet « que le concept de drogue est un concept non scientifique, institué à partir d'évaluations morales ou politiques ». Ici, Derrida semble ne pas distinguer objet, désignation et concept pour, en conséquence, faire primer certaines définitions lexicographiques de la drogue sur sa définition terminologique : il privilégie en effet les représentations morales ou politiques de la drogue (et donc ses usages) au détriment de sa réalité chimique et biologique (alors qu'il estime paradoxalement qu'il y a des « poisons "naturels" »⁵ et alors que toutes les drogues étaient pourtant naturelles avant la création en 1832 de la première drogue de synthèse). De fait, qualifier un produit de drogue de cette manière relève davantage d'un processus d'évaluation que de description

⁵ Ainsi que l'écrivait déjà Paracelse au XVI^e siècle, « Il y a du poison dans toute chose et il n'est rien sans poison. Qu'un poison le devienne ou pas, ne dépend que de la dose » (Schultes, Hofmann, 1993, p. 10). D'où la nécessité de parler de dose toxique.

(Ruggiero, 1999), fonction de contingences historiques et culturelles qui peuvent bien sûr changer et donc affecter l'usage du terme pour tel ou tel produit (Seddon, 1996, p. 394).

Si certains estiment qu'il ne peut y avoir de définition scientifique de la drogue, c'est justement parce que la répartition des drogues telle que construite dans les conventions internationales repose sur des critères moraux et subjectifs, et non sur des critères scientifiques et objectifs : nulle description ni classification (ni taxonomie ni typologie⁶) dans ces conventions. Ainsi, aucune définition de ce qu'est un stupéfiant n'est proposée dans la convention unique de 1961 qui se contente d'indiquer : « Le terme "stupéfiant" désigne toute substance des Tableaux I et II, qu'elle soit naturelle ou synthétique » (article 1.j). Aucune définition de ce qu'est une substance psychotrope n'est non plus proposée dans la convention unique de 1971 qui se borne à indiquer que « l'expression "substance psychotrope" désigne toute substance, qu'elle soit d'origine naturelle ou synthétique, ou tout produit naturel du Tableau I, II, III ou IV » (article 1.e : UNODC, 2014)⁷. Aussi incohérent cela soit-il, les substances psychotropes que sont les opioïdes, la cocaïne, et les dérivés du cannabis ne sont pas des psychotropes au regard de la convention de 1971.

La dimension juridique du terme « psychotrope » n'aurait donc jamais dû supplanter sa définition scientifique qui repose, elle, sur la catégorisation des principes actifs (chimie) et de leurs actions physiologiques (biologie). Le terme « psychotrope » désigne en effet toute « substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification »⁸ (Richard et Senon, 1999, p. 162).

L'existence des notions de stupéfiant et de psychotrope n'interdit donc pas, bien au contraire, de se pencher sur le concept de drogue. Et ce d'autant plus que la notion de stupéfiant est strictement juridique et sans base scientifique. Quant à « psychotrope », le terme est polysémique (terme juridique erroné, terme biochimique valide, terme médical restrictif). Le recours par le droit aux termes de stupéfiant et de psychotrope est problématique et devrait être abandonné, que ce soit pour des raisons étymologiques ou scientifiques. Le terme « drogue », en revanche, est valide dès lors que l'on peut, comme nous allons le voir, faire correspondre objet, désignation et concept, ce qui n'est pas le cas des stupéfiants qui, paradoxalement, n'intègrent pas les psychotropes.

⁶ La taxonomie est un mode de classification empirique (basé sur des caractéristiques observables et mesurables) alors que la typologie est un mode de classification conceptuelle (basé sur la construction d'un idéal type wébérien accentuant certaines caractéristiques et donc non nécessairement présentes dans une réalité empiriquement observable) (Smith, 2002). « Contrairement aux typologies, les taxonomies s'appuient sur une approche inductive, puisque les classes émergent des données » (Borgès Da Silva, 2013, p. 635). Voir aussi Bailey, 1980, et Marradi, 1990.

⁷ On notera que dans les textes anglais et français, il est fait mention d'amfétamine et de métamfétamine (soi-disant « dénominations communes internationales », et non d'amphétamine et de méthamphétamine (« noms communs ou vulgaires »), ignorant ainsi, orthographiquement, les composants chimiques des deux substances.

⁸ <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/726-psychotrope/>. Page consultée le 21 décembre 2021.

La terminologie au cœur du processus définitoire

Pour répondre aux questionnements qui précèdent, nous pouvons recourir à la description de l'objet drogue et à la définition terminologique de son concept de façon inductive en partant de l'objet pour aller vers le concept. En effet, comme tout terme (au sens de signe linguistique spécialisé désignant un concept), celui de drogue se «trouve globalement réduit, de façon plus ou moins implicite, à une relation entre objet, désignation et concept» et c'est par conséquent «toute la question du rapport de la langue au réel qui se trouve ainsi posée» (Depecker, 2002a : §8).

C'est donc grâce à la terminologie, cette discipline linguistique qui a «pour objet l'étude théorique des dénominations des objets ou des concepts utilisés par tel ou tel domaine du savoir»⁹, que l'on peut définir le concept de drogue. L'approche terminologique implique en effet de mettre «en correspondance des désignations autour du concept qu'elles désignent» en recourant nécessairement à sa définition («microsystème composé de caractères du concept décrit» (Depecker, 2002b : §225) : c'est par la définition que la terminologie «peut déterminer que le concept décrit correspond à l'objet visé, et que les désignations renvoient bien à cet objet par l'intermédiaire du concept» (Depecker, 2002a : §12).

Le terme «drogue» est ainsi formé, comme tout terme, «d'une désignation et d'un concept», la désignation étant «un signe linguistique à sens spécialisé» référant à un concept et même à un objet ou une entité (objets, évènements, phénomènes, abstractions) ayant des caractéristiques («particularités de l'objet auquel correspond le concept décrit dans la définition») (Depecker, 2002a : §16). Au final, «le terme, élément fondamental de la terminologie, est pris entre la pensée constituée (le concept), la langue (le signe linguistique), le réel (l'objet)» (Depecker, 2002a : §17). L'effort ici entrepris ne vise pas à remettre en question le signe (désignation) «drogue», dont l'usage, certes problématique, est établi, mais à préciser l'objet «drogue» (approche taxonomique) auquel le signe fait référence et à définir le concept de drogue, et ce, afin de «faire la part de ce qui relève du signe, du concept et de l'objet» (Depecker, 2002a : §18).

À la description d'un objet doit donc correspondre la définition d'un concept, le concept s'analysant selon les deux axes de l'intension et de l'extension, c'est-à-dire par l'ensemble des caractères qui constituent un concept (intension) et par l'ensemble des objets auxquels s'applique un concept (extension). Loïc Depecker (2002b : § 50) explique ainsi que «la définition inclut une somme de caractères (intension), et délimite l'ensemble des objets auxquels ceux-ci s'appliquent (extension)». La question se pose bien sûr de la distinction qui doit être faite, «parmi les caractères d'un concept, entre caractères essentiels, et caractères non essentiels». Ainsi, «un caractère est considéré comme essentiel s'il est indispensable pour la détermination du concept traité» (Depecker, 2002b : § 66).

Cette contribution à une définition de la drogue a été entreprise selon une approche terminologique et non lexicographique : elle est conceptuelle, pas sémantique. Le but était «d'explicitier le

⁹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/terminologie/77407> Page consultée le 12 octobre 2022.

sens d'une unité ou d'un groupe d'unités», à savoir «drogue», en s'attachant au concept davantage qu'au signifié, donc à une dimension désignative ou dénotative davantage que connotative et culturelle (laquelle est problématique puisque de «plus grande richesse sémantique dès lors qu'elle témoigne entre autres de la mentalité, des croyances, des attitudes, des goûts ou des us et coutumes des locuteurs d'une langue») (Vézina et al., 2009, p. 4-5).

Procédé de définition de « drogue »

Pour définir ce qu'est une drogue, il faut décrire l'objet, ici en l'occurrence un objet matériel, physique (ou plutôt chimique), et définir son ou ses concepts. Un objet peut en effet correspondre à des concepts (et des définitions) différents selon les domaines considérés, physique et chimie pour l'eau par exemple. Il convient donc de déterminer le domaine d'appartenance de la drogue par la description de l'objet et, ce faisant, d'affirmer ou d'infirmer sa réalité matérielle.

Une drogue doit être qualifiée de substance (chimique) et non de corps (physique) et son domaine de définition est donc celui de la chimie¹⁰ : définir la drogue en termes physiques n'aurait que peu de sens. De fait, ce qui caractérise une drogue, ce sont ses effets plus que son aspect ou sa matérialité. Un effet ayant une cause, ce qui caractérise avant tout une drogue est la structure chimique qui détermine son mode d'action et ses effets sur le cerveau de l'utilisateur (psychotrope). Pour décrire l'objet «drogue» et définir le concept de drogue il faut donc préciser leurs caractères essentiels autour des concepts de substance chimique et d'effet. Si la drogue peut être qualifiée de substance chimique, elle doit toutefois aussi être définie dans d'autres domaines que celui de la chimie, notamment, et principalement, celui, connexe, de la biologie (effets, métabolisme, etc.). La biologie permet en effet de déterminer ce qui fait qu'une substance est psychotrope (caractère essentiel extrinsèque), qu'elle ait ou non été consommée (elle existe en soi), et aussi de préciser quels sont les différents types de drogues (caractère non essentiel). Chimie et biologie permettent donc de produire une définition par intension, au vu des caractères essentiels intrinsèques et extrinsèques, et même non essentiels, de «drogue».

Une définition constitue «un élément fondamental dans l'acquisition et la diffusion de connaissances scientifiques et techniques». Sa rédaction doit se faire avec méthode et dans le «respect de conventions de base» afin, ainsi que l'expliquent Robwwert Vézina et ses coauteurs (2009, p. 34), «d'éliminer le flou conceptuel qui entoure parfois les termes». La définition du terme «drogue» proposée ci-après a donc été élaborée en observant les principes et les règles terminologiques exposés par Loïc Depecker (2002a & 2002b) ainsi que par Robert Vézina et ses coauteurs (2009).

Pour mener à bien un processus de définition, il convient en effet de respecter plusieurs principes et notamment ceux de concision, de clarté, d'explicitation et d'adéquation, de substitution (l'incluant permet de remplacer le terme par sa définition), de non-tautologie, de généralisation

¹⁰ Une drogue est indiscutablement une substance (composé) chimique, qu'elle soit naturelle (morphine), semi-synthétique (héroïne), ou entièrement synthétique (fentanyl).

et d'abstraction. Parmi ces principes, que l'on ne peut pas tous expliciter ici, il convient de prêter une attention particulière à celui d'adéquation qui veut, dès lors que la définition énonce avec précision les caractères essentiels d'un concept, que celle-ci ne s'applique qu'au concept défini et à lui seul (Vézina et al., 2009, p. 12-16).

Il s'est donc agi de déterminer le définisseur initial (qui doit être de même catégorie grammaticale que le terme défini) de « drogue », qui sert à situer le concept à l'étude par rapport aux autres dans un système conceptuel. Qualifier une drogue de substance plutôt que de produit présente l'avantage taxonomique d'opter pour un genre prochain (l'incluant se situe immédiatement au-dessus du défini dans un système conceptuel donné) plutôt que pour un genre éloigné. « Substance » a aussi l'avantage (l'inconvénient diront peut-être certains) de présenter une certaine richesse sémantique dès lors que le mot désigne autant une substance au sens chimique qu'une substance au sens courant de « ce dont un corps est fait » (CNRTL : substance).

Ici, le définisseur initial (substance) est idéal dès lors qu'il est un incluant que l'on peut qualifier d'adéquat pour définir « drogue » : il est de fait un concept générique plus englobant que le concept défini et il influence directement les éléments à énoncer par la suite, notamment le type de substance (cohérence avec le domaine premier de la définition : chimie). Puisqu'elle débute par un incluant (substance) constituant un genre prochain, la définition de « drogue » est dite générique : elle vise à placer le concept dans une classe d'objets, puis à le distinguer des concepts connexes, ici d'autres substances.

Drogue et aliment : psychotrope et nutriment

Il existe bien sûr parmi les substances d'autres concepts, connexes, qu'il convient de distinguer de celui de drogue : particulièrement celui d'aliment, c'est-à-dire toute substance fournissant aux êtres vivants les éléments nécessaires à leur croissance ou à leur conservation (besoins physiologiques ou primaires). Drogue et aliment sont souvent définis par le même définisseur initial, « substance » (voir tableau 1). Il faut ensuite déterminer les caractères dont la somme contribue à définir le concept, donc tout élément de la pensée qui reflète une propriété attribuée à un objet donné et qui sert à en former et à en délimiter le concept. Il importe alors de distinguer d'une part les caractères essentiels des caractères non essentiels et, d'autre part, les caractères intrinsèques des caractères extrinsèques.

Les concepts connexes et de même niveau de généralité¹¹ de drogue et d'aliment présentent selon cette approche des caractères essentiels qui, nous le verrons en détail plus tard, permettent de les comparer en termes de similitudes et de différences et qui permettent de déterminer que drogue et aliment sont des catégories exclusives : une drogue est une substance psychotrope alors qu'un aliment est une substance nutritive (nutriment). Le principe d'adéquation est donc ici respecté,

¹¹ La généralité relative des concepts est établie en comparant les grandeurs des ensembles qu'ils recouvrent, c'est-à-dire de leurs extensions : différents types de drogues et différents types d'aliments, lesquels ne se recoupent pas.

ainsi que l'indique le test de vérification ($X = Y + Z$) suivant (Vézina et al., 2009 : 13) qui veut que drogue (X) = substance (Y) + psychotrope (Z).

(1) Toutes les drogues (X : objet représenté par le terme) sont des substances (Y : objets désignés par l'incluant) qui ont comme caractéristiques (Z) d'être ou de comprendre des molécules psychotropes, et (2) toutes les substances (Y) qui ont des caractéristiques psychotropes (Z) sont des drogues (X). Les drogues ne sont pas des aliments (X) parce que ces derniers, bien qu'étant des substances (Z), ont comme caractéristiques d'être ou de comprendre des nutriments¹² (Z) et non des psychotropes (Z). Nulle mention de consommation requise ici dès lors qu'une substance est psychotrope (en tout cas potentiellement) qu'elle soit consommée ou pas. Les définitions de drogue et d'aliment sont dites adéquates dès lors que les deux affirmations (1 et 2) sont vraies et qu'elles permettent d'isoler de façon distinctive les classes des objets auxquelles renvoient les termes (Vézina et al., 2009, p. 13).

Certes, une drogue a en commun avec un aliment de pouvoir être consommée. Mais une drogue se distingue d'un aliment par le fait que sa consommation ne répond pas à des besoins physiologiques ou primaires. On classe ainsi les nutriments en trois catégories (fonctionnels, bâtisseurs, énergétiques) qui n'ont rien en commun (fonction/effet) avec celles des substances psychotropes (dépresseurs, stimulants, perturbateurs : classification de 1991 d'Yves Pélicier et Guy Thuillier (Carcel, 2006, p. 13-14). La biologie renforce d'ailleurs la distinction entre drogue et aliment, une drogue ne remplissant de fonction essentielle (vitale) ni pour les plantes¹³ qui les produisent ni pour les humains qui les consomment : ce sont dans leur immense majorité (à au moins une exception près : éthanol) des métabolites secondaires¹⁴ qui sont consommés sans être des nutriments essentiels (protéines, glucides, acides aminés, etc. : métabolites primaires¹⁵). Ainsi, à la différence des nutriments, une substance psychotrope n'est ni un métabolite primaire ni un élément¹⁶. Étant toujours (à l'exception de l'éthanol) des métabolites secondaires, les substances psychotropes naturelles ont cette particularité, ce caractère distinctif, quasi définitoire, de n'être nécessaires ni aux organismes qui les produisent (hors éthanol, qui n'est pas un métabolite), ni à ceux qui les consomment. Il convient toutefois de mentionner la création d'innombrables drogues de synthèse (qui, n'étant pas naturelles ou ne l'étant pas entièrement, ne sont donc pas des métabolites), depuis celle, en 1832, de l'hydrate de chloral, la première drogue de synthèse. L'héroïne, drogue semi-synthétique, a quant à elle été synthétisée en 1874 à partir de la morphine.

On le voit, tant du point de vue chimique que biologique, une substance psychotrope n'est pas un nutriment. C'est ce que Louis Lewin (1998, p. 1) écrivait déjà en 1924 dans son ouvrage *Phantastica* : « Dès le début de notre connaissance de l'homme, nous le voyons consommer des

¹² Composés organiques et inorganiques nécessaires à l'organisme vivant pour entretenir la vie.

¹³ Exceptionnellement par certains crapauds qui produisent un alcaloïde hallucinogène, la bufoténine, un métabolite secondaire (Torres et Schmidt, 2019)

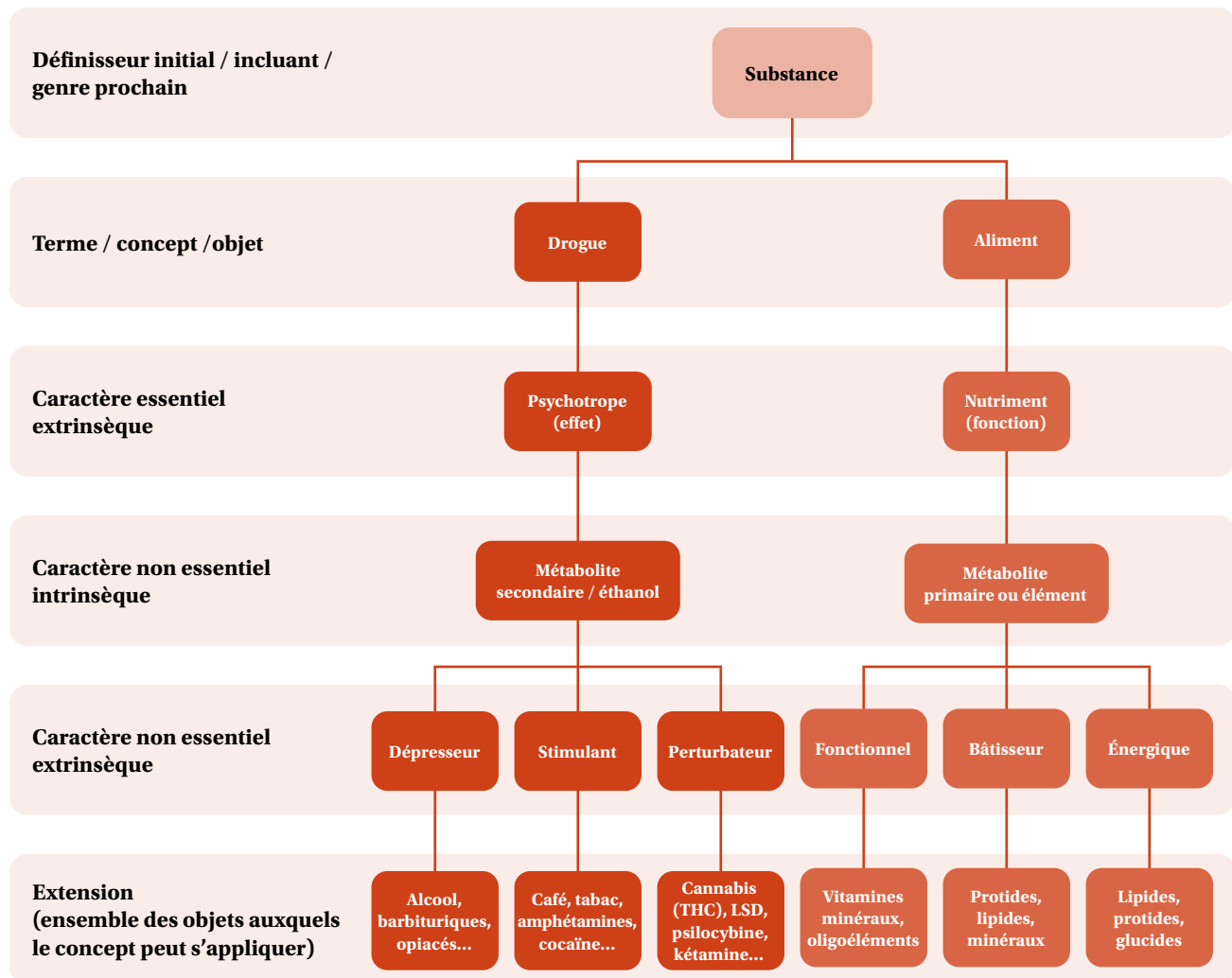
¹⁴ Les métabolites secondaires ne jouent aucun rôle connu dans le métabolisme primaire des plantes. Il s'agit des alcaloïdes (cocaïne, caféine, nicotine, etc.), mais aussi des phénols (flavonoïdes du cacao) et des terpénoïdes (nombreux dans le cannabis).

¹⁵ Principalement des glucides, protéines, acides nucléiques et lipides.

¹⁶ Mentionnons toutefois le protoxyde d'azote, un composé chimique qui n'est pas un métabolite et dont l'inhalation peut avoir des effets psychotropes.

substances sans valeur nutritive, mais prises dans le seul but de produire pendant un certain temps un sentiment de satisfaction, d'aisance et de confort ». Drogue et aliment sont clairement deux concepts connexes de même niveau de généralité dont les intensions et extensions respectives sont mutuellement exclusives (Bailey, 1980 ; Marradi, 1990). Les molécules psychotropes¹⁷ qui font l'intérêt et l'attrait des drogues ne sont pas des nutriments et aucun nutriment n'est une substance psychotrope (un gramme d'éthanol contient toutefois 7 calories, confirmant la spécificité de ce psychotrope).

TABLEAU 1 - Arborescence taxonomique des concepts connexes de drogue et d'aliment



¹⁷ Des alcaloïdes — ou pseudoalcaloïdes : delta-9-tetrahydrocannabinol du cannabis — et des phénols, mais aussi des acides comme l'acide malonique des barbituriques.

Drogue et médicament : vertus curatives de certains psychotropes

Dès lors que la distinction entre drogue et aliment (et psychotrope et nutriment) a été faite et que l'on peut affirmer que drogue et aliment sont des catégories exclusives l'une de l'autre, il convient de distinguer drogue et médicament, cet autre concept connexe dont certaines des caractéristiques essentielles sont communes avec celles de drogue et d'aliment. Le concept de médicament s'applique à nombre d'objets, parmi lesquels figurent certaines drogues (substances psychotropes) : selon l'article L5111-1 du Code de la santé publique français, « on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ». On comprend aisément que certains médicaments (barbituriques, kétamine, etc.) sont des drogues et vice versa.

Nombre de médicaments sont en effet constitués de substances psychotropes, notamment les opioïdes, les dérivés synthétiques de la cocaïne, les cannabinoïdes, et bien sûr les médicaments que la médecine classe en tant que psychotropes (catégorie médicale qui diffère des catégories juridiques et chimiques/biologiques), c'est-à-dire ceux qui permettent de traiter les troubles psychiques : les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les psychostimulants... Mais toutes les substances psychotropes ne sont pas utilisées comme des médicaments et les médicaments ne comprennent bien sûr pas tous des substances psychotropes : si le caractère essentiel d'une drogue est d'être une substance psychotrope, celui d'un médicament est d'être une substance ou composition thérapeutique. Une drogue perturbe le fonctionnement du système nerveux central, un médicament prévient ou agit sur une maladie, l'un n'excluant certes pas l'autre. Une drogue n'est ainsi considérée comme un médicament que lorsqu'elle a des vertus curatives reconnues et acceptées. Le cas des cannabinoïdes est intéressant dès lors que leur potentiel thérapeutique a longtemps été ignoré et même refusé, le statut de stupéfiant du cannabis étant considéré contradictoire avec celui de médicament, à la différence pourtant d'autres drogues qualifiées, elles, et de stupéfiant et de médicament (diacétylmorphine parmi de nombreux autres exemples) en fonction de l'usage et de l'usager.

À ce propos, il convient encore de rappeler que seuls certains usages de certaines drogues sont illégaux, la politique internationale des drogues n'ayant « jamais eu pour but d'interdire les drogues, mais celui de limiter leur offre aux seuls usages médicaux et scientifiques » et que « la distinction entre drogues licites et drogues illicites ne repose pas sur les propriétés des substances, mais sur les conditions sociales de leurs usages » (Dudouet, 2009). Il n'y a donc pas à proprement parler de drogues illégales et de drogues légales, mais des usages légaux et illégaux de drogues et même de médicaments.

La définition de drogue ne doit pas souffrir d'a priori moraux, politiques, sociaux et juridiques

Le terme drogue est donc défini ici (substance psychotrope), à l'aune de ses caractères essentiels, et hors dimensions juridiques ou morales (ou addictives) dès lors que celles-ci n'ont pas lieu d'être. En effet, conceptuellement, une drogue ne peut pas être définie par son illégalité ou même son immoralité dès lors que celles-ci n'appartiennent pas aux intensions du concept de drogue, mais à ses extensions : s'il existe des drogues dites légales et illégales, l'illégalité, caractère non essentiel et clairement non intrinsèque, ne peut être un critère définitoire de la drogue. Aucun critère moral, politique, social ou même juridique ne peut donc entrer dans une définition de la drogue sans remettre en question le principe d'adéquation des définitions par intension, légalité et moralité n'étant pas des caractères de l'objet drogue.

En revanche, dans le cadre d'une définition par extension, il est possible de mentionner des drogues (certaines, pas toutes, ce qui compromet justement le principe d'adéquation) dont la consommation est considérée comme amoral, ou dont la production, le commerce et la consommation sont sujets à des restrictions juridiques et font l'objet de politiques et d'actions d'interdiction. En effet, la façon dont quelque objet que ce soit, drogue y compris, est considéré selon des critères socioculturels donnés participe de caractères non essentiels extrinsèques et ne constitue pas un caractère essentiel intrinsèque (caractère de nature descriptive qui est inhérent à un objet : Vézina et al., 2009, p. 35) de définition de l'objet en question, ce qui contrevient à la définition de la drogue en tant que catégorie sociale.

De la même façon, si les classifications des drogues en fonction de leur dangerosité et des facteurs conditionnant celle-ci peuvent tout à fait être pertinentes, elles n'en relèvent pas moins de définitions par extension et non par intension et ne permettent pas à ce titre de définir « drogue » de manière générique : aussi pertinents et utiles soient-ils, les critères retenus par exemple par le rapport Roques (dépendance physique, dépendance psychique, neurotoxicité, toxicité générale, dangerosité sociale : Roques et al., 1998) ne constituent en effet pas des caractères intrinsèques, mais des caractères extrinsèques qui permettent de distinguer différents types de drogues d'un point de vue pharmacologique (médicaments), biologique, social, davantage que chimique. L'addiction n'est donc bien sûr pas non plus un caractère essentiel de la drogue (ce qui pose la question de la pertinence de la notion de « drogué(e) »).

Le fait que la définition d'un terme se fasse par intension et non par extension implique logiquement que l'objet drogue doive être distingué des usages et des représentations qui en sont faits, mais aussi des addictions aux drogues. C'est d'ailleurs ce que la complexification du rapport usager-produit (das Neves Ribeiro, 2018) par la prise en compte interactionniste de l'environnement de l'utilisateur, opérée dès 1938 par le sociologue Alfred R. Lindesmith, puis par Howard Becker (1963), impliquait en tranchant avec l'approche pharmacologique qui attribuait aux « seules propriétés de la substance le pouvoir de contraindre les conduites » (Ogien, 1992, p. 64). Mais les sociologies dites de la drogue étant en fait des sociologies de la production, des échanges et des

usages des drogues, et notamment des conduites addictives et des logiques et représentations sociales qui sous-tendent ces conduites, elles évacuent trop souvent la question de la définition de ce qu'est une drogue en qualifiant l'objet drogue de catégorie sociale sans en proposer de définition, voire en niant qu'une définition scientifique soit possible (Becker, 2001, p. 11-20). L'absence de définition permet une confusion terminologique et notamment la confusion entre la drogue, substance psychotrope (et non catégorie sociale), et l'addiction, phénomène ne pouvant être restreint à l'expression généralisante de « la drogue » (catégorie sociale). L'addiction n'est en effet pas un caractère essentiel de la drogue (nombre d'addictions se développent sans substance psychotrope) et elle ne peut donc pas la définir : c'est ce qu'une définition scientifique et terminologique de la drogue permet de mettre en évidence et qui confirme le bien-fondé de l'approche interactionniste. Les termes de drogue, de stupéfiant, d'aliment, de médicament, bénéficient donc à faire l'objet de processus de désignation plutôt que d'évaluation : il importe de les définir en faisant correspondre objet, désignation, et concept.

Nombre d'auteurs font en effet référence aux désignations et aux représentations des objets plus qu'aux objets eux-mêmes, assimilant les substances (ou produits) à leurs usages. Il est par exemple incorrect d'affirmer que la drogue est une « catégorie sociale » et non une « catégorie scientifique », que des drogues « deviennent des médicaments » et vice versa, ou encore que des drogues sont des aliments (Becker, 2001). Comme nous l'avons vu, certaines drogues sont qualifiées de médicaments et utilisées comme tels pour leurs vertus curatives, mais elles n'en restent pas moins des drogues. Et, par définition, drogue et aliment, ou substance psychotrope et nutriment sont intrinsèquement différents. De telles comparaisons ne résistent pas au distinguo objet/désignation/concept et aux définitions qui les sous-tendent.

Ainsi que les conceptions et définitions de la drogue susmentionnées en témoignent, le concept de drogue pâtit donc toujours de la confusion qui existe entre désignation, objet et concept, le manque de processus définitoire et éventuellement de positionnement philosophique (nominalisme, réalisme, etc.) laissant nombre d'auteurs enfermés dans un flou sémantique et conceptuel, loin du réalisme scientifique qui s'impose pourtant.

Conclusion : définition scientifique de « drogue »

Il ressort de ce qui précède que le terme « drogue » peut bel et bien être défini scientifiquement, en l'occurrence par le recours à une classification taxonomique résultant d'un raisonnement par induction et aboutissant à l'élaboration d'une définition terminologique par intension : « Drogue (chimie, biologie) : substance psychotrope (qui provoque des effets en perturbant le fonctionnement du système nerveux central des organismes vivants) ». Cette définition concise respecte notamment les principes de clarté, d'adéquation, et de substitution (la définition peut remplacer le terme sans aucune ambiguïté) qui font le bien-fondé et la rigueur d'une définition.

À cette définition par intension correspond une grande extension, la somme des caractères susmentionnés (intension) délimitant un ensemble large et varié de drogues auxquels ils s'appliquent

(extension). Il existe ainsi une multitude de drogues, d'origines diverses et aux effets variés (mais tous psychotropes) selon que la drogue considérée appartient aux déprimeurs du système nerveux central (alcool, analgésiques (dont opioïdes), hypnotiques, neuroleptiques), aux stimulants (café, tabac, amphétamines, cocaïne, ecstasy, antidépresseurs...), ou aux perturbateurs (cannabis, solvants, LSD, champignons hallucinogènes, kétamine...). La complexité apparente du concept de drogue, qui fait parfois penser qu'il n'en existe aucune définition scientifique, impose donc que la définition élaborée susmentionnée soutienne la version concise suivante : substance psychotrope.

In fine, pourquoi avoir cherché à valider une définition de la drogue ? Par souci de précision terminologique, par souci de faire correspondre objet, désignation, et concept, par souci de cohérence scientifique et taxonomique, par souci, enfin, de dédramatiser d'un objet et de sa désignation (drogue définie hors valeurs morales, critères juridiques ou même de dangerosité ou de santé publique) : en effet, aucune drogue n'est problématique en soi, seuls certains usages peuvent l'être (comme montré par la sociologie interactionniste). D'où l'intérêt de bien distinguer la drogue, substance psychotrope, de ses phénomènes de consommation et de ses représentations.

Glossaire

Principalement d'après Depecker, 2002a et 2002b, et Vézina et al., 2009.

Caractère distinctif : Caractère essentiel qui permet de distinguer un concept de ceux qui lui sont proches.

Caractère essentiel : Qui est indispensable pour la détermination du concept traité.

Caractère intrinsèque : Propre à l'objet et y est irréductible, comme, le plus souvent, sa matière, sa constitution, etc.

Caractère extrinsèque : Généralement plus aléatoire qu'un caractère intrinsèque, et éventuellement variable, comme la couleur, la texture, la fonction, etc.

Concept : Unité structurée de pensée par laquelle nous nous formons une connaissance du réel, qui revêt uniquement une dimension désignative ou dénotative.

Connotatif : Un sème (unité minimale de signification) connotatif détermine le sens d'un signe de façon relativement instable, virtuelle, situationnelle, voire individuelle, en évoquant des images et des représentations structurées dans et par la langue, la société, les individus.

Dénotatif : Un sème dénotatif détermine le sens d'un signe de façon stable en renvoyant généralement à un référent relativement situable.

Définition : Énoncé linguistique qui consiste à déterminer les limites et le contenu d'un concept en le décrivant et en permettant de le situer dans un système conceptuel. L'action de définir vise à déterminer par une formule précise l'ensemble des caractères qui appartiennent à un concept.

Définition lexicographique : Vise à décrire le ou les sens (signifié) d'une unité lexicale, un signifié comportant souvent une dimension connotative et culturelle qui lui confère une certaine richesse sémantique.

Définition terminologique : S'attache à décrire, à énoncer un concept désigné par un terme, à le caractériser par rapport à d'autres concepts à l'intérieur d'un système organisé appelé système conceptuel.

Désignation : Signe linguistique à sens spécialisé référant à un concept et même à un objet ou une entité.

Extension : Un des deux axes de définition d'un concept, réunissant l'ensemble des objets auxquels s'applique un concept. La distinction entre extension et intension est une forme moderne de celle qui avait été établie par la logique classique, et exprimée comme une opposition entre extension (ou « étendue ») et compréhension dans *La logique ou l'art de penser* (ou la Logique de Port-Royal) d'Antoine Arnauld et Pierre Nicole (1662). La distinction entre extension et compréhension a ensuite, semble-t-il, été relayée par celle qui fut introduite par Stuart Mill entre connotation et dénotation pour qui « le mot *blanc* dénote toutes les choses blanches » et « connote l'attribut *blancheur*. »

Intension : Un des deux axes de définition d'un concept, réunissant l'ensemble des caractères qui le constituent.

Principe d'adéquation : Principe qui veut, dès lors que la définition énonce avec précision les caractères essentiels d'un concept, que celle-ci ne s'applique qu'au concept défini et à lui seul.

Principe de substitution : Principe qui veut que l'incluant puisse remplacer le terme par sa définition.

Objet : Terme utilisé en terminologie pour désigner un objet entendu au sens large (chose, entité, phénomène).

Terme : Réunit désignation et concept, renvoie à un objet. Indissociable d'un concept. À tendance monosémique (ou monosémantique) et monoréférentielle : dans son domaine propre (technique ou scientifique), c'est-à-dire dans un domaine de spécialité, une nomenclature, un terme n'a qu'un seul sens ou en tout cas un sens spécialisé restreint. Se distingue du mot (dont il n'existe pas de définition linguistique), à tendance polysémique et pluriréférentielle, non lié à une nomenclature.

Références

- Ali Khan, S. (2016). The Distinction between Term and Word: A Translator and Interpreter Problem and the Role of Teaching Terminology. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 232, 696-704. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.10.095>
- Bailey, K.D. (1980). *Typologies and Taxonomies: An Introduction to Classification Techniques*. SAGE Publications.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders : studies in the sociology of deviance*. Free Press of Glencoe.
- Becker, H.S. (2001). Les drogues : que sont-elles ? Dans H.S. Becker (dir.), *Qu'est-ce qu'une drogue ?* (p. 11-20). Atlantica.
- Borgès Da Silva, R. (2013). Taxonomie et typologie : est-ce vraiment des synonymes ?. *Santé Publique*, 25, 633-637. <https://doi.org/10.3917/spub.135.0633>
- Carcel, J.-P. (2006). *Drogues et toxicomanie. S'informer, comprendre, agir*, Paris : Ellipses.
- Danenberg, E., Sorge, L.A., Wieniawski, W., Elliott, S, Amato, L et Scholten, W. K. (2013). Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions. *Drug and alcohol dependence*, 131(3), 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032>
- das Neves Ribeiro, N. (2018). Usager de drogues : (dé)construction d'une figure de politiques pénales. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2, 569-580. <https://doi.org/10.3917/rsc.1802.0569>
- Depecker, L. (2002a). Éléments de terminologie : principes généraux. Dans *Entre signe et concept : Éléments de terminologie générale* (p. 13-105). Presses Sorbonne Nouvelle. <http://books.openedition.org/psn/3393>.
- Depecker, L. (2002b). Éléments de terminologie : théorie et pratique. Dans *Entre signe et concept : Éléments de terminologie générale* (p. 109-173). Presses Sorbonne Nouvelle. <http://books.openedition.org/psn/3395>.
- Derrida, J. (1989), Rhétorique de la drogue : entretien avec Jacques Derrida. *Autrement*, Dossier « L'esprit des drogues : la dépendance hors la loi ? », 106, 197-214.
- Dudouet, F.-X. (2009). *Le grand deal de l'opium. Histoire du marché légal des drogues*. Syllepse.
- Dudouet, F.-X. (2017). De quoi la drogue est-elle le nom ? *Outros Tempos*, 14(24), 57-83. <https://doi.org/10.18817/ot.v14i24.601>
- Leturcq, S. (2020). Le terroir, un concept anhistorique. Dans J.-L. Yengué, et K.Stengel (dir.), *Le terroir viticole. Espace et figures de la qualité* (p. 23-31). Presses universitaires François-Rabelais.
- Lewin, L. (1998) (1924). *Phantastica*. Park Street Press.
- Lindesmith, A. R. (1938). A sociological theory of drug addiction. *American Journal of Sociology*, 43(4), 593-613. <https://doi.org/10.1086/217773>
- Marradi, A. (1990). Classification, typology, taxonomy. *Quality & Quantity*, 24, 129-157. <https://doi.org/10.1007/BF00209548>

Contribution à une définition terminologique de « drogue »

- Marradi, A. (2012). The Concept of Concept: Concepts and Terms. *Knowledge Organization*, 39(1), 29-54. <http://dx.doi.org/10.5771/0943-7444-2012-1-29>
- Mildeca. (sans date). *Qu'est-ce qu'une drogue ?*, Mildeca. <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-drogue>
- Ogien, A. (1992). Situation de la recherche sur les toxicomanes en Europe et aux États-Unis. Dans A. Ehrenberg (dir), *Penser la drogue/Penser les drogues* (p. 49-85). Descartes.
- ONUDC. (2014). *Les Conventions internationales relatives au contrôle des drogues*, Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime.
- Richard, D. et Senon, J.L. (1999). *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Larousse.
- Roques, B., Aeberhard, P., Besson, M.J., Campi, J., Lépine, J.-P., Stinus, L., Beauverie, P., Biour, M., Giros, B., Maldonado, R. et Valleur, M. (1998). *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues ». Rapport du Professeur Bernard Roques au secrétaire d'État à la Santé*. Secrétariat d'État à la Santé.
- Ruggiero, V. (1999). Drugs as a password and the law as a drug: discussing the legalisation of illicit substances. Dans N. South (dir.), *Drugs, cultures, controls & everyday life* (p. 123-138). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446250235.n8>
- Seddon, T. (2016). Inventing Drugs: A Genealogy of a Regulatory Concept. *Journal of Law and Society*, 43, 393-415. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6478.2016.00760.x>
- Sherratt, A. (2007). Alcohol and its alternatives: symbol and substance in pre-industrial cultures. Dans J. Goodman, A. Sherratt, et P.E. Lovejoy (dir.), *Consuming Habits : Global and Historical Perspectives on How Cultures Define Drugs* (p. 11-45). Routledge.
- Schultes, R.E. et Hofmann, A. (1993). *Les plantes des dieux*. Editions du Léopard.
- Sinha, J. (2001). *L'histoire et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants*, Produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, Division du droit et du gouvernement, Sénat du parlement canadien, Direction de la recherche parlementaire.
- Smith, K.B. (2002). Typologies, Taxonomies, and the Benefits of Policy Classification. *Policy Studies Journal*, 20(3), 379-395. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2002.tb02153.x>
- Swiggers, P. (2006). Terminologie et terminographie linguistiques : problèmes de définition et de calibrage. *Syntaxe et Sémantique*, 7, 13-28. <https://doi.org/10.3917/ss.007.0013>
- Torres, J.P. et Schmidt, E.W. (2019). The biosynthetic diversity of the animal world. *Journal of Biological Chemistry*, 294(46), 17684-17692. <https://doi.org/10.1074/jbc.REV119.006130>
- Vézina, R., Darras, X., Bédard, J. et Lapointe-Giguère, M. (2009). *La rédaction de définitions terminologiques*. Version abrégée et adaptée par Jean Bédard et Xavier Darras. Office québécois de la langue française.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

La diffusion de la consommation de tabac en Basse-Bretagne, fin XVII^e et XVIII^e siècles : entre succès et encadrement

Frédéric Toussaint, professeur certifié biadmissible à l'agrégation, docteur en histoire moderne de l'Université Bretagne Sud et membre associé du laboratoire TEMOS CNRS UMR 9016

Correspondance

18, bis rue du 19 mars 1962

56 700 Hennebont

Téléphone : 06 87 40 10 25

Courriel : betf@club-internet.fr

Résumé

La question des modalités de diffusion du tabac sur un temps assez long de la seconde moitié du XVII^e siècle jusqu'à la fin du siècle suivant, dans la Subdélégation et la Sénéchaussée d'Hennebont se pose. L'usage du tabac se répand rapidement et devient un produit de consommation courant, disponible pour le plus grand nombre et non plus réservé à une élite, notamment grâce à la multiplication des différentes espèces de tabac proposées. Les autorités prennent rapidement conscience des nécessités d'encadrer, d'encourager, de contrôler sa consommation afin notamment de juguler les éventuelles fraudes. Mais, pour développer l'usage de « l'herbe à Nicot », l'État doit d'abord chercher les interlocuteurs les plus aptes à organiser des circuits de distribution et d'activités de contrôle efficaces. À l'échelle locale, cela se traduit par la nomination de commissaires aux pouvoirs étendus, par la mise en place de réseaux de distribution au plus près du terrain. Ceci permet d'empêcher, ou tout au moins limiter, les fraudes, tout en offrant aux consommateurs la possibilité de s'approvisionner rapidement et à un coût supportable.

Mots-clés : tabac, consommation, encadrement, offre, fraude, entreposeurs et débitants de tabac, fixation d'un goût

The spread of tobacco consumption in Lower Brittany, between success and supervision.

Summary

The question of how tobacco was distributed over a fairly long period from the second half of the 17th century until the end of the following century, in the Subdelegation and the Sénéchaussée d'Hennebont arises. The use of tobacco is spreading rapidly and is becoming a common consumer product, available to the greatest number and no longer reserved for an elite, in particular thanks to the multiplication of the different species of tobacco on offer. The authorities quickly became aware of the need to supervise, encourage and control its consumption in order in particular to curb any possible fraud. But, in order to develop the use of « Nicot grass », the State must first seek the best interlocutors, the most able, to organize distribution channels and effective control activities. At the local level, this translates into the appointment of commissioners with extended powers, by the establishment of distribution networks as close as possible to the field. This makes it possible to prevent, or at least limit, fraud, while offering consumers the possibility of obtaining supplies quickly and at a bearable cost.

Keywords: tobacco, consumption, supervision, offer, fraud, tobacco storers and retailers, fixing a taste

La difusión del consumo de tabaco en la Baja Bretaña, fin de los siglos XVII y XVIII: entre el éxito y la supervisión

Resumen

Se ha planteado la cuestión de las modalidades de difusión del tabaco durante un período bastante largo, desde la segunda mitad del siglo XVII hasta el final del siglo siguiente, en lo que hace a la Subdélégation y la Sénéchaussée d'Hennebont. El uso del tabaco se extendió rápidamente y se convirtió en un producto de consumo corriente, disponible para el mayor número de personas y ya no reservado a una élite, en particular gracias a la multiplicación de las diferentes especies de tabaco propuestas. Las autoridades tomaron rápidamente conciencia de la necesidad de regular, alentar y controlar el consumo, en particular para reprimir los posibles fraudes. Pero para desarrollar el uso de «la hierba de Nicot» el Estado debió buscar en primer lugar a los interlocutores más aptos para organizar circuitos de distribución y actividades de control eficaces. En el plano local, esto se tradujo en la designación de comisionados con poderes ampliados, mediante el establecimiento de redes de distribución establecidas lo más cerca posible del terreno. De este modo se evitó, o al menos se limitó, el fraude, al tiempo que se ofrecía a los consumidores la posibilidad de abastecerse rápidamente y a un costo aceptable.

Palabras claves: tabaco, consumo, encuadramiento, oferta, fraude, depositarios y vendedores tabaco, fijación de un gusto

Pour Catherine Ferland, « le tabac est une des plantes s'étant le mieux exportées hors de son terreau traditionnel [notamment] sous l'impulsion des grandes explorations de la Renaissance [...] [et constituant] un apport culturel aux portées [...] complexes, en raison des répercussions physiologiques qu'il est susceptible d'entraîner » (Ferland, 2007). Annie Duchesne et Georges Vigarello, voient dans « l'installation en France d'une consommation de tabac [...], l'exemple même d'une acculturation lente, celui d'une acclimatation insensible » (Duchesne et Vigarello, 1991). Cette diffusion progressive au sein des sociétés européennes s'accompagne de diversifications des modes de consommation, marqueurs de différenciations et jouant un rôle dans l'expression de l'identité des groupes sociaux.

En Basse-Bretagne, la petite cité d'Hennebont, ville portuaire de fond d'estuaire, peuplée par environ 3000 âmes à la fin du XVIII^e siècle (à l'extrémité nord de l'actuelle rade de Lorient) et son espace proche n'échappent pas la tendance de fond que connaît le Royaume. Son intégration dans un réseau d'échange de dimension européenne, notamment grâce à sa fonction commerciale, a un impact sur les modes de consommation des habitants ainsi que sur ceux de l'espace proche (Hennebont est également chef-lieu de Subdélégation¹ et de Sénéchaussée² [voir Annexe, Carte 1]). Cela se traduit par la diffusion d'idées et de techniques nouvelles, de nouveaux modes de pensée, mais aussi par la circulation de nouveaux produits. Dans le cas présent, la diffusion de ces derniers prend également une saveur particulière, avec l'irruption et l'implantation de la première Compagnie des Indes sur le site assez proche du Faouëdic en 1666, « Le port de Lorient [s'inscrivant] d'emblée au cœur de la mondialisation [...] » (Le Bouëdec, 2019). Si les consommations de certains produits se sont anciennement généralisées et démocratisées, comme pour l'exemple bien connu des vins (et plus généralement des boissons alcoolisées), les consommations de sucre, de café, et surtout de tabac apparaissent plus tardivement. S'inscrivant dans l'émergence d'une économie mondiale, la question des modalités de diffusion de « l'herbe à Nicot » (appelée « butun³ » en langue bretonne), de sa provenance aux mécanismes de distribution, se pose, selon une approche de l'histoire globale ; ici l'activité portuaire et la proximité géographiquement proche de la Compagnie des Indes ont un effet dynamisant.

Dans un angle plus sociologique, il apparaît également intéressant de se questionner sur les usages et leurs formes depuis les premières traces de consommation trouvées et de tenter d'en marquer quelques grandes étapes. Parallèlement, il est nécessaire de se pencher sur les déclinaisons locales (reflet probable d'une politique menée à l'échelle de la Province) de la volonté des autorités d'encadrer au mieux la diffusion et ainsi de faciliter la consommation de ce produit. Loin de toute considération sanitaire (même si à l'époque on prête au tabac quelques vertus thérapeutiques),

¹ Les subdélégués forment un réseau centralisé par l'intendant. Simples correspondants au départ, ils sont devenus de véritables administrateurs recevant ses ordres et envoyant leurs comptes rendus ; ils entretiennent une correspondance régulière avec son hôtel. Leur répartition sur le territoire provincial ne relève aucunement du hasard ; elle répond d'abord aux besoins de l'intendant (Nières, 2004).

² L'importance de la ville tient également à la présence d'un Sénéchal, responsable d'une cour de justice. Ce tribunal, d'ailleurs, ne juge jamais de manière souveraine puisqu'un recours est toujours possible devant les présidiaux de Vannes ou devant le Parlement de Bretagne à Rennes.

³ La population de Basse-Bretagne est brittonophone. Ici les barrières linguistiques se doublent de barrières sociologiques, liées à l'usage de la langue. Les ports (avec des populations francophones) constituent des interfaces économiques et culturelles, mais aussi des sas ou des fenêtres ouvrant la péninsule sur l'extérieur et le monde.

l'objectif des autorités est de tout faire pour limiter les fraudes afin d'augmenter au maximum les bénéfices. L'organisation de circuits de distribution au plus près du terrain est jugée comme plus efficace, permettant la satisfaction de la clientèle, grâce à des prix abordables et une forme de garantie de la qualité du produit consommé.

Diffusion et consommation d'un nouveau produit, entre effet de mode et marquage social

Une consommation précoce : le rôle du port ?

Les navigateurs européens, marins ou soldats, devenus rapidement de grands adeptes du tabac, sont les premiers à adopter et à diffuser le tabagisme au hasard de leurs pérégrinations. Selon Ferland, cela permet à la consommation de tabac de se populariser vers le milieu du XVI^e siècle. Deux individus jouent, selon elle, un rôle déterminant : André Thevet, moine français membre de l'expédition de Villegagnon au Brésil en 1554, qui a son retour en France se fait l'apôtre du tabac, et « Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal dans les années 1560, [qui] contribue à diffuser cet usage auprès des sphères aisées de la société française » (Ferland, 2007). À Hennebont et plus globalement dans la Sénéchaussée, aucun élément portant sur la consommation de ce nouveau produit n'a été trouvé pour le XVI^e siècle. Pourtant, des liens indirects sont établis avec le Brésil. Il en est fait état à travers un court passage d'un ouvrage écrit en 1600 par Jean De Léry (contemporain de Villegagnon) et Eustachius Vignon, dans lequel les auteurs caricaturent des marins hennebontais : « nos mariniers departans de ceste ville de Hanebon pour s'en aller en leur pays de normandie, nous aussi pour nous oster d'entre ces Bretons bretonnans, le langage desquels nous entendions moins que celui des Sauvages Brésiliens d'avec lesquels nous venions⁴ » (De Léry et Vignon, 1600). Si l'on reprend l'analyse exposée, il est donc possible que des marins, locaux ou étrangers, aient introduit fort précocement la consommation de ce nouveau produit, même si aucune preuve tangible ne vient étayer cette hypothèse.

Premières traces trouvées à Hennebont

Les premiers éléments trouvés attestant d'une consommation de tabac remontent à l'année 1676. Dans les registres de délibération de la Sénéchaussée, est évoquée à deux reprises la nomination par Jean Breton⁵ de deux commis locaux, Buvil, et Fonvau responsables des ventes de tabac (ADM B 2420). Aucune référence ne porte sur les différentes catégories et quantités de produits consommés, mais il apparaît qu'au tournant de la seconde moitié du XVII^e siècle, le tabac est

⁴ La traduction en français moderne peut être la suivante : selon l'auteur, les marins originaires d'Hennebont retournent dans leur région d'origine, la Normandie (ici, il y a confusion entre cette dernière et la Bretagne), ce départ soulageant l'auteur de la présence de marins sans doute quasi exclusivement bretonnants, langage auquel il ne comprend rien, à l'instar de ceux parlés par les Amérindiens.

⁵ En 1667, l'État s'étant réservé le monopole de la fabrication du tabac l'affirme à Jean Breton, qui accepte, en contrepartie, d'acquitter un bail au Trésor royal.

déjà un objet de consommation important, d'où la nécessaire nomination de personnes ayant une activité de contrôle.

Dans les années 1690, des arrivages de tabac sont mentionnés dans les registres de l'Amirauté d'Hennebont, une fois en 1691, le 19 octobre et deux fois en 1692, le 6 et 19 octobre (ADM 8 B1 à 3). Les comptes rendus font état de la quantité et de la nature du produit débarqué. À chaque fois, un certain Joseph Houder se porte garant pour un dénommé Houller, marchand intermédiaire effectuant les livraisons de tabac (très probablement par bateaux) pour le compte du Sieur «Nouve d'Arrivay, armateur de la ville de Saint-Mallo». Les quantités de tabac sont, dans les trois cas, toujours les mêmes : 140 balles de tabac de Saint-Domingue disponible au «bal» ou en poudre. Les ventes s'effectuent à la chandelle. Le 19 octobre 1691, les prix atteignent 60 sols la balle et 25 sols la livre de tabac en poudre. Le 19 octobre 1692, les prix de départ sont fixés à 20 sols la balle et 10 sols pour la livre de tabac en poudre. Ils atteignent finalement 60 sols pour le premier et 55 sols la livre pour la vente de quatre barils de tabac en poudre (la vente s'effectue à la chandelle). Ces surenchères marquent un intérêt certain pour ce produit. Saint-Malo semble donc être la plaque tournante à partir de laquelle le tabac est distribué à travers la Province de Bretagne. Selon Claude Nières, il est possible que les arrivées, depuis cette ville, se soient prolongées jusqu'en 1707, date à laquelle, il n'est plus importé (Nières, 2004). L'essentiel, sinon la totalité, du tabac vendu l'est en poudre avec des prix fixés relativement élevés.

Le tabac entre marqueur de différenciations sociales et produit aux vertus prophylactiques

Pour Catherine Ferland, cette consommation constitue un marqueur social, «le fin tabac à priser est l'un des attributs de la haute société européenne aux XVII^e et XVIII^e siècles», ce qui, d'ailleurs, peut permettre «de mieux comprendre la construction de l'identité de certains groupes sociaux et l'expression de cette identité dans les écrits politiques ou médicaux, les arts ou la littérature» (Ferland, 2007). Cette idée est reprise par Didier Nourrisson, pour lequel :

[...] l'usage du tabac se répandit dans toutes les catégories sociales : l'adepte de la chique se recrutait plutôt chez les domestiques, qui pouvaient ainsi continuer à assurer leur service tout en bénéficiant d'un apaisement neuro-musculaire (fonction aujourd'hui dévolue au chewing-gum); le priseur se rencontrait davantage chez les maîtres, car la prise suppose l'oisiveté et une certaine forme de sociabilité mondaine [...]. Quant au tabac à fumer, il paraît peu à l'honneur; la pipe est en usage en Europe dès la fin du XVI^e siècle mais son usage en France se cantonne à certaines professions particulières (marins, soldats) ou à certaines régions excentrées (Flandres) (Nourrisson, 1988).

Dans le cas présent, la consommation de tabac semble donc bien être réservée à l'élite locale, lui permettant de se distinguer ainsi des autres groupes sociaux.

Un autre élément intéressant à signaler apparaît, même si aucune trace écrite n'a été trouvée pour le cas étudié. Si la consommation de tabac joue un rôle indéniable dans la différenciation sociale, ce produit est également jugé, dans le contexte de l'époque, comme bénéfique pour la santé. C'est ce qui ressort des écrits de Marc Lescarbot au début du XVII^e siècle, pour lequel « [...] en passant par les conduits de la respiration, le cerveau en est réchauffé, & les humidités d'icelui⁶ chassées. Cela aussi étourdit & enivre aucunement, lâche le ventre, abat les ardeurs de Vénus⁷, endort » (Lescarbot, 1609). Pour Ferland, « on prête au tabac des vertus prophylactiques évidentes, s'inscrivant tout à fait dans la pharmacopée occidentale de l'époque. Les noms qu'on lui donne à l'époque trahissent cette haute opinion : Herbe à tous les maux, Herbe à la Reine, Panacée antarctique, Herbe sacrée » (Ferland, 2007). Cette opinion est partagée par Annie Duchesne et Georges Vigarello :

Le tabac serait un remède « évacuant », comme le sont nombre de plantes médicinales. C'est à ce titre d'ailleurs, [que] Ferrant, dans un traité, voulu exhaustif de 1655, limite son usage à la santé, un geste de prévention : « ce qui est remarquable dans cette plante, c'est qu'on en use plus par précaution que dans l'urgence des maladies » (Ferrant, 1655, p 23). La nicotine, ici, serait consommée comme un « baume », un « simple », aux vertus « universelles » sans doute, mais concurrencée par bien d'autres. La plante américaine, avec son parfum pénétrant et son usage exotique, n'aurait fait que rejoindre l'interminable liste des pharmacopées (Duchesne et Vigarello, 1991).

Faute d'éléments trouvés, il apparaît difficile de décliner ces tendances à l'échelle locale, sans pour autant les écarter.

Un produit dont l'usage se démocratise

Au XVIII^e siècle, l'usage du tabac va se répandre pour atteindre toutes les sphères de la société avec un essor rapide de la consommation. C'est ce que met en évidence Laura Van Aert dans un article sur l'implantation urbaine des magasins de produits coloniaux (tabac, thé, café et coton) à Anvers. Même si cette ville se situe hors du champ géographique étudié, elle s'inscrit dans une tendance générale. Si, pour l'auteure, d'une part, ces produits ne sont pas socialement identiques et, d'autre part, voient leur statut évoluer dans le temps, « le tabac est rapidement devenu un produit prolétarisé » (Van Aert, 2011). En Bretagne Sud, la tendance semble être identique. C'est ce qui ressort d'un questionnaire à compléter et adressé à plusieurs entrepôts de tabac du diocèse de Vannes (Vannes, Auray, Hennebont, etc.) en 1765, avec en filigrane une volonté de contrôle de la part des autorités (ADM Série 24 C). Pour Hennebont, ce document nous apprend que les transports de tabac se font depuis Vannes et n'ont, malgré la distance, qu'une incidence financière faible, « [l]a distance du Bureau général de Vannes (11 lieues) est couverte par charroy et contre 20 s du % (cout par 100 pesants)⁸ » (ADM 24 C 13).

⁶ Le terme « icelui » est à prendre dans le sens de « celui-ci ».

⁷ Ardeurs amoureuses.

⁸ Le coût du transport est donc estimé à 20 sols pour 100 livres (unité de poids) de marchandise transportée.

Cet état permet de visualiser les différentes espèces de tabac proposées à la consommation, y figurent également leurs prix à l'entrepôt, ainsi que chez le débitant :

TABLEAU 1 – Liste des principaux tabacs vendus et prix à la vente

Espèces de tabac proposées à la vente	Prix de la £ à l'entrepôt	Prix chez le débitant
Hollande ficelé à 6 et 8 longueurs	3 £ 2	4 £ 0 s
Virginie menu filé	3 £	3 £ 10 s
Dauphiné	"	"
Hollande en poudre	4 £	4 £ 8 s
Mâtiné	3 £	3 £ 10 s
Cantine	12 s	

Trois catégories de produit peuvent être ainsi mises en évidence :

- Le tabac de Hollande, qui pour M.B De Saint-Martin, dans « *L'art du cultivateur et du fabricant de tabacs* », « [...] est meilleur que les deux précédents [Flandre et Alsace], [...] le tabac de Hollande se reconnaît facilement, le meilleur est celui d'Amersfort » (De Saint-Martin, 1807).
- Le tabac de Virginie, qui, d'après le même auteur, est « [...] le meilleur pour la poudre [...] et dont on se sert le plus généralement en France » (De Saint-Martin, 1807).
- Le tabac du Dauphiné qui, quant à lui, même si les prix ne sont pas mentionnés explicitement, provient très probablement de la Province du même nom.

Les catégories nommées « Hollande ficelé, Virginie menu filé, Dauphiné, Hollande en poudre, Mâtiné, Cantine », permettent d'envisager sous quelles formes ils sont achetés ou consommés. Le « Hollande ficelé à 6 et 8 longueurs » est en fait du tabac brut acheté sous forme de feuilles ficelées entre elles. C'est un tabac à fumer comme le montre De Villeneuve, dans son « *Traité complet de la culture, fabrication et vente du tabac* », pour lequel, « il est le meilleur connu, la ficelle en est fine nette, bien serrée, la vignette blanche et bien imprimée, tout prouve la propreté et l'exactitude qu'on met à le ficeler et semble ajouter à la valeur du tabac » (De Villeneuve, 1791). Le même auteur apporte également des précisions sur le tabac râpé (le « Hollande en poudre » évoqué dans le tableau) : « les Hollandais ont des râpes, faites en cylindre, comme les râpes à sucre et les font tourner au vent, ou à l'eau un seul homme préposé à les gouverner en fait cent livres par jour ». Enfin, le « Virginie menu filé », pour le D^r Martin-Lautzner, est quant à lui du tabac à chiquer :

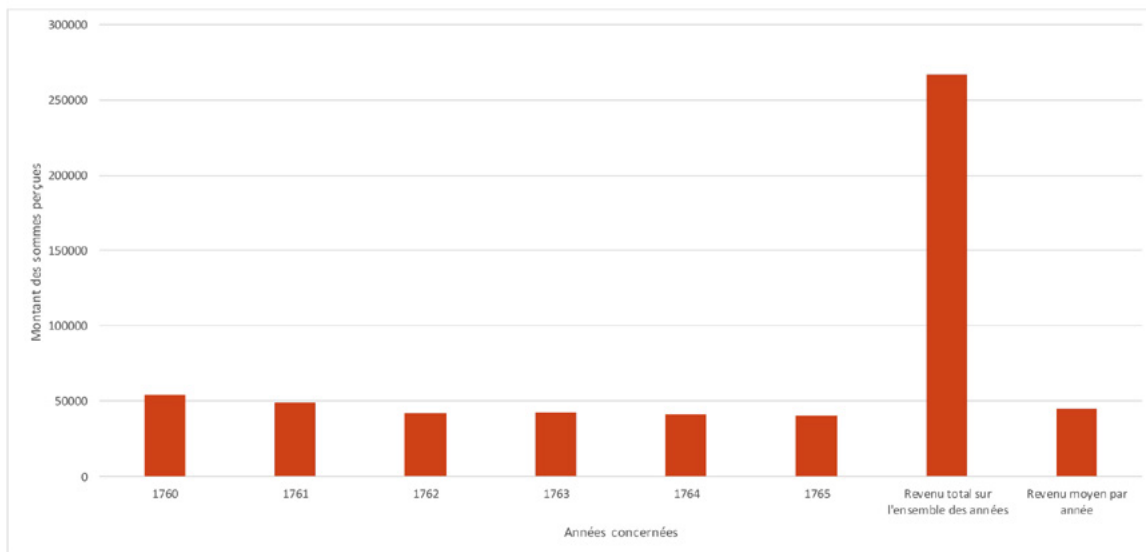
Le tabac à mâcher est livré au commerce, sous la forme de petites cordes de deux grosseurs différentes, indiquant deux qualités distinctes. Celui qu'on appelle menu filé est fait avec du tabac de Virginie pur, l'autre, plus gros, se prépare avec du Kentucky. Ces préparations, très simples, consistent à écarter les feuilles de tabac et à les filer avec un

rouet analogue à celui des cordiers. Elles n'emploient guère que 150 000 kilogrammes de tabac par an (Martin-Lautzner, 1855).

Reste la catégorie du tabac dit de « cantine ». Une définition nous en est apportée dans un ouvrage de Laboulaye, largement postérieur à la période étudiée : « Dans ces contrées, elle [la régie] fait donc vendre à prix réduit, des tabacs de moindre qualité, dits tabacs de cantine » (Laboulaye, 1847). Les prix indiqués, 12 sols, sont de loin très inférieurs aux prix pratiqués pour les autres catégories de tabac et invitent à penser qu'il s'agit là d'écouler des tabacs médiocres, des chutes, sans que l'on sache, d'ailleurs, sous quelle forme exactement.

Variétés et catégories de tabac se sont donc étoffées pour répondre à la demande et aux capacités financières du plus grand nombre. L'état de la consommation de tabac à Hennebont nous permet également d'avoir un aperçu du volume financier que représente cette consommation sur plusieurs années, mais malheureusement pas dans le détail.

FIGURE 1 – Revenus issus des ventes effectuées en £ entre 1760-1765 (ADM 24 C 13)



Les sommes inscrites concernent ici la totalité de la consommation sur le secteur. Elles sont considérables et atteignent une moyenne en année commune de 44 546 £ 9 s, ce qui atteste de l'impact de la consommation de ce produit devenu très populaire.

Enfin, cet état nous permet d'avoir un bref du montant des taxes perçues sur les types de tabac consommés :

TABLEAU 2 – Recette et dépense du tabac depuis le 1^{er} octobre 1765 jusqu'au 30 novembre 1765 (ADM 24 C 13)

	Hollande ficelé	Virginie à la Dauphiné	Virginie menu filé	Mâtine de Hollande	Hollande en poudre	Totaux
Restant au premier octobre 65	499 £ 1 s	23 £ 6 s ½	1303 lt 15 s ½	7 s ½	6 £ 8 s ½	1 839 £ 7 s ½
Levée Remiser en bon poids	1887	12 £ 12 s	4 233 £	42 £ 2 s		1 839 £ 7 s ½
Total recette	23 861	46 £ 2 s ½	5 536 £ 15 s ½	42 £ 9 s ½	6 £ 8 s ½	420 £ 5 s ½
Dépense	2 240 £ 9 s ½	10 £ 9 s ½	5 230 £ 9 s ½	36 £ 12 s ½		
Reste en magasin	145 £ 7 s ½	359 £	316 £ 6 s	5 £ 18 s	6 £ 8 s ½	

Le « Hollande ficelé » se taille la part du lion, représentant près de 50 % des revenus tirés de la vente de tabac, en « année normale », suivi du « Virginie menu filé ». Les tabacs à fumer ou à chiquer représentent désormais la majeure partie de la consommation, les autres variétés de tabac en poudre apparaissant comme marginales. Cette situation tranche singulièrement avec celle prévalant à la fin du XVII^e siècle. Le tabac est devenu un objet de consommation courant, disponible pour le plus grand nombre et non plus réservé à une élite. Nous sommes donc bien ici également, comme le souligne Laura Van Aert pour Anvers au cours du XVIII^e siècle, face à une « démocratisation » (Van Aert, 2011) sensible avec un accès qui se généralise. Le tabac n'a cependant pas perdu sa fonction de marqueur social, puisque subsiste une petite consommation de tabac en poudre. En cette fin du XVIII^e siècle, comme le souligne Nourrisson, « le tabac n'est déjà plus une pure curiosité ou un simple médicament, il est tombé dans le domaine public » (Nourrisson, 1988).

Encadrer et développer la consommation du tabac : entre circuits de distribution et activités de contrôle

Si, au début du règne de Louis XIII, une ordonnance de police pouvait encore défendre « de vendre cette drogue à tout autre qu'aux apothicaires, sous peine d'amende de 80 livres parisis » (Riant, 1876), l'État comprend très vite tout le bénéfice qu'il peut tirer de la vente de ce nouveau produit. L'importance prise par la consommation de « l'herbe à Nicot » en fait vite un marché suffisamment fructueux pour mobiliser et justifier, entre autres, une fiscalité nouvelle : ce qui fait dire à Necker, à la veille de la Révolution, que « l'impôt sur le tabac est, de toutes les contributions, la plus douce et la plus imperceptible, et on le range avec raison dans la classe des habiles inventions fiscales » (Chevalier et Emmanuel, 1948). Décidées à l'échelle du Royaume, les nécessités d'encadrer, d'encourager, de contrôler la consommation et les éventuelles fraudes déclinent localement les

directives venues d'en haut. Il s'agit, ici, de les appréhender et d'en mettre en lumière les résultats. Les éléments présentés ici ne sont d'ailleurs, sans doute, que la déclinaison locale d'une volonté politique s'étendant probablement à l'échelle de la Province.

Une volonté de contrôle précoce

Dès 1621, la première taxe sur le tabac – un droit d'entrée sur le « pétun » entrant dans les « cinq grosses fermes », les provinces intérieures du Royaume – est actée par Richelieu à la hauteur de quarante sous le cent. Par la déclaration du 17 novembre 1629, Louis XIII fait lever sur le « Petun et Tabac » trente sols d'entrée par livre, excepté sur celui des Îles. En 1674, pour mobiliser et justifier une fiscalité nouvelle, Colbert établit « le privilège de la fabrication et de vente » sur les produits dérivés du tabac et choisit la ferme, c'est-à-dire une cession de l'ensemble du marché à un fermier qui accepte, en contrepartie, d'acquitter un bail au Trésor royal :

Jean Breton s'engage, le 27 septembre 1674, à payer 500 000 livres annuelles, les trois premières années et 60 000 les trois années suivantes. Il contrôle ainsi pendant la même durée, toute la production et toutes les ventes de tabac. D'où, dès l'ouverture du bail, un dispositif d'inventaire et d'appropriation : tous les vendeurs de tabac « doivent en faire incessamment leur déclaration au dit Jean Breton », les produits seront cachetés au poinçon du fermier, racheté par lui, entreposés dans les magasins de la ferme, avant d'être vendus par les seuls bureaux autorisés. Délimitation des aires de culture aussi, pour mieux maîtriser le monopole : seules quelques généralités peuvent poursuivre la plantation (Bordeaux, Saint-Maixent, Metz ou Reims, entre autres) (Duchesne et Vigarello, 1991).

Le 19 février 1676, dans les registres de la Sénéchaussée d'Hennebont, Jean Breton, comme nous l'avons vu, apparaît une première fois, comme « adjudicataire de la ferme de tabac, [de] la marque sur l'estain par bail à nous fait par sa Majesté, depuis le dernier [jour de] novembre 1674 ». Il est noté qu'il nomme le Sieur Louis Buvil, « marchand à Hennebont », pour être commis « garde-magasin dans la ville [...] et partout ailleurs », avec pour objectif de :

pouvoir [...] faire toutes les visites et perquisitions nécessaires pour découvrir les contraventions qui pourront être faites tant concernant les tabacs entrés et conduits en fraude qui y sont, leurs arrivages distincts non déclarés, n'y marqueur de Mr marquis et à cet effet faire toutes les saisies. Il dressera ses procès verbaux pour être tous remis devant les juges qu'il appartiendra pour suivre à confiscation suivant leur déclaration du Roy, bail et arrêt et tiendra bon et fidèle registre de sa fonction et commission [consigné] et paraphé par le commis général ou ambulant de son département auquel il en rendra compte [...] et généralement suivre bon ordre qui lui seront donnés par le commissaire général ou ambulant [...] (ADM B 2420).

Le 19 avril suivant, c'est un dénommé Jans Fonvau qui est, à son tour, commis et commissionné, cette fois-ci au Port-Louis :

du tabac et droit de marque sur estain, conformément audit bail de [...] l'arrêt du Conseil [...] dont il tiendra bon et il enregistre, coter et parapher par la commission générale et arrêt chaque jour par le contrôleur dans lequel avisera si gravement la vente de tabac et celle de l'estain [...], [et surtout] saisira le tabac ou estain qui se trouvera sans notre marque pour vu pour faire la confiscation aux termes dudit bail [...] auquel saisie il établira désignations de dépositaire [...] et en dressera procès-verbaux (ADM B 2420).

Buvil apparaît comme un personnage clé. Outre sa responsabilité de garde-magasin (sans doute le lieu où sont entreposés les tabacs avant redistribution), il joue également le rôle d'intermédiaire auprès du commis général du département, probable représentant à l'échelle de l'Évêché de Vannes [voir Annexe, Carte 2], de la Ferme Générale. Les objectifs de Buvil, et plus tard de Fonvau, sont de contrôler l'arrivée des tabacs (dont Port-Louis semble être également une porte d'entrée sur le secteur), de juguler les fraudes, en confisquant la marchandise illégale saisie, en dressant des procès-verbaux et engageant des actions en justice contre les contrevenants. Dans la seconde moitié du XVII^e siècle, le tabac est donc déjà devenu un objet de consommation localement important. Malgré les tentatives fréquentes de contrôle évoquées, la fraude semble conséquente, mais son volume reste difficile à appréhender.

À partir de 1680, Colbert confie le monopole du tabac à la Ferme Générale qui prend à bail le produit des taxes et en assure le recouvrement moyennant un substantiel bénéfice et selon l'ordonnance du 22 juillet 1681 (article 1^{er}) seuls les fermiers des droits du Roi, leurs procureurs ou commis peuvent dorénavant faire commerce et vente de ce produit. Elle organise la Régie des impôts indirects à la façon d'une grande entreprise commerciale, avec son réseau de greniers, entrepôts, magasins, bureaux, et employés. C'est sans doute dans ce cadre que les arrivages de tabac, mentionnés dans les années 1690 (et évoqués au point précédent) à travers les registres de l'Amirauté d'Hennebont se font. Aucune précision sur les activités de contrôle et sur les circuits de distribution n'est ici apportée.

La Ferme Générale abandonne son monopole en 1697 pour insuffisance de rentabilité. La ferme du tabac se trouve alors allouée à un particulier moyennant 150 000 £ (en 1718, le prix du bail s'élève à 4 millions de £) (Barral, 1843). Le 15 novembre 1698, les registres de la Sénéchaussée (ADM B 2880) font état de l'apparition de nouveaux protagonistes, à travers la mention d'une lettre de « Monsieur Laloue, de la Sénéchaussée royale d'Hennebont [qui] supplie humblement maître Nicollas Duplantier, fermier général du tabac [...] qu'il désire faire recevoir Guy Guillemont pour commis pour la conservation de ladite ferme ». Cette demande reçoit une issue positive puisqu'il est décidé que « ledit Guillemont [est reçu] en [...] [et] pour cet effet [doit] rendre son serment ». La fonction du rôle de commis est précisée dans des arrêts du Parlement de Bretagne des 15 juillet 1698, 23 avril 1699, puis du 11 août 1713 et 7 décembre 1717 :

Les Commis & autres Employés dans notre dite Ferme de tabac qui auront prêté serment pourront en quelque lieu qu'ils se trouvent même hors du Ressort de la Cour supérieure ou Jurisdiction subalterne où ils auront prêté serment saisir les tabacs qui se trouveront en fraude, ensemble, les petits bâtimens & bateaux, les chevaux, charrettes & autres voitures & équipages servant au transport desdits tabacs même arrêter les Voituriers & conduire le tout au plus prochain Bureau ou entrepôt de la Ferme, dresser procès verbal de la saisie dont la connoissance appartiendra à l'Élection ou aux Juges des Fermes dans le Ressort desquelles elle aura été faite (Teulière, 1752).

Il s'agit donc à nouveau d'une activité de contrôle, avec autorisation de procéder à des procès-verbaux et saisies, en luttant contre tous les types de fraudes possibles. Détenteur d'une mission de police, Guillemont est chargé d'appliquer un «privilège⁹» et, tout à la fois, d'en interdire la violation, afin d'exploiter au mieux un marché et d'en chasser les fraudeurs. Il ne nous est malheureusement pas possible de connaître l'étendue des fraudes, ni l'efficacité des commis locaux, aucune information portant sur ces thèmes n'a été trouvée.

La Compagnie des Indes : une solution éphémère

Entre 1717 et 1730, la Compagnie des Indes devient la détentrice de la vente exclusive de tabac (Arrêt du conseil d'État du Roi du 11 mars 1723). Le 25 septembre 1723, les registres de la Sénéchaussée d'Hennebont en font état, accordant à Pierre le Sueur la prise de possession du privilège :

sa majesté voullant qu'en attendant l'expédition seau et enregistrement des lettres patentes sur les dits arrest du 22^e mois dernier et 1^{ere} du présent mois de septembre, la Compagnie des Indes soit mise en possession sous le nom de Pierre le Sueur, dudit privilège exclusive de l'entrée fabrication vente et débit en gros et en détail du tabac de tout crues et espèces en feuilles et en corde qu'en poudre ou autrement fabriqué pour en jouir par la dite Compagnie des Indes aussy qu'en a joui [...] ledit du Cordier, conformément à l'ordonnance du mois de juillet 1681, aux dits déclarations arrests et règlements intéressant au sujet de ladite vente exclusive du tabac à la déclaration du premier aoust 1721, a que la C^{ie} des Indes puisse pourvoir aux achats fabrication de tabacs et autres choses nécessaires pour la régie et exploitation dudit privilège (ADM B 2513).

Cette vente exclusive concerne le tabac en gros et détail pour :

les tabacs supérieurs en cordes composés de feuilles de cran estrange et de feuilles des Isles et Colonies françaises et des Provinces privilégiées ou les plantations ont lieu jusqu'à 50 sols la livre dans les magasins et bureaux en détail par les particuliers qui en auront la permission, jusqu'à 60 sols la livre les tabacs inférieurs aussy en corde, composé facilement des feuilles de cran des dites Provinces privilégiées ou les plantations ont lieu jusqu'à 25 sols la livre dans les magasins des bureaux et détails jusqu'à 32 sols

⁹ Le privilège, garanti et reconnu par l'autorité royale, est un droit donné et ne s'appliquant qu'aux membres d'un groupe bien défini.

la livre de tabac du Brésil, jusqu'à 3 £ [etc.] la [livre] dans ses magasins et bureaux et en détail jusqu'à quatre £ et les tabacs en poudre au prix fixé par l'ordonnance du mois de juillet 1681[...] (ADM B 2513).

La volonté de contrôler la vente du produit apparaît à nouveau à travers une lettre du 30 janvier 1721 adressée aux Juges Royaux et retranscrite dans les registres de la Sénéchaussée. Un dénommé Édouard de Verdier, fermier général du tabac, « par l'arrêt du conseil du 26 août [...] 1721 » pourvoit « le Sieur Ricardeau de l'employ de receveur et entreposeur de ce département de Hennebont et dépendance, et le Sr Philippe Pétel, de celui de contrôleur audit entrepost, [...] à la charge de se faire recevoir et prêter serment [...] » (ADM B 2915). L'objectif desdits Ricordeaux et Pétel est donc d'assurer le contrôle de la distribution du tabac sous toutes ses formes, d'éliminer les abus, quitte à « faire justice ». La distribution locale se fait à partir d'un entrepôt, dont la localisation sur la ville n'est pas précisée, chacun des membres de ce tandem ayant un rôle bien défini à jouer. Cette politique semble s'installer dans le temps. Le 28 juin 1737, dans les registres, un nouveau nom est consigné, le « noble homme Claude Sias les Gerbiers » (ADM B 2538) est présenté comme le nouveau receveur et entrepreneur de tabac sur la ville. Si entre 1717 et 1730, la Compagnie des Indes cherche à faire fructifier ce nouvel « eldorado confortablement installé en France et non pas dans l'océan indien », il s'avère très vite que la rentabilité de ce contrôle est loin d'atteindre celle escomptée, « la négligence qui s'ensuit favorise la fraude qui atteint son âge d'or durant ces treize années » (Association pour l'Histoire de l'Administration des Douanes, 2002).

Si négligence il y a, la proximité géographique joue également un rôle évident dans la circulation illégale du tabac. Ainsi, pour la seule année 1721, treize cas sont mentionnés dans les registres de la Sénéchaussée (ADM B 2915). Quatre concernent des personnes liées directement à l'activité de la Compagnie des Indes ; le 19 novembre 1721, le Sieur Jean Baptiste Anauts, garde magasin de la Compagnie Royale des Indes de Lorient est mis en cause, le 8 avril 1721 Guyome Fernacer, [...] maître armurier sur le vaisseau la Vierge de Grâce, le 11 août 1721, François Bron, capitaine du vaisseau la « Profette Daniel », et enfin le 31 octobre 1721, le Sieur de Lepinne, officier de marine à Lorient.

En dehors d'une consommation personnelle, il est possible que ces individus, et d'autres très certainement, soient à l'origine d'un vaste trafic, irrigant un large secteur. C'est ce que laissent supposer les mises en cause, le 25 novembre 1721, du maître de la barque « la Hardie Pucelle » Jean Tuaud, pris en contravention et fraude et le 2 août 1721, celle de Charles le Picot, maître de la Barque « la Marie Philippe » de Belle-Île. Ces derniers peuvent, grâce à leur bateau, transporter la marchandise illégale sur un vaste secteur. Les marchands locaux peuvent également s'inscrire dans les circuits de distribution du tabac entré en fraude, en devenant même des pivots essentiels. C'est ce que montre, le 21 novembre 1721, la condamnation par Pétel, du Sieur J. le Sage et de Marguerite le Boulch sa femme, marchands pris en contravention et fraude de tabac (ADM B 2915). C'est également le cas le 6 décembre 1721 avec Anne Dolo marchande à Hennebont, le 27 août 1721, avec, à nouveau, la Veuve le Bouc'h, prise encore en contravention et « feau de

tabac¹⁰», le 19 novembre 1721 avec le Sieur Dirard, marchand négociant au Port-Louis et Nicollas Albiz et sa femme Marie le Borgne, présentée comme marchande à Lorient (ADM B 2915). Enfin, un seul cas trouvé montre que la fraude s'est étendue à l'espace rural environnant. Le 19 novembre 1721, Pierre le Grand et sa femme, demeurant aux villages de Laiziniel, paroisse de Riantec¹¹, sont pris « en fraude et contravention ». Il s'agit toutefois, dans tous les cas, de personnes géographiquement proches du lieu d'importation. La consommation de tabac entré illégalement peut s'être répandue dans un ensemble englobant un périmètre plus vaste, sans que l'on puisse réellement le définir ici ; comme semble l'indiquer également la prise en fraude de Charles le Picot, maître de Barque originaire de Belle-Île, précédemment vue.

Un retour à la Ferme Générale

Le 12 septembre 1730, par Arrêt du Conseil d'État du Roi, le privilège de la vente du tabac est à nouveau attribué à la Ferme Générale, qui va payer pour cette exploitation particulière un loyer toujours plus élevé, atteignant le chiffre de 32 millions de £ en 1790 (contre deux millions en 1715). Pour M. Barral, cela se traduit par une « répression judiciaire qui s'amplifie contre les trafiquants dont un certain nombre sont condamnés aux galères. Pendant les 25 années suivantes, on compte 4934 forçats envoyés aux galères pour cause de contrebande du tabac ! » (Barral, 1843). Dorénavant, au mitan du XVIII^e siècle, le tabac va transiter par Vannes et le Bureau général de cette ville. Un arrêt du conseil du Roi du 13 octobre 1750 en fixe les modalités :

ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT DU ROI qui fixe le prix des Tabacs du crû de la Louisiane à trente livre le quintal dont vingt sept livres dix fols seront payées par Fermier & deux livres dix sols par le Roi : désigne les Ports pour l'entrée desdits Tabacs & établit des précautions pour empêcher l'abus & la fraude tant au Droit de trente sols livre pesant de Tabac qu'à la Ferme du Tabac.

Du 13 Octobre 1750

Le Roi étant informé que, depuis l'année 1738, les en feuilles provenant des crûs & plantations de la Louisiane n'ont été vendus dans les différent Ports du Royaume que le pied de vingt cinq livres le cent pesant net poids de marc à l'Adjudicataire de la Ferme Générale du Tabac &c : Le Roi étant en son Conseil a ordonné & ordonne ce qui suit :

Article Premier

Les Tabacs provenant des crûs & plantations de la Louisiane seront transportés en France en feuilles liées en manques & non autrement, défend très expressément Sa Majesté d'y en transporté de tout fabriqués en cordes, en rôles, en carottes, en poudre ou de telle autre manière & sous quelque que dénomination que ce puisse être, à peine de confiscation des dits Tabacs fabriqués & de mille livres d'amende.

¹⁰ Le terme « feau » est à entendre dans le sens de « faux », c'est-à-dire dans celui de tabac de contrebande.

¹¹ La paroisse de Riantec se situe immédiatement à l'est de la rade de Lorient.

Veut pareillement, Sa Majesté, & sous les mêmes peines que lesdits Tabacs en feuilles liées en manques & ne puisse aborder dans le Royaume que par les Ports de Calais, Dieppe, le Havre, Rouen, Honfleur, Saint-Malo, Morlaix, Brest, Nantes, la Rochelle, Bordeaux, Bayone, Cette, Marseille, Dunkerque & Vannes, désignés pour l'entrée des marchandises venant des Isles Françaises, de d'Amérique, par les Lettres Patentes de Sa Majesté des mois d'Avril 1717, Février 1749, octobre 1721 & par l'Arrêt de son Conseil du 11 Décembre 1728 (Recueil des Edits et Déclarations, 1768).

Si, comme cela a déjà été évoqué au point précédent, la distance entre Vannes et Hennebont n'a finalement qu'une incidence faible sur les prix de vente, un autre élément apparaît comme important aux yeux du rédacteur, qui souligne que «le tabac est ordinairement de bonne qualité» et que par conséquent «il pénètre très peu de faux tabac dans l'arrondissement, celui-ci est vendu 40 s la livre» (ADM 24 C 13). Ceci rejoint une préoccupation, mise en lumière par Annie Duchesne et Georges Vigarello. Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, une attention particulière est portée à l'état du produit, avec une surveillance de sa conservation et une garantie, aussi, à l'égard de sa saveur. Le goût s'officialise : les délits portant toujours davantage sur les tabacs «dangereusement mixtionnés, falsifiés, et surtout sur leur éventuel mauvais conditionnement [...]» (Duchesne et Vigarello, 1991). Le 16 octobre 1784, un arrêt du Conseil d'État du Roi interdit même tout transport «à plus de 30 lieues de distance» afin d'éviter les dégradations possibles du produit. Le goût devient donc également et pour la première fois un objet de vérification, de protection qui suppose réglementation et expertise :

Il devient objet de loi. Dispositif quasiment inenvisageable encore au début du XVIII^e siècle : toute plainte étant jusque-là rejetée, soupçonnée de «discréditer le fermier et de prévenir le public contre les qualités du tabac qui se débite dans ses bureaux». Le succès du tabac est aussi celui d'un goût, sa fixation, jusqu'à sa normalisation officialisée. Un goût suffisamment reconnu enfin pour être protégé (Duchesne et Vigarello, 1991).

Les circuits de distribution sur la ville d'Hennebont

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, il est possible de mettre en lumière les circuits de distribution du tabac sur la ville. L'entreposeur est une personne clé qui joue, en quelque sorte, une fonction d'intermédiaire avec le Bureau général de Vannes. Une remise «de 2 £ 8 s par %» lui est accordée. En contrepartie, celui-ci doit veiller à la quantité de tabac disponible puisque «l'approvisionnement se fait au débit de la consommation» (ADM 24 C 13). Il possède un office¹² dont les détenteurs «[...] essuyent en cette Province une capitation¹³ plus forte et pour supplément de celle du, pour cause de leurs offices dans les rôles de la capitation des villes et paroisse de leur domicile» (AMH BB 23). Cependant, les circonstances ou éléments permettant son acquisition nous restent inconnus.

¹² C'est une charge, correspondant à une véritable délégation de pouvoir, octroyée par un souverain à un individu.

¹³ La capitation est un impôt qui est levé par «tête», c'est-à-dire par individu. Les rôles de capitation sont les registres dans lesquels la population est consignée selon son adresse et son métier.

Grâce aux comptes rendus des délibérations de la Communauté de Ville, les noms de deux entreposeurs nous sont parvenus. Le premier est le Sieur de Navarre, «entreposeur de tabac et receveur des fermes en cette ville». Celui-ci est connu pour faire des demandes régulières auprès de la Communauté de Ville pour être déchargé du paiement de la capitation. Le 24 février 1740, il demande «à se faire rembourser depuis 18 ans qu'il réside en cette ville» (AMH BB 20) et le 20 décembre 1747, au prétexte «qu'il n'a aucun bien en cette Province, qu'il n'y fait aucun commerce, qu'il est noble et paye une forte capitation pour raison de son employ [...]» (AMH BB 19). Une dernière tentative est faite en 1762. À chaque fois en vain. La réponse de la Communauté de Ville du 20 décembre 1747 apporte quelques éléments nouveaux :

la Capitation qu'il paye pour son employe d'entreposeur est uniquement pour son employ et sur ses remises, ce qui n'empêche pas position pour sa capitation personnelle, pour son bien qui ne peut estre fait qu'à Hennebont, ou il a son domicile quoy que ses biens soient en Normandie, comme il l'allègue, l'employ d'entreposeur de tabac est un employ dérogeant à la noblesse, qui se soumet à payer capitation dans la ville, parmi les habitants d'icelle, avec d'autant plus de raison qu'il y fait un commerce de bleds, notamment en l'année dernière et en cette année, ce commerce est notoire, par ces raisons la Communauté espère de la justice de nos Seigneurs les Commissaires des États¹⁴ que le Sieur Navarre sera déboutté de sa demande (AMH BB 19).

Navarre profite ainsi de sa position pour développer d'autres activités dans le négoce de grain, ce que confirment, en 1747, les liasses portant sur les permissions d'exporter (ADI C 1661).

Le second personnage, Danneville, lui succède probablement et présente exactement la même exigence que lui, sans plus de succès d'ailleurs (AMH BB 23). Il exerce également une activité en Normandie, en tant que président trésorier de France au bureau de Caen et «doit continuer à [y payer] la retenue de 437 £ 8 s à la recette générale de la généralité [...] pour la capitation et le doublement dicelle sur les taxations et des émoluments de son office ainsy que tous autres pourvus des mesmes offices en Normandie». La municipalité estime qu'il doit continuer à payer «[...] la retenue que luy font les fermiers généraux pour cause de taxation et appointement de ses estats lucratifs d'entreposeur du tabac et de receveur des droits de ports et hâvres en la ville d'Hennebont» (AMH BB 23). Toutefois, ces multiples activités ont comme conséquences, nettement soulignées dans l'état de la consommation de tabac déjà évoqué (ADM 24 C 13), que «Jean Jacques d'Anneville, en place depuis quatre ans [...] est presque toujours absent», sans que l'activité locale semble en être perturbée.

Enfin, les rôles de capitation mentionnent à de nombreuses reprises l'existence, à travers la Ville, d'une catégorie, les «débitants de tabac» (AMH CC 1 ; ADI C 2251). Il s'agit probablement du dernier barreau dans l'échelle de distribution, qui conduit du Bureau général de Vannes, à l'entreposeur

¹⁴ Les États de Bretagne sont une assemblée réunissant les trois ordres (Clergé, Noblesse, Tiers-Etat (représentants des villes)), délibérant sur toutes les questions importantes d'ordre financier et politique, mais aussi sur la guerre et sur tout ce qui concerne l'administration de la Province de Bretagne.

local et aux clients; ces débitants assurant la vente au débit auprès des particuliers dans la ville. Malheureusement, les registres de capitation sont parfois très lacunaires, entretenant une confusion entre les «débitants, buralistes et débitants de tabac» (AMH C522), avec parfois des chiffres fortement contestables, comme en 1783, année où deux débitants de tabac sont mentionnés, avec deux vendeurs et un entreposeur, une autre personne n'ayant pas de fonction précise renseignée.

TABLEAU 3 – Les débitants de tabac à Hennebont, d'après les registres de capitation, de 1748 à 1789

Années	1748	1755	1763	1769	1775	1783	1789
Personnes comptabilisées	3 débitants	1 buraliste	4 débitants de tabac	6 débitants de tabac	8 débitants de tabac	2 débitants de tabac	5 débitants
						2 vendeurs	
						1 fonction non précisée	

Le nombre de débitants connaît une forte inflation, les effectifs doublent entre 1763 et 1775, avant de se replier sensiblement à la fin des années 1780 (si nous faisons exception du chiffre pour 1783, peu probant). Le succès de la consommation apparaît désormais comme indéniable. Il permet à un nombre relativement conséquent de débitants de vivre, même modestement. Grâce à leur présence, ces derniers assurent un véritable maillage du territoire local, permettant à la population de se fournir facilement et à bon compte, manière sans doute habile de limiter les fraudes. Cet élément se retrouve dans une réflexion de Laura Van Aert, pour laquelle à Anvers, «le tabac est rapidement devenu un produit prolétarisé, vendu par des marchands spécialisés de plus en plus nombreux et de tous niveaux sociaux, relativement dispersés dans la ville entière» (Van Aert, 2011).

La fraude en cette fin de siècle semble avoir quasi disparue. Aucune information précise n'a pu être trouvée à ce sujet. Les seuls éléments proviennent d'un livre de Rondonneau de la Motte, «*Motifs et résultats des assemblées nationales tenues depuis Pharamond jusqu'à Louis XIII*», paru en 1787. Pour l'auteur :

Le tabac se vend aujourd'hui râpé dans presque toute la France et cette méthode a beaucoup augmenté la ferme du tabac. Quelques négligences particulières, commises en Bretagne, donnèrent lieu à des plaintes en 1784 et les réclamations qui s'en suivirent ont obligé la ferme générale à vendre le tabac dans cette province selon l'ancienne méthode. On croit qu'en y ramenant l'usage devenu général dans tout le royaume, le produit de la ferme au tabac augmenterait de 1200 mille £ (Rondonneau De La Motte, 1787).

Conclusion

Entre la deuxième moitié du XVII^e et le XVIII^e siècle, l'usage du tabac poursuit son expansion dans la Sénéchaussée d'Hennebont au sein des populations locales à l'image de celles du Royaume. Dans le cas présent, il s'agit de la mise en œuvre d'un processus « d'acculturation lente, celui d'une acclimatation insensible » (Duchesne et Vigarello, 1991). À l'échelle du Royaume, cette diffusion progressive s'accompagne d'une diversification des modes de consommation et des pratiques – la plus grande variété et les différentes catégories de tabac en sont le reflet – afin de répondre à la demande et surtout aux capacités financières du plus grand nombre. Localement, l'usage du tabac dans la Sénéchaussée se répand rapidement, atteignant toutes les sphères de la société avec un essor sensible de la consommation, qu'accompagne la multiplication des différentes espèces de tabac proposées à la consommation. À Hennebont et dans son environnement proche, le tabac devient donc un produit de consommation courant, disponible pour le plus grand nombre et non plus réservé à une élite. Malgré cette démocratisation évidente de l'accès au produit, il continue à conserver une fonction de marqueur social, comme semble l'indiquer le maintien d'une petite consommation de tabac en poudre dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. L'importance prise par « l'herbe à Nicot » fait rapidement prendre conscience aux autorités des nécessités d'encadrer, d'encourager, de contrôler sa consommation et les éventuelles fraudes; celles-ci se font au plus près des territoires. Pour développer la consommation du tabac, l'État doit d'abord pouvoir compter sur le meilleur interlocuteur (particuliers, Compagnie des Indes ou Ferme Générale), chargé d'organiser les circuits de distribution et d'activités de contrôle efficacement. À l'échelle locale, cela se traduit par la nomination de commissaires aux pouvoirs étendus, par la mise en place de réseaux de distribution au plus près du terrain pour limiter et empêcher au maximum les fraudes, mais aussi offrir aux consommateurs la possibilité de se fournir rapidement et à un coût supportable. À ce titre, le rôle des débitants apparaît ici comme essentiel en permettant un maillage fin du territoire. Le succès du tabac étant aussi celui d'un goût, cela passe également par une offre abondante déclinée sous différentes formes, façon subtile de répondre aux besoins, aux modes et aux pratiques sociales, tout en rendant le consommateur captif. Une attention particulière est donc portée à l'état du produit ainsi qu'à sa conservation, sa saveur, apportant ainsi une sorte de garantie au consommateur. Pour Annie Duchesne et Georges Vigarello, cette consommation inutile est tout à la fois un signe de victoire sur le dénuement dans la France classique et celui d'une exploitation par l'État des recherches d'« excitation » (Duchesne et Vigarello, 1991). Ce monopole d'État, à travers la Ferme Générale, dure jusqu'en 1791, les tabacs entrent alors dans le mécanisme des droits réunis. Ils y restent jusqu'au décret de l'Assemblée nationale, en date du 20 mars 1791, qui supprime le monopole et reconnaît à tous les Français le droit de cultiver, de fabriquer et de vendre du tabac. En 1810, le monopole d'État est rétabli, dans son intégralité, c'est-à-dire en y incluant aussi la culture.

Dans un cadre plus général, pour Céline Goffette, « la consommation de tabac a intéressé assez tardivement les sociologues, alors même qu'elle est une pratique révélatrice de la stratification sociale des goûts [regrettant] que l'application du paradigme épidémiologique à l'étude du tabagisme et la recherche des « facteurs de risque » aient dans un premier temps relégué au second plan la dimension sociale de la consommation de tabac » (Goffette, 2016). Aux XVII^e et XVIII^e siècles, dans le cas étudié ici, la diffusion semble s'opérer par mue ou par étape successive, ce qui explique que Céline Goffette évoque même la formation d'un gradient social du tabagisme. Dans un premier temps, la diffusion de ce produit s'explique principalement par un effet de mode et les vertus curatives ou prophylactiques que l'on prête à l'herbe à Nicot. Mais en réalité, le schéma de diffusion répond avant tout à la volonté de l'État d'encadrer au maximum les pratiques, de contrôler la circulation, pour un bénéfice maximum. Le développement de nouveaux modes de consommation allié à la garantie de la « qualité » du produit va dans ce sens. Si aujourd'hui, le tabagisme est un problème majeur de santé publique, pendant la période étudiée, le problème ne se pose donc pas en ces termes.

Annexe – cartes

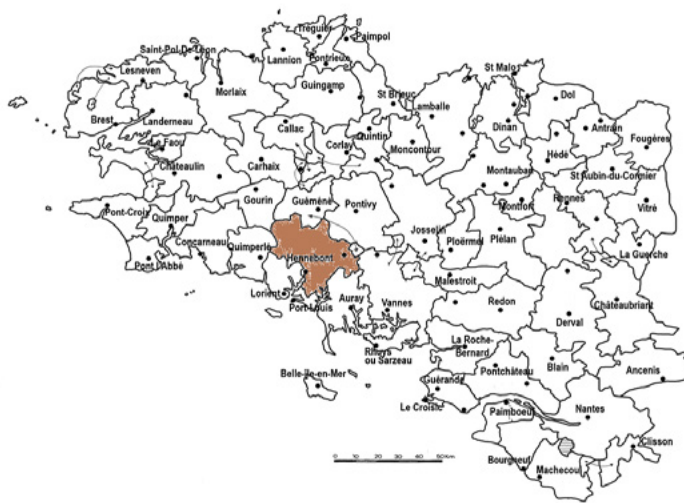
Cartes 1

La subdélégation d'Hennebont (Cartes des subdélégations bretonnes en 1713 et en 1781¹⁵) (Didier, 2014).

La Subdélégation en 1713



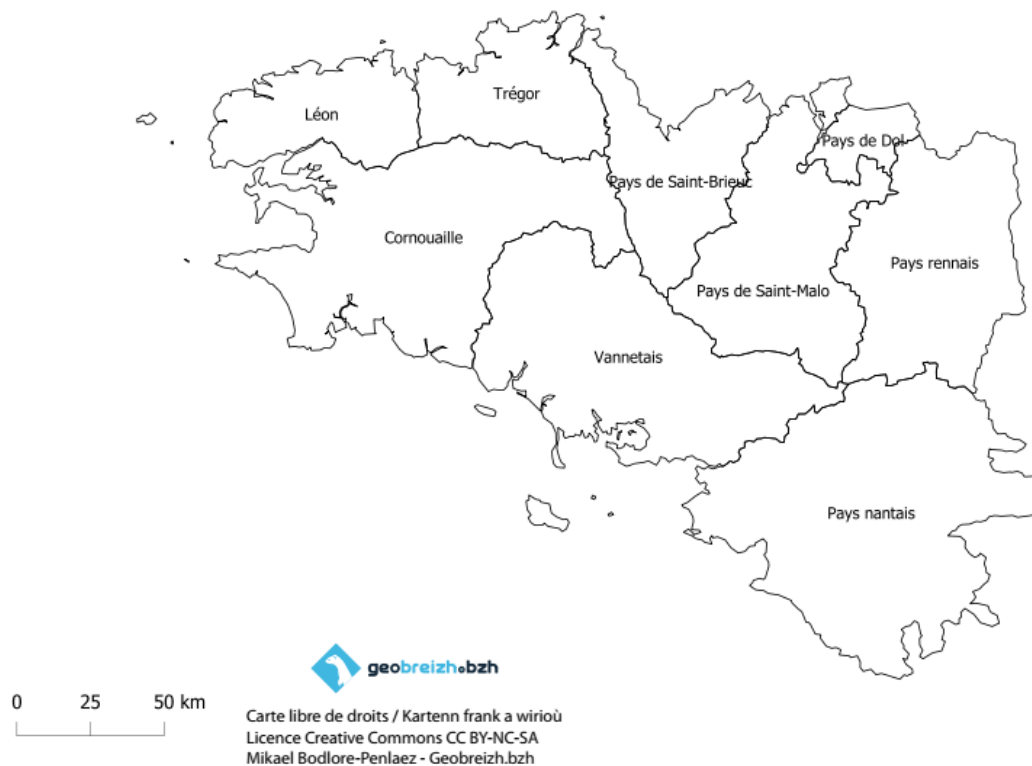
La subdélégation en 1781



¹⁵ Ces deux cartes sont extraites de l'article de DIDIER Sébastien, Du réseau au maillage administratif, la construction territoriale des subdélégations bretonnes de 1689 à 1789 », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 121-4, 2014, 81-106. Elles ont été retravaillées. La subdélégation d'Hennebont figure en marron. Sa superficie a diminué entre 1713 et 1781. En ont été détachées la subdélégation de Port-Louis, constituée de dix paroisses, puis de celle de Lorient en 1741.

Carte 2

Les diocèses bretons sous l'Ancien Régime



Références

- Association pour l'Histoire de l'Administration des Douanes. (2002) Le trafic du tabac au XVIII^e siècle à Noirmoutier. *Cahiers d'histoire des douanes françaises*, 25. <https://histoire-de-la-douane.org/le-traffic-du-tabac-au-xviii-siecle-a-noirmoutier/>
- Barral, M. (1843). L'industrie et le monopole des tabacs. *Revue des Deux Mondes, période initiale*, 2, 209-254. https://fr.wikisource.org/wiki/L%E2%80%99Industrie_et_le_monopole_des_tabacs
- Chevalier, A. et Emmanuel, H. (1948). *Le tabac*, PUF, coll. Que sais-je ?, 126.
- De Villeneuve, C. (1791). *Traité complet de la culture, fabrication et vente du tabac*. A Paris chez Buisson, libraire-imprimeur, rue hautefeuille, 20, 375-378.
- De Saint-Martin, M-B. (1807). *L'art du cultivateur et du fabricant de tabacs*. A Paris, chez Bachelier Libraire, rue des Augustins, 18, 17-21.
- De Léry, J et Vignon, E. (1600). *Histoire d'un voyage fait en la terre du Brésil, dite Amérique, pour les Héritiers d'Eustache Vignon*. 471-472.
- Didier, S. (2014). Du réseau au maillage administratif, la construction territoriale des subdélégations bretonnes de 1689 à 1789. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 121-4, 81-106.
- Duchesne, A. et Vigarello, G. (1991). Le tabac : Imaginaire d'un excitant sous l'ancien Régime. *Ethnologies française*, 21(2), 117-125.
- Ferland, C. (2007). Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XV^e siècle à nos jours. *Drogues, santé et société*, 6(1),2007, 17-48. <https://doi.org/10.7202/016942ar>
- Goffette, C. (2016). Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac : Une analyse des pratiques tabagiques au sein des ménages sur données françaises, *Revue française de sociologie*, 57, 213-239. <https://doi.org/10.3917/rfs.572.0213>
- Laboulaye, Ch. (1847). *Encyclopédie technologique : Dictionnaire des arts et manufactures, descriptions de l'industrie française et étrangère*. G-Z. Librairie scientifique-industrielle, de L Mathias (Augustin), quai Malaquais 15, 3505.
- Lescarbot, Marc. (1609). *Histoire de la Nouvelle France : contenant les navigations, découvertes, & habitations faites par les François és Indes Occidentales & Nouvelle-France souz l'avoëu & autorité de noz Rois Très-Chrétiens, & les diverses fortunes d'iceux en l'exécution de ces choses, depuis cent ans jusques à hui : en quoy est comprise l'histoire morale, naturelle, & géographique de ladite province : avec les tables et figures d'icelle*. A Paris, Chez Jean Milot, 888. <https://www.canadiana.ca/view/oocihm.36652/3?r=0&s=1>
- Le Bouëdec, G. (2019, mars). *Lorient et le Morbihan, Une histoire de ressentiments et de rivalités (1666-1914)*. Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 8-9.

Diffusion de tabac en Basse-Bretagne, fin XVII^e et XVIII^e siècles

Martin-Lautzner, A. (Dr). (1855). *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Volume 3, à Paris rue de Grenelle Saint Germain, 39, 194.

Nières, C. (2004). *Les Villes de Bretagne au XVIII^e siècle*. Presses universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 363.

Nourrisson, D. (1988). Tabagisme et antitabagisme en France au XIX^e siècle. *Histoire, économie et société*, 7^e année, 4, Toxicomanies : alcool, tabac, drogue, 535-547. https://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1988_num_7_4_2394

Recueil des édits, déclarations arrêts et règlements postérieurs au tarif de 1664. Nouvelle édition, (1768), tome second, à Rouen, par les libraires associés, 676.

Riant, A. (docteur). (1876). *L'alcool et le tabac*. Hachette, 134.

Rondonneau De La Motte. (1787). *Motifs et résultats des assemblées nationales tenues depuis Pharamond jusqu'à Louis XIII*. Avec un précis des harangues prononcées dans les États Généraux & assemblées des Notables, à Paris, à l'imprimerie Polytype, rue Favart, 36.

Teulière, J-F. (1752). *Édits et déclarations et arrêts, concernant la juridiction et la jurisprudence de la cour des aides et finances de Montauban*. A Montauban, chez Jean-François Teuliere, Imprimeur du Roi & de la cour, avec privilèges du Roi, 391.

Van Aert, L. (2011). Vendre l'exotique au quotidien, L'implantation urbaine des magasins de produits coloniaux (tabac, thé, café et coton) à Anvers au XVIII^e siècle. *Histoire Urbaine, Société française d'histoire urbaine*, 30, 41-65.

Archives consultées

Liste des abréviations

Archives départementales du Morbihan	ADM
Archives départementales d'Ille et Vilaine	ADI
Archives municipales d'Hennebont	AMH
Registre de délibérations de la Communauté de Ville	Reg. Délib. Com.Ville

ADM B 2420 : registre de la Sénéchaussée d'Hennebont, (audience du 19 avril 1676), (audience du 19 février 1676), (audience du 19 avril 1676).

ADM 8 B 1 à 3 : registre de l'amirauté d'Hennebont 1673-1692, 2 Mi 108.

ADM Série 24 C et 24 C 13 : état de la consommation de tabac à Hennebont en 1765.

ADM B 2513 : registre de la Sénéchaussée d'Hennebont (audience du 25 septembre 1723).

ADM B 2538 : registre de la Sénéchaussée d'Hennebont (audience du 28 juin 1737).

ADM B 2880 : registre de la Sénéchaussée d'Hennebont (audience du 15 novembre 1698).

ADM B 2915 : registre de la Sénéchaussée d'Hennebont (audience du 30 janvier 1721), (audience du 21 novembre), (audiences du 27 août et du 19 novembre et 6 décembre 1721).

AMH BB 19 : Reg. Délib. Com.Ville (1745-1747).

AMH BB 20 : Reg. Délib. Com.Ville 1748-1752).

AMH BB 23 : Reg. Délib. Com.Ville (1760-1766), délibération du 2 mars 1764, délibération du 2 mars 1762.

AMH C 522 : Rôles de capitation (1748-1789).

AMH CC 1 : Rôles de capitation.

ADI C 2251 : Rôles de capitation.

ADI C 1661 : autorisation d'exporter des grains (1747).



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Analyse des motivations associées à la pratique du *chemsex* selon l'orientation sexuelle

Jeanne This, M.A. (c) Université du Québec à Montréal, Département de sexologie

David Lafortune, Ph. D., Université du Québec à Montréal, Département de sexologie

Jorge Flores-Aranda, Ph. D., Université du Québec à Montréal, École de travail social

Correspondance

Jeanne This

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, succursale Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3P8

Téléphone : 438 883-2334

Courriel : This.jeanne@courrier.uqam.ca

Résumé

Problématique et objectif

La consommation des substances en contexte sexuel – aussi connu sous le nom de *chemsex* – a surtout été documentée chez les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHARSAH), avec de rares études incluant des hommes hétérosexuels. Par ailleurs, les motivations associées au *chemsex* demeurent sous-documentées, nonobstant l'orientation sexuelle primaire rapportée. Cette étude qualitative exploratoire visait à décrire les motivations associées à la pratique du *chemsex* chez les hommes et à explorer les possibles différences selon leur orientation sexuelle primaire.

Méthodologie

Onze hommes cisgenre (>18ans) rapportant avoir consommé en contexte sexuel au moins une des substances associées au *chemsex* (méthamphétamine, cocaïne, kétamine, MDMA ou GHB) dans la dernière année ont participé à un entretien semi-directif. Une analyse thématique a été réalisée en utilisant la théorie de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) pour organiser et conceptualiser les thèmes émergents relatifs aux motivations intrinsèques et extrinsèques associées à la pratique du *chemsex*.

Résultats

Les motivations extrinsèques rapportées faisaient référence à (1) l'influence de normes socio-sexuelles intériorisées ou (2) des partenaires sexuels dans l'initiation ou le maintien de la pratique du *chemsex*. Les motivations intrinsèques incluaient le désir (1) d'améliorer la performance sexuelle et des sensations physiques; (2) de réduire les inhibitions lors d'interactions sexo-relationnelles; (3) de favoriser la connexion émotionnelle au.x partenaire.s; (4) d'atténuer l'impact d'émotions ou d'événement douloureux ou alors (5) de combler un besoin lié à une dépendance aux substances.

Discussion

Nos résultats relèvent les facettes multiples du *chemsex* en matière de facteurs individuels, relationnels ou culturels influençant sa pratique, de même que le caractère heuristique du modèle de l'autodétermination pour distinguer les profils d'utilisateurs relativement à leurs motivations et leur orientation sexuelle primaire.

Mots-clés : *chemsex*, motivations, hommes, orientation sexuelle, méthodologie qualitative.

Analysis of the motivations associated with the practice of chemsex according to sexual orientation

Abstract

Background and objective

Sexualized drug use, also known as chemsex, has been documented mostly among gay, bisexual, or men who have sex with men (gbMSM), with rare studies including heterosexual men. Furthermore, motivations associated with chemsex are under-documented, regardless of reported primary sexual orientation. The aims of this study were to describe the motivations associated with chemsex among men and explore possible differences by primary sexual orientation.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with 11 cis men (18years) reporting sexual drug used of at least one substance related to chemsex (methamphetamine, cocaine, ketamine, MDMA, or GHB). A thematic analysis was conducted using self-determination theory (Ryan et Deci, 2000) to conceptualize emerging themes related to intrinsic and extrinsic motivations associated with chemsex practice.

Results

Extrinsic motivations reported referred to (1) the influence of internalized socio-sexual norms or (2) sexual partners in initiating or maintaining chemsex practice. Intrinsic motivations included the desire to (1) enhance sexual performance and physical sensations, (2) reduce inhibitions during sex-related interactions, (3) foster emotional connection to partners, (4) cope with painful emotions or events, or (5) fulfill a need related to substance dependence.

Discussion

Our results highlight the multiple facets of chemsex in terms of individual, relational or cultural factors influencing its practice, as well as the relevance of the self-determination model to distinguish user profiles with respect to their motivations and primary sexual orientation.

Keywords: Chemsex, motivations, men, sexual orientation, qualitative methods.

Análisis de las motivaciones relacionadas con la práctica del sexdopaje según la orientación sexual

Resumen

Problemática y objetivo

El consumo de sustancias en el contexto sexual, también conocido como sexdopaje o *chemsex*, se ha documentado principalmente en hombres gays, bisexuales o que tienen relaciones sexuales con otros hombres (gbHARSAH), con raros estudios que incluyen hombres heterosexuales. Por otra parte, las motivaciones asociadas al sexdopaje siguen estando muy poco documentadas, a pesar de la orientación sexual primaria documentada. Este estudio cualitativo exploratorio tuvo como objetivo describir las motivaciones asociadas a la práctica del sexdopaje en los hombres y explorar las posibles diferencias según su orientación social primaria.

Metodología

Once hombres cisgénero (mayores de 18 años) que habían consumido durante el último año por lo menos una de las sustancias relacionadas con el sexdopaje (metanfetamina, cocaína, ketamina, MDMA o GHB) participaron en una entrevista semidirigida. Se realizó un análisis temático utilizando la teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) para organizar y conceptualizar los temas emergentes relativos a las motivaciones intrínsecas y extrínsecas asociadas con la práctica del sexdopaje.

Resultados

Las motivaciones extrínsecas comunicadas se referían a lo siguiente: 1) la influencia de las normas socio-sexuales interiorizadas o 2) parejas sexuales en la iniciación o el mantenimiento de la práctica del sexdopaje. Las motivaciones intrínsecas incluían el deseo de: 1) mejorar el rendimiento sexual y las sensaciones físicas; 2) reducir las inhibiciones durante las interacciones sexo-relacionales; 3) favorecer la conexión emocional de las parejas; 4) atenuar el impacto de emociones o acontecimientos dolorosos o 5) satisfacer una necesidad relacionada con la dependencia de sustancias.

Discusión

Nuestros resultados señalan las múltiples facetas del sexdopaje con respecto a factores individuales, relacionales o culturales que influyen en su práctica, así como el carácter heurístico del modelo de autodeterminación para distinguir los perfiles de los usuarios en relación con sus motivaciones y su orientación sexual primaria.

Palabras clave: sexdopaje (*chemsex*), motivaciones, hombres, orientación sexual, metodología cualitativa.

Introduction

Le *chemsex* désigne la consommation intentionnelle de certaines substances psychoactives dans le but de prolonger la durée des rapports sexuels, de diversifier les pratiques ou d'améliorer l'expérience sexuelle (Bourne et al., 2015; Edmundson et al., 2018). Le terme *chemsex* est une abréviation des mots *chemicals* et *sex* communément utilisée par les gbHARSAH pour identifier leurs pratiques sexuelles sous consommation (Bourne et al., 2015). Les substances psychoactives les plus souvent associées au phénomène sont la méthamphétamine, le GHB et la méphédrone (Bourne et al., 2015), mais peuvent également inclure la cocaïne, la kétamine ou l'ecstasy (MDMA) (Ma et Perera, 2016). La pratique du *chemsex* au sein de la communauté gaie est décrite comme un phénomène appartenant à une sous-culture bien particulière et non représentative de la communauté gaie entière (Florêncio, 2021). Toutefois, selon Stuart (2019), l'utilisation du terme *chemsex* pour décrire la consommation sexualisée chez les gbHARSAH a permis d'identifier un phénomène unique et d'y répondre de manière appropriée (ex. : intervention ciblée et culturellement sensible). D'autre part, Møller et Hakim (2021), considèrent qu'une utilisation du terme *chemsex* limitée aux gbHARSAH participe à l'invisibilisation d'autres populations adoptant des comportements similaires (ex. : femmes, personnes trans et non-binaires), privant celles-ci d'accès aux financements en santé publique et aux programmes d'interventions spécialisés. Partant de cette prémisse, une meilleure compréhension de la pratique du *chemsex* dans d'autres populations que les gbHARSAH apparaît nécessaire, bien que les origines du *chemsex* soient effectivement indissociables des enjeux auxquels font face plusieurs gbHARSAH (Miltz et al., 2021). Tout en reconnaissant les origines sociales et culturelles du *chemsex* comme intrinsèquement liées aux gbHARSAH (Stuart, 2019), mais dans l'objectif d'y inclure l'expérience d'hommes s'identifiant comme hétérosexuels, nous utiliserons la formulation (chem)sex de Race et al. (2021) pour faire référence de manière générique à la consommation intentionnelle de substances traditionnellement associées à la pratique du (chem)sex, soit le crystal meth, le GHB, la méphédrone, la kétamine, la cocaïne ou l'ecstasy (MDMA; Bourne et al., 2015; Ma et Perera, 2016), en contexte sexuel indépendamment de l'orientation sexuelle. Ce faisant, les personnes rapportant avoir uniquement consommé de l'alcool, du cannabis ou des poppers en contextes sexuels n'ont pas été incluses dans l'étude, bien que ces substances soient parfois consommées en combinaison à celles associées au (chem)sex (Bourne et al., 2015; Stuart, 2019).

La pratique du (chem)sex est considérée comme une problématique importante de santé publique (Edmundson et al., 2018). L'euphorie et la désinhibition induites par les substances, combinées à la durée souvent prolongée des épisodes de consommation expliquent en partie pourquoi le (chem)sex est associé à une augmentation des pratiques sexuelles plus à risque (ex. : relations sexuelles sans protection) pour la transmission d'infections transmises sexuellement ou par le sang tant chez les gbHARSAH (Edmundson et al., 2018; Sewell et al., 2019), que chez les hommes s'identifiant comme hétérosexuels (Mckentin et al., 2018).

Des données de prévalence suggèrent que le (chem)sex est loin d'être un phénomène marginal, particulièrement chez les gbHARSAH. Réalisée auprès d'un large échantillon recruté dans 17 pays

($n = 14\ 050$), l'étude de Lawn et ses collègues (2019) suggère que jusqu'à 45,5 % des répondants homosexuels ont déclaré avoir consommé des substances dans l'intention spécifique d'améliorer l'expérience sexuelle, au cours des 12 derniers mois, contre 29 % pour les hommes hétérosexuels (Lawn et al., 2019). Une recension de 28 études épidémiologiques réalisées au Royaume-Uni entre 2007 et 2017 (Edmundson et al., 2018) estime la prévalence du (chem)sex entre 17 % à 31 % chez les gbHARSAH; ces taux de prévalence variant notamment en fonction du lieu de recrutement (ex. : clinique de santé sexuelle, service hospitalier en suivi du VIH). Une étude réalisée à Montréal entre 2009 et 2013 auprès de gbHARSAH ($n = 2149$) a révélé qu'au cours des trois derniers mois 8,1 % des répondants avaient consommé de l'ecstasy/MDMA, 5,5 % de la cocaïne, 5,1 % du GHB, 2 % de la kétamine, et 1,2 % du crystal meth en contexte sexuel (Blais et al., 2018).

Comparativement aux données portant sur la prévalence, les indicateurs de santé sexuelle ou les pratiques sexuelles à risque associés au (chem)sex, peu d'études ont examiné les motivations associées au (chem)sex. Dans leur recension systématique des études portant sur les motivations associées à la pratique du (chem)sex chez les gbHARSAH, Lafortune et al. (2021) indiquent que la consommation sexualisée peut s'inscrire pour certains hommes en réponse à des marqueurs de détresse psychologique (ex. : solitude, ennui, anxiété ou dépression; Amaro, 2016; Pollard et al., 2018; Pufall et al., 2018), ou à la suite d'expériences de stigmatisation associées à la séropositivité (McCready et Halkitis, 2008). D'autres données suggèrent d'ailleurs que le (chem)sex pourrait représenter pour certains une stratégie d'automédication pour atténuer une souffrance émotionnelle consécutivement à des événements stressants ou des difficultés personnelles (ex. : séparation amoureuse, décès d'un proche; Voisin et al., 2017). Pour certains gbHARSAH, l'initiation au (chem)sex ou sa pratique régulière est liée à différentes pressions interpersonnelles provenant des pairs, des partenaires sexuels ou plus largement de la communauté gaie (Bourne et al., 2015; Deimel et al., 2016; Pollard et al., 2018). Si les motivations associées à la pratique du (chem)sex chez les gbHARSAH représentent un champ de recherche en émergence (Weatherburn et al., 2017), très peu d'études sur cette question ont inclus des hommes ayant des relations sexuelles majoritairement avec des femmes. À notre connaissance, seules deux études (Cheng et al., 2009 et 2010) ont documenté le désir d'expérimenter, d'améliorer ses relations sexuelles ou d'échapper à ses problèmes personnels comme motivations à consommer des substances associées au (chem)sex. Obtenir un portrait détaillé des motivations à la pratique du (chem)sex, selon l'orientation sexuelle primaire, permettrait le développement d'interventions psychosociales adaptées aux profils et réalités spécifiques des hommes pratiquant le (chem)sex.

Par ailleurs, plusieurs modèles conceptuels ont été mobilisés pour expliquer les comportements liés au (chem)sex, bien qu'aucun consensus réel ne semble émerger : le stress minoritaire (Meyer, 1995), la théorie de l'automédication (Chartier et al., 2009), les théories syndémiques (Deimel et al., 2016), l'approche des normes sociales (Ahmed, 2016) ou la théorie de la masculinité hégémonique (Amaro, 2016; Javaid, 2018). Effectivement, l'état des connaissances suggère que le (chem)sex est un phénomène généralement complexe et multidimensionnel, impliquant de nombreux facteurs et mécanismes psychosociaux (Drysdale, 2021; Maxwell et al., 2019; Weatherburn et al., 2017). En outre, ces modèles ne permettent pas de conceptualiser et d'articuler ensemble les

facteurs environnementaux et individuels, faisant qu'un individu pourrait être porté à s'engager dans la pratique du (chem)sex. En ce sens, le modèle de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) pourrait s'avérer heuristique pour conceptualiser les motivations associées à la pratique du (chem)sex. Ce modèle postule l'existence de deux types de motivations liés à l'exécution d'un comportement donné, soit les motivations extrinsèques qui proviennent de l'influence ou de contraintes extérieures de l'individu (ex. : ami.es, partenaire.s amoureux.se.s, normes sociales) et les motivations intrinsèques qui émanent de la volonté, de l'autonomie, et de la spontanéité de l'individu, dans le but d'en retirer un plaisir ou une satisfaction (Ryan et Deci, 2000).

La présente étude poursuivait deux objectifs : 1) décrire les motivations associées à la pratique du (chem)sex chez les hommes ; 2) explorer les possibles différences selon l'orientation sexuelle primaire à l'aide d'une classification des motivations extrinsèques ou intrinsèques selon le modèle d'autodétermination de Ryan et Deci (2000).

Méthodologie

Recrutement

Onze hommes rapportant pratiquer le (chem)sex ont été recrutés pour participer à ce projet de recherche. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient : (1) être âgés de 18 ans et plus ; (2) s'identifier comme homme (cis, trans ou comme personne transmasculine) ; (3) rapporter au moins deux épisodes de (chem)sex durant les 12 derniers mois ; et (4) être en mesure de s'exprimer en français.

Afin d'identifier de possibles différences quant aux motivations associées à la pratique du (chem)sex selon l'orientation sexuelle primaire, nous avons procédé à un échantillonnage intentionnel (Savoie-Zajc, 2006). Cette classification tenait compte de l'orientation sexuelle autorapportée, du sexe du ou de la partenaire sexuel.le lors des épisodes de (chem)sex, de l'attirance envers le.la partenaire, mais aussi des contextes sociosexuels des épisodes de (chem)sex (ex. : l'identification ou non à la communauté gaie). Tout au long de la collecte de données, différentes stratégies ont été déployées afin de recruter des participants de diverses orientations sexuelles primaires (gai, hétérosexuel) : (1) des annonces publiées sur les réseaux sociaux (ex. : page Facebook d'organismes communautaires, via Facebook Ad Manager) ; (2) des invitations envoyées par courriels à des organismes communautaires et des cliniques de santé sexuelles (ex. : clinique La Licorne, Cactus Montréal, l'Anonyme) ; et (3) un échantillonnage par réseaux (boule de neige) auprès des participants de l'étude qui étaient invités à partager l'annonce de l'étude à des personnes répondant aux critères d'inclusion (Savoie-Zajc, 2006). La publicité invitait les personnes intéressées à écrire à l'adresse courriel du projet, afin de signifier leur désir d'y participer. La personne intervieweuse communiquait alors avec les participants potentiels par courriel ou par téléphone afin d'organiser l'entrevue, décrire les objectifs généraux du projet et leur partager le formulaire d'information et de consentement.

Collecte des données

Des entretiens semi-dirigés (Savoie-Zajc, 2016) représentent la principale stratégie de collecte de données. Les entrevues réalisées duraient approximativement 1 h 30 et étaient enregistrées dans un format audionumérique. Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes portant sur les expériences de (chem)sex. Les participants étaient invités à partager deux à trois épisodes de (chem)sex qu'ils considéraient comme significatifs à leurs yeux. Pour chacun de ces épisodes, trois grands thèmes étaient explorés: (1) les motivations associées à la prise de substances avant ou pendant les relations sexuelles; (2) les émotions ressenties avant ou pendant ces épisodes et (3) la nature des liens qu'ils entretenaient avec leur.s partenaire.s durant ces épisodes.

À la suite de l'entretien, les participants ont complété un court questionnaire en ligne sur la plateforme Limesurvey comportant des questions sociodémographiques (âge, statut conjugal, niveau de scolarité, orientation sexuelle autorapportée, revenu), sur la nature et la fréquence des substances consommées, ainsi qu'une liste de motivations couramment associées à la consommation sexualisée de substances (Goyette et al., 2018), afin de caractériser l'échantillon et permettre de trianguler les données colligées durant les entrevues (Savoie-Zajc, 2006).

Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et téléversés sur le logiciel Nvivo (version 12) pour faciliter la codification et la gestion de la base de données. Une analyse thématique a été réalisée en se basant sur les six étapes décrites par Braun et Clarke (2012) pour identifier des « patrons » à travers les données: (1) familiarisation avec les données; (2) codification; (3) identification des thèmes émergents; (4) révision des thèmes; (5) définition des thèmes; (6) synthèse et rédaction du rapport. Une validation interjuge a été réalisée sur 10 % du matériel (taux de concordance fixé à 80 %) afin d'évaluer la fiabilité des analyses (Bachelor et Joshi, 1986; Tracy, 2010). Un degré d'accord satisfaisant (83,7 %) a été atteint. Les discordances lors de la validation interjuge ont été examinées par deux des auteur.e.s du présent article et résolues grâce à un ajustement dans les définitions des thèmes. À l'étape d'identification des thèmes émergents, la théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci (2000) a été mobilisée afin de classer les codes émergents, selon qu'ils référaient soit à des motivations de nature extrinsèque ou intrinsèque en lien avec la pratique du (chem)sex.

Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (numéro de certificat: 4091). Des pseudonymes ont été utilisés et toutes les informations susceptibles de permettre l'identification des participants ont été retirées ou modifiées. Tous les participants recevaient une compensation financière de 15 \$ après avoir participé à l'entretien et rempli le questionnaire.

Résultats

Les participants recrutés étaient âgés de 25 à 61 ans et résidaient tous à Montréal durant la dernière année. Quant à leur orientation sexuelle primaire, six s'identifiaient comme gais et cinq comme hétérosexuels. Au cours de la dernière année, les participants ont indiqué avoir consommé les substances suivantes en contexte sexuel : MDMA (n=10), GHB/GBL (n=9), cocaïne (n=8), crystal meth (n=4), kétamine (n=3). Durant la dernière année, quatre d'entre eux rapportaient avoir pratiqué le (chem)sex moins de la moitié du temps, deux la moitié du temps, deux plus de la moitié du temps et trois durant toutes leurs relations sexuelles (voir Tableau 1 pour le détail).

TABLEAU 1 – Caractéristiques sociodémographiques des participants

Âge	n	
25 - 35	5	
36 - 45	2	
46 et +	4	
Niveau de scolarité complété		
Études primaires	1	
Études secondaires	1	
Études collégiales	1	
Études universitaires de 1 ^{er} cycle	7	
Études universitaires de 2 ^e et 3 ^e cycle	1	
Occupation		
Travailleur	7	
Étudiant	1	
Sans emploi	3	
Orientation sexuelle primaire		
Gai/Homosexuel	6	
Hétérosexuel	5	
Statut relationnel selon l'orientation sexuelle		
	Gai/Homosexuel	Hétérosexuel
Célibataire non engagé dans une relation	3	--
Célibataire avec partenaire.s occasionnel.le.s	2	4
En relation, avec un.e partenaire régulier.ère	1	1

Motivations à pratiquer le (chem)sex

L'analyse des 11 entrevues a permis d'identifier différentes motivations et incitatifs à pratiquer le (chem)sex, lesquels ont été organisés en deux sous-ensembles distincts : les motivations extrinsèques et intrinsèques. Les résultats présenteront (1) les motivations rapportées de manière transversale dans l'échantillon (2) puis comparées selon l'orientation sexuelle des participants.

Motivations extrinsèques

Plusieurs participants rapportent que leurs comportements de consommation sexualisée sont influencés par des motivations de nature extrinsèque. Ceux-ci mentionnent être en effet portés à pratiquer sous l'influence : 1) de normes sociosexuelles perçues ou intériorisées ; 2) des groupes qu'ils fréquentent ; 3) ou de leur.s partenaire.s sexuel.le.s ou romantique.s.

Influences des normes sociosexuelles

Trois des hommes gais rencontrés évoquent pratiquer le (chem)sex sous la pression de devoir se conformer à un standard de sexualité intense (c.-à-d., « sans limites », « débridée » et « euphorique »), une norme qu'ils associent dans leur propos à la communauté gaie. Un des participants précisera que le (chem)sex représente une manière d'acquérir une forme de « prestige sexuel », qu'il désigne comme la capacité à avoir des relations sexuelles intenses avec plusieurs hommes. La peur de passer à côté de ce type d'expériences valorisées alimenterait le désir de consommer en contexte sexuel.

Quand tu arrives à vivre un trip intense avec un gars magnifique et que la bonne drogue est au rendez-vous et bien c'est ce qui donne envie de recommencer. Il y a un côté gambling là-dedans qui est attirant et de la peur de manquer ce trip magique, la peur de manquer des belles opportunités. Dans ma vie, je veux connaître le succès, puis on dirait que chez les gais, un barème du succès c'est d'avoir des expériences sexuelles intenses. Il y a une pression de vivre cette folle vie-là. (Philippe, 37 ans, gai)

La tendance à consommer en contexte sexuel est influencée, chez deux de nos participants, par les standards véhiculés dans la pornographie gaie, valorisant l'intensité et la performance sexuelle (ex. : rallonger la durée des rapports sexuels, la sexualité en groupe, les éjaculations multiples). La consommation en contexte sexuel représente alors un moyen de reproduire de tels scénarios sexuels.

Influences du groupe d'appartenance

Cinq des hommes rencontrés rapportent avoir commencé à pratiquer le (chem)sex sous l'impulsion d'un désir d'appartenir à un groupe ou à une communauté. À travers leurs expériences, la pratique du (chem)sex s'inscrit dans une volonté de se conformer à des comportements qu'ils jugent attendus (un « prérequis », Robert), normalisés ou généralisés dans les différents milieux qu'ils fréquentent : espaces privés (résidence), publics (bars, saunas) ou virtuels (applications de rencontre).

[Lors de soirées] il y a un effet de groupe. Il y a des soirées où ce n'est pas ton intention de consommer, mais peut-être que le fait que ce soit normalisé dans cette soirée-là en particulier ou même dans la communauté ça va te pousser à consommer dans ces moments-là. (Michel, 26 ans, gai)

Un autre participant (Thomas, 35 ans, gai) précise que la présence des substances dans les lieux qu'ils fréquentent (ex. : soirées privées, saunas), leur accessibilité et leur promotion sur les applications de rencontres (ex. : la présence de substances est mentionnée par certaines expressions telles que « *party and play* » ou « *slam* ») participent à l'initiation au (chem)sex, puis à sa pratique régulière. « Surtout depuis l'avènement des applications, l'accessibilité [aux substances] des non-habités rend plus facile d'embarquer dans ce cycle et de devenir consommateur en bout de ligne. »

Certains hommes plus âgés (n=3) évoquent également vivre cette normalisation de manière coercitive, où la consommation en contexte sexuel est vécue comme une contrainte à laquelle se conformer, sous peine d'une exclusion (réelle ou appréhendée) des milieux qu'ils fréquentent.

Au niveau de la communauté gaie, il y a une pression de consommer [...] Puis en vieillissant, il y a une réalité qui vient avec et dans la communauté [gaie] à 40 ans, t'es vieux. [...] Donc pour être accepté, il y a une pression plus large [de consommer] pour rester dans la communauté, sinon t'es out. (Robert, gai, 55 ans)

L'âge de deux participants semble d'ailleurs agir comme facteur d'influence quant à leur propension à consommer pour contrer les effets du vieillissement sur leur performance sexuelle (ex. : dysfonction érectile) et correspondre aux standards sexuels d'hommes plus jeunes, et ce indépendamment de l'orientation sexuelle. « Si je consomme [du GHB], je peux faire l'amour trois fois dans une soirée, alors que je ne suis pas sûr que beaucoup d'hommes font la même chose à mon âge. » (Sylvain, 61 ans, hétérosexuel)

Influences des partenaires sexuels

Plusieurs participants (n=4) mentionnent l'influence de leur partenaire romantique ou sexuel. le dans leur propension à pratiquer le (chem)sex, notamment motivée par le souhait d'accompagner leur partenaire dans une expérience de consommation ou de répondre à ses attentes au plan sexuel.

Trois participants rapportent que la pratique du (chem)sex s'inscrit dans une volonté d'être « sur la même longueur d'onde » que leur partenaire (Nicolas) ou par souci de ne pas laisser l'autre seul dans son expérience de consommation, non sans souligner le caractère pernicieux de ces motifs. « Je suis plutôt du genre à le faire si l'autre le fait aussi parce que je trouve que c'est comme quand tu es saoul, tu préfères que l'autre le soit aussi avec toi. » (Michel, 26, ans, gai)

D'autres participants (n=2) mentionnent consommer pour répondre aux attentes, perçues ou formulées par leurs partenaires, en matière de performance sexuelle, tels que pour améliorer leur endurance, la rigidité de leur érection, ou diversifier leurs pratiques sexuelles. « Le désir de ne pas décevoir ma partenaire, va aller au point où je vais consommer pour ne pas la décevoir. » (Charles, 30 ans, hétérosexuel)

Motivations intrinsèques

Plusieurs des expériences rapportées par les participants révèlent l'influence de motivations intrinsèques dans leur inclination à consommer en contexte sexuel. La pratique du (chem)sex est alors motivée par le souhait : 1) d'améliorer leur performance sexuelle et leurs sensations physiques ; 2) de réduire leurs inhibitions lors d'interactions sexuelles et sociales ; 3) de favoriser la connexion émotionnelle ; 4) d'atténuer l'impact d'émotions ou d'événements douloureux ; ou alors 5) de combler un besoin lié à une dépendance initiale aux substances.

Améliorer la performance sexuelle et les sensations physiques

Tous les participants (n=11) perçoivent le (chem)sex comme un moyen d'améliorer leur performance sexuelle et l'intensité des sensations physiques lors des relations sexuelles.

Je me disais il est minuit et quart et j'ai envie de vivre une expérience intense. Je sais que dans ce genre de soirée il va y avoir une espèce d'euphorie inatteignable. Pour moi, c'est une quête de sensations fortes. (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Spécifiquement, la pratique du (chem)sex semble motivée par certains (n=10) par le souhait d'améliorer leur capacité physique, en termes de performance et de fonction sexuelle. Trois hommes insistent notamment sur le fait que la consommation de certaines substances (ex. : la cocaïne ou le GHB) facilite la montée de leur désir d'entreprendre et de maintenir leurs activités sexuelles, et ce, sur de plus longues périodes (plusieurs heures, voire plusieurs jours), ou bien améliore la rapidité à obtenir une érection et parvenir à la maintenir plus longtemps, par exemple. « C'est juste que je veux dire qu'au lieu d'avoir une baise de 20-40 minutes et bien ça peut durer 2 heures. » (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Sur le plan du désir et de l'excitation sexuelle, le (chem)sex permet pour d'autres hommes (n=8) d'agrémenter leurs pratiques sexuelles. Pour deux d'entre eux particulièrement, la consommation leur permet de « sortir de l'ordinaire » (Thomas) ou de « mettre du piquant » (Louis) dans leur relation de longue date avec leur partenaire. « Ça ouvre le « landscape » complet avec quelqu'un où il y a une routine sexuelle déjà un peu installée. » (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Dans le même ordre d'idées, certains hommes (n=7) indiquent avoir développé des scripts sexuels plus diversifiés. Lors des épisodes de (chem)sex, ces hommes évoquent notamment expérimenter une sexualité moins centrée sur la pénétration (anale ou vaginale) et plus orientée sur la sensualité (ex. : donner des caresses, des massages, se coller), en raison de l'intensification de la sensorialité sous influence de certaines substances associées au (chem)sex (ex. : crystal meth, MDMA, GHB). Pour Nicolas, par exemple, cette ouverture à d'autres comportements érotiques est associée à une diminution de l'anxiété de performance :

Les fois que c'était des « one on one » sur la drogue ça enlevait cette pression-là, de devoir être en érection. Parce que sur la drogue c'est tout ton corps qui devient érogène, donc si le

pénis n'a pas le goût pendant une demi-heure, il y a plein d'autres affaires à faire et ce n'est pas grave. (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Pour deux participants, la consommation de crystal meth sert à susciter un intérêt sexuel pour un partenaire masculin qui les attirait peu initialement. « Peut-être que la personne avec qui j'étais ne m'attirait pas vraiment, puis en fumant ça va passer. [...] avec une petite puff (crystal meth), ça va être correct. » (Thomas, 35 ans, gai)

Réduire les inhibitions lors d'interactions sexuelles et sociales

L'ensemble des participants perçoit la pratique du (chem)sex comme un moyen de diminuer leurs inhibitions sur le plan sexuel ou social. Cette désinhibition était vécue à travers différentes expériences, telles que la diminution des appréhensions vis-à-vis le jugement d'autrui ou des répercussions sur leurs comportements sexuels (« ne plus se poser de questions » ; Charles), ce qui les aidait à se sentir davantage ancrés dans le moment présent.

Quand j'étais en couple avec ma copine, j'étais assez à jeun et quand je couchais avec elle il y avait une partie de ma tête qui se demandait « est-ce qu'elle aime ça ? », « suis-je correct ? », « Est-ce que j'ai l'air laid de cet angle-là ? » Et lorsque je fais cette drogue-là [crystal meth], toutes ces questions n'existent plus. (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Plusieurs participants (n=7) rapportent que les effets désinhibiteurs des substances consommées (ex. : MDMA, GHB) favorisent l'abandon aux expériences sexuelles et permettent, par le fait même, d'être plus versatiles et ouverts à l'exploration de nouvelles pratiques auparavant appréhendées, telles que la sexualité avec des partenaires de sexes différents ou la sexualité en groupe. Pour un des participants (Thomas), le (chem)sex permet effectivement d'explorer des pratiques et des fantasmes sexuels considérés comme plus « hard » :

En consommant, on peut se permettre tout « hard ». Par exemple, ça m'est déjà arrivé d'être gelé [sur du crystal meth] et puis j'avais un fantasme que des gars différents, que je ne connaissais pas nécessairement, me pénètrent. La drogue rend la reproduction de fantasmes pornographiques possible. (Thomas, 35 ans, gai)

Pour trois participants, les effets désinhibiteurs leur permettent d'acquérir une assurance sexuelle, se traduisant par une capacité d'entreprendre et de s'affirmer durant les rapports sexuels (« prendre les devants », « s'imposer » ; Louis). Un participant indique même que la cocaïne lui procure un sentiment de contrôle et d'agentivité lors des relations sexuelles. « Tu sais la coke c'est quand même un stimulant qui fait que tu te sens très voire trop en contrôle de toi-même. Tu te sens très confiant. » (Charles, 30 ans, hétérosexuel)

Sur le plan des interactions sociales, cinq participants expliquent que la consommation les rend plus enclins à aborder de potentiels partenaires sexuels, dans les bars ou sur les applications de rencontre, par exemple. L'effet désinhibiteur recherché dans certaines substances associées au (chem)sex leur permettent d'amoindrir leurs réserves ou leurs appréhensions initiales à aborder

et solliciter des partenaires sexuel.le.s. (ex. : timidité, inquiétudes liées à leur image corporelle ou à leurs attributs physiques). Un des hommes (Robert) explique d'ailleurs que la consommation lui permet d'aborder des gens vers lesquels il n'irait pas en contexte de sobriété.

Au niveau social aussi c'est vrai que ça permet d'aborder des gens que je n'aborderais pas dans ma vie en général [...] Il y a des relations plus faciles avec toutes sortes de gens plus jeunes que mon âge ou plus âgés des fois. (Robert, 55 ans, gai)

Un participant (Lucas) explique même que le (chem)sex représente parfois un point en commun sur lequel la relation s'établit. Il précisera qu'au fil de sa trajectoire, les épisodes de vie où ils se sentaient plus isolés ont souvent été l'occasion de pratiquer le (chem)sex afin de bâtir des relations interpersonnelles dans un contexte de solitude.

Il y a toujours aussi l'effet un peu de bonding social. [Lorsque] je connais beaucoup de gens, j'ai un bon réseau de gens que je suis proche, je n'ai pas besoin [...] d'utiliser la consommation pour pouvoir passer du temps avec quelqu'un. (Lucas, 25 ans, hétérosexuel)

Favoriser la connexion émotionnelle

Pour neuf participants, le (chem)sex représente une opportunité de vivre un moment « significatif » au plan relationnel, caractérisé par un sentiment de connexion émotionnelle accrue au.à la partenaire sexuel.le.

Je te dirais que pour l'effet de connectivité, c'est beaucoup plus présent avec le crystal meth. Ce qui est vraiment intense c'est de voir quelqu'un en faire et que l'autre me voit en faire. Ça fait partie du trip, ça fait partie du sentiment de connectivité. (Thomas, 35 ans, gai)

D'ailleurs, le (chem)sex est parfois perçu comme un moyen facilitant le dévoilement des sentiments envers un.e partenaire régulier.ère (n=8).

On se dit des choses qu'on ne se dit pas dans la vie en général. Il y a des barrières qui tombent. C'est intéressant parce que des fois on se dit des choses importantes de notre relation, de nous, de ce qu'on pense l'un de l'autre, donc des fois je lui dis c'est un peu plate qu'on se dise ça avec les drogues, mais sinon on ne se le dit pas. (Robert, 55 ans, gai)

Atténuer l'impact d'émotions ou d'événements douloureux

La majorité des hommes rencontrés (n=8) rapportent que la consommation en contexte sexuel représente une stratégie pour faire face à des épreuves émotionnelles ou interpersonnelles.

Sur le plan émotionnel, quatre participants témoignent une sensation de vide affectif, de tristesse, de monotonie, d'ennui ou de solitude qu'ils parviennent à atténuer, certes momentanément, par l'usage de substances combinées aux relations sexuelles. Pour Louis (47 ans, gai), par exemple, la consommation de crystal meth représente une occasion de rompre avec la monotonie de son quotidien. « J'ai voulu comme sortir de ce mode de vie quotidien plate. La drogue c'est ça que ça

fait. Ça t'emmène dans un autre espace. [...] Je savais que forcément ça m'aiderait à ne pas penser à mon quotidien. »

Pour d'autres participants (Charles, 30 ans, hétérosexuel), le (chem)sex est pratiqué en réaction à un sentiment préalable de vide affectif et d'intimité relationnelle. « Sûrement que j'avais un besoin à combler au niveau affectif. La personne avec qui j'ai fait de la kétamine pouvait répondre à ce besoin-là. J'avais un gros besoin affectif et ça m'a probablement poussé à en faire avec elle. »

Six participants expriment pratiquer le (chem)sex afin d'amoinrir ou « mettre de côté » (Charles) la souffrance reliée à des événements relationnels difficiles, tels qu'une séparation amoureuse ou un décès.

Au début, je me souviens de ma première date, je suis allé aux toilettes et je me suis mis à pleurer. J'étais comme oh non! T'as besoin de quoi pour te ressaisir et la coke, au début, c'était plus une question de « self estime » émotionnelle [...] c'était plus comme une forme de support émotionnel et pour avoir l'énergie, mais l'énergie, c'est l'énergie émotionnelle d'aller dater. (Nicolas, 37 ans, hétérosexuel)

Comblent un besoin lié à la dépendance aux substances

Deux participants expliquent que le (chem)sex représente une manière de répondre à un manque initial lié à la dépendance à une ou plusieurs substances. Ces participants expliquent que leur intérêt pour le (chem)sex est en grande partie, sinon uniquement, motivé par la présence de substances. « Les personnes avec qui je suis finalement sont-elles vraiment des personnes qui m'intéressent? Non. Finalement, je suis là pourquoi? Pour la consommation et pas pour le sexe. » (Thomas, 35 ans, gai)

Nicolas (37 ans, hétérosexuel) explique pour sa part que sa consommation de cocaïne est devenue, au fil du temps, plus importante que les rapports sexuels en soi. « Je m'en foutais d'être une baise poche, parce que mon but [était] juste de faire de la poudre. »

Contrastes selon l'orientation sexuelle

La section suivante présente les principales différences ayant émergé des données quant à l'expérience des motivations intrinsèques et extrinsèques, selon l'orientation sexuelle primaire des participants.

Les motivations extrinsèques représentent la catégorie où l'on retrouve les différences les plus marquées selon l'orientation sexuelle primaire. En effet, l'influence des normes sociosexuelles et celle du groupe d'appartenance ont presque uniquement été rapportées par les participants s'identifiant comme gais. En comparaison, seul un homme s'identifiant comme hétérosexuel a comparé ses performances sexuelles aux hommes de son âge. Selon ce participant, la consommation de GHB en contexte sexuel lui permet d'augmenter la durée de ses relations sexuelles, qu'il considère comme supérieure à celle des autres hommes dans la soixantaine.

Au sein des motivations intrinsèques, seuls les hommes gais ont rapporté pratiquer le (chem)sex pour faciliter l'attirance initiale envers des partenaires sexuels. Quant aux participants hétérosexuels, ces derniers ont rapporté que le (chem)sex servait à pimenter leurs relations sexuelles et à sortir de l'ordinaire ou de leur quotidien avec une partenaire de longue date ; une expérience non rapportée par les hommes gais rencontrés qui percevaient plutôt le (chem)sex comme une normalité au sein de la communauté gaie. Pour ce qui est de la recherche de désinhibition et de lâcher-prise, ceux-ci concernaient davantage les aspects physiques liés à la sexualité pour les participants gais (ex. : exploration de nouvelles positions sexuelles ou de pratiques considérées plus « *hard* »), contrairement aux participants hétérosexuels qui rapportaient davantage un désir d'atténuer des émotions douloureuses et des appréhensions touchant à la sexualité (ex. : insécurités face à leur apparence physique lors de relations sexuelles). D'ailleurs, les participants s'identifiant comme gais ont pour certains (n=2) précisés l'importance pour eux de ne pas utiliser la consommation comme une « béquille » (Marc) lors de moments plus difficiles, afin de ne pas les aggraver par des expériences psychologiques négatives (ex. : épisode dépressif ou de paranoïa).

L'organisation des résultats en motivations extrinsèques et intrinsèques ne saurait réduire la compréhension du phénomène à l'influence de l'une ou l'autre. Nos analyses suggèrent que certaines motivations semblent parfois influencées à la fois par des forces externes et internes telles que le désir d'améliorer sa performance et ses fonctions sexuelles classé ici comme intrinsèque, mais qui semble étroitement influencé par les normes sociosexuelles. À cet égard, nos résultats rejoignent ceux d'études antérieures documentant l'interinfluence des caractéristiques individuelles et les différentes sphères sociales et culturelles (ex. : Flores-Aranda et al., 2018).

Discussion

Cette étude visait à décrire les motivations associées à la pratique du (chem)sex chez les hommes et à les contraster selon l'orientation sexuelle primaire. Les analyses ont révélé que ces motivations pouvaient être conceptualisées en deux catégories, soit les motivations intrinsèques ou extrinsèques, afin de mieux saisir leur rôle dans l'initiation ou le maintien de la pratique du (chem)sex.

Chez les participants s'identifiant comme gais, les motivations de nature extrinsèques étaient reliées à l'influence des normes perçues dans leur communauté. Ce constat est cohérent avec des études antérieures révélant l'association entre la pratique du (chem)sex et la perception d'une valorisation et de la normalisation de la consommation sexualisée de substances au sein de la communauté gaie (Ahmed et al., 2016; Lea et al., 2019; Pollard et al., 2018). Drysdale (2021) suggère d'ailleurs que participer à des activités sexuelles sous influence accroît, pour certains gbHARSAH, leur sentiment d'appartenance et un sens de collectivité. Certains participants ont dévoilé le sentiment d'être forcés à pratiquer le (chem)sex, sous peine d'exclusion, lorsque leur entourage y prenait part ou les incitait à le faire. Cette réalité était particulièrement évidente pour nos participants plus âgés, qui avaient entrepris la pratique du (chem)sex par crainte d'être rejetés pour leur âge ou de ne pas performer suffisamment en plan sexuel. Dans leur étude, Khaw et ses

collaborateurs (2020) ont d'ailleurs révélé une association entre l'âge et la propension à pratiquer le (chem)sex. La consommation du partenaire sexuel semble également influencer la propension à initier la pratique du (chem)sex, dans un désir d'accompagner l'autre dans leur consommation ; une motivation également rapportée par Amaro (2016) ainsi que Milhet et ses collaborateurs (2019) dans leurs études qualitatives portant sur les gbHARSAH, suggérant que certains hommes pratiquant le (chem)sex le font par empathie et attachement envers leur partenaire. Si les facteurs interpersonnels sociaux semblent influencer les motivations à pratiquer le (chem)sex, des recherches futures ayant recours à des méthodes de collectes sensibles aux dynamiques relationnelles (ex. : entretiens dyadiques avec le partenaire) permettraient de capter plus finement les éléments interactionnels influençant le développement d'une pratique de consommation sexualisée (ex. : relation de pouvoir, désir de connexion émotionnelle, attachement).

Quant aux motivations intrinsèques, le désir d'améliorer la performance sexuelle et les sensations physiques a été unanimement rapporté par nos participants ; des résultats cohérents avec les données antérieures réalisées auprès d'hommes gais (Deimel et al., 2016 ; Weatherburn et al., 2017) et hétérosexuels (Cheng et al., 2009 ; Cheng et al., 2010 ; Lawn et al., 2019). Les effets désinhibiteurs recherchés dans les substances consommées sur le plan des capacités physiques (ex. : endurance et performance sexuelle), de l'état psychologique (ex. : confiance en soi) et de la disposition à avoir des relations sexuelles (ex. : augmentation du désir sexuel) sont au centre des motivations rapportées par nos participants ; un constat cohérent avec d'autres études documentant la recherche de désinhibition pour diversifier les pratiques sexuelles (Ahmed et al., 2016 ; Bourne et al., 2015), augmenter la confiance en soi (Weatherburn et al., 2017), faciliter les interactions sociales et sexuelles (Knight et al., 2019), ou s'engager dans des relations sexuelles avec certains partenaires qui ne les attiraient pas initialement (Deimel et al., 2016 ; Weatherburn et al., 2017) chez des gbHARSAH rapportant une pratique régulière du (chem)sex. L'expérience du (chem)sex comme une stratégie d'adaptation face à des événements de vie difficiles (ex. : séparation, rejet) a été rapportée par nos participants comme dans d'autres recherches menées auprès de gbHARSAH (Pollard et al., 2018 ; Weatherburn et al., 2017), mais n'a jamais été observée dans les études sur les hommes hétérosexuels. Par ailleurs, la pratique du (chem)sex semble servir, pour certains hommes dans notre échantillon et ceux d'autres études (Amaro, 2016 ; Bourne et al., 2015 ; Weatherburn et al., 2017), à développer une connexion émotionnelle au partenaire sexuel, notamment chez les personnes consommant de la MDMA en contextes sexuels (Lawn et al., 2019). Finalement, la pratique du (chem)sex représentait pour certains participants un moyen d'accéder à des substances, pour lesquelles une dépendance s'est développée. Des études réalisées auprès de gbHARSAH (Ahmed et al., 2016) et d'hommes hétérosexuels (Miltz et al., 2021) ont d'ailleurs décrit le caractère transactionnel de cette dynamique par laquelle la participation à des activités sexuelles permet d'accéder à certaines substances psychoactives. Effectivement, certains hommes peuvent offrir des substances pour accéder à des partenaires sexuels, tandis que d'autres échangent des faveurs sexuelles pour accéder aux substances, voir obtenir de l'argent (Ahmed et al., 2016). Le manque de données en lien avec la dynamique transactionnelle invite à aborder spécifiquement (et explicitement) cette dimension dans des recherches futures.

Limites

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. L'échantillon est majoritairement composé de participants ayant fait des études universitaires, résident Montréal, caucasiens et cisgenres, limitant la transférabilité des résultats à d'autres sous-groupes pratiquant le (chem)sex (ex. : personnes trans ou non-binaires, socioéconomiquement plus vulnérables). Dans la mesure où la collecte de données comprend des entretiens de recherche et des questionnaires autorapportés, les données sont sujettes à des biais de désirabilité sociale. Par ailleurs, seules les personnes ayant accès à Internet et ayant les capacités pour le faire ont pu participer à l'étude.

Conclusion

Cette étude représente un des premiers portraits documentant les motivations associées à la pratique du (chem)sex chez les hommes d'orientation sexuelle diversifiée. Ces résultats soulèvent l'importance d'aborder le (chem)sex en prenant en compte ses multiples facettes, tant individuelle, relationnelle, culturelle, économique que démographique (Melendez et al., 2016). Ils soutiennent aussi la pertinence de développer des interventions et services spécifiques à la consommation en contexte sexuel sensibles aux différentes réalités des hommes (ex. : orientation sexuelle primaire, motivations, pratiques sexuelles, contexte de consommation, etc.). De futures recherches sont requises pour répliquer nos résultats auprès d'échantillons plus importants et diversifiés, afin d'explorer la réalité de certaines sous-populations plus vulnérables (ex. : gbHARSAH plus âgés, présentant une dépendance, travailleurs du sexe), de même que confirmer la directionnalité des associations entre les motivations intrinsèques (tels que l'expérience d'émotions ou d'événement douloureux) et la pratique du (chem)sex, en ayant recours à des devis longitudinaux.

Références

- Ahmed, A. K., Weatherburn, P., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. et Bourne, A. (2016). Social norms related to combining drugs and sex («chemsex») among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 38, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.007>
- Amaro, R. (2016). Taking Chances for Love? Reflections on Love, Risk, and Harm Reduction in a Gay Slamming Subculture. *Contemporary Drug Problems*, 43(3), 216-227. <https://doi.org/10.1177/0091450916658295>
- Bachelor, A., et Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie : guide pratique* : Presses Université Laval.
- Blais, M., Otis, J., Lambert, G., Cox, J., Haig, T. et Groupe de recherche Spot (2018). Consommation de substances en contexte sexuel chez des hommes gbHSH de Montréal : 2009-2016. *Drogues, santé et société*, 17(2), 76-94. <https://doi.org/10.7202/1062117ar>
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. et Weatherburn, P. (2015). «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>
- Braun, V. et Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (p. 57-71).
- Chartier, M., Araneta, A., Duca, L., McGlynn, LM., Gore-Felton, C., Goldblum, P., Koopman, C.(2009). Personal values and meaning in the use of methamphetamine among HIV-positive men who have sex with men. *Qualitative Health Research* 19(4):504-18. <https://doi.org/10.1177/1049732309333018>
- Cheng, W. S., Garfein, R. S., Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J. K. et Patterson, T. L. (2009). Differences in sexual risk behaviors among male and female HIV-seronegative heterosexual methamphetamine users. *The American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 35(5), 295-300. <https://doi.org/10.1080/00952990902968585>
- Cheng, W. S., Garfein, R. S., Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J. K. et Patterson, T. L. (2010). Binge use and sex and drug use behaviors among HIV(-), heterosexual methamphetamine users in San Diego. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 116-133. <https://doi.org/10.3109/10826080902869620>
- Deimel, D., Stover, H., Hosselbarth, S., Dichtl, A., Graf, N. et Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y>
- Drysdale, K. (2021). 'Scene' as a critical framing device: Extending analysis of chemsex cultures. *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/1363460721995467>
- Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M. et Desai, M. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 55, 131-148. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
- Florêncio, J. (2021). Chemsex cultures : Subcultural reproduction and queer survival. *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/1363460720986922>

Flores-Aranda, J., Bertrand, K. et Roy, É. (2018). Trajectoires addictives et vécu homosexuel. *Drogues, santé et société*, 17(2), 28-52. <https://doi.org/10.7202/1062115ar>

Goyette, M., Flores-Aranda, J., Bertrand, K., Pronovost, F., Aubut, V., Ortiz, R. et Saint-Jacques, M. (2018). Links SU-Sex: development of a screening tool for health-risk sexual behaviours related to substance use among men who have sex with men. *Sexual health*, 15(2), 160-166. <https://doi.org/10.1071/SH17134>

Javaid, A. (2018). The interconnectedness of chemsex, drugs, sexual promiscuity and sexual violence. *Irish Journal of Sociology*, 26(2), 183-207. <https://doi.org/10.1177/0791603518773703>

Khaw, C., Zablotska-Manos, I. et Boyd, M. A. (2020). Men who have sex with men and chemsex: a clinic-based cross-sectional study in South Australia. *Sexuality research and social policy*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00505-2>

Knight, R., Karamouzian, M., Carson, A., Edward, J., Carrieri, P., Shoveller, J., Fairbairn, N., Wood, E. et Fast, D. (2019). Interventions to address substance use and sexual risk among gay, bisexual and other men who have sex with men who use methamphetamine: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 194, 410-429. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.09.023>

Lafortune, D., Blais, M., Miller, G., Dion, L., Lalonde, F. et Dargis, L. (2021). Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Archives of Sexual Behaviors*, 50(2), 427-460. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01741-8>

Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R. et Winstock, A. R. (2019). Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional «Global Drug Survey» Report. *Journal of Sexual Medicine*, 16(5), 721-732. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018>

Lea, T., Hammoud, M., Bourne, A., Maher, L., Jin, F., Haire, B., Bath, N., Grierson, J., et Prestage, G. (2019). Attitudes and Perceived Social Norms toward Drug Use among Gay and Bisexual Men in Australia. *Substance Use & Misuse*, 54(6), 944-954. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1552302>

Ma, R. et Perera, S. (2016). Safer 'chemsex': GPs' role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *British Journal of General Practice*, 66(642), 4-5. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683029>

Maxwell, S., Shahmanesh, M. et Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>

McCready, K. C. et Halkitis, P. N. (2008). HIV serostatus disclosure to sexual partners among HIV-positive methamphetamine-using gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 20(1), 15-29. <https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.1.15>

McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A., Dawe, S., Ross, J., Mattick, R. P. et Degenhardt, L. (2018). The relationship between methamphetamine use and heterosexual behaviour: evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction*, 113(7), 1276-1285. <https://doi.org/10.1111/add.14181>

- Melendez-Torres, G. J., Bonell, C., Hickson, F., Bourne, A., Reid, D. et Weatherburn, P. (2016). Predictors of crystal methamphetamine use in a community-based sample of UK men who have sex with men. *International Journal of Drug Policy*, 36, 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.06.010>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Milhet, M., Shah, J., Madesclaire, T. et Gaissad, L. (2019). Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 11-22. <https://doi.org/10.1108/DAT-09-2018-0043>
- Miltz, A. R., Rodger, A. J., Sewell, J., Gilson, R., Allan, S., Scott, C., Sadiq, T., Farazmand, P., McDonnell, J., Speakman, A., Sherr, L., Phillips, A. N., Johnson, A. M., Collins, S., Lampe, F. C., Aurah, et Groups, A. S. (2021). Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *Int J Drug Policy*, 91, 103101. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103101>
- Møller, K., et Hakim, J. (2021). Critical chemsex studies: Interrogating cultures of sexualized drug use beyond the risk paradigm. *Sexualities*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13634607211026223>
- Pollard, A., Nadarzynski, T. et Llewellyn, C. (2018). Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality*, 20(4), 411-427. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., Ward, H. (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*, 19(4), 261-270. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
- Race, K., Murphy, D., Pienaar, K., et Lea, T. (2021). Injecting as a sexual practice: Cultural formations of 'slamsex'. *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/1363460720986924>
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.) Recherche sociale de la problématique à la collecte des données (6^e édition, p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Sewell, J., Cambiano, V., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., Rodger, A. J. (2019). Changes in chemsex and sexual behaviour over time, among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. *International Journal of Drug Policy*, 68, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.021>
- Stuart, D. (2019). Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Analyse des motivations associées au *chemsex*

Voisin, D. R., Hotton, A. L. et Schneider, J. A. (2017). The relationship between life stressors and drug and sexual behaviors among a population-based sample of young Black men who have sex with men in Chicago. *AIDS Care*, 29(5), 545–551. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1224303>.

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S. et Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203-206. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2016-0526951136/sextrans-2016-052695>



Services de navigation des soins : expériences des personnes s'injectant des drogues

Monge Ntizobakundira, M.sc, Agent de planification, de programmation et de recherche,
Centre de recherche Charles-Le Moyne, CISSS de la Montérégie-Centre

Laurence Fortin, candidate au Doctorat, Programme de recherche en sciences de la santé,
Faculté de Médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Eva Monson, Ph. D, professeure, chercheuse, Centre de recherche Charles-Le Moyne, CISSS
de la Montérégie-Centre et Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine et des sciences
de la santé, Département des sciences de la santé communautaire

Nelson Arruda, M.sc, professionnel de recherche, Centre de recherche Charles-Le Moyne,
CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Bruneau, Ph.D, professeure, chercheuse, Centre de recherche du CHUM et Université
de Montréal, Faculté de médecine, Département de Médecine Familiale et Médecine d'Urgence

Christine Loignon, Ph. D, professeure, chercheuse, Centre de recherche Charles-Le Moyne,
CISSS de la Montérégie-Centre et Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine et des sciences
de la santé, Département de la médecine de famille et de la médecine d'urgence

Correspondance

Christine Loignon, Ph.D, Professeure titulaire
Département de la médecine de famille et de la médecine d'urgence,
Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil
150, place Charles-Le Moyne, C. P. 200
Longueuil (Québec) J4K 0A8
Téléphone : (450) 466-5000, p. 2468
Christine.Loignon@USherbrooke.ca

Résumé

Contexte. Les personnes utilisatrices des drogues injectables (PUDI) vivent de la stigmatisation, de la discrimination, un faible soutien et des interactions difficiles avec les professionnels dans le système de soins. Cela entraîne un accès limité aux soins, notamment la prophylaxie préexposition (PrEP) contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les nouveaux traitements d'hépatite C (HC). Les services de navigation peuvent améliorer l'accès à ces soins. Cette analyse documentaire vise à synthétiser les connaissances disponibles sur les expériences des PUDI avec les services de navigation liés à la PrEP et aux soins de l'HC.

Méthodes. Une recherche documentaire a été menée à partir de cinq bases de données et complétée par la vérification des listes de références et une recherche manuelle de la littérature grise. Les données pertinentes ont été extraites et synthétisées selon l'approche narrative. Un total de quatorze articles ont été inclus dans cette analyse documentaire.

Résultats. Les services de navigation analysés dans cette synthèse sont la colocation des soins dans les sites fixes ou mobiles, la référence externe à l'aide des intervenants et le soutien des pairs. Les bénéfices de ces services pour les PUDI ressortent de manière unanime. La colocalisation des soins semble la plus optimale grâce à la facilité, la rapidité d'accès aux soins ainsi que l'environnement familial et non stigmatisant pour les PUDI. La confiance établie avec les professionnels ainsi que l'importance des pairs ont aussi été relevées. Cependant, les difficultés antérieures dans le système de soins standard persistent.

Discussion. La colocalisation des soins dans les lieux non stigmatisants et une bonne relation de confiance avec les professionnels sont centrales pour l'expérience de navigation des PUDI liée à la PrEP et aux soins d'HC. D'autres études sont nécessaires pour approfondir les facteurs personnels et contextuels liés à l'expérience de navigation des PUDI.

Mots-clés : personnes utilisatrices de drogues injectables, services de navigation, prophylaxie préexposition, soins de l'hépatite C, expériences

Care Navigation Services: Experiences of People Who Inject Drugs

Abstract

Context. People who use injection drugs (PWID) experience stigma, discrimination, lack of support, and difficult interactions with professionals in the care system. This results in limited access to needed care, including pre-exposure prophylaxis (PrEP) for human immunodeficiency virus (HIV) and new hepatitis C (HC) treatments. Navigation services can improve access to such care among PWID. Thus, this review aims to synthesize the available knowledge on PWID's experiences with PrEP and HC care-related navigation services.

Methods. A literature search was conducted using five databases, supplemented by checking reference lists and a manual search of the grey literature. Relevant data were extracted and synthesized using the narrative approach. A total of fourteen articles were included in this review.

Results. The navigation services analyzed in this synthesis are co-location of care in fixed or mobile sites, external referral with intervener assistance and peer support. The benefits of these services for PWID are unanimous.

Co-location of care seems to be the most optimal because of the ease and timeliness of access to care as well as the familiar and non-stigmatizing environment for the majority of PWID. Good trust with professionals and the importance of peers for PWID were also reported. However, previous difficulties in the standard care system remain.

Discussion. Co-location of care in non-stigmatizing settings and a good, trusting relationship with professionals is preferred by PWID in their navigation related to PrEP and HC care. But more studies are needed to further explore personal and contextual factors in PWID experience with navigation.

Keywords: PWID, navigation services, PrEP, HVC health care, experiences

Servicios de navegación en el sistema de atención de la salud: experiencias de personas que se inyectan drogas

Resumen

Contexto: Los usuarios de drogas inyectables experimentan estigmatización, discriminación, un apoyo débil e interacciones difíciles con los profesionales del sistema de salud. Esto significa que tienen un acceso limitado a la atención, principalmente en lo que respecta a la profilaxis preexposición contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los nuevos tratamientos para la hepatitis C. Los servicios de navegación pueden mejorar el acceso a estos cuidados, por lo que esta revisión apunta a sintetizar los conocimientos disponibles sobre las experiencias de quienes usan drogas inyectables con los servicios de navegación relacionados con la profilaxis preexposición y la atención de la hepatitis C.

Método: Se llevó a cabo una investigación documental a partir de cinco bases de datos, completada por la verificación de listas de referencia y una investigación manual de la literatura gris. Los datos pertinentes fueron extraídos y sintetizados siguiendo un enfoque narrativo. Un total de 14 artículos fueron incluidos en esta revisión.

Resultados: En esta síntesis se han analizado los servicios de navegación colocados en sitios fijos o móviles, la referencia externa por medio de agentes de intervención y el apoyo de los pares. Los beneficios de estos servicios para los usuarios de drogas inyectables se destacan de manera unánime. La colocación de los cuidados parece ser óptima merced a la facilidad y la rapidez de acceso a la atención y al ambiente familiar y no estigmatizante que ofrecen a los usuarios de drogas inyectables. La confianza que se establece con los profesionales y la importancia de los pares ha sido también destacada. Sin embargo, persisten las dificultades anteriores que presenta el sistema de atención estándar.

Discusión: La colocación de la atención en sitios no estigmatizantes y una buena relación de confianza con los profesionales son centrales para la experiencia de navegación de quienes se inyectan drogas con respecto a la profilaxis preexposición y a la atención de la hepatitis C. Es necesario llevar a cabo otros estudios para profundizar los factores personales y contextuales vinculados con la experiencia de navegación realizada por las personas que utilizan drogas inyectables.

Palabras clave: personas que utilizan drogas inyectables, servicios de navegación, profilaxis preexposición, atención de la hepatitis C, experiencias

Introduction et contexte

Les PUDI sont affectées de manière disproportionnée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'infection par virus de l'hépatite C (VHC), et ce, mondialement (Coffin et al., 2015; Degenhardt et al., 2017; MacArthur et al., 2014; United Nations Office on Drugs and Crime et al., 2017). Aux États-Unis en 2019, il était estimé que l'injection de drogues est associée à 10 % de nouvelles infections par le VIH (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019). La prévalence du VHC chez les PUDI dans le monde varie en fonction des pays, mais elle est en moyenne estimée à 60 %. La coinfection du VIH et du VHC chez les PUDI est aussi élevée. Environ 90 % des PUDI sont infectées en effet par le VIH et le VHC (Coffin et al., 2015; Platt et al., 2016). Parmi cette population, les comportements tels que le partage du matériel d'injection des drogues ainsi que les rapports sexuels non protégés sont les principaux facteurs de risque (Coffin et al., 2015; United Nations Office on Drugs and Crime et al., 2017). Par exemple au Québec, bien que l'incidence du VIH parmi les PUDI ait considérablement baissé ces dernières années, les proportions des PUDI déclarant se servir du matériel d'injection déjà utilisé par d'autres demeurent élevées (Leclerc et al., 2018). Aux États-Unis, l'augmentation de la consommation de drogues injectables aux États-Unis a entraîné une hausse de 400 % du nombre estimé d'infections aiguës de VHC entre 2010 et 2017 (CDC, 2019). Du côté des risques sexuels, l'utilisation irrégulière des préservatifs est rapportée fréquemment dans les études impliquant des PUDI. Selon les données de l'enquête multisite réalisée au Canada entre 2017 et 2019 chez les PUDI, environ 59 % des participants avaient utilisé le préservatif de manière irrégulière lors de relations sexuelles avec un partenaire occasionnel (Tarasuk et al., 2020). Bien que des interventions de prévention comme la distribution du matériel d'injection stérile et le traitement aux agonistes opioïdes (TAO : il s'agit d'un programme de traitement contre la dépendance aux opioïdes) ont été mises en place dans le monde comme au Québec, ces tendances épidémiologiques du VIH et d'HC chez les PUDI suscitent de plus en plus l'attention des experts qui soulignent l'urgence de renforcer les moyens de prévention chez cette population.

Au cours de la dernière décennie, les avancées biomédicales en matière du VIH ont permis de déployer la prophylaxie préexposition (PrEP). Il s'agit d'un traitement antirétroviral par une prise orale quotidienne à titre préventif du VIH ciblant les groupes à risque comme les hommes ayant des relations sexuelles avec les autres hommes (HARSAH), les femmes transgenres et les PUDI. Les données probantes d'efficacité de ce traitement montrent une réduction de l'incidence du VIH jusqu'à 74 %, en combinaison avec d'autres services de prévention du VIH comme l'usage du préservatif, le counseling, les interventions de réduction de méfaits (Choopanya et al., 2013), ce qui a poussé l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à le recommander en 2015 (World Health Organization, 2015). Pour le VHC, les antiviraux à action directe (AAD), de nouveaux traitements bien tolérés et validés par l'OMS en 2013, permettent d'éliminer le VHC dans environ 95 % des cas après 12 à 24 semaines de traitement (Alimohammadi et al., 2018; Bajis et al., 2019; Grebely et al., 2019) un traitement très efficace qui permet de réduire le réservoir d'infection chronique et donc les risques de transmission. Dans les contextes où ces nouveaux traitements ont été implantés, l'initiation et l'adhérence parmi les PUDI, cruciales pour l'efficacité thérapeutique,

demeurent faibles malgré une bonne acceptabilité et le désir de les utiliser chez la grande majorité (Bazzi et al., 2019; Biello et al., 2018; Bruneau et al., 2017; Jennifer Edelman et al., 2017; Marshall et Milloy, 2017; Mistler et al., 2021). L'une des raisons de l'adhésion faible à la PrEP et aux ADD serait les expériences négatives antérieures vécues par les PUDI alors qu'elles consultent ou tentent de consulter dans les services de santé. Ces dernières sont associées à la stigmatisation (Biancarelli et al., 2019; Muncan et al., 2020), à la discrimination dans le milieu de soins (Bazzi et al., 2019; Biello et al., 2018; Brener et al., 2019; Foley et al., 2016) et aux interactions difficiles avec les professionnels de la santé (Biello et al., 2018; Brener; 2019; Crowley et al., 2018). En plus du besoin d'accès aux traitements et aux soins liés à la PrEP et de celui des soins d'HC, les PUDI sont confrontées à d'autres besoins sanitaires et sociaux concomitants non comblés tels que les comorbidités mentales, l'instabilité résidentielle, les difficultés financières et de transport, le manque d'emploi (Perreault et Poliquin, 2018). Malheureusement, les systèmes de soins de santé, comme celui que l'on retrouve au Québec, ne sont pas toujours adaptés pour répondre à cette complexité des besoins. Enfin, l'expérience des PUDI dans leurs tentatives d'interagir avec de multiples intervenants dans des établissements différents et isolés les décourage à poursuivre les traitements et à recourir aux soins que nécessitent ces traitements; elles soulignent un manque d'orientation, d'accompagnement et de soutien moral (Biello et al., 2018).

Pour pallier cela, les chercheurs de même que les décideurs convergent en faveur de l'implantation des services intégrés de la PrEP et des soins d'HC pour les PUDI avec les services existants, comme le traitement aux agonistes opioïdes ou la distribution du matériel d'injection stérile. Cela permettrait de réduire les occasions manquées d'évaluation, de proposer et de faire le suivi en lien avec la PrEP et les soins d'HC et de favoriser l'engagement des PUDI aux traitements et aux soins (Bazzi et al., 2019; Biello et al., 2018; Coleman et McLean, 2016; Gonzalez et al., 2017; Jo et al., 2020; Smith, 2021). Les services de navigation s'avèrent être prometteurs pour offrir des services intégrés adéquats aux PUDI et améliorer leur engagement. Ces services font référence aux modèles de soins centrés sur la personne dont le but est de soutenir les usagers dans leurs démarches de recherche de soins en vue d'éliminer les obstacles nuisant à l'initiation et la continuité de leurs soins (Freeman et Rodriguez, 2011). Différents modèles de services de navigation sont utilisés dans certains contextes de soins (maladies chroniques, santé primaire, VIH) et chez certaines populations aux besoins complexes incluant les PUDI (Giacomazzo et Challacombe, 2018). La colocation des soins est un modèle d'offre intégrée de soins médicaux sur un même site (Carter et al., 2018; Friedmann et al., 1999; Giacomazzo et al., 2022; Giacomazzo et Challacombe, 2018; Mason et al., 2015). Ces sites des soins peuvent être fixes (communauté, hôpitaux) ou mobiles (cliniques mobiles, *outreach*) (Bajis et al., 2019; Islam et al., 2012; Nazari et al., 2016). La référence externe consiste pour sa part en un mécanisme d'orientation et de liaison des PUDI avec les services de soins externes (Carter et al., 2018; Giacomazzo et al., 2022; Valaitis et al., 2017). Dans le but d'aider les PUDI tout au long de leurs parcours de soins et de coordonner les soins et les services de soutien des accompagnateurs ou navigateurs sont requis (Carter et al., 2018; Spector et al., 2015). Ils peuvent avoir une formation en soins infirmiers ou en travail social ou être des pairs aidants et font partie de l'équipe interdisciplinaire (Hemmy Asamsama et al., 2017; Jacob et al., 2021; Pagkas-Bather et al., 2020; Wells et al., 2018)

Des données quantitatives suggèrent que les PUDI peuvent réussir à initier et à s'engager dans les services de soins liés à la PrEP (Bernard et al., 2017 ; Biello et al., 2021 ; Grimshaw et al., 2021 ; Roth et al., 2021) et au VHC (Fadnes et al., 2021 ; Grebely et al., 2021 ; Stevens et al., 2020) grâce aux services de navigation.

Cependant, il manque de connaissances sur les expériences des PUDI en rapport avec ces services de navigation. Ainsi, le but de cette étude est de synthétiser les données disponibles dans la littérature sur les expériences des PUDI avec les services de navigation liés à la PrEP et aux soins de l'HC, selon les perspectives des PUDI elles-mêmes, mais aussi des professionnels, et de contribuer à mettre en place des services de soins répondant à leurs besoins.

Méthodologie

La synthèse narrative selon Popay et ses collègues (2006) a été choisie puisqu'elle permet d'intégrer des articles dont les méthodologies sont hétérogènes (Arai et al., 2007). De plus, cette méthodologie permet de répondre aux questions de recherche plus larges que celles liées aux études d'efficacité (Popay et al., 2006).

Nous avons d'abord réalisé une recherche documentaire de mars à avril 2021. Le but était d'examiner les connaissances actuelles sur les expériences des PUDI en lien avec les services de navigation liés à la PrEP et les soins de l'HC selon les perspectives des PUDI, des professionnels de santé et des intervenants impliqués dans ces services. Les bases de données suivantes ont été consultées : MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, Academic Search Complete, SocIndex et PsycINFO. Nous avons identifié des articles additionnels par 1) la stratégie « boule de neige » dans les listes des références des articles pertinents ; 2) la recherche dans la littérature grise par le biais des sites web comme Google Scholar et Scopus et des revues pertinentes. Les mots clés utilisés étaient « PUDI », « services de navigation », « PrEP VIH », « hépatite C », « soins de santé » et « expériences » ainsi que leurs synonymes (voir Tableau 1).

TABLEAU 1 – Mots clés utilisés pour la recherche documentaire

PrEP	Pre-exposure prophylaxis” OR “Preexposure prophylaxis” OR “Pre exposure prophylaxis”OR PrEP
VIH	HIV OR aids OR “human immunodeficiency” OR anti-retroviral OR antiretroviral OR ARV OR antiviral
Hépatite C	’Hepatitis c” OR hcv OR ”hep c
Soins de santé	“Health care” OR healthcare OR “health service” OR “prevention care” OR “prevention health” OR “medical care” OR access* OR treatment OR “primary care” OR treatment
Services de navigation	Integ* OR navig* OR orient*OR linkage OR nurse* OR ”social work” OR Community OR “on site” OR ”on-site” OR ”off-site” OR ”off site OR trajector* OR pathway* OR guidance OR provider* OR continuum OR continuity OR cascade OR outreach OR program OR peer or proximity OR opioid OR Syringe service programs OR Dependence OR “Harm reduction”
PUDI	((Inject* OR intravenous) N1 drug) OR (pwid OR idu) OR substance us*
Expériences	experience* OR view* OR perception*OR attitud* OR feeling*OR emotion* OR opinion* OR interview* OR ”focus group” OR qualitative OR belie* OR questionnaire*OR motivation OR perspective* OR narrative* OR survey*

Les articles de cette synthèse des écrits scientifiques ont été sélectionnés par deux auteurs sur la base des critères de sélection suivants : 1. des études rapportant des expériences vécues par les PUDI avec les services de navigations liés à la PrEP ou aux soins de l’HC (comprenant les nouveaux traitements AAD) selon les perspectives des PUDI ou des professionnels et intervenants, dans le contexte des pays à revenus élevés; 2. des études qui utilisent les méthodologies quantitatives et qualitatives (incluant le contexte des méthodes mixtes et des revues); 3. des articles publiés en français ou en anglais. Nous avons recherché les articles qui rapportent des études réalisées depuis 2010, pour refléter la période correspondant à l’implantation des services liés à la PrEP et des traitements AAD contre le VHC chez les PUDI. Deux auteurs ont indépendamment passé en revue les titres et les résumés, puis les textes complets pour identifier les études pertinentes. Les divergences ont été résolues par la discussion avec les autres auteurs de cette analyse.

Pour chaque article pertinent, deux examinateurs ont indépendamment résumé le devis de l’étude, le contexte et le recrutement, les caractéristiques des patients, des professionnels et des intervenants, les activités d’intervention, les méthodes de collecte et d’analyse, les résultats pertinents en rapport avec le sujet de notre analyse ainsi que la qualité de l’étude. La qualité des études a été évaluée à l’aide du guide *The Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018)*.

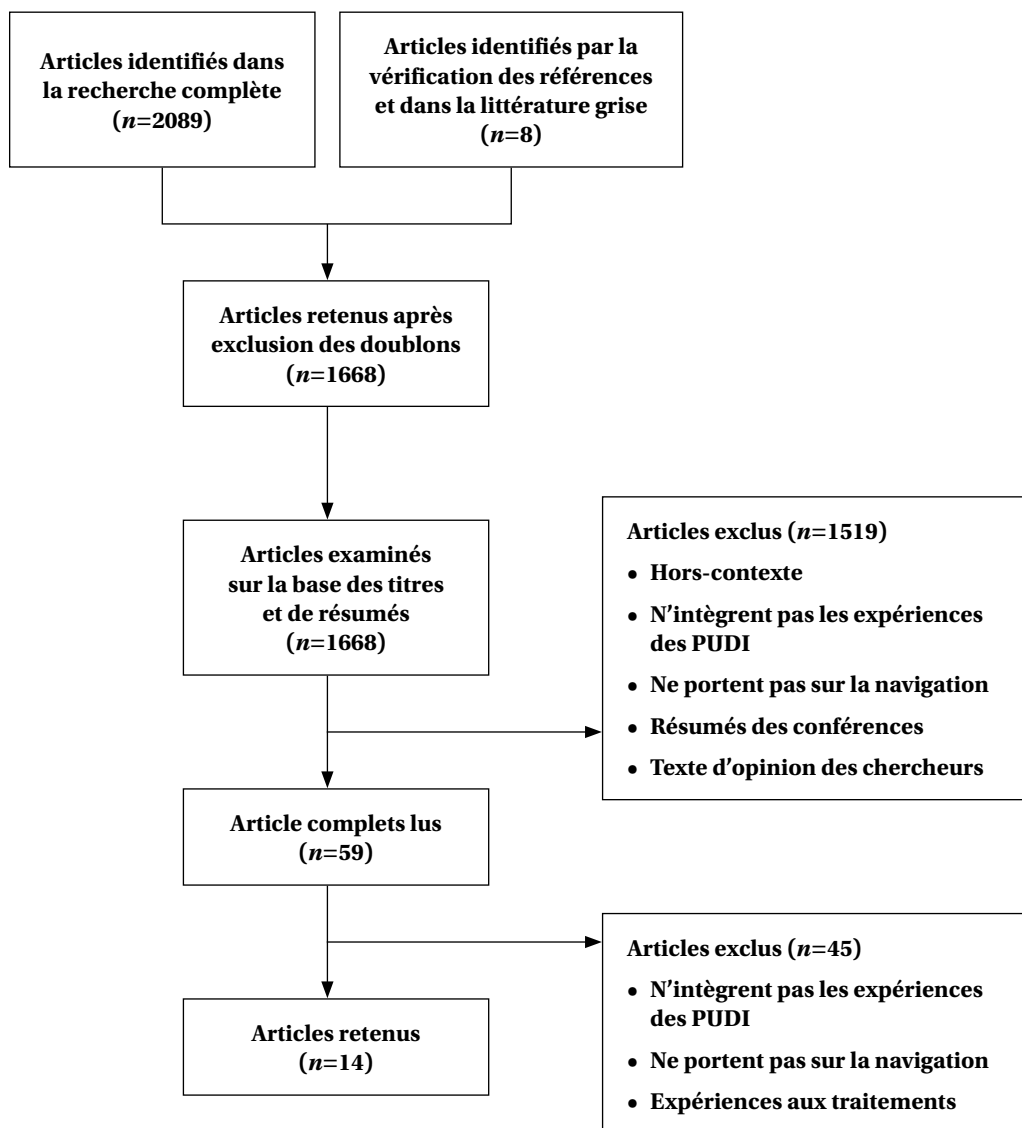
Une fois les données provenant des articles rassemblés, les caractéristiques des études sont présentées et les résultats sur les expériences vécues par les PUDI avec les services de navigation sont décrits et expliqués sous forme de synthèse textuelle selon les modèles et les composantes de navigation.

Résultats

Caractéristiques des articles

La Figure 1 résume le processus de recherche documentaire.

FIGURE 1 - Sélection des articles



Au total, 14 articles ont été retenus dans notre analyse documentaire (voir Tableau 2). Parmi les articles retenus, six décrivent des études réalisées aux États-Unis, quatre en Australie et trois autres au Royaume-Uni. Dans quatre articles, les données ont été collectées auprès d'échantillons qui incluent des usagers et des professionnels, et un seul article rapporte les expériences des PUDI selon les perspectives des professionnels et intervenants uniquement.

Concernant le contexte de soins, la majorité de ces études ($n=10$) portait sur les expériences avec les services de navigation liés aux soins de l'hépatite C alors que la PrEP n'est abordée que dans quatre publications. Aucune étude n'a porté sur des services intégrés de la PrEP et des soins du VHC. Selon le profil des participants usagers, huit articles impliquaient des populations PUDI uniquement et dans cinq articles, les chercheurs ont mené leurs études auprès d'utilisateurs de drogues injectables et non injectables. La taille des échantillons variait entre 12 et 48 participants. L'âge des participants aux études se situait entre 16 et 69 ans. Concernant les participants professionnels et intervenants, il s'agissait de prestataires cliniques et de membres de l'équipe des centres de traitement de la dépendance (CDT), des TAO et du service d'échange de seringues (SES¹). La collecte de données était majoritairement réalisée à l'aide d'entrevues semi-dirigées uniquement ($n=8$); deux études ont réalisé une combinaison d'entrevues semi-dirigées, de groupes de discussion focalisée et d'observations; puis la méthodologie de quatre autres articles a fait appel aux entrevues semi-dirigées et à des sondages.

Globalement, la majorité des études était de bonne qualité selon le guide CASP (2018). Les objectifs et les résultats étaient clairement présentés. La méthodologie était assez appropriée et l'analyse des données était rigoureuse. En revanche, les réponses à deux questions du guide n'étaient pas précises. Premièrement, la question 6 « *la relation entre chercheur et participants a-t-elle été prise en compte?* », a été abordée dans seulement cinq articles, et l'information était manquante dans les neuf autres. Deuxièmement, par rapport à la question 5 « *Le mode de collecte des données était-il bien adapté à la question de l'étude?* », le déroulement des entrevues n'était pas décrit dans sept études.

¹ Le SES correspond au terme utilisé par les auteurs qui ont réalisé l'étude aux États-Unis (Hershow et al. 2019)

TABLEAU 2 – Aperçu des articles sélectionnés

Auteurs ; année	Pays	But de l'étude	Modèle/Services de navigation	Collecte/Analyse	Participants
Batchelder et al., 2017	États-Unis	Explorer les perceptions des patients et des pairs éducateurs en rapport avec l'intégration du programme des pairs éducateurs liés aux soins du VHC dans un service de traitement à la méthadone	Colocation des soins HC dans un service de TAO, service de support par les pairs	Entrevues semi-dirigées Analyse thématique	30 personnes utilisatrices utilisent de drogues (nombre de PUDI non spécifié), dont des pairs aidants sous méthadone avec infection VHC Âge moyen : 51 ans ; Sexe : 65 % Homme
Bonnington et Harris, 2017	Royaume-Uni	Explorer les expériences des PUDI et des professionnels avec l'implantation de l'intégration du service des pairs lié à l'infection du VHC dans les cliniques de traitement de la dépendance	Colocation des soins HC dans les CTD, service des pairs, éducateurs et des accompagnateurs	Entrevue semi-dirigée, groupes de discussion focalisés (GDF), et observations, pré et post-intervention analyse thématique	48 PUDI en thérapie de la dépendance avec infection HC qui ont reçu l'offre du traitement 48 professionnels du CTD et d'autres impliqués dans l'intervention : personnel infirmier, pairs et accompagnateurs
Muncan et al., 2021	États-Unis	Comprendre les expériences et les perceptions des PUDI en rapport avec l'acceptabilité et l'efficacité des soins de l'HC dans le service de fourniture de seringue.	Colocation des soins HC, soutien des pairs, séances éducatives	Entrevues semi-structurées Analyse thématique	36 PUDI recevant ou non les soins HC 45 % de l'échantillon est âgé entre 41-50 ans ; Homme : 64 %
Coupland et al., 2019	Australie	Explorer le rôle d'une clinique mobile à base communautaire dans l'engagement et la rétention des jeunes PUDI australiens dans le continuum des soins liés à l'HC	Clinique mobile pour l'offre des soins HC, séances éducatives, support des pairs	Entrevues semi-structurées Analyse thématique	28 jeunes PUDI nouvelle infection VHC ne fréquentant pas les services de réduction de méfaits Âge médian = 27 ans ; Homme : 57 %
Gunn et Higgs, 2019	Australie	Explorer les perspectives des patients sous TAO avec histoire d'infection au VHC en rapport avec la thérapie en observation directe (TOD) du traitement HC et du TAO	Colocation du traitement d'HC avec stratégie TOD dans une pharmacie communautaire de TAO	Entrevues semi-structurées Phénoménologie interprétative	12 PUDI ayant une infection chronique au VHC (ancienne ou actuelle), qui reçoivent un TAO et un traitement de l'HC ; Âge : 18 ans et plus ; Genre : 6 hommes/6 femmes

Services de navigation des soins : expériences des personnes s'injectant des drogues

Auteurs ; année	Pays	But de l'étude	Modèle/Services de navigation	Collecte/Analyse	Participants
Harris et al., 2018	Royaume-Uni	Explorer le succès et le potentiel de transférabilité d'une intervention des soins d'HC offerte dans un CTD	Colocation des soins HC dans un CTD : Service des pairs éducateurs et des accompagnateurs avec soins HC, référence facilitée par les accompagnateurs, infirmière facilitatrice navigatrice	Entrevues semi-structurées, GDF, observations analyse thématique	48 PUDI sous thérapie des dépendances ayant reçu la proposition du traitement d'HC; Âge : 19-69 ans Genre : 10 femmes/38 hommes ; 48 professionnels du CTD et d'autres impliqués dans l'intervention : infirmière navigatrice, pairs et accompagnateurs
Phillips et al., 2019	Royaume-Uni	Explorer les facteurs facilitants et les barrières dans l'offre de soins liés à l'HC dans un CTD pour les PUDI en traitement de la dépendance	Colocation des soins VHC et présence d'une coordinatrice clinique dans un CTD	Entrevue semi-structurée + GDF Analyse thématique	15 PUDI (12 anciennes et 3 actives) en thérapie de la dépendance ou avec infection chronique HC ; Âge : 80 % sont âgés entre 35-54 ans ; Genre : 80 % sont des hommes ; 47 % sont sans emploi
Sherbuk et al., 2020	États-Unis	Comprendre les raisons de la discontinuation des soins d'HC chez les personnes utilisatrices de drogues dans le contexte d'un modèle d'infirmière navigatrice	Référence facilitée par une infirmière navigatrice vers une clinique de soins d'HC	Sondage et entrevues semi-dirigées. Analyse fréquentielle Analyse thématique	12 participants usagers de drogues (nombre non spécifié d'usage par l'injection) avec infection chronique et référés pour traitement ; Âge moyen : 48,2 ans ; Genre : 7 hommes/4 femmes
Shrestha et al., 2018	États-Unis	Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité ainsi qu'examiner l'efficacité de l'approche bio comportementale liée à la PrEP chez les personnes utilisatrices des drogues	Colocation de l'offre de la PrEP dans un programme de méthadone : Présence de MD, séances individuelles et de groupe animées par des intervenants de soutien, service de rappel par message texte	Sondage/échelles de mesure) et entrevues semi-dirigées/Analyse fréquentielle et thématique	40 participants usagers de drogues dont 29 PUDI, sous méthadone et PrEP ; Genre : 22 hommes/18 Femmes Âge moyen : 44,8 ans ; 27,5 % avec expérience liée à l'itinérance, 92,5 % sans emploi.
Shrestha & Copenhaver, 2018	États-Unis	Explorer les expériences et les attitudes en lien avec l'utilisation de la PrEP offerte dans un centre de traitement à la méthadone chez les personnes utilisatrices des drogues	Services PrEP en colocation dans un centre de traitement à la méthadone.	Sondage/échelles de mesure et entrevues semi-dirigées Analyse fréquentielle et thématique	40 participants usagers de drogues dont 29 PUDI, sous méthadone et PrEP ; Sexe : 22 hommes/18 Femmes Âge moyen : 44,8 ans ; 27,5 % avec expérience liée à l'itinérance, 92,5 % sans emploi.

Services de navigation des soins : expériences des personnes s'injectant des drogues

Auteurs ; année	Pays	But de l'étude	Modèle/Services de navigation	Collecte/Analyse	Participants
Shrestha et al., 2020	États-Unis	Explorer la faisabilité initiale et l'acceptabilité de l'utilisation du service de messages textes pour promouvoir l'adhérence de la PrEP chez les personnes utilisatrices des drogues dans un centre de traitement à la méthadone	Services de messages textes liés à la PrEP en colocation dans un centre de traitement à la méthadone	Sondage/échelles de mesure et entretiens semi-dirigés Analyse fréquentielle et thématique	40 participants usagers de drogues dont 29 PUDI, sous méthadone et PrEP ; Sexe : 22 hommes/18 Femmes Âge moyen : 44,8 ans ; 27,5 % avec expérience liée à l'itinérance, 92,5 % sans emploi.
Treloar et al., 2013	Australie	Explorer les perspectives des PUDI sous TAO et des professionnels sur les facteurs facilitants et les barrières liés à l'offre et l'adoption des soins d'HC offerts dans des centres de TAO	Colocation des soins HC dans 4 cliniques TAO : 2 avec service des pairs ; 2 ruraux, et 2 urbains	Entretien semi-dirigé Analyse thématique	57 PUDI sous TAO ayant reçu la proposition des soins HC Âge : 25 à 58 ans ; moyenne : 41 ans Genre : 32 hommes (56 %) ; Emploi : 88 % sans emploi ; 16 professionnels : personnel clinicien, gestionnaires et pairs.
Treloar et al., 2015	Australie	Examiner la performance de deux services de support des pairs dans une large étude visant à élargir l'offre de soins d'HC offerts dans un centre de TAO	Colocation des soins HC dans 2 cliniques TAO avec service des pairs	Entretiens semi-structurés Analyse thématique	31 PUDI sous TAO : Âge moyen : 41 ans, Genre : 65 % hommes. Source de revenus : 100 % aide sociale 11 professionnels : personnel infirmier, les administrateurs, les pairs
Hershow et al., 2019	États-Unis	Comprendre les perspectives des prestataires en lien avec l'offre de la PrEP dans le contexte des services de réduction de méfaits pour les PUDI	Trois variétés de modèles d'offre de la PrEP aux PUDI : 1) référence entre les sites d'échange de seringues et services de la PrEP, 2) présence d'un médecin prescripteur dans les sites d'échange de seringues et 3) offre d'une prescription permanente de la PrEP dans un SES	Entretiens semi-structurés Analyse thématique	10 prestataires des soins liés à la PrEP : Médecins, aide-médecin et infirmiers 10 intervenants dans les services d'échange de seringues

Concernant le type de modèle d'offre de soins, la majorité, soit 10 des 14 articles inclus dans cette analyse, porte sur la colocalisation des soins liés à l'HC ou à la PrEP offerts dans les sites de réduction de méfaits comme le TAO et les programmes de distribution de matériel d'injection stérile. Les composantes de ce modèle sont une équipe multidisciplinaire de professionnels ($n=10$), les services de soutien par les pairs ($n=7$), des intervenants de soutien ($n=8$) ainsi que des séances éducatives ($n=9$) (Batchelder et al., 2017; Bonnington et Harris, 2017; Gunn et Higgs, 2019; Muncan et al., 2021; Phillips et al., 2019; Shrestha et al., 2018; Shrestha et Copenhaver, 2018; Shrestha et al., 2020; Treloar et al., 2013, 2015). Deux articles présentent un modèle de référence des PUDI où elles sont accompagnées par des professionnels de la santé ou des intervenants, et dans lequel sont intégrées des séances éducatives (Harris et al., 2018; Sherbuk et al., 2020). Un troisième modèle est décrit dans un article retenu (Coupland et al., 2019) dans cette synthèse et porte sur une offre combinée des soins liés à l'HC menée avec une équipe multidisciplinaire, des services de réduction des méfaits et le soutien des pairs éducateurs en clinique mobile. Cette équipe multidisciplinaire se déplace quotidiennement pour aller offrir des services soins colocalisés de proximité aux populations PUDI.

Enfin, un dernier article porte sur trois modèles d'offre de la PrEP aux PUDI : 1) référence des PUDI des services d'échange vers les services PrEP ; 2) présence d'un médecin prescripteur dans le service d'échange de seringues ; 3) offre d'une prescription permanente de la PrEP dans un SES (Hershow et al., 2019)

Expériences et perceptions des PUDI avec les services de navigation liés à la PrEP et aux soins d'HC

TABLEAU 3 - Expériences des PUDI avec les services de navigation selon les perspectives des PUDI et des professionnels cliniciens et des intervenants impliqués dans la navigation

	Composante	Expériences positives	Expériences négatives
Modèles de soins	Colocation des soins en sites fixes	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme d'orientation plus efficace et fluide Soins accessibles et immédiats Espace de soins confortable, familial et non stigmatisant 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence des visites et des prises de la PrEP jugée pénible Approche DOT non nécessaire et problématique Stigmatisation
	Référence externe à l'aide des accompagnateurs	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement des intervenants lors des visites Bonnes relations entre les prestataires de la PrEP et ceux des services de réduction de méfaits 	<ul style="list-style-type: none"> Persistance des expériences négatives antérieures (longs délais d'attente pour les rendez-vous, processus de référence peu expliqué, difficultés logistiques financières et de transport, stigmatisation, contacts difficiles avec les multiples prestataires de soins)
	Clinique mobile	<ul style="list-style-type: none"> Environnement sécuritaire et moins intimidant Respect de la vie privée et discrétion Proximité des soins 	Aucune expérience négative rapportée
Composantes	Soutien des pairs	<ul style="list-style-type: none"> Soutien utile et pertinent Source de climat humain et convivial dans les lieux de soins Solides liens de confiance avec les patients Partage d'expériences positives 	<ul style="list-style-type: none"> Bris de confidentialité Parfois services peu accessibles par manque de visibilité et d'intégration dans l'équipe
	Interaction avec les professionnels et intervenants	<ul style="list-style-type: none"> Fort engagement Approche personnalisée et flexible Liens de confiance Attitude sans jugement et conviviale Communication facile 	<ul style="list-style-type: none"> Stigmatisation et discrimination

Expériences avec les modèles de soins

Facilité et rapidité des soins grâce à la colocalisation pour la majorité des PUDI

Dans la majorité des études recensées, la colocalisation des soins dans les sites offrant des services de réduction des méfaits est décrite comme le modèle qui répond largement aux besoins des PUDI et qui favorise leur engagement aux soins liés à la PrEP et aux soins de l'HC grâce à un accès plus facile et rapide à ces soins. Comme mentionné par Treloar et ses collègues (2013), les participants à cette étude ont exprimé leur soulagement quant à la disponibilité d'un mécanisme de référence interne plus efficace et l'accès rapide aux soins d'HC grâce au modèle de colocalisation. Pour Phillips et al. (2019), le fait de pouvoir accéder aux soins d'HC dans le service de TAO sans avoir à se rendre dans les services hospitaliers a été accueilli favorablement par les PUDI. En effet, ils précisent que leurs expériences antérieures dans les services hospitaliers étaient caractérisées par des soins très médicalisés, la bureaucratie hospitalière, la rigidité des horaires, la crainte, ainsi qu'une longue attente concernant la prise de rendez-vous, ce qui les décourageait à poursuivre ces soins. Par ailleurs, les résultats des études de Gunn et Higgs (2019) et de Phillips (2019) démontrent aussi que le modèle de colocalisation dans les services de TAO est pratique pour les PUDI usagères des services et que la prise quotidienne de la méthadone pouvait servir de rappel pour le traitement de l'HC par le fait qu'ils étaient offerts concomitamment. La proximité des lieux de soins a été citée aussi comme un élément facilitateur par les PUDI qui ont reçu du soutien avec l'offre de soins en clinique mobile, lesquelles se réjouissaient des soins plus proches géographiquement (Coupland et al., 2019).

Le fait de recevoir les soins dans les sites habituels de fourniture du matériel d'injection a joué un rôle facilitant d'adhésion aux soins d'HC. Les témoignages des participants de l'étude de Muncan et ses collègues (2021) illustrent des expériences similaires et mettent l'accent sur le rôle clé que jouent les *Syringes Services Program* ou SSP (équivalent des CAMI au Québec : centre d'accès au matériel d'injection) dans l'amélioration de leurs connaissances autour du VHC et de l'efficacité et de la bonne tolérance des traitements AAD grâce aux messages reçus de la part des professionnels de ces services ou d'autres PUDI ayant expérimenté ces traitements. Cela avait tendance à les encourager à y adhérer.

Cependant, une minorité des participants ont soulevé des difficultés de parcours de soins avec ce modèle de colocalisation. D'une part, la stratégie TOD utilisée pour l'offre des soins d'HC dans l'étude de Gunn et Higgs, 2019 est considérée par certaines PUDI comme inutile et problématique, qui préfèrent garder leur autonomie dans la gestion de la prise de leurs médicaments. Pour d'autres, la fréquence des visites de suivi et la distance à parcourir ont constitué des obstacles à l'utilisation des services de soins colocalisés. Un certain nombre de participants à l'étude Shresta et Copenhaver (2018) ont exprimé une perception négative en lien avec le fait de se rendre chaque semaine à la clinique pour renouveler les stocks de la PrEP et les visites régulières de suivi sont jugées comme étant pénibles. Un autre participant de l'étude de Gunn et Higgs (2019) a noté avoir éprouvé des difficultés à se présenter à la pharmacie à cause de la longue distance par rapport à son domicile.

Faibles améliorations de l'expérience de navigation des PUDI avec le modèle de référence externe

Malgré certaines perceptions positives des PUDI rapportées avec le modèle de référence, nos résultats montrent la persistance des difficultés antérieures. En effet, une minorité des PUDI dans l'étude de Hershov et al., 2019 ont souligné que l'accompagnement des PUDI par les professionnels du SES aux rendez-vous des services liés à la PrEP ainsi que les ententes formelles entre eux avaient tendance à générer de l'espoir de pouvoir entrer en contact avec les professionnels des cliniques. Malgré de bonnes relations entre les structures de soins offrant la PrEP et les SES ainsi que la présence des intervenants accompagnateurs, la plupart des PUDI avaient de la difficulté à accéder aux soins. En effet, les participants à l'étude de Hershov et al., 2019 citent un système de référence peu coordonné, l'insuffisance des cliniques offrant la PrEP accessibles financièrement et géographiquement par les PUDI, les difficultés de transport ainsi que la présence d'autres besoins de santé concomitants comme les problèmes de santé mentale et de dépendance aux drogues. Dans l'étude de Sherbuk et al., 2020 portant sur les raisons de la faible adhésion aux soins de l'HC chez les PUDI, les difficultés à contacter les professionnels de santé, les disponibilités de rendez-vous limités, les délais longs pour la prise des rendez-vous, le manque de flexibilité dans les horaires ont été nommés par les PUDI qui mentionnaient que cela avait tendance à accroître la méfiance préexistante envers le système de santé.

Expériences contrastées avec les lieux de soins : non stigmatisants et stigmatisants

Les expériences vécues par les PUDI avec les lieux de soins sont contrastées dans les études recensées. D'un côté, dans l'étude de Gunn et Higgs, 2019 les PUDI percevaient l'espace de la pharmacie habituelle de la prise de TAO où ils recevaient les soins d'HC comme un environnement confortable valorisant le fait de recevoir des soins dans un endroit non « médicalisé », non bureaucratique et familial. De manière similaire, dans l'étude de Muncan et ses collègues (2021), certains participants perçoivent que les SSP leur offrent un environnement non stigmatisant qui leur facilite l'initiation et la continuation de la PrEP, ce qui contraste avec les structures de soins standards où la stigmatisation vécue a été un facteur de désengagement. Un des participants de cette dernière étude a fait savoir dans son témoignage que le fait de pouvoir « être soi-même » et de ne pas cacher sa consommation de drogues injectables fait de ce service un lieu sécuritaire pour recevoir les soins d'HC. Un autre participant de la même étude a reconnu qu'il n'éprouverait aucune crainte d'utiliser ce lieu pour exprimer ses préoccupations liées à sa santé et à sa consommation de drogues.

La stigmatisation demeure toutefois un défi pour d'autres PUDI tel que rapporté dans certaines des études de cette synthèse. Comme l'étude de Shrestha et Copenhaver (2018), certains participants ont soulevé des perceptions de stigmatisation en lien avec la prise de la PrEP, laquelle pourrait laisser croire à leur entourage qu'ils sont infectés par le VIH et sont sous traitement ARV, ce qui a eu des effets négatifs sur le recours aux soins liés à la PrEP. Gunn et Higgs (2019) indiquent que quelques PUDI se sont sentis stigmatisés et jugés lorsqu'elles ont été orientées dans un espace séparé réservé à leurs soins.

De plus, dans l'étude de Phillips (2019), de patients anciens PUDI qui reçoivent des soins d'HC dans un site de TAO se sentent catégorisés, alors qu'ils ne se considèrent plus comme des personnes qui consomment des drogues, ce qui les amène à préférer un service de soins distinct du centre du traitement de la dépendance. La stigmatisation dans les structures de soins conventionnels a aussi été citée dans l'étude de Sherbuk et al. (2020) comme une entrave à l'utilisation des services malgré le soutien d'une infirmière navigatrice. En effet, un certain nombre de participants ont rapporté qu'ils se sentaient méprisés ou étiquetés dans ces structures de soins en lien avec leurs faibles revenus, leur statut sérologique du VHC et le fait de ne pas avoir d'assurance médicale. Pour Hershov et al. (2019), certains professionnels ont reconnu que la stigmatisation liée au VIH décourageait certaines PUDI à initier ou à poursuivre les soins liés à la PrEP. Les perceptions liées au non-respect de la confidentialité et la crainte de divulgation de leur usage de drogue ou de leur statut sérologique du VHC ont d'ailleurs ravivé les craintes de stigmatisation selon certaines études (Batchelder et al., 2017 ; Treloar et al., 2015).

Expériences avec les composantes de services de navigation

Relations de confiance dans les interactions avec les professionnels et intervenants

L'engagement des professionnels et intervenants impliqués dans les services de navigation, leur attitude respectueuse et empathique ainsi que leur approche personnalisée et holistique ont inspiré de la confiance à la majorité des participants, ce qui a été essentiel à l'initiation et à l'adhésion à la PrEP et aux soins d'HC.

D'abord dans l'étude de Treolar et al. (2014), l'engagement du médecin responsable par exemple a permis d'établir la confiance avec les patients et leur bonne communication a encouragé beaucoup de PUDI à adhérer aux soins d'HC. De plus, les participants PUDI de l'étude de Harris et al. (2018) valorisent l'implication des infirmières facilitatrices pour s'assurer d'obtenir une référence rapide. Certains participants se sont sentis encouragés à s'engager dans les soins d'HC parce qu'ils avaient l'impression que l'infirmière facilitatrice s'était « battue » pour leur permettre d'accéder au traitement et a veillé à ce que les heures de rendez-vous à l'hôpital correspondent à leurs préférences.

Dans les études de Harris et al (2018) et de Phillips et al. (2019), les liens de confiance préexistants avec les professionnels des CTD ainsi que l'attitude conviviale et respectueuse de l'infirmière facilitatrice ont aussi été décrits par un grand nombre de participants comme étant des sources de motivation pour la poursuite du traitement d'HC. Les participants de l'étude Gunn et Higgs (2019) étaient unanimes sur les bénéfices d'avoir une bonne relation avec le pharmacien qui administre la méthadone et le traitement de l'HC. Ce dernier est considéré comme un professionnel accessible, fiable et digne de confiance sur lequel les usagers peuvent compter pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

Enfin, les PUDI ont souligné que l'approche personnalisée et holistique de l'infirmière facilitatrice a été centrale pour permettre aux PUDI de s'engager dans les soins liés à l'HC. Les participants ont souligné notamment son soutien dans leurs demandes de logement stable et leurs besoins de santé mentale ainsi que dans l'accès aux traitements d'HC.

Importance du soutien des pairs

Le soutien des pairs est également perçu et vécu comme un élément important dans l'initiation et la continuité des soins d'HC par la majorité des PUDI dans les études qui y font référence (Batchelder et al., 2017; Phillips et al., 2019; Treloar et al., 2013, 2015). Les attitudes positives des pairs dans l'étude de Treloar (2015) ont notamment joué un grand rôle dans l'engagement aux soins des PUDI. En effet, dans cette étude, les pairs ont été décrits comme étant des personnes fiables, calmes, agréables, responsables et soucieuses des besoins des clients. Les PUDI soulignent que la confiance avec les pairs est surtout fondée sur leur bonne interaction et sur la perception que les pairs comprennent mieux leurs difficultés que les prestataires de soins dont les connaissances sont jugées théoriques (Treloar et al., 2015). Les témoignages positifs des pairs et leurs succès en lien avec le traitement d'HC ont aussi servi d'exemple pour l'engagement des PUDI dans les traitements et les soins (Harris et al., 2018; Muncan et al., 2021; Phillips et al., 2019). Les professionnels et les intervenants ayant participé à l'étude de Harris (2018) ont rapporté que les commentaires positifs des patients PUDI qui avaient suivi un traitement AAD d'HC ont créé un « effet d'entraînement » parmi les PUDI et les professionnels, dans l'implantation de ces soins. Enfin, les effets de la présence des pairs dans les sites étaient grandement appréciés par les participants PUDI et les professionnels. Dans l'étude Treloar et al. (2015), les PUDI ont valorisé le rôle de médiateur assumé par les pairs en cas de tension et de mauvaise compréhension avec les prestataires de soins. L'environnement de la clinique est devenu plus amical et humain grâce à la présence des pairs qui a aussi permis une prise de conscience de la complexité des besoins des clients chez les cliniciens qui se sentaient plus aptes à y répondre. D'autre part, tel que rapporté dans l'étude de Batchelder et al. (2017), les PUDI ont unanimement apprécié la normalisation, la dissipation des mythes et des craintes entourant le traitement du VHC, le soutien émotionnel ainsi que l'accessibilité aux informations compréhensibles grâce aux pairs éducateurs.

Toutefois, le service de pairs n'a pas apporté une pleine satisfaction dans l'étude de Bonnington et Harris (2017). Cela s'expliquait par le fait que les pairs aidants avaient souvent une présence irrégulière et n'avaient pas d'espace réservé dans les services de traitement des dépendances qui offraient les soins du VHC. En effet, les professionnels et les PUDI avaient tendance à ignorer leur service des pairs en raison de leur présence irrégulière et l'absence d'espace réservé dans les CDT qui offraient les soins du VHC pour pouvoir avoir des entretiens privés avec les PUDI. Ces dernières ont exprimé de la déception par rapport au fait qu'elles se sentaient délaissées et préféraient chercher du support et de l'accompagnement auprès de leurs amis et des membres de leur famille.

Discussion

Cette analyse documentaire visait à synthétiser les expériences des PUDI au regard des services d'aide à la navigation liées à la PrEP et aux soins relatifs à l'HC selon les perspectives des patients PUDI et des professionnels. Nous avons identifié 14 articles portant sur trois modèles différents de navigation des soins : 1) la colocalisation des soins dans les sites fixes et mobiles offrant des services de réduction de méfaits ou de réadaptation en dépendance et en TAO ; 2) la référence avec l'aide des professionnels ou des intervenants, et enfin 3) un service des pairs aidants.

Les résultats de cette synthèse ont permis d'identifier un certain nombre d'expériences des PUDI avec les services de navigation influençant leur accès à la PrEP et aux soins d'HC. Dans ce qui suit, nous allons discuter des résultats de notre analyse documentaire en les confrontant à ceux d'autres études n'étant pas incluses dans l'analyse, car elles ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion, mais mettent en perspective nos résultats.

Tout d'abord, la facilité et la rapidité d'accès aux soins colocalisés ont été largement valorisées comme cela a été rapporté dans d'autres études. En effet, dans les études de Drainoni et al. (2014) et Guise et al. (2017) portant sur des services de navigation liés, respectivement, aux soins de santé primaire et au traitement ARV, les PUDI appréciaient avoir accès à ces soins à la même place, ce qui permettait de traiter plusieurs problèmes de santé en même temps.

De plus, Mason et al. (2015), explorant l'effet d'un programme multidisciplinaire communautaire de traitement d'HC chez les PUDI, ont démontré l'amélioration de l'accès aux traitements et aux soins pour les patients avec des antécédents de consommation de drogues et de multiples problèmes sanitaires et sociaux.

Pour leur part, Felsher et al (2020), ayant analysé les raisons d'initiation de la PrEP, notent que les femmes PUDI ont apprécié la facilité d'accès aux soins dans un programme de distribution du matériel d'injection sans avoir à demander de rendez-vous. Nos résultats sur l'accessibilité géographique corroborent ceux des autres auteurs concernant l'influence de la distance dans l'accès aux soins chez les PUDI. En effet, Loignon et al. (2022) et Drainoni et al. (2014) ont mentionné que l'utilisation de services à proximité du lieu de résidence des personnes constitue un facteur clé associé à un meilleur accès aux soins parmi les populations marginalisées, dont les PUDI. Mais il semble que la distance reste un défi malgré la colocalisation des soins. Dans l'étude de Demchenko et al. (2014), il était toujours difficile pour certains patients PUDI sous méthadone de se rendre à un site où tous les soins étaient colocalisés à cause de la longue distance.

Le vécu contrasté des lieux de soins dans les établissements communautaires pour les PUDI a été constaté par d'autres auteurs.

D'un côté, selon Felsher et al. (2020) et Walters et al. (2022) ayant exploré le continuum des soins liés à la PrEP parmi les PUDI, les espaces de distribution de seringues ont été présentés comme des endroits accueillants et confortables où les PUDI peuvent se rencontrer et avoir des discussions sur la PrEP, ce qui permettait d'atténuer la stigmatisation et favoriser l'engagement aux traitements

et aux soins des PUDI. Un résultat similaire a été rapporté par l'étude d'Islam et al. (2012) sur l'accessibilité de l'offre de soins de santé primaire aux PUDI dans un lieu de rencontre habituel, qui ont remarqué que ce modèle avait le potentiel d'améliorer leur accès aux soins et leur satisfaction.

D'un autre côté, des études antérieures sur les expériences des PUDI avec les services des soins ont trouvé des résultats contrastés. En effet, comme l'ont mentionné Earnshaw et al. (2013) et Harris et al. (2012), la stigmatisation vécue par les PUDI associées aux lieux de soins était liée à la thérapie de la dépendance et caractérisée par des préjugés, des stéréotypes négatifs et de la discrimination. Paquette et al. (2018), pour leur part, ont soulevé que même lorsque les PUDI sont motivées à arrêter de consommer des drogues, la stigmatisation liée à la méthadone peut constituer un obstacle à l'accès aux soins.

Aussi, les conclusions des auteurs concernant l'expérience des PUDI avec la stratégie TOD sont mitigées. Pour certains, comme Guise et al., 2017, la colocation des soins utilisant cette approche est vécue largement comme facilitant la motivation de poursuivre les traitements du VIH. Toutefois d'autres ont noté que certaines PUDI ayant expérimenté le TOD ont arrêté la prise des traitements en raison des sentiments de honte et de stigmatisation au moment de se diriger dans des espaces privés alloués aux cliniques (Batchelder et al., 2013; Lin et al., 2014). Parmi les stratégies utilisées par les PUDI pour éviter la stigmatisation liée au lieu de soins dans l'étude de Biancarelli et al. (2019), on retrouve le recours à des alternatives déstigmatisantes qui répondent à leurs besoins; dans cette étude, de nombreuses PUDI ont indiqué qu'au lieu des grands établissements de soins de santé, elles préféraient chercher des soins dans les centres de santé communautaires comme dans les programmes de seringues stériles décrits comme des « lieux sûrs » où elles sont « traitées comme des êtres humains ». Il est évident que la colocation des soins dans les sites communautaires des PUDI devrait être privilégiée à condition que la vie privée et la confidentialité soient respectées (Beyrer et al., 2011; UNODC et al., 2017).

Deuxièmement, la littérature rapporte que les relations de confiance avec les professionnels dans leurs expériences de navigation sont essentielles pour accéder et adhérer aux soins. Dans l'étude de Blackstock et al., (2021) portant sur l'expérience des femmes à haut risque du VIH incluant les PUDI avec l'usage de la PrEP, le fait d'avoir des interactions positives avec les prestataires de soins et communautaires de confiance a été valorisé. Ostertag et al. (2006) et Miller et al. (2021) ayant étudié les facteurs interpersonnels associés à l'utilisation des services de soins chez les PUDI ont démontré que la relation basée sur la confiance est associée significativement à l'engagement des PUDI aux soins liés à l'HC. Certains participants de l'étude de Miller et al. (2021) révèlent que les prestataires de soins ont été considérés comme des sources d'informations crédibles liées au VHC par leurs patients PUDI grâce à la confiance établie entre eux. Aussi, comme cité par les participants dans les articles de cette synthèse et d'autres auteurs (Biancarelli et al., 2019; Chang et al., 2016; Carlberg-Racich, 2016; Thomas, 2005; Thomas, 2005) l'interaction des PUDI avec des professionnels déjà connus est considérée comme facilitante dans leur engagement aux traitements et aux soins. Ils ont expliqué que les sites intégrant l'approche de réduction des méfaits incluent des professionnels avec une meilleure connaissance des besoins des patients PUDI et qui ne portent pas de jugement; cela facilite la création d'une bonne alliance thérapeutique.

Enfin, le soutien par les pairs est un service très apprécié par les PUDI, aussi bien dans notre synthèse que dans d'autres études ayant abordé cet aspect. Tel que décrits par Jacob et al., 2021 ; Loignon et al., 2022 ; Mason et al., 2015 ; Rose et al., 2020,2021 ; Loignon et al., 2022 ; Mason et al., 2015 ; Rose et al., 2020 les pairs sont perçus comme des sources fiables d'information, des « ponts », des « connecteurs communautaires », d'interface dans la relation entre PUDI et les professionnels de la santé, mais aussi des exemples de succès aux soins. Pour leur part, Koester (2014) et MacLellan (2017) ont aussi observé que les pairs ont dû gagner la confiance des clients en s'appuyant sur leurs propres expériences de vie similaire ou en exprimant leur concordance sociale, ce qui a permis aux PUDI de s'engager dans les soins. Comme soulevé par certains auteurs, il convient de minimiser les inquiétudes concernant la confidentialité entre pairs en leur offrant une formation sur les questions cliniques et de confidentialité dans les établissements de soins de santé, ainsi qu'une supervision continue (Morgan et al., 2015 ; Ti et al., 2015).

Notre synthèse narrative des écrits contribue à accroître les connaissances nécessaires pour penser, concevoir et implanter des services facilitant l'accès à la PrEP et aux soins en VHC des PUDI. La colocalisation des soins dans les sites habituels de services pour les PUDI semble être pratique et convenable pour leur accès à la PrEP et aux soins d'HC notamment parce qu'elle prend appui sur de bonnes relations avec les professionnels, du soutien des pairs et un environnement atténuant la stigmatisation.

Cependant, cette synthèse présente des limites. Premièrement, notre recherche n'a pas permis de repérer d'études portant sur l'expérience de PUDI en lien avec des services intégrés de PrEP et de soins en VHC. Étant donné la présence du risque concomitant du VIH et d'HC chez les PUDI avec des comportements de partage du matériel d'injection et des rapports sexuels non protégés, il serait pertinent d'explorer les expériences des PUDI dans un contexte d'intégration des services de la PrEP et des soins du VHC chez les PUDI. Deuxièmement, notre synthèse narrative a combiné des résultats d'études variées avec des questions de recherche différentes, des participants variés dans des systèmes de santé différents, ce qui oblige à beaucoup de prudence dans l'interprétation des données. Des études supplémentaires sont nécessaires pour explorer les facteurs personnels, contextuels et structurels influençant les expériences des PUDI avec la navigation et mettre en évidence les composantes les plus importantes de services de navigation ainsi que la manière dont elles interagissent entre elles.

Conclusion

Cette synthèse met en lumière les expériences des PUDI qui devraient être primordiales dans le déploiement des services de navigation liés à la PrEP et aux soins du VHC. La colocalisation des soins dans les lieux non stigmatisants et une bonne relation de confiance avec les professionnels sont privilégiées par les PUDI dans leur navigation liée à la PrEP et aux soins d'HC. Mais d'autres études sont nécessaires pour approfondir les facteurs en jeu dans l'expérience des PUDI avec la navigation.

Références

- Alimohammadi, A., Holeksa, J., Thiam, A., Truong, D. et Conway, B. (2018). Real-world Efficacy of Direct-Acting Antiviral Therapy for HCV Infection Affecting People Who Inject Drugs Delivered in a Multidisciplinary Setting. *Open Forum Infectious Diseases*, 5(6), N.PAG. Academic Search Complete. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy120>
- Arai, L., Britten, N., Popay, J., Roberts, H., Petticrew, M., Rodgers, M. et Sowden, A. (2007). Testing methodological developments in the conduct of narrative synthesis: A demonstration review of research on the implementation of smoke alarm interventions. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 3(3), 361-383. <https://doi.org/10.1332/174426407781738029>
- Bajis, S., Grebely, J., Cooper, L., Smith, J., Owen, G., Chudleigh, A., Hajarizadeh, B., Martinello, M., Adey, S., Read, P., Gilliver, R., Applegate, T., Treloar, C., Maher, L. et Dore, G. J. (2019). Hepatitis C virus testing, liver disease assessment and direct-acting antiviral treatment uptake and outcomes in a service for people who are homeless in Sydney, Australia: The LiveRLife homelessness study. *Journal of Viral Hepatitis*, jvh.13112. <https://doi.org/10.1111/jvh.13112>
- Batchelder, A. W., Brisbane, M., Litwin, A. H., Nahvi, S., Berg, K. M., & Arnsten, J. H. (2013). "Damaging what wasn't damaged already": Psychological tension and antiretroviral adherence among HIV-infected methadone-maintained drug users. *AIDS Care*, 25(11), 1370-1374. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.766303>
- Batchelder, A. W., Cockerham-Colas, L., Peyser, D., Reynoso, S. P., Soloway, I. et Litwin, A. H. (2017). Perceived benefits of the hepatitis C peer educators: A qualitative investigation. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0192-8>
- Bazzi, A. R., Drainoni, M.-L., Biancarelli, D. L., Hartman, J. J., Mimiaga, M. J., Biello, K. B. et Mayer, K. H. (2019). Systematic review of HIV treatment adherence research among people who inject drugs in the United States and Canada: Evidence to inform pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence interventions. *Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. BMC Public Health*, 19(1). Scopus®. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6314-8>
- Bernard, C. L., Owens, D. K., Goldhaber-Fiebert, J. D. et Brandeau, M. L. (2017). Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: A model-based analysis. *PLOS Medicine*, 14(5), e1002312. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002312>
- Beyrer, C., Baral, S., Kerrigan, D., El-Bassel, N., Bekker, L.-G. et Celentano, D. D. (2011). Expanding the Space: Inclusion of Most-at-Risk Populations in HIV Prevention, Treatment, and Care Services. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57(Supplement 2), S96-S99. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821db944>
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R. et Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>

- Biello, K. B., Bazzi, A. R., Mimiaga, M. J., Biancarelli, D. L., Edeza, A., Salhaney, P., Childs, E. et Drainoni, M. L. (2018). Perspectives on HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) utilization and related intervention needs among people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0263-5>
- Biello, K. B., Bazzi, A. R., Vahey, S., Harris, M., Shaw, L. et Brody, J. (2021). Delivering Preexposure Prophylaxis to People Who Use Drugs and Experience Homelessness, Boston, MA, 2018–2020. *American Journal of Public Health*, 111(6), 1045-1048. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306208>
- Blackstock, O. J., Platt, J., Golub, S. A., Anakaraonye, A. R., Norton, B. L., Walters, S. M., Sevelius, J. M. et Cunningham, C. O. (2021). A Pilot Study to Evaluate a Novel Pre-exposure Prophylaxis Peer Outreach and Navigation Intervention for Women at High Risk for HIV Infection. *AIDS and Behavior*, 25(5), 1411-1422. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02979-y>
- Bonnington, O. et Harris, M. (2017). Tensions in relation : How peer support is experienced and received in a hepatitis C treatment intervention. *International Journal of Drug Policy*, 47, 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.031>
- Brener, L., Horwitz, R., von Hippel, C., Bryant, J. et Treloar, C. (2015). Discrimination by health care workers versus discrimination by others: Countervailing forces on HCV treatment intentions. *Psychology, Health & Medicine*, 20(2), 148-153. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.923103>
- Brener, L., Cama, E., Broady, T., Hopwood, M., de Wit, J. et Treloar, C. (2019). Predictors of health care workers' support for discriminatory treatment and care of people who inject drugs. *Psychology, Health & Medicine*, 24(4), 439-445. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546018>
- Bruneau, J., Roy, É., Demers, N. et Cox, J. (2016). Some PWID communities are ready for PrEP, so what is next? *Addiction*, 112(4), 582-584. <https://doi.org/10.1111/add.13686>
- Carlberg-Racich, S. (2016). Harm reduction interventions in HIV care: A qualitative exploration of patient and provider perspectives. *PeerJ*, 4, e1932-e1932. <https://doi.org/10.7717/peerj.1932>
- Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J. et Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
- Centers for Disease control (CDC). (2019). *Fast facts: HIV and injection drug use*. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/cdc-hiv-idu-fact-sheet.pdf>
- Chang, J., Dubbin, L., & Shim, J. (2016). Negotiating substance use stigma: The role of cultural health capital in provider-patient interactions. *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 90-108. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12351>
- Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., Leethochawalit, M., Chiamwongpaet, S., Kitisin, P., Natrujirote, P., Kittimunkong, S., Chuachoowong, R., Gvetadze, R. J., McNicholl, J. M., Paxton, L. A., Curlin, M. E., Hendrix, C. W., & Vanichseni, S. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*, 381(9883), 2083-2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61127-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61127-7)

- Coffin, P. O., Rowe, C. et Santos, G.-M. (2015). Novel Interventions to Prevent HIV and HCV Among Persons Who Inject Drugs. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(1), 145-163. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0248-2>
- Coleman, R. L. et McLean, S. (2016). Commentary: The value of PrEP for people who inject drugs. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7 [Suppl 6]). <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21112>
- Coupland, H., White, B., Bates, A., Park, J. N., Iversen, J. et Maher, L. (2019). Engaging people who inject drugs in hepatitis c virus testing and prevention through community-based outreach, in sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 38(2), 177-184. <https://doi.org/10.1111/dar.12895>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Research Checklist*. https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Crowley, D., Van, H. M. C., Lambert, J. S., Cullen, W., Murphy, C. et Kelly, E. (2018). Barriers and facilitators to hepatitis c (hcv) screening and treatment-a description of prisoners' perspective. *Harm Reduction Journal*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0269-z>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M. et Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs : A multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Demchenko, I., Kozhan, N., & Varban, M. (2014). *The Study of Access to HIV and TB Treatment for Substitution Therapy Patients Within Different Service Delivery Models*. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/ZPT_engl.pdf
- Drainoni, M.-L., Farrell, C., Sorensen-Alawad, A., Palmisano, J. N., Chaisson, C. et Walley, A. Y. (2014). Patient Perspectives of an Integrated Program of Medical Care and Substance Use Treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(2), 71-81. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0179>
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(1), 110-122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- Fadnes, L. T., Aas, C. F., Vold, J. H., Leiva, R. A., Ohldieck, C., Chalabianloo, F., Skurtveit, S., Lygren, O. J., Dalgård, O., Vickerman, P., Midgard, H., Løberg, E.M., Johansson, K. A. et INTRO-HCV Study Group. (2021). Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). *PLoS medicine*, 18(6), e1003653. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003653>
- Felsher, M., Ziegler, E., Smith, L. R., Sherman, S. G., Amico, K. R., Fox, R., Madden, K., & Roth, A. M. (2020). An Exploration of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Initiation Among Women Who Inject Drugs. *Archives of Sexual Behavior*, 49(6), 2205-2212. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01684-0>
- Foley, V., Petit, G., Giraud, M., Boisvert, K., Rietmann, M. et Brousselle, A. (2016). Hépatite C chez les usagers de drogues par voie veineuse : exploration des barrières et des facilitateurs pour l'accès aux soins et services. *Santé Publique*, 28, 363-374. <https://doi.org/10.3917/spub.163.0363>

- Freeman, H. P., & Rodriguez, R. L. (2011). History and principles of patient navigation. *Cancer*, 117(S15), 3537-3540. <https://doi.org/10.1002/cncr.26262>
- Friedmann, P. D., Alexander, J. A., Jin, L., & D'Aunno, T. A. (1999). On-site primary care and mental health services in outpatient drug abuse treatment units. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26(1), 80-94. <https://doi.org/10.1007/BF02287796>
- Giacomazzo, A., Kayti Ferguson, Hana Haines et Jennifer Isaacs, Chelsea Grothé, Thomas Hendsbee, & Jo Parker. (2022, mars). *Health navigation services for people who use drugs / Services de navigation de la santé pour les personnes qui utilisent des drogues* [Webinaire]. Services de navigation de la santé pour les personnes qui utilisent des drogues. <https://www.catie.ca/fr/services-de-navigation-de-la-sante-pour-les-personnes-qui-utilisent-des-drogues>
- Giacomazzo, A., & Challacombe, L. (2018). *La navigation de la santé dans les services en VIH : Un examen des données probantes*. <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/la-navigation-de-la-sante-dans-les-services-en-vih-un-examen-des>
- Gonzalez, S. A., Fierer, D. S. et Talal, A. H. (2017). Medical and behavioral approaches to engage people who inject drugs into care for hepatitis c virus infection. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 16(2 Suppl 1), 23. <https://doi.org/10.1097/ADT.000000000000104>
- Grebely, J., Hajarizadeh, B., Lazarus, J. V., Bruneau, J. et Treloar, C. (2019). Elimination of hepatitis C virus infection among people who use drugs: Ensuring equitable access to prevention, treatment, and care for all. *International Journal of Drug Policy*, 72, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.016>
- Grebely, J., Tran, L., Degenhardt, L., Dowell-Day, A., Santo, T., Larney, S., Hickman, M., Vickerman, P., French, C., Butler, K., Gibbs, D., Valerio, H., Read, P., Dore, G. J. et Hajarizadeh, B. (2021). Association between opioid agonist therapy and testing, treatment uptake, and treatment outcomes for hepatitis c infection among people who inject drugs: a systematic review and metaanalysis. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(1), 118. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa612>
- Grimshaw, C., Boyd, L., Smith, M., Estcourt, C. S. et Metcalfe, R. (2021). Evaluation of an inner city hiv pre-exposure prophylaxis service tailored to the needs of people who inject drugs. *Hiv Medicine*, 22(10), 965-970. <https://doi.org/10.1111/hiv.13181>
- Guise, A., Seguin, M., Mburu, G., McLean, S., Grenfell, P., Islam, Z., Filippovych, S., Assan, H., Low, A., Vickerman, P. et Rhodes, T. (2017). Integrated opioid substitution therapy and HIV care: A qualitative systematic review and synthesis of client and provider experiences. *AIDS Care*, 29(9), 1119-1128. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1300634>
- Gunn, J., & Higgs, P. (2019). Directly observed hepatitis C treatment with opioid substitution therapy in community pharmacies: A qualitative study. *Research In Social & Administrative Pharmacy: RSAP*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.04.004>

- Harris, M., Roberts, K., Bonnington, O., Harrison, G., Hickman, M., Irving, W., Waldron, C. A., Bevan, J., Simpson, C., Homan, C., Reeve, D., Hathaway, C., Purcell, S., Oelbaum, S., Whitfield, J., Jennings, S., Dreha, R., Byrne, T., Thomas, D., ... HepCATT team. (2018). Understanding hepatitis c intervention success-qualitative findings from the HEPCATT study. *Journal of Viral Hepatitis*, 25(7), 762-770. <https://doi.org/10.1111/jvh.12869>
- Harris, M., Jolly, E., Martin, A., Wells, H., & Rhodes, T. (2012). *Barriers and facilitators to hepatitis C treatment for people who inject drugs* [Technical Report]. World Health Organization for Europe Region. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2551684>
- Hemmy Asamsama, O., Squires, L., Tessema, A., Rae, E., Hall, K., Williams, R., & Benator, D. (2017). HIV Nurse Navigation: Charting the Course to Improve Engagement in Care and HIV Virologic Suppression. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 16(6), 603-607. <https://doi.org/10.1177/2325957417732835>
- Hershow, R. B., Gonzalez, M., Costenbader, E., Zule, W., Golin, C. et Brinkley-Rubinstein, L. (2019). Medical providers and harm reduction views on pre-exposure prophylaxis for hiv prevention among people who inject drugs. *Aids Education and Prevention*, 31(4), 363-379. <https://doi.org/10.1521/aeap.2019.31.4.363>
- Islam, M. M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A. et Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: a narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.08.005>
- Jacob, J., Ti, L., & Knight, R. (2021). Will peer-based interventions improve hepatitis C virus treatment uptake among young people who inject drugs? *Canadian Journal of Public Health*, 112(3), 460-463. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00413-3>
- Jennifer Edelman, E., Moore, B. A., Berkenblit, G., Calabrese, S., Cunningham, C., Fiellin, D. A., Patel, V., Phillips, K. A., Tetrault, J., Shah, M. et Blackstock, O. (2017). Hiv pre-exposure prophylaxis for people who inject drugs: willingness to prescribe among general internists. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.170>
- Jo, Y., Bartholomew, T. S., Doblecki-Lewis, S., Rodriguez, A., Forrest, D. W., Tomita-Barber, J., Oves, J. et Tookes, H. E. (2020). Interest in linkage to PrEP among people who inject drugs accessing syringe services, Miami, Florida. *PLoS ONE*, 15(4), 1-1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231424>
- Koester, K. A., Morewitz, M., Pearson, C., Weeks, J., Packard, R., Estes, M., Tulsy, J., Kang-Dufour, M. et Myers, J. J. (2014). Patient Navigation Facilitates Medical and Social Services Engagement Among HIV-Infected Individuals Leaving Jail and Returning to the Community. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(2), 82-90. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0279>
- Leclerc, P., Roy, E., Morissette, C., & Blouin, K. (2018). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection—Épidémiologie du VIH 1995-2017 : Épidémiologie du VHC 2003-2017*(p. 4). INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2516_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf

- Lin, C., Cao, X. et Li, L. (2014). Integrating antiretroviral therapy in methadone maintenance therapy clinics: Service provider perceptions. *International Journal of Drug Policy*, 25(6), 1066-1070. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.04.021>
- Loignon, C., Dupéré, S., Benhadj, L., Carru, D., & Dahrouge, S. (2022). Perspectives of structurally marginalised patients attending contextually tailored and integrated care practices in Canada: A focused ethnography study. *BMJ Open*, 12(5), e056133. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056133>
- MacArthur, G. J., van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., Taylor, A., Roy, K., Aspinall, E., Goldberg, D., Rhodes, T., Hedrich, D., Salminen, M., Hickman, M. et Hutchinson, S. J. (2014). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.001>
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., Stagg, H. R. et Mannell, J. (2017). Using peer advocates to improve access to services among hard-to-reach populations with hepatitis c: a qualitative study of client and provider relationships. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 76-76. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0202-x>
- Magdalena, H., Jolly, E., Martin, A., Wells, H., & Rhodes, T. (2012). *Barriers and facilitators to hepatitis C treatment for people who inject drugs* [Technical Report]. World Health Organization for Europe Region. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2551684>
- Marshall, B. D. L. et Milloy, M.-J. (2016). Improving the effectiveness and delivery of pre-exposure prophylaxis (PrEP) to people who inject drugs: commentaries. *Addiction*, 112(4), 580-582. <https://doi.org/10.1111/add.13597>
- Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P., & Powis, J. (2015). Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *The International journal on drug policy*, 26(10), 1007-1013. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012>
- Miller, K., Treloar, C. et Lloyd, A. R. (2021). People in prison who inject drugs: Who is trusted when it comes to information about hepatitis C? *Addiction Research & Theory*, 29(3), 247-254. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1879058>
- Mistler, C. B., Copenhaver, M. M. et Shrestha, R. (2021). The Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Care Cascade in People Who Inject Drugs : A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 25(5), 1490-1506. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02988-x>
- Morgan, K., Lee, J. et Sebar, B. (2015). Community health workers: A bridge to healthcare for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.001>
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J. et Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>

- Muncan, B., Jordan, A. E., Perlman, D. C., Frank, D., Ompad, D. C. et Walters, S. M. (2021). Acceptability and Effectiveness of Hepatitis C Care at Syringe Service Programs for People Who Inject Drugs in New York City. *Substance Use & Misuse*, 56(5), 728-737. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1892142>
- Nazari, S. S. H., Noroozi, M., Soori, H., Noroozi, A., Mehrabi, Y., Hajebi, A., Sharifi, H., Higgs, P., & Mirzazadeh, A. (2016). The effect of on-site and outreach-based needle and syringe programs in people who inject drugs in Kermanshah, Iran. *International Journal of Drug Policy*, 27, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.10.011>
- Ostertag, S., Wright, B. R. E., Broadhead, R. S. et Altice, F. L. (2006). Trust and other characteristics associated with health care utilization by injection drug users. *Journal of Drug Issues*, 36(4), 953-974. <https://doi.org/10.1177/002204260603600409>
- Pagkas-Bather, J., Jaramillo, J., Henry, J., Grandberry, V., Ramirez, L. F., Cervantes, L., Stekler, J. D., Andrasik, M. P., & Graham, S. M. (2020). What's PrEP?: Peer navigator acceptability among minority MSM in Washington. *BMC Public Health*, 20(1), 248. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8325-5>
- Paquette, C. E., Syvertsen, J. L. et Pollini, R. A. (2018). Stigma at every turn: health services experiences among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 57, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.004>
- Perreault, M., & Poliquin, H. (2018). *Significations de la santé et du prendre soin de soi pour des personnes qui font usage de drogues par injection et perspectives de ces dernières sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes* [Université de Sherbrooke]. WorldCat.org. <http://hdl.handle.net/11143/15030>
- Phillips, C., Schulkind, J., O'Sullivan, M., Edelman, N., Smith, H. E., Verma, S. et Jones, C. J. (2019). Improving access to care for people who inject drugs: Qualitative evaluation of project ITTREAT-An integrated community hepatitis C service. *Journal Of Viral Hepatitis*. <https://doi.org/10.1111/jvh.13214>
- Platt, L., Easterbrook, P., Gower, E., McDonald, B., Sabin, K., McGowan, C., Yanny, I., Razavi, H. et Vickerman, P. (2016). Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: A global systematic review and metaanalysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(7), 797-808. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00485-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00485-5)
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K. et Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*. Lancaster University. <https://doi.org/10.13140/2.1.1018.4643>
- Rose, R., Cross, S., Lamers, S. L., Astemborski, J., Kirk, G. D., Mehta, S. H., Sievers, M., Martens, C., Bruno, D., Redd, A. D., & Laeyendecker, O. (2020). Persistence of HIV transmission clusters among people who inject drugs. *AIDS*, 34(14), 2037-2044. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002662>
- Roth, A. M., Tran, N. K., Felsher, M., Gadegbeku, A. B., Piccara, B., Fox, R., Krakower, D. S., Bellamy, S. L., Amico, K. R., Benitez, J. A. et Van Der Pol, B. (2021). Integrating hiv preexposure prophylaxis with community-based syringe services for women who inject drugs: results from the project she demonstration study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 86(3), 70. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002558>

- Sherbuk, J. E., Tabackman, A., McManus, K. A., Kemp Knick, T., Schexnayder, J., Flickinger, T. E. et Dillingham, R. (2020). A qualitative study of perceived barriers to hepatitis C care among people who did not attend appointments in the non-urban US South. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00409-9>
- Shrestha, R. et Copenhaver, M. (2018). Exploring the Use of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention Among High-Risk People Who Use Drugs in Treatment. *Frontiers in Public Health*, 6, 195. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00195>
- Shrestha, R., Altice, F. L., Karki, P. et Copenhaver, M. M. (2018). Integrated Biobehavioral Approach to Improve Adherence to Pre-exposure Prophylaxis and Reduce HIV Risk in People Who Use Drugs: A Pilot Feasibility Study. *AIDS And Behavior*, 22(8), 2640-2649. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2099-0>
- Shrestha, R., Altice, F. L., DiDomizio, E., Sibilio, B., Ranjit, Y. S. et Copenhaver, M. M. (2020). Feasibility and Acceptability of an mHealth-Based Approach as an HIV Prevention Strategy Among People Who Use Drugs on Pre-Exposure Prophylaxis. *Patient Preference and Adherence*, 14, 107-118. <https://doi.org/10.2147/PPA.S236794>
- Smith, M., Elliott, L., Hutchinson, S. J., Metcalfe, R., Flowers, P. et McAuley, A. (2021). Perspectives on pre-exposure prophylaxis for people who inject drugs in the context of an hiv outbreak: a qualitative study. *The International Journal on Drug Policy*, 88, 103033–103033. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103033>
- Spector, A. Y., Remien, R. H., & Tross, S. (2015). PrEP in substance abuse treatment: A qualitative study of treatment provider perspectives. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 10(1), 1-19. a9h. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-10-1>
- Stevens, E. R., Nucifora, K. A., Uyei, J., Scott, B. R., Hagan, H., des, J. D., Jordan, A. E., Khan, B. et Dombrowski, K. (2020). Cost-effectiveness of direct antiviral agents for hepatitis c virus infection and a combined intervention of syringe access and medication-assisted therapy for opioid use disorders in an injection drug use population. *Clinical Infectious Diseases*, 70(12), 2652–2662. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz726>
- Tarasuk, J., Zhang, J., Lemyre, A., Cholette, F., Bryson, M., & Paquette, D. (2020). Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 155-168. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i05a07f>
- Ti, L., Hayashi, K., Hattirat, S., Suwannawong, P., Kaplan, K. et Kerr, T. (2015). “Drug users stick together”: HIV testing in peer-based drop-in centres among people who inject drugs in Thailand. *Sexual Health*, 12(3), 263. <https://doi.org/10.1071/SH14107>
- Treloar, C., Rance, J., Dore, G. J., Grebely, J. et the ETHOS Study Group. (2013). Barriers and facilitators for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in the opioid substitution treatment setting: Insights from the ETHOS study. *Journal of Viral Hepatitis*, 21(8), 560-567. <https://doi.org/10.1111/jvh.12183>
- Treloar, C., Rance, J., Bath, N., Everingham, H., Micallef, M., Day, C., Hazelwood, S., Grebely, J. et Dore, G. J. (2015). Evaluation of two community-controlled peer support services for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in opioid substitution treatment clinics: The ETHOS study, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 26(10), 992-998. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.005>

United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint, United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations, & Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. (2017). *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: Practical guidance for collaborative interventions*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.undp.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-people-who-inject-drugs>

Valaitis, R. K., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J. et Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1>.

Walters, S. M., Frank, D., Van Ham, B., Jaiswal, J., Muncan, B., Earnshaw, V., Schneider, J., Friedman, S. R. et Ompad, D. C. (2022). PrEP Care Continuum Engagement Among Persons Who Inject Drugs: Rural and Urban Differences in Stigma and Social Infrastructure. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03488-2>

Wells, K. J., Valverde, P., Ustjanauskas, A. E., Calhoun, E. A., & Risendal, B. C. (2018). What are patient navigators doing, for whom, and where? A national survey evaluating the types of services provided by patient navigators. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 285-294. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.017>

World Health Organization. (2015). *Policy brief: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) : WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197906>



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion sur la pratique

L'évaluation des limitations à l'emploi en contexte de dépendances : une question d'équité

Nadia Giguère, Ph. D, chercheure, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeure associée, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU), Université de Montréal

Stéphane Handfield, M.Sc, professionnel de recherche, CREMIS

David Barbeau, MD, M.Sc, médecin, GMF-U des Faubourgs et programme CRAN du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, chargé d'enseignement clinique, DMFMU, Université de Montréal et praticien-chercheur, CREMIS

Marie-Dominique Beaulieu, C.Q., M.D., CCMF, M.Sc., FCMF, professeure émérite, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal et chercheure associée, CREMIS

Correspondance

Nadia Giguère

66, rue Sainte-Catherine Est

Montréal, Québec H2X 3E7

Téléphone : 514 527-9565, poste 3691

Courriel : nadia.giguere.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

(Ré)intégrer le marché du travail et se maintenir en emploi représente un grand défi pour les personnes traitées pour un trouble lié à l'usage des opioïdes. Ces personnes se tournent donc souvent vers les programmes d'aide financière, qui peuvent être majorés de 57 % si un rapport médical documentant les limitations fonctionnelles donne lieu à une reconnaissance de contraintes sévères à l'emploi. L'évaluation de ces limitations est cependant un acte médical complexe, particulièrement pour des patients ayant des troubles liés à l'usage de drogue ou d'alcool.

L'étude de cas réalisée dans un centre de traitement de la dépendance aux opioïdes visait à documenter : 1) les critères utilisés par les professionnels impliqués dans l'évaluation ; et 2) le vécu des personnes requérantes. Les données recueillies proviennent d'entretiens menés auprès de sept professionnels et 18 usagers et de deux groupes de discussion formés d'une vingtaine de professionnels.

L'analyse thématique montre que cinq types de critères sont utilisés par les professionnels : 1) les facteurs médicaux et psychosociaux ; 2) l'employabilité de la personne ; 3) sa crédibilité ; 4) les impacts potentiels de la reconnaissance des contraintes à l'emploi et de l'accès aux prestations majorées ; 5) leurs valeurs individuelles. Également cinq thèmes principaux émergent des entretiens avec les usagers : 1) l'anxiété liée au processus médico-administratif ; 2) la difficulté à accepter le refus de reconnaissance des contraintes ; 3) les impacts anticipés ou ressentis de l'accès aux prestations majorées, qui tendent à montrer le fort potentiel des interventions sur le revenu ; 4) la grande valeur accordée au travail et le soulagement de voir reconnaître ses difficultés en emploi ; 5) la variabilité des réactions des usagers à l'égard de l'officialisation d'un diagnostic.

Des pistes de réflexion sont proposées pour l'évaluation des limitations à l'emploi dans une perspective de promotion de la santé. Celles-ci incluent une approche interdisciplinaire afin de faciliter la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans l'évaluation.

Mots-clés : limitations à l'emploi, dépendance, programmes sociaux, évaluation médicale, déterminants sociaux de la santé, approche interdisciplinaire

Assessing employment limitations in the context of addictions: a question of equity

Abstract

(Re)entering the workforce and maintaining employment is a major challenge for people undergoing medical treatment for an opioid use disorder. These people therefore often turn to financial assistance programs, which can be increased by 57% if a medical report documenting functional limitations results in a recognition of severe work disability. However, the evaluation of these limitations is a complex medical act, particularly for patients with drug or alcohol use disorders.

The case study conducted in an opioid addiction treatment center aimed to document: 1) the criteria used by professionals involved in the assessment; and 2) the experiences of applicants. The data collected came from interviews with seven professionals and 18 service users and from two focus groups with about 20 professionals.

The thematic analysis shows that five types of criteria are used by the professionals: 1) medical and psychosocial factors; 2) the person's employability; 3) his or her credibility; 4) the potential impacts of recognizing work disability and of access to enhanced benefits; 5) their individual values. Five main themes also emerged from the interviews with users: 1) anxiety about the medico-administrative process; 2) the difficulty of accepting the refusal to recognize work disability; 3) the anticipated or felt impacts of access to enhanced benefits, which tend to show the strong potential of interventions on income; 4) the great value placed on work and the relief of having their employment difficulties recognized; 5) the variability of users' reactions to the formalization of a diagnosis.

Some ideas are proposed for the evaluation of employment limitations from a health promotion perspective. These include an interdisciplinary perspective as a facilitator for taking into account the social determinants of health in the evaluation.

Keywords: work disability, addiction, social welfare programs, sickness certification, social determinants of health, interdisciplinarity

La evaluación de las limitaciones para el empleo en el contexto de las dependencias: una cuestión de equidad

Resumen

(Re)integrar el mercado laboral y mantenerse en el empleo representa un gran desafío para las personas tratadas por un trastorno relacionado con el uso de opioides. Estas personas recurren entonces a menudo a los programas de ayuda financiera, que pueden aumentar en un 57% si un informe médico que documente sus limitaciones funcionales da lugar al reconocimiento de restricciones graves para el empleo. La evaluación de estas limitaciones es, sin embargo, un acto complejo, especialmente para pacientes con trastornos relacionados con el consumo de drogas o alcohol.

El estudio de caso realizado en el centro de tratamiento de la dependencia a los opioides tuvo como objetivo documentar: 1) los criterios utilizados por los profesionales involucrados en la evaluación, y 2) la experiencia de los solicitantes. Los datos recogidos proceden de entrevistas realizadas con siete profesionales y 18 usuarios y de dos grupos de discusión con una veintena de profesionales.

El análisis temático indica que los profesionales utilizan cinco tipos de criterios: 1) los factores médicos y psicosociales; 2) la empleabilidad de la persona; 3) su credibilidad; 4) los impactos potenciales del reconocimiento de limitaciones laborales y el acceso al aumento de las prestaciones; 5) sus valores individuales. Surgen también de las entrevistas con los usuarios cinco temas principales: 1) la ansiedad relacionada con el proceso médico administrativo; 2) la dificultad de aceptar el no reconocimiento de las limitaciones laborales; 3) los impactos anticipados o experimentados del acceso a prestaciones aumentadas, que tienden a indicar el fuerte potencial de las intervenciones sobre el ingreso; 4) el gran valor que se le otorga al trabajo y el alivio de ver reconocidas las propias dificultades en materia de empleo; 5) la variabilidad de las reacciones de los usuarios ante la oficialización de un diagnóstico.

En este trabajo se proponen vías de reflexión para la evaluación de las limitaciones laborales desde un enfoque de promoción de la salud, incluyendo una perspectiva interdisciplinaria destinada a facilitar la consideración de los determinantes sociales en la evaluación.

Palabras clave: limitaciones de empleo, dependencia, programas sociales, evaluación médica, determinantes sociales de la salud, enfoque interdisciplinario

Introduction

Un traitement médical accompagné d'un suivi multidisciplinaire a des impacts positifs importants sur les habitudes de consommation et la qualité de vie des personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage des opioïdes (Bart, 2012; Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2021). Un des défis demeure cependant de (ré)intégrer le marché du travail et de se maintenir en emploi. Pour différentes raisons médicales et psychosociales, ces personnes sont confrontées à des échecs répétés et se tournent souvent vers l'aide gouvernementale pour un revenu de survivance. Au Québec, cette aide financière de dernier recours est administrée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et est divisée principalement en deux programmes distincts : 1) le Programme d'aide sociale accessible aux personnes à qui on ne reconnaît pas de contraintes à l'emploi ou à qui on reconnaît des contraintes temporaires à l'emploi; 2) le Programme de solidarité sociale (ci-après PSS) accessible aux personnes à qui on reconnaît des contraintes sévères à l'emploi.¹ En 2022, le revenu pour une personne seule bénéficiant du PSS était de 57 % plus élevé que le revenu d'aide sociale pour une personne sans contrainte à l'emploi (1 138 \$ contre 726 \$ par mois), permettant ainsi de se rapprocher du seuil de sortie de la pauvreté.²

En vigueur dans sa forme actuelle depuis 2007, le PSS rejoint plus de 115 000 personnes par an (Jetté et al., 2011; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MTESS], 2022b). Le MESS définit les contraintes sévères à l'emploi comme un état physique ou mental altéré de façon significative, empêchant la personne d'occuper les emplois correspondant à ses caractéristiques socioprofessionnelles. Pour être considérées comme « sévères », les contraintes à l'emploi doivent être « susceptibles de perdurer 12 mois et plus, elles peuvent vraisemblablement acquérir un caractère de permanence ou indéfini ». (MTESS, 2022a) À noter que la décision de donner accès au PSS peut être prise au niveau de l'agent d'aide sociale, dans une admission dite « simplifiée », si la personne bénéficiaire de l'aide financière de dernier recours fournit à son agent un formulaire médical SR-2100 incluant un diagnostic incapacitant inscrit sur la liste des « diagnostics évidents » du MESS. Si ce n'est pas le cas, l'évaluation de l'éligibilité au programme se fait par le Centre des services d'évaluation médicale et socioprofessionnelle (CSEMS) du MESS. Cette évaluation dite « approfondie » se base principalement sur l'analyse des informations contenues dans le formulaire médical SR-2100, dans lequel les médecins doivent se prononcer sur les limitations fonctionnelles de leurs patients. Le CSEMS tient également compte de toutes les informations médicales complémentaires fournies par le médecin traitant, le cas échéant (rapport d'examen, rapport d'évaluation d'un intervenant psychosocial, etc.). En sus des facteurs médicaux, le CSEMS tient compte des facteurs socioprofessionnels entravant la capacité à l'emploi. Pour se faire,

¹ Le Programme Objectif emploi n'est pas abordé dans cet article. Celui-ci s'adresse aux primodemandeurs, afin de leur offrir en parallèle avec un soutien de revenu un accompagnement personnalisé pour l'intégration sur le marché du travail. Pour une perspective critique sur les logiques d'activation qui sous-tendent ce programme, voir Charron, 2019. La mesure du panier de consommation (indexée pour 2022) pour une personne seule vivant à Montréal est de 1 865 \$/mois (Institut de recherche et d'informations

² La mesure du panier de consommation (indexée pour 2022) pour une personne seule vivant à Montréal est de 1 865 \$/mois (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques [IRIS], 2022). Selon cette mesure, une personne ayant accès au PSS couvre ainsi 61 % de ses besoins de base, contre 39 % pour une personne ayant accès au Programme d'aide sociale.

il consulte également le formulaire SR-2105, rempli par le patient lui-même, et qui compile diverses informations sur son historique de formations et d'emplois.

Le formulaire médical est néanmoins nécessaire pour faire une demande d'accès au PSS. Or, l'évaluation des limitations fonctionnelles est un acte médical qui comporte d'emblée son lot de défis, et il se complexifie davantage lorsqu'il est question de patients ayant des troubles d'usage de substances. Lors des discussions préliminaires ayant mené à l'élaboration du projet de recherche, nous avons été témoins des questionnements récurrents des médecins au sujet des impacts de leurs pratiques sur les usagers. Y a-t-il un risque, en permettant l'accès au PSS, de démobiliser le patient pour des recherches d'emploi futures ? Y a-t-il un risque de stigmatisation en raison de l'étiquette « d'inapte » associée au programme ? Quels sont les impacts d'un revenu disponible plus élevé sur des patients ayant des problématiques de dépendance ?

Le projet de recherche combinait deux objectifs spécifiques, soit de documenter : 1) les critères utilisés (et leur variabilité, le cas échéant) par les différents professionnels impliqués dans l'évaluation des limitations de personnes ayant des problématiques de dépendance ; et 2) le vécu des personnes requérantes. Nous souhaitons ainsi comprendre dans un premier temps comment étaient pris en compte différents déterminants sociaux de la santé (DSS) dans le cas spécifique d'une évaluation des limitations chez des personnes bénéficiaires de l'aide sociale ayant des problématiques de dépendance ; et dans un deuxième temps, quelles répercussions avaient ces pratiques professionnelles sur le vécu du processus d'évaluation et les trajectoires des patients.

Après avoir fait un tour d'horizon des défis entourant l'action sur les DSS, l'article présente les enjeux spécifiques relatifs à l'évaluation des limitations à l'emploi et l'approche méthodologique ayant guidé notre recherche. Les résultats sont ensuite présentés en deux blocs, suivant les deux objectifs spécifiques du projet de recherche. Nous proposons finalement des pistes de réflexion pour des pratiques d'évaluation des limitations fonctionnelles qui intègrent une perspective de promotion de la santé et de justice sociale.

Agir sur les déterminants sociaux de la santé : importance et défis

L'obligation de responsabilité sociale des médecins fait consensus au sein des organisations internationales en santé et des facultés de médecine (Sharma et al., 2018). Les médecins ont un rôle primordial à jouer pour promouvoir l'équité en santé, notamment en agissant sur les DSS. Plusieurs guides pratiques à l'intention des praticiens en santé, dont les médecins, réfèrent au *Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités de santé de l'Organisation mondiale de la santé* (OMS) afin de les aider à cerner les niveaux d'action prioritaires (Conseil canadien des déterminants de la santé [CCDSS], 2015 ; Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008 ; Lucyk et McLaren, 2017). Selon ce cadre, les médecins peuvent agir à trois niveaux : 1) au niveau micro, ou individuel, par leurs actions de tous les jours auprès de leurs patients ; 2) au niveau méso, par des actions au niveau communautaire ; et 3) au niveau macro, par des actions sur les politiques publiques (Buchman et al., 2016 ; Collège des médecins de famille du Canada [CMFC], 2018 ; Canadian Medical Association [CMA], 2013a ; Organisation mondiale de la

santé [OMS], 2010). Ces niveaux d'action sont bien connus des médecins, qui sont familiers avec le concept théorique des DSS. Le défi demeure cependant d'intégrer cette prise en compte des DSS dans leurs pratiques quotidiennes (Baum et al., 2009; CMA, 2013b; CMFC, 2015; Mikkonen et Raphael, 2010; Naz et al., 2016; Sharma et al., 2018; Tudrej et al., 2018). Plusieurs médecins témoignent en effet d'un certain sentiment d'impuissance face aux DSS (Bloch et al., 2011; Carde et al. 2018; Carde 2020; CMFC, 2015). Le constat que les problèmes sociaux sous-jacents aux enjeux de santé ne relèvent pas de leurs compétences cliniques, combiné aux contraintes temporelles quotidiennes dans l'exercice de leurs fonctions, explique en partie pourquoi le niveau micro leur semble généralement le plus à leur portée (Sharma et al., 2018).

Or, parmi les actions sur les DSS suggérées à ce niveau, on mentionne l'importance du repérage de la pauvreté à travers une « anamnèse sociale »³ (Buchman et al., 2016; CMA, 2013a et b; CMFC, 2015; Goel et al., 2016; Tudrej et al., 2018). Considérant que le revenu disponible est un déterminant majeur de la santé, les interventions succédant à ce repérage peuvent prendre différentes formes: interventions interdisciplinaires visant à augmenter le revenu disponible des patients, conseils ou outils pratiques pour le patient sur l'accès aux différents programmes de soutien de revenu (incluant la disponibilité en clinique des formulaires appropriés) ou encore plaider pour l'accès à ces programmes (Jones et al., 2017; Marmot, 2017; Phelan et al., 2010). Néanmoins, plusieurs facteurs expliquent que ces actions au niveau micro posent des difficultés pour les médecins. Ceux-ci manquent d'outils, de temps et d'habiletés pour évaluer et aborder les enjeux sociaux sous-jacents aux problèmes de santé (Bloch et al., 2011; CMA, 2013b; CMFC 2015; Nordling et al., 2020; Tudrej et al., 2018). Le cas échéant, les interventions sur le revenu exigent une compréhension préalable des rouages des différents programmes de soutien, nécessitant aussi du temps et des ressources qu'ils n'ont pas (CMA, 2013b; CMFC, 2015).

Enjeux relatifs à l'évaluation médicale des limitations à l'emploi

Dans plusieurs pays de l'OCDE, le processus d'accès à un programme de soutien de revenu pour une personne ayant des limitations à l'emploi repose sur une double évaluation: médicale, puis administrative. Ce processus médico-administratif fait des médecins la principale porte d'entrée vers ces programmes de soutien, leur donnant par le fait même l'occasion d'intervenir sur le revenu disponible de leurs patients. Cette situation génère chez eux un malaise à l'idée de jouer le double rôle de soignant et de gardien de l'accès aux programmes (Ekberg et al., 2019; Engblom et al., 2011; Nordling et al., 2020; Plante, 2008). En outre, les défis liés aux pratiques de certification médicale pour limitations à l'emploi sont bien documentés. Ils incluent notamment l'incertitude face à la capacité fonctionnelle lorsqu'il n'y a pas de pathologie claire et l'incertitude face au pronostic (Engblom et al., 2011; Foley et al., 2013; Letrilliart et Barrau, 2012; Macdonald

³ L'anamnèse permet de reconstituer l'historique médical avant l'examen clinique. En complément à cette étape du processus diagnostique, l'anamnèse sociale consiste à recueillir des renseignements permettant de situer le patient dans son contexte social. Sont généralement inclus dans l'anamnèse sociale: l'identité (ethnique, religieuse, de genre, etc.) et les caractéristiques démographiques, les sources de revenus et l'accès à l'assurance-médicament, la situation du logement, les caractéristiques socioprofessionnelles, le soutien social, les besoins juridiques et les antécédents familiaux (Goel et al., 2016).

et al., 2012). Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont ainsi particulièrement désavantagées dans l'accès à certains programmes, en raison de la nature complexe, fluctuante et imprévisible de leurs problèmes (Giguère et Handfield, 2021 ; McAllister et al., 2017 ; SafetyNet Center for Occupational Health and Safety Research, 2019). Les craintes de bloquer les possibilités d'emploi futures ainsi que le manque d'informations sur le parcours d'emploi, la capacité résiduelle de travail et l'impact du travail sur la santé du patient font également partie des défis rencontrés par les médecins évaluant la capacité au travail (Ekberg et al., 2019).

Des études menées dans différents contextes illustrent en outre la très grande variabilité dans les pratiques d'évaluation selon le milieu clinique, la formation reçue, les expériences professionnelles, le genre des médecins et leurs valeurs relativement à l'importance de la lutte aux inégalités sociales (Arrelöv et al., 2005 ; Bremander et al., 2012 ; Nordling et al., 2020 ; Winde et al., 2011). Elles varient aussi selon l'âge, l'ethnicité ou le niveau socioéconomique du patient et selon la crédibilité accordée à son récit (Foley et al., 2013 ; Moskowitz et al., 2011 ; Nilsen et al., 2015 ; Stigmar et al., 2010 ; Wainwright et al., 2015). Des enjeux de crédibilité se font particulièrement sentir dans les cas spécifiques de dépendance. En effet, ce problème de santé, souvent perçu comme étant causé par la personne elle-même, fait ressortir avec acuité comment les constructions sociales peuvent interférer dans l'application des critères d'éligibilité à un programme (Brucker, 2009). Finalement, le désir de préserver l'alliance thérapeutique influence aussi les pratiques de certification (Coutu et al., 2013 ; Nilsen et al., 2015 ; Wainwright et al., 2015). En somme, plusieurs facteurs relatifs aux parcours des médecins et aux rapports sociaux qu'ils entretiennent avec leurs patients s'invitent dans la clinique et impactent les pratiques d'évaluation.

Une façon d'appréhender cette variabilité dans les pratiques, suggérée par certains auteurs, est de mettre en lumière la difficulté qu'ont les médecins à déterminer le poids relatif à accorder aux symptômes cliniques et aux DSS dans l'évaluation des limitations à l'emploi (Falvo, 2013 ; Nilsen et al., 2015 ; Nordby et al., 2011). Théoriquement, il est admis que la prise en compte de plusieurs DSS est primordiale pour la qualité de l'évaluation des limitations à l'emploi, considérant que le niveau de fonctionnement d'une personne est le résultat des interactions entre sa condition de santé, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux (Drake et al., 2012 ; Falvo, 2013 ; Leo et Del Regno, 2001 ; Loisel et Côté, 2014 ; Madden et al., 2011 ; McAllister et al., 2017 ; Ustun et al., 2010). En pratique cependant, les médecins ont de la difficulté à aborder avec leurs patients les problèmes sociaux sous-jacents aux enjeux de santé (Barry et al., 2000 ; Bloch et al., 2011). Il est peu étonnant dès lors qu'on note, chez les professionnels appelés à évaluer la capacité au travail, une variabilité dans la nature des informations prises en compte, notamment en ce qui concerne les capacités d'adaptation, la tolérance émotionnelle au marché du travail ou encore le contexte socioéconomique de la personne requérante (Dewa et al., 2015).

Plusieurs études ont documenté la variabilité des pratiques d'évaluation des limitations à l'emploi et les défis rencontrés par les praticiens (Nordling et al., 2020), mais étonnamment, peu d'études se sont penchées sur le processus d'évaluation en tant que tel. Que font les médecins exactement ? Quels critères utilisent-ils pour prendre leurs décisions ? Et quels apports peuvent avoir les autres

professionnels de la santé et des services sociaux impliqués dans l'évaluation, le cas échéant? Cet article contribue à ce champ de recherche en développement à partir du cas particulier des évaluations des limitations à l'emploi chez des personnes bénéficiaires traitées pour des troubles d'usage de substance.

Approche méthodologique

L'étude de cas a été réalisée au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) à Montréal en 2015 et 2016. Les problèmes de dépendance étant souvent associés à des problèmes de santé physique et mentale et à des problématiques psychosociales affectant l'employabilité (Khan, 2017; Suissa, 2009), ce milieu a été considéré comme particulièrement approprié à l'étude de cas, pour mieux comprendre les pratiques des professionnels de la santé et des services sociaux lors d'évaluations des limitations à l'emploi dans des dossiers complexes. L'équipe clinique interdisciplinaire y offre des suivis de longue durée, chaque usager⁴ recevant les services d'un médecin, d'une infirmière et d'un intervenant psychosocial. Bien que le médecin soit responsable de la signature du formulaire, les cas y sont souvent discutés en équipe.

Trois catégories de participants étaient recherchées : des usagers, des médecins et des professionnels membres de l'équipe interdisciplinaire. Les vingt-six professionnels des services réguliers du CRAN ont été invités à recruter des usagers avec qui ils avaient discuté de l'accès au PSS, en excluant les dossiers dans lesquels il y avait un diagnostic clairement incapacitant (ex. : insuffisance cardiaque sévère, schizophrénie paranoïde). Seize d'entre eux ont fourni des références. Sur les 30 références reçues, 18 usagers ont accepté de participer à des entretiens semi-dirigés d'environ deux heures. Pour les autres références, il s'agit majoritairement d'usagers que nous n'avons pas réussi à joindre après de multiples tentatives. Parmi les 18 usagers interviewés, 10 avaient un diagnostic principal en santé mentale, 6 avaient un diagnostic principal en santé physique et 2 étaient en attente d'un diagnostic. Au moment de l'entrevue, 9 usagers avaient accès au PSS (dont 2 à la suite d'un processus de révision), 3 étaient en attente d'une décision de leur médecin, 3 étaient en attente d'une décision du MESS et 3 étaient en processus de révision à la suite d'un refus du MESS.

Parmi les professionnels recruteurs, nous avons interviewé ceux s'inscrivant dans une dyade, c'est-à-dire ceux dont les patients ont participé à la recherche. Parmi les professionnels interviewés (4 hommes et 3 femmes), on retrouvait 3 médecins, 2 infirmières et 2 intervenants psychosociaux.

Différentes sources de données ont été utilisées pour cette étude de cas : des entrevues individuelles et deux groupes de discussion. Les entrevues avec les usagers portaient sur leur vécu au regard du processus d'évaluation de leurs limitations à l'emploi (au CRAN ou ailleurs), leur adhésion au plan d'intervention professionnel et leur perception de l'évolution de leur situation en regard de différents DSS. Les entrevues avec les professionnels portaient sur les pratiques d'évaluation

⁴ Lorsque nous référons au contexte précis du CRAN, nous utilisons le terme usager plutôt que patient, conformément à la terminologie du programme CRAN.

des limitations fonctionnelles et la prise en compte de différents DSS dans cette évaluation. Avec leur consentement préalable, les cas de huit usagers ont aussi été discutés avec les professionnels lors de ces entretiens, ce qui a permis de mettre à l'épreuve d'un cas clinique les considérations générales des professionnels sur leurs pratiques d'évaluation. Deux groupes de discussion d'environ deux heures ont également été réalisés avec une vingtaine de professionnels présents lors de réunions d'équipe interdisciplinaire. Le premier groupe de discussion portait sur les enjeux liés à l'évaluation des limitations à l'emploi et le deuxième sur les analyses préliminaires des entretiens individuels. L'ajout des groupes de discussion, en complément aux entretiens individuels avec les professionnels, a permis de mieux mettre en relief la diversité des pratiques d'évaluation et la contribution des différents membres de l'équipe.

Les entrevues et discussions se sont déroulées au CRAN et ont été enregistrées, transcrites, et soumises à une analyse thématique de contenu en quatre étapes : 1) l'identification des thèmes préliminaires et la codification ; 2) le regroupement des thèmes et l'identification des catégories centrales ; 3) la rédaction d'une fiche analytique (une par entrevue/discussion de groupe) pour situer le contexte des entretiens et expliciter les liens entre les catégories ; et 4) l'analyse explicative, reprenant l'ensemble des fiches analytiques pour faire ressortir les représentations et les pratiques relatives à l'évaluation des limitations à l'emploi, avec une focale sur les contrastes par catégories d'acteurs (médecins, autres professionnels, personnes bénéficiaires). La grille finale de codification a été testée par deux chercheurs sur une série de trois entretiens et les différences d'interprétation ont été discutées en équipe de recherche multidisciplinaire (sociologie, anthropologie, médecine de famille) pour atteindre un consensus. La triangulation des données recueillies auprès des usagers, des médecins et des professionnels du CRAN et l'émergence de catégories collectivement partagées a permis de documenter de façon exhaustive l'expérience de certification dans ce milieu clinique (Alami et al., 2013 ; Fossey et al., 2002 ; Strauss, 1987). Les discussions des résultats de recherche avec les professionnels du CRAN les ont en outre amenés à davantage considérer l'expérience des usagers dans leur évaluation (Hunt et Arar, 2001), mais également à entamer une discussion au sujet de la variabilité de leurs pratiques et de la nécessité de se doter de balises collectives d'évaluation, qui seraient moins médecin-dépendant.

Le projet de recherche a été approuvé initialement par le Comité d'éthique de la recherche du CSSS Jeanne-Mance, puis renouvelé par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Résultats

Critères d'évaluation utilisés par les professionnels du CRAN

L'analyse des entretiens individuels réalisés auprès des professionnels du CRAN (médecins, infirmières et intervenants psychosociaux) a permis de faire émerger cinq types de critères retenus pour évaluer la présence de limitations fonctionnelles (Tableau 1). À noter que l'ordre de présentation

des thèmes est imputable aux auteurs. Aucune séquence temporelle n'a été décelée dans les récits de pratique d'évaluation. Le premier critère est l'évaluation médicale et psychosociale. Au-delà des problèmes de santé objectivables, ils tiennent compte des impacts d'un faible revenu sur l'état de santé, des effets secondaires de la médication utilisée pour traiter le trouble lié à l'usage des opioïdes, du niveau de fonctionnement social et des antécédents personnels.

Deuxièmement, ils évaluent l'employabilité de la personne et établissent une distinction entre la capacité à travailler et la capacité à être employé. Bien que les professionnels s'entendent sur l'importance du travail comme vecteur de réinsertion sociale, ils souhaitent éviter aux usagers des échecs répétés et éprouvants sur le marché du travail. Certains facteurs socioéconomiques deviennent ainsi des critères dans l'évaluation : l'âge, le niveau de scolarité, ou encore des éléments qui sont associés à une plus grande difficulté à se (ré)insérer professionnellement – particulièrement s'il n'y a pas d'historique d'emploi – par exemple un casier judiciaire ou des aptitudes sociales limitées. L'idée selon laquelle l'accès au PSS empêche le retour en emploi ou en formation⁵ ou démobilise pour la recherche d'emploi incite aussi à tenir compte du pronostic, ou de la durée des limitations à l'emploi : les professionnels reconnaissent plus aisément des limitations à l'emploi si celles-ci leur semblent permanentes.

Troisièmement, l'évaluation repose en partie sur la crédibilité accordée au requérant. Considérant que des informations sont souvent manquantes au dossier, c'est le récit de l'usager qui permettra au professionnel de témoigner des limitations dans un rapport médical. Lors d'une évaluation, qui s'étale souvent au fil des suivis médicaux, il n'est ainsi pas rare que les usagers doivent démontrer leurs efforts et leurs échecs répétés d'insertion à l'emploi pour gagner la confiance du professionnel.

Quatrièmement, les professionnels évaluent les impacts potentiels de la reconnaissance des limitations à l'emploi et de l'accès au PSS sur l'estime de soi de la personne, sur sa reconnaissance sociale, sur son potentiel de (ré)insertion, et pour cette clientèle particulière, sur les risques de rechute : l'accès au PSS accroîtra-t-il les comportements délétères et la stigmatisation, ou au contraire, permettra-t-il une plus grande stabilité sociale et émotionnelle ?

Finalement, des valeurs individuelles entrent en ligne de compte dans le processus d'évaluation, par exemple des idéaux de justice, la valeur accordée au travail, ou encore une préoccupation pour les inégalités sociales.

Les différents membres de l'équipe interdisciplinaire utilisent ces cinq critères dans leur évaluation des limitations à l'emploi, indépendamment de leur discipline ou de leur rôle professionnel dans l'équipe, bien qu'à des degrés divers. Certains professionnels ont plus de temps pour recueillir des informations sur le profil socioéconomique du patient, comme l'explique ce médecin.

⁵ Dans les faits, les bénéficiaires du PSS ont tout de même accès à des programmes d'emploi ou de formation, certains programmes leur étant même dédiés.

C'est précieux toute l'information que les infirmières et travailleurs psychosociaux récoltent. [...] L'impact que l'invalidité ou le supplément monétaire aurait concrètement sur leur vie, ce n'est pas qu'on l'oublie, mais il est moins mis de l'avant parce qu'on a toutes les problématiques médicales à aborder. C'est précieux, ce travail d'équipe [au CRAN], on ne trouve pas ça nulle part. (Médecin, premier groupe de discussion)

Selon le médecin et la situation du patient, cette interdisciplinarité bénéfique à l'évaluation peut néanmoins être mise en pratique de manières diverses, allant de la délibération collective à une décision prise par le médecin seulement, appuyée sur des informations complémentaires obtenues des autres professionnels.

TABLEAU 1 – Critères d'évaluation utilisés par les professionnels du CRAN

1. Évaluation médicale et psychosociale	
Impact du revenu sur la santé	Je voyais bien que c'était quelqu'un qui allait bien quand il avait un peu plus de sous. (Md3)
Effets secondaires des traitements de substitution	Si on prend en charge cette dépendance aux opiacés, que notre médicament a des effets secondaires qui empêchent les patients de travailler, c'est clairement notre responsabilité de dire « ce patient-là ne peut pas travailler. » (Md3)
Niveau de fonctionnement social	Ce n'est pas juste d'avoir la capacité physique de pouvoir travailler, c'est d'avoir ce qu'on appelle les outils internes, qui peuvent être aussi banals que d'avoir une régularité au niveau du sommeil, d'avoir la capacité de pouvoir se lever, d'avoir la motivation pour pouvoir se lever. (Inf1)
Facteurs non-médicaux	On peut trouver des diagnostics, mais c'est souvent des raisons non médicales qui font qu'une personne ne peut pas travailler. Des enfances très difficiles, ayant causé des problèmes psychologiques, des retards dans l'éducation [...] Ça entraîne une mauvaise estime de soi, un manque de confiance en soi... Ce n'est pas médical, mais ça contribue au fait que la personne n'ait pas la motivation requise ou les compétences requises pour retourner à l'emploi. (Md1)
2. Évaluation de l'employabilité	
Historique d'emploi	Je suis devant un patient qui me dit: « Oui, j'en ai fait des formations. » Mais est-ce que c'est vrai? S'il en a vraiment fait, lesquelles? Est-ce que ça a marché? Toute cette information-là, je ne l'ai pas. (Md1) Quand on a une personne, je dirais en haut de 45 ans, qui n'a pas travaillé dans les 10 dernières années, qui vient de faire de l'incarcération, un moment donné... (Inf1)
Marché de l'emploi	Tu ne veux pas juste qu'il ait une <i>job</i> . Il faut penser à l'autre bord, la personne qui va l'employer. Est-ce qu'il est capable de rentrer le matin? (Md3) Quel emploi elle pourrait faire? Elle ne pourrait pas être avec la clientèle, elle a de la misère à se concentrer. Je ne vois pas dans quoi elle pourrait être capable de travailler. (Inf2)

L'évaluation des limitations à l'emploi

Pronostic	<p>Il était jeune, il avait dans la vingtaine. Tu te dis : « Bon, lui c'est quelqu'un qui est apte, je ne vais pas le mettre en incapacité permanente ». Il n'y en a pas de dilemme, au début. Mais c'est à force de signer le temporaire [...] Ça a dû me prendre 1 an, peut-être, pour me décider. [...] [J'évalue] vraiment avec le temps, l'évolution, l'observation... (Md1)</p> <p>Je n'ai pas un critère de durée, mais c'est sûr qu'il faut que je m'assure que le patient n'est franchement pas employable, ou ne peut pas travailler. Ça prend un certain temps pour m'en rendre compte. (Md3)</p>
3. Évaluer la crédibilité du requérant	
Recherche de cohérence dans le récit	Si je vois que la personne me raconte n'importe quoi juste pour l'obtenir [le PSS], et qu'il y a des informations contradictoires, je ne signerai pas. (Md2)
Recherche de motivation	<p>Un patient qui est vulnérable, mais qui fait ce qu'il faut pour s'aider, je vais le défendre très fort. Je me vois comme son avocat auprès du reste du système. Mais il faudra qu'il me prouve... pas son innocence, mais qu'il me prouve sa bonne volonté. Démène-toi, dis-moi que tu es prêt à t'aider [...] Démontre-moi que ce n'est pas juste que tu veux avoir 300 \$ de plus et que tu te fous du reste. (Md3)</p> <p>Quelqu'un qui est dans la consommation, qui ne veut rien savoir de travailler, parce que pour lui, le gouvernement a juste à payer pour lui, puis qui demande plus parce qu'il a le goût de consommer plus, je ne vois pas pourquoi je lui demanderais une incapacité permanente. (Inf2)</p>
4. Évaluer l'impact possible du PSS	
Sur l'estime de soi	Dans un sens, ça condamne la personne, de lui dire : « Regarde, tu ne seras jamais capable de travailler ». Ce n'est pas sûr que ça l'aide pour son estime de soi. Dans l'autre sens, ça peut dire : « Regarde, on sait que c'est difficile pour toi, prends un break, 2 ans, 3 ans, après ça on en reparle. Essaie de te refaire une santé physique, psychologique, après ça on verra ce que tu es capable de faire ». (Inf2)
Sur la reconnaissance sociale	Ce ne serait pas une punition de dire « Ah non ! Je ne suis pas capable de travailler ». Ce serait plutôt « Depuis le début que je dis que j'ai de la misère, puis enfin on le reconnaît. » (Inf2)
Sur la consommation	<p>L'argent que nous payons de nos taxes, il s'en va dans la consommation. [...] Un client que je sais qu'il consomme pour 100 \$/jour d'héroïne... au final, on finance sa consommation. (Inf1)</p> <p>J'ai peur qu'on augmente la consommation en augmentant leur revenu disponible. [...] Puis je veux prévenir la rechute, je le sais que le stress c'est une source de rechute. Ça nous place vraiment dans des situations difficiles. (Md1)</p> <p>C'est quelqu'un qui était abstinent depuis longtemps. Elle est en rechute, bien c'est qu'il y a des choses qui ne marchent pas bien dans sa vie. [...] C'est sûr que c'est un risque à prendre, mais je trouvais que ça valait la peine de lui donner cette chance-là, de rebondir, de prendre soin d'elle. (TS1)</p>
Sur la réinsertion en emploi	<p>Je sais que ça ne devrait pas être comme ça, puis que c'est un an [ou plus pour être éligible], mais... [...] à date, je n'ai pas eu d'expérience de gens qui se sont sortis du permanent. (Md3)</p> <p>Le questionnement du médecin, c'est : « Est-ce que ça peut avoir l'effet pervers qu'elle ne se cherche pas d'emploi ? » [...] Je le voyais [plutôt] comme un temps d'arrêt, où elle prenait du temps pour elle, prendre soin d'elle, pour après ça pouvoir... se lancer mieux. (TS1)</p>

5. Valeurs individuelles

Justice sociale	On a un rôle de justice par rapport à tout le reste de la société. Moi je vois d'autres patients qui se démènent comme des fous, avec 80 h/semaine puis deux jobs. (Md3) C'est une personne qui a travaillé fort, qui a élevé ses enfants, qui a donné ce qu'elle a pu, puis je la sens très épuisée, au niveau de la santé physique et psychologique. Elle a fait sa part. Je pense qu'elle pourrait bénéficier [du PSS], pour ces raisons-là principalement. (TS2)
Valeur accordée au travail	Travail, travail, comme si le travail c'était la seule chose qu'il y avait dans la vie. (Inf 1) C'est sûr qu'il y a de la morale, des convictions personnelles, d'où tu viens. Moi je viens d'un milieu où mon père a travaillé 80 h/semaine pour nous envoyer à l'école. (Md3)
Responsabilité sociale	Pour ceux, quand même assez nombreux, qui ne sont pas capables de retourner travailler – pour toutes sortes de raisons – je pense qu'on a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités en augmentant leur revenu. [...] Comment agir là-dessus ? Ce n'est pas facile. Le plus concret, pour moi, c'est le formulaire de l'aide sociale. (Md1)

Vécu et trajectoires des usagers du CRAN

Cinq thèmes émergent des entretiens avec les usagers du CRAN (Tableau 2). Le premier thème est l'anxiété liée au processus médico-administratif d'accès au PSS. La rencontre décisive avec le médecin est très stressante pour l'utilisateur, qui a le sentiment de devoir le convaincre de ses limitations au travail, mais sans trop savoir comment faire valoir toute la complexité de sa situation. Souvent, le médecin évaluera la situation sur plusieurs mois, renouvelant à répétition des formulaires décrivant des limitations temporaires à l'emploi. Lors de cette période, l'utilisateur devra composer avec l'incertitude et avec un budget restreint, et souvent discontinu : faute de capacités d'organisation, d'accès régulier à un rendez-vous médical ou simplement de la santé nécessaire pour s'y rendre, plusieurs peinent en effet à faire renouveler ces rapports à leur arrivée à échéance. L'anxiété et l'incertitude se poursuivent lors de l'évaluation subséquente du MESS.

Deuxièmement, les usagers expriment des difficultés à accepter le refus du médecin ou du MESS de reconnaître des contraintes à l'emploi. Ils font part de leurs sentiments d'incompréhension, d'injustice ou de colère du fait de ne pas pouvoir accéder à un soutien qui aurait un impact significatif sur leurs conditions de vie et auquel ils jugent avoir droit, de même que de leurs sentiments d'impuissance et de désespoir pouvant mener à des cycles de découragement pouvant s'étirer sur plusieurs années.

Troisièmement, lorsqu'interviewés sur les impacts anticipés ou ressentis (selon leur cas) de la reconnaissance des contraintes à l'emploi, les usagers mentionnent abondamment les avantages découlant de la relative sécurité financière liée à l'accès au PSS : sécurité alimentaire, possibilités de socialisation, diminution de l'anxiété et du sentiment de désespoir occasionné par le manque récurrent d'argent. Pour des personnes ayant des problématiques de dépendance, l'apaisement

du stress financier peut aussi permettre une stabilisation émotionnelle contribuant à contrôler ou à diminuer la consommation et les pratiques d'automédication. Dans certains cas, cela amène à se sortir de cycles d'itinérance ou d'incarcération qui perduraient depuis de nombreuses années, et qui étaient liés à des contextes de rechute. L'accès au PSS est aussi lié à leur participation sociale. L'augmentation du revenu disponible est en effet souvent mentionnée comme le point tournant dans une trajectoire pour amorcer une nouvelle démarche (thérapie, bénévolat, projet parental, etc.).

Quatrièmement, concernant leur rapport au travail, bien que la plupart des usagers rencontrés n'avaient pas de projets concrets de retour en emploi à court terme, la plupart exprimaient un intérêt pour le travail et une profonde déception à l'idée de ne pas ou de ne plus pouvoir travailler. Certains entrevoyaient une possibilité de retour au travail, alors que pour d'autres, la crainte de perdre le filet de sécurité sociale que représente le PSS pouvait être un frein au retour à l'emploi. Malgré une part de stigmatisation face à un statut « d'invalidé » ou « d'inapte à vie » associé aux contraintes sévères à l'emploi, l'accès au PSS représentait souvent un grand soulagement du fait de voir son statut de bénéficiaire légitimé par la reconnaissance sociale de ses difficultés en emploi.

Finalement, la réception d'un diagnostic justificatif des limitations à l'emploi peut être vécue ou anticipée négativement par l'utilisateur, qui peut trouver très difficile de voir ses difficultés être « officialisées » dans un rapport médical. À l'opposé, la réception du diagnostic peut être vécue positivement, légitimant a posteriori les difficultés vécues et servant parfois de levier pour amorcer une démarche d'aide.

TABLEAU 2 – Le vécu des usagers du CRAN

1. Processus anxigène	
Difficulté de convaincre / prouver	<p>C'est dur à justifier. J'ai eu de la misère à l'avoir, il a fallu que je me batte, que je me démène, même si j'étais malade. (UE)</p> <p>J'avais peur qu'on me le refuse, justement parce que je consommais et que je ne prenais pas mes médicaments. [...] Je sentais que la société pensait que je profitais. (UI)</p>
Difficulté à renouveler des certificats temporaires	<p>J'étais trop déprimé pour aller me chercher un certificat médical [temporaire]. [...] Souvent j'étais marqué « apte au travail » même si je n'étais pas capable de bouger de chez nous. Je n'avais pas le courage d'aller chercher un rapport médical. Quand je commençais à aller un peu mieux, j'allais me chercher un rapport médical, je l'avais pour 3 mois. (UB)</p> <p>On n'a pas d'énergie à mettre là-dedans ! Juste de devoir <i>dealer</i> aux 3 mois ou aux 6 mois à refaire une demande, il ne faut pas que tu oublies de remettre [le formulaire] au médecin... Pour le gars qui fonctionne normalement, ç'a l'air d'une évidence [...] Pour quelqu'un qui essaye de s'en sortir [de la consommation] [...] tu n'es pas normal, puis juste de s'occuper d'une affaire, c'est déjà la mer à boire. (UQ)</p>

2. Refus difficiles à accepter	
Incompréhension	Je me sens incomprise. J'ai l'impression que les médecins [de l'aide sociale] qui ont pris la décision n'ont pas pris le temps d'essayer de comprendre ma situation. Je suis juste un numéro dans le fond, juste une demande de plus. (UG)
Sentiment d'injustice	Si je suis assez malade pour devoir aller à l'hôpital du matin au soir et ne pas pouvoir aller à l'école, ce n'est pas normal que je n'aie pas le droit à ça. (UG) J'ai trouvé ça <i>cheap</i> . Moi j'ai moins mangé pour qu'elle [le médecin] elle puisse apaiser sa conscience. [...] Je ne sais pas ce qui pèse le plus dans la balance, si c'est le bien-être du patient ou le malaise du médecin. (UP)
Colère	J'étais fâché, j'étais en rage. Me laisser pourrir de même! (UF)
Découragement	Il [le médecin] ne voulait rien savoir. Il y avait toujours une défaite sur quelque chose. C'était dur à comprendre. Tu n'as plus le goût de te battre, tu n'as plus le goût de ne rien faire! (UM)
3. Impacts ressentis ou anticipés sur les DSS	
Diminution des comportements délétères	Ça va me permettre de rester dehors, de vivre de mes propres moyens, et non d'aller voler, commettre des conneries, me décourager et me ramasser en dedans [incarcéré]. (UE) Mon plan de match, c'est de laisser ça [les doses élevées de médicaments] et d'avoir une vie équilibrée. (UF)
Stabilité émotionnelle	Moi ça m'a sauvé la vie, ça m'a donné la chance de pouvoir garder une stabilité dans ma vie, autant le côté financier, que le côté consommation, que le côté personnel. [...] Ça m'a donné beaucoup d'espoir aussi [...] Ça m'a donné le goût de faire des efforts et d'essayer de me comprendre moi-même. (UI) D'avoir ce revenu-là, ça va me permettre de prendre le temps et d'avoir la profondeur émotive de <i>dealer</i> avec des choses et de les occulter ou de les sublimer ou <i>whatever</i> , mais de ne pas avoir toujours une partie importante de ton émotivité et de ton énergie qui sert juste à la survie, [...] de prendre du recul, de me préparer à faire un retour au travail qui ne sera pas juste un déraillement vers la prochaine rechute. (UQ)
Participation sociale	Je n'aurais plus à me concentrer sur essayer de trouver de l'emploi, puis perdre mon emploi. [...] Je pourrais voir plus mon intervenant psychosocial, participer à des activités. (UO) Quand tu es en mode survie, comme moi, que tu ne manges pas bien, ça a un impact sur toute ton hygiène de vie. Si tu te couches et que tu as faim, tu ne dors pas bien [...] Ça va-tu te le dire, d'aller te chercher une <i>job</i> , quand tu files comme de la merde? (UP)
4. Rapport au travail	
Valeur accordée au travail / déception de ne pas travailler	J'aimerais ça travailler, parce que côté estime de soi... Un homme qui est bien dans sa peau, c'est un homme qui travaille. (UE) J'ai toujours voulu travailler. Je sais que c'est de même qu'on se réalise dans la vie, c'est à travers le travail, principalement. C'est ça qui détermine ce que l'on est. [...] Devenir chauffeur de lift, livreur de pizza, peu importe. C'était important pour moi. Mais c'est devenu trop dur, je n'arrive pas à le faire. (UO)

L'évaluation des limitations à l'emploi

Possibilités de retour au travail	<p>Les gens voient ça un peu comme une sentence ; moi, je ne vois pas ça comme ça, ce n'est pas un boulet. [...] Si je veux travailler, je vais y aller, travailler. (UP)</p> <p>Si tu commences à déclarer de quoi [des revenus de travail], si je me mets en péril, je peux perdre la sécurité que j'ai [avec le PSS]. Ce sont des décisions importantes à prendre. (UK)</p>
Reconnaissance sociale de ses difficultés	<p>Le monde se dit « Regarde, un autre hostie de BS, qu'il aille travailler ». Mais là, aujourd'hui, je me sens peut-être un petit peu moins comme ça. Regarde, j'ai un gros montant, c'est parce que je ne peux pas aller travailler. (UE)</p> <p>C'est impossible de trouver un emploi à moins d'avoir un employeur extrêmement compréhensif qui pourrait dire : « Ok, je comprends ta maladie, je comprends ta condition, je suis prêt d'accepter que tu manques à l'occasion parce que tu ne peux pas rentrer ». [...] Je ne travaille pas, mais le sevrage et la croissance personnelle, c'est du travail intensif, c'est plus que du 40 h/semaine, ce que je fais. (UI)</p>
5. Réception diagnostique	
Difficile	D'un côté, je savais déjà ça, mais de l'autre côté, c'est comme juste... rentrer le fer dans plaie. (UG)
Révélatrice	Ça m'a fait drôle, ça m'a fait réaliser qu'effectivement, j'avais peut-être vécu quelque chose de grave, que moi-même je n'en voyais pas la portée, jusque dans ma vie de tous les jours, même aujourd'hui. (UO)

Discussion

La littérature la plus récente sur l'évaluation de la capacité au travail indique que les médecins devraient, pour mener à bien ces évaluations, prendre conscience de la complexité de cet acte médical, comprendre les liens entre la santé, le marché du travail et la sécurité sociale, s'assurer d'aller chercher des expertises complémentaires pour bien comprendre les limitations à l'emploi du patient et utiliser leur jugement professionnel pour soupeser les différentes informations, incluant les effets potentiels de leur décision sur le patient (Nordling et al., 2020).

Le volet de l'étude se penchant sur les critères d'évaluation montre que les professionnels du CRAN sont sensibles à cette complexité et tiennent compte de plusieurs facteurs dans leur évaluation. Le contexte spécifique du CRAN a fort probablement contribué à cette évaluation multifactorielle. Les différentes modalités de travail en équipe interdisciplinaire permettent en effet de mettre à profit les expertises de chacun, pour avoir un portrait global de la situation de l'utilisateur. Sans l'apport de l'équipe interdisciplinaire, le médecin peine à faire son évaluation de façon exhaustive ; les professionnels n'ayant pas à faire la prise en charge des besoins médicaux, de leur côté, ont plus de temps de rencontre avec l'utilisateur et des contacts souvent plus réguliers avec lui, et sont ainsi mieux à même de contribuer à l'anamnèse sociale. Leurs connaissances des utilisateurs sont mobilisées dans les discussions cliniques, ce qui alimente ainsi la réflexion des médecins imputables de la signature du formulaire.

Notre recherche montre cependant que même dans un contexte (qualifié « d'idéal » par les professionnels) où l'équipe clinique est interdisciplinaire et assure des suivis réguliers de longue durée avec les usagers, plusieurs zones d'ombre persistent. En particulier, la collecte d'informations sur l'historique et la situation d'emploi est très peu structurée et variable d'un professionnel à l'autre.⁶ La méconnaissance au sujet de l'accessibilité des personnes bénéficiaires du PSS à des programmes de formation et d'employabilité adaptés à leur situation influence aussi leur décision, empêchant certains professionnels de penser ce programme comme étant un tremplin dans la vie de l'usager. La très grande valeur accordée au travail, la recherche de motivation au changement dans le récit de l'usager et son déficit de crédibilité peuvent aussi influencer l'évaluation, escamotant le fait qu'un « manque de motivation » puisse être lié à des DSS affectant la capacité à se conformer à un plan thérapeutique ou à se projeter dans l'avenir (Bloch et al., 2011; Buchman et al., 2016; Naz et al., 2016). Face à un manque d'informations, à une méconnaissance des rouages du programme et incertains des impacts concrets de la pauvreté et des impacts de leurs décisions dans les trajectoires des patients, les professionnels déploient une diversité de pratiques, entraînant potentiellement une iniquité dans l'accès au PSS⁷.

Cette diversité de pratiques constatée au CRAN ne serait cependant que la pointe de l'iceberg. Les rétroactions obtenues dans d'autres milieux cliniques lors de la présentation des résultats de recherche, les récits des usagers sur leurs expériences antérieures dans d'autres milieux cliniques que le CRAN, de même que les récits de personnes bénéficiaires recueillis dans le cadre d'un autre projet (Giguère et Handfield, 2021), suggèrent en effet que certains médecins refusent d'emblée de signer un formulaire SR-2100, sous prétexte que les limitations de la personne requérante ne relèvent pas, ou pas totalement, d'une condition médicale incapacitante. Or, la présence d'un « diagnostic évident » peut certes faciliter l'accès au PSS, mais le médecin peut néanmoins faire valoir qu'une condition médicale qui ne serait pas incapacitante en elle-même, mais qui, combinée à d'autres comorbidités, à un historique d'adversité et à des caractéristiques socioprofessionnelles (trauma, faible scolarité, faible capacité d'adaptation, etc.) peut être limitative pour l'emploi. Par méconnaissance des critères d'accès au PSS, certains médecins bloquent l'accès à une évaluation approfondie du MESS, alors que celle-ci inclut pourtant la prise en compte des comorbidités et des facteurs socioprofessionnels.

En ignorant que des raisons psychosociales peuvent aussi être invoquées en appui à un diagnostic, des médecins peuvent ainsi se sentir contraints de réduire une problématique multifactorielle à une problématique biomédicale, complexifiant ainsi l'accès au programme. Les rouages du processus médico-administratif contribuent aussi à cette « médicalisation » : le fait d'exiger, comme condition première d'éligibilité, qu'un diagnostic soit posé, ainsi que le fait de ne pas inclure de questions explicites sur les facteurs contributifs dans le formulaire médical, induisent chez les

⁶ Nordling et al. (2020) arrivent au même constat. Ils identifient pour leur part trois niveaux d'informations utilisés par les médecins : 1) la condition médicale du patient et ses effets sur la vie quotidienne; 2) la situation sociale du patient; et 3) plus rarement, les informations relatives au milieu de travail.

⁷ L'iniquité dans l'accès à certains programmes de soutien de revenu a été constaté ailleurs au Canada, notamment pour les prestataires souffrant de problèmes de santé mentale (Giguère et Handfield, 2021; Protecteur du citoyen, 2019; SafetyNet Centre of Occupational Health and Safety Research, 2019).

professionnels de la santé l'impression qu'ils doivent apporter une réponse médicale à un problème dont les enjeux se situent parfois ailleurs, ceci afin de faciliter le processus d'accès à certains programmes (Nordling et al., 2020 ; Thomas et al., 2018).

Nos résultats montrent également que le déficit de crédibilité parfois accordé à l'utilisateur, combiné au manque d'informations au dossier, amène souvent le médecin responsable de la signature du formulaire à étaler son évaluation dans la durée, parfois sur plusieurs années. Cela lui permet d'être lui-même « témoin » de la pérennité des limitations à l'emploi au fil du temps et de mieux évaluer les impacts potentiels de l'accès au PSS pour l'utilisateur. Pourtant, à la lumière des témoignages des usagers, on constate que cette évaluation dans la durée peut être doublement néfaste. D'abord, parce que la durée prolongée de l'évaluation risque de favoriser une détérioration de l'état de santé physique et mentale, les revenus très en deçà du seuil de pauvreté et l'anxiété liée au processus agissant sur l'état de santé. Ensuite, parce que cette évaluation prolongée cristallise la perception d'un manque de crédibilité accordé au récit de l'utilisateur, donnant préséance au statu quo plus confortable pour le médecin, et nuisant ainsi à la qualité de la relation thérapeutique. Ces phénomènes ont été rapportés dans d'autres contextes (McAll et al., 2013 ; O'Brien et al., 2008 ; Wainwright et al., 2015). À la lumière de ces résultats, on peut se demander si cette « stratégie des petits pas », bien que rassurante pour les médecins, ne prive pas les patients de certaines possibilités (Carde et al. 2018 ; Carde 2020), dans ce cas-ci d'un accès à un programme de soutien de revenu plus généreux auquel ils pourraient être éligibles. Encore une fois, nos résultats de recherche pourraient bien n'être que la manifestation d'une problématique beaucoup plus vaste, considérant que les professionnels du CRAN ont l'habitude de travailler avec une clientèle ayant des troubles liés à l'usage et que leur méfiance à l'égard de cette clientèle pourrait être moindre que dans un contexte clinique moins spécialisé.

Finalement, il apparaît que les craintes exprimées au départ concernant les impacts potentiellement négatifs de l'accès au PSS chez des personnes ayant des problématiques de dépendance (ex. : augmentation de la consommation, démotivation) ne semblent pas s'être incarnées à la lumière des entrevues avec les usagers du CRAN. L'accès au PSS semble avoir permis une amélioration des conditions de vie et contribué à une stabilisation sociale et émotionnelle, favorisant en retour la stabilisation de la consommation, mais aussi le travail sur soi, l'adoption d'une vision plus positive de l'avenir et l'implication sociale. Un constat qui confirme le fort potentiel des interventions sur le revenu disponible pour améliorer la trajectoire sanitaire et sociale des patients, et qui doit être pris en compte par le médecin lorsqu'il doit juger du poids relatif à accorder aux différents DSS dans son évaluation. Cependant, au regard des impacts que peuvent avoir certains diagnostics justificatifs sur l'image de soi du patient, il est primordial pour les professionnels impliqués dans l'évaluation d'être transparents quant au processus d'évaluation et à ses rouages potentiellement réducteurs, ceci afin d'éviter chez le patient l'emprisonnement dans une étiquette « d'invalidé », tant redoutée par les professionnels eux-mêmes.

Forces et limites de l'étude

Nos résultats viennent bonifier les rares études s'attardant aux critères utilisés dans les pratiques d'évaluation médicale de la capacité au travail. Elle est à notre connaissance la première à documenter spécifiquement les pratiques d'évaluation des limitations à l'emploi pour des personnes ayant entre autres problèmes de santé un trouble lié à l'usage de substances. L'étude de cas a permis d'utiliser plusieurs types de données, et donc d'inclure la perspective de différents professionnels (en sus des médecins) impliqués dans l'évaluation ainsi que celle des usagers. L'étude de cas a ainsi permis de comprendre le vécu du processus par les usagers, de documenter les impacts potentiels des pratiques d'évaluation, de répondre à certains questionnements initiaux des professionnels et à alimenter leur réflexivité.

Parmi les limites de l'étude, notons que le projet a été mené dans un seul milieu de pratique. Cela nous oblige à être prudents dans la transférabilité des résultats. Cependant, le projet de recherche a donné lieu à de nombreuses présentations des résultats dans des milieux cliniques variés, notamment par le biais d'une formation destinée aux médecins et aux résidents en médecine familiale, à laquelle étaient également conviés d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Les rétroactions obtenues lors de ces présentations témoignent de la pertinence de nos résultats pour alimenter la réflexivité des professionnels œuvrant dans des milieux cliniques très différents du CRAN. Il faut aussi noter que si l'échantillon de répondants a permis d'obtenir une diversification interne en termes d'âge et d'habitudes de consommation des usagers, il n'a pas permis de réaliser une analyse genrée de leurs expériences de certification. À noter finalement que les craintes initiales des professionnels d'induire une augmentation de la consommation en donnant accès au PSS ont pu les avoir amenés à éviter de reconnaître des limitations prolongées aux personnes les plus à risque de rechute. Il est aussi fort probable que les usagers avec consommation désorganisée fassent partie des usagers que nous n'avons pas réussi à rejoindre pour cette recherche.

Pour conclure : de la nécessité d'adopter une perspective de promotion de la santé et de justice sociale

Un rôle spécifique a été dévolu aux médecins dans l'accès aux programmes de soutien de revenu. Mais trop souvent, la tâche de remplir ce type de formulaire médical est accueillie comme un fardeau par les médecins, qui n'ont pas toujours accès à une équipe interdisciplinaire pour les aider à mener à bien une anamnèse sociale exhaustive. La littérature montre bien que les médecins connaissent, théoriquement, l'impact majeur que peut avoir un supplément de revenu dans la vie de leurs patients, mais que les interventions sur le revenu leur posent des défis. Les nombreuses rétroactions de médecins provenant de milieux variés obtenues dans la foulée de ce projet nous montrent que rarement l'acte médical qui consiste à évaluer les limitations à l'emploi est envisagé comme un levier thérapeutique pour améliorer le bien-être de leurs patients. Considérer qu'une évaluation éclairée de la capacité au travail puisse en soi faire partie de leur rôle de promoteur de la santé amènerait un changement intéressant de perspective, qui pourrait changer la donne pour de nombreuses personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours confrontées à de multiples difficultés d'insertion à l'emploi. Plusieurs implications cliniques découlent de ce constat.

Premièrement, une meilleure connaissance des critères d'accès au PSS pourrait inciter les professionnels à utiliser le temps et les ressources nécessaires pour faire une anamnèse sociale plus complète. Celle-ci est une étape nécessaire à une évaluation éclairée de la capacité au travail. Bien qu'elle puisse paraître énergivore, elle pourrait permettre de remplir le rapport médical de façon plus exhaustive ou d'y annexer un rapport d'évaluation psychosociale et ainsi de faciliter en aval le travail d'évaluation approfondie fait par le MESS. En fournissant un portrait plus complet de la situation de l'utilisateur au ministère chargé de l'évaluation finale, les professionnels impliqués directement ou indirectement dans l'évaluation contribueraient ainsi à réduire les délais de traitement de la demande, et au final à minimiser les impacts du processus sur la personne requérante.

Deuxièmement, une meilleure connaissance des impacts des interventions sur le revenu et des services disponibles pour les usagers ayant accès au PSS (comme les programmes spécifiques de formation et les mesures adaptées de soutien à l'emploi), pourrait amener les professionnels à relativiser leurs craintes d'avoir un impact négatif sur la participation sociale des usagers et contribuer à une évaluation plus éclairée.

Finalement, une meilleure compréhension du vécu du processus par les usagers pourrait permettre aux professionnels impliqués dans cette évaluation de mieux accueillir les demandes qui leur sont faites. Considérant l'anxiété liée à ce processus médico-administratif et l'ambivalence des usagers face à leurs capacités au travail, l'écoute empathique d'un professionnel au fait de la complexité liée aux limitations à l'emploi pourrait faciliter l'entretien clinique, contribuer à l'alliance thérapeutique et au final grandement faciliter l'anamnèse sociale.

À la lumière de nos résultats, on peut certes penser que l'intégration des perspectives d'autres professionnels de la santé et des services sociaux dans l'évaluation permettrait de faciliter cette anamnèse sociale, évitant ainsi au médecin de devoir «jouer aux devinettes» (Nordling et al., 2020) faute d'avoir une bonne connaissance de la situation globale du patient. L'approche interdisciplinaire n'est cependant pas une panacée, dans un contexte où l'action au niveau micro ne peut suffire. Au Québec comme ailleurs, les programmes de soutien de revenu tendent à faire des distinctions entre les catégories de prestataires, accordant un revenu plus élevé à ceux pouvant faire la preuve médicale de leurs contraintes prolongées au travail. Or, en plus de ne pas toujours avoir accès à une évaluation éclairée de leur situation, les prestataires que l'on juge «employables» se voient accorder un montant qui ne leur permet pas de participer socialement. Au contraire, ce revenu mensuel les maintient dans une logique de survie néfaste pour leur santé physique et mentale et limite leurs possibilités de travail et de participation sociale. Au-delà d'une évaluation éclairée des limitations à l'emploi, la responsabilité sociale du médecin comporte un rôle d'agent de changements. Et cela implique de participer pleinement aux plaidoyers pour revendiquer des programmes de soutien de revenu favorables à la santé (Buchman et al., 2016; CMFC, 2015; Meili et al., 2016; Woollard et al., 2016). C'est peut-être par ces actions renforçant la capacité collective d'agir à plus large échelle (Marmot, 2017; Sharma et al., 2018) que pourra être surpassé le sentiment d'impuissance exprimé par les médecins quant à l'action sur les causes sociales sous-jacentes des inégalités de santé.

Références

- Alami, S., Desjeux, D. et Garabuau-Moussaoui, I. (2013). L'analyse et la restitution des résultats. Dans S. Alami S. (dir.), *Les méthodes qualitatives* (p. 107-120). Presses Universitaires de France.
- Arrelöv, B.E., Borgquist, L. et Svärdsudd, K.F. (2005). Influence of Local Structural Factors on Physicians' Sick-listing Practice: A Population-based Study. *European Journal of Public Health*, 15(5), 470-474.
- Barry, C.A., Bradley, C.P., Britten, N., Stevenson, F.A. et Barber, N. (2000). Patients' Unvoiced Agendas in General Practice Consultations : Qualitative Study. *British Medical Journal*, 320(7244), 1246-1250.
- Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery. *Journal of addictive diseases*, 31(3), 207-225.
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A. et Taylor, S. (2009). Changes not for the Fainthearted: Reorienting Health Care Systems toward Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1967-1974.
- Bloch, G., Rozmovits, L. et Giambone, B. (2011). Barriers to Primary Care Responsiveness to Poverty as a Risk Factor for Health. *British Medical Journal family practice*, 12(1), 1-6.
- Bremander, A.B., Hubertsson, J., Petersson, I.F. et Grahn, B. (2012). Education and Benchmarking among Physicians may Facilitate Sick-listing Practice. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 78-87.
- Brucker, D. L. (2009). Social construction of disability and substance abuse within public disability benefit systems. *International Journal of Drug Policy*, 20(5), 418-423.
- Buchman, S., Woollard, R., Meili, R. et Goel, R. (2016). Pratiquer la responsabilité sociale : de la théorie à l'action. *Canadian Family Physician*, 62(1), 24-27.
- Canadian Medical Association (CMA). (2013a). *Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession*. CMA policy. <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy10672>.
- Canadian Medical Association (CMA). (2013b). *Physicians and Health Equity: Opportunities in Practice*.
- Carde, E., Isabel, M., Giguère, N. et Karazivan, P. (2018). *Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne : une étude exploratoire*. CREMIS, CCSMTL. https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_de_recherche_inegalites_sociales_patients_difficiles.pdf
- Carde, E. (2020). Quand les inégalités sociales rendent les patients «difficiles». *Emulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, 51-64.
- Charron, C. (2019). Des travailleurs et des travailleuses pauvres à « mettre en mouvement » : l'activation et la notion d'aptitude au travail au sein des services publics d'emploi. *Cahiers de recherche sociologique*, 66-67, 25-42. <https://doi.org/10.7202/1075974ar>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2015). *Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé*. <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2018). *Le point de vue de la justice sociale du CMFC*. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/SJ-Lens-Worksheet-Fillable-FR.pdf>

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/97892?sequence=1>

Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS). (2015). *Examen de cadres relatifs aux déterminants de la santé*. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/CCSDH_A-review-of-frameworks-on-the-determinants-of-health_FR.pdf

Coutu, M.F, Baril, R., Durand, M.J., Côté, D. et Cadieux, G. (2013). Clinician-patient Agreement about the Work Disability Problem of Patients Having Persistent Pain: Why it Matters. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 82-92.

Dewa, C.S., Hees, H., Trojanowski, L. et Schene, A.H. (2015). Clinician Experiences Assessing Work Disability Related to Mental Disorders. *PLoS One*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119009>

Drake R.E., Bond, G.R., Thornicroft, G., Knapp, M. et Goldman, H.H. (2012). Mental Health Disability : An International Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(2), 110-120.

Ekberg, K., Bronson, D., Bartel, E. et MacEachen, E. (2019). How Physicians Deal With the Task of Sickness Certification in Cause-Based and Comprehensive Disability Systems—A Scoping Review. *Am J Nur & Pract*, 2(1), 1-10.

Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E. et Alexanderson, K. (2011). Frequency and Severity of Problems that General Practitioners Experience Regarding Sickness Certification. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 29(4), 227-233.

Falvo, D. (2013). Psychosocial and Functional Aspects of Health Condition. Dans D. Falvo (dir.) *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (p. 9-30). Jones & Bartlett.

Foley, M., Thorley, K. et Van Hout, M.C. (2013). Assessing Fitness for Work: GPs Judgment Making. *European Journal of General Practice*, 9(4), 230-236.

Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F. et Davidson, L. (2002). Understanding and Evaluating Qualitative Research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732.

Giguère, N. et Handfield, S. (2021). Faire la preuve de choses invisibles : les impacts du processus d'accès au programme de solidarité sociale sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. *Nouvelles Pratiques Sociales - Dossier Les transformations de la protection sociale : un regard sur les tendances récentes*, 32(1), 195-217.

Goel, R., Buchman, S., Meili, R. et Woollard, R. (2016). La responsabilité sociale au microniveau : Un patient à la fois. *Canadian Family Physician*, 62(4), 299-302.

Hunt, L.M. et Arar, N.H. (2001). An Analytical Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(3), 347-67.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *Trouble lié à l'usager d'opioïdes (TUO)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/GUO_TUO_FR.pdf
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2022). *Le revenu viable 2022 en période de crises multiples. Données pour différentes localités du Québec*. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/Revenu-viable-2022_WEB-1.pdf
- Jetté, N., Brunet, F. et Martineau, V. (2011). L'histoire du droit à l'aide sociale au Québec (1969-2011). *Front commun des personnes assistées sociales du Québec*. <http://gaphrsm.ca/documents/Documentation/histoire-aide-sociale.pdf>
- Jones, M.K., Bloch, G. et Pinto, A.D. (2017). A novel Income Security Intervention to Address Poverty in a Primary Care Setting: A Retrospective Chart Review. *British Medical Journal Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01356-4>
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Rapports sur la santé*, 28(8), 3-8.
- Leo, R.J. et Del Regno, P. (2001). Social Security Claims of Psychiatric Disability : Elements of Case Adjudication and the Role of Primary Care Physicians. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 255-262.
- Letrilliart, L. et Barrau, A. (2012). Difficulties with the Sickness Certification Process in General Practice and Possible Solutions: A Systematic Review. *European Journal of General Practice*, 18(4), 219-228.
- Loisel, P. et Côté, P. (2014). The Work Disability Paradigm and its Public Health Implications. Dans P. Loisel et Anema J. (dir.), *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (p.59-67). Springer.
- Lucyk, K. et McLaren, L. (2017). Taking Stock of the Social Determinants of Health: A Scoping Review. *PloS one*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177306>
- Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M. et Morrison, J.A. (2012). Powerful Intervention: General Practitioners' Use of Sickness Certification in Depression. *BMC Family Practice*, 13(1), 1-9.
- Madden, R., Glozier, N., Mpofu, E. et Llewellyn, G. (2011). Eligibility, the ICF and the UN Convention : Australian Perspectives. *BMC Public Health*, 11(4), 1-11.
- Marmot, M. (2017). The Health Gap: Doctors and the Social Determinants of Health. *Scandinavian journal of public health*, 45(7), 686-693.
- McAll, C., Awad, J., Desgagné, J.Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., Plante, M.C., Stoetzel, N. et Gaudet, L. (2013). *Au-delà du préjugé. Trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Presses de l'Université du Québec.
- McAllister, A., Hackett, M.L. et Leeder, S.R. (2017). Disability Income Support Design and Mental Illnesses: A Review of Australia and Ontario. *Public Health Research Practice*, 27(2). <http://dx.doi.org/10.17061/phrp2721715>

L'évaluation des limitations à l'emploi

- Meili, R., Buchman, S., Goel, R. et Woollard, R. (2016). La responsabilité sociale au macroniveau : concrétisation à l'échelle globale. *Canadian Family Physician*, 62(10), e568-e571.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health. The Canadian Facts*. York University School of Health Policy and Management. <http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/2017/05/Social-Determinants-of-Health.pdf>
- Moskowitz, D., Thom, D.H., Guzman, D., Penko, J., Miaskowski, C. et Kushel, M. (2011). Is Primary Care Provider's Trust in Socially Marginalized Patients Affected by Race? *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 846-51.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MTESS), (2022a). *Admissibilité en raison de contraintes sévères à l'emploi démontrées par un rapport médical*. ADEL – Aide à la décision en ligne. <https://www.mani.mess.gouv.qc.ca/?sujet=42486>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MTESS), (2022 b). Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale. www.mtess.gouv.qc.ca/statistiques
- Naz, A., Rosenberg, E., Andersson, N., Labonté, R. et Andermann, A. (2016). Health Workers Who Ask About Social Determinants of Health are More Likely to Report Helping Patients: Mixed-methods Study. *Canadian Family Physician*, 62(11), e684-e693.
- Nilsen, S., Malterud, K., Werner, E.L., Maeland, S. et Magnussen, L.H. (2015). GPs' Negotiation Strategies Regarding Sick Leave for Subjective Health Complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 40-46.
- Nordby, H., Ronning, R. et Tellnes, G. (2011). *Social Aspects of Illness, Disease and Sickness Absence*. Unipub.
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C. et Hensing, G. (2020). Assessing Work Capacity—Reviewing the What and How of Physicians' Clinical Practice. *BMC Family Practice*, 21, 1-14.
- O'Brien, K., Cadbury, N., Rollnick, S. et Wood, F. (2008). Sickness Certification in the General Practice Consultation: The Patients' Perspective, A Qualitative Study. *Family Practice*, 25(1), 20-26.
- Phelan, Jo C., Link, B.G. et Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S28-S40.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Plante, M-C. (2008). Double jeu : le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale. *Revue du CREMIS*, 1(1), 16-20. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/double-jeu-le-dilemme-ethique-des-medecins-avec-les-personnes-a-laide-sociale/>
- Protecteur du citoyen. (2019). *Rapport annuel d'activités 2018-2019*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-annuels/2018-2019>

- SafetyNet Centre for Occupational Health and Safety Research. (2019). *Work Disability Programs in Newfoundland & Labrador and New Brunswick: Mapping Eligibility Criteria and Identifying Barriers for the Employment of Selected Disability Populations*. Memorial University. https://www.crwdp.ca/sites/default/files/documentuploader/crwdp_2016_seed_grant_study_nl_-_report_june_2019.pdf
- Sharma, M., Pinto, A.D. et Kumagai, A.K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere? *Academic medicine*, 93(1), 25-30.
- Stigmar, K., Grahn, B. et Ekdahl, C. (2010). Work Ability – Experiences and Perceptions Among Physicians. *Disability and Rehabilitation*, 32(21), 1780-89.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press.
- Suissa, J.A. (2009). Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance de Stanton Peele. *Drogues, santé et société*, 8(2), 75-108.
- Thomas, F., Hansford, L., Ford, J., Wyatt, K., McCabe, R. et Byng, R. (2018). Moral Narratives and Mental Health : Rethinking Understandings of Distress and Healthcare Support in Contexts of Austerity and Welfare Reform. *Palgrave Communications*, 4(1), 1-8.
- Tudrej, B. V., Etonno, R., Martinière, A., Hervé, C. et Birault, F. (2018). Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics, Medicine and Public Health*, 6, 15-25.
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. et Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))
- Wainwright, E., Wainwright, D., Keogh, E. et Eccleston, C. (2015). The Social Negotiation of Fitness for Work: Tensions in Doctor-patient Relationships Over Medical Certification of Chronic Pain. *Health*, 19(1), 17-33.
- Winde, L.D, Hansen, H.T et Gjesdal, S. (2011). General Practitioner Characteristics and Sickness Absence – A Register-based Study of 348 054 Employed Norwegians. *European Journal of General Practice*, 17(4), 210-16.
- Woollard, R., Buchman, S., Meili, R., Strasser, R., Alexander, I. et Goel, R. (2016). Responsabilité sociale au mésosiveau : au sein de la communauté. *Canadian Family Physician*, 62(7), 547-550.