



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

drogues-sante-societe.ca



**Vol. 22 N° 2
Décembre 2024**

**PRÉVENTION ET PROMOTION DE
LA SANTÉ EN LIEN AVEC L'UTILISATION
DE SUBSTANCES, LES JEUX DE HASARD
ET D'ARGENT ET LES ÉCRANS**

**Sous la direction de
Jean-Sébastien Fallu, David-Martin Milot, Myriam Laventure et Shelley-Rose Hyppolite**

**Hors thème sous la direction de
Christophe Huÿnh et Francine Ferland**

TABLE DES MATIÈRES

Mot de présentation

- i** Prévention et promotion de la santé en lien avec l'utilisation de substances, les jeux de hasard et d'argent et les écrans

Éditorial

- 1** L'éducation « *drug positive* » pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé

Prévention et promotion de la santé en lien avec l'utilisation de substances, les jeux de hasard et d'argent et les écrans

- 8** Prévention des risques liés à la consommation de substances en contextes festifs universitaires
- 29** Perspective des intervenants sur l'implantation initiale du programme Sage Usage
- 58** Se donner des outils pour réduire les inégalités d'exposition aux jeux de hasard et d'argent

Hors thème

- 89** Critique de la notion de chronicité du trouble d'usage de substance
- 118** Consommation de substances chez les personnes douées intellectuellement : revue de la portée
- 157** Consommation de substances psychoactives chez les élèves de 15-25 ans à Gao
- 183** Point de vue des joueurs problématiques concernant la commission de délits
- 202** « J'ai compris la détresse que ça amenait » : le témoignage comme amorce à l'empathie envers les joueuses et joueurs
- 222** Représentation de joueurs de poker dans les médias de masse au Québec



DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Mot de présentation

La prévention est une approche incontournable en ce qui a trait à la consommation de substances psychoactives. En tandem avec l'éducation, elle constitue d'ailleurs un des quatre piliers des stratégies canadienne et suisse sur les drogues et autres substances, en complément de la réduction des risques et des méfaits, du traitement ou de la thérapie et de l'application de la loi ou de la répression. Elle est également complémentaire à la promotion de la santé, qui s'intéresse principalement aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités qu'ils sous-tendent, plutôt qu'aux facteurs de risque qui sont au cœur de la prévention. Bien qu'étudiée de façon détaillée et généralement bien comprise, la prévention peut devenir complexe — et même mener à des effets iatrogéniques — lorsqu'appliquée à différentes situations.

En ce sens, dès l'ouverture de ce numéro thématique, Jean-Sébastien **Fallu** expose une perspective critique sur la posture de prévention auprès des jeunes. Sous forme d'éditorial, il questionne les assises théoriques, approches et pratiques sur lesquelles reposent historiquement les programmes de prévention en lien avec la consommation de drogues, posant l'hypothèse de leur contribution à la stigmatisation de l'usage et des personnes usagères. Il introduit ensuite le concept d'éducation «*drug positive*» comme piste de solution pour faire différemment et repositionner les rapports sociaux face aux drogues.

Le premier article, signé par **Gougeon et ses collègues**, présente ensuite des stratégies de prévention telles qu'identifiées par de jeunes adultes de 21 à 26 ans. Ce groupe en est un prioritaire pour des interventions de prévention sélective — c'est-à-dire ciblant des personnes exposées à des risques spécifiques — quant à l'usage de substances psychoactives. Les personnes de ce groupe d'âge traversent en effet de nombreuses transitions liées aux études, à la vie amoureuse et au travail, pouvant constituer des fragilités, mais également des opportunités de prévention permettant d'instaurer des réflexes protecteurs efficaces à long terme. Bénéficiant de financement grâce au Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis du gouvernement du Québec, les acteurs communautaires et institutionnels peuvent désormais agir en prévention de façon plus substantielle auprès de ce groupe d'âge. Encore faut-il cependant connaître les pistes d'actions auxquelles les jeunes adultes pourraient adhérer en lien avec la consommation d'alcool et de cannabis. En s'intéressant particulièrement aux événements festifs universitaires (EFU), les travaux de Gougeon et de ses collègues mettent de l'avant une approche participative pour identifier ces pistes d'action. Ainsi, ils ont pu identifier des stratégies d'ordre social, temporel et économique.

Mot de présentation

Les stratégies pour prévenir des comportements à risque, tels que celui de conduire avec les facultés affaiblies ou encore d'avoir des relations sexuelles à risque, ont aussi été abordées. Bien que les mesures proposées présentent un bon potentiel d'efficacité, différents facteurs influençant leur implantation se doivent d'être pris en compte pour que les résultats visés soient atteints. Ces facteurs individuels, sociaux et contextuels ont été explorés par les chercheurs, qui notaient plus précisément que certaines stratégies mises en pratique lors d'EFU ne sont pas planifiées, d'où l'importance d'investir en prévention de façon précoce, intensive et fréquente auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes. Les aptitudes personnelles et sociales qu'ils intègrent alors leur permettant de développer des réflexes efficaces pour limiter les risques liés à leur consommation et en optimiser les bénéfices perçus plus tard.

Le second article, rédigé par **Alarie-Vézina et ses collègues**, met aussi de l'avant une approche participative pour documenter l'adaptation de la forme et du contenu d'un programme de prévention secondaire reconnu efficace, Alcochoix+, à la réalité des Premières Nations et Inuit. Bien que celui-ci permette aujourd'hui d'aborder l'ensemble des substances psychoactives, la version évaluée s'intéressait principalement au boire modéré d'alcool, dans une approche de réduction des risques et des méfaits. Cette étude, menée à la phase d'implantation initiale du programme, visait à documenter son degré d'implantation et à identifier les éléments à adapter pour une meilleure adéquation culturelle de celui-ci à la réalité des Premières Nations et Inuit. Des entretiens de groupe et individuels menés auprès d'intervenants autochtones ont rendu compte d'une implantation difficile, mais également de l'impact positif des formations données sur les pratiques des intervenants. Cependant, la mise en pratique des connaissances acquises lors des formations posait un défi. Son acceptabilité a notamment été remise en question, vu l'intrication des approches de réduction des méfaits et d'abstinence avec les considérations coloniales et certains mythes circulant autour de l'alcool. Malgré cela, la pertinence du programme dans une version adaptée a été soulignée pour répondre aux enjeux liés à la consommation d'alcool dans ces communautés. Certains ajustements dans la forme ont d'ailleurs été proposés, alors que le contenu était jugé convenable. Quant à la faisabilité, la situation actuelle vécue par les Premières Nations et Inuit a rendu difficile le recrutement d'un groupe d'intervenants formés et disponibles pour pouvoir déployer le programme. Somme toute, cette étude démontre l'importance d'intégrer pleinement les considérations liées à l'adéquation culturelle d'un programme, à partir des constats partagés par les personnes autochtones directement concernées par celui-ci. Une approche telle que celle développée par Alarie-Vézina et ses collègues pourra inspirer d'autres études sur le sujet.

Le troisième article s'intéresse à la prévention des risques liés aux jeux de hasard et d'argent. Cette étude, menée par **Papineau et ses collègues**, explore les caractéristiques propres à l'offre de ces activités et à la vulnérabilité de la population y étant exposée à l'aide de deux outils : l'indice d'exposition au jeu et l'indice de vulnérabilité au jeu. La méthode utilisée donne lieu à une réflexion intéressante sur les inégalités sociales de santé inhérentes à ces pratiques peu encadrées. Des analyses spatiales et descriptives permettent de visualiser rapidement la distribution des zones où la vulnérabilité et l'exposition aux jeux sont élevées au Québec. Ces zones sont ainsi désignées comme étant prioritaires pour des interventions préventives rendant les environnements

Mot de présentation

physiques, sociaux, politiques et économiques plus favorables à la santé de la population qui y évolue. Ces zones peuvent également permettre d'identifier des milieux où il est important de renforcer l'offre de services en prévention et en traitement de la dépendance aux jeux de hasard et d'argent. Finalement, une réflexion pertinente est réalisée autour des retombées de l'outil cartographique et des enjeux les sous-tendant. En effet, plusieurs acteurs, tels ceux de la santé publique, mais également des municipalités et des instances responsables de la gestion des jeux de hasard et d'argent, disposent de leviers pour pallier cette situation sans toutefois s'en prévaloir de façon optimale. Cette étude démontre également le potentiel de l'utilisation des nouvelles technologies pour affiner les stratégies de prévention.

Hors thème, sous la direction de Christophe Huÿnh

Les articles hors thème de ce numéro ont tous comme fil conducteur de vouloir comprendre davantage l'univers des comportements à risque et des dépendances afin de mieux les prévenir ou les traiter. Différentes approches et méthodologies sont sollicitées : réflexion critique théorique, recension de la littérature scientifique, enquête quantitative à partir d'autoquestionnaires, entrevues qualitatives, analyse des contenus médiatiques, etc. Ces approches illustrent la richesse et la diversité de la recherche en dépendance, comme démontré dans ce numéro de *Drogues, santé et société*.

Tout d'abord, dans le domaine de la dépendance, il est souvent évoqué que les troubles de l'usage de substances s'apparenteraient à des maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension. **Beaulieu et Tremblay** nous invitent à réfléchir de manière critique sur le concept de chronicité et présentent les fondements théoriques de cette notion en mobilisant les trois éléments d'incontrôlabilité, d'irrévocabilité et de monolithisme conceptuel. Le lectorat est amené à s'interroger à propos du poids des concepts théoriques sur les pratiques cliniques, c'est-à-dire l'impact que la conceptualisation des troubles de l'usage aux substances comme condition chronique pourrait avoir sur la réponse adéquate offerte aux personnes en recherche d'aide. Le texte vise à s'interroger sur la possibilité de dériver qu'engendre le fait de médicaliser les problèmes de consommation et de les présenter comme un tout homogène qui pourrait évacuer une vision nuancée multidimensionnelle de la question.

Dans un autre ordre d'idées, **Cotton et ses collaboratrices** ont mené une revue de la portée visant à faire l'état des connaissances sur la relation existante entre la douance intellectuelle et le continuum de la consommation de substances psychoactives, qui va de l'usage récréatif non problématique aux troubles de l'usage. Cette recension explore si le milieu scientifique fait le croisement entre ces deux concepts et s'il propose des manières de les mesurer. Les personnes douées peuvent faire l'objet de plusieurs préjugés en raison d'une méconnaissance de leurs réalités. Ce texte met en relief les connaissances à développer et à diffuser sur le sujet afin de mieux outiller le milieu de l'aide professionnelle. Il démontre que le fait d'améliorer la recherche dans le domaine de la douance permettrait de mieux accompagner les personnes douées en tenant compte de leurs spécificités quand il faut aborder les enjeux liés à la consommation.

Mot de présentation

Autrement, à partir d'une enquête transversale menée auprès d'élèves et d'étudiants âgés de 15 à 25 ans de Gao au Mali, l'équipe de **Traoré** visait à déterminer la prévalence de consommation de substances psychoactives légales et illégales dans cette population, ainsi que les facteurs associés à cet usage. Bien que plusieurs données de cette nature soient publiées régulièrement dans le monde occidental, les connaissances sont plus rares pour des pays comme le Mali. Des différences contextuelles sur le plan socioculturel, religieux, économique et légal expliquent la nécessité d'avoir des données populationnelles récentes qui permettront de guider les programmes de prévention destinés spécifiquement aux jeunes maliens. L'article est également d'intérêt pour le public issu d'autres pays afin de mieux comprendre le rôle du contexte dans les études épidémiologiques. Il permet au lectorat de considérer la consommation de substances chez les jeunes comme étant imbriquée dans un univers culturel ; toute initiative de prévention des risques devant tenir compte des réalités sociopolitiques.

Tout comme le lien entre criminalité et substances psychoactives, l'association entre la commission de délits et le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent constitue un enjeu d'intérêt dans le champ des dépendances. L'étude qualitative menée par **Bertrand-Danjou** et son équipe permet de mieux comprendre cette réalité à travers la perspective de personnes ayant des habitudes de jeu problématiques. Contrairement aux préconceptions voulant que les délits soient davantage liés aux enjeux financiers, les résultats de l'étude démontrent que ceux-ci sont diversifiés et ne sont pas toujours directement associés à des habitudes spécifiques de jeu. Dans une perspective de prise en charge, il devient crucial de mieux comprendre comment les délits s'inscrivent dans le parcours des joueurs et des joueuses afin de réduire les méfaits associés. Ceci démontre l'importance d'aller au-delà du raisonnement voulant que les crimes soient commis que pour financer les habitudes de jeu.

Aller au-delà des préconceptions et des idées reçues entourant les personnes qui vivent des problèmes de jeux de hasard et d'argent est aussi une thématique abordée dans l'article d'Adèle **Morvannou**. À partir d'entrevues qualitatives semi-structurées, l'autrice nous présente l'importance de la formation des personnes qui auront à intervenir auprès de cette population. Elle s'intéresse plus spécifiquement au développement de l'empathie, notamment à travers l'intégration de témoignages de personnes ayant un vécu expérimentiel de la question dans les activités pédagogiques des étudiants et des étudiantes. Elle en vient à la conclusion que cet élément clé peut permettre aux prochaines générations d'intervenants d'offrir des services adaptés, de qualité et qui sont exempts de stigmatisation et de discrimination.

Hors thème sous la direction de Francine Ferland

Pour conclure ce numéro et pour rester sur la thématique des idées préconçues entourant les jeux de hasard et d'argent, **Berger et Cantinotti** nous invitent à réfléchir sur l'impact des discours médiatiques québécois sur les joueurs de poker. Leur analyse thématique de la question fait émerger la forte représentation positive de ces joueurs, sans toutefois négliger les conséquences négatives qu'ils peuvent vivre. Mieux comprendre comment les médias de masse véhiculent des

Mot de présentation

messages entourant le poker et ses joueurs est essentiel dans une perspective de prévention et de traitement, car cette connaissance permet d'aborder autant les aspects identitaires de glorification excessive des joueurs de poker construits par le contexte socioculturel que les enjeux potentiels de stigmatisation dans la population au sujet de ces personnes.

Bonne lecture !

David-Martin Milot, Jean-Sébastien Fallu, Myriam Laventure, Shelley-Rose Hyppolite (pour les articles thématiques), **Christophe Huÿnh** et **Francine Ferland** (pour les articles hors thème)



L'éducation « *drug positive* » pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé

NOTE DE LA RÉDACTION

Cet éditorial ne reflète pas nécessairement l'opinion de toutes les personnes membres du comité de rédaction et n'engage en rien la responsabilité de celles-ci.

La prévention en dépendances ou en addictologie doit évoluer plus rapidement qu'elle ne le fait actuellement afin d'embrasser pleinement les principes de base du développement humain, de la santé publique et des sciences didactiques. Elle doit non seulement suivre ce qu'il est convenu d'appeler les meilleures pratiques, mais aussi prendre pleinement acte des connaissances scientifiques de tous les domaines et surtout, être guidée par des principes de justice sociale, d'équité, de diversité, d'inclusion et de santé publique, ce qui signifie d'éviter les contenus partiels, partiels ou stigmatisants et d'adopter une approche d'éducation « *drug positive* ».

Le concept de prévention est apparu au début du 20^e siècle à travers le courant de l'hygiène publique, dans le but de contrer le développement des maladies physiques au sein de la population bien portante. Il faudra cependant attendre les années 1960 pour en voir l'application dans les domaines de la santé mentale et des troubles du comportement (Brisson, 2014). La prévention en dépendances ou addictologie a d'abord été centrée autour de la réduction de l'offre et de la demande pour ensuite incorporer la promotion de la santé et plus récemment, la réduction des risques et des méfaits (Brisson, 2014).

Davantage guidée par le sens commun, l'idéologie et l'intuition dans sa première phase, la prévention a évolué vers des actions fondées sur la théorie pour finalement s'ancrer dans une troisième phase fondée sur les données empiriques (Midford, 2008). Dans tous les cas, mais davantage dans la première phase, la prévention repose trop souvent sur des notions simplistes, des impératifs moraux et politiques et sur la promotion ou le marketing plutôt que sur la science (Midford, 2008).

Heureusement, la prévention a évolué depuis ! Une évolution autant nécessaire que souhaitable a permis de passer des « *This is Your Brain on Drugs* », des « *Just Say No* » et autres messages du genre à des programmes tels que DARE (Lynam et al., 1999) et, plus tard, *Life Skills Training* (Botvin, 1979-2000), *Strengthening Families* (Kumpfer et al., 2010), *Project Toward No Drug Abuse* (Rohrbach et al., 2010) ou *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* (McBride et al., 2004). Ce faisant, les pratiques préventives sont passées de fondements souvent moraux à une approche cognitivo-comportementale incorporant, dans une certaine mesure, l'approche de réduction des risques et des méfaits. Cette évolution de la prévention a été particulièrement observée dans les pratiques au Québec où les contenus inspirés de programmes majoritairement états-unien sont plus nuancés et incorporent l'approche de réduction des risques et des méfaits (Fallu et al., 2021). Notons aussi les actions globales et concertées, du type École en santé (Désy, 2009 ; Martin et al., 2005) ou *Communities That Care* (Kuklinski et al., 2021), qui visent le développement positif des jeunes en travaillant sur des facteurs génériques, dans une approche de promotion de la santé.

N'empêche, l'efficacité des programmes de prévention est généralement limitée, surtout s'il s'agit d'empêcher ou de réduire l'usage de substance. En effet, les meilleures pratiques et les programmes ont des effets généralement positifs, mais souvent modestes. De courte durée, les effets observés concernent surtout les connaissances et dans une moindre mesure, les attitudes et les comportements. En outre, principalement en prévention universelle et ciblée-sélective, mais même dans les initiatives de prévention ciblée-indiquée visant la réduction de l'usage, les consommateurs, particulièrement les consommateurs expérimentés, bénéficient généralement peu de ces interventions. Même chose pour les politiques de prévention. La situation actuelle du vapotage chez les jeunes renforce cette idée que les efforts de prévention peinent à atteindre leurs objectifs.

Cette efficacité limitée a donné lieu à des réflexions proposant quelques hypothèses explicatives (Ashton, 2004). D'abord, il semble y avoir une contradiction entre l'éducation basée sur des principes didactiques fondamentaux qui présente aux jeunes des faits exhaustifs et objectifs sur les sujets enseignés afin de développer une liberté de pensée, et la prévention qui, sous le couvert d'une pseudo-objectivité, tente souvent d'imposer une idée toute faite. Aussi, la prévention cherche souvent à augmenter l'autonomie dans la prise de décision tout en limitant implicitement l'autonomie dans le choix d'amis (éviter les personnes qui consomment), en encourageant la conformité aux valeurs de non-consommation et en décourageant la conformité aux pairs consommateurs. Tout cela n'est d'ailleurs pas sans générer de la stigmatisation, intentionnellement ou non. De plus, dans le système scolaire, on vise à développer le travail d'équipe et la solidarité sociale sans pour autant accepter que les jeunes puissent exprimer cela en fréquentant des pairs consommateurs. Enfin, une autre hypothèse est que les interventions préventives visant les mineurs n'incorporent que rarement des objectifs et des contenus de réduction des risques et des méfaits à part entière.

Outre son efficacité limitée, la prévention peut également engendrer des effets contraires à ceux recherchés. Certes, l'application des principes des meilleures pratiques (Gruner Gandhi et al., 2007; Laventure et al., 2010; Martin et al., 2005; Soole et al., 2008; Whitaker, 2001) permet de réduire la probabilité que ces effets iatrogènes s'avèrent, mais il n'en demeure pas moins que plusieurs interventions en prévention, avec des messages et des formats souvent uniques ou orientés, continuent de s'inscrire en incohérence avec le vécu des jeunes, surtout ceux qui consomment sans problème, et stigmatisent parfois les consommateurs, directement ou indirectement. Sachant à quel point cette stigmatisation est nocive et représente une cause fondamentale d'inégalités sociales de santé (Hatzenbuehler et al., 2013), il semble y avoir beaucoup de place à l'amélioration. Mais comment pouvons-nous faire mieux au juste ?

Éducation « *drug positive* »

Dans ce contexte, n'est-il pas temps de suivre les appels de plus en plus nombreux et insistants pour une éducation « *drug positive* » ? Après une évolution initiale semblable à celle de la prévention en dépendances dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle, à quand une réelle éducation à la santé des consommations ? Quand allons-nous faire corps avec la réalité que la consommation de substances psychoactives fait partie de l'expérience humaine au même titre que la sexualité, même à l'adolescence ? Quand la prévention va-t-elle aborder les usages non « problématiques » et les bienfaits de la consommation, s'éloigner des approches de persuasion et éviter de miser sur des approches et des contenus qui ne sont ni cohérents ni en phase avec l'expérience des jeunes ?

À l'instar de l'éducation à la sexualité, qui est passée en un siècle au Québec du même type de craintes et d'interventions fondées sur les peurs — avec notamment des curés qui défilaient dans les écoles avec des images d'organes génitaux infectés par la gonorrhée pour « montrer » aux jeunes les dangers de la sexualité — à un programme national d'éducation à la sexualité obligatoire et sous la gouverne du ministère de l'Éducation, ne faudrait-il opter pour une approche positive en matière d'éducation aux drogues ? Depuis 2018, non seulement les infections transmissibles sexuellement et par le sang et les grossesses non désirées sont en effet abordées en classe, mais les questions de diversité, de plaisir et de consentement le sont également, dans une approche qu'il est convenu d'appeler « *sex positive education* » avec des résultats positifs sur la culture, le bien-être et la santé des jeunes (Kantor et al., 2021 ; Proulx et al., 2019). Ne faudrait-il pas suivre la même trajectoire avec l'éducation aux drogues ?

Avec les remises en question et la transformation des approches sociopolitiques, incluant la promotion d'usages thérapeutiques ou la décriminalisation et la légalisation de plusieurs substances psychoactives, les attitudes sociales à propos de la consommation changent et doivent continuer de changer. Plusieurs personnes concernées, intervenants et chercheurs critiquent non seulement les approches préventives, mais aussi la réduction des risques et des méfaits, car elle semble ne se centrer que sur les aspects négatifs de l'usage de substances (les risques et les méfaits) alors qu'il devrait s'agir non seulement d'une approche visant à promouvoir des usages

plus sécuritaires, mais aussi à promouvoir le plaisir et la poursuite du bonheur. Il existe encore une posture normative à l'effet que l'usage de drogue ne peut occasionner que des dommages et qu'il ne peut pas participer à cette poursuite du bonheur. Pourtant, de 70 % à 85 % des usages sont considérés non « problématiques » et plusieurs personnes considèrent leur usage bénéfique pour la socialisation, la relaxation, l'énergie, les effets thérapeutiques (Anthony et al., 1994 ; Rappo et Stock, 2020). Une éducation « *drug positive* », en plus de miser sur les méthodes des pratiques de réduction des risques et des méfaits, incorporerait et s'en tiendrait à ces faits. Comme pour l'éducation sexuelle, une éducation « *drug positive* » aurait comme message clé que l'usage de drogues n'est pas un problème en soi si cette consommation n'entrave pas le fonctionnement de l'individu. Comme l'éducation sexuelle ne fait pas la promotion des pratiques sexuelles, ce type d'éducation ne promeut pas l'usage de drogues, mais contribue plutôt à prévenir les risques, les méfaits et les dommages causés par la mésinformation et la stigmatisation de l'usage de drogues.

Bien sûr, des approches préventives complémentaires sont nécessaires. Il faut aussi pouvoir miser sur des politiques, des environnements favorables et sur les déterminants sociaux qui favorisent la santé et réduisent la consommation « problématique » et le besoin de recourir aux substances pour performer, s'autoréguler, socialiser ou se conformer. Cependant, il est important de demeurer réaliste. Même à une époque où la société stigmatisait encore davantage les drogues, l'alcool jouissait d'une grande popularité, même chez les jeunes. Même dans une société épanouie, éduquée, sans pauvreté, il y aura toujours des consommations, y compris chez les jeunes et les mineurs. Il est plus que temps d'en prendre acte, de « faire avec » et d'outiller les individus qui feront ce choix pour que la consommation de substances, socialement acceptées ou non, ne les rende pas indûment à risque de stigmatisation, de marginalisation et de problèmes comme cela arrive trop souvent avec des interventions et un déficit d'éducation qui finissent par isoler, réduire les demandes d'aide et coûter des vies.

On pourrait rétorquer que les bonnes pratiques prescrivent de ne pas aborder directement les substances dans le contenu des interventions avec les plus jeunes (élèves du primaire), de s'en tenir à répondre succinctement à leurs questions, ou encore qu'il est préférable d'aborder prudemment et progressivement les substances avec les jeunes du secondaire, en phase avec leur développement cognitif, affectif et social, et de privilégier une intervention sur les facteurs de risque et les déficits dans les compétences personnelles et sociales qui sous-tendent la consommation. Cependant, cette idée reçue est partiellement questionnable et infondée.

Elle est questionnable, parce qu'on peut évidemment faire de la prévention en travaillant sur les facteurs de risque et en abordant le sujet de manière progressive. Cependant, pour tous les types de prévention, ne pas parler ouvertement des substances, ou en parler au compte-gouttes contribue à en faire un sujet tabou. Pour les jeunes qui vivent des expériences ou qui se posent plusieurs questions à ce sujet, éviter d'aborder le sujet directement n'est pas en phase avec leur développement. De plus, en insistant sur les risques, et en les exagérant, tout en évitant de discuter de tous les types d'usage, y compris ceux non « problématiques », voire bénéfiques, on empêche la normalisation, on limite les stratégies de réduction des risques et des méfaits. On nuit ainsi aux

apprentissages essentiels à la déstigmatisation et la consommation sécuritaire des drogues. En voulant éviter d'aborder certains contenus ou en ne les abordant que du point de vue négatif, on augmente les risques de conséquences pour celles et ceux qui s'aventureront dans l'expérimentation à l'aveugle alors que plusieurs connaissances en matière d'usage sécuritaire existent.

On peut aussi affirmer que cette idée est non fondée parce qu'elle n'est pas soutenue par les données empiriques. En effet, dans une étude classique comparant les résultats des programmes efficaces de prévention en milieu scolaire au niveau primaire, il y avait autant de programmes efficaces qui abordaient explicitement les substances que de programmes qui ne le faisaient pas, et ce, même pour les programmes mis en œuvre chez les plus jeunes (1^{ère} à 3^e année) (Hopfer et al., 2010).

Reste alors la question de savoir plus précisément quels sujets et quels contenus aborder à quel âge et comment, en fonction des stades développementaux. Ici aussi, s'inspirer de l'éducation sexuelle est une voie à suivre : présenter des concepts et des contenus généraux incluant des compétences relationnelles, affirmatives en bas âge et progressivement plus explicites à mesure que les jeunes s'approchent d'expériences typiques de leur âge. Mais il ne faut pas éviter ce sujet et d'autres pourtant nécessaires, qui heurtent nos valeurs a priori. Cela demeure une question à laquelle la recherche théorique et empirique devra s'affairer à répondre. Or, les connaissances actuelles nous permettent déjà certaines avancées en ce sens pour opérer un changement d'approche.

Avec un vent de face actuellement féroce, que ce soit pour la réduction des risques, des dommages et des méfaits, la décriminalisation, les services de consommation supervisée, les risques de reculs sont importants. Les conséquences pour la santé individuelle et populationnelle sont majeures. Raison de plus pour aller de l'avant avec détermination. C'est bel et bien de justice sociale et de vies dont il est question.

Jean-Sébastien Fallu, Ph. D.

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

Chercheur régulier, Institut universitaire sur les dépendances (IUD),

Centre de recherche en santé publique (CReSP),

Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

Rédacteur en chef et directeur, Drogues, santé et société

Références

- Anthony, J.C., Warner, L.A. et Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244-268. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244>
- Ashton, M. (2004). Confident kids... like to party. *Drug and Alcohol Findings*, 11.
- Botvin, G.J. (1979-2000). *Life Skills Training Program*. Princeton Health Press.
- Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques. 2^e édition, revue et augmentée*. Presses de l'Université de Montréal.
- Désy, M. (2009). *L'École en santé. Recension des écrits*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Fallu, J.-S., Ferguson, Y., D'Arcy Dubois, L., Benhadj, L. et Brière, F.N. (2021). *Recension des écrits sur les pratiques de prévention ciblée de la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en institution*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche. Institut universitaire sur les dépendances.
- Gruner Gandhi, A., Murphy-Graham, E., Petrosino, A., Schwartz-Chrismer, S. et Weiss, C.H. (2007). School-Based Drug Abuse Prevention Programs. *Evaluation Review*, 31, 43-74.
- Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C. et Link, B.G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hopfer, S., Shin, Y., Davis, D., Elek, E., Kam, J.A. et Hecht, M.L. (2010). A Review of Elementary School-Based Substance Use Prevention Programs: Identifying Program Attributes. *Journal of Drug Education*, 40(1), 11-36. <https://doi.org/10.2190/DE.40.1.b>
- Kantor, L.M., Lindberg, L.D., Tashkandi, Y., Hirsch, J.S. et Santelli, J.S. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 7-8. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>.
- Kuklinski, M.R., Oesterle, S., Briney, J.S. et Hawkins, D. (2021). Long-term Impacts and Benefit-Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. *Prevention Science*, 22, 452-463. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01218-7>
- Kumpfer, K.L., Whiteside, H.O., Greene, J.A. et Allen, K.C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(3), 211-229. <https://doi.org/10.1037/a0020602>
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, 9, 121-164. <https://doi.org/10.7202/044871ar>

Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Leukefeld, C. et Clayton R. (1999). Project DARE: No Effects at 10-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4): 590-593. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.590>

Martin, C., Arcand, L. et Rodrigue, Y. (2005). École en santé : *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L. et Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), 278-291. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00620.x>

Midford, R. (2008), Preventing Youth Substance Abuse: Science-Based Programs for Children and Adolescents, Patrick Tolan, Jose Szapocnik et Soledad Sambrano (Eds). *Drug and Alcohol Review*, 27, 575-576. <https://doi.org/10.1080/09595230802089966>

Midford, R., Cahill, H., Foxcroft, D. et al. (2012). Drug Education in Victorian Schools (DEVS): The Study Protocol for a Harm Reduction Focused School Drug Education Trial. *BMC Public Health*, 12(1): 112-112. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-112>

Proulx, C.N., Coulter, R.W.S., Egan, J E., Matthews, D.D. et Mair, C. (2019). Associations of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning-Inclusive Sex Education With Mental Health Outcomes and School-Based Victimization in U.S. High School Students. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 64(5), 608-614. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.012>

Rappo, J.-J. et Stock, N. (2020). La consommation non problématique : un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances*, 67, p.6-9.

Rohrbach, L.A., Sun, P. et Sussman, S. (2010). One-year follow-up evaluation of the Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial. *Preventive Medicine*, 51, 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.07.016>

Soole, D.W., Mazerolle, L. et Rombouts, S. (2008). School-Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 41(2), 259-286. <https://doi.org/10.1375/acri.41.2.259>

Whitaker, L. (2001). Substance abuse prevention: What works and what doesn't. *The Robert Wood Johnson Foundation Quarterly Newsletter*, 2, 1-2.



Prévention des risques liés à la consommation de substances en contextes festifs universitaires

Mathieu Gougeon, M.Sc., Université de Sherbrooke

Myriam Laventure, Ph. D., professeure titulaire, Université de Sherbrooke,
Département des sciences de la santé communautaire

Mathieu Goyette, Ph. D., professeur agrégé, Université du Québec à Montréal,
Département de sexologie

Karine Bertrand, Ph. D., professeure titulaire, Université de Sherbrooke,
Département des sciences de la santé communautaire

Correspondance

Mathieu Gougeon

150, place Charles-Le Moyne

Longueuil, QC, J4K 0A8

Téléphone : 438-340-4255

Courriel : Mathieu.gougeon@usherbrooke.ca

Résumé

Contexte. Les événements festifs universitaires (EFU) sont des occasions associées à des épisodes de consommation pouvant comporter des risques pour les étudiants universitaires. Peu de programmes de prévention se sont intéressés aux stratégies préventives mises en place par les étudiants lors de ces événements. Or, l'intégration de la perspective des étudiants pourrait permettre d'améliorer les pratiques préventives qui leur sont offertes. Par conséquent, il devient important d'identifier les stratégies préventives qu'utilisent les étudiants ainsi que les facteurs qui font en sorte qu'elles sont mises en place lors d'EFU.

Objectif. L'objectif de cette étude est d'identifier les stratégies préventives planifiées et mises en place par les étudiants universitaires lors d'EFU pour limiter la consommation excessive d'alcool, la consommation à risque de cannabis et les conduites à risque associées ainsi que les facteurs qui influencent leur mise en place.

Méthodologie. Basée sur un devis descriptif-interprétatif, cette étude qualitative repose sur des entrevues menées auprès de 15 étudiants (10 femmes et 5 hommes) âgés de 21 à 26 ans, provenant de plusieurs universités du Québec et ayant eu un épisode de consommation excessive d'alcool ou à risque de cannabis lors d'un EFU.

Résultats. Les étudiants ont identifié des stratégies préventives pour limiter la consommation d'alcool pouvant être réparties en quatre catégories (sociale, temporelle, économique et liée à la substance). En lien avec la consommation de cannabis, seulement des stratégies liées à la substance consommée ont été identifiées. Les étudiants planifient également des stratégies pour limiter la conduite automobile avec les facultés affaiblies et les comportements sexuels à risque. Ils rapportent aussi des facteurs (pression sociale, responsabilités) qui peuvent affecter positivement ou négativement la mise en place de leurs stratégies.

Retombées. Considérer la perspective des étudiants quant aux stratégies préventives qu'ils utilisent permet de mieux orienter et adapter la prévention en complémentarité lors d'EFU.

Mots-clés : étudiants universitaires, fêtes étudiantes, alcool, cannabis, perspective, devis descriptif-interprétatif

Prevention of risks related to substance use in festive university contexts

Abstract

Context. Festive university events (FUE) are occasions associated with consumption episodes that may involve risks for students. Few prevention programs have focused on the preventive strategies' students put in place during those events. Integrating the students' perspective could improve the preventive practices available to students. It becomes important to identify the preventive strategies that students use and the factors that cause them to be put in place during FUE.

Objective. Study objective is to identify planned and put in place preventive strategies by university students to limit binge drinking, risky cannabis use and associated risky behaviors at FUE as well as the factors that influence those strategies to be put in place.

Methodology. Based on an interpretive description qualitative design, this study is based on interviews with 15 students (10 females and 5 males) aged between 21 and 26 years old from several Quebec universities who have had an episode of binge drinking or risky cannabis use during a FUE.

Results. Students identified preventive strategies to limit alcohol use that can be divided into four categories (social, time strategies, economic and substance-related). In relation to cannabis use, only substance-related strategies were identified. Students also plan strategies to limit impaired driving and risky sexual behaviors. Among those strategies, students report factors (social pressure, responsibilities) that can influence positively or negatively preventive strategies to be put in place.

Outcomes. Considering the students' perspective on the preventive strategies they use to allow us to better guide and adapt prevention in a complementary manner during FUE.

Keywords: university students, student parties, alcohol, cannabis, perspective, interpretive description design

Prevenção de riesgos relacionados con el consumo de sustancias en contextos festivos universitarios

Resumen

Contexto. Los acontecimientos festivos universitarios son ocasiones asociadas a episodios de consumo que pueden implicar riesgos para los estudiantes universitarios. Escasos son los programas universitarios que se interesaron a las estrategias preventivas establecidas por los estudiantes durante estos acontecimientos. La integración de la perspectiva de los mismos estudiantes permitiría mejorar las prácticas preventivas que se les ofrecen. Es importante identificar las estrategias preventivas que utilizan y los factores que determinan que sean aplicadas durante acontecimientos festivos universitarios.

Objetivo. Este estudio tiene como objetivo identificar las estrategias preventivas planificadas y aplicadas por los estudiantes universitarios durante los acontecimientos festivos universitarios para limitar el consumo excesivo de alcohol, el consumo riesgoso de cannabis y las conductas de riesgo relacionadas así como los factores que influyen su aplicación.

Metodología. Basado en un análisis descriptivo-interpretativo, este estudio cualitativo se basa en entrevistas realizadas a 15 estudiantes (10 mujeres y 5 hombres) de 21 a 26 años de varias universidades de Quebec, que han tenido un episodio de consumo excesivo de alcohol o un comportamiento de riesgo de consumo de cannabis durante un acontecimiento festivo universitario.

Resultados. Los estudiantes identificaron estrategias preventivas para limitar el consumo de alcohol que pueden dividirse en cuatro categorías (social, temporal, económica y relacionada con la sustancia). En relación con el consumo de cannabis, sólo se han identificado estrategias relacionadas con la sustancia consumida. Han planificado asimismo estrategias para limitar la conducción de automóviles con facultades debilitadas y comportamientos sexuales de riesgo. Entre estas estrategias, los estudiantes informan que existen factores (presión social, responsabilidades) que pueden afectar positiva o negativamente la implementación de sus estrategias.

Repercusiones. El hecho de considerar la perspectiva de los estudiantes en cuanto a las estrategias preventivas que utilizan permite orientar mejor y adaptar la prevención en forma complementaria durante los acontecimientos festivos universitarios.

Palabras clave: estudiantes universitarios, fiestas estudiantiles, alcohol, cannabis, perspectiva, análisis descriptivo-interpretativo

Consommation d'alcool et de cannabis chez les étudiants universitaires

Au Québec, les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans constituent le groupe populationnel présentant les fréquences les plus élevées de consommation excessive d'alcool (CEA)¹ (44 %), devant les adolescents (15 %) et les adultes âgés de 25 à 44 ans (31 %) (April et al., 2016). Les jeunes adultes représentent également le groupe populationnel ayant les fréquences les plus élevées de consommation quotidienne de cannabis chez les personnes qui en ont consommé dans la dernière année (23,7 %) (Conus et al., 2022).

Chez les jeunes adultes, les étudiants postsecondaires (incluant les universitaires) présentent des fréquences et des quantités plus élevées de consommation d'alcool (Hingson et al., 2016; Meister et al., 2018). De façon similaire, un plus grand nombre d'étudiants universitaires rapportent avoir des épisodes de CEA que leurs homologues non étudiants (55,5 % versus 44 %) (American College Health Association, 2013; April et al., 2016). Selon une enquête populationnelle canadienne, 50 % des étudiants postsecondaires qui ont consommé de l'alcool dans le dernier mois ont vécu des méfaits associés (Santé Canada, 2018a). Outre la consommation d'alcool, 35 % des étudiants postsecondaires rapportent avoir consommé du cannabis dans le mois précédent l'enquête et 8 % mentionnent en avoir consommé quotidiennement au cours des trois derniers mois (Santé Canada, 2018b). En ce qui concerne la consommation de cannabis, les prévalences sont similaires entre les étudiants postsecondaires et les autres jeunes adultes (National Institute on Drug Abuse, 2021). Il est toutefois important de considérer que, selon une enquête canadienne, 55 % des étudiants qui rapportent avoir consommé du cannabis affirment avoir vécu des méfaits liés à leur consommation (Santé Canada, 2018b).

La présence de plusieurs événements festifs universitaires (EFU), événements organisés par les instances universitaires, pourrait expliquer les différences entourant les habitudes de consommation entre les jeunes adultes étudiants et les non-étudiants. La consommation excessive de substances psychoactives lors d'événements festifs semble en effet être normalisée (Barbero et al., 2003; Hansen et al., 2001).

Les études permettent d'identifier qu'une forte majorité d'étudiants postsecondaires (75 %) ne connaissent pas les normes de consommation d'alcool à faible risque (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2017), que peu reconnaissent les risques associés à la CEA (Meister et al., 2018) et qu'ils minimisent les impacts de l'intoxication d'alcool (Paradis et al., 2018). Si, à elle seule la consommation excessive peut-être problématique lors d'EFU, elle est souvent associée à d'autres conduites à risque comme la conduite automobile avec les facultés affaiblies ou les comportements sexuels à risque (relations sexuelles non désirées ou non consentantes, grossesses non désirées, transmission d'infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS]) (Fischer et al., 2017; Hingson et al., 2017; Stoner, 2018). À titre d'exemple, 59,4 % des violences à caractère

¹ La consommation excessive d'alcool est définie comme une consommation de quatre verres standards ou plus chez les femmes et cinq verres standards ou plus chez les hommes, lors d'une seule occasion (April et al., 2016).

sexuel vécues par les étudiants (harcèlement sexuel, comportements sexuels non désirés et coercition sexuelle) sur les campus du Québec ont eu lieu lors d'EFU (Bergeron et al., 2016).

Si les EFU sont liés à la consommation excessive et à certaines conduites à risque, ils offrent aussi des opportunités pour mettre en place des interventions préventives (Neighbors et al., 2007). Considérant l'objectif festif de ces événements, il est toutefois important que la prévention soit acceptée par les étudiants. Sekhon et ses collaborateurs (2017) définissent l'acceptabilité comme un construit multidimensionnel, basé sur la capacité des personnes ciblées par les stratégies préventives à les considérer adéquates, et ce, en prenant en considération leurs cognitions ou leurs réponses émotionnelles.

Les études portant sur l'appréciation des étudiants en lien avec les stratégies préventives qui leur sont proposées décrivent un niveau de satisfaction plutôt mitigé même si les étudiants reconnaissent la pertinence de ce type de stratégies (Bass et al., 2013 ; Bernstein et al., 2018). Bien que les étudiants apprécient les informations reçues, ils disent ne pas s'en souvenir ou ne pas les mettre en action lors de l'événement festif (Bass et al., 2013).

Bien que parcellaires, les résultats des études permettent tout de même d'identifier certaines stratégies de réduction des méfaits rapportées par les étudiants (manger avant ou pendant la soirée, garder un œil sur son verre tout au long de la soirée) (Crawford-Williams et al., 2016), qui peuvent être regroupées en trois catégories : sociale (acceptation sociale à ne pas consommer ou ne pas consommer excessivement), économique (apporter un montant d'argent pour la soirée) et liée à la consommation d'alcool (compter ces consommations, boire des consommations non alcoolisées et simuler un état d'enivrement pour résister à la pression sociale) (Meister et al., 2018). L'utilisation de plusieurs stratégies complémentaires et cumulées, notamment celles qui proviennent des étudiants eux-mêmes, permettrait de limiter la consommation des étudiants (Meister et al., 2018), car elles sont plus susceptibles d'être mises en place (Cardona., 2014). Sans être spécifiquement liée à la consommation lors d'EFU, de manière générale, la perspective des personnes avec un vécu expérientiel offre des connaissances complémentaires au phénomène étudié et favorise l'adaptation d'interventions mises en place selon leurs besoins (Mental Health Commission of Canada, 2016).

Or, ce n'est pas parce qu'une stratégie est planifiée par les étudiants qu'elle est nécessairement mise en place lors de l'EFU, comme le sous-entend la théorie des comportements planifiés de Ajzen (1991). Selon cette théorie, la planification du comportement peut être influencée par les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle du comportement des étudiants (Ajzen, 1991). De plus, certains facteurs contextuels propres aux EFU peuvent favoriser la mise en place des stratégies préventives prévues par les étudiants universitaires ou, au contraire, lui nuire. Bien que les résultats des études de Crawford-Williams et ses collaborateurs (2016) et celle de Meister et ses collaborateurs (2018) soient pertinents, aucune des études recensées ne portait sur ces facteurs. Pour pallier certaines limites des connaissances actuelles, la présente étude vise à identifier les stratégies préventives planifiées et mises en place par les étudiants pour limiter la

CEA, la consommation à risque de cannabis² et les conduites à risque associées lors d'EFU. Elle vise également à identifier les facteurs qui favorisent la mise en place de ces stratégies au moment opportun ou, au contraire, lui nuisent.

Méthodologie

Pour atteindre cet objectif, une recherche qualitative, basée sur un devis-descriptif interprétatif (Gallagher et Marceau, 2020) a été réalisée auprès d'étudiants universitaires. Un échantillonnage non probabiliste (Fortin et Gagnon, 2016) a été utilisé incluant des étudiants qui avaient eu une CEA ou une consommation à risque de cannabis lors d'un EFU.

Collecte de données

La collecte de données a été réalisée en ligne, de septembre 2021 à avril 2022. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du secteur Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. Pour rejoindre le plus grand nombre d'étudiants, des affiches virtuelles et en format conventionnel ont été partagées par les associations étudiantes, les programmes, le service à la vie étudiante et les cafés étudiants de diverses universités. L'invitation à participer à l'étude a également été présentée lors de cours de premier cycle de différentes universités, par différents professeurs.

Pour être éligibles à cette étude, les étudiants devaient correspondre aux critères suivants : 1) être étudiants à l'université au moment de l'étude ou être récemment diplômés (moins de deux ans) et avoir entre 18 et 26 ans ; 2) avoir participé à des EFU en présence avant la pandémie de COVID-19 (mars 2020) ; 3) avoir eu au moins un épisode de consommation excessive d'alcool³ ou à risque de cannabis⁴ lors de l'EFU et 4) être en mesure de se rappeler suffisamment de cet événement et des stratégies préventives mises en place pour en discuter dans le cadre d'une entrevue. Ces critères ont été validés par le chercheur, via les questions posées pendant l'appel du chercheur pour valider l'éligibilité à l'étude de l'étudiant qui avait rempli une fiche de contact.

Au total, 556 étudiants ont consulté le lien de l'affiche de recrutement menant à la fiche de contact à partir de laquelle les participants pouvaient obtenir plus d'informations sur le projet. Des 29 étudiants qui ont rempli la fiche de contact, 19 étaient éligibles. Les 10 étudiants qui ont été exclus l'ont été parce qu'ils étaient trop âgés ($n = 6$), n'avaient pas participé à des EFU ($n = 2$), n'avaient

² La définition de la consommation à risque de cannabis retenue s'appuie sur les recommandations canadiennes de consommation à faible risque émises par Fischer et ses collaborateurs (2017). Seulement trois facteurs seront considérés lors d'EFU : 1) les propriétés psychoactives contenues dans le cannabis (teneur élevée en THC) ; 2) la présence de conduites à risque associées à sa consommation de cannabis et 3) la présence de polyconsommation (alcool, cannabis).

³ La consommation excessive d'alcool est définie comme une consommation de quatre verres standards ou plus chez les femmes et cinq verres standards ou plus chez les hommes, lors d'une seule occasion (April et al., 2016).

⁴ La définition de la consommation à risque de cannabis retenue s'appuie sur les recommandations canadiennes de consommation à faible risque émises par Fischer et ses collaborateurs (2017). Seulement trois facteurs seront considérés lors d'EFU : 1) les propriétés psychoactives contenues dans le cannabis (teneur élevée en THC) ; 2) la présence de conduites à risque associées à sa consommation de cannabis et 3) la présence de polyconsommation (alcool, cannabis).

pas eu une CEA ou une consommation à risque de cannabis lors d'EFU ($n = 1$) ou n'ont pu être rejoints pour valider leur éligibilité ($n = 1$). Des 19 étudiants éligibles, quatre n'ont pas participé à l'étude faute de se présenter aux groupes de discussion auxquels ils avaient été invités.

Les étudiants éligibles ont rempli un formulaire de consentement en ligne et ont été contactés afin de prévoir une plage horaire pour prendre part à la collecte de données. Pour favoriser leur participation, les étudiants pouvaient choisir de participer à des entrevues individuelles à distance ou à des groupes de discussion à distance. Considérant l'unicité expérientielle vécue par les étudiants lors d'EFU (Ponterotto, 2005), le nombre de participants ciblés visait la présence de redondance thématique plutôt que de saturation empirique des données.

Échantillon

Au total, 15 étudiants universitaires (10 femmes) âgés en moyenne de 23 ans [21 ; 26] ont participé à l'étude. Parmi les participants, 14 étaient aux études au moment de la collecte de données et une personne avait récemment obtenu son diplôme. Parmi les étudiants participant à l'étude, 11 étaient aux études de premier cycle, trois étudiaient au deuxième cycle et une personne avait complété un programme de maîtrise et obtenu un diplôme en attestant. Ils provenaient de quatre universités francophones québécoises différentes, à savoir : l'Université de Sherbrooke ($n = 7$), l'Université du Québec à Montréal ($n = 5$), l'Université du Québec à Trois-Rivières ($n = 2$) et l'Université de Laval ($n = 1$).

Comme attendu, tous les étudiants avaient participé à un EFU, dont les activités d'intégration, les 5 à 7 et les *partys* de fin de session. La totalité des participants avait eu une CEA lors d'un EFU et cinq des participants avaient eu une consommation de cannabis. En ce qui concerne les conduites à risque liées à la consommation d'alcool, 13 des 15 étudiants ayant eu une CEA et quatre des cinq des étudiants ayant consommé du cannabis lors d'EFU ont rapporté avoir eu des conduites à risque associées.

Analyses thématiques

Les thèmes d'analyse qui découlent des questions de recherche sont les stratégies préventives mises en place par les étudiants pour limiter la consommation d'alcool ou de cannabis, les conduites à risque associées ainsi que les facteurs influençant positivement ou négativement la mise en place des stratégies lors d'EFU. Cette analyse thématique des données ne repose sur aucun cadre théorique, mais est guidée par les cinq étapes proposées par Braun et Clarke (2006). Une codification mixte (Chandra et Shang, 2017) a été réalisée. La grille de codification est basée sur le guide d'entrevue qui a été conceptualisé selon les étapes de Paillé (1991) a également été validé auprès de collègues étudiants en toxicomanie qui mènent des études sur la consommation de substances psychoactives. Une fois les verbatim transcrits, une co-codification (deux codificateurs indépendants) déductive basée sur le guide d'entrevue a été réalisée pour les deux premières entrevues, un consensus de 90 % d'accord a été obtenu à l'aide du logiciel *Nvivo*. Les autres entrevues ont donc été analysées par l'un ou l'autre des codificateurs. Par la suite, une codification inductive a été

réalisée pour capter les autres thèmes pouvant être émergents. Les analyses déductives et inductives ont d'abord été réalisées de manière horizontale (intra-entrevue), puis de manière verticale (inter-entrevue) (Miles et al., 2020).

Résultats

Les thèmes liés aux stratégies planifiées par les étudiants eux-mêmes ont été répartis en deux grandes catégories : (1) les stratégies utilisées pour limiter la consommation et (2) les stratégies utilisées pour limiter les conduites à risque associées. Puis une troisième catégorie, entourant les facteurs qui influencent positivement ou négativement la mise en place des stratégies préventives planifiées, a été générée.

Les stratégies planifiées par les étudiants pour limiter leur consommation lors d'EFU

Pour limiter la consommation d'alcool, les étudiants ont identifié des stratégies pouvant se regrouper selon quatre catégories : sociale, temporelle, économique et liée à la substance. Il importe cependant de noter que le tiers des participants répondent spontanément ne pas mettre en place de stratégies spécifiques pour limiter leur consommation lors d'EFU. Avec quelques questions de précision, les étudiants arrivent tout de même à nommer des stratégies qu'ils mettent en place pour limiter leur consommation lors d'EFU.

Stratégies préventives sociales

Les stratégies sociales sont celles orientées vers le réseau social de l'étudiant et qui ciblent une demande de soutien. Deux types de stratégies sont nommés par les étudiants : (1) s'entourer d'amis de confiance et (2) informer ses amis de la limite d'alcool fixée avant l'EFU. Plusieurs étudiants mentionnent que le fait d'être avec des amis de confiance lors de l'EFU leur permet de limiter leur consommation d'alcool. Pour d'autres étudiants, partager leur cible de consommation avec leurs amis permet d'agir à titre de rappel lors de l'EFU pour qu'ils respectent leur limite fixée avant.

Parfois je le dis à mes amis, je suis comme : « ouais, je vais essayer de pas trop boire à soir ». Et généralement, eux à un moment donné vont être comme : « ouais, t'avais dit que t'allais pas trop boire, tu peux te calmer. » (Gabriel, 22 ans)

Stratégies préventives temporelles

Les stratégies temporelles sont celles basées sur un moment précis de l'EFU. Deux types de stratégies temporelles ont été identifiés par les étudiants : (1) se fixer une heure d'arrêt de la consommation et (2) se fixer une heure de départ de l'EFU. Celles-ci sont à la fois utilisées pour limiter la surconsommation d'alcool et assurer un départ en sécurité. La plupart du temps, ces stratégies sont planifiées avant l'événement par les étudiants : « Bien, je me dis mettons avec un 4 à 8, si je me dis le 4 à 8 ça finit là, je vais me dire à partir de 7 h par exemple, je vais arrêter de boire. » (Marc, 23 ans)

Stratégies préventives économiques

Les stratégies préventives tiennent compte du montant d'argent alloué à la consommation d'alcool lors de l'EFU. Deux types de stratégies économiques ont été nommées par les étudiants : (1) prévoir un budget associé au nombre de consommations souhaitées et (2) acheter des coupons qu'ils pourront utiliser comme monnaie d'échange. Majoritairement, les étudiants mentionnent que ces stratégies sont souvent planifiées avant l'événement et mises en place lors de celui-ci : « On doit aller acheter des jetons avant d'aller acheter notre alcool, échanger l'alcool par un jeton. Donc j'apportais juste un nombre x de jetons, puis je laissais mon portefeuille dans mon casier. » (Mia, 23 ans)

Stratégies préventives liées à la substance

Alcool. Pour limiter la consommation d'alcool, quatre types de stratégies liés à la substance ont été identifiés par les étudiants : (1) compter le nombre de consommations prises (ex. : marque sur le bras au crayon-feutre ou décompte mental); (2) amener ses consommations personnelles; (3) prendre des consommations alternatives non alcoolisées et (4) refuser des consommations alcoolisées offertes. Les participants affirment que ces types de stratégies sont planifiés lors de l'événement ou encore mis en place pendant celui-ci. En ce qui concerne le premier type de stratégies, les étudiants mentionnent que les moyens utilisés leur permettent de garder à l'esprit le nombre de consommations prises lors de l'événement : « On se mettait des points sur notre main à toutes les fois qu'on avait une consommation dans le corps, qu'on prenait une consommation. » (Jade, 21 ans)

Cannabis. Pour limiter la consommation de cannabis, les étudiants ont identifié quatre types de stratégies propres à cette substance, soit : (1) se rappeler des effets de la consommation de cannabis (être moins dans une ambiance de fête); (2) compter le nombre de « puffs » prises; (3) connaître le produit consommé (la teneur de THC, le mode de consommation) et (4) ne pas apporter du cannabis lors de l'EFU. Ces stratégies sont planifiées avant l'événement et généralement mises en place pendant celui-ci.

L'élément qui va limiter le plus c'est j'en amène tu ou pas ? Parce que si je n'en amène pas, bien je ne vais pas chercher à consommer ça, à moins que quelqu'un d'autre le propose, mais je ne vais pas demander. (Oscar, 23 ans)

Les stratégies préventives planifiées par les étudiants pour limiter les conduites à risque associées à leur consommation lors d'EFU

Les étudiants ont également identifié des stratégies qu'ils mettent en place pour limiter les conduites à risque liées à leur consommation lors d'EFU. Trois stratégies préventives différentes ont été identifiées pour limiter la conduite avec les facultés affaiblies et cinq stratégies pour limiter les comportements sexuels à risque.

Limiter la conduite avec les facultés affaiblies

Pour limiter la conduite automobile avec les facultés affaiblies, les étudiants ont identifié trois stratégies préventives : (1) les transports alternatifs ; (2) la présence d'un conducteur désigné et 3) le retour avec une personne de confiance. Une perspective de retour sécuritaire est associée à ces trois stratégies. Plus précisément, pour les transports alternatifs, les étudiants mentionnent planifier et utiliser différents modes de transports autres que l'automobile, tels que l'autobus, le taxi, l'*Uber*, le vélo et la marche.

Sinon, je suis un grand fervent de marcher moi quand c'est possible ou en vélo j'aime bien le vélo. En dernier recours l'autobus, si c'est le seul moyen qui reste ou covoiturage. J'appelle quelqu'un, tu sais quand j'étais chez mes parents, je pouvais appeler mes parents, mais là je ne peux pas. (Marc, 23 ans)

Parmi ces différents moyens de transport alternatifs, la perspective de sécurité liée à un retour en vélo ou à la marche ne fait pas l'unanimité chez les étudiants. Pour certains, revenir en vélo ou à la marche est sécuritaire, alors que pour d'autres ces moyens comportent des risques. Pour ces étudiants, revenir à la marche ou en vélo sous l'influence d'alcool ou de cannabis peut être plus dangereux, puisque leurs capacités motrices sont ralenties.

En ce qui a trait à la présence d'un conducteur désigné, selon les répondants, elle permet de limiter la conduite automobile avec les facultés affaiblies. La personne qui est désignée comme conducteur s'assure d'être apte à conduire et d'assurer la sécurité de ses passagers, en ne consommant pas, sinon très peu.

Mais si t'as d'autres personnes à ramener, comme la responsabilité d'autres personnes, je pense que ça peut être une raison de ne pas abuser, parce que t'as pas envie qui leur arrive quelque chose, puis bien ça va jouer dans la balance : « regarde, je prends une bière ou deux puis je n'ai pas envie de tester la limite ». (Oscar, 23 ans)

Pour limiter la conduite automobile avec les facultés affaiblies, la dernière stratégie rapportée par les étudiants vise le retour à la maison avec des personnes de confiance. Plusieurs participants planifient un retour à la maison par la marche avec un ami de confiance ou en groupe de deux ou à plusieurs : « Avant de partir. Et... sinon j'essaie de ne pas rentrer tout seul. Comme ça on est plusieurs et en tout cas, on est minimalement deux à faire attention. » (Gabriel, 22 ans)

Limiter les comportements sexuels à risque

Pour limiter les comportements sexuels à risque associés à la consommation lors d'EFU, les étudiants ont identifié cinq stratégies préventives : (1) dormir chez un ami ; (2) éviter de « flirter » ; (3) favoriser des relations sexuelles avec un partenaire connu ; (4) informer leurs proches de leurs allées et venues et (5) utiliser des moyens contraceptifs. Ainsi, pour limiter d'avoir des comportements sexuels à risque lorsqu'ils sont intoxiqués, les étudiants dorment chez des amis. D'autres participants mentionnent qu'ils évitent de « flirter » avec tout le monde lors de l'EFU pour limiter

les possibilités de comportements sexuels à risque. Pour certains étudiants, le fait d'éviter de « flirter » réduit considérablement les risques de comportements sexuels indésirés. D'autres encore favorisent les relations sexuelles avec des partenaires amoureux ou connus pour limiter les relations sexuelles à risque (non consentantes, grossesse involontaire) : « Tout le monde que je ne connais pas, je ne vais pas leur faire confiance, mais lui, vu que je le connais, je le sais qu'il va connaître mes limites et les respecter. » (Louise, 25 ans)

Concernant la stratégie d'informer leurs proches de leurs allées et venues, certains étudiants indiquent qu'il s'agit d'une stratégie qui leur permet de limiter les comportements sexuels à risque. Certains étudiants utilisent des messages individualisés (textos), des messageries de groupe ou encore des applications de géolocalisation. L'utilisation de ces technologies pour maintenir un contact avec un proche augmente le sentiment de sécurité des participants.

Ma sœur qui habitait à [nom de ville] à ce moment-là était au courant que j'allais dans un 4 à 7, que je comptais boire, son conjoint aussi l'était. Donc s'il y avait quoi que ce soit je sais que j'avais d'autres gens sur qui je pouvais compter qu'eux n'étaient pas où j'étais et qui n'allaient pas être intoxiqués. (Mia, 23 ans)

Enfin, pour limiter les comportements sexuels à risque, comme les ITSS ou encore les conséquences liées à une relation sexuelle non protégée, telle qu'une grossesse involontaire, quelques participants mentionnent toujours utiliser des moyens contraceptifs (pilule contraceptive) et de protection (préservatifs). Ces cinq stratégies pour limiter les comportements sexuels à risque sont généralement planifiées avant l'EFU et parfois mises en place spontanément pendant l'événement.

Les facteurs qui influencent positivement ou négativement la mise en place des stratégies préventives planifiées par les étudiants eux-mêmes.

Comme mentionné, ce n'est pas parce que la stratégie est planifiée qu'elle est nécessairement mise en place pendant l'EFU. Questionnés sur les facteurs qui influencent la mise en place des stratégies, les étudiants ont identifié trois catégories de facteurs, soit : (1) les facteurs individuels ; (2) les facteurs sociaux et (3) les facteurs contextuels. Ces facteurs sont bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils peuvent influencer positivement l'étudiant à mettre à place la stratégie planifiée ou, au contraire, avoir une influence négative et empêcher l'étudiant de la mettre en place.

Facteurs individuels

Trois facteurs individuels peuvent favoriser ou limiter la mise en place des stratégies préventives planifiées par les étudiants : le niveau de contrôle de l'étudiant, la présence ou non de responsabilités et le rappel ou non des conséquences antérieures.

En lien avec le niveau de contrôle, plus un étudiant mentionne être sensible à l'influence des autres et avoir de la difficulté à s'affirmer, moins il mettra en place la stratégie planifiée :

Souvent mon truc c'était je bois ça et je ne bois rien d'autre, mais s'il y a quelqu'un d'autre qui m'offre quelque chose, j'ai vraiment de la misère à dire non parce que ça ne me tente pas de dire non, ça faisait que mon truc de gérer d'avance mon nombre de trucs à boire je ne le respectais pas [...]. (Louise, 25 ans)

En lien avec la présence ou non de responsabilités, les étudiants qui ont des responsabilités pendant (être responsable de l'événement, être membre du comité intégrateur) ou au lendemain de l'EFU (un examen) identifient qu'il est plus probable que leurs stratégies planifiées soient mises en place.

Bien c'est que l'événement était terminé, donc je n'avais plus vraiment de responsabilités. J'étais plus responsable de l'événement. On ramassait l'événement, on *cleanait* puis après ça le but c'était de célébrer en comité. Donc, ouais c'est ça, ça je le mettais de côté. J'étais plus responsable de personne donc ça faisait en sorte que ça ne me dérangeait pas de consommer plus. (Lucas, 24 ans)

Enfin, le rappel ou non des conséquences antérieures liées à la consommation d'alcool ou de cannabis peut influencer la mise en place des stratégies planifiées. Les étudiants qui ne sont pas en mesure de se rappeler des conséquences négatives d'une consommation antérieure pendant la soirée ont moins de probabilités de mettre en place les stratégies préventives planifiées.

Puis sinon, je connais très bien ma limite, je sais que quand je suis rendu vraiment à un état que je commence à être pas mal saoule, bien j'arrête, parce que je n'ai pas envie de me rendre dépasser ma limite. (Alice, 21 ans)

Facteurs sociaux

Deux facteurs sociaux peuvent favoriser ou limiter la mise en place des stratégies préventives planifiées par les étudiants : la pression sociale directe (présence d'un ami qui amène des consommations ou qui incite à la consommation) et la pression sociale indirecte (présence de pairs qui consomment, sans nécessairement en offrir).

Selon les participants, la pression sociale est le facteur qui a le plus de probabilité d'influencer la mise en place ou non de stratégies planifiées par les étudiants. Plus il y a de pression sociale, plus les probabilités de ne pas mettre en place les stratégies planifiées augmentent.

C'était la fête d'un de mes coéquipiers, donc même si on avait une remise le lendemain, on s'est dit : « laissons faire la modération ce soir, on vit juste une fois son 21 ans ». Donc c'est ça c'était la pression des pairs qui a fait que ça a passé tout droit. (Raphaël, 23 ans)

Facteurs contextuels

Trois facteurs contextuels peuvent favoriser ou limiter la mise en place des stratégies préventives planifiées par les étudiants, soit : le prix et l'offre de la consommation, la modalité de l'EFU et la quantité ainsi que la prévisibilité de l'EFU. Ces facteurs sont contextuels, puisqu'ils sont liés à l'environnement dans lequel l'événement a lieu. En ce qui concerne le prix et l'offre d'alcool, comme en témoignent les propos recueillis, la présence de tarifs promotionnels ou de gratuités sur les consommations alcoolisées affecte négativement la mise en place des stratégies planifiées : « Je peux *afford* [me permettre] un pichet a soir, ça va être tout, les soirées des 5 à 8, c'est 2,50 \$ au lieu de 38 \$ le pichet, ça va vite quand même. » (Jade, 21 ans)

Les deux autres facteurs sont particulièrement liés au contexte entourant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle a eu lieu la collecte de données. Il semble en effet que la modalité des EFU, soit le fait qu'ils soient virtuels ou en présence influence la mise en place des stratégies planifiées. Les EFU en présence sont davantage associés à l'échec de la mise en place des stratégies planifiées. De plus, la quantité limitée d'EFU auxquels les étudiants peuvent participer ou encore l'absence de prévisibilité limite la mise en place des stratégies planifiées en favorisant le sentiment de devoir rattraper les « moments perdus ». Ce dernier élément est possiblement spécifique au déroulement des EFU en contexte de pandémie et lié aux mesures sanitaires déployées.

Dans le sens que personnellement j'ai tellement été privé disons, pendant un an et demi de tout, de tout type de contact social, de tout type de party universitaire puisqu'en ligne ça reste qu'au final, quand tu fermes ton ordinateur t'es tout seul chez toi. Je te dirais que ça a un peu, je dirais le *fear of missing out* un peu, tu sais comme je me sens un peu comme : « ok il faut que tu vives quatre sessions universitaires en une ». (Rose, 22 ans)

Discussion

En somme, les étudiants universitaires rapportent 14 types de stratégies différentes (dont 10 spécifiques à la consommation d'alcool et quatre à la consommation de cannabis) réparties dans quatre catégories différentes (sociale, temporelle, économique et liée aux substances) pour limiter leur consommation lors d'EFU. Les étudiants ont également identifié huit types de stratégies préventives pour limiter les conduites à risque associées à la consommation d'alcool et de cannabis, trois stratégies pour limiter la conduite avec les facultés affaiblies et cinq stratégies pour limiter les comportements sexuels à risque.

Les stratégies identifiées par les étudiants ont été regroupées dans des catégories comparables à celles de l'étude canadienne de Meister et ses collaborateurs (2018), soit sociale, économique et liée à la substance consommée. Au surplus des catégories préalablement identifiées dans l'étude de Meister et ses collaborateurs (2018), les étudiants universitaires de la présente étude ont également identifié des stratégies temporelles. Le fait que cette étude cible les stratégies mises en place par les étudiants eux-mêmes lors d'EFU alors que l'étude de Meister et ses collaborateurs (2018)

cible des recommandations de stratégies par et pour les étudiants sans être spécifique aux EFU pourrait expliquer que la catégorie temporelle de stratégies utilisées par les étudiants soit ressortie dans la présente étude. Le recours à des entrevues individuelles dans l'étude actuelle a probablement permis d'approfondir davantage certaines stratégies. Enfin, l'aspect temporel semble être un point de repère important lors d'EFU chez les étudiants qui planifient et mettent en place des stratégies pour limiter leur consommation.

Un nombre plus élevé de stratégies a été identifié pour limiter la consommation d'alcool que pour limiter la consommation de cannabis. Quatre hypothèses pourraient expliquer la présence d'une seule catégorie de stratégies pour limiter la consommation de cannabis. Premièrement, la présence d'un nombre plus élevé de personnes ayant eu une CEA ($n = 15$) que de personnes ayant eu une consommation à risque de cannabis ($n = 4$) lors d'EFU dans l'échantillon pourrait expliquer la faible diversité de stratégies identifiées. Deuxièmement, ces résultats peuvent ainsi être le simple reflet du fait que davantage d'étudiants consomment de l'alcool que du cannabis (April et al., 2016; Conus et al., 2022; Egan et al., 2019; Looby et al., 2021). Troisièmement, comme il y a très peu d'étudiants qui consomment uniquement du cannabis sans consommer de l'alcool (Looby et al., 2021; Yurasek et al., 2017), cela pourrait expliquer qu'il y a moins de stratégies liées uniquement au cannabis. Quatrièmement, il est fort possible que les étudiants qui ne consomment pas ou peu du cannabis ne ressentent pas le besoin de planifier ou de mettre en place des stratégies pour limiter la consommation de cannabis lors d'EFU. En résumé, étant donné la légalisation récente du cannabis, la proportion plus faible de personnes qui en consomment, les normes associées à cette consommation et l'offre limitée de cannabis lors d'EFU, il est possible qu'à ce jour, seules des stratégies individuelles de prévention soient utilisées. Le fait que les étudiants utilisent des stratégies différentes pour l'alcool et pour le cannabis soulève la possibilité que les stratégies soient aussi différentes pour les autres types de substances.

Une seule stratégie est mentionnée par les étudiants pour refuser une consommation. Le faible ratio de stratégies préventives pour refuser une consommation peut s'expliquer par l'environnement festif. Les EFU sont des moments de célébration, de socialisation et de plaisir. De plus, considérant la normalisation de la consommation de substances psychoactives (Barbero et al., 2003; Hansen et al., 2001) lors d'EFU, davantage de stratégies sont mises en place pour réduire la consommation plutôt que de cesser celle-ci. Ces stratégies s'apparentent à l'approche de réduction des méfaits, une approche qui semble davantage correspondre à la perspective des étudiants lors d'EFU.

Plusieurs stratégies identifiées par les étudiants semblent calquées sur les messages de prévention qui leur sont offerts (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019) et diffèrent des approches répressives. Cependant, la pertinence de certaines stratégies semble questionnable. À titre d'exemple, si compter le nombre de consommations permet à certains de limiter leur consommation, des études ont démontré que cette stratégie peut également mener à une compétition de qui consomme le plus (Dumbili et Williams, 2016). Autre exemple en lien avec la prévention des conduites sexuelles à risque et les relations sexuelles non consentantes, les étudiants disent

n'avoir des relations sexuelles qu'avec un partenaire connu. Cette stratégie est discutable, considérant que dans la majorité des agressions sexuelles, la victime connaissait son agresseur (Ministère de la Sécurité publique, 2021).

Les étudiants ont identifié sept facteurs, divisés en trois catégories (individuelle, sociale et contextuelle), qui peuvent favoriser la mise en place des stratégies planifiées ou lui nuire. Du point de vue individuel, être capable de s'affirmer, avoir des responsabilités lors de l'EFU ou le lendemain et ne pas se rappeler les conséquences négatives de consommations antérieures limitent la mise en place des stratégies préventives. Du point de vue social, une plus grande pression directe ou indirecte des pairs limite également la mise en place des stratégies préventives. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Williams et ses collaborateurs (2008) qui indiquent que le prix des consommations et la pression sociale peuvent influencer la consommation de substances. Enfin, du point de vue contextuel, le bas prix, voire la gratuité, de la consommation au moment de l'EFU et la rareté d'EFU en présence limitent la mise en place des stratégies préventives. Ces résultats sur la modalité et la quantité ainsi que la prévisibilité des EFU sont évidemment en lien avec le contexte de la pandémie (confinement pandémique, besoin de contacts sociaux en présence) qui a fortement influencé les EFU (Benninger et al., 2022).

À la lumière des stratégies rapportées, il semble que ce soit le cumul de différentes catégories de stratégies qui permettent de limiter la consommation excessive lors d'EFU (Meister et al., 2018). En effet, l'utilisation de différents types de stratégies permettraient aux étudiants de les utiliser selon le contexte et le moment opportun. Bien qu'une stratégie soit planifiée par les étudiants, elle ne garantit pas sa mise en place au moment voulu (Bass et al., 2013; Bernstein et al., 2018).

Si certains facteurs individuels identifiés (le niveau de contrôle de l'étudiant, la présence ou non de responsabilités et le rappel ou non des conséquences antérieures) dans la présente étude sont congruents à la théorie des comportements planifiés de Ajzen (1991), les propos des étudiants suggèrent que la combinaison de plusieurs facteurs externes survenant lors de l'événement a une influence prépondérante sur la mise en place ou non des stratégies planifiées lors d'EFU.

En outre, les résultats de cette étude suggèrent que des stratégies non planifiées peuvent être décidées et mises en place lors de l'événement. En ce sens, les propos recueillis auprès des étudiants indiquent que la mise en place de stratégies serait plus complexe que ce que propose la théorie d'Ajzen (1991), voire non linéaire. Dans une optique de prévention, les résultats de la présente étude portent à l'avant-plan l'importance de considérer les facteurs individuels (attitudes, normes subjectives, perception de contrôle), mais aussi les facteurs sociaux et contextuels propres aux EFU pour favoriser la mise en place de stratégies préventives planifiées.

Cette étude est l'une des premières à rendre compte de manière qualitative de la perspective des étudiants universitaires quant aux stratégies de prévention qu'ils utilisent pour limiter leur consommation d'alcool et de cannabis ainsi que leurs conduites à risque associées lors d'EFU. Cette étude permet, entre autres, d'identifier les stratégies préventives utilisées par les étudiants ainsi que les facteurs favorisant ou limitant leur mise en place. Il semble cependant important

de poursuivre les efforts pour, non seulement, faire connaître les bonnes stratégies préventives, mais aussi favoriser leur mise en place dans différents contextes. La perspective des étudiants milite en faveur d'opter pour des stratégies préventives qui visent la diminution, la gestion de leur consommation, mais également les conduites à risque associées (Crawford-Williams et al., 2016; Jenkins et al., 2017). Alors qu'il est attendu lors d'EFU qu'il y ait de la consommation, voire même de la consommation excessive, dans une perspective de réduction de méfaits, la prévention lors d'EFU devrait être vue également comme un filet de sécurité pour limiter la prise de risques et les conduites à risque associées chez les étudiants.

Les résultats obtenus doivent tout de même être interprétés à la lumière de certaines limites. D'abord, les données ont été colligées au moment de la pandémie de COVID-19. Cette situation a pu limiter la capacité à aborder plus en profondeur les thèmes, puisque les EFU étaient moins fréquents et désincarnés généralement du contexte dans lesquels on les retrouve. La transférabilité des résultats à l'ensemble de la population universitaire doit être faite avec prudence, puisque seuls des étudiants de 4 des 16 universités québécoises ont participé à l'étude. Les prochaines études devraient s'assurer d'une plus grande représentativité et notamment considérer l'ajout d'universités situées en régions plus éloignées.

Enfin, la présence d'un biais de mémoire (Althuibaiti, 2016) ne peut être écartée, considérant l'utilisation d'un devis rétrospectif et la présence d'étudiants qui ont eu une consommation excessive lors des EFU étudiés. Dans les prochaines études, une collecte de données *in vivo*, soit au moment même des EFU, pourrait offrir une compréhension plus précise du phénomène étudié. Une analyse différentielle selon le genre permettrait par ailleurs l'identification de stratégies plus précisément utilisées par les hommes et les femmes.

Conclusion

Cette étude est l'une des premières études québécoises qui abordent la perspective des étudiants quant aux stratégies qu'ils planifient et mettent en place pour limiter leur consommation d'alcool et de cannabis et les conduites à risque associées lors d'EFU. La prise en compte de la perspective des étudiants permet l'orientation et le développement de futurs programmes de prévention qui leur sont destinés lors d'EFU (Mental Health Commission of Canada, 2016; World Health Organization, 2020; Zhu et al., 2022). La considération de la perspective des étudiants et du contexte spécifique des EFU semble essentielle pour la mise en place d'interventions préventives auprès de la population étudiante lors d'EFU. Considérant que l'identification de facteurs influençant positivement et négativement l'adoption de stratégies préventives lors d'EFU n'a pas été explorée dans les études antérieures (Crawford-Williams et al., 2016; Meister et al., 2018), cet aspect demeure central à considérer dans le développement des connaissances nécessaires pour orienter l'intervention préventive.

Références

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211-217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- American College Health Association. (2013). *National College Health Assessment II: Canadian Reference Group, Executive Summary, Spring 2013*. American College Health Association. https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA-II_CANADIAN_ReferenceGroup_DataReport_Spring2013.pdf.
- April, N., Bégin, C., Hamel, D., Tessier, M. et Morin, R. (2016). *Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015*. Institut national de santé publique du Québec. 978-2-550-75810-5 https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2137_consommation_alcool_quebec.pdf
- Barbero, C., Beck, F. et Vishi, R. (2003). Fréquentation des fêtes techno et consommation de produits psychoactifs. *De Boeck Supérieur*, 9(3), 105-133. <https://doi.org/10.3917/psyt.093.0105>
- Bass, E.J., Bruce, S.E. et Lee, D.W. (2013). The effect of a birthday card intervention on 21st birthday celebratory drinking behaviors. *Journal of alcohol and drug education*, 57(2), 47-65.
- Benninger, E., Schmidt-Sane, et Hajski, A. (2022). Youth Lens : youth perspectives on the COVID-19 pandemic and its impact on Well-being in an urban community. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s42448-022-00130-z>
- Bergeron, M., Hébert, M., Ricci, S., Goyer, M.-F., Duhamel, N., Kurtzman, L., Auclair, I., Clennett-Sirois, L., Daigneault, I., Damant, D., Demers, S., Dion, J., Lavoie, F., Paquette, G. et Parent, S. (2016). *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec : Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Université du Québec à Montréal.
- Bernstein, M.H., Stein, L.A., Neighbors, C., Suffoletto, B., Carey, K.B., Ferszt, G., Caron, N. et Wood, M.D. (2018). A text message intervention to reduce 21st birthday alcohol consumption: evaluation of a two-group randomized controlled trial. *Psychology of addictive behaviors*, 32(2), p. 149-161. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fadb0000342>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), p. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cardona, L. (2014). « Aller vers », un dispositif de déambulation pour prévenir la consommation d'alcool des jeunes par leurs pairs. *Cahier de l'action*, 43, 41-49. <https://doi.org/10.3917/cact.043.0041>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanie [CCLT]. (2017). *Les étudiants, l'alcool et les politiques sur l'alcool : commentaires recueillis pendant la tournée de discussion #RethinkTheDrink*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Students-Drinking-Alcohol-Policies-Summary-Report-2017-fr.pdf>
- Chandra, Y. et Shang, L. (2017). An RQDA-based constructivist methodology for qualitative research. *Qualitative market research: An International Journal*, 20(1), 90-112. <https://doi.org/10.1108/QMR-02-2016-0014>

Conus, F., Gonzalez-Sicilia, D. et Camirand, H. (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. Portrait et évolution de 2018 à 2021*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-consommation-perceptions-evolution-2018-2021.pdf>

Crawford-Williams, F.M., Roberts, R.M. et Watts, D. (2016). Alcohol consumption and protective behavioural strategy use among Australian young adults. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(1), 119-133. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2013.831363>

Dumbili, E. et Williams, C. (2016). Drinking game participation, gender performance and normalization of intoxication among Nigerian university students. *Addictive Behaviors Reports*, 5, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.11.002>

Egan, K.L., Suerken, C., Debinski, B., Reboussin, B.A., Wagoner, K.G., Sutfin, E.L. et Wolfson, M. (2019). More than just Alcohol: Marijuana and Illicit Drug Use at Parties Attended by 15-20 Year Olds. *Substance Use and Misuse*, 54(2), 297-306. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1517798>

Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J. et Room, R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *American Journal of Public Health*, 107(8), 1-12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818>

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.

Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.), (p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.

Hansen, D., Maycock, B. et Lower, T. (2001). Weddings, parties, anything..., a qualitative analysis of ecstasy use in Perth, Western Australia. *International Journal of Drug Policy*, 12(2), 181-199. [https://doi.org/10.1016/s0955-3959\(00\)00075-x](https://doi.org/10.1016/s0955-3959(00)00075-x)

Hingson, R., Zha, W. et Smyth, D. (2017). Magnitude and trends in heavy episodic drinking, alcohol-impaired driving, and alcohol-related mortality and overdose hospitalizations among emerging adults of college ages 18-24 in the United States, 1998-2014. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(4), 540-548. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.540>

Hingson, R., Zha, W., Simons-Morton, B. et White, A. (2016). Alcohol-induced blackouts as predictors of other drinking related harms among emerging young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(4), 776-784. <https://doi.org/10.1111/acer.13010>

Jenkins, E.K., Slemmon, A. et Haines-Saah, R.J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(53), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0180-z>

Looby, A., Prince, M.A., Villarosa-Hurlocker, M.C., Conner, B.T., Schepis, T.S., Bravo, A.J. et Stimulant Norms and Prevalence (SNAP) Study Team. (2021). Young adult use, dual use, and simultaneous use of alcohol and marijuana: An examination of differences across use status on marijuana use context, rates and consequences. *American Psychological Association*, 35(6), 682-690. <https://doi.org/10.1037/adb0000742>

Meister, S.R., Barker, B. et Flores Pajot, M.-C. (2018). *Heavy Episodic Drinking Among Post-secondary Students: Influencing Factors and Implications*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Heavy-Episodic-Drinking-Post-Secondary-Students-Report-2018-en.pdf>

Mental Health Commission of Canada [MHCC]. (2016). *The mental health strategy for Canada: A youth perspective*. Mental Health Commission of Canada. [2015-03-1617-MHCC-YouthStrategyReport-E-FINAL.indd](https://www.mhcc.ca/2015-03-1617-MHCC-YouthStrategyReport-E-FINAL.indd) (mentalhealthcommission.ca)

Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook* (4^e éd.). Sage.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2019). *Alcool, cannabis et autres drogues – Planification des actions préventives basées sur les meilleures pratiques dans les milieux d'enseignements fréquentés par les jeunes adultes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-236-06W.pdf>

Ministère de la Sécurité publique. (2021). *Criminalité au Québec – Infractions sexuelles en 2019*. Ministère de la Sécurité publique <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/securite-publique/publications#c80043>

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2021). *Marijuana use at historic high among college-aged adults in 2020*. [Marijuana use at historic high among college-aged adults in 2020](https://www.nida.nih.gov/news-events/marijuana-use-at-historic-high-among-college-aged-adults-in-2020). National Institutes of Health (NIH). [National Institutes of Health \(NIH\)](https://www.nih.gov/news-events/marijuana-use-at-historic-high-among-college-aged-adults-in-2020)

Neighbors, C., Walters, S. T., Lee, C. M., Vader, A. M., Vehige, T., Szigethy, T. et DeJong, W. (2007). Event-specific prevention: Addressing college student drinking during known windows of risk. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2667-2680. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.05.010>

Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : Un modèle et une illustration* [Communication au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences]. Université de Sherbrooke, QC, Canada.

Paradis, C., Goupil, J.P., Cyr, C. et Proulx, C. (2018). *Youth alcohol use and its harms: case study in the community of Sherbrooke*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Ponterotto, J. (2005). Qualitative research in counseling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-0167.52.2.126>

Santé Canada. (2018a). *Données utiles concernant votre campus : Données sur l'alcool de l'enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaires (ECCADEEP)*. Santé Canada. <https://pepah.ca/wp-content/uploads/2020/06/PEP-AH-Alcohol-Data-from-CPADS-Infographic-2020-fr.pdf>

Santé Canada. (2018b). *Données utiles concernant votre campus : Données sur le cannabis de l'enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaires (ECCADEEP)*. Santé Canada. <https://pepah.ca/wp-content/uploads/2020/06/PEP-AH-Cannabis-Data-from-CPADS-Infographic-2020-fr.pdf>

- Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research* 17(88), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Stoner, S.A. (2018). Marijuana and sexual risk behavior in youth and emerging adults: What do we know? *Alcohol and Drug Abuse Institute, University of Washington*, 1-9.
- Williams, J., Chaloupka, F.J. et Wechsler, H. (2008). Are there differential effects of price and policy on college students' drinking intensity? *Contemporary Policy Issues*, 23(1), 78-90. <https://doi.org/10.1093/cep/byi007>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Youth-centred digital health interventions: a framework of planning, developing and implementing solutions with and for young people*. [Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240013311)
- Yurasek, A.M., Aston, E.R. et Metrik, J. (2017). Co-use of alcohol and cannabis: A review. *Current Addiction Reports*, 4, 184-193. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0149-8>
- Zhu, N., Hawke, L.D., Prebeg, M., Hayes, E., Darnay, K., Iyer, S.N. et Henderson, J. (2022). Intervention outcome preferences for youth who are out of work and out of school: a qualitative study. *BMC Psychology*, 10(180). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00887-5>



Perspective des intervenants sur l'implantation initiale du programme Sage Usage

Pascale Alarie-Vézina, M. Sc, (c) Ph.D, Université du Québec à Trois-Rivières

Chantal Plourde, Ph. D., professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières

Joël Tremblay, Ph. D., professeur titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières

Myriam Laventure, Ph. D., professeur titulaire, Université de Sherbrooke

Jennifer Beauregard, M. Sc., professionnelle de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

Bertrand Picard, intervenant en toxicomanie (retraité), Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent

Correspondance

UQTR

3351 Bd des Forges

Trois-Rivières, QC

G8Z 4M3

Courriel : Pascale.alarie-vezina@uqtr.ca

Résumé

Contexte : Au moment de l'étude, Sage Usage (SU) est un programme novateur s'adressant aux Premières Nations et aux Inuit (PNI) visant le développement de stratégies pour atteindre et maintenir un usage modéré d'alcool (il inclut désormais toutes les substances psychoactives). SU a fait l'objet d'un processus participatif de modification du programme Alcochoix+, visant à le rendre culturellement pertinent et cohérent avec les valeurs et réalités des PNI. L'article présente les résultats d'une étude d'implantation initiale réalisée entre 2020 et 2022.

Objectif : L'étude vise à documenter 1) le degré d'implantation du programme, 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience au stade d'implantation initiale, et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation.

Méthode : Des intervenants des communautés des PNI ayant reçu la formation (n=31) ont participé à des entrevues de groupe et individuelles portant sur leur expérience d'implantation du programme. Les verbatims des entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu thématique avec NVivo.

Résultats : SU a été peu implanté dans sa première phase d'expérimentation et des enjeux en lien avec l'acceptabilité, l'adoption et la faisabilité ont été identifiés. SU est perçu par les participants comme ayant un bon niveau de convenance sur le plan du contenu (thèmes abordés, éléments culturels, etc.), mais moins sur celui de sa structure externe (séquence des activités, quantité de texte, vocabulaire, etc.). Des retombées positives sur les pratiques professionnelles des intervenants sont évoquées.

Discussion : SU bonifie l'offre de service des communautés et plusieurs modalités de prestation (formule couple, suivi post-thérapie, etc.) apparaissent prometteuses pour l'adapter aux besoins spécifiques des communautés.

Conclusion : Un engagement à long terme via une démarche flexible permettant aux communautés de s'approprier le programme apparaît fondamental pour favoriser une implantation durable et pertinente de SU.

Mots-clés : Premières Nations et Inuit, implantation de programme, usage d'alcool, approche participative communautaire

Stakeholders' perspective on the initial implementation of *Wise Choices*

Abstract

Background: At the time of this research, *Wise Choices* is an innovative program for First Nations and Inuit (FNI) aimed at developing strategies to achieve and maintain moderate alcohol use (it now includes all psychoactive substances). *Wise Choices* has undergone a participatory and iterative process of modifying *Alcochoix+* to make it culturally relevant and consistent with the values and realities of FNI. The article presents the results of an initial implementation study carried out between 2020 and 2022.

Objectives: The purpose of the study is to document 1) the degree of implementation of the *Wise Choices* program, 2) the perspective of stakeholders trained in the program regarding their experience in the initial implementation stage, and 3) facilitators and barriers to implementation.

Method: Addiction intervention stakeholders in the trained FNI communities (n=31) participated in group and individual interviews about their experience implementing the program. Interview verbatims were subjected to a qualitative thematic content analysis with NVivo.

Results: Throughout the province of Quebec, *Wise Choices* has been implemented to a limited extent and issues related to acceptability, adoption, and feasibility have been identified. *Wise Choices* is perceived by participants as having a good level of suitability in terms of content (topics covered, links with culture, etc.), but less so in terms of its delivery structure (sequence of activities, quantity of text, vocabulary, etc.). Unexpected positive impacts on stakeholders' professional practices were reported.

Discussion: *Wise Choices* enhances the service offer in the communities and several delivery modalities (couple formula, post-therapy follow-up, ...) appear promising to adapt *Wise Choices* to the specific needs of each community.

Conclusion: A long-term commitment through a flexible approach that allows communities to take ownership of the program appears fundamental to promote a sustainable and relevant implementation among FNI.

Keywords: First Nations and Inuit, program implementation, alcohol use, community-based participatory approach

Perspectiva de los intervinientes sobre la implantación inicial del programa *Sage Usage*

Resumen

Contexto: En el momento de llevar a cabo esta investigación, *Sage Usage* es un programa innovador destinado a las Primeras Naciones y a los Inuit, que apunta al desarrollo de estrategias para lograr y mantener un uso moderado de alcohol (incluye ahora todas las sustancias psicoactivas). *Sage Usage* ha sido objeto de un proceso participativo e iterativo de modificación del programa *Alchoix+*, destinado a hacerlo culturalmente pertinente y coherente con los valores y las realidades de las Primeras Naciones y los Inuit. El artículo presenta los resultados de un estudio de implantación inicial realizado entre 2020 y 2022.

Objetivos: El estudio busca documentar: 1) el grado de implantación del programa, 2) la perspectiva de los intervinientes formados en el programa en lo que hace a su experiencia en el estado de implantación inicial y 3) los facilitadores y los obstáculos a la implantación.

Método: Quienes intervienen en materia de dependencia en las comunidades de las Primeras Naciones e Inuit que habían recibido la formación (n=3) participaron en entrevistas de grupo e individuales sobre su experiencia en cuanto a la implantación del programa. Los informes textuales de las entrevistas fueron objeto de un análisis cualitativo del contenido temático con *NVivo*.

Resultados: *Sage Usage* ha sido poco implantado en el conjunto del territorio quebequense en su primera etapa de experimentación y se han identificado cuestiones relacionadas con la aceptabilidad, la adopción y la factibilidad del programa. Los participantes perciben a *Sage Usage* como un programa que posee un buen nivel de conveniencia en el plano del contenido (temas abordados, relaciones con la cultura, etc.), pero menos en lo que respecta a su estructura externa (secuencia de las actividades, cantidad de texto, vocabulario, etc.). Se evocaron resultados positivos sobre las prácticas profesionales de los intervinientes.

Discusión: Dividir el programa para hacer que sus componentes puedan utilizarse independientemente unos de otros parece ser una estrategia que favorece la adecuación cultural del programa. *Sage Usage* bonifica la oferta de servicio a las comunidades y varias formas de prestación (fórmula pareja, seguimiento postoperatorio, etc.) parecen prometedoras para adaptarlo a las necesidades específicas de cada comunidad.

Conclusiones: Un compromiso a largo plazo mediante un enfoque flexible que permita a las comunidades apropiarse del programa parece ser fundamental para favorecer una implantación durable y pertinente en las comunidades de las Primeras Naciones y los Inuit.

Palabras clave: Primeras Naciones e Inuit, implantación del programa, consumo de alcohol, enfoque comunitario participativo

Introduction

À l'instar de l'ensemble de la population québécoise, les membres des Premières Nations et les Inuit (PNI) présentent des profils d'intensité d'usage d'alcool diversifiés (Bélanger et al., 2020; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2018; Lévesque et al., 2018). Certains consomment de manière occasionnelle, d'autres plus régulièrement et d'autres de manière excessive. L'impact de cette consommation sur le fonctionnement général et les diverses sphères de vie est également variable. Or, le modèle d'abstinence demeure prédominant dans les communautés des PNI du Québec et l'offre de service ne répond pas de manière optimale aux besoins variés de la population. De fait, bien que pertinentes, les interventions accessibles (souvent offertes en hébergement à l'extérieur de la communauté) conviennent généralement aux personnes présentant des problématiques sévères, mais ne sont pas adaptées aux personnes dont l'usage d'alcool présente un niveau de risque faible ou modéré (Chauvet et al., 2015; McKay, 2009). Cet état de fait trouve probablement son explication dans un contexte sociohistorique où les membres des communautés autochtones ont été stigmatisés et étiquetés comme incapables de consommer de l'alcool de façon modérée en raison d'une vulnérabilité génétique (Roy, 2005), une idée qui n'est, par ailleurs, pas appuyée scientifiquement (Enoch et Albaugh, 2017). Or, une offre de service plus diversifiée, incluant des interventions s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits et visant la modération de la consommation, répondrait mieux aux besoins des personnes ayant un usage à risque faible ou modéré (Dell et Lyons, 2007; Lévesque et al., 2018; Plourde et al., 2010; Wardman et Quantz, 2006) de façon à éviter une aggravation, voire une chronicisation des difficultés liées à leur consommation d'alcool (Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States, 2016). Ce constat du besoin d'intervention visant un boire modéré est également celui d'acteurs de l'intervention en dépendance de neuf communautés des PNI, réunis en 2017 dans le cadre d'un séminaire collaboratif de réflexion sur les pratiques d'intervention en dépendance dans leurs communautés (Plourde et al., soumis pour publication).

Enraciné dans ces réflexions s'est amorcé le développement du programme Sage Usage (*Wise Choices* dans sa version anglophone). Il s'agit d'une version du programme Alcochoix+ (Simoneau et al., 2004), dont la forme et le contenu ont fait l'objet d'un processus collaboratif et itératif d'adaptation visant à le rendre cohérent avec les cultures, les valeurs et les réalités des PNI (Kumpfer et al., 2008). Sage Usage est basé sur les approches motivationnelle et cognitivo-comportementale et s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits. Il s'agit d'un programme de prévention secondaire qui vise le développement de stratégies pour atteindre et maintenir un « sage usage » d'alcool. Dans l'esprit des travaux du sociologue Alain Roy (2013), un sage usage a été défini par le comité conseil comme un usage conscient, responsable, volontaire, respectueux, positif et contrôlé (Plourde et al., 2019). Le programme permet de porter un regard objectif sur sa consommation et d'aborder des thèmes tels que les risques qui y sont associés, la motivation au changement, les valeurs, les objectifs personnels, les déclencheurs des envies de consommer, les fonctions de la consommation, les stratégies pour faire face aux déclencheurs et répondre à ses besoins, les sources de plaisir ainsi que la prévention de la rechute. Sage Usage a été initialement

développé et implanté à la demande des organisations autochtones au moyen d'une approche participative impliquant des intervenants en dépendance des communautés engagées dans le projet. Un comité conseil, regroupant des acteurs de l'intervention en dépendance des milieux cliniques de ces communautés ainsi que de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, a été formé. Le travail de ce comité a permis d'effectuer plusieurs modifications sur le plan du vocabulaire, des illustrations et des symboles, mais aussi en insufflant au programme une perspective plus holistique de la personne, la situant dans une communauté tout en tenant compte de l'ensemble des sphères de sa vie, dont sa spiritualité. L'implantation de Sage Usage a débuté en décembre 2019.¹

Par définition, une étude d'implantation s'intéresse aux facteurs d'influence et aux processus qui conduisent au succès ou à l'échec de la mise en œuvre d'un programme (Peters et al., 2014; Rudd et al., 2020). Deux phases composent habituellement l'implantation d'un programme, soit l'implantation initiale et l'implantation mature (Joly et al., 2010). L'évaluation d'implantation de la phase initiale est formative, c'est-à-dire qu'elle vise à obtenir une rétroaction concernant l'implantabilité du programme dans sa forme initiale soit, au cours de son développement, en vue de promptement le modifier afin de le rendre mieux adapté au contexte d'implantation (Chen, 2015). Lors de l'implantation initiale, la compréhension des processus d'implantation et l'application de stratégies la favorisant peuvent se faire de façon concurrente, voire faire partie intégrante du développement du programme (Lobb et Colditz, 2013; Mehta et al., 2021). Ainsi, le programme et sa mise en œuvre peuvent être ajustés de façon à ce qu'ils correspondent davantage aux besoins et à la réalité du milieu d'implantation (Joly et al., 2010). La phase d'implantation mature se déroule lors d'un stade plus avancé du programme. Elle vise moins à influencer la modification du programme et s'intéresse principalement à sa fidélité d'implantation (Chen, 2015).

Les résultats de la qualité d'implantation varient en fonction du degré de maturité d'un programme. Aspirant à développer une conceptualisation et un langage commun pour la recherche sur l'implantation, Proctor et ses collègues (2011) ont mis de l'avant une taxonomie des « résultats d'implantation » en identifiant leur saillance en fonction des stades de développement et d'implantation d'un programme. Cette taxonomie, fréquemment utilisée, comporte huit « résultats d'implantation » observables et mesurables dont six sont observables lors d'une phase d'implantation initiale : 1) l'acceptabilité ; 2) l'adoption ; 3) la convenance ; 4) la faisabilité ; 5) la fidélité ; et 6) les coûts différentiels d'implantation. La taxonomie des « résultats d'implantation » de Proctor et al. (2011) est décrite dans le Tableau 1. En plus d'être différenciés en fonction du stade de développement d'un programme, ces indicateurs sont universels et, surtout, ils ont déjà démontré leur applicabilité en milieu autochtone lors d'une étude d'implantation d'une intervention de gestion du diabète culturellement adaptée pour les populations autochtones d'Hawaï et des Îles du Pacifique (Sinclair et al., 2020).

¹ Les données présentées dans cet article brossent un portrait de l'implantation initiale de Sage Usage entre 2019 et 2021. À la lumière des résultats présentés, le développement du programme s'est poursuivi et sa forme actuelle diffère considérablement du programme initialement implanté. Des travaux sur les phases subséquentes du projet seront diffusés dans les années à venir.

TABEAU 1 – Taxonomie des résultats d'implantation
(Proctor et al., 2011; Proctor, Powell et Feely, 2014)

Résultats d'implantation	Définition	Stades d'implantation
Acceptabilité	La perception des parties prenantes que le programme ou l'intervention est acceptable et satisfaisant.	Initial Intermédiaire Mature
Adoption	L'intention et la décision par les parties prenantes de déployer les efforts nécessaires pour mettre en œuvre la nouvelle pratique.	Initial Intermédiaire
Convenance	La perception des parties prenantes de l'adéquation du programme avec le contexte pour traiter le problème qu'il vise à résoudre.	Initial
Faisabilité	La mesure dans laquelle il est possible d'utiliser ou de transporter une innovation dans un contexte ou auprès d'une population spécifique.	Initial
Fidélité	Le degré selon lequel la pratique est implantée conformément au protocole d'implantation.	Initial Intermédiaire
Coûts différentiels d'implantation	Les dépenses supplémentaires occasionnées par l'implantation du programme ou de la nouvelle pratique.	Initial Intermédiaire Mature
Pénétration	Le niveau d'intégration de l'intervention dans le cadre de services.	Intermédiaire Mature
Durabilité	Le niveau selon lequel l'innovation est institutionnalisée et maintenue dans le cadre de services.	Mature

Considérant que le programme Sage Usage correspond à un changement dans les pratiques en plus d'être une version modifiée d'un programme ne s'adressant pas spécifiquement aux PNI, l'évaluation de la phase d'implantation initiale du programme apparaît incontournable pour assurer l'adéquation du programme avec la vision du monde des PNI et la réalité des communautés. Pour ce faire, une approche participative a été priorisée. Une telle approche implique un engagement durable au sein duquel les membres des communautés sont des partenaires avec un véritable pouvoir décisionnel (MacKinnon, 2018). Au cours de l'implantation initiale, des échanges réguliers ont eu lieu avec les acteurs de l'implantation et les membres du comité conseil, ce qui a permis de donner une voix aux parties prenantes et d'orienter la conduite de l'évaluation en fonction des besoins réels des communautés autochtones partenaires.

Objectifs

Cet article vise à documenter 1) le degré d'implantation initiale du programme Sage Usage dans 10 communautés des PNI du Québec, un centre intégré de santé et service sociaux (CISSS) et deux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) offrant des services à

une clientèle autochtone ; 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience d'implantation au stade d'implantation initiale ; et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation d'un programme non axé sur l'abstinence, dans les communautés autochtones au Québec. Le tout est mené dans la perspective d'améliorer l'adéquation culturelle du programme Sage Usage.

Méthode

Un devis qualitatif a été privilégié dans cette étude puisque, non seulement, ce type de devis permet d'examiner en profondeur ce qui se produit durant l'implantation (Hamilton et Finley, 2019) et s'adapte bien aux circonstances de l'évaluation (Creswell, 2014), mais également parce qu'il correspond au mode oral privilégié par les gens des communautés autochtones (Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA] Manitoba, 2018). La conduite de la recherche évaluative en contexte autochtone implique l'adoption d'une posture qui accueille favorablement des méthodes s'inscrivant en cohérence avec les philosophies autochtones (CCPA Manitoba, 2018). Ces dernières sont caractérisées par une vision holistique de la personne tout en privilégiant une approche relationnelle forte (Ball et Janyst, 2008 ; CCPA Manitoba, 2018 ; Dion et al., 2020 ; Dawson et al., 2017 ; Smith, 2021).

Participants

Les participants à la recherche ont tous reçu, entre décembre 2019 et octobre 2020, une formation (en anglais ou en français) pour implanter le programme Sage Usage dans leur pratique. Parmi les participants à l'étude (n=31), 75 % étaient des intervenants auprès d'une clientèle autochtone et 25 % occupaient des fonctions de gestion ou de rôle conseil. Au sein du groupe, neuf personnes étaient autochtones et travaillaient directement dans les communautés. Inversement, parmi les vingt-deux participants allochtones, tous travaillaient directement auprès des personnes autochtones, dont 40 % directement dans une communauté autochtone, alors que 60 % travaillaient auprès de cette clientèle, mais en milieu urbain. L'échantillon comprenait donc 18 intervenants œuvrant dans les communautés autochtones et 13 intervenants travaillant auprès d'Autochtones en milieu urbain hors communauté. Au moyen d'une plateforme de téléconférence, 13 entrevues individuelles (12 en français et une en anglais) ont été réalisées et deux séries de quatre groupes de discussion (sept rencontres en français et une en anglais), réunissant en moyenne quatre participants par groupe, ont eu lieu. En fonction de leurs disponibilités, certains intervenants ont participé aux groupes de discussion des deux temps de mesure en plus de réaliser une entrevue individuelle, alors que d'autres n'ont participé qu'à une seule des deux modalités.

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS de Chaudière-Appalaches² (MP-23-2019-550) ainsi que par le CER sur les êtres humains de l'Université du

² Le projet Sage Usage (Plourde et al., 2018-2022) s'inscrit dans le projet Les programmes d'intervention précoce concernant l'usage à risque des SPA/JHA : la famille « Mes Choix » (Tremblay et al., 2018-2022)

Québec à Trois-Rivières (CER-18-251-10.02). Pour s'assurer que le consentement était libre et éclairé, les détails de la recherche et du formulaire étaient présentés sans pression par un membre de l'équipe de recherche lors des activités de formation. Il était souligné que les personnes recevant la formation étaient libres de participer ou non à la recherche et qu'elles pouvaient se retirer à tout moment. Elles étaient invitées à poser des questions et à prendre le temps nécessaire pour remplir le formulaire qui pouvait être remis lors de la formation ou plus tard.

Collecte de données

À la suite des premières formations (décembre 2019 et janvier 2020), des entrevues de groupe d'une durée variant de 60 à 90 minutes ont eu lieu pour évaluer la qualité de l'implantation initiale du programme Sage Usage. Ces rencontres ont été animées par des membres de l'équipe de recherche, connus des participants vu leur implication dans les activités de formation et de soutien clinique. Le guide d'entrevue élaboré pour le premier groupe de discussion contenait des questions visant à ce que les participants : (1) posent leurs questions en lien avec le programme; (2) discutent des obstacles à l'implantation et des stratégies à mettre en place pour y faire face; et (3) discutent de la trajectoire de services pour accéder à Sage Usage. Dans le guide d'entrevue du deuxième groupe de discussion, en plus des thèmes abordés lors du groupe précédent, les questions portaient sur : (1) l'adhésion au programme des personnes accompagnées et (2) les changements qu'ils aimeraient voir apporter à Sage Usage pour répondre aux besoins des personnes accompagnées ou faciliter son utilisation dans la pratique clinique. Ces entrevues de groupe ont été enregistrées et une synthèse des propos tenus par les participants a été produite pour chaque rencontre. Puisque les réponses des participants de la seconde série d'entrevues étaient semblables à celles de la première vague, l'équipe de recherche a convenu que la saturation des données avait été atteinte en ce qui avait trait à la modalité des entrevues de groupe. La conduite d'entrevues individuelles, visant à approfondir les éléments colligés, apparaissait comme la méthode la plus appropriée pour la poursuite de la collecte de données.

Dans un second temps, des entrevues individuelles semi-structurées (n=13) d'une durée variant de 30 à 60 minutes ont été réalisées. Le guide d'entrevue, développé à la lumière des résultats des entrevues de groupe, visait à comprendre l'expérience et la perception des intervenants au regard de l'implantation initiale du programme Sage Usage. Les questions portaient notamment sur : a) l'utilisation du programme par les intervenants; b) leur point de vue sur l'approche de réduction des méfaits proposée dans le programme Sage Usage; c) leur perception en lien avec la formation reçue et la mise en place éventuelle d'un programme de mentorat; d) la pertinence culturelle du programme, e) le caractère prioritaire ou non pour la clientèle cible; f) les principaux obstacles et facilitateurs de l'implantation ainsi que g) l'impact perçu de la formation au programme sur leur pratique générale. Ces entretiens ont été enregistrés et les verbatim ont été transcrits. Les détails de la collecte de données sont présentés dans le Tableau 2.

TABLEAU 2 - Collecte de données en lien avec l'implantation du programme Sage Usage

Temps 1	Temps 2	Temps 3
Juin à août 2020	Novembre-décembre 2020	Mars-avril 2021
4 groupes de discussion 14 intervenants	4 groupes de discussion 21 intervenants	13 entrevues individuelles avec les intervenants

Analyse des données

Les synthèses des entrevues de groupe et les verbatim des entrevues individuelles ont fait l'objet d'une analyse thématique avec le logiciel NVivo qui a permis de repérer et regrouper les thèmes du corpus pour ensuite représenter les éléments de convergence et de divergence dans un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2016). L'analyse de ces thèmes a révélé qu'ils s'inscrivaient en cohérence avec la taxonomie des « résultats d'implantation » développée par Proctor et al., 2011. Un arbre thématique inspiré de cette taxonomie a ainsi pu être élaboré et l'ensemble du corpus a été analysé en fonction de ce cadre d'analyse. Les propos des intervenants ont été catégorisés selon les six premiers indicateurs de Proctor et ses collègues (2011) (voir Tableau 1).

Résultats

Données d'implantation

Pour répondre au premier objectif, soit documenter le degré d'implantation du programme Sage Usage dans les communautés des PNI au Québec, 64 acteurs de l'intervention en dépendance ont participé aux formations du programme Sage Usage en 2019 et 2020. La moitié d'entre eux ont participé aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles (n=31). Parmi ces derniers, 25 % avaient implanté, en tout ou en partie, le programme Sage Usage. La cible d'implantation, qui était que chaque intervenant utilise le programme auprès de trois à cinq personnes n'a été atteinte que par un seul intervenant. Au total, dix usagers ont été exposés au programme Sage Usage. Parmi eux quatre usagers ont complété le programme et six l'ont amorcé sans le compléter. Les motifs sous-jacents à la non-complétion sont soit médicaux (n=2), reliés à la pandémie (n=3) ou l'expression d'un manque d'intérêt (n=1). Ces données témoignent de l'implantation difficile de Sage Usage.

Pour mieux comprendre les difficultés associées à l'implantation initiale du programme Sage Usage, la perspective des intervenants formés au programme a été recueillie. Leurs propos ont été catégorisés selon la taxonomie des « résultats d'implantation » de Proctor et al. (2011), présentée au Tableau 1.

Acceptabilité

Acceptabilité sociale

Dans les entrevues de groupe, certains intervenants affirment que le programme est difficile à implanter en raison du manque d'acceptabilité sociale de l'approche de consommation modérée dans les communautés. Cela dit, une seule intervenante mentionne avoir échangé avec des personnes ayant manifesté leur désaccord avec l'approche.

J'en ai parlé à mes usagers et il y en a qui m'ont répondu : « Ça n'a pas d'allure, ça n'a pas d'allure ça. Ça ne fonctionnera pas. Tu arrêtes ou tu n'arrêtes pas. Tu ne peux pas être entre les deux » (Mélanie).

Une autre intervenante mentionne que, bien qu'elle ne convienne pas à toutes les personnes qu'elle accompagne, l'approche mise de l'avant dans Sage Usage semble avoir du sens pour les membres de sa communauté.

Mais en général, dans la population en général, tout le monde à qui j'en ai parlé disait que c'était une vraiment bonne idée. Hum, c'est sûr que ce n'est pas pour tout le monde, mais tout le monde était d'accord que ça devrait être disponible dans la communauté (Alison).

Un intervenant souligne que les approches s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits sont de plus en plus acceptées par les membres de sa communauté, et ce, particulièrement chez les jeunes adultes.

La philosophie du boire contrôlé, la réduction des méfaits est de plus en plus acceptée comme une alternative intéressante. [...] Des fois, dans les communautés c'était comme l'abstinence ou quelqu'un qui buvait à l'excès, mais de plus en plus on voit cette philosophie-là du boire contrôlé comme acceptée par les gens de la communauté. Surtout au niveau des jeunes [adultes][...] c'est plus intéressant comme alternative (Thomas).

Croyances des intervenants

Tous les intervenants rencontrés ont indiqué avoir des croyances compatibles avec l'approche de réduction des méfaits/modération de la consommation d'alcool et plusieurs mentionnent qu'il s'agit d'une approche acceptable pour leur clientèle.

Oui. Ça fait beaucoup plus de sens qu'une approche avec des objectifs d'arrêt complet. Encore là ça dépend d'où la personne est rendue dans ses étapes de changement, mais je pense que c'est une approche gagnante. Favoriser le changement dans d'autres sphères tout en réduisant la consommation (Nathalie).

Une participante (Sarah) souligne cependant que certains intervenants peuvent avoir des appréhensions en lien avec la façon dont cette approche est perçue par leur clientèle ou par la communauté : « Il y a peut-être aussi, dit-elle, un inconfort qui vient des intervenants... par rapport à comment la clientèle va percevoir le fait que je propose un programme comme ça. Est-ce que ça va être vu comme encourager la consommation (...) ? »

Adoption

Nouvelles pratiques

Bien que la majorité des intervenants formés n'ait pas adopté le programme dans sa forme intégrale (structure, nombre et fréquence des rencontres), plusieurs d'entre eux disent l'avoir adopté partiellement en intégrant à leur pratique des éléments en cohérence avec l'esprit et les orientations du programme Sage Usage. Entre autres, une intervenante mentionne qu'avoir été formée au programme l'a aidé à adopter une attitude de non-jugement envers une cliente ayant une forte consommation.

Ça m'a fait ouvrir mes œillères. Il y avait une [usagère] qui consommait beaucoup (...) ça me surprenait vraiment combien elle consommait, elle avait vraiment un problème. Mais ça m'a fait [l'effet] d'être ouverte, ça a fait un travail pour moi-même aussi... de ne pas être dans les jugements (...) Des fois elle me parlait et ça me faisait du bien à moi dans mon intervention... juste de l'écouter, d'être plus ouverte (Mary).

Une autre intervenante mentionne qu'à la suite de la formation, elle a pris l'habitude d'utiliser les outils de Sage Usage pour amener ses clients à prendre conscience du nombre de verres standard correspondant à leur consommation (1 consommation standard = 17,05 millilitres).

Ça a développé chez moi une sensibilité au niveau des consommations standardisées. C'est quelque chose que j'ai plus utilisé avec les gens [...] je pense que c'est quelque chose qui est resté et qui va rester, que j'ai utilisé davantage suite à la formation (Alison).

Deux intervenants affirment qu'ils ont adopté des pratiques d'intervention s'inscrivant dans une approche motivationnelle à la suite de la formation.

C'était plus l'aspect motivationnel qui m'a aidé, surtout avec les clients qui ne sont pas prêts à changer. J'ai des clients qui [...] ne sont pas motivés du tout, ils ne sont pas intéressés à faire des changements. Être capable de dire « écoute, je comprends que tu n'es pas prêt à faire un changement, je te donne l'information, après ça, tu fais tes choix » c'est comme une nouvelle approche que j'ai intégrée beaucoup dans ma pratique [...] Travailler au pas du client, qui sent que c'est lui-même qui fait les changements, c'est beaucoup plus puissant... (Thomas).

L'un d'entre eux précise que les pratiques développées à travers la formation ont permis à son équipe et lui et de développer une meilleure alliance avec la clientèle.

Ça nous a amené des nouvelles façons de travailler qui ont favorisé la création du lien avec nos usagers. Les usagers, ils ont moins peur de venir nous voir, parce qu'ils savent qu'on ne leur donnera pas un objectif qui est irréalisable (Mike).

Sentiment d'autoefficacité en lien avec l'animation du programme

L'analyse des résultats démontre que certains intervenants, dont Annie, rencontraient des défis au regard de la manière de structurer leurs actions pour amorcer le programme, qu'ils avaient l'impression que cela serait complexe et exigeant en termes de temps et d'énergie. « Il faudrait que je me remette à jour, il faudrait que je relise... hum... comment je vais débiter ça [le programme], je vais être ouverte à ça, mais ces temps-ci je suis débordée. » .

Un intervenant a également remarqué que le fait de devoir mettre en œuvre le programme semblait causer beaucoup de stress à ses collègues qui avaient aussi reçu la formation.

Les autres intervenants qui ont été formés à Sage-Usage étaient vraiment stressés de le donner. Je ne me mets pas en haut d'eux autres, mais moi, je ne suis pas quelqu'un qui est stressé dans la vie, j'aime essayer des choses et j'ai l'impression que leur stress les a gagnés sur l'idée d'essayer (Mike).

Formation et soutien clinique

Les intervenants se sont dits satisfaits de la formation et la plupart d'entre eux considèrent qu'elle leur a permis de développer les habiletés nécessaires pour animer le programme Sage Usage.

Oui, je pense que c'est quand même simple et direct, très facile à utiliser... n'importe qui de presque n'importe quel « background » peut appliquer le matériel [...] avec la formation que vous avez donnée, je pense que c'est très clair [...] comment les interactions avec les clients peuvent aller et puis à quoi s'attendre (Thomas).

Plusieurs ont également souligné avoir apprécié la disponibilité des membres de l'équipe de recherche responsables d'offrir la formation pour les soutenir sur le plan clinique en continu.

Surtout que vous nous avez formés, oui, et puis l'aide [...] vous étiez disponibles après aussi [...] Celle qui nous avait formés, elle s'était montrée super disponible : « si vous avez des questions, on va zoomer, écrivez-moi... » Elle était full disponible (Mike).

Tous ont affirmé être en accord avec l'intérêt d'une forme de mentorat pour l'utilisation du programme. Certains ont exprimé des doutes sur le réalisme de mettre en œuvre un système de mentorat, mais la pertinence de cette idée semble faire passablement consensus.

Je pense que ce serait assez difficile de trouver quelqu'un pour le faire, pour jouer ce rôle [...] Oui, sans aucun doute [ce serait aidant]. Par exemple, si je commence à voir un client qui veut réduire sa consommation... si ce coach pouvait être présent pour la ou les premières rencontres en entier, ça ferait une très grande différence. Oui, ce serait la

meilleure façon parce que nous [mes collègues et moi], pour nous sentir plus confiants face à comment faire notre travail, nous avons besoin de rappels fréquents, de quelqu'un qui est là pour nous guider (Melinda).

Impact du contexte pandémique

Le contexte sociosanitaire semble avoir eu un impact considérable sur l'adoption du programme par certains intervenants. Une intervenante (Mary) mentionne qu'elle avait entamé le programme avec trois personnes, mais qu'elle n'a pas pu terminer en raison des événements liés à la COVID-19. « J'en ai trouvé trois, mais je n'ai pas terminé à cause de tout ce qui s'est passé [interruption des services en raison de la pandémie]. Mais c'était vraiment bien parti ».

Plusieurs intervenants avaient débuté le recrutement de personnes pour le programme, mais l'interruption des services en personne à cause de la pandémie semble avoir démotivé certains d'entre eux.

On avait été formés, on était tous motivés, on avait nos guides, on a fait des approches... des fois, ça marchait, des fois ça fonctionnait pas. Pis cette période-là, d'arrêt de quelques mois ça a fait en sorte que là, même personnellement et même les autres, on a de la misère à remonter dans le bateau... parce que, en tout cas, moi je trouve l'outil super, mais il faudrait qu'on se botte un peu le derrière là pour remettre ça en marche... (Mike).

Convenance

Pertinence

Les propos des intervenants sous-entendent qu'ils perçoivent l'approche mise de l'avant dans Sage Usage comme pertinente pour amorcer une démarche visant la réduction de la consommation, comme l'illustrent les propos tenus par Tommy : « C'est un bon programme pour ceux qui essaient ou bien qui pensent à vouloir arrêter ou bien à diminuer la consommation. C'est un bon programme pour eux ».

Le programme apparaît d'autant plus pertinent que les services en dépendance sont limités dans plusieurs communautés et sont parfois même absents de certaines communautés éloignées. Sage Usage bonifie l'offre de service en externe dans la communauté. Un intervenant souligne d'ailleurs que le fait d'intervenir dans la communauté, c'est-à-dire dans le contexte de vie de la personne, favorise davantage la généralisation des stratégies que l'intervention en milieu protégé, par exemple les thérapies en hébergement.

Je trouve qu'avec ce programme-là, ça aide encore plus d'une certaine façon qu'un programme comme [nom d'une thérapie fermée]. Un client peut aller à [nom d'une thérapie fermée] et ils vont s'habituer au milieu là-bas et comme tous les stimulus là-bas, ils vont être comme : « ça, c'est la place où je suis sobre ». Aussitôt qu'ils retournent à la maison,

leur cerveau retourne [...] ils retournent dans le milieu et ils recommencent à boire tout de suite. Cette petite intervention-là [Sage Usage] qui est faite dans les communautés, ça aide les clients à travailler sur leur milieu de vie [...] en même temps de faire l'intervention et qui est quelque chose de beaucoup plus puissant pour enlever le risque de récurrence, enlever le risque de consommer dans le futur et faire des changements qui sont permanents (Thomas).

Pertinence culturelle du programme

De manière générale, les intervenants sont d'avis que le guide est bien adapté, que les exemples et les stratégies proposés sont culturellement pertinents, c'est-à-dire qu'ils sont en accord avec les besoins et les préférences de leur clientèle.

Beaucoup de supports visuels, c'est super gagnant. Moins il y a de texte, plus il y a d'images, c'est super, super gagnant [...] les images, moi, c'était gagnant là... Tu sais l'arbre de spiritualité [une activité du programme], je l'ai fait avec une usagère puis elle avait trippé (Mike).

Les principales suggestions d'amélioration proposées par les participants concernent le texte contenu dans le guide. La réduction de la quantité de texte, la révision du vocabulaire ainsi que la simplification de la formulation de certaines phrases sont les principaux éléments évoqués, notamment par Vanessa : « Je trouvais ça lourd, il y avait beaucoup de lecture parce que moi-même je trouve ça long à lire puis je n'imagine pas pour les clients. Aussi, nous autres on est très imagés ». Mike abonde dans le même sens : « Parfois, dit-il, il y a des mots qui sont complexes, des phrases... Des tournures de phrases qui sont complexes qui justement nécessitent qu'on reprenne ça [avec le client] »

Pour faire en sorte que le programme soit culturellement plus significatif, des intervenants, dont Mary, ont suggéré de faire plus de place aux langues autochtones : « J'aurais aimé, a-t-elle, dit, qu'il y ait des citations [en langues autochtones] qui viennent des différents peuples autochtones du Québec ça aurait été plus... tu sais pour nous approprier [le programme] ». La suggestion a aussi été reprise par Linda : « Éventuellement, on pourrait regarder dans le programme Sage Usage ce qui serait intéressant ou important à faire traduire [en langues autochtones] ».

Besoins des communautés

Pour que le programme réponde mieux aux besoins de la clientèle, il a été suggéré d'intégrer des éléments en lien avec la polyconsommation puisque les gens font souvent usage de multiples substances, comme l'a souligné Mélanie : « J'ai eu beaucoup de personnes que j'ai dû exclure parce qu'ils consommaient du cannabis, des amphétamines... donc ils ne correspondaient pas avec le programme ».

Les intervenants ont également rapporté que l'abstinence est l'objectif choisi par une partie de leur clientèle et que les activités du programme se révèlent utiles pour ceux qui visent cet objectif.

J'ai eu un client dans le groupe qui, tout au long, était sobre. Il est passé de 125 consommations par semaines dans un binge et il a arrêté tout de suite et il est resté sobre tout le long. Pour lui, peut-être qu'un programme de sobriété complète, un programme qui est moins réduction des méfaits et plus abstinence aurait fonctionné, mais, en même temps, le programme lui a appris plein de choses qu'il peut appliquer à sa vie (Thomas).

Modalités de prestation

Plusieurs intervenants évoquent la nécessité de faire preuve de flexibilité dans les modalités de prestation du programme pour bien répondre aux besoins de leur clientèle. Les six rencontres prévues apparaissent insuffisantes pour couvrir l'ensemble du programme.

En six rencontres, on ne peut pas faire ça en six rencontres. On pose des questions, on jase [avec] les gens, ça amène la discussion pas mal je trouve, [...] c'est pour ça que je me dis en six rencontres c'est trop [vite] (Mary).

Ils soulignent par ailleurs qu'il peut être difficile pour les personnes qu'ils accompagnent de s'engager dans une démarche à long terme, mais qu'une participation partielle au programme demeure tout de même utile.

Je pense que finir tout le programme peut vraiment faire des gros changements, mais en même temps, mes clients ont fait la moitié du programme et ils ont été capables de faire d'énormes changements dans leurs vies, alors je pense que non, ce n'est pas nécessaire de compléter tout le programme (Thomas).

Formule

Bien qu'ils aient des préférences personnelles, les participants reconnaissent la pertinence des formules de groupe et individuelle. Certains soulèvent que le groupe pourrait être intimidant en début de suivi, mais que la formule pourrait être intéressante une fois le lien de confiance établi.

Je pense que pour le début, ça serait mieux en individuel. Parce qu'il y en a qui se sentent plus à l'aise tout seuls au début, pour se confier à propos de comment ils sont dans leur consommation. Mais plus tard, après quelques rencontres, ça serait correct qu'on le fasse avec un groupe, mais [toujours] avec les mêmes personnes (Tommy).

Une intervenante a offert le programme en formule couple et souligne que ça a bien fonctionné. Cette formule est perçue positivement par les intervenants, dont Melinda : « Par exemple, moi et mon copain, si on avait besoin de diminuer [notre consommation d'alcool], je pense que ce serait très important pour nous de sentir cette connexion et de sentir que nous ne sommes pas seuls... ».

Faisabilité

Enjeux de ressources humaines

Des intervenants, dont Thomas, ont souligné le roulement de personnel, qui rend difficile d'avoir un bassin suffisant d'intervenants ayant reçu la formation pour assurer la pérennité du programme ou permettre qu'il y ait une forme de co-développement en lien avec son implantation. « J'ai tellement changé de collègues! [...] Au début, oui, c'était correct, mais j'ai arrêté d'essayer d'expliquer, parce que ça roule beaucoup, beaucoup, beaucoup ici. J'ai juste dit que je fais des groupes en toxicomanie... ».

Par ailleurs, dans certaines communautés, des intervenants travaillent en rotation et ne sont pas remplacés lorsqu'ils sont absents, ce qui complexifie la mise en œuvre d'un programme s'échelonnant sur plusieurs semaines.

Je te dirais, le plus gros défi de ce type d'outil là, c'est que c'est un outil qui se travaille à long terme et les travailleurs sont là pour des périodes limitées de huit, neuf semaines. Des fois, ils vont rencontrer à la sixième semaine de leur période de travail un client vraiment motivé, mais, comme il [l'intervenant] s'en va en vacances dans deux semaines, il décide de ne pas commencer un programme aussi élaboré que ça (Thomas).

Recrutement

Différents outils (affiches, pamphlets, capsules vidéo) ont été développés pour faire la promotion du programme dans les communautés, mais ces stratégies semblent avoir été inefficaces selon Tommy : « On avait envoyé des pamphlets pour aller accrocher dans les lieux publics, mais peut-être que c'est pas assez... Il n'y a personne qui... j'ai jamais vu personne venir ici pour venir parler de Sage Usage ».

Cet intervenant mentionne également qu'il arrive souvent que les personnes qui se montrent intéressées au programme ne donnent pas suite et qu'il ne se sent pas à l'aise de les relancer. « Oui, elles sont intéressées, mais elles ne viennent pas. Puis moi, je n'ose pas trop aller les voir pour les amener ici, tu sais, je ne veux pas les obliger ».

Le recrutement apparaît plus aisé lorsque fait directement par l'intervenant ou lorsqu'une référence directe à un intervenant est faite comme en témoigne les propos de cette intervenante.

Il y en a un [usager] un moment donné qui était venu [...] dans mon bureau puis je lui ai proposé ce programme-là. Il y a deux ou trois clients pour qui je trouvais que ça pourrait bien convenir et qui voulaient avoir le contrôle sur leur consommation. Tu sais, c'est comme ça, c'est de bouche à oreille (Mary).

Réalité des communautés

Plusieurs intervenants, dont Melinda, ont mentionné que Sage Usage répondait à un besoin dans leurs communautés, mais que des événements contextuels (pandémie, crises, etc.) avaient rendu son implantation moins prioritaire. « Je ne pense pas, a-t-elle dit, que c'est une priorité urgente, mais il faut que ce soit implanté rapidement dans la communauté... Ça serait une priorité dans un [contexte] plus normal... »

Contexte de soin

Alors que, dans les communautés, les obstacles à la prestation du programme évoqués concernent surtout le manque de ressources humaines, en contexte urbain, il semble que les principaux obstacles sont en lien avec la structure des services qui ne permet pas la prestation de soins dans un contexte culturellement adéquat.

Moi quand j'y vais, je vais au milieu de vie [au centre d'amitié autochtone], je dis salut au monde. Ils voient mon visage. C'est moi qui vais chez eux, ça favorise le lien de confiance. Puis il ne faut pas oublier tout ce qui est venu avant avec les institutions [pensionnats et discrimination dans les services publics]. Ça fait deux fois que j'essaie de faire voir un psychologue à une usagère qui veut voir un psychologue, mais elle ne veut pas aller au centre de services. Même chose pour les médecins, « je ne veux pas aller à l'urgence » (Nathalie).

Fidélité

Des intervenants ont mentionné qu'ils n'avaient pas suivi le programme à la lettre et qu'ils avaient adapté le contenu des rencontres aux besoins de la personne accompagnée.

[...] moi, des fois, admettons, quand il y avait des pages qu'il y avait quand même beaucoup d'écriture, que je jugeais que ce n'était pas nécessaire, tu sais des fois, je passais par-dessus. Est-ce que c'est correct [...], est-ce que c'est pas correct, ça, je ne le sais pas, sauf que, admettons, moi, je me préparais à ma rencontre « Ok, là, avec elle, je vais regarder ça, je vais regarder ça, ok, ça... peut-être pas, c'est peut-être pas le temps... », tu sais, je skippais (Mike).

Coûts d'implantation

Les coûts d'implantation du programme Sage Usage ne représentent pas un enjeu majeur puisque le matériel nécessaire à sa prestation est fourni gratuitement. Or, comme mentionné dans la section sur la faisabilité, les coûts en termes de ressources humaines sont un obstacle non négligeable étant donné les enjeux de personnel.

Processus de recherche avec les PNI

Le protocole de recherche initialement développé incluait des outils pour évaluer les processus d'implantation et la fidélité d'utilisation du programme (grille de conformité, questionnaires d'appréciation, etc.). Les intervenants devaient donc documenter chacune de leurs rencontres, notamment en posant des questions aux personnes accompagnées dans le cadre du programme sur chacune des étapes des activités réalisées. Lors des entrevues de groupe, plusieurs intervenants ont mentionné que la lourdeur de ce protocole entravait la prestation du programme.

Les gens, quand on parle de recherche ou d'affaire de même [ils disent] « bon on est encore des cobayes ». Moi je ressens comme une petite réticence à niveau-là [...] Je trouve pénible de tout le temps demander les questions [pour la recherche] à la fin. Je trouve ça vraiment pénible pour la personne, pour moi ça ne me dérange pas, mais je trouve ça redondant (Mary).

Discussion

Les données présentées démontrent que l'implantation initiale de Sage Usage a été ardue, mais qu'elle a donné lieu à des retombées positives sur la pratique des intervenants. Les propos des répondants témoignent de la pertinence du programme pour bonifier l'offre de service actuelle. Une des principales forces de l'étude réside dans le fait qu'elle a donné une voix aux intervenants en milieu autochtone, ce qui a permis de dégager des pistes concrètes d'action pour rendre le programme plus adéquat et pour outiller les intervenants en matière d'intervention en dépendance.

Les leçons tirées de l'implantation de Sage Usage s'avèrent pertinentes pour documenter les processus de développement et d'implantation d'innovations en contexte autochtone. L'étude met en lumière le caractère fondamental de l'engagement dans une démarche participative en offrant aux communautés la flexibilité nécessaire pour s'approprier de nouvelles pratiques d'intervention (MacKinnon, 2018). Les principaux résultats sont discutés selon la taxonomie de Proctor et al. (2011), présentée dans le Tableau 1.

Acceptabilité

Les intervenants interviewés ont indiqué avoir des croyances compatibles avec l'objectif de boire modéré. Ce constat est intéressant, mais il est possible qu'il résulte en partie d'un biais d'échantillonnage et que ceux dont les croyances sont incompatibles avec cet objectif n'aient pas poursuivi leur implication dans la recherche. Les interventions s'inscrivant dans une approche de réduction des méfaits sont de plus en plus adoptées dans les communautés autochtones, mais des défis en matière d'acceptabilité sociale demeurent. L'histoire coloniale et les mythes entourant l'usage d'alcool chez les autochtones contribuent à positionner l'abstinence comme un idéal (Dell et Lyons, 2007; Korhonen, 2004; Roy, 2005) et, pour certaines personnes, la spiritualité autochtone est

incompatible avec la consommation d'alcool, même modérée. Ainsi, donner davantage d'espace à l'objectif d'abstinence dans le programme Sage Usage apparaît comme une stratégie susceptible de favoriser son acceptabilité et sa convenance.

Adoption

L'adoption du programme par les intervenants s'est révélée être un défi. Leurs propos démontrent que certains d'entre eux ne savaient comment s'y prendre pour amorcer la mise en œuvre du programme, ce qui leur causait du stress. Bien qu'ils se soient généralement montrés satisfaits de la formation reçue, il s'est avéré difficile pour nombre d'entre eux d'appliquer les connaissances apprises en formation. Les intervenants doivent composer avec de nombreux défis liés à l'offre de formation professionnelle dans les communautés (particulièrement les plus éloignées), au travail de proximité et à l'instabilité du personnel. Il est possible que ces conditions fassent en sorte que certains intervenants ne disposent pas des ressources nécessaires à l'optimisation et au transfert des apprentissages (Awais Bhatti et al., 2014; Na-nan et al., 2017). Du soutien clinique et du mentorat culturellement adéquats apparaissent comme des stratégies prometteuses (Lai et al., 2018) pour augmenter le sentiment d'autoefficacité des intervenants quant à l'animation du programme. En outre, l'interruption des services en raison du contexte pandémique peu après la formation a rendu impossible la mise en application rapide des connaissances développées, ce qui semble avoir entravé l'adoption du programme par les intervenants.

Bien que le programme ait été peu adopté par les intervenants dans sa forme intégrale, la formation leur a permis de développer de nouvelles pratiques d'intervention s'inscrivant dans une approche motivationnelle, en plus d'utiliser plusieurs activités du programme, mais dans un format détaché. Cette retombée inattendue s'annonce positive, d'autant plus que les interventions motivationnelles s'inscrivent parmi les meilleures pratiques d'intervention en matière d'usage d'alcool (DiClemente et al., 2017). Cela confirme également la pertinence des activités du programme, mais remet en question le format d'ensemble (ex. : six rencontres hebdomadaires consécutives). L'amélioration de la qualité du lien avec la clientèle, à l'aide d'éléments de Sage Usage, tel qu'évoqué par plusieurs participants, représente aussi un gain considérant que la qualité de l'alliance thérapeutique est associée à de meilleurs résultats d'intervention et une meilleure persévérance en traitement (Meier et al., 2005; Urbanoski et al., 2012).

Convenance

De manière générale, les intervenants consultés considèrent le programme Sage Usage pertinent et semblent d'avis qu'il répond à des besoins pour lesquels l'offre de service gagnerait à être bonifiée. Bien que les membres des communautés aient actuellement accès à des thérapies en hébergement, ces dernières sont le plus souvent situées à l'extérieur des communautés et offrent majoritairement des services qui reposent sur le modèle d'abstinence, ce qui ne permet pas de répondre à la diversité des besoins. Sage Usage permet de compléter la gamme de services en ciblant les personnes présentant une consommation à faible ou moyen risque par des

rencontres en externe à une fréquence variée, sans avoir à quitter la communauté. Il peut aussi être utilisé en prévention de la rechute auprès des personnes ayant participé à un traitement en hébergement hors de la communauté. Le suivi post-traitement et les interventions à long terme sont d'ailleurs associés à une plus grande probabilité d'abstention ou de consommation modérée (Beaulieu et al., 2021), et permettent une continuité dans l'offre de soins.

La pertinence culturelle du programme a été qualifiée de satisfaisante par les intervenants quant au contenu, mais inadéquate quant au format. La présentation du contenu est encore trop littéraire et mériterait de recourir davantage à l'image et aux symboles reliés à la culture. Les méthodes qui se basent sur le récit et la conversation sont, de façon générale, mieux adaptées à la vision du monde relationnelle des Autochtones (Smith, 2021).

Les entrevues ont mis en lumière le besoin des intervenants des communautés d'être outillés en matière de polyconsommation, ce qui invite à réfléchir à l'idée de rendre le programme plus inclusif pour les personnes qui consomment plusieurs substances. Le besoin de formation en matière de polytoxicomanie est d'ailleurs un enjeu soulevé dans d'autres travaux (CSSSPNQL, 2008; Lévesque et al., 2018).

Il est fondamental que la prestation du programme soit flexible pour s'adapter à la diversité des besoins de la clientèle. Cette flexibilité peut se traduire par la modulation du nombre de rencontres, du temps consacré à chacun des thèmes et du choix de la formule dans laquelle le programme est offert (individuel, groupe, couple). Les réalités vécues par les communautés des PNI sont hétérogènes sur plusieurs plans (traditions, population, territoire, services disponibles), il n'est donc pas possible d'implanter le programme de façon identique d'une communauté à l'autre. Diviser le programme en ses différentes composantes de manière à ce qu'elles soient autonomes et utilisables indépendamment les unes des autres permettrait de rendre le programme plus adéquat culturellement. La notion de liberté est très importante au sein des communautés autochtones et vient teinter la façon dont les rendez-vous de soins sont gérés. Ainsi, permettre aux intervenants de saisir l'occasion d'une rencontre pour promouvoir le contenu d'une partie de Sage Usage, sans pression à revenir à une « suite », apparaît mieux adapté.

La prestation du programme en formule couple a été expérimentée dans une communauté et la plupart des intervenants interviewés ont dit en avoir une perception positive. Les connaissances scientifiques actuelles sont suffisamment convaincantes pour soutenir l'utilisation des interventions conjugales dans les services en dépendance (O'Farrell et Clements, 2012; Powers et al., 2008; Wesley, 2016). La formule couple apparaît ainsi comme une innovation intéressante qui s'inscrit en cohérence avec la vision holistique du rétablissement commune chez les PNI. Bien que les données quant à l'efficacité de telles interventions auprès des PNI soient limitées, l'importance accordée à la famille dans les communautés autochtones vient soutenir le développement d'interventions en matière d'usage d'alcool incluant les membres de la famille (Calabria et al., 2012).

Faisabilité

La disponibilité du personnel est un enjeu fondamental en matière de faisabilité. Il est difficile de constituer un bassin suffisant d'intervenants formés au programme pour assurer une offre de service en continu ou mettre en place un système de co-développement. Outre le manque de personnel et les vides de services occasionnés par la rotation du personnel, les intervenants sont souvent appelés à intervenir en situation de crise, ce qui leur laisse peu de temps pour intervenir en prévention et offrir des services de première ligne. Les auteurs rapportent d'ailleurs à quel point les défis en matière de main-d'œuvre sont un des principaux obstacles à l'implantation d'innovations au sein des communautés autochtones (Sacca et al., 2022). Ces éléments mettent en lumière l'importance de mettre en place un processus d'implantation durable (MacKinnon, 2018), entre autres en offrant régulièrement des formations et en priorisant les intervenants locaux.

Le recrutement des participants au programme est un autre défi rencontré et il semble que les meilleures stratégies de recrutement soient celles qui impliquent une référence par un proche ou un intervenant connu, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études d'implantation en contexte autochtone (Abbott et al., 2012; Kimes et al., 2014; Leenen et al., 2008) et met en lumière l'importance des relations interpersonnelles et de la communauté dans l'implantation de programmes dans ce contexte.

Les intervenants en milieux urbains ont souligné que le contexte de soins en établissement allochtone nuit au recrutement et à la qualité de prestation du programme. À cet effet, plusieurs travaux ont soulevé le caractère non culturellement sécurisant de certains services offerts hors des communautés autochtones (National Collaborating Centre for Indigenous Health, 2019). La rencontre entre les PNI et les services de santé a historiquement été marquée par la stigmatisation et, au Canada, par une stratégie d'assimilation et des pratiques non éthiques, laissant ainsi des appréhensions importantes chez les PNI (Gouvernement du Québec, 2019). Les traumatismes historiques engendrés par la colonisation sont étroitement liés à l'usage problématique de substances : les milieux d'interventions doivent donc s'y montrer sensibles (Skewes et Blume, 2019).

Limites

Le recours à un échantillon de convenance fait en sorte que les participants à l'étude sont probablement ceux qui ont une perception plus positive du programme, biaisant potentiellement les résultats notamment en matière d'acceptabilité. Le faible nombre de personnes autochtones dans l'échantillon (9 sur 21) constitue également une limite de cette étude et peut en partie s'expliquer par le caractère culturellement inadéquat du protocole de recherche initialement mis en place. Bien que les intervenants allochtones soient majoritaires dans l'étude, soulignons que plusieurs d'entre eux vivent dans les communautés autochtones et cumulent plusieurs années d'expérience auprès de cette population. De plus, des intervenants autochtones étaient présents lors de chacune des entrevues de groupe et l'équipe de recherche a fait preuve d'une attention constante pour s'assurer que leurs voix soient entendues. Cela dit, pour des travaux futurs, il serait important de

développer les outils de collecte de donnée en collaboration avec des membres des communautés autochtones pour s'assurer de l'adéquation culturelle du processus de recherche et permettre une meilleure représentativité des intervenants autochtones. D'autre part, comparer l'expérience des intervenants autochtones avec celle des intervenants allochtones aurait pu nous renseigner sur l'adéquation culturelle du programme avec les besoins spécifiques aux intervenants des PNI et la manière de l'implanter. Cela dit, compte tenu de la petite taille de l'échantillon et du fait que l'étude ait été réalisée auprès d'un nombre restreint de communautés en contexte québécois, les auteurs ont choisi de ne pas spécifier l'origine des participants pour des raisons d'anonymat. Dans le même ordre d'idées, vu l'échantillon de petite taille, les auteurs ont choisi de ne pas discuter en détail le contexte spécifique de chaque communauté, et ce, bien qu'il existe des différences entre les communautés Inuit et celles des Premières Nations et qu'il y ait également des différences importantes au sein de ces dernières.

Le devis de recherche mixte initialement prévu incluait des outils de collecte de données tels que des grilles de conformités et des questionnaires d'appréciation qui étaient perçus comme lourds et culturellement inadéquats par plusieurs intervenants, ce qui a vraisemblablement nui aux premiers efforts d'implantation du programme. La mise en place de groupes de discussion a permis d'identifier rapidement cet obstacle et, en cours d'implantation, le devis a été modifié pour devenir essentiellement qualitatif et les documents écrits ont été remplacés par une évaluation à l'oral, plus congruente avec la vision du monde autochtone (CCPA Manitoba, 2018). Ce constat renforce l'idée selon laquelle l'évaluation dans une approche participative communautaire implique que les méthodes et les outils de collecte fassent l'objet d'un processus continu et collaboratif de réflexion critique de sorte qu'ils soient pertinents et utiles du point de vue des communautés (CCPA Manitoba, 2018; MacKinnon, 2018). L'héritage historique de pratiques de recherche inadéquates auprès des PNI (Smith, 2021) invite à une remise en question des façons de faire et impose de se montrer sensible aux rythmes et à la réalité de chaque communauté. Par ailleurs, la survenue de la pandémie de COVID-19 durant l'implantation initiale du programme Sage Usage a grandement atténué les efforts d'implantation.

Retombées pour l'intervention

Les résultats de l'étude ont permis d'effectuer des modifications pour conférer au programme une meilleure adéquation avec la réalité terrain. Des changements ont été apportés aux activités de façon à les rendre plus imaginées et pour qu'il soit possible de les utiliser indépendamment les unes des autres. Elles ont également été modifiées de façon à assurer leur pertinence pour les personnes présentant une polyconsommation ou celles qui ont l'abstinence pour objectif. La pertinence d'offrir le programme selon différentes modalités telles que la formule couple ou dans le cadre d'un suivi post-thérapie a été mise de l'avant dans les résultats. À cet effet, l'idée d'expérimenter le programme dans le cadre d'un séjour de ressourcement sur le territoire a été suggérée par des partenaires à la suite de l'étude. L'étude a également donné des indications selon lesquelles la connaissance des concepts de base et des principales approches d'intervention en

dépendance ainsi que le sentiment d'autoefficacité des intervenants constituent deux éléments qui pourraient être améliorés et dont il importe de tenir compte dans la planification des activités de formation et de soutien clinique.

Suggestions pour de futures recherches

Il est souhaitable que l'implantation du programme Sage Usage continue de faire l'objet d'une évaluation via une démarche participative pour s'assurer que les changements effectués à la suite de l'étude confèrent véritablement au programme une meilleure adéquation avec les besoins des communautés des PNI. Recueillir la perspective des personnes accompagnées dans le cadre du programme Sage Usage quant à leur expérience et à l'influence du programme sur leur consommation permettrait d'obtenir de l'information en ce qui a trait à son impact. Par ailleurs, des travaux visant à identifier des processus de formation culturellement adéquats pour soutenir le développement des compétences et du sentiment d'autoefficacité des intervenants des PNI constituent une avenue prometteuse pour améliorer la qualité des services offerts aux membres de ces communautés. Également, pour s'inscrire dans une approche décolonisante et s'assurer de développer des connaissances pertinentes et utiles aux communautés autochtones, tout devis de recherche évaluative concernant leurs communautés devrait être élaboré avec l'aide d'un comité conseil formé de personnes autochtones assurant que les outils développés correspondent à la vision du monde autochtone (Johnston-Goodstar, 2012; CCPA Manitoba, 2018).

Conclusion

L'étude qualitative d'implantation a permis d'approfondir la compréhension des enjeux rencontrés dans le cadre de l'implantation du programme Sage Usage et, plus largement, de programmes d'intervention en réduction des méfaits auprès des PNI. Malgré une implantation présentant plusieurs défis, le programme Sage Usage est perçu comme ayant eu des retombées positives par les intervenants interviewés en plus d'avoir contribué à enrichir l'offre de service dans les communautés. Les interventions fondées sur la culture sont identifiées dans plusieurs travaux comme les plus prometteuses pour l'intervention en matière d'usage de substances auprès des personnes des premiers peuples (Urbanoski, 2017). Ainsi, toute avancée vers une plus grande adéquation culturelle est prometteuse.

Références

- Abbott, P. A., Davison, J. E., Moore, L. F. et Rubinstein, R. (2012). Effective Nutrition Education for Aboriginal Australians: Lessons from a Diabetes Cooking Course. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.10.006>
- Awais Bhatti, M., Ali, S., Mohd Isa, M. F. et Mohamed Battour, M. (2014). Training Transfer and Transfer Motivation: The Influence of Individual, Environmental, Situational, Training Design, and Affective Reaction Factors. *Performance Improvement Quarterly*, 27(1), 51-82. <https://doi.org/10.1002/piq.21165>
- Ball, J. et Janyst, P. (2008). Enacting Research Ethics in Partnerships with Indigenous Communities in Canada: "Do it in a Good Way". *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: An International Journal*, 3(2), 33-51.
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J. et Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 285, 114289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Bélanger, R., Muckle, G., Courtemanche, Y. et Poliakova, N. (2020). *Substance Use. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?* https://nrbhss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12332_RESI_Substance_Use_EP5.pdf
- Calabria, B., Clifford, A., Shakeshaft, A. P. et Doran, C. M. (2012). A Systematic Review of Family-Based Interventions Targeting Alcohol Misuse and Their Potential to Reduce Alcohol-Related Harm in Indigenous Communities. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 477-488. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.477>
- Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA) Manitoba. (2018). *Na-gah mo Waabishkizi Ojijaak Bimise Keetwaatino: Singing white crane flying north: Gathering a bundle for Indigenous evaluation.* https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2018/03/Gathering_A_Bundle_for_Indigenous_Evaluation.pdf
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N. et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques.* https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf_chauvet.pdf
- Chen, H.-t. (2015). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2e éd.). SAGE Publications.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2008). *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec.* <https://files.cssspnql.com/index.php/s/y2aTSWY1HQABOBR>
- CSSSPNQL. (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : Consommation d'alcool et de drogues, cyberdépendance et problèmes liés aux jeux de hasard.* <https://cssspnql.com/produit/ers-rapport-de-lenquete-regionale-sur-la-sante-des-premieres-nations-du-quebec-ers-2015/>

- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4e éd.). SAGE Publications.
- Dell, C. et Lyons, T. (2007). Harm Reduction Policies and Programs for Persons of Aboriginal Descent. *Canadian Centre on Substance Abuse*, 10.
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E. et Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 862-887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Dion, M. L., Díaz Ríos, C., Leonard, K. et Gabel, C. (2020). Research Methodology and Community Participation: A Decade of Indigenous Social Science Research in Canada. *Revue canadienne de sociologie*, 57(1), 122-146. <https://doi.org/10.1111/cars.12270>
- Drawson, A. S., Toombs, E. et Mushquash, C. J. (2017). Indigenous Research Methods: A Systematic Review. *International Indigenous Policy Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2017.8.2.5>
- Enoch, M. A. et Albaugh, B. J. (2017). Review: Genetic and environmental risk factors for alcohol use disorders in American Indians and Alaskan Natives. *The American Journal on Addictions*, 26(5), 461-468. <https://doi.org/10.1111/ajad.12420>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, Rapport final*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Hamilton, A. B. et Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Res*, 280, 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- Johnston-Goodstar, K. (2012). Decolonizing evaluation: The necessity of evaluation advisory groups in indigenous evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2012: 109-117. <https://doi.org/10.1002/ev.20038>
- Joly, J., Touchette, L. et Pauzé, R. (2010). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 117-145). Presses de l'Université du Québec.
- Kimes, C. M., Golden, S. L., Maynor, R. F., Spangler, J. G. et Bell, R. A. (2014). Lessons learned in community research through the Native Proverbs 31 Health Project. *Preventing Chronic Disease*, 11, E59-E59. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130256>
- Korhonen, M. (2004). *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*. https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30452/1/alcohol_problems_approaches.pdf
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 226-239. <https://doi.org/10.1177/0163278708315926>
- Lai, G. C., Taylor, E. V., Haigh, M. M. et Thompson, S. C. (2018). Factors Affecting the Retention of Indigenous Australians in the Health Workforce: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 914.

- Leenen, I., Givaudan, M., Pick, S., Venguer, T., Vera, J. et Poortinga, Y. H. (2008). Effectiveness of a Mexican health education program in a poverty-stricken rural area of Guatemala. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(2), 198-214. <https://doi.org/10.1177/0022022107312588>
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Revue de littérature – Services sociaux – Thème : les dépendances chez les Premières Nations et les Inuit*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-23.pdf
- Lobb, R. et Colditz, G. A. (2013). Implementation science and its application to population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1281, 235-251. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444>
- MacKinnon, S. (2018). *Practising community-based participatory research : stories of engagement, empowerment, and mobilization*. Purich Books. <http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks3/upress/2018-04-08/1/9780774880121>
- McKay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. American Psychological Association.
- Mehta, T. G., Mahoney, J., Leppin, A. L., Stevens, K. R., Yousefi-Nooraie, R., Pollock, B. H., Shelton, R. C., Dolor, R., Pincus, H., Patel, S. et Moore, J. B. (2021). Integrating dissemination and implementation sciences within Clinical and Translational Science Award programs to advance translational research: Recommendations to national and local leaders. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1017/cts.2021.815>
- Meier, P. S., Barrowclough, C. et Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- Na-nan, K., Chaiprasit, K. et Pukkeeree, P. (2017). Influences of workplace environment factors on employees' training transfer. *Industrial and Commercial Training*, 49(6), 303-314. <https://doi.org/10.1108/ICT-02-2017-0010>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health. (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. https://www.nccih.ca/495/Access_to_health_services_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=279
- O'Farrell, T. J. et Clements, K. (2012). Review of Outcome Research on Marital and Family Therapy in Treatment for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122-144. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 235-312). Armand Colin. ISBN: 978-2-200-62401-9.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A. et Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Plourde, C., Brunelle, N. et Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-119. <https://doi.org/10.7202/044870ar>

- Plourde, C., Alarie-Vézina, P., Laventure, M., Tremblay, J., Beaugard, J. et Fortin, M.-C. (soumis pour publication). *Three Days Together Around the Table: Using the Group Analysis Method to Deepen the Reflection on the Challenges of Addiction Services Offered to Indigenous People in Quebec*.
- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J. et Beaugard, J. (2019). *Sage Usage*. Adaptation culturelle du texte original de H. Simoneau, J. Tremblay et M. Landry
- Powers, M. B., Vedel, E. et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Proctor, E. K., Powell, B. J. et Feely, M. A. (2014). Measurement in Dissemination and Implementation Science. Dans S. B. Rinad et C. K. Philip (dir.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices in Child and Adolescent Mental Health* (22-43). Oxford University Press.
- Roy, A. (2013). *Exploration drogues : Premier Contact*. Éditions Multimondes.
- Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers. *Drogues, santé et société*, 4(1), 85-128.
- Rudd, B. N., Davis, M. et Beidas, R. S. (2020). Integrating implementation science in clinical research to maximize public health impact: a call for the reporting and alignment of implementation strategy use with implementation outcomes in clinical research. *Implementation Science*, 15(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01060-5>
- Sacca, L., Shegog, R., Hernandez, B., Peskin, M., Rushing, S. C., Jessen, C., Lane, T. et Markham, C. (2022). Barriers, frameworks, and mitigating strategies influencing the dissemination and implementation of health promotion interventions in indigenous communities: a scoping review. *Implementation Science*, 17(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01190-y>
- Sinclair, K. A., Zamora-Kapoor, A., Townsend-Ing, C., McElfish, P. A. et Kaholokula, J. K. (2020). Implementation outcomes of a culturally adapted diabetes self-management education intervention for Native Hawaiians and Pacific islanders. *BMC Public Health*, 20(1), 1579. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09690-6>
- Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J. (2004). *Alcochoix + : un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*.
- Skewes, M. C. et Blume, A. W. (2019). Understanding the link between racial trauma and substance use among American Indians. *American Psychologist*, 74(1), 88-100. <https://doi.org/10.1037/amp0000331>
- Smith, L. T. (2021). *Decolonizing methodologies : research and indigenous peoples* (3e éd.). Zed books.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States. (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/surgeon-generals-report.pdf>

Urbanoski, K. A. (2017). Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44). <https://doi.org/10.1503/cmaj.171002>

Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B. et Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.013>

Wardman, D. et Quantz, D. (2006). Harm reduction services for British Columbia's First Nation population: a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm reduction journal*, 3, 30.

Wesley, K. C. C. (2016). The use of behavioural couple therapy and couple-based interventions in the treatment of substance use disorders. *Addiction Research & Theory*, 24(2), 89-92. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/16066359.2015.1022160>



Se donner des outils pour réduire les inégalités d'exposition aux jeux de hasard et d'argent

Elisabeth Papineau, Ph. D., Chercheuse d'établissement, Institut national de santé publique du Québec; Professeure associée, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

Éric Robitaille, Ph. D., Chercheur d'établissement, Institut national de santé publique du Québec; Professeur associé, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

Charles Prisca Samba, Ph. D., Conseiller scientifique spécialisé, Institut national de santé publique du Québec

Fanny Lemétayer, M.Sc., Conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Yan Kestens, Ph. D., Professeur agrégé, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

Marie-France Raynault, M.D., Professeure émérite, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Correspondance

Elisabeth Papineau, Ph. D.
190, boul. Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2
Courriel : elisabeth.papineau@inspq.qc.ca

Conflits d'intérêts

Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Cette cartographie est le fruit d'une recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (# IRSC - 366 804). Les IRSC ne sont impliqués dans aucun autre aspect de la recherche. Les détails de la recherche sont disponibles ici <https://www.inspq.qc.ca/jeux-de-hasard-et-d-argent/cartographie-jeu>

Certification éthique

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche – Dépendances, inégalités sociales et santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS-CSMTL), Certificat DIS-1617-21.

Remerciements

Nous souhaitons reconnaître la contribution des conseillers scientifiques Denis Hamel et Benoit Lasnier (INSPQ) pour leur expertise en statistiques, et celle de l'assistante de recherche professionnelle Marianne Dubé (INSPQ) pour son soutien à la gestion et la géolocalisation des données.

Résumé

Objectifs : La présente recherche vise à dresser un portrait des environnements de jeu et de la vulnérabilité au jeu au Québec, ainsi qu'à identifier les aires de diffusion où l'exposition et la vulnérabilité aux jeux de hasard et d'argent (JHA) sont élevées. Les données probantes générées sont destinées à guider la prise de décision en matière de prévention, d'intervention, de répartition territoriale des jeux et de création d'environnements équitables et favorables à la santé.

Méthodologie : Des études ont établi qu'à Montréal, Laval, Québec ou dans les régions des Laurentides et de l'Outaouais, les appareils de loterie vidéo étaient répartis de façon inégale, les populations défavorisées ou plus vulnérables y ayant un accès plus élevé. Pour identifier les secteurs au Québec où l'exposition et la vulnérabilité à l'ensemble des jeux sont élevées, deux indices ont été développés : l'indice d'exposition au jeu (IEJ), qui combine la densité, l'accessibilité et le risque théorique des jeux, et l'indice de vulnérabilité au jeu (IVJ), qui repose sur six indicateurs socio-économiques pondérés associés au jeu problématique. Des analyses ont été réalisées pour identifier les zones présentant une convergence de vulnérabilité et d'exposition au jeu élevées. Les données ont finalement été transposées sur une carte interactive en ligne.

Résultats : Les travaux effectués révèlent que 2 599 des 13 420 aires de diffusion du Québec affichent des valeurs élevées de vulnérabilité et d'exposition au jeu. Au total, 1 394 042 personnes (17 % de la population) vivent dans ces zones, désignées prioritaires en matière d'intervention. Les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Outaouais, de la Côte-Nord et de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont des valeurs plus élevées que la moyenne du Québec.

Conclusion : Les présents résultats appellent à une reconfiguration territoriale non préjudiciable des jeux, basée sur des indicateurs robustes et sur une vision nationale de la prévention des inégalités liées aux JHA.

Mots-clés : jeux de hasard et d'argent, inégalités de santé, exposition, vulnérabilité, jeu préjudiciable, santé publique, Système d'information géographique (SIG)

Tools to reduce inequalities in gambling exposure

Abstract

Objectives: This research aims to draw a portrait of gambling environments and vulnerability to gambling in Quebec as well as to identify the areas of dissemination where exposure and vulnerability to gambling are high. The evidence generated is intended to guide decision-making in terms of prevention, intervention, territorial distribution of games and the creation of equitable and healthy environments.

Methodology: Studies have established that in Montreal, Laval, Québec or in the Laurentides and Outaouais regions, video lottery terminals are distributed unequally, with disadvantaged or more vulnerable populations having greater access to them. To identify sectors in Quebec where exposure and vulnerability to gambling are high, two indexes have been developed: the gambling exposure index (IEJ), which combines density, accessibility and theoretical gambling risk, and the Gambling Vulnerability Index (IVJ), which is based on six weighted socio-economic indicators associated with problem gambling. Analyzes were performed to identify areas with a convergence of high vulnerability and exposure to gambling. The data was finally transposed into an interactive online map.

Results: The work carried out reveal that 2,599 of the 13,420 dissemination areas in Quebec show high values of vulnerability and exposure to gambling. 1,394,042 people (17% of the population) live in these areas, designated priority areas for intervention. Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Côte-Nord and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine regions have higher values than the Quebec average.

Conclusion: The present results call for a non-detrimental territorial reconfiguration of games, based on robust indicators and on a national vision of the prevention of inequalities related to gambling.

Keywords: gambling, health inequalities, exposure, vulnerability, harmful gambling, public health, Geographic Information System (GIS)

Darse las herramientas para reducir las desigualdades de exposición a los juegos de azar y por dinero.

Resumen

Objetivos: La presente investigación tiene como objetivo presentar un panorama de los ambientes de juego y de la vulnerabilidad del juego en Quebec, así como la identificación de las zonas de difusión en las que la exposición y la vulnerabilidad a los juegos de azar y por dinero son elevadas. Los datos probantes generados están destinados a guiar la toma de decisión en materia de prevención, de intervención, de repartición territorial de los juegos y de la creación de ambientes equitativos y favorable para la salud.

Enfoque y método: Hay estudios que han establecido que, en Montreal, Laval, Quebec o en las regiones de los montes laurentinos y del Outaouais, los aparatos de video lotería estaban repartidos de manera desigual, teniendo las poblaciones desfavorecidas o más vulnerables un acceso más elevado. Para identificar los sectores en Quebec en los que la exposición y la vulnerabilidad al conjunto de los juegos son elevadas se desarrollaron dos índices: el índice de exposición al juego (IEJ), que combina la densidad, la accesibilidad y el riesgo teórico de los juegos y el índice de vulnerabilidad al juego (IVJ), que reposa sobre seis indicadores socioeconómicos ponderados asociados al juego problemático. Se han llevado a cabo análisis para identificar las zonas que presentan una convergencia de vulnerabilidad y de exposición al juego elevados. Finalmente, se transpusieron los datos sobre un mapa interactivo en línea.

Resultados: Los resultados revelan que 2.599 de las 13.420 áreas de difusión de Quebec presentan valores elevados de vulnerabilidad y de exposición al juego. En estas regiones, designadas como prioritarias en materia de intervención, viven 1.394.042 personas (17% de la población). Las regiones de Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Côte-Nord y Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine tienen valores más elevados que el promedio de Quebec.

Conclusión: Los resultados presentes llaman a realizar una reconfiguración territorial de los juegos que no sea perjudicial, basada en indicadores robustos y en una visión nacional de la prevención de las desigualdades relacionadas con los juegos de azar y por dinero,

Palabras clave: juegos de azar y por dinero, desigualdades de salud, exposición, vulnerabilidad, juego perjudicial, salud pública, Sistema de Información Geográfica (SIG).

Introduction

Alors que les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont de plus en plus intégrés dans les modes de vie, plus accessibles dans les quartiers et sur Internet, et subrepticement incorporés dans les jeux des enfants et les réseaux sociaux, le jeu préjudiciable représente un enjeu majeur de santé publique : il influence la santé, le bien-être, les relations sociales et le fonctionnement des joueurs, de leurs proches et de toute la communauté (Langham et al., 2016). La vulnérabilité et la tolérance à ces méfaits sont étroitement liées à la défavorisation (Papineau et al., 2015).

La gestion du jeu au Québec

Au Québec, les caractéristiques des JHA et des établissements qui les hébergent sont très variées. Loto-Québec, une société d'État créée en 1969, a pour mandat d'administrer et d'exploiter ces JHA, notamment pour contrer le jeu illégal. Les modalités de commercialisation sont diverses, allant de la gestion complète des lieux par la société d'État, comme dans les casinos, à la distribution de licences d'exploitation de loterie et d'appareils de loterie vidéo (ALV) par la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ), en passant par des franchises attribuées par Loto-Québec, comme dans le cas du Kinzo. Par conséquent, certains lieux se spécialisent dans la commercialisation des JHA tandis que d'autres, même s'ils proposent plusieurs jeux, ont d'autres vocations premières comme la restauration, la vente au détail, le débit de boissons, cette dernière configuration mixte favorisant l'achalandage et la visibilité. Les dividendes attendus de la société d'État sont établis par le ministre des Finances (Boisvert et al., 2012). La localisation et la densité de l'ensemble des jeux sont du ressort de la société d'État et de la RACJ.

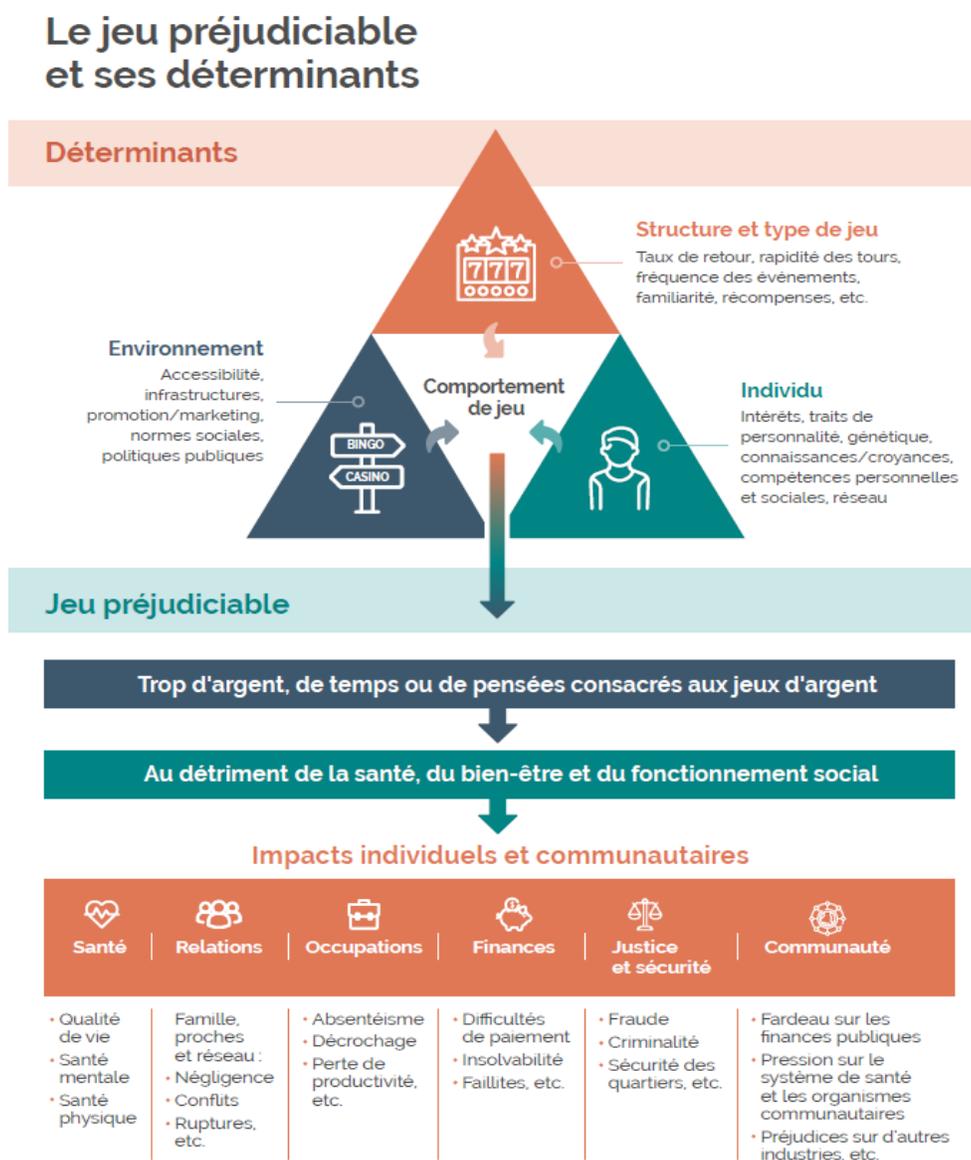
Les appareils de loterie vidéo ont fait l'objet de multiples débats et recherches puisqu'ils sont davantage associés aux problèmes de jeu. Un moratoire sur la délivrance de licences a prévalu de 2002 à 2010. Depuis 2011, à la demande du gouvernement, Loto-Québec a mis en place des critères guidant la répartition des ALV sur le territoire québécois. Révisés en 2016, ces critères établissent un nombre maximum de 2 établissements munis d'ALV par 5000 habitants et de 2 ALV par 1000 habitants. Selon Statistique Canada, depuis dix ans, les appareils de loterie vidéo retranchés ont en grande partie été remplacés par des machines à sous, théoriquement non assujettis à ces critères (Stevens, 2022). Le dernier critère stipule que l'indice de défavorisation matérielle du secteur (Pampalon et al., 2012) doit être égal ou inférieur à celui de la moyenne régionale du secteur (Loto-Québec, 2016). Cependant, les critères choisis ne tiennent pas compte de la défavorisation sociale et des autres jeux en présence, ce qui peut entraver la prévention des préjudices liés aux jeux et la réduction des inégalités de santé.

Les déterminants des préjudices liés au jeu

L'établissement des critères appliqués aux appareils de loterie vidéo suggère néanmoins une reconnaissance de la part de la société d'État du fait que certaines populations sont plus

vulnérables que d'autres, que certains jeux sont davantage risqués que d'autres et que les décisions antérieures sur la répartition territoriale des jeux ont pu contribuer au développement de répercussions indésirables de l'exploitation des JHA. Cette posture est une évolution notable par rapport à celle plus répandue voulant que la responsabilité individuelle des joueurs soit seule en cause dans les habitudes de jeu délétères (Livingstone et Rintoul, 2020). De fait, les mécanismes menant aux problèmes de jeu sont complexes, basés à la fois sur les caractéristiques individuelles du joueur, la structure du jeu et l'environnement (Korn et Shaffer, 1999; Collectif sur le jeu et ses impacts, 2013) (Figure 1).

FIGURE 1 - Le jeu préjudiciable et ses déterminants (Collectif sur le jeu et ses impacts, 2013)



Cette dernière dimension environnementale est un aspect qui avait été moins pris en compte en matière de prévention. La Politique gouvernementale de prévention en santé intégrée ces préoccupations en 2016 en proposant « d'aménager des communautés favorables à la sécurité et à la mobilité durable, aux saines habitudes de vie ainsi qu'à la qualité de vie de leurs résidents » (Gouvernement du Québec et al., 2016). Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 entérine également la vision selon laquelle il faille agir sur les environnements en proposant « d'améliorer l'encadrement de l'accessibilité physique, économique et légale des SPA et des JHA » (Gouvernement du Québec, 2018).

La présente recherche se veut une contribution en ce sens, notamment en visant à étoffer les paramètres utilisés pour estimer le risque associé à la configuration territoriale des jeux et à améliorer les environnements.

L'environnement de jeu

L'environnement de jeu est constitué de l'ensemble des déterminants sociaux qui peuvent favoriser ou non les habitudes de jeu, comme l'accessibilité, la densité, la nature des infrastructures, les éléments de promotion et de marketing, les normes sociales et les politiques publiques (Collectif sur le jeu et ses impacts, 2013; Järvinen-Tassopoulos, 2020).

Plus récemment, l'étude des déterminants commerciaux de la santé a ajouté des bases conceptuelles solides à la prémisse voulant que l'environnement commercial influence significativement la santé (de Lacy-Vawdon et Livingstone, 2020; Reith et Wardle, 2022).

Des recherches récentes démontrent notamment que la nature de l'environnement bâti et la configuration des quartiers peut être propice ou nuisible à la santé, au développement de la communauté et à l'épanouissement des individus (Centre de référence sur l'environnement bâti, 2019). Les inégalités en matière de santé sont largement déterminées par les ressources auxquelles les individus ont accès : certains éléments dans les environnements auront une influence positive sur la santé comme les parcs, les magasins d'aliments santé, les écoles de qualité ou les organisations de quartier actives; d'autres auront un impact négatif comme la pollution, la présence de commerces d'alcool, la violence ou une moindre application des lois (Bernard et al., 2007; Robitaille et al., 2014). Les 10 292 établissements de jeu au Québec font partie de cet écosystème.

Les inégalités de santé liées au jeu

Rappelons ici qu'au Canada, les personnes dans un ménage à faible revenu, si elles jouent moins que la moyenne, dépensent proportionnellement une plus grande part de leur budget disponible et éprouvent davantage de problèmes de jeu (Gouvernement du Canada, 2022). Or, on sait que la déviation de ressources indispensables à la santé et au bien-être vers le jeu par des personnes qui disposent de peu mène plus rapidement à des préjudices.

Dans cette optique, plusieurs chercheurs ont tenté de comprendre comment l'environnement, la densité ou la proximité des établissements de jeu influencent les habitudes et les problèmes de jeu, et en quoi cette problématique est également liée aux inégalités sociales de santé (ISS).

Au Québec, ces études se sont penchées principalement sur la répartition des appareils de loterie vidéo, et elles concluent que leur densité est liée à la défavorisation socio-économique des secteurs géographiques et à la vulnérabilité au jeu. En d'autres termes, que ce soit à Montréal, Laval, Québec, en Outaouais ou dans la région des Laurentides, les ALV sont répartis de façon inégale, les populations défavorisées ou plus vulnérables au jeu y ayant un accès plus élevé (Biron, Bazargani, Robitaille, et al., 2016; Gilliland et Ross, 2005; Houle et Robitaille, 2013; Paradis, 2006; É. Robitaille et Herjean, 2008; Thériault et al., 2015; Wilson et al., 2006).

Ailleurs dans le monde, malgré la disparité des méthodes utilisées et des juridictions concernées, quatre principaux constats se dégagent des recherches qui étudient les mêmes dimensions.

1. Il existe une relation positive entre l'accessibilité des sites de jeux et l'adoption d'habitudes de jeu dans les communautés avoisinantes (Adams et al., 2007; Erwin et al., 2022; Marshall, 2005; Philander, 2019; Productivity Commission, 2010). Une enquête qualitative auprès de joueurs problématiques recrutés dans des zones où la vulnérabilité et l'exposition au jeu étaient élevées a montré que, pour certains, la présence des JHA dans leurs milieux de vie stimule l'envie de jouer et déclenche le passage à l'acte, tandis que leur absence pendant la pandémie a eu un effet inhibiteur bénéfique sur l'envie de jouer (Paradis et Papineau, à paraître).
2. Les résultats démontrent que les dépenses ou la gravité des problèmes de jeu augmentent avec la proximité des lieux de jeu (Adams et Wiles, 2017; Barratt et al., 2014; Delfabbro, 2003; Marshall, 2009; Rush et al., 2007; Scholnick et Byun, 2016; Welte et al., 2007), bien que cet effet puisse s'estomper partiellement après quelques années (Storer et al., 2009).
3. L'offre de jeu dans les bars ou les clubs tend à être localisée dans des zones défavorisées sur le plan socio-économique (Astbury et Thurstain-Goodwin, 2015; Dahan, 2020; Macdonald et al., 2018; Marshall et al., 2004; Marshall et Baker, 2001, 2002; Pérez et al., 2021; Raisamo et al., 2019; Rintoul et al., 2013; Wardle et al., 2014; Wheeler et al., 2006; Xouridas et al., 2016).
4. Finalement, plusieurs auteurs établissent un lien entre les trois dimensions que sont la densité/proximité de l'offre de jeu, la défavorisation, et des dépenses ou des problèmes de jeu proportionnellement plus élevés (Astbury et Wardle, 2016; Grumstrup et Nichols, 2021; Lund, 2009; Pearce et al., 2008; Rintoul et al., 2013; Room et al., 1999; Sulkunen et al., 2018; Welte et al., 2004, 2016; Young et al., 2012).

Ces travaux internationaux se concluent en majorité par des appels à développer une perspective critique sur la commercialisation des jeux et à introduire des critères sociosanitaires préventifs dans leur distribution territoriale. Ainsi, en Europe, certains pays ont intégré la distance géographique comme critère de prévention du jeu problématique et de protection des populations

vulnérables. À titre d'exemple, dans le land du Bade-Wurtemberg, en Allemagne, une distance minimale de 500 mètres est exigée entre les salles de jeux et les lieux fréquentés par les enfants (garderies et écoles) a été établie. (Xouridas et al., 2016). Dans le Piémont, en Italie, les machines à sous sont interdites à moins de 500 mètres des « lieux sensibles » comme les écoles, les églises, les communautés thérapeutiques et les guichets automatiques (Järvinen-Tassopoulos, 2020).

Des travaux sur l'accessibilité aux commerces alimentaires (Robitaille et al., 2014), aux restaurants-minute près des écoles (Robitaille et al., 2009), aux points de vente de tabac (Montreuil et al., 2011) ou à l'accessibilité aux parcs (Bédard et Jacques, 2010) ont démontré le potentiel de ce type de perspective dans la prise de décision pour l'aménagement d'environnements plus favorable à la santé.

Les travaux sur l'accessibilité géographique au jeu recensés à ce jour demeurent cependant insuffisants pour préciser le lien existant entre la vulnérabilité au jeu, la défavorisation socio-économique et l'exposition au jeu : 1) ces travaux, bien souvent, ne prennent en compte qu'un seul type de jeu ; 2) ils ne couvrent que partiellement un territoire ou une juridiction et ; 3) l'accessibilité n'y est étudiée qu'à partir d'une seule de ces dimensions, soit la proximité ou la densité, sans prendre en compte le risque relatif de chaque type de jeu.

Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est de proposer un outil écologique pouvant caractériser les environnements de jeu au Québec. Elle repose sur le paradigme selon lequel l'environnement est un déterminant essentiel du jeu préjudiciable. Elle vise à mettre explicitement en évidence les inégalités sociales liées à l'exposition au jeu. Les résultats devraient aussi permettre de guider la prise de décision en matière de commercialisation des jeux pour créer des environnements plus favorables à la santé. Cet article décrit plus spécifiquement la méthode utilisée pour combler les lacunes méthodologiques susmentionnées et identifier les secteurs où l'exposition et la vulnérabilité au jeu sont plus élevées.

Méthodologie

Pour atteindre ces objectifs, deux indices ont été développés : l'indice d'exposition au jeu (IEJ), qui rend compte à la fois de l'accessibilité et du risque théorique associé aux jeux auxquels les Québécois et les Québécoises sont exposés, et l'indice de vulnérabilité au jeu (IVJ), basé sur six indicateurs socio-économiques de jeu problématique provenant du recensement canadien de 2016. Des analyses statistiques spatiales et descriptives ont été réalisées pour explorer la relation entre l'IEJ et l'IVJ et identifier les zones présentant une vulnérabilité et une exposition au jeu élevées.

Sources de données

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, trois séries de données ont été utilisées. Pour créer un répertoire géoréférencé des différents sites de jeu, des bases de données provenant de Loto-Québec (mars 2018) et des répertoires d'entreprises commerciales provenant des ministères de la Santé et des Services sociaux (2017) et de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (2018) ont été utilisées. Ces bases de données comprennent l'information suivante : les types de jeu, le nombre de places, de tables ou d'appareils et l'adresse postale des sites. Le répertoire créé à partir de la fusion de ces bases de données contient 10 292 sites/établissements de jeu. Ceux-ci ont par la suite été géoréférencés à partir du service d'Adresses Québec (Adresses Québec, 2012).

Pour calculer l'accès aux sites de jeu, la géométrie du recensement canadien de 2016 a été utilisée au niveau des aires de diffusion (AD)¹. Les AD ont été utilisées pour deux raisons : elles couvrent l'ensemble du Canada et du Québec et elles représentent la plus petite unité spatiale à laquelle les données sociodémographiques du recensement sont diffusées. Les centroïdes des AD, pondérés par la distribution spatiale des bâtiments résidentiels, ont permis de localiser la population sur le territoire. La population de chaque AD a été utilisée afin d'évaluer le nombre de personnes exposées au jeu. Des données socio-économiques provenant du recensement ont aussi été extraites afin d'opérationnaliser l'IVJ.

Les données de trois enquêtes de prévalence québécoises ont été utilisées afin de pondérer les différentes composantes de l'IVJ et pour déterminer un niveau de risque associé à chacune des formes de jeu (Chevalier et al., 2004 ; Kairouzet al., 2014). Les rayons de desserte des établissements de jeu ont été déterminés à partir de l'analyse secondaire des données d'une enquête québécoise destinée à produire une mesure populationnelle du jeu préjudiciable (Biron, Bazargani, et Robitaille, 2016 ; Biron et al., 2018).

La construction de l'indice d'exposition au jeu

L'indice d'exposition au jeu (IEJ) est composé de trois dimensions, une dimension d'accessibilité spatiale aux sites de jeu, une dimension de densité des places de jeu et une dimension de risque théorique associé aux différents types de jeu.

La méthode du *two-step floating catchment area* (2SFCA) (Luo et Qi, 2009 ; Naylor et al., 2019 ; Ngui et Apparicio, 2011 ; Nakamura et al., 2017 ; Wang, 2006 ; Zahnd et al., 2019) a été utilisée pour combiner ces trois dimensions dans l'indice global IEJ.

La méthode 2SFCA est un type particulier de modèle de gravité et a été la principale méthode utilisée pour calculer le score d'accessibilité à certains services (Apparicio et al., 2017 ; Guo et al., 2018 ;

¹ « Une aire de diffusion (AD) est une petite unité géographique relativement stable formée d'un ou de plusieurs îlots de diffusion avoisinants. Il s'agit de la plus petite région géographique normalisée pour laquelle toutes les données du recensement sont diffusées. Une unité comporte entre 400 et 700 individus » (Statistique Canada, 2017).

Wu et al., 2018), de santé en particulier (Apparicio et al., 2017), mais n'a jamais été utilisée, à notre connaissance, pour quantifier l'accès aux sites de jeu d'une population donnée. Elle a cependant été exploitée pour prédire et modéliser spatialement la vulnérabilité au jeu (Conway, 2015; Doran et Young, 2010). Développée par Luo et Wang (Luo et Wang, 2003), et s'appuyant sur les travaux de Radke et Mu (Radke et Mu, 2000), cette méthode a l'avantage de prendre simultanément en compte la localisation des sites et la population exposée. La méthode de 2SFCA est exécutée en deux étapes : l'estimation de l'offre des sites de jeu (densité et risque) et le calcul des scores d'accessibilité (voir les détails de la méthode de 2SFCA à l'annexe 1).

Le risque théorique relatif des différents jeux a été mesuré en partant du postulat qu'un point de vente de loterie, une salle de bingo ou un établissement qui offre des appareils électroniques de jeu ne comportent pas des risques équivalents et qu'il existe une association entre le type de jeu pratiqué et la gravité des préjudices encourus (Binde et al., 2017). La prévalence des problèmes de jeu associée à chacun des types de jeu est apparue comme étant la donnée la plus objective et adéquate pour rendre compte du risque théorique auquel est exposé la population. Le niveau de risque théorique de chacun des jeux a donc été établi à partir de la prévalence des problèmes de jeu par types de jeu au Québec, comme mesuré en 2012 (Kairouz et al., 2014). Les valeurs imputées à chaque jeu ont ensuite été normalisées sur une échelle de 1 à 10 afin de faciliter la construction ultérieure de l'IEJ.

Les résultats du modèle de gravité et ses formes sont très sensibles aux bassins de desserte des lieux de jeux. Selon chaque type de jeu, ils peuvent varier en intensité et en taille (Doran et al., 2007; Markham et al., 2014). Par conséquent, dépendamment du type de jeu et des données disponibles, nous utilisons deux variantes du 2SFCA, l'une sans variation du rayon de desserte et l'autre avec variation (2SFCA et V2SFCA). Le tableau 1 montre les variantes utilisées et les différents rayons de dessertes. Pour les casinos, bingos/kinzo et salons de jeu, les rayons de desserte ont été déterminés par les réponses à une question d'une enquête québécoise récente (Biron, 2018) : « En cliquant sur la carte, veuillez localiser l'endroit où vous jouez à des jeux de hasard et d'argent le plus souvent ? ». Les distances de réseau ont été calculées entre le code postal de résidence du répondant et les établissements de jeux répertoriés afin de mesurer la variabilité de la zone de couverture (Doran et al., 2007). Les distances présentées au tableau 1 qui concernent les appareils de loterie vidéo diffèrent peu de celles fournies dans la littérature, principalement axée sur l'étude de ces appareils.

Nous avons adopté la fonction de puissance inverse avec une valeur du coefficient bêta de 1,5 selon l'analyse de sensibilité basée sur les données d'enquête mentionnées ci-dessus.

TABLEAU 1 – Synthèse des paramètres utilisés pour le calcul de IEJ

	Jeux	Nbre de sites	Positions de jeu (S _j)	Type d'établissement	Risque relatif (risque _j)	Variantes de mesures d'accessibilité	Zone de desserte (km) C _j
1	Loterie	8575	NA	Casinos Salons de jeux Bingos Dépanneurs, kiosques, etc.	1	V2SFCA	0,5 à 47
2	Kéno	3	NA	Casinos	1	2sfca	20 à 200
3	Bingo	43	16 845	Salles de bingo	3,08	2sfca	10
4	Kinzo	17	1118	Salles de Kinzo	3,08	2sfca	10
5	Jeux de table	4	1088	Casinos	4,46	2sfca	20 à 200
6	Poker (casino)	4	627	Casinos	4,46	2sfca	20 à 200
7	Roulette et Blackjack électroniques	6	201	Casinos Salons de jeux	4,46	2sfca	20 à 200
8	Machine à sous	6	6206	Casinos Salons de jeux	5,15	2sfca	20 à 200
9	Bornes interactives dans et hors zone AEJ	4	217	Casinos	5,15	2sfca	20 à 200
10	Paris hippiques	10	NA	Salons de paris Hippodrome	6,54	V2SFCA	1 à 50
11	Appareil de loterie vidéo (ALV)	1641	10 534	Salons de jeux Bingos, Kinzos Bars, etc.	10	V2SFCA	0,5
	Total	10 292					

La construction de l'indice de vulnérabilité au jeu

La création de l'indice de vulnérabilité au jeu (IVJ) consiste à sélectionner un certain nombre de variables du recensement canadien de 2016 au niveau de l'AD. Les variables retenues correspondent aux caractéristiques socio-économiques les plus associées aux problèmes de jeu. Une synthèse des études de prévalence internationales montre que les hommes, les personnes plus jeunes, moins scolarisées, vivant seules, sans emploi et dont le revenu total du ménage est peu élevé sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de jeu (Calado et Griffiths, 2016). Le processus de création de l'IVJ a transposé ces traits socio-économiques de personnes plus à risque de développer des problèmes de jeu à l'échelle de petits secteurs statistiques, les AD, à partir de données issues du recensement canadien 2016. Une validation de ces variables a été effectuée sur le profil des joueurs problématiques des enquêtes de prévalence ENHJEU 2009 et 2012, ce qui représente un échantillon de 23 493 individus (Kairouz et al., 2014). Des modèles de régression logistique

univariée ont été réalisés en utilisant comme variable dépendante un score de 3 et plus à l'indice canadien du jeu excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001), indicatif de jeu problématique (joueur à risque modéré et joueurs pathologiques probables combinés). Les résultats de ces analyses sont compilés dans le tableau 2, qui présente les rapports de cote associés à chaque variable indépendante. Ces rapports de cote ont aussi été utilisés afin de déterminer le poids de chaque variable dans l'IVJ à l'échelle des aires de diffusion.

TABLEAU 2 - Rapport de cote (R.C.) des variables liées au jeu problématique de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE)*

Variables	R.C.	Poids pour la création de l'Indice
Plus de 44	Réf.	
18-44 ans	1,214	1
Femme	Réf.	
Homme	2,124	2
Personne ne vivant pas seule	Réf.	
Personne vivant seule	1,325	1,5
Personne active	Réf.	
Personne sans emploi	1,071	1
Personne avec plus qu'un DES	Réf.	
Personne avec DES et moins	1,454	1,5
Revenu des ménages plus de 60 000\$		
Revenu des ménages moins de 60 000\$	1,491	1,5

*Compilation spéciale à partir des données de l'enquête ENHJEU 2009-2012

Les variables retenues provenant du recensement canadien de 2016 pour la création de l'indice sont présentées au tableau 3.

Les variables plus fortement corrélées aux problèmes de jeu ont aussi été pondérées en les multipliant par les rapports de cote arrondis (tableau 2). Cette méthode s'inspire de plusieurs études qui ont opérationnalisé des indices de vulnérabilité relatifs au jeu (Biron, Bazargani et Robitaille, 2016; Biron et al., 2017; Doran et Young, 2010; Rintoul et al., 2013; Robitaille et Herjean, 2008; Wardle et al., 2014, 2017). Nous avons ensuite standardisé ces facteurs de risque et les avons additionnés pour obtenir un indice dont les valeurs variaient de -3,00 à 4,99. La valeur maximale est considérée comme un secteur ayant une population très vulnérable aux problèmes de jeu.

TABLEAU 3 – Statistiques descriptives des variables décrivant IVJ

	Nombre d'aires de diffusion (AD)	Valeur minimum	Valeur maximum	Moyenne	Écart-type
Proportion de personnes de sexe masculin (%) par AD	13 420	0,00	95,00	49,33	3,69
Proportion des personnes âgées de 20 à 44 ans ² (%) par AD	13 420	0,00	100,00	46,49	10,10
Proportion de personnes seules (veuves, célibataires, divorcées) (%) par AD	13 420	0,00	89,00	43,92	11,55
Proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaire ou moins (%) par AD	13 420	0,00	93,00	42,57	12,56
Taux de chômage par AD	13 420	0,00	34,00	4,72	3,07
Proportion des personnes se retrouvant dans des ménages ayant un revenu total de 59 999\$ et moins (%) par AD	13 420	0,00	93,00	43,51	18,12
IVJ	13 420	-3,00	4,99	0,00	1,01
IEJ	13 420	0,00	0,45	0,02	0,01

Analyses statistiques et spatiales

À l'aide du logiciel SPSS version 25, des analyses statistiques ont été menées afin de décrire la distribution des variables (IBM, 2017). Par la suite, des tests statistiques univariés ont été utilisés afin d'explorer la relation entre l'IEJ et l'IVJ. Des analyses spatiales réalisées avec ArcGis 10.6.1 ont permis d'identifier les AD présentant une convergence des indices (ESRI, 2017).

Résultats

L'accessibilité au jeu

Les cartes de quintiles présentées à la figure 2 montrent la variation spatiale de l'exposition au jeu par aire de diffusion. Plus la valeur de l'IEJ est basse, moins l'exposition au jeu est élevée pour les résidents de cette AD. Pour faciliter l'interprétation de l'indicateur d'exposition, le tableau 4 présente aussi les valeurs des distances moyennes en kilomètres aux sept premiers sites de jeu (paramètres utilisés dans les formules des scores d'accessibilité) en fonction des différents quintiles du IEJ.

² Cette catégorie d'âge (au lieu de 18 à 44 ans) correspond à l'information disponible dans les fichiers du recensement canadien à l'échelle des DA.

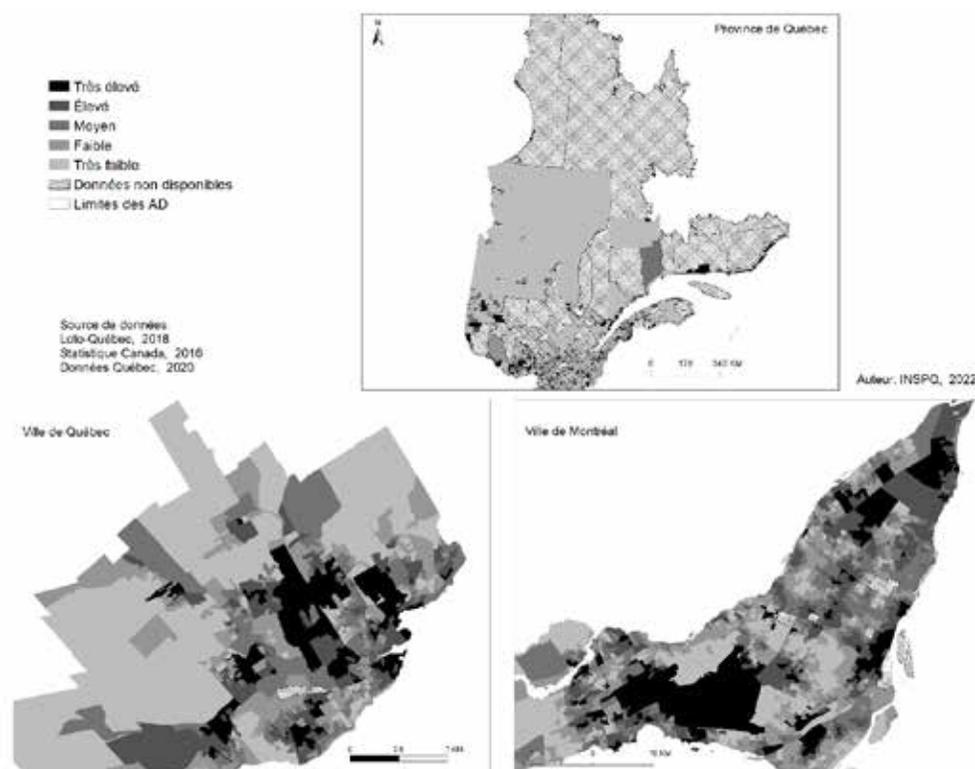
TABLEAU 4 - Quintiles de IEJ

Quintiles de IEJ	Nombre d'AD par quintile	Distance moyenne des 7 premiers sites de jeu (km)
1	2 680	13,5
2	2 681	4,4
3	2 680	3,4
4	2 682	2,9
5	2 680	2,8

Il est possible de constater que les secteurs ayant un IEJ élevé sont des AD où l'accès en kilomètres aux sites de jeu les plus proches est de 2,8 kilomètres comparativement à 13,5 pour les secteurs plus favorables.

Plusieurs AD localisées en milieu urbain sont caractérisées par une forte exposition au jeu. La figure 2 (sections A et B) montre que plusieurs secteurs centraux et péri-centraux de l'île de Montréal et de la région de Québec sont fortement exposés au jeu. La figure 2 montre que certains secteurs ruraux sont aussi caractérisés par une forte exposition (il est possible de consulter les indices et la cartographie pour analyser des secteurs choisis sur le lien <https://www.inspq.qc.ca/geomatique/geoportail>, thématique « Environnements Produits à risque »).

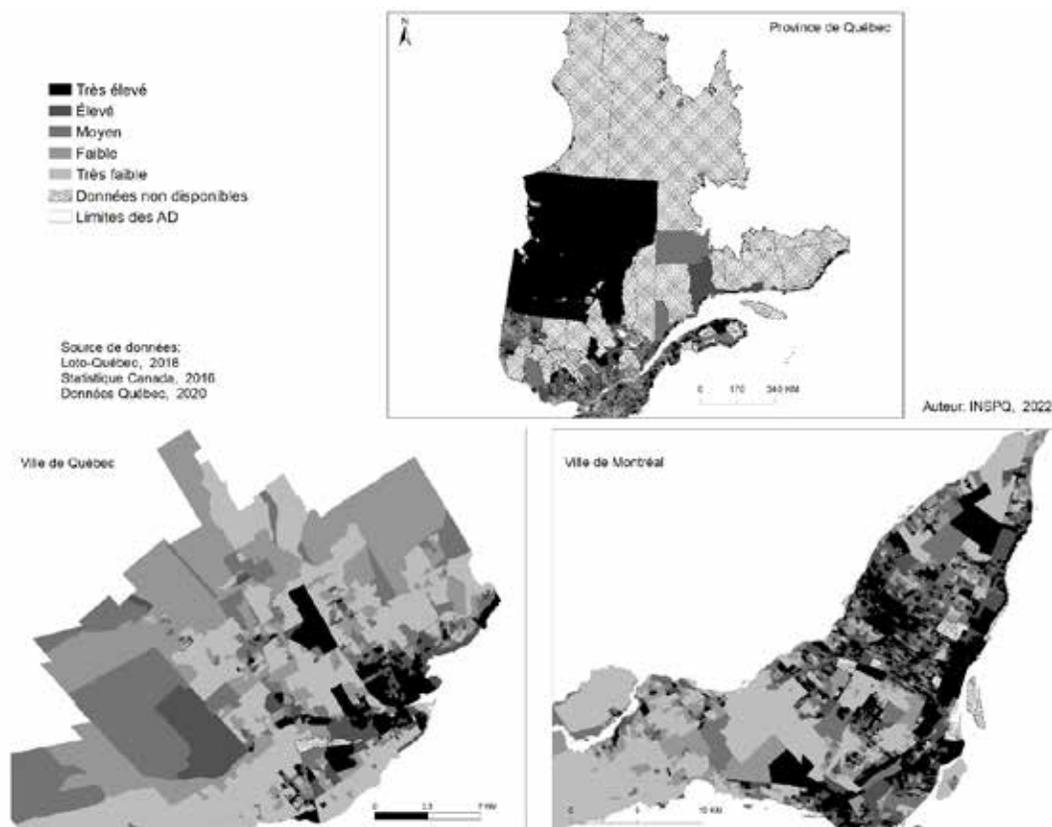
FIGURE 2 - L'indice d'exposition au jeu (IEJ), province de Québec, Québec et Montréal



La vulnérabilité au jeu

Les cartes des quintiles de la figure 3 montrent la variation spatiale de l'IVJ par aires de diffusion pour les villes de Montréal, de Québec, et à l'échelle du Québec. La valeur maximale est considérée comme une unité de quartier très vulnérable.

FIGURE 3 - L'indice de vulnérabilité au jeu (IVJ), province de Québec, Québec et Montréal



Pour faciliter l'interprétation de IVJ, le tableau 5 présente aussi les valeurs de chaque composante de IVJ pour les différents quintiles. Il est possible de constater que les secteurs ayant un IVJ élevé (quintile 5) sont des AD où la proportion de personnes de sexe masculin est de 51 %, la proportion des personnes âgées de 20 à 44 ans est de 54 %, la proportion de personnes seules (veuves, célibataires, divorcées) est de 58 %, la proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou moins est de 50 %, le taux de chômage est de 7 % et la proportion des personnes se retrouvant dans des ménages ayant un revenu total de 59 999 \$ et moins est de 65 %.

TABEAU 5 - Quintiles de IVJ et valeurs des composantes

Quintile de IVJ	Nombre d'AV par quintile	Homme	Âge 20-44 ans	Personnes Seules	Éducation	Chômage	Revenu
1	2 682	49 %	41 %	35 %	31 %	3 %	21 %
2	2 682	49 %	44 %	38 %	39 %	4 %	35 %
3	2 681	48 %	45 %	41 %	44 %	4 %	44 %
4	2 681	49 %	48 %	47 %	48 %	5 %	53 %
5	2 681	51 %	54 %	58 %	50 %	7 %	65 %
Moyenne	13 420	49 %	47 %	44 %	43 %	5 %	44 %

Convergence des deux indices et zones prioritaires d'intervention

Pour identifier les AD les plus à risque sur le territoire, c'est-à-dire ceux montrant une convergence élevée de IEJ et IVJ, nous avons dans un premier temps mesuré les liens entre les composantes de l'indice de vulnérabilité, l'indice de vulnérabilité au jeu et l'indice d'exposition au jeu, et ce, à l'échelle de l'ensemble du territoire québécois par l'entremise d'une analyse de corrélation bivariable de *Spearman's rank test*. Les résultats montrent une corrélation significative entre l'IEJ et l'IVJ ($r_s=0,194$).

Des corrélations plus élevées ont été mesurées pour les variables liées la proportion de personnes seules (veuves, célibataires, divorcées) ($r_s=0,281$) et à la proportion des personnes se trouvant dans des ménages ayant un revenu total de 59 999 \$ et moins ($r_s=0,234$) (tableau 6). Les corrélations les plus faibles (taux de chômage, âges 20-44 ans, et hommes) peuvent s'expliquer par la distribution moins inégale de ces variables sur le territoire.

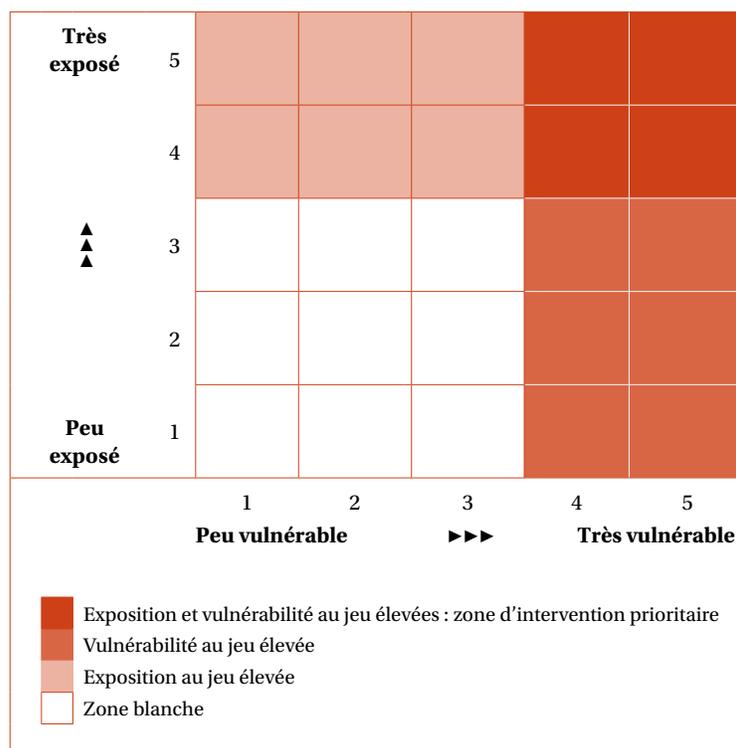
TABEAU 6 - Coefficients de corrélation de Spearman (rs) pour les relations entre IEJ et IVJ

Variables de IVJ	r_s
IVJ	0,194
Homme	-0,136
Âge 20-44 ans	0,042
Seules	0,281
Éducation	0,164
Chômage	0,065
Revenu	0,234

$p<0,01$ pour tous les résultats

En croisant l'indice d'exposition au jeu et l'indice de vulnérabilité au jeu, les AD pour lesquelles les quintiles des deux indices sont supérieurs ou égaux à 4 ont été identifiées.

FIGURE 4 - **Quintiles d'exposition, de vulnérabilité et zones prioritaires**



L'analyse de la convergence des indices démontre que 2 599 des 13 420 aires de diffusion du Québec affichent des valeurs élevées de vulnérabilité et d'exposition au jeu et sont donc désignées « prioritaires » en termes d'intervention et de prévention. Les zones blanches sont caractérisées à la fois par une faible exposition et une faible vulnérabilité au jeu. Selon les données du recensement canadien de 2016, 1 394 042 personnes habitent ces secteurs, ce qui représente 17 % de la population québécoise. Une grande partie des personnes vulnérables aux problèmes de jeu habitent donc dans des environnements défavorables, susceptibles de stimuler la participation au jeu.

Transposés dans un outil cartographique interactif, ces indices permettent un diagnostic visuel des quartiers où certaines interventions en matière de prévention, de traitement et particulièrement de répartition des jeux sont prioritaires pour la santé de la population.

Les indices sont établis à l'échelle des AD mais plus globalement, le calcul de la concentration de zones d'intervention prioritaires peut être généré par municipalité ou par région sociosanitaire (Figure 6). Ainsi, la Mauricie-Centre-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais, la Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont des valeurs plus élevées par 5 points de pourcentage ou plus par rapport à la moyenne du Québec.

FIGURE 5 – Zones d'intervention, province de Québec, Québec et Montréal

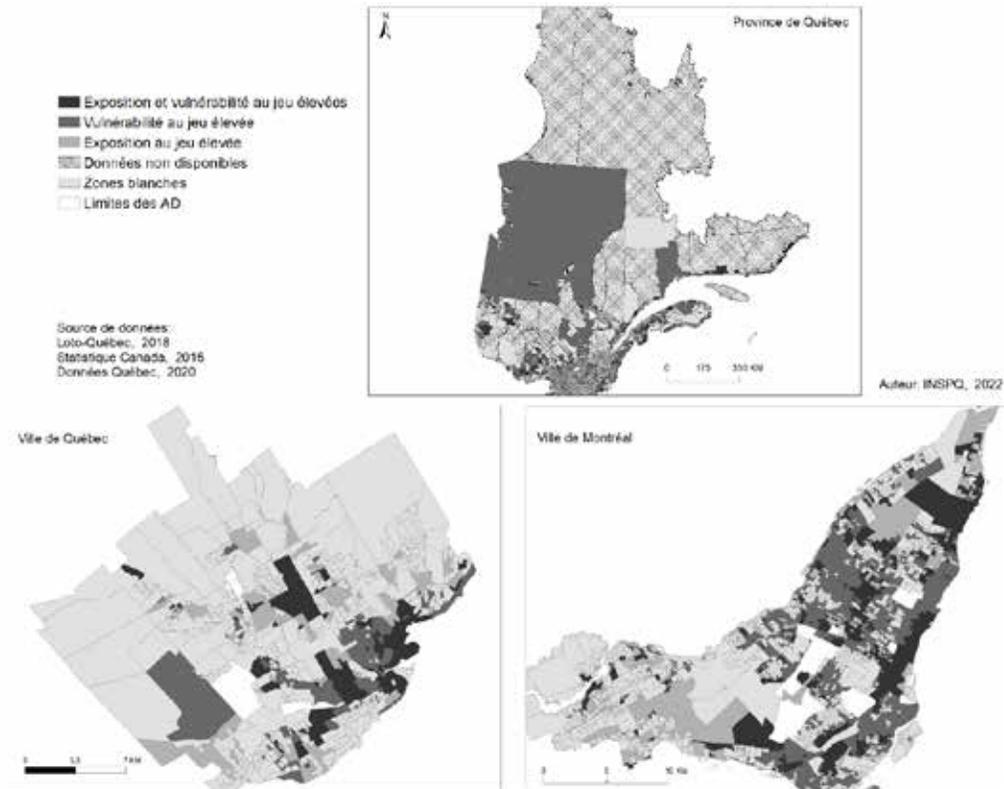
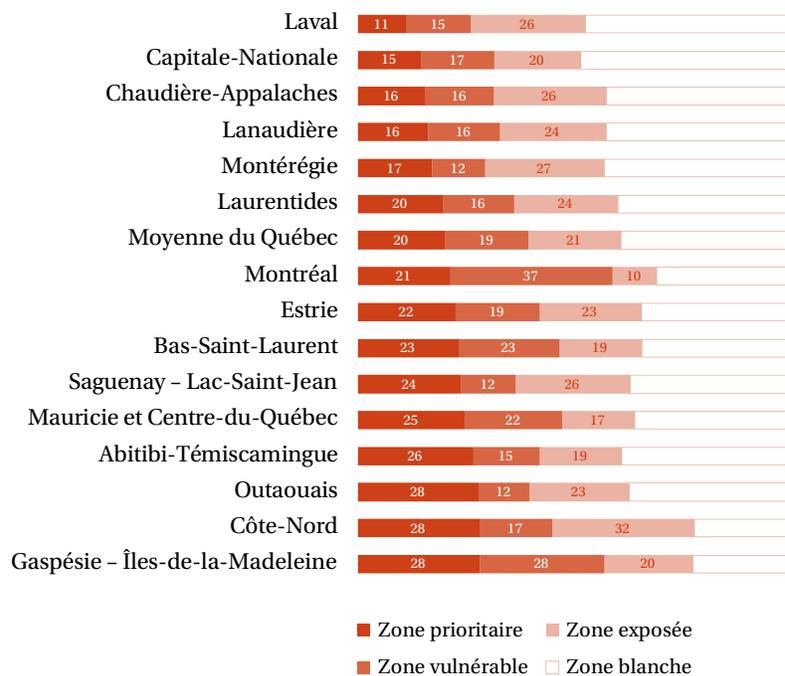


FIGURE 6 – Répartition des zones d'intervention par région sociosanitaire (%)



Discussion

Les travaux révèlent que 2 599 des 13 420 aires de diffusion du Québec affichent des valeurs élevées de vulnérabilité et d'exposition au jeu. Au total, 1 394 042 personnes (17 % de la population) vivent dans ces zones désignées prioritaires en matière d'intervention. Elles sont donc désignées « prioritaires » en termes d'aménagement du territoire, de politiques publiques et pour les interventions de prévention et de traitement des problèmes liés aux JHA. Ces résultats apportent de nouvelles données probantes aux études écologiques précitées qui montraient un lien entre l'accessibilité au jeu et la défavorisation socio-économique (Astbury et Thurstain-Goodwin, 2015; Marshall et al., 2004; Marshall et Baker, 2001, 2002; Raisamo et al., 2019; Rintoul et al., 2013; Wardle et al., 2014; Wheeler et al., 2006; Xouridas et al., 2016). Une grande partie des personnes vulnérables aux problèmes de jeu habitent donc dans des environnements défavorables, parce que susceptibles de stimuler la participation au jeu (Papineau et al., 2020)

Il convient de s'interroger sur la manière dont la répartition des sites de jeux a pu se développer progressivement jusqu'à ce que 17 % de la population habite dans des quartiers où convergent facteurs de risque et forte exposition au jeu. Une approche de gestion basée sur le principe de précaution (Papineau et Boisvert, 2003), impliquant une conciliation de l'intérêt public et de la santé publique avec les orientations québécoises en matière de gestion des jeux, pourrait permettre de minimiser ce type de configuration. Par ailleurs, les développements techno-scientifiques récents en matière de géomatique, de statistique et d'épidémiologie peuvent dorénavant faciliter la prise de décision basée sur les données probantes.

D'un point de vue conceptuel, cette recherche s'inscrit dans la perspective de santé publique du jeu préjudiciable (Collectif sur le jeu et ses impacts, 2013; Langham et al., 2016) en démontrant que, selon le lieu de résidence, tous ne sont pas égaux face au jeu. Il met en évidence les lacunes du concept de « jeu responsable », qui a valorisé de façon prédominante les interventions préventives et curatives destinées aux joueurs dits pathologiques et qui néglige la réalité selon laquelle les inégalités sociales et l'exposition au jeu sont des déterminants importants des méfaits (Livingstone et Rintoul, 2020). Il convient idéalement de mettre de l'avant des politiques publiques qui s'appuient sur une perspective systémique et dont les interventions concernent certes les individus, mais surtout les environnements problématiques et les caractéristiques des jeux (Järvinen-Tassopoulos et al., 2021; van Schalkwyk et al., 2021).

La carte interactive en ligne sur l'exposition et la vulnérabilité au jeu qui a été développée fournit des critères robustes et fiables pour guider la répartition des sites de jeu, à laquelle il est possible de superposer d'autres indicateurs environnementaux ou sociodémographiques. À cet égard, les données et outils présentés sont potentiellement utiles à plusieurs domaines :

- La carte interactive en ligne peut améliorer les connaissances et les capacités des directions régionales de santé publique et des organisations communautaires locales à se mobiliser et à plaider afin de créer des environnements plus propices à la santé.

- Toute personne, société ou association peut s'opposer à la délivrance d'une licence d'ALV par la RACJ s'il l'estime contraire à l'intérêt public, la sécurité publique ou la tranquillité du public (Gouvernement du Québec, N.D.). L'outil offre donc aux gouvernements municipaux la capacité d'identifier les zones de forte exposition au jeu et d'adopter des règlements d'urbanisme et de zonage pour limiter le nombre et la proximité des établissements qui offrent des jeux de hasard dans les zones de vulnérabilité et d'exposition élevées.
- De plus, l'utilisation des données cartographiques peut permettre d'atteindre les objectifs de surveillance, de responsabilité sociale et éthique par les instances responsables de la gestion des jeux, d'élaborer des cibles de réduction des inégalités sociales et de santé relatives aux JHA et, finalement, de monitorer les progrès d'un redéploiement territorial des jeux plus favorable à la santé et au bien-être.

Forces, limites et avenues de recherche

Cette recherche constitue un apport au domaine du jeu en santé publique pour plusieurs raisons. 1) Elle tient compte de l'ensemble des types de jeux, à l'échelle de la quasi-totalité du territoire québécois. 2) Elle est la première étude écologique sur l'exposition au jeu qui intègre à la fois l'accessibilité, la densité et le risque relatif des différents jeux (ce dernier, comme intégré dans l'IEJ et établi à partir de la prévalence des problèmes associés à chaque type de jeu, reste un risque écologique théorique); 3) L'IVJ est un indicateur de risque spécifique aux problèmes de jeu, intégrant la vulnérabilité sociale et non seulement des indicateurs de vulnérabilité matérielle.

Cette recherche comporte aussi plusieurs limites. L'exposition au jeu est sous-estimée dans certains secteurs, car les tournois de poker hors casino, la présence des jeux dans les communautés autochtones et dans les régions limitrophes ne sont pas inclus dans l'IEJ. Le jeu dit « illégal » n'est pas pris en compte en raison de l'absence de données probantes. Les données de Statistique Canada sur les crimes fondés sur la tenue d'une maison de jeu ou de la tenue d'une maison de débauche, jeux et paris, telles que rapportées par les services de police du Québec, semblent indiquer un phénomène marginal, soit 10 cas entre 2017 et 2021 (Statistique Canada, 2022). En raison de la difficulté à colliger les données sur les jeux susmentionnés, l'indice ne peut prétendre à l'exhaustivité des sites de jeu, il en comprend toutefois une très grande majorité.

Étant donné que les données sur les sites de jeu datent de mars 2018, la cartographie réalisée présente un portrait fixe de l'exposition et de la vulnérabilité au jeu. La pandémie est susceptible d'avoir mené à des changements tant en ce qui a trait au nombre qu'à la localisation des jeux sur le territoire. Pour assurer le plein potentiel de l'outil cartographique et refléter l'évolution constante de l'offre, de l'exposition et de la vulnérabilité au jeu, avec la collaboration de Loto-Québec, les données de la RACJ et de Statistique Canada, les données concernant les sites de jeu et la réalité sociodémographique seront mises à jour tous les quatre ans.

Une autre limite réside dans le fait que la notion d'exposition au jeu ne tient pas compte de l'exposition au marketing des jeux, un autre déterminant environnemental d'importance des habitudes

de jeu (Binde et Romild, 2019; Newall et al., 2019; Papineau et al., 2015). À l'origine, l'illégalité des jeux leur imposait une certaine invisibilité ou à tout le moins une absence de promotion. Ce paramètre a évolué très significativement puisque les objectifs financiers établis pour la société d'État par le gouvernement imposent une augmentation de rendement et la stimulation de la participation de la population aux jeux de hasard et d'argent (Boisvert et al., 2012). Les stratégies et plateformes publicitaires sont donc devenues particulièrement inventives et ubiquitaires. La prise en compte de la localisation, des modalités et de la quantité de ces incitatifs au jeu dans l'environnement devra constituer une autre étape de cette recherche.

De futures études pourraient aussi superposer aux indices d'exposition et de vulnérabilité au jeu des indices relatifs aux points de vente d'alcool, de cannabis, de tabac et de malbouffe. Si ces produits se distinguent sur le plan du risque à la santé, de la prévalence et des modalités de commercialisation, ils sont cependant reconnus pour 1) entraîner des méfaits évitables aux personnes qui les utilisent et à leur entourage; 2) contribuer à la problématique des ISS et; 3) être largement présents dans les milieux de vie (Macdonald et al., 2018). Une image de l'exposition globale aux produits à risque pour la santé dans les milieux fragilisés serait utile à l'intégration de la protection de la santé dans les décisions relatives à leur répartition territoriale, au zonage ou à l'attribution de permis commerciaux.

Finalement, une validation de l'adéquation des indices IEJ et IVJ avec les valeurs réelles de fréquence, de dépense et de préjudices liés au jeu, dans une perspective comparative entre les zones « blanches » et les « zones d'intervention prioritaires » est souhaitée.

Conclusion

Des avancées récentes ont permis d'étayer l'aspect causal des environnements dans le développement des problèmes de jeu (Slutske et al., 2019). Afin de prévenir les problèmes de jeu en amont, cette recherche vise à soutenir les processus décisionnels pour réduire les inégalités de santé face à l'exposition au jeu. Par conséquent, deux indices et une plateforme cartographique en ligne ont été développés.

Les résultats révèlent des disparités d'exposition et de vulnérabilité au jeu au Québec. Les indicateurs d'exposition aux JHA (IEJ) et de vulnérabilité aux JHA (IVJ) pourraient devenir l'assise d'une politique gouvernementale en matière de configuration territoriale des JHA. En d'autres termes, ces indices pourraient constituer une base sur laquelle déterminer les critères d'octroi de licence de jeu ou de points de vente de loterie afin de préserver des environnements favorables à la santé et de prévenir les problèmes dans les secteurs où les risques de coûts sociaux sont élevés.

Au sortir d'une pandémie et en période d'insécurité économique, dans la logique de la Politique gouvernementale de prévention en santé et du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, les présents travaux peuvent soutenir l'établissement de normes québécoises concernant des seuils de densité et d'accessibilité physique aux JHA ou à d'autres produits à risque pour la santé, en fonction de la vulnérabilité des milieux.

Références

- Adams, G. R., Sullivan, A.-M., Horton, K. D., Menna, R., et Guilmette, A. M. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues*, 19, 9-18. psych. <https://doi.org/10.4309/jgi.2007.19.1>
- Adams, P. J., et Wiles, J. (2017). Gambling machine annexes as enabling spaces for addictive engagement. *Health & Place*, 43, 1-7.
- Adresses Québec. (2012). *Adresses Québec. Adresses Québec : pour une géolocalisation officielle*. <http://adressesquebec.gouv.qc.ca/index.asp>
- Apparicio, P., Gelb, J., Dubé, A.-S., Kingham, S., Gauvin, L., et Robitaille, É. (2017). The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited : Distance types and aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics*, 16(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0105-9>
- Astbury, G., et Thurstain-Goodwin, M. (2015). *Contextualising machine gambling characteristics by location—Final report—A spatial investigation of machines in bookmakers using industry data*. Geofutures. http://about.gambleaware.org/media/1170/b2gamingmachines_finalreport_20150218.pdf
- Astbury, G., et Wardle, H. (2016). *Examining the effect of proximity and concentration of B2 machines to gambling play*. Geofutures. <http://about.gambleaware.org/media/1260/geofutures-secondary-analysis-of-machines-data-final.pdf>
- Barratt, M. J., Livingston, M., Matthews, S., et Clemens, S. L. (2014). Gaming machine density is correlated with rates of help-seeking for problem gambling : A local area analysis in Victoria, Australia. *Journal of Gambling Issues*, 29, 1-21. sih.
- Bédard, J., et Jacques, M. (2010). *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises. Volet 1*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2007407>
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., et Potvin, L. (2007). Health inequalities and place : A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1839-1852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.037>
- Binde, P., et Romild, U. (2019). Self-reported negative influence of gambling advertising in a Swedish population-based sample. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 709-724.
- Binde, P., Romild, U., et Volberg, R. A. (2017). Forms of gambling, gambling involvement and problem gambling : Evidence from a Swedish population survey. *International Gambling Studies*, 17(3), 490-507. <https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1360928>
- Biron, J.-F. (2018). *Les jeux de hasard et d'argent au Québec et en régions—Statistiques de participation en 2018 / analyse et rédaction [...]* (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Éd. ; Collections de BAnQ). <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3551525?docpos=8>
- Biron, J.-F., Bazargani, M., et Robitaille, É. (2016). *La distribution spatiale du risque associé aux jeux de hasard et d'argent à Montréal*. Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/75254.pdf>

Biron, J.-F., Bazargani, M., et Robitaille, É. (2017). *La distribution spatiale du risque et de l'accessibilité aux appareils de loterie vidéo à Montréal*. Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Direction de santé publique. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/Risque_et_accessibilite_ALV_Montre_al_Final_janvier_2017_01.pdf

Biron, J.-F., Fournier, M., Lasnier, B., Houle, V., Dufour, C., Nadon, S., Nguyen, C. T., Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Québec), et Direction régionale de santé publique. (2018). *Les jeux de hasard et d'argent au Québec et en régions : Statistiques de participation en 2018*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Direction régionale de santé publique.

Boisvert, Y., Lesemann, F., et Papineau, É. (2012). Éthique et gouvernance de l'offre de jeu : De la responsabilité ministérielle à la responsabilité sociale de Loto-Québec. Éthique publique. *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 14(2). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1040>

Calado, F., et Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide : An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592-613.

Centre de référence sur l'environnement bâti. (2019). *Centre de référence sur l'environnement bâti et la santé* (CREBS). INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/crebs>

Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D., et Sévigny, S. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*. Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.

Collectif sur le jeu et ses impacts. (2013). *Charte du Collectif sur le jeu et ses impacts*. INSPQ_Document interne.

Conway, M. (2015). Vulnerability modeling of casinos in the United States : A case study of Philadelphia. *Applied Geography*, 63, 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2015.05.015>

Dahan, M. (2020). *Using Spatial Distribution of Outlets to Estimate Gambling Incidence* (SSRN Scholarly Paper 3527303). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3527303>

de Lacy-Vawdon, C., et Livingstone, C. (2020). Defining the commercial determinants of health : A systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1022. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09126-1>

Delfabbro, P. H. (2003). *Appendix E - The Distribution of Electronic Gaming Machines (EGMs) and Gambling-related Harm in Metropolitan Adelaide*. Department of Psychology, University of Adelaide. <https://hdl.handle.net/2440/40555>

Doran, B. J., McMillen, J., et Marshall, D. C. (2007). A GIS-based Investigation of Gaming Venue Catchments. *Transactions in GIS*, 11(4), 575-595. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9671.2007.01061.x>

Doran, B., et Young, M. (2010). Predicting the spatial distribution of gambling vulnerability : An application of gravity modeling using ABS Mesh Blocks. *Applied Geography*, 30(1), 141-152.

Erwin, C., Pacheco, G., et Turcu, A. (2022). The Effectiveness of Sinking Lid Policies in Reducing Gambling Expenditure. *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 1009-1028. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10069-4>

ESRI. (2017). ArcGis (10.6.1) [Software].

Ferris, J., et Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index : Final report*. Canadian Centre on Substance Abuse. [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al\(2001\)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al(2001)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf)

Gilliland, J. A., et Ross, N. A. (2005). Opportunities for video lottery terminal gambling in Montréal : An environmental analysis. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 55-59.

Gouvernement du Canada, S. C. (2022, août 9). *Qui joue à des jeux de hasard et qui éprouve des problèmes de jeu au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00006-fra.htm>

Gouvernement du Québec. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* (978-2-550-81727-7). Ministère de la Santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>

Gouvernement du Québec. (N.D.). *Lois sur les loteries, les concours publicitaires et les appareils d'amusement* (Chapitre L-6, a. 20.1, Règles sur les appareils de loterie vidéo, L-6, R3). http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_6/L6.htm

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, et Direction des communications (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2699225>

Grumstrup, E., et Nichols, M. W. (2021). Is video gambling terminal placement and spending in Illinois correlated with neighborhood characteristics? *The Annals of Regional Science*, 67(2), 273-298. <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01048-z>

Guo, Y., Chang, S.-S., Chen, M., et Yip, P. S. F. (2018). Do Poorer Areas Have Poorer Access to Services in Hong Kong? A Small-Area Analysis Based on Multiple Spatial Accessibility Indicators. *Social Indicators Research*, 138(1), 1-21. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1658-5>

Houle, V., et Robitaille, É. (2013). *Quand défavorisation et loterie vidéo se rencontrent au coin de la rue : Géolocalisation des sites détenteurs de licences d'exploitant d'appareils de loterie vidéo dans la région de la Capitale-Nationale*. DRSP de la Capitale Nationale.

IBM. (2017). SPSS (Version 25) [Software].

Järvinen-Tassopoulos, J. (2020). Les espaces de jeux d'argent : Une analyse sociologique de la production de l'espace, du risque et de la prévention du jeu problématique. *Sciences du jeu*, 13, Article 13. <https://doi.org/10.4000/sdj.2552>

Järvinen-Tassopoulos, J., Marionneau, V., et Nikkinen, J. (2021). Gambling harms caused by electronic gambling machines should be prevented with state control. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(6), 631-639. <https://doi.org/10.1177/14550725211034030>

Kairouz, S., Nadeau, L., et Robillard, C. (2014). *Enquête ENHJEU Québec : Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Soumis au Fonds de recherche du Québec : Société et culture. Université Concordia. <https://pourquelejeuresteunjeu.lotoquebec.com/dam/jcr:7182870e-c223-4d1b-8858-7fda6d26e4c5/enquete-enhjeu-quebec-avril2014.pdf>

- Korn, D. A., et Shaffer, H. J. (1999). Gambling and the Health of Public : Adopting a Public Health Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289-365.
- Langham, E., Thorne, H., Browne, M., Donaldson, P., Rose, J., et Rockloff, M. (2016). Understanding gambling related harm : A proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*, 16(1), 1.
- Livingstone, C., et Rintoul, A. (2020). Moving on from responsible gambling : A new discourse is needed to prevent and minimise harm from gambling. *Public Health*, 184, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.018>
- Loto-Québec. (2016). *Plan d'action du réseau d'appareils de loterie vidéo*. <https://societe.lotoquebec.com/dam/jcr:9089ae08-28e7-4e88-b18d-369ad66e367a/plan-action-reseau-appareils-de-loterie-vidéo-2016.pdf>
- Lund, I. (2009). Gambling Behaviour and the Prevalence of Gambling Problems in Adult EGM Gamblers when EGMs are Banned. A Natural Experiment. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 215-225. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9127-y>
- Luo, W. et Qi, Y. (2009). An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. *Health & Place*, 15(4), 1100-1107. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.06.002>
- Luo, W., et Wang, F. (2003). Measures of Spatial Accessibility to Health Care in a GIS Environment : Synthesis and a Case Study in the Chicago Region. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30(6), 865-884. <https://doi.org/10.1068/b29120>
- Macdonald, L., Olsen, J. R., Shortt, N. K., et Ellaway, A. (2018). Do 'environmental bads' such as alcohol, fast food, tobacco, and gambling outlets cluster and co-locate in more deprived areas in Glasgow City, Scotland? *Health & Place*, 51, 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.04.008>
- Markham, F., Doran, B., et Young, M. (2014). Estimating gambling venue catchments for impact assessment using a calibrated gravity model. *International Journal of Geographical Information Science*, 28(2), 326-342. <https://doi.org/10.1080/13658816.2013.838770>
- Marshall. (2009). Gambling as a public health issue : The critical role of the local environment. *Journal of Gambling Issues*, 66-80.
- Marshall, D. (2005). The Gambling Environment and Gambler Behaviour : Evidence from Richmond-Tweed, Australia. *International Gambling Studies*, 5(1), 63-83. psych. <https://doi.org/10.1080/14459790500099471>
- Marshall, D., et Baker, R. (2001). Clubs, Spades, Diamonds and Disadvantage : The Geography of Electronic Gaming Machines in Melbourne. *Australian Geographical Studies*, 39(1), 17. sih.
- Marshall, D., et Baker, R. (2002). The evolving market structures of gambling : Case studies modelling the socioeconomic assignment of gaming machines in Melbourne and Sydney, Australia. *Journal of Gambling Studies*, 18(3), 273-291.
- Marshall, D., McMillen, J., Niemeyer, S., et Doran, B. (2004). *Gaming machine accessibility and use in suburban Canberra : A detailed analysis of the Tuggeranong Valley*. ANU Centre for Gambling Research. <http://hdl.handle.net/1885/45188>

Montreuil, A., Tremblay, M., Cloutier, G., Papineau, E., et Cohen, J. (2011). *Promotion des produits du tabac dans les points de vente du Québec au printemps 2008 : État de la situation*. Institut national de santé publique du Québec. <https://cdi.merici.ca/2012-02-08/promotion-produits-tabac.pdf>

Nakamura, T., Nakamura, A., Mukuda, K., Harada, M., & Kotani, K. (2017). Potential accessibility scores for hospital care in a province of Japan: GIS-based ecological study of the two-step floating catchment area method and the number of neighborhood hospitals. *BMC health services research*, 17, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2367-0>.

Naylor, K. B., Tootoo, J., Yakusheva, O., Shipman, S. A., Bynum, J. P. W., et Davis, M. A. (2019). Geographic variation in spatial accessibility of U.S. healthcare providers. *Plos One*, 14(4), e0215016-e0215016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215016>

Newall, P. W. S., Moodie, C., Reith, G., Stead, M., Critchlow, N., Morgan, A., et Dobbie, F. (2019). Gambling marketing from 2014 to 2018 : A literature review. *Current Addiction Reports*, 6(2), 49-56.

Ngui, A. N., et Apparicio, P. (2011). Optimizing the two-step floating catchment area method for measuring spatial accessibility to medical clinics in Montreal. *BMC Health Services Research*, 11, 166-166. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-166>

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., et Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), S17-S22. <https://doi.org/10.1007/BF03403824>

Papineau, E., et Boisvert, Y. (2003). Jeu pathologique et précaution : Une nouvelle approche préventive. *Éthique publique*, 5(2), 110-121.

Papineau, E., Lemétayer, F., Barry, A. D., et Biron, J.-F. (2015). Lottery marketing in Québec and social deprivation : Excessive exposure, insufficient protection ? *International Gambling Studies*, 15(1), 88-107. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.1000355>

Papineau, E., Robitaille, É., Samba, C. P., Lemétayer, F., Kestens, Y., et Raynault, M. F. (2020). Spatial distribution of gambling exposure and vulnerability: An ecological tool to support health inequality reduction. *Public Health*, 184, 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.023>

Paradis, I., et Papineau, E. (à paraître). *Accessibilité physique aux jeux de hasard et d'argent : influence sur la santé et les habitudes des joueurs -Rapport de recherche*. Institut national de santé publique du Québec.

Paradis, I. (2006). *Recherche sur l'emplacement des appareils de loterie vidéo dans certains secteurs de la ville de Gatineau*. Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2099722>

Pearce, J., Mason, K., Hiscock, R., et Day, P. (2008). A national study of neighbourhood access to gambling opportunities and individual gambling behaviour. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 62(10), 862-868. mdc. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.068114>

Pérez, L., Rodríguez, A., et Shmarev, A. (2021). Gambling Outlets Location in Urban Areas : A Case Study of Madrid. *Journal of Gambling Studies*, 38(4), 1229-1242. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10094-3>

- Philander, K. S. (2019). Regional impacts of casino availability on gambling problems : Evidence from the Canadian Community Health Survey. *Tourism Management*, 71, 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.10.017>
- Productivity Commission. (2010). Gambling (vol. 1) Chapitre 14 (50). <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/gambling-2010/report/gambling-report-volume1.pdf>
- Radke, J., et Mu, L. (2000). Spatial Decompositions, Modeling and Mapping Service Regions to Predict Access to Social Programs. *Geographic Information Sciences*, 6(2), 105-112. <https://doi.org/10.1080/10824000009480538>
- Raisamo, S., Toikka, A., Selin, J., et Heiskanen, M. (2019). The density of electronic gambling machines and area-level socioeconomic status in Finland : A country with a legal monopoly on gambling and a decentralised system of EGMs. *BMC Public Health*, 19(1), 1198. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7535-1>
- Reith, G., et Wardle, H. (2022). The Framing of Gambling and the Commercial Determinants of Harm : Challenges for Regulation in the UK. Dans J. Nikkinen, V. Marionneau, et M. Egerer (dir.), *The Global Gambling Industry : Structures, Tactics, and Networks of Impact* (p. 71-86). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35635-4_6
- Rintoul, A. C., Livingstone, C., Mellor, A. P., et Jolley, D. (2013). Modelling vulnerability to gambling related harm : How disadvantage predicts gambling losses. *Addiction Research & Theory*, 21(4), 329-338.
- Robitaille, É., Bergeron, P., et Lasnier, B. (2009). *Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/en/node/3018?themekey-theme=mobile>
- Robitaille, E., Bergeron, P., et Philibert, M. (2014). *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : Analyse de situation et perspectives d'interventions*. <http://site.ebrary.com/lib/abhealth/Doc?id=10813118>. INSPQ.
- Robitaille, É., et Herjean, P. (2008). An analysis of the accessibility of video lottery terminals : The case of Montréal. *International Journal of Health Geographics*, 7, 1-15. her.
- Room, R., Turner, N., et Ialomiteanu, A. (1999). Community effects of the opening of the Niagara Casino. *Addiction*, 94(10), 1449-1466.
- Rush, B., Veldhuizen, S., et Adlaf, E. (2007). Mapping the prevalence of problem gambling and its association with treatment accessibility and proximity to gambling venues. *Journal of Gambling Issues*, 20, 193-213. psych. <https://doi.org/10.4309/jgi.2007.20.6>
- Scholnick, B., et Byun, H. (2016). *Do Slot Machines Cause Bankruptcy ? A Regulatory Natural Experiment with Exogenous Changes to Slot Locations*. European Regional Science Association. <http://EconPapers.repec.org/RePEc:wiw:wiwrsa:ersa16p607>
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Deutsch, A. R., Statham, D. J., et Martin, N. G. (2019). Potential Causal Influence of Neighborhood Disadvantage on Disordered Gambling : Evidence From a Multilevel Discordant Twin Design. *Clinical Psychological Science*, 7(3), 582-596. <https://doi.org/10.1177/2167702618812700>

Statistique Canada. (2022). *Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, services de police au Québec*. Tableau : 35-10-0179-01

Statistique Canada. (2017). *Dictionnaire du recensement—Aire de diffusion*. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo021-fra.cfm>

Stevens, R. (2022). *Canadian Gambling Statistics (1970-2021) -- AGRI National Project : Gambling and Problem Gambling in Canada*. <http://lookerstudio.google.com/reporting/3f20dc8b-6e47-420d-8144-a15b18faabc9/page/p8VkB?feature=opengraph>

Storer, J., Abbott, M., et Stubbs, J. (2009). Access or adaptation ? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. *International Gambling Studies*, 9(3), 225-244. <https://doi.org/10.1080/14459790903257981>

Sulkunen, P., Babor, T. F., Cisneros Örnberg, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., Marionneau, V., Nikkinen, J., Orford, J., Room, R., et Rossow, I. (2018). The effects of changing availability. Dans P. Sulkunen, T. F. Babor, J. Cisneros Örnberg, M. Egerer, M. Hellman, C. Livingstone, V. Marionneau, J. Nikkinen, J. Orford, R. Room, et I. Rossow (dir.), *Setting Limits* (p. 87-106). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198817321.003.0007>

Nakamura, T., Nakamura, A., Mukuda, K., Harada, M., et Kotani, K. (2017). Potential accessibility scores for hospital care in a province of Japan : GIS-based ecological study of the two-step floating catchment area method and the number of neighborhood hospitals. *BMC Health Services Research*, 17, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2367-0>

Thériault, A., Nadon, S., et Fafard, A.-C. (2015). *Portrait de l'offre d'appareils de loterie vidéo dans la région des Laurentides*. Centre intégré de santé et de services sociaux des laurentides -Direction de santé publique.

van Schalkwyk, M. C., Petticrew, M., Cassidy, R., Adams, P., McKee, M., Reynolds, J., & Orford, J. (2021). A public health approach to gambling regulation: countering powerful influences. *The Lancet Public Health*, 6(8), e614-e619.

Wang, F. (2006). *Quantitative Methods and Applications in GIS*. CRC Press.

Wardle, H., Asbury, G., et Thurstain-Goodwin, M. (2017). Mapping risk to gambling problems : A spatial analysis of two regions in England. *Addiction Research & Theory*, 25(6), 512-524. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1318127>

Wardle, H., Keily, R., Astbury, G., et Reith, G. (2014). 'Risky places?' : Mapping gambling machine density and socio-economic deprivation. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 201-212. mdc. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9349-2>

Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M.-C. O., Hoffman, J. H., et Wieczorek, W. F. (2016). The Relationship Between Distance from Gambling Venues and Gambling Participation and Problem Gambling Among U.S Adults. *Journal of Gambling Studies*. 32(4), 1055-1063. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9583-5>

Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., et Hoffman, J. H. (2007). Type of gambling and availability as risk factors for problem gambling : A Tobit regression analysis by age and gender. *International Gambling Studies*, 7(2), 183-198. psych. <https://doi.org/10.1080/14459790701387543>

Welte, J. W., Wieczorek, W. F., Barnes, G. M., Tidwell, M.-C., et Hoffman, J. H. (2004). The Relationship of Ecological and Geographic Factors to Gambling Behavior and Pathology. *Journal of Gambling Studies*, 20(4), 405-423. sih.

Wheeler, B. W., Rigby, J. E., et Huriwai, T. (2006). Pokies and poverty : Problem gambling risk factor geography in New Zealand. *Health & Place*, 12(1), 86-96.

Wilson, D. H., Derevensky, J., Gilliland, J., Gupta, R., et Ross, N. A. (2006). Video Lottery Terminal Access and Gambling Among High School Students in Montréal. *Canadian Journal of Public Health*, 97(3), 202-206. p4h.

Wu, H., Liu, L., Yu, Y., et Peng, Z. (2018). Evaluation and Planning of Urban Green Space Distribution Based on Mobile Phone Data and Two-Step Floating Catchment Area Method. *Sustainability*, 10(1), 214. <https://doi.org/10.3390/su10010214>

Xouridas, S., Jasny, J., et Becker, T. (2016). An Ecological Approach to Electronic Gambling Machines and Socioeconomic Deprivation in Germany. *Journal of Gambling Issues*, 33, 82-102. sih.

Young, M., Markham, F., et Doran, B. (2012). Too close to home ? The relationships between residential distance to venue and gambling outcomes. *International Gambling Studies*, 12(2), 257-273. psych. <https://doi.org/10.1080/14459795.2012.664159>

Zahnd, W., McLafferty, S., Sherman, R., Klonoff-Cohen, H., Farner, S., et Rosenblatt, K. (2019). Spatial Accessibility to Mammography Services in the Lower Mississippi Delta Region States. *The Journal of Rural Health*, 35(4), 419-565.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

Critique de la notion de chronicité du trouble d'usage de substance

Myriam Beaulieu, Ph. D., professeure adjointe, École de psychoéducation,
Université de Montréal

Joël Tremblay, Ph. D., professeur titulaire, Département de psychoéducation,
Université du Québec à Trois-Rivières, centre universitaire de Québec

Correspondance

Pavillon Marie-Victorin

90 av. Vincent d'Indy

Montréal, Qc, H2V 2S9

Téléphone : 514-343-6111 #28510

Courriel : myriam.beaulieu.1@umontreal.ca

Résumé

Dans le domaine de la santé, le terme « chronique » est généralement utilisé pour décrire des maladies incurables comme le diabète, l'hypertension ou l'asthme, mais il a également été adopté par des chercheurs et des institutions dans le domaine des dépendances pour caractériser la persistance du trouble d'usage de substances (TUS). Le modèle de maladie chronique du cerveau sur lequel s'appuie cette conception postule que le TUS est une maladie incurable pour l'ensemble des personnes qui en souffrent et qu'en l'absence de traitement, on observe une détérioration de leur condition au même titre que d'autres maladies chroniques. S'appuyant sur tout un corpus de données neuro-médicales indiquant que l'usage prolongé de substances psychoactives entraîne des modifications dans différentes structures du cerveau, les tenants du modèle de maladie chronique attestent que le maintien du TUS dans le temps est expliqué par l'effet de ces modifications sur la capacité d'une personne à exercer un contrôle sur ses comportements. Cet article vise à décrire les fondements théoriques de la notion de chronicité et d'en faire la critique. Après une brève mise en contexte historique, la conception actuelle de la chronicité sera décrite puis critiquée autour de trois éléments : 1) la notion d'incontrôlabilité ; 2) la notion d'irrévocabilité ; 3) la conception monolithique du TUS.

Mots-clés : chronicité, trouble persistant d'usage de substance, modèle de maladie chronique du cerveau, approche bio-psycho-sociale

Critique of the Notion of Chronicity in Substance Use Disorder

Abstract

In the field of health, the term “chronic” is commonly used to describe incurable diseases such as diabetes, hypertension, or asthma. However, it has also been adopted by researchers and institutions in the field of addiction to characterize the persistence of substance use disorder (SUD). The underlying model of chronic brain disease posits that SUD is an incurable condition for all individuals affected, and without treatment, there is a deterioration of their condition similar to other chronic illnesses. Drawing on a body of neuro-medical evidence indicating that prolonged use of psychoactive substances leads to alterations in various brain structures, proponents of the chronic disease model argue that the sustained nature of SUD is explained by the effect of these modifications on an individual’s ability to exert control over their behaviors. This article aims to describe the theoretical foundations of the concept of chronicity and critically analyze it. After a brief historical context, the current conception of chronicity will be described and critiqued based on three elements: 1) the notion of uncontrollability; 2) the notion of irreversibility; 3) the monolithic conception of SUD.

Keywords: chronicity, persistent substance use disorder, chronic brain disease model, bio-psycho-social approach

Crítica de la noción de cronicidad del trastorno relacionado con el uso de sustancias

Resumen

En el campo de la salud, el término “crónico” se utiliza en general para describir las enfermedades incurables como la diabetes, la hipertensión arterial o el asma, pero ha sido adoptado también por investigadores e instituciones en el campo de las dependencias para caracterizar la persistencia del trastorno del uso de sustancias (TUS). El modelo de enfermedad crónica del cerebro sobre el que reposa esta concepción postula que el TUS es una enfermedad incurable para el conjunto de las personas que la sufren y que, en ausencia de tratamiento, se observa un deterioro de su condición de igual manera que en el caso de otras enfermedades crónicas. Apoyándose sobre todo un corpus de datos neuro médicos que indican que el uso prolongado de las sustancias psicoactivas produce modificaciones en diferentes estructuras del cerebro, los defensores del modelo de la enfermedad crónica atestiguan que el mantenimiento del TUS en el tiempo se explica por el efecto de estas modificaciones sobre la capacidad de la persona a ejercer un control sobre los comportamientos. Este artículo tiene como objetivo describir los fundamentos teóricos de la noción de cronicidad y realizar la crítica de la misma. Tras una breve reseña del contexto histórico, se describirá la concepción actual de la cronicidad y se la criticará en torno a tres elementos: 1) la noción de incontrolabilidad; 1) la noción de irrevocabilidad y 3) la concepción monolítica del TUS.

Palabras clave: cronicidad, trastorno persistente del uso de sustancias, modelo de enfermedad crónica del cerebro, enfoque bio-psico-social

Introduction

Dans le domaine de la santé, le terme chronique renvoie couramment à la dimension incurable d'une maladie comme le diabète, l'hypertension ou l'asthme. Or, dans les dernières décennies, le concept de chronicité a été adopté par plusieurs chercheurs et institutions dans le champ des dépendances pour caractériser la persistance dans le temps du trouble d'usage de substance (TUS) (American Society of Addiction Medicine, 2019; Fleury et al., 2016; Leshner, 1997, 2001; McLellan et al., 2000; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2020; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018; Société médicale canadienne sur l'addiction, 2011; Volkow et Boyle, 2018). Pour plusieurs auteurs, la chronicité réfère à une trajectoire ponctuée d'épisodes répétés de traitement spécialisé en dépendance ou de différents services offerts de façon moins formelle (groupes de soutien AA/NA, échange de matériel stérile, etc.), de périodes d'abstinence plus ou moins longues et de rechutes menant au retour d'une consommation problématique (Chauvet et al., 2015; Fleury et al., 2016; White, 2012).

La conception du TUS comme un problème de santé chronique offre un cadre explicatif déstigmatisant pour les personnes qui sont aux prises avec ce trouble depuis plusieurs années, en proposant de l'appréhender comme une maladie plutôt qu'une faiblesse morale qu'il faut punir (Burnette et al., 2019; Carter et al., 2009; Hall et al., 2015). Cette façon de concevoir le TUS justifie une offre de service au long cours en évitant les nombreuses ruptures dans les trajectoires de soin (Cunningham et McCambridge, 2012; McLellan et al., 2000). D'un point de vue pratique, la reconnaissance du TUS en tant que maladie chronique aux États-Unis facilite la couverture des soins par les assurances (Humphreys et McLellan, 2010; Laudet et Humphreys, 2013; Tai et Volkow, 2013). Mais cette façon de considérer le TUS est-elle appuyée scientifiquement; quels en sont ses fondements théoriques et enfin, quelle critique peut-on en faire? Pour mieux comprendre comment la notion de chronicité a été associée au TUS, il convient dans un premier temps de faire une brève mise en contexte historique. Dans un deuxième temps, la conception actuelle de la chronicité sera décrite puis critiquée autour de trois éléments : 1) la notion d'incontrôlabilité; 2) la notion d'irrévocabilité; 3) la conception monolithique du TUS.

Mise en contexte historique

La plupart des auteurs situent les premières utilisations du terme chronique en référence à l'alcoolisme au milieu du 19^e siècle (Levine, 1978; Nadeau, 1983; White, 2000). Dès le départ, le concept de chronicité est associé à l'idée que l'alcoolisme est une maladie, modifiant le paradigme dominant de l'époque voulant qu'une personne devienne alcoolique en raison d'un défaut moral (Roman, 2013). Cette nouvelle façon de concevoir l'alcoolisme entraîne la création des premières cliniques de traitement de l'alcoolisme et des premières expériences formelles de groupe d'entraide (Levine, 1978; Roman, 2013; White, 2000). Toutefois, l'époque de la prohibition et du mouvement pour la tempérance freinent ces initiatives en instituant le retour d'une conception morale de l'alcoolisme (Roman, 2013; White, 2000). Plusieurs gouvernements, dont certains au

Canada et celui des États-Unis, bannissent toute consommation d'alcool instituant le message que l'alcool a des effets démoniaques (Levine, 1978).

Ce n'est qu'au milieu du 20^e siècle que la conception de l'alcoolisme en tant que maladie fait son retour (World Health Organization, 1950). En 1960, Elvin Mortin Jellinek, l'un des acteurs clés de cette conception, présente un modèle expliquant la nature de l'alcoolisme : le modèle de maladie (*disease model*). Selon Jellinek (1960), l'alcoolisme est une maladie progressive et incurable dont la notion de perte de contrôle est centrale dans la persistance du problème. La perte de contrôle est perçue comme une réaction physiologique incontrôlable à la suite de l'ingestion d'une quantité d'alcool, même faible, entraînant la personne qui en est atteinte à consommer de façon immodérée (Donovan et Witkiewitz, 2012; George et al., 2012; Jellinek, 1960). Le modèle de maladie continue à ce jour d'avoir une influence notable auprès des professionnels et est considéré comme l'une des composantes implicites du programme des AA/NA (Hartje, 2009; Lawrence et al., 2013; Maranda, 1992; White, 2000).

Entre les années 1960 et 1980, plusieurs chercheurs publient des travaux qui contribueront à remettre en question le modèle de maladie de Jellinek, citons à ce propos ceux de Stanton Peele et de Gordon Alan Marlatt (Nadeau, 1983). Bien que davantage conceptuels qu'empiriques, les travaux de Peele (Peele, 1977, 1979; Peele et Brodsky, 1975) ont permis de souligner la multitude des composantes liées au développement et au maintien de la dépendance aux substances en soulignant ses éléments psychologiques, sociaux et culturels. En faisant le parallèle avec d'autres comportements autodestructeurs, Peele et Brodsky (1975) stipulent que la dépendance n'est pas limitée aux substances et que les substances ne mènent pas forcément à la dépendance. Ce faisant, ils sortent de l'argumentaire biomédical en soulignant les processus dynamiques et complexes sous-jacents à ces comportements. En s'intéressant aux facteurs cognitifs impliqués dans la consommation d'alcool, l'étude de Marlatt et al. (1973) a remis en question certains postulats du modèle de maladie de Jellinek. Pour étudier les effets placebo de l'alcool, Marlatt et al. (1973) ont employé un devis expérimental où les participants ont été répartis aux hasards dans deux conditions. Dans la première condition de leur étude, la moitié du groupe devait boire une boisson faiblement alcoolisée et l'autre moitié devait boire une boisson sans alcool. Dans la deuxième condition, les chercheurs ont dit à la première moitié du groupe que la boisson contenait de l'alcool et à l'autre moitié qu'elle n'en contenait pas. Leurs résultats, où la quantité d'alcool ingérée est plutôt reliée à la croyance en la présence d'alcool qu'en sa présence réelle, démontrent que la consommation excessive d'alcool est davantage due à des facteurs psychologiques tels que les croyances basées sur les attentes, plutôt qu'à un processus physiologique comme le laissait croire le modèle de maladie de l'époque.

À la même époque en France, le psychiatre Claude Olievenstein remettait en question le réductionnisme d'une conception de la dépendance centrée uniquement sur l'effet psychotrope de la substance (Valleur et Matysiak, 2006). À sa manière, il propose plutôt une lecture bio-psychosociale du trouble d'usage formulée dans sa célèbre équation selon laquelle « les toxicomanies » sont la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel (Olievenstein,

1983). Fortement inspirés par les travaux de l'école de Chicago qui ont démontré comment l'usage de substances psychoactives peut également renvoyer à une forme de discipline, de régulation sociale et d'organisation du quotidien (Jauffret-Roustide, 2009), des sociologues français s'attardent également à décrire les pratiques d'usage. À cet égard, les recherches de Robert Castel et d'Anne Coppel (1991) ont permis de souligner que les personnes aux prises avec un trouble de l'usage sont des êtres sociaux capables de jugement et de comportements d'autorégulation. En affirmant que les personnes faisant usage de drogue sont aussi des citoyens à part entière faisant intégralement partie de la société, ces études ont contribué à l'adoption de l'approche de la réduction des méfaits en France (Pedersen et Trouessin, 2016).

Les progrès technologiques des années 1990 dans le domaine neuro-médical marquent un autre tournant majeur de la conception du TUS en tant que maladie chronique. L'étude du cerveau à l'aide de l'imagerie médicale permet de nettes avancées dans notre compréhension de l'initiation et du maintien du TUS (Carter et al., 2009). Ces découvertes montrent de quelle façon l'utilisation répétée de substances psychoactives (SPA) modifie certaines structures du cerveau, amenant plusieurs chercheurs à qualifier le TUS de maladie chronique du cerveau (Carter et al., 2009; Roman, 2013). Faisant place à davantage de nuance que le modèle de maladie de Jellinek (1960), cette conception reconnaît également la part environnementale et les processus psychosociaux qui influencent l'initiation du phénomène de dépendance (George et al., 2012; NIDA, 2018). Cependant, le maintien du problème (c.-à.-d. la chronicité) s'appuie essentiellement sur des arguments neurobiologiques; l'usage de SPA à long terme endommage progressivement le cerveau en transformant certaines fonctions liées au plaisir, à la motivation, à l'attention, à la mémoire et à la prise de décision (Leshner, 2001; McKay, 2009a; Volkow et al., 2016). Ces modifications privent la personne aux prises avec un TUS de son libre arbitre, et ce, de façon permanente, la rendant ainsi vulnérable aux rechutes toute sa vie durant (Kauer et Malenka, 2007; Leshner, 2001; Volkow et al., 2010). Le modèle de maladie chronique du cerveau postule qu'il s'agit d'une maladie incurable pour l'ensemble des personnes qui en souffrent et qu'en l'absence de traitement, on observe une détérioration de leur condition au même titre que d'autres maladies chroniques (MacKillop, 2019; McLellan et al., 2000; NIDA, 2018).

Contrairement aux États-Unis où de grandes institutions ont adopté l'idée que le TUS est une maladie chronique du cerveau, les positions sont plus nuancées en Europe. Par exemple, la Fédération Addiction (regroupement national des services de prévention et de réadaptation en dépendance en France), la Society for the Study of Addiction (une organisation visant à promouvoir les connaissances scientifiques dans le domaine des dépendances au Royaume-Uni) n'y font jamais référence dans leurs publications officielles. Tandis que l'European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA et West, 2013) (EMCDDA- une agence d'autorité européenne en matière de données et d'analyses scientifiques sur l'usage des drogues) mentionne explicitement qu'il s'agit d'un modèle trop réducteur lui préférant un modèle intégrateur.

La notion d'incontrôlabilité

Les avancées dans le domaine de la neuroscience ont mis en lumière les dysfonctionnements et les dommages causés dans certaines zones du cerveau à la suite d'une consommation prolongée de SPA. Des modifications dans les systèmes régissant la récompense, la motivation, la prise de décision ainsi que l'habileté à inhiber ses propres impulsions ont été observées (Carter et al., 2009; Leshner, 1997, 2001; NIAAA, 2020; NIDA, 2018; Volkow et Boyle, 2018). Les mécanismes sur lesquels reposent ces changements sont nombreux et complexes, ils impliquent plusieurs neurotransmetteurs, dont le plus étudié est le système dopaminergique (Solinas et al., 2019). Impliquée dans plusieurs fonctions comme la motivation, l'attention et la mémoire, la dopamine est un neurotransmetteur qui participe aussi à la formation de nouvelles synapses : un changement dans le métabolisme dopaminergique peut entraîner une restructuration du réseau synaptique (Lewis, 2017).

Il est reconnu que les grandes décharges dopaminergiques libérées à la suite de la prise de SPA créent une association entre les sensations de plaisir (réponse obtenue) et la consommation (stimulus) (Di Chiara, 2002; Volkow et Baler, 2015). Cette association crée un circuit qui renforce la consommation de SPA (Koob et Le Moal, 2006; Nutt et Nestor, 2018). La consommation prolongée de SPA occasionne une chute dans la quantité de dopamine libérée, poussant la personne à consommer davantage pour obtenir les mêmes effets, phénomène qualifié de neuroadaptation (Di Chiara, 2002). Ce processus conduit à une désensibilisation du système de récompense diminuant ainsi la capacité à ressentir le plaisir lié aux activités de la vie quotidienne et la motivation à les poursuivre (Volkow et al., 2016). En contrepartie, on voit s'installer une hyperactivation du circuit impliqué dans la motivation pour la recherche et la consommation de SPA (Koob, 2013; Volkow et al., 2010). La priorité accordée à ces activités est activée par le biais attentionnel : une forme de conditionnement faisant en sorte qu'une personne aux prises avec un TUS portera davantage attention aux stimuli reliés à la consommation de SPA (Waters et al., 2003). Ce conditionnement contribue à la constitution d'un cercle vicieux dans lequel les biais stimulent la consommation qui à son tour aura pour effet d'accroître l'intensité des biais renforçant ainsi ce circuit (Deleuze et al., 2013). La présence des stimuli reliés à la consommation déclenche également une réaction physiologique qui entrerait en jeu dans le phénomène du *craving* (Deleuze et al., 2013; Koob et Le Moal, 2006).

De plus, d'autres observations ont montré que l'utilisation prolongée de SPA a un impact sur le système préfrontal qui régit notamment l'impulsivité et la prise de décision (Volkow et al., 2016; Volkow et al., 2010). Les changements observés dans cette zone altèrent les capacités d'une personne aux prises avec un TUS à évaluer et à anticiper les conséquences de ses choix (Carter et al., 2009). Des études ont également montré que les personnes aux prises avec un TUS font preuve de moins de flexibilité face à une nouvelle situation et utilisent moins d'informations pour prendre une décision (Schoenbaum et al., 2016). Ces difficultés sont corrélées avec le risque de faire une rechute (Brevers et al., 2018; Domínguez-Salas et al., 2016).

S'appuyant ainsi sur tout ce corpus de données neuro-médicales indiquant que l'usage prolongé de SPA entraîne des modifications dans différentes structures du cerveau, les tenants du modèle de maladie chronique attestent que le maintien du TUS dans le temps est expliqué par l'effet de ces modifications sur la capacité d'une personne à exercer un contrôle sur ses comportements (Becoña, 2018; Kauer et Malenka, 2007). Autrement dit, la conceptualisation chronique du TUS repose sur l'idée que certains dysfonctionnements dans le cerveau entraînent une incapacité à contrôler ses comportements de consommation. À propos des personnes présentant un TUS, le NIDA (2013) mentionne que : « leur cerveau a été altéré par les drogues au point où leur libre arbitre a été « détourné » et leur désir de consommer est hors de leur contrôle » [traduction libre] (3^e paragraphe). Sur son blogue, la directrice du NIDA (Vollow, 2015) explique que la dépendance est une maladie du libre arbitre : « en raison de leur consommation de drogue, leur cerveau n'est plus en mesure de produire quelque chose dont nous avons besoin pour fonctionner et que les personnes saines tiennent pour acquis : le libre arbitre » [traduction libre] (Volkow, 2015, 4^e paragraphe).

D'abord, il est essentiel de souligner l'hétérogénéité marquée des réponses aux propriétés toxiques des SPA d'un individu à l'autre (Richard et al., 2000). Un corpus important de littérature montre la façon dont différents facteurs, allant de la susceptibilité génétique à des facteurs psychosociaux, influencent les variations individuelles dans le développement d'un TUS (Swendsen et Le Moal, 2011). L'étude de la réactivité du circuit dopaminergique sous une lunette neurodéveloppementale a permis de faire ressortir les différences individuelles dans la capacité des individus à réguler leur usage de substances (Ersche et al., 2020; Leyton et Vezina, 2014). Tandis que des études longitudinales ont mis en évidence la façon dont l'exposition à des expériences traumatiques au cours de l'enfance peut fragiliser les capacités cérébrales de réponses au stress, association aussi fortement corrélée à la présence d'un TUS à l'âge adulte (Dervaux et al., 2017; Fenton et al., 2013).

Ensuite, il faut dire que la plupart des études sur lesquelles s'appuient le NIDA et les chercheurs qui défendent le modèle de maladie chronique du cerveau ont été réalisées en laboratoire, affectant ainsi la validité écologique des conclusions qui peuvent en être tirées (Burgess et al., 2006). Parmi ces études, plusieurs ont été réalisées en laboratoire auprès d'animaux à l'aide d'une méthodologie d'auto-administration où les chercheurs sont en mesure de contrôler l'exposition et l'accès à la substance, ce qui correspond peu à la réalité sur le plan psychologique et environnemental (Ahmed, 2012; Field et Kersbergen, 2020). Les conclusions tirées à partir de ces études ne permettent donc pas d'inclure d'autres facteurs qui seraient naturellement présents dans le contexte d'un individu présentant un TUS, tels que l'accessibilité aux substances, son entourage, ses motivations, etc. Des études sociologiques mettent d'ailleurs bien en lumière la façon dont les représentations sociales, les normes, les valeurs, les modes de socialisation, la construction identitaire, les processus de stigmatisation, etc., viennent forger les expériences d'usage et peuvent contribuer à son maintien (Jauffret-Roustide et al., 2008; Jauffret-Roustide et Jangal, 2021).

Le fait de se concentrer uniquement sur les facteurs d'ordre neurobiologique conduit à une simplification des capacités de décision humaine (Becoña, 2018; George et al., 2012; Gray Hardcastle et Hardcastle, 2017). Tout comme ce qui mène à l'initiation du TUS, les causes de son

maintien sont complexes et reposent sur l'interaction d'un ensemble de facteurs dont notamment les cognitions, la motivation, l'identité, les relations sociales, les politiques publiques et le contexte culturel (Becker et al., 2016; Brevers et al., 2018; Lewis, 2015; Marlatt et al., 1973; Zargar et al., 2019). Le choix de continuer ou non de consommer semble donc être un processus beaucoup plus complexe que ne le laisse croire l'idée selon laquelle les effets pharmacologiques à long terme d'une substance sur le système nerveux central ont endommagé le libre arbitre (Suissa, 2009).

D'ailleurs le concept du libre arbitre n'est pas dichotomique; le fait d'être conscient ou inconscient d'agir se décline en un long continuum (Heyman, 2017). Des recherches montrent que la notion de perte de contrôle est un concept dynamique et changeant dans la vie d'une personne présentant un TUS (Snoek, 2017). Les résultats du Drug Abuse Reporting Program (DARP) – une grande étude nationale d'efficacité des traitements – montrent que parmi les personnes qui continuent à consommer après avoir reçu un traitement, une majorité d'entre elles ne retournent pas à leur niveau de consommation quotidienne antérieure au traitement (Simpson et Sell, 1982). Par exemple, chez les consommateurs d'opioïdes qui ne sont pas sous traitement par agonistes opioïdes, cette diminution correspond en moyenne à 50 % de la consommation rapportée sur une base hebdomadaire un an après avoir reçu un traitement, alors que chez les consommateurs de cannabis elle se situe à 25 % en moyenne (Simpson et Sell, 1982).

Par ailleurs, de nombreuses recherches longitudinales montrent qu'il est possible de maintenir une consommation contrôlée d'alcool après avoir eu un TUS, et ce, même chez les cas les plus sévères (Dawson et al., 2007; Mann et al., 2005; Vaillant, 2003; Young, 2017). Ainsi, la perte de contrôle ne serait pas un phénomène statique. Il s'agirait d'un phénomène variable au fil des phases du TUS qui correspondrait davantage à une diminution circonstanciée de la capacité à être en contrôle plutôt qu'à une perte de contrôle totale et irrémédiable (George et al., 2012; Snoek, 2017). L'efficacité des pratiques de réduction des risques pour la propagation des maladies infectieuses chez les personnes qui s'injectent (Hagan et al. 2011) illustre que si on leur en donne les moyens, elles sont capables de mettre en pratique différentes stratégies pour atténuer les risques liés à leur consommation (Poliquin et al., 2017; Schmitt et Jauffret-Roustide, 2018).

La notion d'irrévocabilité

Cette perte de contrôle en tant que phénomène irrévocable est au cœur de la conceptualisation chronique du TUS (Douaihy et Driscoll, 2018). Du côté des AA, la dépendance est comprise comme une maladie sur laquelle les personnes n'ont pas de pouvoir et pour laquelle il n'existe pas de remède : « "alcoolique un jour, alcoolique toujours" est un simple fait avec lequel on doit vivre » [traduction libre] (Alcoholics Anonymous, 2017, p. 9). Cette idée selon laquelle il n'y aurait pas de possibilité de « guérir » d'un TUS est partagée par plusieurs chercheurs qui font état des similitudes entre les maladies chroniques physiques et le TUS (Humphreys et McLellan, 2010; McLellan et al., 2000; O'Brien et McLellan, 1996; White et McClellan, 2008). L'article le plus fréquemment cité pour exposer ces ressemblances est la revue de littérature réalisée par McLellan et

al. (2000). Dans cet article, McLellan et al. (2000) rapportent des similitudes entre le TUS et le diabète, l'hypertension ou l'asthme sur le plan de : l'étiologie de ces troubles influencée par le même ensemble de facteurs (héritabilité génétique, choix personnels et de facteurs environnementaux); l'aggravation de l'état de santé, voire la mort prématurée en l'absence de traitement; des taux de rechutes similaires à la suite d'un traitement ainsi que des facteurs de rechute semblables (pauvreté, le manque de soutien social, la présence de troubles de santé mentale). Enfin, sur la base d'une recension d'une centaine d'études évaluant le traitement du TUS avec groupe témoin, ils postulent que la rémission du TUS est rare tout comme dans le cas des maladies physiques chroniques pour lesquelles il n'existe pas de remède connu, mais dont le suivi à long terme permet d'amoindrir les conséquences.

S'il est juste d'affirmer qu'il existe certaines similitudes entre les maladies physiques chroniques et la proportion de personnes touchées plus sévèrement par le TUS, il demeure cependant que l'utilisation du terme chronique n'est pas adéquate pour caractériser le TUS. Le concept de chronicité renvoie indubitablement à l'aspect incurable ou irrévocable d'une maladie (Bedworth et Bedworth, 2010). Or, plusieurs études montrent qu'il est possible de se rétablir d'un TUS même si pour les cas les plus sévères, le parcours menant à la rémission peut parfois prendre plusieurs années. Une revue des études portant sur les trajectoires des personnes présentant un TUS révèle que pour 35 % à 54 % des gens, il faut en moyenne 17 années entre l'apparition du trouble et l'absence des critères diagnostiques du trouble au cours d'une année (Fleury et al., 2016). De même que le temps médian entre le premier épisode de traitement et la première année complète sans usage de substances est de neuf ans (Dennis et al., 2005). Les études de trajectoire de vie portant sur les « sorties de la toxicomanie » ont mis en lumière la pluralité des voies possibles vers le mieux-être (via l'abstinence, la réduction des risques, à l'aide d'un traitement formel, de groupe d'entraide, etc. [Caiata Zufferey, 2005; Castel et al., 1998]).

Par ailleurs, une mesure d'abstinence dichotomique réalisée peu après un traitement ne permet pas de prendre en compte le processus de changement qui s'est amorcé (Kougiali et al., 2017; Maisto et al., 2018). De la même façon, une rechute après un traitement n'indique pas forcément un échec de celui-ci (Maisto et al., 2018). Dans une enquête nationale canadienne auprès de personnes rapportant être en rémission d'un TUS, 20 % des participants ont déclaré avoir fait entre deux et cinq rechutes, alors que 15 % mentionnent avoir fait six rechutes ou plus depuis le début de leur processus de rémission (McQuaid et al., 2017).

Pour les tenants du modèle de maladie chronique du cerveau, le concept de chronicité s'appuie sur l'idée que la perte de contrôle des comportements de consommation persiste, car les modifications neurologiques qui en sont la cause demeurent présentes malgré les périodes d'abstinence (Leshner, 2001; McKay, 2009b; NIDA, 2018; Tracy, 2016). Des études réalisées auprès de personnes dépendantes à la cocaïne, à l'héroïne, à l'alcool et aux amphétamines, pendant des périodes d'abstinence variant entre deux semaines et dix-sept mois, montrent des améliorations sur le plan de différentes fonctions exécutives (mémoire, prise de décision, inhibition, planification des tâches, fonction motrice), sans toutefois atteindre un niveau de fonctionnement normatif

considéré comme antérieur à la dépendance (Ersche et al., 2006; Noël et al., 2013; Schulte et al., 2014; Verdejo-García et Pérez-García, 2007; Volkow et al., 2001). En outre, des études réalisées à l'aide de l'imagerie médicale permettent de constater que la présence de stimuli associés à la consommation active la trajectoire dopaminergique impliquée dans le phénomène de craving et que cette réponse demeure présente même après plusieurs années d'abstinence, bien qu'elle tende à diminuer avec le temps (Campanella et al., 2020; Dempsey et al., 2015; Li et al., 2013; Volkow et al., 2009; Wolf, 2016; Yang et al., 2019). C'est pourquoi plusieurs chercheurs vont qualifier le TUS de *relapsing brain disease* (Carter et al., 2009; Leshner, 1997; NIAAA, 2020; NIDA, 2018).

Le fait qu'il soit possible d'observer une réaction neurologique impliquée dans le phénomène de *craving*, et ce, même après plusieurs années d'abstinence n'implique pas forcément qu'il s'agit d'une *relapsing brain disease*. Soulignons d'abord que la rechute et le *craving* sont deux concepts distincts. Le désir intense de consommer ou le fait d'être en mesure d'observer des indicateurs neurochimiques liés à ce désir n'indiquent pas qu'il y aura une rechute. Il y a une nette distinction entre le désir de consommer (*craving*) et le comportement de consommer à nouveau (rechute); la rechute est un comportement induit par un ensemble de facteurs dont le *craving* n'en est qu'un parmi d'autres (Sliedrecht et al., 2019). Ainsi, le fait que les études montrent la persistance de la vulnérabilité associée au phénomène de *craving* n'implique pas forcément une perte de contrôle liée aux comportements de consommation, mais il est vrai en augmente la probabilité (Redish, 2013). Ces résultats illustrent la présence d'un conditionnement classique puissant dont l'effet d'apprentissage persiste (Schultz, 1998). Dans son article *What neurobiology cannot tell us about addiction*, Kalant (2010) met les lecteurs en garde contre un réductionnisme où les causes sont confondues avec les conséquences; le conditionnement classique n'est pas une maladie du cerveau, il s'agit plutôt d'un des nombreux mécanismes d'apprentissage persistants impliqués dans le développement et le maintien du TUS.

La littérature à propos des dommages neurologiques causés par la dépendance aux SPA et la plasticité du cerveau à la suite d'une période d'abstinence prolongée est foisonnante. Il y a toutefois, une grande inconsistance parmi les résultats : une simple recension peut facilement rapporter tout et son contraire (voir à titre d'exemple les travaux de Tracy, 2016). L'inconstance dans les résultats peut notamment être causée par la variation d'une étude à l'autre dans la durée des périodes d'abstinence ou encore le fait que les études n'utilisent pas d'échelles standardisées (Basterfield, et al., 2019; Frazer et al., 2018). D'où l'importance d'utiliser des méta-analyses ou des revues systématiques pour conclure sur cette question.

Les auteurs d'une méta-analyse auprès de personnes présentant un trouble d'usage lié à l'alcool rapportent que les dommages neurologiques persisteraient en moyenne jusqu'à un an après le début de l'abstinence (Stavro et al., 2013). Tandis qu'une revue systématique recensant des études menées auprès d'ex-utilisateurs de cocaïne et une méta-analyse d'études se déroulant auprès d'ex-consommateurs de méthamphétamine conclut que l'état actuel des connaissances ne permet pas de postuler que les dommages neurologiques persistent au-delà d'une période d'abstinence prolongée (Basterfield et al., 2019; Frazer et al., 2018). Les auteurs de ces articles soulignent le

manque de rigueur méthodologique de plusieurs études, notamment l'absence de critères d'inclusion portant sur une période prolongée d'abstinence, des taux importants d'attrition du côté du groupe d'anciens consommateurs ainsi que le fait que les groupes de comparaison ne sont pas appariés en fonction de l'âge ou de l'éducation, deux facteurs reconnus pour affecter la capacité à réaliser des tâches cognitives. D'autres auteurs avancent également que, à la suite d'une période d'abstinence, l'absence d'amélioration sur le plan des fonctions neurocognitives pourrait être due à des problèmes qui étaient présents avant l'apparition du problème de dépendance (Schulte et al., 2014). En définitive, la présence de ces biais atténue notre capacité à établir une relation de causalité entre la dépendance et la persistance des dommages neurologiques au-delà d'une période prolongée d'abstinence. Même advenant la démonstration empirique d'une telle relation de causalité à l'aide d'un devis pré-post, il est probable que de tels dommages se déclinent plutôt en un long continuum selon la sévérité du TUS.

Une conception monolithique du TUS

Une troisième critique à la conceptualisation du TUS en tant que maladie chronique s'intéresse justement à cette absence de gradation dans la sévérité du problème; comme si toutes les personnes aux prises avec un TUS formaient un seul bloc monolithique dont le trouble serait particulièrement sévère. Certains chercheurs font une distinction parmi les utilisateurs de services spécialisés en dépendance : certains présenteraient un profil transitoire, c'est-à-dire que le trouble se résorberait assez facilement dans le temps, alors que pour d'autres il persisterait pendant plusieurs années (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). D'après White (2008), les personnes présentant ce deuxième profil se différencient de celles présentant un profil transitoire par une plus grande sévérité clinique du trouble, une plus grande complexité (polydépendance, usage de drogue injectable, concomitance avec un ou des troubles de santé mentale), une plus grande vulnérabilité (historique familial de TUS, âge plus jeune de début du TUS, événements traumatisants) ainsi qu'un capital plus faible de rétablissement.

L'absence de nuance dans la conceptualisation dite chronique du TUS proviendrait notamment du fait que la plupart des études à partir desquelles les tenants de cette conceptualisation tirent leurs conclusions ont été menées auprès de populations cliniques (White, 2008). Non seulement la population clinique est hétérogène, mais elle ne représente pas l'ensemble des personnes présentant un TUS (Fein et Landman, 2005). En comparaison avec des personnes aux prises avec un TUS, mais n'utilisant pas les services spécialisés en dépendance, les participants dans ces études ont un profil clinique plus sévère en termes de quantité consommée, de durée du problème et présentent une plus grande complexité clinique se manifestant par la concomitance avec d'autres troubles (Dawson, 1996; Fein et Landman, 2005; Moss et al., 2007; Storbjörk et Room, 2008). Cette complexité est d'ailleurs en cause dans l'obtention d'un pronostic moins favorable, ce qui s'actualise par une diminution de l'efficacité des traitements et la persistance du trouble s'apparentant chez certains à une certaine forme de chronicité (Helzer et Pryzbeck, 1988; Weisner et al., 2003).

L'étude du TUS sous la lunette des cas les plus sévères dresse un portrait non représentatif en termes de manifestations du trouble et de ses conséquences, une déformation de la réalité connue sous le nom de biais de Berkson ou d'illusion du clinicien (Cohen et Cohen, 1984; Heyman, 2009). Cette représentation serait d'autant plus déformée vu la proportion importante de personnes n'utilisant pas les services spécialisés en dépendance (Dawson et al., 2005; Kelly et al., 2017; Müller et al., 2020; Stinson et al., 2006). En effet, approximativement 10 % des personnes ayant un TUS consultent pour leur problématique (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2016).

Par ailleurs, trois observations issues des résultats des études portant sur des populations non cliniques vont à l'encontre d'une conceptualisation chronique du TUS pour l'ensemble des personnes qui en sont affectées. Premièrement, les taux élevés de rémission dans plusieurs études réalisées à partir de la population générale montrent qu'il s'agit de la norme plutôt que de l'exception (Heyman, 2013). À partir d'analyses rétrospectives menées sur des échantillons de personnes issues de la population générale qui rapportent avoir eu une dépendance aux substances au cours de leur vie, ces études rapportent des taux de rémission autour de 63 % à 75 % pour l'alcool (Dawson et al., 2005; Sobell et al., 1996), de 75 % pour la cocaïne et le cannabis (Lopez-Quintero et al., 2011). Deuxièmement, la notion de chronicité implique une dégradation de l'état de la personne en l'absence de traitement, mais plusieurs études indiquent qu'il est possible de se rétablir d'un TUS sans avoir recouru à une aide formelle, phénomène qualifié de rémission spontanée ou naturelle (Granfield et Cloud, 1999; Rumpf et al., 2007; Sobell et al., 1996; Waldorf et Biernacki, 1979). Le cas des soldats américains au Viêt Nam est l'un des exemples les plus fréquemment cités pour illustrer ce phénomène; ces hommes avaient développé une forte dépendance à l'héroïne pendant leur séjour, dépendance qui s'est résorbée à leur retour au pays sans avoir recours à une forme quelconque de traitement pour 95 % d'entre eux (Robins et al., 1974). Non seulement l'absence de traitement n'entraîne pas forcément la dégradation de l'état de la personne aux prises avec un TUS, mais d'autres données montrent que la rémission peut même se produire sans une seule rechute. C'est ce que rapportent la moitié des personnes répondant aux critères diagnostiques du TUS au cours de la vie dans une étude canadienne menée auprès de la population en générale (McQuaid et al., 2017). Troisièmement, la prise en compte des courbes développementales dans l'étude du phénomène de TUS montre qu'il s'agit d'un problème qui débute vers la fin de l'adolescence et qui prend fin au début de la vie adulte pour une majorité de personnes présentant ce problème (Heyman, 2009; Seeley et al., 2019). Les données populationnelles québécoises vont d'ailleurs en ce sens en montrant que parmi tous les groupes d'âge, les personnes âgées de 15 à 24 ans sont les plus représentées quant à la dépendance à l'alcool ainsi qu'à l'utilisation d'autres substances illégales (Kairouz et al., 2008). Des observations similaires sont rapportées dans les études populationnelles menées en France, lesquelles révèlent que les taux de dépendance à l'alcool et aux autres substances se retrouvent en plus grandes proportions chez les jeunes adultes avant de diminuer progressivement (Beck et Richard, 2013; Dupuy et al., 2009).

La prise en compte des résultats provenant des études non cliniques démontre que le TUS n'est pas un phénomène homogène sur le plan de la sévérité et de ses manifestations (Acier et al., 2008;

Kairouz et al., 2008; Kelly et al., 2017; McQuaid et al., 2017). Il apparaît donc incorrect d'appliquer les conclusions des études menées auprès d'une minorité de personnes présentant un profil plus sévère à une majorité de personnes pour qui le problème n'a pas la même ampleur (Dawson, 1996; White, 2008). Ainsi, pour plusieurs auteurs, la conception chronique du TUS s'applique uniquement à ceux présentant un profil plus sévère (Fleury et al., 2016; Hall et al., 2015; Kincaid et Sullivan, 2010; McKay, 2013; White, 2012; White et McClellan, 2008; Wiens et Walker, 2015). La sévérité de leur profil s'apparenterait aux problèmes chroniques de santé physique dont les périodes de stabilités et de détérioration requièrent des soins au long cours (McClellan et al., 2000).

Conclusion

De cette réflexion critique sur les fondements théoriques de la notion de chronicité émergent trois grands constats. Premièrement, l'adoption d'une perspective bio-psycho-sociale semble mieux refléter les dynamiques complexes qui subsistent entre les facteurs d'ordre individuel (génétique, neurologique, psychologique) et de contexte (social, politique, environnemental) impliqués dans le développement et le maintien du phénomène de dépendance (Couteron, 2019; Landry et Brochu, 2012). À cette perspective bio-psycho-sociale, s'ajoute également la dimension expérientielle, c'est-à-dire la façon dont la personne vit et comprend sa problématique d'usage (Morel, 2019).

Les avancées dans le domaine neurologique ont permis d'améliorer notre compréhension de plusieurs phénomènes impliqués dans le développement et le maintien du TUS en exposant la taille du défi que doivent surmonter les personnes qui tentent d'arrêter de consommer (Snoek, 2017). Néanmoins, ces découvertes ne doivent pas mener à une sur simplification de phénomènes complexes tels que la capacité à contrôler ses comportements de consommation donnant ainsi l'image d'un automate qui obéit à des commandes neurobiologiques (Peele, 2016). De plus, le fait que les substances psychoactives induisent des changements dans les structures du cerveau n'en fait pas pour autant une maladie du cerveau. Les TUS entraînent également des conséquences parfois tout aussi permanentes dans les différentes sphères de vie des personnes qui sont aux prises avec cette problématique (sur le plan judiciaire, des relations sociales, etc.). Mettre uniquement de l'avant les conséquences neurobiologiques est réducteur et occulte la complexité du problème. La réduction à la seule dimension neurobiologique nous amène à nous centrer uniquement sur l'individu au détriment des dimensions sociales, collectives et culturelles qui jouent aussi un rôle dans l'initiation et le maintien du problème (inégalités sociales de santé, stigmatisation, politiques réglementant l'accès, etc.). Alors que l'émergence et la persistance de la problématique d'usage trouvent aussi un terreau fertile dans certains aspects spécifiques à notre contexte socioculturel contemporain, à savoir la quête effrénée du plaisir immédiat, la valorisation de l'excès, la stimulation sensorielle intense, mais éphémère ainsi qu'une accessibilité instantanée aux objets de désir, ce que plusieurs ont qualifié de société addictogène (Chambon et Couteron, 2019).

La conceptualisation du TUS n'est pas une simple discussion d'ordre sémantique; elle a une influence sur l'orientation des services (Suissa, 2009). L'adoption d'une perspective bio-psycho-sociale apparaît

être plus profitable sur le plan du traitement. Cette perspective permet notamment de cibler des éléments sur lesquelles la personne aux prises avec un TUS est en mesure de changer (perception, gestion des émotions, etc. ; Becoña, 2018). En considérant l'ensemble des facteurs impliqués dans le développement et le maintien du problème, l'offre de service devient plus globale, ce qui favorise la mise en place de services intégrant aussi des éléments de la sphère sociale. Des services, tels que le Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ ; Delile et al., 2018 ; Spectre de rue, 2024) ou Logement d'abord (Tsemberis, 2011), adoptent une approche globale où la problématique d'usage, sans l'occulter, n'est pas la centration principale. En misant sur l'insertion par l'entremise de l'emploi (TAPAJ) ou du logement (Logement d'abord), ces initiatives améliorent les conditions de vie des personnes, suscitent leur désir de se projeter positivement dans l'avenir et leur donnent l'occasion de regagner du pouvoir sur leur vie.

Deuxièmement, le TUS n'est pas un phénomène homogène sur le plan de la sévérité : parmi l'ensemble des personnes présentant un TUS, certaines s'en sortent assez rapidement à l'aide de service ou non, pour d'autres le problème persiste dans le temps et s'accompagne d'une plus grande sévérité ainsi que d'une concomitance avec d'autres problèmes. Tout comme la capacité à exercer son libre arbitre ou la persistance des dommages causés par la consommation ne sont pas des notions dichotomiques. L'adoption d'une vision en continuum du TUS et de ses manifestations semble refléter plus adéquatement le portrait complexe et nuancé qui se décline selon la sévérité du TUS, la durée de la dépendance, les substances consommées, les caractéristiques de l'individu et de son environnement.

Dans ce contexte, il convient de mettre en place une large gamme de services conçus pour répondre aux différents niveaux de sévérité des personnes allant de services d'intervention précoce (comme les consultations jeunes consommateurs ; Couteron, 2016) à des traitements au long cours pour des personnes présentant des besoins complexes (Beaulieu et al., 2022), en passant par une variété de services à plus ou moins court terme. Soulignons à cet effet, que la conceptualisation du TUS en tant que maladie chronique a contribué à la reconnaissance des besoins de service au long cours pour ces personnes dont le profil est plus sévère (Beaulieu et al., 2021). Elle a favorisé la conception de services à long terme d'intensité variable qui misent sur la continuité (Dennis et al., 2003 ; McKay et al., 2010). Par ailleurs, en proposant du soutien de façon continue, les groupes d'entraide AA/NA s'inscrivent dans une offre au long cours dont l'intensité peut s'ajuster selon les besoins des personnes. Mais est-il nécessaire de qualifier leur trouble de chronique pour concevoir des services répondant à leurs besoins ?

Cela nous amène au troisième et dernier constat de cette réflexion critique sur la notion de chronicité : le concept de chronicité n'est pas adéquat pour qualifier la sévérité et le maintien du TUS dans le temps. Le terme chronique renvoie à l'aspect incontrôlable et irrévocable d'une maladie. Concevoir le TUS comme une maladie chronique où les personnes qui en sont atteintes n'ont pas de contrôle sur leurs comportements nuit à leur sentiment d'auto-efficacité, leur agentivité et ultimement leur processus de rémission (Burnette et al., 2019 ; Carreno et Pérez-Escobar, 2019 ; Heather et al., 2018 ; Peele, 2016 ; Snoek, 2017 ; Wiens et Walker, 2015). Quant à la notion

d'irrévocabilité, plusieurs études montrent que la rémission est possible, même si elle s'échelonne sur plusieurs années (Dawson et al., 2005; Fleury et al., 2016; Heyman, 2017; Vaillant, 2003). Un terme renvoyant au caractère persistant du TUS pour cette proportion de personnes reflèterait mieux l'idée que pour ces personnes le trouble s'étire sur plusieurs années sans impliquer forcément son irrévocabilité (ex. : TUS persistant ou TUS au long cours).

La conception du TUS comme une maladie chronique du cerveau est souvent accompagnée de l'argument voulant que la vision médicale du TUS contribue à sa déstigmatisation (Burnette et al., 2019; Carter et al., 2009; Hall et al., 2015; Valleur, 2009; Volkow et Koob, 2015). Or, cela contribuerait plutôt à les positionner comme des personnes « anormales », différentes des « gens normaux » (Walsh et Foster, 2021). Une méta-analyse regroupant les résultats de 26 études a montré que les explications neurobiologiques des problèmes de santé mentale (incluant les TUS) sont associées à un plus grand désir de distance sociale, une perception de la dangerosité et davantage de pessimisme envers leur potentiel de rétablissement, sans aucune réduction du blâme qui leur est attribué (Loughman et Haslam, 2018). Ainsi, il est essentiel de préserver une conception multidimensionnelle et nuancée du TUS afin que la réponse offerte aux personnes qui en ont besoin soit adéquate.

Références

- Alcoholics Anonymous. (2017). This is A.A. - A introduction to the A.A. recovery program. AA World Services Inc.
- Acier, D., Nadeau, L. et Landry, M. (2008). La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales Médico-Psychologiques*, 166(9), 727-734. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.009>
- Ahmed, S. H. (2012). The science of making drug-addicted animals. *Neuroscience*, 211, 107-125. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.005>
- American Society of Addiction Medicine. (2019, septembre). *Public policy statement: Definition of addiction*. [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2)
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M. et Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>
- Basterfield, C., Hester, R. et Bowden, S. C. (2019). A meta-analysis of the relationship between abstinence and neuropsychological functioning in methamphetamine use disorder. *Neuropsychology*, 33(5), 739-753. <https://doi.org/10.1037/neu0000552>
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J. et Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Beaulieu, M., Tremblay, J. et Bertrand, K. (2022). Adjustments to Service Organization in Specialized Addiction Services and Clinical Strategies for Better Meeting the Needs of People with a Persistent Substance Use Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 2229-2246. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00982-z>
- Beck, F. et Richard, J. (2013). Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC-endocrinologie-Nutrition*, 10(1), 1-9.
- Becker, J. B., McClellan, M. et Reed, B. G. (2016). Sociocultural context for sex differences in addiction. *Addiction Biology*, 21(5), 1052-1059. <https://doi.org/10.1111/adb.12383>
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the vietnam veteran study. *Psicothema*, 30(3), 270-275. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.303>
- Bedworth, D. A. et Bedworth, A. E. (2010). Chronic. Dans *Dictionary of Health Education*.
- Brevers, D., Bechara, A., Kilts, C., Antoniali, V., Bruylant, A., Verbanck, P., Kornreich, C. et Noël, X. (2018). Competing motivations: Proactive response inhibition toward addiction-related stimuli in quitting-motivated individuals. *Journal of gambling studies*, 34(3), 785-806. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9722-2>
- Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). Recension des écrits et problématique : La toxicomanie, une problématique alambiquée ; un traitement complexe. Dans S. Brochu, M. Landry, K.

Bertrand, N. Brunelle et C. Patenaude (dir.), *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes* (p. 9-40). Les Presses de l'Université Laval.

Burgess, P. W., Alderman, N., Forbes, C., Costello, A., Laure, M. C., Dawson, D. R., Anderson, N.D., Gilbert, S.J., Dumontheil, I. et Channon, S. (2006). The case for the development and use of "ecologically valid" measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(2), 194-209. <https://doi.org/10.1017/S1355617706060310>

Burnette, J. L., Forsyth, R. B., Desmarais, S. L. et Hoyt, C. L. (2019). Mindsets of addiction: Implications for treatment intentions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(5), 367-394. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.5.367>

Caiata Zufferey, M. (2005). Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques : ombres et lumières d'un phénomène en mutation. *Psychotropes*, 11(1), 55-72.

Campanella, S., Schroder, E., Kajosch, H., Hanak, C., Veaser, J., Amiot, M., Besse-Hammer, T., Hayef, N. et Kornreich, C. (2020). Neurophysiological markers of cue reactivity and inhibition subtend a three-month period of complete alcohol abstinence. *Clinical Neurophysiology*, 131(2), 555-565. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.10.020>

Carreno, D., F. et Pérez-Escobar, J. A. (2019). Addiction in existential positive psychology: From a critique of the brain disease model towards a meaning-centered approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3-4), 415-435.

Carter, A., Capps, B. et Hall, W. (Eds.) (2009). *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Castel, R., Benard-Pellen, M., Bonnemain, C., Boullenger, N., Coppel, A., Leclerc, G., Ogien, A. et Weinberger, M. (1998). *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*. Editions Universitaires.

Castel, R. et Coppel, A. (1991). Les contrôles de la toxicomanie. Dans A. Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence Drogues, alcools, médicaments psychotropes* (p. 237-256). Éditions Esprit.

Chambon, J. et Couteron, J.-P. (2019). Modernité et addictions : la société addictogène. Dans A. Morel et J. Couteron (dir.), *Aide-mémoire-Addictologie en 47 notions* (3^e éd., p. 119-133). Dunod.

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, institut universitaire.

Cohen, P. et Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of general psychiatry*, 41(12), 1178-1182. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010>

Couteron, J.-P. (2016). Les Consultations jeunes consommateurs (CJC). L'intervention précoce pour répondre aux conduites addictives des jeunes. *Vie sociale et traitements*, 1(129), 7-11.

Couteron, J.-P. (2019). Le concept d'addiction. Dans A. Morel et J. Couteron (dir.), *Aide-mémoire-Addictologie en 47 notions* (3^e éd., p. 107-117). Dunod.

- Cunningham, J. A. et McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, 107(1), 6-12. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x>
- Dawson, D. A. (1996). Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(4), 771-779. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb01685.x>
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B. et Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(12), 2036-2045. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. et Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- Deleuze, M. J., Heeren, A., Billieux, J., de Timary, P., Philippot, P. et Maurage, P. (2013). Implication des biais d'attention sélective dans l'alcool-dépendance. *Alcoologie et Addictologie*, 35(2), 127-135.
- Delile, J.-M., Morales, M. J.-H., Bertrand, P. K., Tapia, M. G. et Vedelago, M. F. (2018). TAPAJ-Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management. *Alcoologie et Addictologie*, 40(3), 252-260.
- Dempsey, J. P., Harris, K. S., Shumway, S. T., Kimball, T. G., Herrera, J. C., Dsauza, C. M. et Bradshaw, S. D. (2015). Functional near infrared spectroscopy as a potential biological assessment of addiction recovery: Preliminary findings. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 41(2), 119-126. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.983273>
- Dennis, M., Scott, C. K. et Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26(3), 339-352. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00037-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00037-5)
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. et Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S51-S62. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013>
- Dervaux, A., Lerner, S. et Rousselet, A.-V. (2017). 4. Facteurs de vulnérabilité des addictions. Dans X. Laqueille et A. Chassagnoux (dir.), *Pratiques cliniques en addictologie* (p. 24-34). Lavoisier.
- Di Chiara, G. (2002). Nucleus accumbens shell and core dopamine: Differential role in behavior and addiction. *Behavioural Brain Research*, 137(1), 75-114. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(02\)00286-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0166-4328(02)00286-3)
- Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano-Rojas, O. M. et Verdejo-García, A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: Systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 772-801. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.030>
- Donovan, D. et Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention : From radical idea to common practice. *Addiction Research & Theory*, 20(3), 204-217. <https://doi.org/10.3109/16066359.2011.647133>
- Douaihy, A. et Driscoll, H. P. (2018). *Humanizing addiction practice*. Springer.

Dupuy, G., Vorspan, F. et Lépine, J. P. (2009). Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(7), 498-503. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.07.002>

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction et West, R. (2013). *Models of addiction*. Publications Office of the European Union.

Ersche, K. D., Clark, L., London, M., Robbins, T. W. et Sahakian, B. J. (2006). Profile of executive and memory function associated with amphetamine and opiate dependence. *Neuropsychopharmacology*, 31(5), 1036-1047. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300889>

Ersche, K. D., Meng, C., Ziauddeen, H., Stochl, J., Williams, G. B., Bullmore, E. T. et Robbins, T. W. (2020). Brain networks underlying vulnerability and resilience to drug addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(26), 15253-15261. <https://doi.org/10.1073/pnas.2002509117>

Fein, G. et Landman, B. (2005). Treated and treatment-naïve alcoholics come from different populations. *Alcohol*, 35(1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2004.10.007>

Fenton, M., Geier, T., Keyes, K., Skodol, A., Grant, B. et Hasin, D. (2013). Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 43(5), 1045-1057. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001729>

Field, M. et Kersbergen, I. (2020). Are animal models of addiction useful? *Addiction*, 115(1), 6-12. <https://doi.org/10.1111/add.14764>

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 293-306. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625>

Frazer, K. M., Richards, Q. et Keith, D. R. (2018). The long-term effects of cocaine use on cognitive functioning: A systematic critical review. *Behavioural Brain Research*, 348, 241-262. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.04.005>

George, W. H., Gilmore, A. K. et Stappenbeck, C. A. (2012). Balanced placebo design : Revolutionary impact on addictions research and theory. *Addiction Research & Theory*, 20(3), 186-203. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.680216>

Granfield, R. et Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.

Gray Hardcastle, V. et Hardcastle, C. (2017). Addiction, chronic illness, and responsibility. *Ideas y Valores*, 66, 97-118. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n3supl.65695>

Hagan, H., Pouget, E. R. et Des Jarlais, D. C. (2011). A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases*, 204(1), 74-83. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir196>

Hall, W., Carter, A. et Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110.

- Hartje, J. (2009). Disease concept. Dans N. A. Roget et G. L. Fisher (dir.), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery* (p.292-295). SAGE Publications, Inc.
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W. et Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249-255. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1399659>
- Helzer, J. E. et Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), 219-224. <https://doi.org/10.15288/jsa.1988.49.219>
- Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349-360. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>
- Heyman, G. M. (2009). Once an addict, always an addict ? (*Addiction : A disorder of choice* (p. 65-88). Harvard University Press.
- Heyman, G. M. (2013). Quitting drugs: quantitative and qualitative features. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 29-59. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>
- Heyman, G. M. (2017). Do addicts have free will? An empirical approach to a vexing question. *Addictive Behaviors Reports*, 5, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.02.001>
- Humphreys, K. et McLellan, A. T. (2010). Brief intervention, treatment, and recovery support services for americans who have substance use disorders: An overview of policy in the Obama administration. *Psychological Services*, 7(4), 275-284. <https://doi.org/10.1037/a0020390>
- Jauffret-Roustide, M. (2009). Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La revue lacanienne*, (3), 109-118. <https://doi.org/10.3917/lrl.093.0109>.
- Jauffret-Roustide, M. et Jangal, C. (2021). Usagers, trajectoires, mobilités et besoins Dans A. Cadet-Tairou, M. Jauffret-Roustide, M. Gandilhon, S. Dambélé et C. Jangal (dir.), *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France Note de résultats d'enquête* (vol. 2, p. 10-17). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., Kudawu, Y., Le Strat, Y., Couturier, E., Emmanuelli, J. et Desenclos, J.-C. (2008). Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *médecine/sciences*, 24, 111-121. <https://doi.org/10.1051/medsci/2008242s111>
- Jellinek, E. M. (1960). Formulations of the disease nature of alcoholism *The disease concept of alcoholism* (p. 33-155). Hillhouse Press.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Institut de la statistique du Québec.
- Kalant, H. (2010). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105(5), 780-789. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02739.x>

- Kauer, J. A. et Malenka, R. C. (2007). Synaptic plasticity and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 844-858. <https://doi.org/10.1038/nrn2234>
- Kelly, J., Bergman, B., Hoepfner, B., Vilsaint, C. et White, W. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028>
- Kincaid, H. et Sullivan, J. (2010). Medical models of addiction. Dans D. Ross, H. Kincaid, D. Spurrett et P. Collins (dir.), *What is addiction?* (p. 353-376). MIT Press.
- Koob, G. (2013). Addiction is a Reward Deficit and Stress Surfeit Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 4(72), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00072>
- Koob, G. F. et Le Moal, M. (2006). *Neurobiological theories of addiction*. Dans G. F. Koob et M. L. Moal (dir.), *Neurobiology of addiction* (p. 377-428). Elsevier.
- Kougiali, Z. G., Fasulo, A., Needs, A. et Van Laar, D. (2017). Planting the seeds of change: Directionality in the narrative construction of recovery from addiction. *Psychology & Health*, 32(6), 639-664. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1293053>
- Landry, M. et Brochu, S. (2012). Le concept d'addiction : L'ASAM et la tradition biopsychosociale du Québec. *RISQ-INFO*, 20(1), 1-3.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>
- Laudet, A. B. et Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.009>
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D. et Curlin, F. A. (2013). Physicians' beliefs about the nature of addiction: A survey of primary care physicians and psychiatrists. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 255-260. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00332.x>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Leshner, A. I. (2001). Addiction Is a Brain Disease. *Issues in Science and Technology*, 17(3), <https://issues.org/leshner/>
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1), 143-174. <https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.143>
- Lewis, M. (2015). *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. Hachette UK.
- Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9293-4>
- Leyton, M. et Vezina, P. (2014). Dopamine ups and downs in vulnerability to addictions: a neurodevelopmental model. *Trends Pharmacol Sci*, 35(6), 268-276.

- Li, Q., Wang, Y., Zhang, Y., Li, W., Zhu, J., Zheng, Y., Chen, J., Zhao, L., Zhou, Z., Liu, Y., Wang, W. et Tian, J. (2013). Assessing cue-induced brain response as a function of abstinence duration in heroin-dependent individuals: An event-related fMRI study. *PLoS ONE*, 8(5), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062911>
- Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., De Los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. et Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>
- Loughman, A. et Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 3(43). <https://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1>
- MacKillop, J. (2019). Is addiction really a chronic relapsing disorder? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 44(1), 41-44. <https://doi.org/10.1111/acer.14246>
- Maisto, S., Hallgren, K., Roos, C. et Witkiewitz, K. (2018). Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.011>
- Mann, K., Schäfer, D. R., Längle, G., Ackermann, K. et Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Addiction*, 100(6), 797-805. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01065.x>
- Maranda, M.-F. (1992). Approches de l'alcoolisme. De la morale... à la sociologie du travail. *Service social*, 41(1), 28-45. <https://doi.org/10.7202/706556ar>
- Marlatt, G. A., Demming, B. et Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 233-241. <https://doi.org/10.1037/h0034532>
- McKay, J. (2013). Extended treatment models Dans B. S. McCrady et E. E. Epstein (dir.), *Addictions : A comprehensive guidebook* (2^e éd., p. 482-499). Oxford University Press.
- McKay, J. R. (2009a). The course of substance use disorders and implications for continuing care. Dans J. R. McKay (dir.), *Treating substance use disorders with adaptive continuing care* (p.19-32). American Psychological Association.
- McKay, J. R. (2009b). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of substance abuse treatment*, 36(2), 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>
- McKay, J. R., Van Horn, D. H. A. et Morrison, R. (2010). *Telephone continuing care for adults*. Hazelden Foundation Press.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. et Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- McQuaid, R. J., Malik, A., Moussouni, K., Baydack, N., Stargardt, M. et Morrissey, M. (2017). *Life in recovery from addiction in Canada*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00044-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00044-5)
- Morel, A. (2019). Drogues et expérience. Dans A. Morel et J. Couteron (dir.), *Aide-mémoire-Addictologie en 47 notions* (3^e éd., p. 87-94). Dunod.
- Moss, H. B., Chen, C. M. et Yi, H.-Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 91(2-3), 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016>
- Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Vetrella, A. B., Preisig, M., Castelao, E., Lasserre, A., Rodgers, S., Rössler, W., Vetter, S., Seifritz, E. et Vandeleur, C. (2020). Subtypes of alcohol use disorder in the general population: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 285, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112712>
- Nadeau, L. (1983). Stanton peelee, ou l'extension du concept de dépendance. *Psychotropes*, 1(1), 76-78.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2020, consulté 14 mars 2020). *Alcohol facts and statistics*. Alcohol's Effects on Health Research-based information on drinking and its impact. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics>
- National Institute on Drug Abuse. (2013, consulté 26 mars 2020). *Fear of stigma: Does it hold you back?*. Drug abuse.Gov <https://teens.drugabuse.gov/blog/post/fear-stigma-does-it-hold-you-back>
- National Institute on Drug Abuse. (2018, consulté 14 mars 2020). *Understanding drug use and addiction*. Drug abuse.Gov <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- Noël, X., Van der Linden, M., Brevers, D., Campanella, S., Verbanck, P., Hanak, C., Kornreich, C. et Verbruggen, F. (2013). Separating intentional inhibition of prepotent responses and resistance to proactive interference in alcohol-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(3), 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.021>
- Nutt, D. J. et Nestor, L. J. (2018). *Addiction*. Oxford University Press.
- O'Brien, C. et McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347(8996), 237-240. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(96\)90409-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(96)90409-2)
- Olievenstein, C. (1983). *La drogue ou la vie*. Laffont
- Pedersen, L. et Trouessin, M. (2016). La perte de contrôle dans l'addiction. *Implications philosophiques*, 1-18.
- Peele, S. (1977). Redefining addiction I. Making addiction a scientifically and socially useful concept. *International Journal of Health Services*, 7(1), 103-124. <https://doi.org/10.2190/A7JM-3YQ7-NPAK-MWTL>
- Peele, S. (1979). Redefining addiction II. The meaning of addiction in our lives. *Journal of Psychedelic Drugs*, 11(4), 289-297. <https://doi.org/10.1080/02791072.1979.10471411>
- Peele, S. (2016). People control their addictions: No matter how much the "chronic" brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.05.003>
- Peele, S. et Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. Taplinger.

- Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et Roy, É. (2017). Understanding experiences of and rationales for sharing crack-smoking equipment: A qualitative study with persons who smoke crack in Montréal. *International Journal of Drug Policy*(48), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059>
- Redish, A. D. (2013). *The mind within the brain : How we make decisions and how those decisions go wrong*. Oxford University Press.
- Richard, D., Pirot, S. et Senon, J.-L. (2000). Les drogues et leurs modes d'action. Dans P. Angel, D. Richard et M. Valleur (dir.), *Toxicomanies* (p. 57-77). Masson.
- Robins, L. N., Davis, D. H. et Goodwin, D. W. (1974). Drug use by us army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home. *American Journal of Epidemiology*, 99(4), 235-249. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a121608>
- Roman, P. M. (2013). Health care reforms and treatment for substance use disorders. Dans P. M. Miller (dir.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (vol. 3, p. 567-577). Elsevier.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., et John, U. (2007). Remission without formal help: New directions in studies using survey data. Dans H. Klingemann et L. C. Sobell (dir.), *Promoting self-change from addictive behaviors* (p. 73-85). Springer.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *America's need for and receipt of substance use treatment in 2015*. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2716/ShortReport-2716.html
- Schmitt, F. et Jauffret-Roustide, M. (2018). Gouverner par autocontrôles ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues. *Terrains & travaux*, 32(1), 55-80. <https://doi.org/10.3917/tt.032.0055>.
- Schoenbaum, G., Chang, C.-Y., Lucantonio, F. et Takahashi, Y. K. (2016). Thinking outside the box: Orbitofrontal cortex, imagination, and how we can treat addiction. *Neuropsychopharmacology*, 41(13), 2966-2976. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.147>
- Schulte, M. H. J., Cousijn, J., den Uyl, T. E., Goudriaan, A. E., van den Brink, W., Veltman, D. J., Schilt, T. et Wiers, R. W. (2014). Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 531-550. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.002>
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal of Neurophysiology*, 80(1), 1-27. <https://doi.org/10.1152/jn.1998.80.1.1>
- Seeley, J. R., Farmer, R. F., Kosty, D. B. et Gau, J. M. (2019). Prevalence, incidence, recovery, and recurrence of alcohol use disorders from childhood to age 30. *Drug and Alcohol Dependence*, 194, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.09.012>
- Simpson, D. D. et Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 2(1), 7-29. https://doi.org/10.1300/J251v02n01_02
- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K. et Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97-115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>

- Snoek, A. (2017). How to recover from a brain disease: Is addiction a disease, or is there a disease-like stage in addiction? *Neuroethics*, 10(1), 185-194. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9312-0>
- Sobell, L., Cunningham, J. et Sobell, M. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.7.966>
- Société médicale canadienne sur l'addiction (2011, avril). *Public policy statement: definition of addiction*. [L'URL n'est plus référencé] <http://www.csam-smca.org/about/policy-statements/>
- Solinas, M., Belujon, P., Fernagut, P. O., Jaber, M. et Thiriet, N. (2019). Dopamine and addiction: What have we learned from 40 years of research? *Journal of Neural Transmission*, 126(4), 481-516. <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1957-2>
- Spectre de rue. (2024). *Travail alternatif payé à la journée*. <https://www.spectrederue.org/programme/tapaj-emploi-jeunesse-montreal/>
- Stavro, K., Pelletier, J. et Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: A meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. et Saha, T. (2006). Comorbidity between dsm-iv alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Research & Health*, 29(2), 94-106.
- Storbjörk, J. et Room, R. (2008). The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research & Theory*, 16(1), 67-84. <https://doi.org/10.1080/16066350701578136>
- Suissa, A. J. (2009). Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance selon Stanton Peele. *Drogues, Santé et Société*, 8(2), 75-108. <https://doi.org/10.7202/044472ar>
- Swendsen, J. et Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216(1), 73-85. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05894.x>
- Tai, B. et Volkow, N. (2013). Treatment for substance use disorder: Opportunities and challenges under the affordable care act. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 165-174. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.758975>
- Tracy, J. M. (2016). *The relationship between executive functioning and substance abuse* [Thèse de doctorat, Louisiana Tech University]. Clinical psychology commons.
- Tsemberis, S. (2011). Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 235-240.
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98(8), 1043-1051. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00422.x>
- Valleur, M. (2009). La nature des addictions. *Psychotropes*, 15(2), 21-44. <https://doi.org/10.3917/psyt.152.0021>
- Valleur, M. et Matysiak, J.-C. (2006). *Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge* (2^e éd.). Armand Colin.

- Verdejo-García, A. et Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: Common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology*, 190(4), 517-530. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0632-8>
- Volkow, N. (2015, June 12). *Addiction is a disease of free will*. Huffington Post https://www.huffpost.com/entry/addiction-is-a-disease-of_b_7561200
- Volkow, N. D. et Baler, R. D. (2015). Now vs later brain circuits: Implications for obesity and addiction. *Trends in Neurosciences*, 38(6), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.002>
- Volkow, N. D. et Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction : Relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 729-740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>
- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Franceschi, D., Sedler, M., Gatley, S.J., Miller, E., Hitzemann, R. et Ding, Y.-S. (2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *Journal of Neuroscience*, 21(23), 9414-9418. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.21-23-09414.2001>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R. et Telang, F. (2009). Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology*, 56, 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2008.05.022>
- Volkow, N. D. et Koob, G. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial? *The Lancet Psychiatry*, 2(8), 677-679.
- Volkow, N. D., Koob, G. F. et McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine* 374, 363-371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., Telang, F. et Baler, R. (2010). Addiction : Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*, 32(9), 748-755. <https://doi.org/10.1002/bies.201000042>
- Waldorf, D. et Biernacki, P. (1979). Natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. *Journal of Drug Issues*, 9(2), 281-289. <https://doi.org/10.1177/002204267900900212>
- Walsh, D. A. B. et Foster, J. L. H. (2021). A call to action. A critical review of mental health related anti-stigma campaigns. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.569539>
- Waters, A. J., Shiffman, S., Bradley, B. P., et Mogg, K. (2003). Attentional shifts to smoking cues in smokers. *Addiction*, 98(10), 1409-1417. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00465.x>
- Weisner, C., Matzger, H. et Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00438.x>
- White, W. L. (2000). Addiction as a disease: The birth of a concept. *Addiction*, 46-51.
- White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Northeast Addiction Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. et McClellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disease: Key messages for clients, families and referral sources. *Counselor*, 9(3), 24-33.

Wiens, T. K. et Walker, L. J. (2015). The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful? *Addiction Research & Theory*, 23(4), 309-321. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.987760>

Wolf, M. E. (2016). Synaptic mechanisms underlying persistent cocaine craving. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(6), 351-365. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.39>

World Health Organization. (1950). *Expert committee on mental health (alcoholism) report on the first session* (publication no 42).

Yang, T., Zhao, X., Zhang, F., Li, X., Zhu, H., Zhang, M. et Shen, M. (2019). Craving-induced effects of different drug cues on persons abstaining from heroin. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 235-241. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1496425>

Young, A. (2017). Uncovery beneath the monolith of addiction there remains a human being. Dans J. K. Edwards, A. Young et H. J. Nickels (dir.), *Handbook of strengths-based clinical practices: Finding common factors* (1^{ère} éd., p. 53-69). Routledge.

Zargar, F., Bagheri, N., Tarrahi, M. J. et Salehi, M. (2019). Effectiveness of emotion regulation group therapy on craving, emotion problems, and marital satisfaction in patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(4), 283-290.



Consommation de substances chez les personnes douées intellectuellement : revue de la portée

Julie-Christine Cotton, Ph. D., psychoéducatrice, professeure agrégée, Service sur les dépendances, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Institut universitaire sur les dépendances, Laboratoire inclusif de recherche et développement

Sabrina Gendron-Fontaine, M. Éd., conseillère d'orientation, Laboratoire inclusif de recherche et développement, Université de Sherbrooke

Karine Bertrand, Ph. D., psychologue, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Institut universitaire sur les dépendances

Amélie Boisvert, psychoéducatrice spécialisée en douance

Correspondance

Julie-Christine Cotton
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4,
Téléphone : 1 800 267-8337 poste 75245
Courriel : Julie.Christine.Cotton@USherbrooke.ca

Résumé

Encore à ce jour, la douance intellectuelle est sujette à débat parmi le personnel clinique et de recherche d'une diversité de champs d'expertise. Sa conceptualisation et sa mesure ne font pas l'unanimité, engendrant des limites importantes dans la production de connaissances scientifiques entourant les populations douées. Si nous savons que des aptitudes cognitives faibles constituent un facteur de risque pour le développement d'un trouble de l'usage de substances (TUS), les liens entre la douance intellectuelle et la consommation de substances psychoactives (SPA) demeurent méconnus. Représentant jusqu'à 2 % de la population générale, les personnes douées intellectuellement présentent typiquement de grandes capacités métacognitives ainsi que des niveaux de créativité et d'engagement hors du commun. Certaines personnes douées présentent une condition combinée communément appelée « double exceptionnalité » (2e) (ex. : difficultés d'apprentissage, difficultés attentionnelles, autisme, problèmes de santé mentale). Ce profil neurocognitif confronte davantage les personnes douées à la possibilité de subir des expériences de stress minoritaire découlant de la neuronormativité présente au sein de la société. Cet article présente les résultats d'une revue de la portée ayant été menée en fonction des lignes directrices du PRISMA 2020 afin de connaître l'état des connaissances entourant la consommation de SPA chez les personnes douées et 2e. Parmi les 25 études retenues, bien qu'il s'avère impossible de statuer si la consommation de SPA diffère chez les personnes douées intellectuellement par rapport à la population générale, le développement d'un TUS apparaît possiblement moins fréquent et plus tardif chez ces dernières. D'importantes limites doivent toutefois être considérées entourant la conceptualisation et l'évaluation de la douance, de même que la consommation de SPA. Devant le stress minoritaire que les populations neurodivergentes peuvent rencontrer, une posture critique et neuroaffirmative pour intervenir en dépendances auprès des personnes douées et 2e apparaît nécessaire.

Mots-clés : douance intellectuelle, double exceptionnalité, usage de substances, trouble de l'usage de substances, neurodivergence, stress minoritaire

Substance use among intellectually gifted individuals: a scoping review

Abstract

To this day, intellectual giftedness remains a subject of debate among clinicians and researchers in a variety of fields. Its conceptualization and measurement are not unanimously accepted, resulting in significant limitations in the production of scientific knowledge surrounding gifted populations. While we know that low cognitive ability is a risk factor for the development of a substance use disorder (SUD), the links between intellectual giftedness and the use of psychoactive substances (PAS) remain poorly understood. Representing up to 2% of the general population, gifted people typically display high levels of metacognitive ability, creativity and commitment. Some gifted people present a combined condition commonly referred to as “double exceptionality” (2e) (e.g. learning difficulties, attentional difficulties, autism, mental health problems). This neurocognitive profile puts gifted people at greater risk of experiencing minority stress resulting from the neuronormativity present in society. This article presents the results of a scoping review conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines in order to determine the state of knowledge surrounding APS use in gifted and 2e individuals. Of the 25 studies selected, although it is impossible to say whether APS use differs in the intellectually gifted compared with the general population, the development of SUD may be less frequent and delayed in the latter. However, there are important limitations to the conceptualization and assessment of giftedness, as well as the use of APS. In view of the minority stress that neurodivergent populations may encounter, a critical and neuroaffirmative posture for intervening in addiction with gifted and 2e people appears necessary.

Keywords: intellectual giftedness, twice-exceptionality, substance use, substance use disorder, neurodiversity, minority stress

Consumo de sustancias entre personas con alta capacidad intelectual: revisión del alcance

Resumen

Aún hoy la alta capacidad intelectual es materia de debate entre el personal clínico y de investigación de una variedad de campos de especialización. Su conceptualización y su medida no despiertan unanimidad, ya que engendran límites importantes en la producción de conocimientos científicos en torno a las poblaciones talentosas. Si sabemos que las aptitudes cognitivas débiles constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de un problema de uso de sustancias, la relación entre el talento intelectual y el consumo de sustancias psicoactivas es desconocida. Las personas con altas capacidades intelectuales, que representan hasta el 2% de la población, presentan en general grandes capacidades metacognitivas y niveles de creatividad y de compromiso fuera de lo común. Algunas personas talentosas presentan una condición combinada comúnmente llamada “doble excepcionalidad” (2e) (ej.: dificultades de aprendizaje, dificultades de atención, autismo, problemas de salud mental). Este perfil neurocognitivo confronta a las personas talentosas en mayor medida con la posibilidad de sufrir experiencias de estrés minoritario que se deben a la neuro normatividad presente en el seno de la sociedad. Este artículo presenta los resultados de una revisión del alcance que fue llevado a cabo en función de las directivas de PRISMA 2020 con el fin de conocer el estado real ADE los conocimientos sobre el consumo de sustancias psicoactivas entre las personas con altas capacidades y 2e. Entre los 25 estudios retenidos, y si bien resulta imposible determinar si el consumo de sustancias psicoactivas difiere en las personas intelectualmente dotadas con respecto a la población general, el desarrollo de un trastorno por el uso de sustancias parece posiblemente menos frecuente y más tardío entre estos últimos. Deben sin embargo considerarse importantes límites en torno a la conceptualización y a la evaluación de las altas capacidades, así como al consumo de sustancias psicoactivas. Ante el estrés minoritario que las poblaciones neurodivergentes pueden enfrentar, aparece como necesario la adopción de una postura crítica y neuro afirmativa para intervenir en las dependencias entre las personas de altas capacidades y 2e.

Palabras clave: altas capacidades intelectuales, doble excepcionalidad, uso de sustancias, problema del uso de sustancias, neurodivergencia, estrés minoritario

Introduction

Douance et double exceptionnalité : caractéristiques et enjeux

À ce jour, la conceptualisation de la douance intellectuelle demeure au centre de débats académiques et scientifiques. Il n'existe pas de consensus sur sa définition ni sur la façon d'évaluer et d'identifier les personnes douées (Brown et al., 2020; Cao et al., 2017; Carman, 2013). Ainsi, selon la façon de conceptualiser la douance, les personnes douées pourraient représenter de 2,2 à 10 % de la population générale (Bélanger et Gagné, 2006; Lang et al., 2019). À titre indicatif, en se basant uniquement sur le quotient intellectuel (QI) et en considérant uniquement les scores de 130 et plus comme c'est plus courant au Québec (Bégin-Auclair, 2021), on estime que cette prévalence se rapprocherait de 2 % de la population générale.

Le concept de la douance a significativement évolué au cours du dernier siècle (Sternberg et Kaufman, 2018). Si en 1904 la douance était uniquement représentée par l'intelligence générale, elle s'est ensuite élargie à diverses aptitudes intellectuelles globales ou spécifiques supérieures à la moyenne. Plus récemment, des éléments non strictement intellectuels, comme la créativité et l'engagement, ont été associés à la douance, notamment par l'entremise du modèle conceptuel des trois anneaux de Renzulli (2002; 2016). Actuellement, la douance intellectuelle est davantage reconnue comme un processus développemental soumis à l'influence de facteurs biologiques et environnementaux (Dai et Gauvrit, 2021) et englobant diverses caractéristiques intellectuelles, physiques, sociales ou sensorielles (Clobert et Gauvrit, 2021).

De façon générale, les personnes douées se démarquent par des particularités neurophysiologiques et cognitives distinctes, favorisant entre autres une assimilation rapide et efficace des informations cognitives et sensorielles (Melnick et al., 2013; Rinn et Majority, 2018). Des particularités chez le cerveau des personnes douées (Ma et al., 2017; Neubauer et Fink, 2009) leur confèrent, de façon typique, des compétences attentionnelles et analytiques supérieures, ainsi qu'une capacité de mémorisation et de généralisation des connaissances particulièrement importante (Goriounova et Mansvelder, 2019; Schultz et Cole, 2016). Ces grandes capacités métacognitives, jumelées à des niveaux de créativité et d'engagement pouvant être hors du commun (Renzulli et Reis, 2018), leur concèdent souvent une plus grande facilité dans certains domaines d'intérêt. Sur le plan socioémotionnel, certains traits distinctifs de la douance peuvent inclure un perfectionnisme sain, un sens de l'humour développé, une intensité émotionnelle, une forte éthique morale et des préoccupations profondes sur le sens de la vie (Daniels et Piechowski, 2009; Webb, 2016). Il importe toutefois de relever que de grandes différences intra-individuelles et inter-individuelles sont observées chez les personnes douées, constituant ainsi une population hétérogène (Pereira Da Costa, 2019; Rinn et Bishop, 2015).

Ainsi, non seulement la douance est possible chez certaines personnes uniquement, mais différents facteurs (ex. : développementaux, psychologiques, environnementaux) peuvent nuire à l'émergence de leur talent (Rinn, 2020; Simonton, 2018; 2021). Qui plus est, la socialisation et

les comportements adaptatifs des personnes douées peuvent être marqués, dès l'enfance, par le phénomène d'assynchronie : un décalage entre différentes sphères développementales (ex. : aptitudes cognitives disproportionnées par rapport aux aptitudes affectives), ou encore entre leurs besoins et les ressources de leurs milieux (ex. : école peu stimulante) (Rinn et Majority, 2018).

Par le biais de leur théorie « *hyper brain/hyper body* », Karpinski et al. (2018) ont mis en lumière des relations entre une capacité cognitive accrue (hyper cerveau) et des réponses psychologiques et physiologiques accrues (hyper corps) (Karpinski et al., 2018). Les personnes douées peuvent effectivement présenter des hypersensibilités sensorielles (captation intense des stimuli) ainsi que des hyperexcitabilités (réponse intense aux stimuli) pouvant surtout s'observer sur les plans intellectuel et psychomoteur (Alias et al., 2013 ; Winkler et Voight, 2016 ; Wirthwein et Rost, 2011 ; Wood et al., 2024). Cette hyperréactivité du système nerveux central pourrait être associée à plus de problèmes de santé mentale chez les personnes douées, comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Wraw et al., 2016 ; Fries et al., 2022), de même que certaines pathologies impliquées dans l'inflammation et la dysrégulation du système immunitaire, telles que les allergies, l'asthme et les maladies auto-immunes (Karpinski et al., 2018). Une récente revue systématique appelle toutefois à la prudence : si des études mettent en lumière une association positive entre la douance intellectuelle et certains enjeux de santé mentale, d'autres proposent que la douance puisse jouer un rôle protecteur à leur égard (Tasca et al., 2024). Des biais d'échantillonnage liés à l'âge des personnes participantes et aux façons de conceptualiser et de mesurer la douance expliqueraient ces constats mitigés.

Certaines personnes douées peuvent être qualifiées de « doublement exceptionnelles » (2e) lorsque leur douance s'accompagne d'une condition pouvant les placer en situation de handicap, notamment dans des contextes neuronormatifs (Baldwin et al., 2015 ; Foley-Nicpon, et al., 2010 ; Foley-Nicpon et al., 2013). Les conditions les plus souvent étudiées dans un contexte de 2e sont l'autisme, les troubles spécifiques d'apprentissage (ex. : dyslexie) et les profils attentionnels divergents (communément appelé trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) par plusieurs communautés de pratique) (Foley-Nicpon et al., 2010). Les personnes 2e présentent typiquement des aptitudes cognitives hétérogènes, pouvant par exemple se traduire par des fonctions exécutives faibles (ex. : mémoire de travail) en comparaison à d'autres capacités cognitives particulièrement élevées (Atmaca et Baloglu, 2022). De ce fait, s'il est possible qu'une douance domine le fonctionnement d'une personne et qu'elle éclipse les manifestations d'une autre condition, cette dernière peut aussi camoufler les manifestations d'une douance (Atmaca et Baloglu, 2022). Dans certains cas, autant la douance que la condition combinée peuvent se neutraliser, entraînant une non-reconnaissance ou une non-prise en charge de l'une ou de l'autre (Atmaca et Baloglu, 2022).

Douance intellectuelle et consommation de substances psychoactives

À notre connaissance, aucune revue de la littérature n'a été publiée relativement à la consommation de substances psychoactives (SPA) des personnes douées intellectuellement, peu importe

où celle-ci se situe sur un continuum s'étendant de la non-consommation à une consommation dite problématique (Nathan et al., 2016; Tremblay et Blanchette-Martin, 2016), en passant par la consommation bénéfique sans conséquences négatives (Rappo et Stock, 2020). Les consommations à risque et problématique de SPA exposent pour leur part l'ensemble de la population canadienne à divers risques et conséquences au regard de leur santé (ex. : accidents de travail, troubles de santé physique et mentale, hospitalisations, décès) et entraînent d'importants coûts socio-économiques (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020). De fait, 4,4 % de la population canadienne de plus de 15 ans rapporte un trouble d'usage de substances (TUS) au cours de la dernière année, dont environ 180 000 (2,7 %) Québécois et Québécoises présentant un trouble d'usage d'alcool (TUA) (Santé Canada, 2013). C'est aussi près de 900 000 (12,3 %) Québécois et Québécoises qui présentent une consommation à risque d'alcool (Santé Canada, 2017). Bien qu'il soit impossible d'estimer l'ampleur précise de la consommation à risque de SPA et des TUS chez les personnes douées, bon nombre d'entre elles, à l'instar de la population générale, vivent nécessairement avec les risques et les conséquences qui y sont liés. Si des aptitudes cognitives faibles peuvent constituer un facteur de risque pour le développement d'un TUS (Castellanos-Ryan et Conrod, 2020), les liens possibles entre la douance intellectuelle et la consommation de SPA, quel que soit son type ou son ampleur (ex. : récréative, à risque), semblent méconnus.

Questions, but et retombées attendues

Les questions de recherche qui sous-tendent cette revue de la portée sont les suivantes : (1) Quel est l'état des connaissances entourant les liens entre la douance intellectuelle et la consommation de SPA (peu importe où elle se situe sur le continuum de consommation) ? (2) Dans quelle mesure la double exceptionnalité (2e) est-elle prise en compte dans ces études ? Cette revue de la portée offrira aussi une meilleure vue d'ensemble des définitions mobilisées dans la littérature pour faire référence à la douance intellectuelle, à la 2e et à la consommation de SPA, en plus d'identifier les outils employés pour mesurer ces concepts.

En explorant comment la douance intellectuelle et la 2e peuvent être associées à la consommation de SPA, il pourrait être possible de dégager des pistes d'intervention plus adaptées aux besoins spécifiques des personnes douées et 2e, dont le manque est décrié par plusieurs personnes psychologues du Québec (Brault-Labbé et al., 2023). Ces apprentissages pourraient enrichir l'offre de formation continue de plusieurs personnes du secteur de l'intervention, dont celles de la relation d'aide et des dépendances (Brault-Labbé et al., 2023). En raison de préjugés ou de manque de connaissances, plusieurs semblent peu préparées à accompagner les personnes douées et 2e (Bishop et Rinn, 2020). Sur le plan politique, les résultats pourraient contribuer à l'amélioration des initiatives en promotion de la santé entourant la consommation de SPA en tant qu'enjeu de santé publique important au Québec (Bertrand et al., 2021).

Méthodes

Une revue de la portée permet d'examiner l'étendue et la nature des recherches concernant la douance intellectuelle et la consommation de SPA, en plus d'identifier les lacunes dans les connaissances (Munn et al., 2018). Le choix de la méthode de la revue de portée repose sur la nature exploratoire de la question de recherche ainsi que sur la rareté et l'hétérogénéité des travaux ayant été menés dans ce domaine (Arksey et O'Malley, 2007). La revue systématique a été écartée puisque cette méthode est moins indiquée pour ce type de démarche exploratoire (Bertrand et al., 2020). Le cadre méthodologique de la revue de portée de Arksey et O'Malley (2007) a guidé le travail réalisé, selon les cinq étapes proposées : 1) identifier les études pertinentes ; 2) sélectionner les études ; 3) organiser les données ; 4) résumer les études et 5) faire état des résultats. Cette revue de la portée suit également les lignes directrices du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020 (Page et al., 2021) et du *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins et Cochrane Collaboration, 2020).

Cadre conceptuel

Étant donné l'hétérogénéité des façons de définir la douance intellectuelle dans la littérature, dans le cadre de cette revue de la portée, les études devaient minimalement avoir mesuré des aptitudes constituant l'intelligence, qu'elle soit verbale, numérique, de raisonnement perceptif ou de mémoire de travail (Lang et al., 2019).

Concernant la 2e, nous nous sommes attardées aux conditions les plus souvent documentées, soit l'autisme, les troubles spécifiques d'apprentissage (ex. : dyslexie) et les profils attentionnels divergents. Comme les études évoquent le TDAH plutôt que de parler de profils attentionnels divergents, ce terme sera privilégié dans les résultats. Dans la mesure où elles sont souvent impliquées dans les conditions susmentionnées, les fonctions exécutives (FE) ont été considérées. Il est à noter qu'il n'était pas toujours possible de déterminer si les conditions rapportées dans les études créaient ou non une situation de handicap chez les personnes participantes.

Par sa nature exploratoire, cette revue de la portée s'intéresse à la consommation des personnes douées, selon un continuum s'étendant de la non-consommation à une consommation qualifiée de problématique, cette dernière englobant parfois le TUS et la dépendance (Nathan et al., 2016 ; Tremblay et Blanchette-Martin, 2016). La consommation concernera l'ensemble des SPA : toute substance modifiant le fonctionnement mental d'une personne (sensations, perceptions, affects, motricité) et altérant son rapport à la réalité (Ben Amar, 2015). Afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons divisé les SPA en trois catégories : l'alcool, le tabac et les autres SPA.

Critères de sélection

Pour être incluses, les études devaient : (1) rapporter la mesure d'au moins une aptitude cognitive au moyen de tests standardisés ; (2) être rédigées en anglais ou en français ; (3) représenter une recherche originale évaluée par des pairs et (4) avoir été publiées entre 2007 et 2022. Elles pouvaient

être constituées de (5) tout type de devis de recherche. Les études ont été exclues si : (1) il y avait absence de lien étudié entre le potentiel intellectuel et la consommation de substances; (2) le potentiel intellectuel était étudié uniquement comme variable dépendante; (3) aucune méthode n'était présentée; (4) le jeu était uniquement traité. Aucune restriction relative à l'âge des personnes participantes n'a été appliquée.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche a été élaborée par les deux premières auteures de cet article pour ensuite être révisée par une bibliothécaire de recherche. Puis, en avril 2022, des recherches ont été effectuées dans huit bases de données électroniques : *ProQuest Central*, *SCOPUS*, *EBSCO*, *Cochrane Library*, *CAIRN*, *Érudit* et *BASE* sur une période de 15 années : (littérature grise). L'objectif était de couvrir la majeure partie des travaux dans les domaines de la médecine, de la psychologie, des neurosciences et de la toxicomanie. Des termes de recherche liés aux concepts de douance ou de potentiel intellectuel (mesurée par le QI), de double exceptionnalité ainsi que de consommation et de dépendance aux substances psychoactives ont été utilisés (voir l'annexe 1 pour les mots-clés spécifiques à chaque base de données).

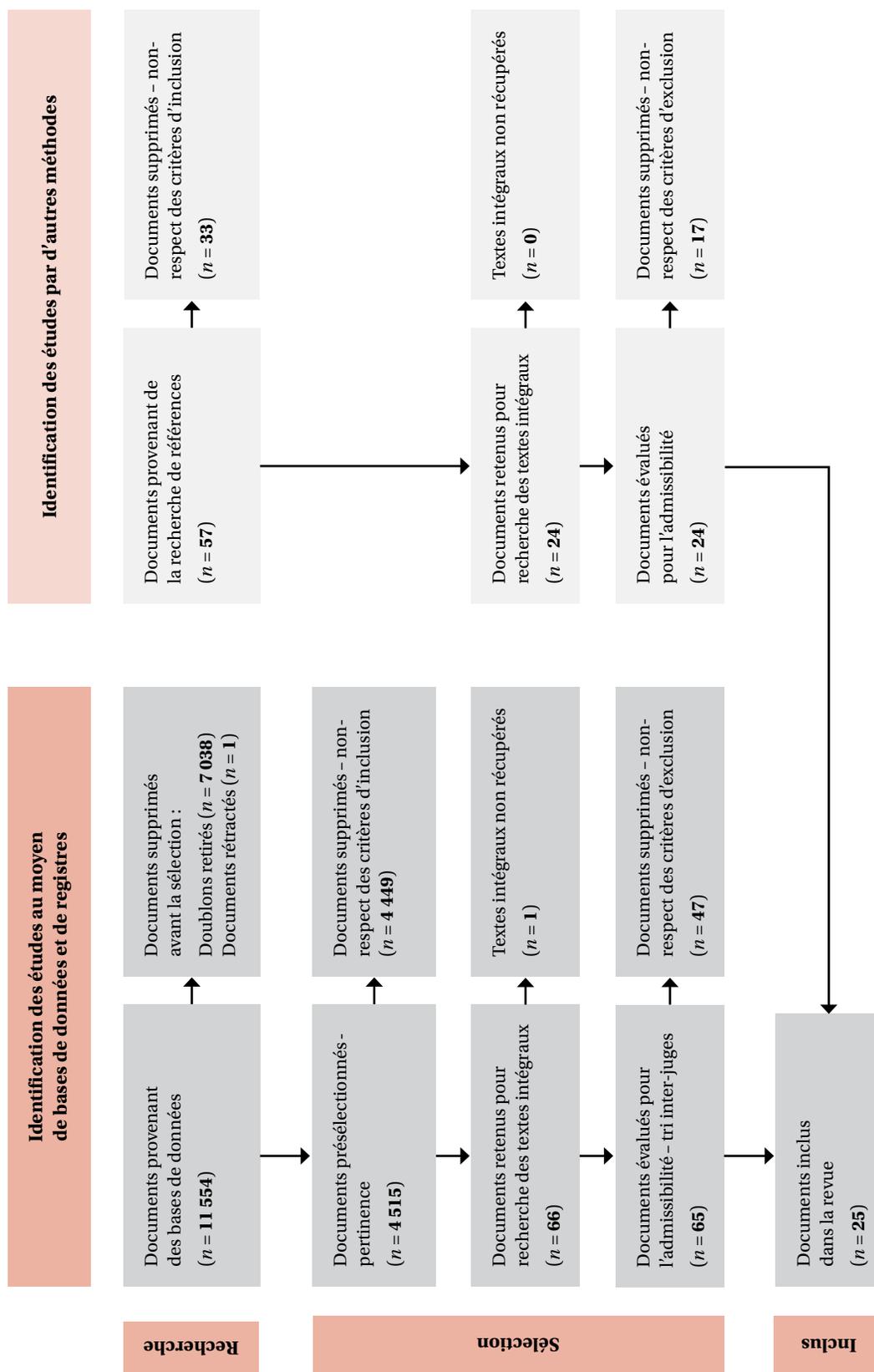
Sélection des articles

Après l'importation des articles dans un logiciel bibliographique (Zotero), les doublons et les articles rétractés ont été supprimés. Les trois premières auteures ont examiné les premiers titres et résumés afin d'en vérifier l'admissibilité. La seconde auteure a récupéré le texte intégral des articles éligibles et les a examinés pour déterminer leur inclusion. Les bibliographies des articles ont ensuite été vérifiées manuellement à la recherche de documents supplémentaires selon les critères de sélection. Les deux premières auteures ont élaboré une fiche synthèse afin d'extraire les données pour chaque article sélectionné. Les données de chaque fiche synthèse ont ensuite été regroupées dans une grille synthèse par la seconde auteure. Pour répondre à la deuxième question de recherche, nous avons examiné si les études sélectionnées abordaient des conditions liées à la 2e, incluant les FE, lesquelles sont impliquées dans le TDAH (Antshel et al., 2014) et les difficultés d'apprentissage (Booth et al., 2010).

Résultats

Un total de 4572 résumés a été examiné, puis 89 articles ont été inclus pour lecture du texte intégral. À la suite de cet examen, 64 ont été exclus et 25 ont été retenus (voir la Figure 1 pour le diagramme PRISMA).

FIGURE 1 – Diagramme de flux PRISMA



Traduction libre de Page et al. (2021)

Caractéristiques des études

Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques de chaque étude retenue. Les 25 articles sélectionnés ont été publiés entre 2007 et 2021. Une plus grande proportion d'études a été réalisée aux États-Unis ($n = 9$) et en Europe du Nord ($n = 9$), tandis que les autres ont été menées au Royaume-Uni ($n = 6$), en Suisse ($n = 1$), au Canada ($n = 1$), à l'Île Maurice ($n = 1$) et en Israël ($n = 1$). Trois de ces études ont été menées dans plusieurs pays (Buchy et al., 2015; Clouston et al., 2015; Kanazawa et Hellberg, 2010). Toutes les études ont utilisé un devis de recherche quantitatif. Parmi elles, 16 comportent des données longitudinales, 5 des données transversales provenant de deux groupes ou plus, et 4 des données transversales provenant d'un seul groupe. Un peu moins de la moitié des études comprennent une méthode d'échantillonnage probabiliste ($n = 12$). Aucune étude ne comporte un devis qualitatif ou mixte.

La taille des échantillons des études sélectionnées varie de 44 à 1 049 663 personnes et leur âge moyen varie entre 5 ans (au premier temps de l'étude) et 57,3 ans. Les différentes méthodes d'échantillonnage et de collecte des données peuvent expliquer ces écarts. Toutes les études identifient les personnes participantes selon un genre binaire et le pourcentage d'hommes dans les échantillons varie de 45,5 à 100 %. En raison de collectes de données liées aux conscriptions militaires, huit études ont des échantillons composés uniquement d'hommes. Une autre étude est composée d'un échantillon provenant d'une institution psychiatrique réservée aux hommes (Bihlar Muld et al., 2013).

TABLEAU 1 – Caractéristiques des études sélectionnées

Source, date, lieu	Devis de recherche	Méthode d'échantillonnage	Taille de l'échantillon	Caractéristiques de l'échantillon	Analyses statistiques
Acker et al., 2012, États-Unis	Quantitatif Transversal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	61	Âge moyen : 23 ans 42,6 % femmes, 70,5 % personnes caucasiennes	Corrélations Régressions linéaires en deux étapes
Antshel et al., 2009, États-Unis	Quantitatif Transversal (2 groupes)	Non probabiliste, de convenance	117 (53 groupe HPI; 64 groupe 2E-TDAH)	Âge moyen : 27 ans HPI; 33 ans 2E-TDAH 44-49 % femmes	Régression logistique - comparaison des groupes
Bihlar Muld et al., 2013, Suède	Quantitatif Transversal (3 groupes)	Non probabiliste, de convenance	287 (120 groupe TUS; 60 groupe TDAH/TUS; 107 TDAH/TSM)	Âge moyen : 27 ans 100 % hommes institutionnalisés de manière obligatoire ou volontaire	Chi-carré Test t Analyses de covariance - FE et QI global
Buchy et al., 2015, Canada et États-Unis	Quantitatif Transversal (2 groupes)	Non probabiliste, de convenance	941 (678 groupe à haut risque clinique de psychose - HRC; 263 groupe contrôle)	Âge moyen : 18 ans HRC; 19 ans contrôle 48-58,6 % hommes, 55-59 % personnes blanches	Chi-carré Test t Corrélations ANCOVA ANOVA univariés

Consommation de substances chez les personnes douées

Source, date, lieu	Devis de recherche	Méthode d'échantillonnage	Taille de l'échantillon	Caractéristiques de l'échantillon	Analyses statistiques
Christoffersen et al., 2021, Danemark	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	7 019	Âge moyen : 18-20 ans au premier temps 100 % hommes nés entre 1935 et 1960 (conscription)	Corrélations bivariées Régressions linéaires
Clouston et al., 2015, États-Unis et Royaume-Uni	Quantitatif Longitudinal (3 groupes)	Probabiliste Groupe É.-U.-1939 : stratifié Groupes R.-U.-1946 et R.-U.-1958 : cohortes de naissance	16 301 (3 685 groupe É.-U.-1939 ; 1 555 groupe R.-U.-1946 ; 5 218 groupe R.-U.-1958)	Âge moyen : 15-16 ans au premier temps Né-es aux États-Unis en 1939 (É.-U.-1939), au Royaume-Uni en 1946 (R.-U.-1946) et en 1958 (R.-U.-1958)	Régressions logistiques et scores de propension
Davies et al., 2019, Royaume-Uni	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, aléatoire	124 661	Âge moyen : 57,3 ans 45,5 % hommes Populationnel (<i>UK Biobank</i>)	Analyses mendéliennes univariée et multivariée Analyses de sensibilité
Degerud et al., 2017, Norvège	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	63 120	Âge moyen : 18-21 ans au premier temps 100 % hommes nés entre 1944 et 1961 (conscription)	Chi-carré Analyses de variance Régressions, méthode des moindres carrés et binomiale négative Régression linéaire
Dick et al., 2007, États-Unis	Quantitatif Transversal (1 groupe)	Probabiliste, systématique	2 158	Pas d'information sur l'âge moyen 49,2 % femmes Échantillon de 200 familles, dont 84 % européennes-américaines	Analyses mendéliennes Test de déséquilibre généalogique quantitatif (QPDT) - associations Analyses de covariance, théorème de limite centrale
Gale et al., 2010, Suède	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	1 049 663	Âge moyen : 18,3 ans au premier temps 100 % hommes (conscription)	Chi-carré ANOVA Régression, modèle des risques proportionnels de Cox Régression logistique
Isen et al., 2021, États-Unis	Quantitatif Longitudinal (2 groupes)	Non probabiliste, de convenance	6 707 (3 350 pour le groupe de jumeaux et jumelles ; 3 358 pour le groupe de parents)	Âge moyen : 17 ans jumeaux ; 42,6 ans parents au premier temps Jumeaux et jumelles nés entre 1972 et 1988 48 % hommes 95 % personnes caucasiennes Populationnel (<i>Minnesota Twin Family Study</i>)	Corrélations bivariées Régressions

Consommation de substances chez les personnes douées

Source, date, lieu	Devis de recherche	Méthode d'échantillonnage	Taille de l'échantillon	Caractéristiques de l'échantillon	Analyses statistiques
Johnson et al., 2009, États-Unis	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, cohortes de naissance	1 252	Âge moyen : 17 ans au premier temps Jumeaux et jumelles de même sexe assigné à la naissance (M/F) 46,2 % hommes 98 % personnes caucasiennes Populationnel (<i>Minnesota Twin Family Study</i>)	Corrélations Régression linéaire multiple
Kanazawa et Hellberg, 2010, Royaume-Uni et États-Unis*	Quantitatif Longitudinal (2 groupes)	Probabiliste Étude R.-U. : cohorte de naissance Étude É.-U. : stratifié	38 164 (17 419 étude R.-U. ; 20 745 étude É.-U.)	Âge moyen : 7 ans étude R.-U. ; 15 ans étude É.-U. au premier temps Né-es dans la semaine du 03/03/1958 (R.-U.) ou entre 1974 et 1983 (É.-U.)	Régressions
Keyes et al., 2017, États-Unis	Quantitatif Transversal (1 groupe)	Probabiliste, à deux degrés	10 073	Âge moyen : 13-18 ans Échantillon populationnel (<i>National Comorbidity Survey Adolescent Supplement</i>)	Régression linéaire Modèles logit généralisés
Latvala et al., 2009, Finlande	Quantitatif Transversal (2 groupes)	Probabiliste, aléatoire	466 (58 groupe TUS ; 408 groupe contrôle)	Âge moyen : 29,3 ans groupe TUS ; 27,9 ans contrôle Échantillon populationnel (<i>Mental Health in Early Adulthood in Finland</i>)	Chi-carré Test t Régressions linéaires simple et multiple
Luczak et al., 2015, Île Maurice	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, cohorte de naissance	1 107	Âge moyen : 11 ans au premier temps 55 % hommes 72 % d'origine indienne Échantillon populationnel (<i>Joint Child Health Project</i>)	Régression logistique Régression négative binomiale à expansion de zéros (ZINB)
Müller et al., 2013, Suisse	Quantitatif Transversal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	49 444	Âge moyen : 18-22 ans 100 % hommes (conscription)	Test t ANOVA Régressions logistiques multinomiales
Pluck et al., 2012, Royaume-Uni	Quantitatif Transversal (2 groupes)	Non probabiliste, de convenance	44 (22 pour le groupe avec historique d'abus de substances chronique - test ; 22 pour le groupe contrôle)	Âge moyen : 38,8 ans 63 % hommes dans chaque groupe Groupe test en centre de traitement	Chi-carré Test t Corrélations ANOVA

* Deux études menées séparément dans un seul article (deux sections Méthodes) - étude comparative

Consommation de substances chez les personnes douées

Source, date, lieu	Devis de recherche	Méthode d'échantillonnage	Taille de l'échantillon	Caractéristiques de l'échantillon	Analyses statistiques
Rogne et al., 2021, Norvège	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, par grappes et de convenance	1 126	Âge moyen : 14 ans au premier temps 100 % hommes (conscription) Populationnel (<i>Young in Norway panel study</i>)	Régressions par méthode des moindres carrés
Sjölund et al., 2012, Suède	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	44 136	Âge moyen : 18-20 ans au premier temps 100 % hommes (conscription)	Régression, modèle des risques proportionnels de Cox
Sjölund, Hemmingsson et Allebeck, 2015, Suède	Quantitatif Transversal (1 groupe) et longitudinal (sous-groupe)	Non probabiliste, de convenance	49 321 (146 sous-groupe analyse longitudinale)	Âge moyen : 18-20 ans au premier temps 100 % hommes nés entre 1949 et 1951 (conscription)	Proportions de prévalence Régressions multinomiales univariée et bivariée Analyses de sensibilité
Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015, Suède	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, cohortes de naissance	21 809	Âge moyen : 13 ans au premier temps Personnes nées en 1948 et en 1953 Populationnel (base de données UGU)	Régression, modèle des risques proportionnels de Cox Analyses stratifiées Méthode bootstrap (estimation excès de risque)
Weiser et al., 2010, Israël	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Non probabiliste, de convenance	20 221, dont 70 paires de frères dont l'un est fumeur, l'autre non	Âge moyen : 16-17 ans au premier temps 100 % hommes (conscription)	Tests t ANCOVA
White et Batty, 2012, Royaume-Uni	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, cohorte de naissance	7 946	Âge moyen : 5 ans au premier temps Personnes nées en Angleterre, en Écosse ou au Pays de Galles dans la semaine du 5 avril 1970 Populationnel (<i>1970 British Cohort Study</i>)	Chi-carré Analyse de variance Régression logistique multinomiale Analyses de sensibilité
Wraw et al., 2018, États-Unis	Quantitatif Longitudinal (1 groupe)	Probabiliste, cohorte de naissance	5 347	Âge moyen : 15-23 ans au premier temps 52 % femmes nées entre 1957 et 1964 Populationnel (<i>National Longitudinal Survey of Youth 1979</i>)	Chi-carré Régression linéaire Régressions binomiale et multinomiale

Caractéristiques et mesures des concepts

Le Tableau 2 affiche les caractéristiques et les méthodes de mesure des variables liées aux concepts inclus dans cette étude de portée : (1) le haut potentiel intellectuel (HPI) / douance intellectuelle ; (2) la double exceptionnalité (2e) ; (3) la consommation de SPA, incluant les TUS.

TABLEAU 2 – Caractéristiques des concepts à l'étude

Source, date, lieu	Définition et outils de mesure des aptitudes cognitives	Définition et outils de mesure de la consommation de SPA	Mesures relatives à la 2e	Mesure des problèmes de santé mentale (PSM)
Acker et al., 2012, États-Unis	Terme : « intelligence » – définie par le QI Pas de seuil critique pour désigner le HPI Outil : <i>Shipley Institute of Living Scale</i> (SILS)	Alcool Usage (nombre consommations par semaine dans le dernier mois), envie subjective et consommation excessive Questionnaires autorapportés – <i>Penn Alcohol Craving Scale</i> (PACS) et <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT)	Non	Non
Antshel et al., 2009, États-Unis	Terme : « <i>high IQ</i> » – seuil de QI égal ou supérieur à 120 pour désigner le HPI Outil : <i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i> (WAIS-III), sous-tests Vocabulaire et Blocs $r = 0.90$ avec QI global	Alcool, drogues (non spécifiées), tabac Critères du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> (DSM-IV) pour le trouble d'abus de substances (TUS) <i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV	Oui (diagnostic de TDAH et interaction avec le QI) <i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV ; <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiologic Version</i> pour le DSM-IV	Oui, mais pas de lien étudié entre QI et PSM <i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV ; <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiologic Version</i> pour le DSM-IV
Bihlar Muld et al., 2013, Suède	Terme : « <i>general cognitive ability</i> » – définie par le QI Pas de seuil pour désigner le HPI Outil : <i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i> (WAIS-III)	Alcool, drogues (héroïne, amphétamines, cocaïne, cannabis, GHB, benzodiazépines, opiacées, solvants, autres) Consommation chez des personnes ayant un TUS (critères du DSM-IV) en traitement obligatoire, substance préférée Entrevues semi-structurées menées par le personnel soignant – informations prises de la base de données DOK <i>Pas d'information sur la validation empirique</i>	Oui, lien étudié entre QI et FE Évaluation du TDAH : Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV (participants et proches) ; Questionnaires - <i>Wender Utah Rating Scale</i> (WURS) et <i>Brown ADD scale</i> (participants et proches) ; Registres d'institutions psychiatriques Fonctions exécutives : WAIS-III, sous-échelles Vitesse de traitement et Mémoire de travail	Oui, lien étudié entre QI et PSM Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV (participants et proches) ; Registres d'institutions psychiatriques

Consommation de substances chez les personnes douées

Buchy et al., 2015, Canada et États-Unis	<p>Terme : « IQ »</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence</i> (WASI) – sous-échelles Vocabulaire et Blocs</p>	<p>Drogues (cannabis)</p> <p>Déjà consommé (oui/non), âge de début de la consommation, fréquence de consommation dans le dernier mois</p> <p>Entrevues structurées – questionnaire fondé sur les écrits scientifiques, <i>Alcohol Use Scale</i> (AUS) et <i>Drug Use Scale</i> (DUS)</p>	Non	<p>Oui, lien étudié entre QI et PSM</p> <p><i>Structured Interview for Prodromal-Risk Syndromes</i> (SIPS); <i>Scale of Prodromal Symptoms</i> (SOPS); <i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV</p>
Christoffersen et al., 2021, Danemark	<p>Terme : « intelligence » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Børge Priens Prøve</i> (BPP)</p> <p>$r = 0.82$ avec le QI global du WAIS</p>	<p>Alcool</p> <p>Âge au début de la consommation problématique, âge première inscription en clinique externe, âge premier diagnostic de TUA selon la <i>Classification internationale des maladies</i> (CIM)</p> <p>Registre national – <i>Danish Psychiatric Central Register</i></p>	Non	Non
Clouston et al., 2015, États-Unis et Royaume-Uni	<p>Terme : « <i>general cognitive ability</i> » – définie par un score similaire au QI (écart-type)</p> <p>Pas de seuil pour désigner le HPI</p> <p>Outils :</p> <p>É.-U.-1939 : <i>Henmon-Nelson test</i>;</p> <p>R.-U.-1946 : <i>Alice Heim-4 test</i>;</p> <p>R.-U.-1958 : Échelles de lecture et d'arithmétique</p> <p>$r = 0.80$ avec aptitudes cognitives générales</p>	<p>Alcool, tabac</p> <p>Consommation excessive d'alcool (plus de 3 consommations/jour pour les hommes, 2 pour les femmes), usage du tabac (oui/non)</p> <p>Questionnaires autorapportés</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	Non
Davies et al., 2019, Royaume-Uni	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (écart-type) et par les polymorphismes nucléotidiques simples (PNS) utilisés dans les analyses mendéliennes</p> <p>Pas de seuil pour désigner le HPI</p> <p>Outil : Test de raisonnement verbal et numérique</p> <p><i>Aucune autre information disponible</i></p>	<p>Alcool, tabac</p> <p>Consommation d'alcool sur une échelle de 0 à 5, déjà consommé du tabac (oui/non), consomme actuellement du tabac (oui/non)</p> <p>Questionnaire autorapporté</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre intelligence et PSM</p> <p>Visite d'un médecin généraliste en raison d'une dépression (oui/non)</p>

Consommation de substances chez les personnes douées

Degerud et al., 2017, Norvège	<p>Terme : « <i>general cognitive ability</i> » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Seuil pour le HPI : stanine 7 et plus</p> <p>Outil : Batterie de tests pour la conscription en Norvège – arithmétique, similitudes verbales, matrices</p> <p><i>r = 0.73 avec le QI global du WAIS</i></p>	<p>Alcool</p> <p>Consommation (oui/non) – si oui, nombre de jours par mois, nombre de consommations (en deux semaines et en une seule occasion), hyperalcoolisation rapide (au moins 5 par occasion, au moins une fois par mois)</p> <p>Questionnaires autorapportés provenant du <i>Cohort of Norway, Norwegian Institute of Public Health</i></p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	<p>Oui, lien étudié entre aptitudes cognitives générales et PSM</p> <p><i>Cohort of Norway Mental Health Index (CONOR-MHI)</i></p>
Dick et al., 2007, États-Unis	<p>Terme : « intelligence » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R)</i></p>	<p>Alcool</p> <p>Dépendance selon les critères diagnostiques du DSM-III-R</p> <p>Entrevue <i>Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA)</i> et critères du DSM – algorithmes</p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et PSM</p> <p><i>Entrevue Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA)</i> et critères du DSM – algorithmes</p>
Gale et al., 2010, Suède	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests pour la conscription en Suède – verbal, logique, spatial, technique</p>	<p>Alcool, drogues (non spécifiées)</p> <p>Risque d'hospitalisation pour TUS (critères diagnostiques de la CIM)</p> <p>Entrevue structurée menée par un-e psychologue lors de la conscription</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p> <p>Registre national (<i>Swedish National Hospital Discharge Register</i>)</p>	Non	<p>Oui, lien étudié entre QI et PSM</p> <p>Entrevue structurée menée par un-e psychologue lors de la conscription</p> <p>Pas d'information sur la validation empirique</p> <p>Registre national (Swedish National Hospital Discharge Register)</p>
Isen et al., 2021, États-Unis	<p>Terme : « intelligence » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outils : <i>Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R)</i> ou <i>Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-R)</i>, sous-tests Vocabulaires, Information, Blocs et Complétion d'image</p> <p><i>L'un ou l'autre selon l'âge de la personne participante</i></p>	<p>Alcool, tabac</p> <p>Hyperalcoolisation rapide (plus grand nombre de consommations d'alcool en 24 heures) et fréquence/quantité dans la dernière année, usage du tabac (oui/non)</p> <p>Entrevues structurées : <i>Composite International Diagnostic Interview- Substance Abuse Module (CIDI-SAM)</i> et <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised</i></p>	Non	Non

Consommation de substances chez les personnes douées

Johnson et al., 2009, États-Unis	<p>Terme : « IQ »</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Version abrégée du <i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i> (WAIS)</p> <p>$r = 0.90$ avec <i>QI global</i></p>	<p>Alcool, tabac</p> <p>Mesures composées de l'usage (fréquence/quantité moyenne pour l'alcool et le tabac, nombre maximal de consommations d'alcool en 24 heures, symptômes de dépendance aux substances selon les critères du DSM-III-R)</p> <p>Entrevues structurées élaborées et validées par accord inter-juges</p>	Non	Non
Kanazawa et Hellberg, 2010, Royaume-Uni et États-Unis*	<p>Terme : « intelligence »</p> <p>Étude R.-U. :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définie selon le QI Pas de seuil pour le HPI Outil : Batterie de tests – arithmétique, matrices, aptitudes verbales et non verbales <p>Étude É.-U. :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définie selon le QI verbal Pas de seuil pour le HPI Outil : Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) 	<p>Alcool, drogues, tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> Étude R.-U., drogues : cannabis, ecstasy, amphétamines, LSD, amyl nitrate, psilocybine, cocaïne, temazepam, kétamine, crack, héroïne, méthadone Étude É.-U., drogues : cannabis, cocaïne, LSD, crystal meth, héroïne <p>Quantité et fréquence de consommation</p> <p>Questionnaires autorapportés</p> <p><i>Validés par analyses factorielles dans les deux études</i></p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre intelligence et PSM</p> <p>Étude R.-U. : Item de questionnaire, présence de diagnostic de dépression</p> <p>Étude É.-U. : Items de questionnaire – satisfaction de vie, prise d'antidépresseurs dans les 12 derniers mois, besoin de soins de santé mentale dans les 12 derniers mois</p>
Keyes et al., 2017, États-Unis	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score de QI non verbal (intelligence fluide)</p> <p>Seuil pour le HPI : supérieur à 115</p> <p>Outil : <i>Kaufman Brief Intelligence Test</i> (K-BIT), sous-test Matrices</p>	<p>Alcool, drogues (non spécifiées)</p> <p>Âge du diagnostic de TUS selon les critères diagnostiques du DSM-IV, sévérité du trouble</p> <p>Version pour adolescent-es du <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI) (entrevue structurée), <i>Sheehan Disability Scales</i> (autorapporté)</p>	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre intelligence et FE</p> <p>Symptômes de TDAH rapportés par les parents - <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI) (entrevue structurée)</p>	<p>Oui, lien étudié entre intelligence et PSM</p> <p>Version pour adolescent-es du <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI) (entrevue structurée), <i>Sheehan Disability Scales</i> (autorapporté)</p>
Latvala et al., 2009, Finlande	<p>Terme : « <i>general cognitive ability</i> » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i> (WAIS-R)</p>	<p>Alcool, drogues (non spécifiées)</p> <p><i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV-TR (incluant le <i>Global Assessment of Functioning</i> et le <i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>)</p>	<p>Oui, lien étudié entre QI et FE (seulement problèmes d'attention à l'enfance, autorapportés)</p> <p><i>Trail Making Test</i> (TMT); <i>Wechsler Memory Scale-Revised</i> (WMS-R); WAIS-III, mémoire de travail verbale; <i>California Verbal Learning Test</i> (CVLT)</p>	<p>Oui, lien étudié entre QI et PSM</p> <p><i>Structured Clinical Interview</i> pour le DSM-IV-TR (incluant le <i>Global Assessment of Functioning</i> et le <i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>)</p>

* Deux études menées séparément dans un seul article (deux sections Méthodes) – étude comparative

Consommation de substances chez les personnes douées

Luczak et al., 2015, Île Maurice	<p>Terme : « <i>general cognitive ability</i> » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i> (WISC)</p>	<p>Alcool</p> <p>Abstinence, consommation récréative et problématique au cours de la vie</p> <p>Structured Clinical Interview pour le DSM-IV</p>	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et FE</p> <p><i>Trail Making Test</i> (TMT)</p>	Non
Müller et al., 2013, Suisse	<p>Terme : « intelligence » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Test T-95</p>	<p>Alcool</p> <p>Abstinence, Fréquence de consommation (de rare à quotidienne)</p> <p>Questionnaire autorapporté</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et PSM</p> <p>Questionnaire de dépistage psychiatrique, critères de la CIM-10; <i>Symptom Checklist-90-R</i> (SCL-90-R)</p>
Pluck et al., 2012, Royaume-Uni	<p>Terme : « IQ » – défini par le QI verbal avant le diagnostic de TUS et par le QI global après son évaluation</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wechsler Test of Adult Reading</i> (WTAR) au premier temps de l'étude • <i>Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence</i> (WASI) au second temps 	<p>Drogues (héroïne, morphine)</p> <p>Personnes avec un TUS selon les critères diagnostiques du DSM-IV – en traitement</p> <p>Entrevue structurée de dépistage selon les critères du DSM-IV</p>	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et FE</p> <p><i>Frontal Systems Behavior Scale</i> (FrSBe) – autorapporté</p>	Non
Rogne et al., 2021, Norvège	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests pour la conscription en Norvège – arithmétique, similitudes verbales, matrices</p> <p>$r = 0.73$ avec le QI global du WAIS</p>	<p>Alcool</p> <p>Fréquence de consommation dans le dernier mois et d'intoxication dans la dernière année, consommation problématique</p> <p>Questionnaires autorapportés (<i>Rutgers Alcohol Problem Index</i> et AUDIT)</p>	Non	Non
Sjölund et al., 2012, Suède	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests administrée lors de la conscription en Suède – logique / aptitudes générales, perception visuospatiale, compétences techniques / mécaniques, aptitudes verbales</p>	<p>Alcool</p> <p>Première admission à l'hôpital pour un TUA (critères de la CIM-8), mortalité liée à l'alcool</p> <p><i>Registres de santé nationaux</i> (<i>National Patient Register</i> et <i>National Cause of Death Register</i>)</p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et PSM</p> <p>Entrevue structurée menée par un-e psychologue, critères de la CIM-8</p>

Consommation de substances chez les personnes douées

Sjölund, Hemmingsson et Allebeck, 2015, Suède	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests administrée lors de la conscription en Suède – logique / aptitudes générales, perception visuospatiale, compétences techniques / mécaniques, aptitudes verbales</p>	<p>Alcool (bière, vin, spiritueux)</p> <p>Type d'alcool préféré, quantité/ fréquence de consommation</p> <p>Questionnaire autorapporté lors de la conscription</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p> <p>Registres nationaux (<i>National Censuses of 1960</i> et <i>Swedish Survey of Living Conditions</i>)</p>	Non	<p>Oui, mais pas de lien étudié entre QI et PSM</p> <p>Évaluation formelle du fonctionnement psychologique et consultation avec un-e psychiatre</p>
Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015, Suède	<p>Terme : « intelligence » – définie par un score similaire au QI (stanines)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests d'aptitudes cognitives administrée à l'école – verbal, spatial, inductif</p> <p><i>r = 0.78 avec la batterie de tests pour la conscription en Suède</i></p>	<p>Alcool</p> <p>Hospitalisation liée à l'alcool (excès, dépendance), mortalité liée à l'alcool</p> <p>Registres de santé nationaux (<i>National Patient Register</i> et <i>National Cause of Death Register</i>)</p>	Non	Non
Weiser et al., 2010, Israël	<p>Terme : « intelligence » – définie par le QI</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : Batterie de tests administrée lors de la conscription – verbal, analogies, arithmétique, matrices</p> <p><i>Versions modifiées de tests reconnus – Otis, WISC, Matrices de Raven</i></p>	<p>Tabac</p> <p>Usage (oui/non) – si oui, nombre moyen de cigarettes par jour</p> <p>Entrevue structurée menée par une personne infirmière lors de la conscription</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	Non
White et Batty, 2012, Royaume-Uni	<p>Terme : « IQ »</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batterie de tests au premier temps – <i>Human Figure Drawing, Copying Designs, English Picture Vocabulary, Profile</i> • Version modifiée du <i>British Ability Scales</i> au second temps 	<p>Drogues (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy)</p> <p>Usage de chacune des drogues mentionnées (oui/non)</p> <p>Questionnaires autorapportés</p> <p><i>Pas d'information sur la validation empirique</i></p>	Non	Non
Wraw et al., 2018, États-Unis	<p>Terme : « intelligence » – définie par le score <i>Armed Forces Qualification Test</i> (AFQT), similaire au QI (score z)</p> <p>Pas de seuil pour le HPI</p> <p>Outil : <i>Armed Services Vocational Aptitude Battery</i> (ASVAB)</p>	<p>Alcool, tabac</p> <p>Usage d'alcool dans le dernier mois (oui/non) – si oui, combien de jours et de consommations par jour, hyperalcoolisation rapide (6 consommations ou plus en une seule occasion), usage du tabac (oui/non) – si oui, nombre moyen de cigarettes par jour</p> <p>Questionnaires autorapportés du NLSY79</p>	Non	Non

Tout d'abord, aucune étude recensée n'a examiné d'autres composantes de la douance que les aptitudes cognitives (Renzulli, 2016). Pour définir le potentiel intellectuel, les études utilisent des termes tels que «intelligence» ($n = 15$), «*general cognitive ability*» (aptitudes cognitives générales) ($n = 5$) et «IQ» (QI) ($n = 5$). Toutes les études utilisent un score distribué selon une courbe gaussienne pour l'opérationnaliser, soit le QI ou un équivalent (Gottfredson, 2009), obtenu par l'évaluation psychométrique d'au moins une aptitude cognitive. Seules trois études ont établi des seuils pour identifier le HPI chez les personnes participantes, soit : (1) un score de QI de 120 ou plus (Antshel et al., 2009) ; (2) un score de QI supérieur à 115 (Keyes et al., 2017) ; (3) une stanine de 7 ou plus, ce qui équivaut à un score de QI de 111 et plus (Degerud et al., 2017). Les outils utilisés pour mesurer les aptitudes cognitives sont nombreux : six études en ont employé deux ou plus (Clouston et al., 2015 ; Isen et al., 2021 ; Kanazawa et Hellberg, 2010 ; Pluck et al., 2012 ; Weiser et al., 2010 ; White et Batty, 2012), et 23 tests différents ont été utilisés dans le cadre des 25 études sélectionnées. Les échelles d'intelligence de Wechsler sont les outils de mesure les plus fréquemment utilisés ($n = 12$ études), comme c'est le cas dans la recherche et la pratique en général (Niileksela et Reynolds, 2019 ; Pereira Da Costa, 2019), notamment dans les contextes occidentaux.

En ce qui concerne la 2e, six études ont examiné des conditions s'y apparentant, incluant les FE. Cependant, seules trois de ces études ont examiné le lien entre les aptitudes cognitives et ces conditions. Alors qu'une étude (Antshel et al., 2009) a examiné la combinaison du HPI et du TDAH, une autre (Bihlar Muld et al., 2013) a examiné le lien entre le QI et les FE (vitesse de traitement et mémoire de travail) chez des personnes ayant un TDAH. Dans l'étude de Latvala et al. (2009), seul le lien entre les aptitudes cognitives générales et les problèmes d'attention à l'enfance a été examiné.

Au sujet des SPA, un total de 21 études se sont intéressées à l'alcool, huit au tabac et neuf aux autres drogues. Sur l'ensemble, 11 études ont inclus plus d'une de ces catégories de SPA. Le même nombre se sont concentrées sur les symptômes des TUS selon les critères diagnostics du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) ($n = 8$) ou de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM) ($n = 3$), tandis que 14 études ont inclus des mesures de consommation récréative et à risque. Pour mesurer la consommation de SPA, les méthodes utilisées sont des entretiens structurés ou semi-structurés ($n = 12$ études), des questionnaires auto rapportés ($n = 11$, dont deux ayant été validés empiriquement) et des données de registres nationaux ($n = 5$). Trois études ont utilisé plus d'une de ces méthodes (Gale et al., 2010 ; Keyes et al., 2017 ; Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015). Parmi les 11 outils spécifiés dans les études, les plus utilisés sont le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID) ($n = 3$), le *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ($n = 2$) et le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) ($n = 2$).

Liens entre le HPI et la consommation de SPA

Parmi les 25 études compilées, les résultats sont partagés au sujet du lien entre le HPI et la consommation de SPA. Alors que 10 études indiquent que le fait de présenter des aptitudes cognitives élevées jouerait un rôle protecteur vis-à-vis la consommation de SPA (Christoffersen et al., 2021 ;

Dick et al., 2007 ; Gale et al., 2010 ; Isen et al., 2021 ; Keyes et al., 2017 ; Latvala et al., 2009 ; Sjölund et al., 2012 ; Sjölund, Hemmingsson et Allebeck, 2015 ; Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015 ; Weiser et al., 2010), 5 études rapportent que le HPI agirait comme un facteur de risque à l'égard de cette consommation (Clouston et al., 2015 ; Davies et al., 2019 ; Degerud et al., 2017 ; Johnson et al., 2009 ; White et Batty, 2012). Six études suggèrent que le HPI serait à la fois un facteur de protection et un facteur de risque pour la consommation de SPA (Acker et al., 2012 ; Buchy et al., 2015 ; Kanazawa et Hellberg, 2010 ; Luczak et al., 2015 ; Müller et al., 2013 ; Wraw et al., 2018). Enfin, quatre études ne rapportent aucun lien significatif entre le potentiel intellectuel et la consommation de SPA (Antshel et al., 2009 ; Bihlar Muld et al., 2013 ; Pluck et al., 2012 ; Rogne et al., 2021).

Concernant la consommation spécifique d'alcool, certaines études indiquent qu'un potentiel intellectuel plus élevé pourrait être associé à une réduction de la quantité et la fréquence de consommation chez une personne ($n = 3$) (Acker et al., 2012 ; Isen et al., 2021 ; Sjölund, Hemmingsson et Allebeck, 2015), alors que d'autres suggèrent le contraire ($n = 5$) (Davies et al., 2019 ; Degerud et al., 2017 ; Johnson et al., 2009 ; Kanazawa et Hellberg, 2010 ; Wraw et al., 2018). Il en est de même pour le degré de sévérité de la consommation : un potentiel intellectuel plus élevé serait autant associé à une réduction ($n = 4$) (Acker et al., 2012 ; Keyes et al., 2017 ; Sjölund, Hemmingsson et Allebeck, 2015 ; Wraw et al., 2018) qu'à une augmentation de la consommation excessive d'alcool ($n = 2$) (Clouston et al., 2015 ; Degerud et al., 2017). Alors qu'une étude indique qu'un potentiel intellectuel élevé pourrait retarder l'âge d'une consommation problématique ainsi que le diagnostic d'un TUA (Christoffersen et al., 2021), une autre expose la diminution potentielle du risque d'hospitalisation liée à un TUA (Gale et al., 2010).

Une association non linéaire entre les aptitudes cognitives et la consommation d'alcool est documentée dans deux études. Chez les personnes au QI élevé, l'abstinence, tout comme la consommation quotidienne, seraient moindres (Müller et al., 2013 ; Wraw et al., 2018). Toutefois, entre ces deux pôles, plus le QI est élevé, plus la fréquence de consommation pourrait augmenter (Müller et al., 2013 ; Wraw et al., 2018). Deux autres études suggèrent aussi qu'un QI plus élevé est associé à moins d'abstinence (Acker et al., 2012 ; Luczak et al., 2015). Finalement, la dépendance à l'alcool et les symptômes de TUA seraient négativement associés au potentiel intellectuel selon deux études (Dick et al., 2007 ; Luczak et al., 2015), particulièrement chez les femmes (Luczak et al., 2015). En plus de la consommation excessive d'alcool, deux études ont étudié le lien entre les aptitudes cognitives et l'hyperalcoolisation rapide (*binge drinking*) (Degerud et al., 2017 ; Wraw et al., 2018). Chez les personnes aux aptitudes cognitives plus élevées, Degerud et al. (2017) rapportent plus d'hyperalcoolisation rapide tandis que Wraw et al. (2018) en rapportent moins.

Concernant l'usage du **tabac**, deux études établissent que plus le potentiel intellectuel d'une personne est élevé, moins elle en consommerait (Weiser et al., 2010 ; Wraw et al., 2018), alors que trois études indiquent qu'elle en consommerait davantage (Clouston et al., 2015 ; Degerud et al., 2017 ; Johnson et al., 2009). À noter que l'étude de Kanazawa et Hellberg (2010) indique aussi des résultats contradictoires. À titre d'exemple, une distinction est observée dans le lien entre l'intelligence et la consommation de tabac en fonction du lieu de provenance des personnes participantes :

aux États-Unis, les personnes au QI plus élevé présentaient une plus grande consommation de tabac, alors qu'au Royaume-Uni, elles présentaient une consommation moindre. Une étude suggère toutefois qu'une augmentation d'un écart-type du score de QI réduirait de 4,9 % le risque de consommer du tabac (Davies et al., 2019). Enfin, deux études n'établissent aucune corrélation significative entre le potentiel intellectuel et l'usage du tabac (Antshel et al., 2009 ; Isen et al., 2021).

Concernant les **drogues illégales**, deux études recensées rapportent que les personnes au QI plus élevé, particulièrement les femmes (White et Batty, 2012), auraient davantage tendance à en essayer une ou plusieurs au cours de leur vie (cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, nitrate d'amyle, psilocybine, témazépam, kétamine, crack, héroïne, méthadone) (Buchy et al., 2015 ; White et Batty, 2012). L'étude de Kanazawa et Hellberg (2010) présente cette même association chez les personnes participantes du Royaume-Uni, tous genres confondus, en plus de suggérer une fréquence de consommation plus élevée. Chez celles des États-Unis, les résultats suggèrent toutefois que le QI ne serait pas significativement lié à la consommation de drogues (Kanazawa et Hellberg, 2010). Le HPI d'une personne pourrait toutefois jouer un rôle protecteur à l'égard d'une consommation précoce ou excessive de drogues. En effet, selon une étude réalisée auprès de 678 personnes à haut risque de psychose, si les personnes présentant un QI plus élevé étaient plus nombreuses à consommer du cannabis, le début de leur consommation était plus tardif (Buchy et al., 2015). Plusieurs études ($n = 5$) montrent aussi que le HPI est associé non seulement à moins de diagnostics de TUS (Keyes et al., 2017 ; Latvala et al., 2009), mais aussi à moins d'hospitalisations liées au TUS (Gale et al., 2010 ; Sjölund et al., 2012 ; Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015).

Enfin, il est à noter que les femmes HPI semblaient par moments se distinguer par rapport aux hommes HPI, en faisant preuve de plus d'exploration relativement à la consommation de drogues illégales et de moins de consommation problématique de SPA (Luczak et al., 2015 ; White et Batty, 2012), ce qui est appuyé par d'autres recherches (par ex. Gallagher, 2022).

Liens entre la double exceptionnalité et la consommation de SPA

Les résultats d'Antshel et al. (2009) suggèrent d'abord l'absence de différence significative entre les personnes HPI et les personnes 2e (HPI et TDAH) en ce qui concerne la consommation excessive de SPA. Les personnes 2e présenteraient toutefois plus de facteurs de risque pour le développement d'un TUS : un faible statut socio-économique, une humeur dépressive et de l'isolement social (Antshel et al., 2009). Deux autres études indiquent des résultats non significatifs concernant la relation entre les FE (vitesse de traitement, mémoire de travail, problèmes d'attention à l'enfance) et la présence d'un TUS en considérant le potentiel intellectuel (Bihlar Muld et al., 2013 ; Latvala et al., 2009).

Discussion

Cette étude visait à explorer le lien entre la douance intellectuelle, la 2e et la consommation de SPA. À notre connaissance, il s'agit de la première revue de la portée traitant spécifiquement de la consommation de SPA chez les personnes douées intellectuellement. Bien que des résultats soient mitigés ou contradictoires, certains constats et réflexions ont pu être dégagés.

Liens entre la douance intellectuelle et la consommation de SPA

Il est difficile d'établir clairement un lien entre la consommation de SPA et la douance intellectuelle : les trois seules études ayant établi un seuil critique pour définir le HPI présentent des résultats partagés (Antshel et al., 2009; Degerud et al., 2017; Keyes et al., 2017). Ces seuils diffèrent entre eux (Tableau 2), en plus d'être moins élevés que celui généralement utilisé dans l'évaluation de la douance intellectuelle au Québec, soit un score de QI de 130 (deux écarts-types au-dessus de la moyenne; Bégin-Auclair, 2021). Cette variabilité apparaît représentative de l'hétérogénéité des définitions et des méthodes d'évaluation de la douance, au Canada comme ailleurs (Pereira Da Costa, 2019).

Sans égard au seuil clinique de la douance, l'association non linéaire relevée par deux études entre les aptitudes cognitives et la fréquence de consommation d'alcool suggère que, bien qu'un HPI pourrait augmenter la fréquence de consommation, celle-ci resterait modérée (Müller et al., 2013; Wraw et al., 2018). Par ailleurs, si l'abstinence à l'alcool et aux drogues semble moins fréquente chez les personnes aux aptitudes cognitives plus élevées, l'abstinence au tabac le serait davantage (Davies et al., 2019).

D'une part, le trait d'ouverture à l'expérience, qui serait plus important chez les personnes douées (Ogurlu et Özbey, 2022) et qui serait lié à l'usage de SPA (Novais et Pombo, 2015), pourrait expliquer une fréquence de consommation plus élevée chez ces personnes. Il en est de même pour les phénomènes d'assynchronie et d'hyperréactivité expérimentés par plusieurs personnes douées (Karpinski et al., 2018; Rinn et Majority, 2018). D'autre part, la nature modérée de la consommation des personnes douées intellectuellement pourrait s'expliquer par les liens observés entre les aptitudes cognitives élevées et la prise en compte de la littératie en matière de santé, au même titre qu'elles contribueraient à des habitudes de vie plus saines (Wraw et al., 2018).

Concernant l'hyperalcoolisation rapide, les résultats sont également partagés (Degerud et al., 2017; Wraw et al., 2018). Les façons multiples de définir l'hyperalcoolisation rapide et de mesurer les aptitudes cognitives pourraient expliquer ces résultats (Tableau 2). Il en est de même pour la composition de l'échantillon, l'une d'elles n'incluant que des hommes (Degerud et al., 2017). Quant à la fréquence de consommation d'autres SPA, les données ne permettent pas non plus de déterminer un lien évident avec le HPI, car une seule des neuf études traitant de ce sujet rapporte des résultats significatifs (Kanazawa et Hellberg, 2010).

Les données recensées apparaissent plus homogènes lorsqu'il est question de consommation problématique de SPA. En effet, les résultats pointent tous vers une prévalence moins élevée de TUS parmi les personnes aux aptitudes cognitives plus élevées (Dick et al., 2007; Keyes et al., 2017; Latvala et al., 2009; Luczak et al., 2015). De plus, la consommation problématique d'alcool et le développement d'un TUA chez ces personnes pourraient être plus tardifs (Christoffersen et al., 2021). Par ailleurs, des études indiquent qu'un QI plus élevé serait lié à moins d'hospitalisations en raison d'un TUS ou d'un TUA (Gale et al., 2010; Sjölund et al., 2012; Sjölund, Hemmingsson, Gustafsson et al., 2015). En considérant ces associations, la douance intellectuelle pourrait possiblement jouer un rôle protecteur par rapport au développement d'une consommation problématique de SPA à un jeune âge. Toutefois, comme les études ont étudié le potentiel intellectuel plutôt que la douance intellectuelle, le nombre de personnes réellement douées parmi les échantillons est possiblement moindre.

Double exceptionnalité

Il s'avère actuellement impossible de déterminer clairement le rôle potentiel de la 2e dans la consommation de SPA. Dans les études recensées, l'absence de lien significatif entre les FE et la consommation excessive de SPA ainsi que la présence d'un TUS, peu importe le niveau d'aptitudes cognitives générales (Antshel et al., 2009; Bihlar Muld et al., 2013; Latvala et al., 2009), portent à croire que la 2e combinant HPI et difficultés entourant les FE pourrait ne pas jouer de rôle direct dans la consommation à risque ou problématique de SPA.

Cela dit, rappelons que les résultats d'Antshel et al. (2009) suggèrent que les personnes 2e seraient plus à risque de développer un TUS comparativement aux personnes uniquement HPI, mais en raison d'autres variables (faible statut socio-économique, humeur dépressive, isolement social). La défavorisation matérielle et sociale semble effectivement pouvoir mener à des problèmes de santé physique et mentale chez les personnes HPI, incluant la dépendance à l'alcool et aux SPA (Ambrose, 2013). En outre, particulièrement chez les personnes 2e, les contextes neuronormatifs inhérents à la vie en société, ainsi que le stress minoritaire qui en découle, peut considérablement affecter leur bien-être (Baudson et Zimes, 2016; Botha et Frost, 2020) et possiblement contribuer à leur consommation de SPA. Cependant, l'accès de ces personnes à des services en dépendance pourrait être complexifié par des environnements et des approches d'intervention peu informés par la neurodiversité (Bolton, 2023; Hallett et Kerr, 2020).

L'étude de Buchy et al. (2015) suggère que parmi les personnes participantes présentant des symptômes prodromiques de psychose, celles qui consommaient du cannabis détenaient un QI plus élevé que celles qui n'en consommaient pas au moment de l'étude ou qui n'en avaient jamais consommé. Il est possible d'avancer que l'hyperréactivité des personnes douées intellectuellement ou encore leur propension à user de stratégies de camouflage puissent inciter celles qui sont en voie à une psychose à consommer dans une visée d'autorégulation cognitive, émotionnelle ou sensorielle (Rosqvist et al., 2020).

Limites des études recensées et de la revue de la portée

Une première limite des études concerne la conceptualisation et la mesure de la douance intellectuelle (Carman, 2013). Parmi les 25 études recensées, outre les aptitudes intellectuelles des personnes participantes, aucune ne considérait d'autres composantes de la douance, comme celles de l'engagement et de la créativité proposées par Renzulli (2002; 2016). Si seulement trois études ont établi des seuils pour identifier le HPI (Antshel et al., 2009; Degerud et al., 2017; Keyes et al., 2017), ces seuils varient d'une étude à l'autre. De plus, le potentiel intellectuel est opérationnalisé comme une variable continue dans 22 études sur 25, complexifiant l'identification de données spécifiques aux personnes douées intellectuellement, dans la mesure où la douance est conceptualisée en fonction d'un seuil clinique. Cela dit, un total de 23 tests a été utilisé pour mesurer l'intelligence parmi les études recensées.

À ce sujet, en raison d'écart importants observés dans les sous-échelles d'intelligence chez les personnes douées (Lang et al., 2019), l'abaissement du seuil critique pour la douance intellectuelle est proposé par plusieurs personnes œuvrant en recherche, psychologues et neuropsychologues (Bégin-Auclair, 2021; Lang et al., 2019). Or, l'utilisation d'un seuil en deçà du seuil habituel de 130 de QI pourrait augmenter le risque de faux positifs, ayant comme conséquence potentielle d'associer à tort des enjeux relatifs à la douance intellectuelle ou de nuire à la pertinence des interventions (Bégin-Auclair, 2021).

Une deuxième limite importante concerne la grande variabilité des mesures observée pour la consommation de SPA (Tableau 2) et pouvant expliquer les résultats mitigés parmi les études recensées. En effet, un total de 11 outils différents a été utilisé pour mesurer la consommation de SPA, sans compter les questionnaires autorapportés pour lesquels aucune information sur la validité empirique n'était disponible. Pour l'évaluation des TUS, différentes versions du DSM et de la CIM ont été utilisées, reflétant l'hétérogénéité des définitions utilisées (Nathan et al., 2016).

D'importants biais d'échantillonnage sont également présents dans les études recensées, dont la surreprésentation d'hommes au sein d'études menées dans des contextes particuliers comme les conscriptions militaires et la psychiatrie. Par conséquent, toute généralisation sur la consommation des personnes douées intellectuellement doit être formulée avec grande réserve. De plus, aucune étude comportant un devis qualitatif n'a été recensée, ce qui limite les possibilités d'explorer en profondeur le vécu des personnes douées ou 2e par rapport à leur consommation de SPA. Il importe aussi de souligner que plusieurs études recensées semblent conceptualiser la douance intellectuelle, et plus particulièrement les conditions relatives à la 2e, selon le modèle médical du handicap, pouvant ainsi contribuer à perpétuer des injustices épistémiques chez les personnes neurominorisées (Chapman et Botha, 2022; Chapman et Carel, 2022). Il convient toutefois de relever que la prépondérance de cette perspective ainsi que l'absence de données qualitatives dans les articles recensés découlent, au moins en partie, des critères de sélection définis dans le cadre de cette revue de la portée. À titre illustratif, le critère exigeant l'évaluation d'au moins une aptitude cognitive à l'aide de tests standardisés réduit la probabilité de recenser des études qualitatives,

tout comme celle de retrouver des études abordant la consommation de SPA chez ces personnes sous une perspective différente.

Concernant cette revue de la portée, une seule personne a procédé à la sélection des études. Le fait de procéder à un accord inter-juges aurait possiblement amélioré la fiabilité du processus (Page et al., 2021). Enfin, aucun outil d'évaluation du risque de biais et de la qualité des études sélectionnées n'a été utilisé.

Implications pour la recherche et la pratique

Devant les résultats partagés de cette revue de la portée, davantage de recherche sur les habitudes de consommation des personnes douées et 2e est nécessaire. Au-delà de leurs aptitudes cognitives, il semblerait important de documenter l'influence potentielle de leurs particularités neurophysiologiques et socioémotionnelles — incluant les phénomènes d'hypersensibilité et d'hyperexcitabilité — sur leur usage de SPA. Une étude rapporte par exemple une association entre l'hyperexcitabilité de personnes HPI et leur consommation de tabac (Deligeorges et al., 2022). Il en est de même pour le stress minoritaire lié à la neuronormativité (Baudson et Ziemes, 2016) pouvant influencer leur consommation, comme c'est le cas pour d'autres populations minorisées (Botha et Frost, 2020; Cotton et al., 2024). Ces études permettraient non seulement de mieux comprendre la fonction de la consommation de ces personnes dans leur parcours de vie, mais aussi la fonction potentielle de leur HPI dans leur consommation et dans leur rétablissement.

Il semble par ailleurs important de réfléchir à la façon d'évaluer la consommation de SPA — tout comme l'intelligence — en contexte de 2e ou compte tenu des enjeux de surcharges cognitives, sensorielles et émotionnelles que les personnes douées peuvent expérimenter (Atmaca et Baloglu, 2022; Bolton, 2023). Comme d'autres populations neurodivergentes, les personnes douées, et plus particulièrement les personnes 2e, présentent des fonctionnements cognitifs, sensoriels et affectifs pouvant ne pas correspondre aux attentes neuronormatives (Rosqvist et al., 2020). En contexte de 2e et face à des environnements qui ne tiennent pas compte de leur profil neurocognitif, elles sont particulièrement enclines à se retrouver en situation de handicap (Baldwin et al., 2015). Elles peuvent alors adopter (consciemment ou non) des stratégies de camouflage et de compensation qui les mettent à risque de surcharge, d'épuisement et de dépression (Atmaca et Baloglu, 2022; Catala, 2023).

En ce sens, des approches informées par la neurodiversité et des interventions neuroaffirmatives visant à faciliter l'émancipation des personnes douées et 2e — ou autres personnes neurodivergentes — sont nécessaires (Bolton, 2023; Chapman et Botha, 2022; Mills, 2023), d'autant plus si elles rencontrent des enjeux de consommation. Sur le plan de l'évaluation, il peut par exemple être utile de procéder à une évaluation multiméthode de la consommation de SPA, notamment chez les personnes autistes (Izuno-Garcia et al., 2023). En outre, il s'avère essentiel de les aider à reconnaître leurs forces et leurs besoins, au même titre que le stress minoritaire pouvant être subi dans différentes sphères de leur vie et pouvant influencer leurs habitudes de consommation.

Au-delà de l'importance d'étudier la consommation de SPA en contexte de neurodivergence, il apparaît nécessaire de réfléchir aux approches méthodologiques privilégiées pour ce faire. Dans une perspective neuroaffirmative, il semble effectivement essentiel d'étudier la douance — et toute autre forme de neurodivergence — au-delà du fonctionnement individuel, en tenant compte des contributions environnementales, sociétales, relationnelles et collectives dans le bien-être des groupes neurominorisés (Chapman, 2021). Cette perspective écosystémique se dégage de la pathologisation de la neurodivergence et reconnaît cette dernière comme étant partie prenante de la diversité humaine (Chapman et Botha, 2022; Shaw et al., 2022). En ce sens, les recherches participatives permettant de valoriser les perspectives des personnes neurodivergentes sur des enjeux qui les concernent s'avèrent essentielles (Dark, 2024).

Relativement à certaines particularités liées à l'âge et au genre des personnes douées relevées dans certaines études, les associations entre ces variables (ex. : les normes de genre) et leur consommation de SPA gagneraient à être explorées. Il en est de même pour le camouflage pouvant être utilisé par les personnes neurodivergentes dans une visée adaptative (Cage et Troxell-Whitman, 2020), ainsi que les phénomènes d'hypersensibilité et d'hyperexcitabilité explicités précédemment. Enfin, comme les aptitudes cognitives pourraient contribuer à l'engagement dans le traitement en dépendances (Katz et al., 2005), des études qualitatives explorant le rétablissement chez les personnes douées et 2e en contexte québécois seraient pertinentes.

Conclusion

Si les résultats de cette revue de la portée mettent en évidence une grande hétérogénéité de résultats entourant les habitudes de consommation des personnes douées et 2e, il demeure possible de supposer que la douance puisse jouer un rôle protecteur par rapport à la consommation problématique de SPA ou à son développement précoce. D'autres études sont nécessaires pour explorer les différents facteurs pouvant influencer les habitudes de consommation de ces personnes, incluant la consommation bénéfique, à risque et problématique (Rappo et Stock, 2020; Tremblay et Blanchette-Martin, 2016), sans oublier leur rétablissement. En effet, les habitudes de consommation des personnes neurodivergentes et les conséquences pouvant y être associées sont diversifiées et s'inscrivent dans un contexte qui, en plus du type de SPA consommé, peut grandement influencer leur expérience.

Annexe 1 – Stratégies spécifiques de recherche pour chaque base de données

EBSCO

- Academic search complete
- Apa psych info
- Psych extra
- Psych articles
- Psychology and behavioral collection
- ERIC
- Social work abstracts
- SOCindex et SOCindex with full text
- Medline
- Cinahl

Mots-clés :

Title OR Abstract OR Subject :

(gifted* OR talented OR “twice exceptional*” OR “high* intelligen*” OR “high abilit*” OR “high-abil*” OR “spiky profile*” OR “high* achiev*” OR intellect* OR ((high OR exception*) N2 (intellect* OR gift* OR talent* OR achiev* OR abilit* OR intelligen* OR profile*))) AND ((addict* OR depend* OR misus* OR abuse* OR use OR recreat* OR consumption OR experi* OR drink*) N2 (substance* OR alcohol OR tobacc*))

SCOPUS

Mots-clés :

Title OR Abstract OR Keywords : ((gifted* OR talented OR «twice exceptional*» OR «high* intelligen*» OR «high abilit*» OR «high-abilit*» OR «spiky profile*» OR «high* achiev*» OR intellect* OR ((high OR exception*) W/2 (intellect* OR gift* OR talent* OR achiev* OR abilit* OR intelligen* OR profile*)))) AND ((addict* OR depend* OR misus* OR abuse* OR use OR recreat* OR consumption OR experi* OR drink*) W/2 (substance* OR alcohol OR tobacc*))))

ProQuest Central

Mots-clés :

Title OR Abstract OR Subject :

(((((addict* OR depend* OR misus* OR abuse OR use OR recreat* OR consumption OR experi* OR drink*) NEAR/2 (substance* OR alcohol OR tobacco)))) AND (((gifted* OR talented OR «twice exceptional» OR «high* intelligen*» OR «high abilit*» OR «high-ability» OR «spiky profile» OR «high* achiev*» OR intellect* OR ((high OR exception*) NEAR/2 (intellect* OR gift* OR talent* OR achiev* OR abilit* OR intelligen* OR profile))))))

Cochrane CENTRAL

- PubMed
- Embase
- CT.gov
- ICTRP

Mots-clés :

Title OR Abstract OR Keywords :

((gifted* OR talented OR «twice exceptional*» OR «high* intelligen*» OR «high abilit*» OR «high-abilit*» OR «spiky profile*» OR «high* achiev*» OR intellect* OR ((high OR exception*) NEAR/2 (intellect* OR gift* OR talent* OR achiev* OR abilit* OR intelligen* OR profile*))) AND ((addict* OR depend* OR misus* OR abuse* OR use OR recreat* OR consumption OR experi* OR drink*) NEAR/2 (substance* OR alcohol OR tobacc*))

ERUDIT

- Érudit
- Centre for Digital Scholarship
- Persée
- Fonds de recherche du Québec

Mots-clés :

Tous les champs (sauf texte intégral) :

(douance OR doué* OR surdoué* OR «haut potentiel» OR «haut potentiel intellectuel» OR «double exception*» OR «doublement exception*» OR talent* OR intelligen* OR intellect*) ET (substance OR dépendan* OR addiction OR stupéfiant* OR drogu* OR alcool* OR consomm* OR tabac)

Cairn

Mots-clés :

Titre OU Résumé :

(douance OR doué* OR surdoué* OR «haut potentiel» OR «haut potentiel intellectuel» OR «double exception*» OR «doublement exception*» OR talent* OR intelligen* OR intellect*) ET (substance OR dépendan* OR addiction OR stupéfiant* OR drogu* OR alcool* OR consomm* OR tabac)

BASE (littérature grise)

Mots-clés :

Title :

(gifted* OR talented OR “twice exceptional*” OR “high* intelligen*” OR “high abilit*” OR “high-abil*” OR “spiky profile*” OR “high* achiev*” OR intellect*) AND (addict* OR depend* OR misus* OR abuse* OR use OR recreat* OR consumption OR experi* OR drink* OR substance* OR alcohol OR tobacc*)

Références

- Acker, J., Amlung, M., Stojek, M., Murphy, J. G. et MacKillop, J. (2012). Individual variation in behavioral economic indices of the relative value of alcohol: Incremental validity in relation to impulsivity, craving, and intellectual functioning. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 423-436. <https://doi.org/10.5127/jep.021411>
- Alias, A., Rahman, S., Majid, R. A. et Yassin, S. F. M. (2013). Dabrowski's overexcitabilities profile among gifted students. *Asian Social Science*, 9(16), 120-125. <https://doi.org/10.5539/ass.v9n16p120>.
- Ambrose, D. (2013). Socioeconomic Inequality and Giftedness: Suppression and Distortion of High Ability. *Roeper Review*, 35(2), 81-92. <https://doi.org/10.1080/02783193.2013.766960>
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L. et Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? *Psychological Medicine*, 39(8), 1325-1335. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004959>
- Antshel, K. M., Hier, B. O. et Barkley, R. A. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. Dans S. Goldstein et J. A. Naglieri (dir.), *Handbook of Executive Functioning* (p. 107-120). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8106-5_7
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2007). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Atmaca, F. et Baloglu, M. (2022). The Two Sides of Cognitive Masking: A Three-Level Bayesian Meta-Analysis on Twice-Exceptionality. *Gifted Child Quarterly*, 66(4), 277-295. <https://doi.org/10.1177/00169862221110875>
- Baldwin, L., Baum, S., Pereles, D. et Hughes, C. (2015). Twice-Exceptional Learners: The Journey Toward a Shared Vision. *Gifted Child Today*, 38(4), 206-214. <https://doi.org/10.1177/1076217515597277>
- Baudson, T. G. et Ziemer, J. F. (2016). The importance of being gifted: Stages of gifted identity development, their correlates and predictors. *Gifted and Talented International*, 31(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/15332276.2016.1194675>
- Bégin-Auclair, F. (2021). *Évaluer la douance : Pratiques actuelles et aspirations des psychologues et neuropsychologues au Québec* [Essai doctoral]. Université de Montréal.
- Bélanger, J. et Gagné, F. (2006). Estimating the size of the gifted/talented population from multiple identification criteria. *Journal for the Education of the Gifted*, 30(2), 131-163. <https://doi.org/10.4219/jeg-2006-258>.
- Ben Amar, M. (2015). *La toxicomanie*. Presses de l'Université de Montréal.
- Bertrand, K., L'Espérance, N., Aranda, J. F. et Ngué, D. M. N. (2020). La Méthode de la revue systématique. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2^e édition* (p. 307-334). Presses de l'Université du Québec.
- Bertrand, K., Tremblay, J., Nadeau, L. et Brochu, S. (2021). *Les visages de la dépendance : Pour une société inclusive, diversifiée et innovante* [Mémoire collectif].

- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S. et Hirvikoski, T. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorders with coexisting substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. *BMC Psychiatry*, 13(1), 121. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-336>
- Bishop, J. C. et Rinn, A. N. (2020). The potential of misdiagnosis of high IQ youth by practicing mental health professionals: A mixed methods study. *High Ability Studies*, 31(2), 213243. <https://doi.org/10.1080/13598139.2019.1661223>
- Bolton, M. J. (2023). De-centering neuronormativity is an imperative in humanistic psychotherapy: Towards a neurodiversity-informed, person-centered approach. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/q2t8h>
- Booth, J. N., Boyle, J. M. E. et Kelly, S. W. (2010). Do tasks make a difference? Accounting for heterogeneity of performance of children with reading difficulties on tasks of executive function: findings from a meta-analysis. *The British Journal of Developmental Psychology*, 28(1). <https://doi.org/10.1348/026151009x485432>
- Botha, M. et Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health*, 10(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/2156869318804297>
- Brault-Labbé, A., Poirier, J. et Brassard, A. (2023). État des connaissances, perceptions et besoins professionnels de psychologues québécois face à la douance : Une étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 127. <https://doi.org/10.7202/1100440ar>
- Brown, M., Peterson, E. R. et Rawlinson, C. (2020). Research With Gifted Adults : What International Experts Think Needs to Happen to Move the Field Forward. *Roeper Review*, 42(2), 95108. <https://doi.org/10.1080/02783193.2020.1728797>
- Buchy, L., Seidman, L. J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Stone, W., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., Bearden, C. E., Mathalon, D. H. et Addington, J. (2015). Evaluating the relationship between cannabis use and IQ in youth and young adults at clinical high risk of psychosis. *Psychiatry Research*, 230(3), 878884. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.033>
- Cage, E. et Troxell-Whitman, Z. (2020). Understanding the relationships between autistic identity, disclosure, and camouflaging. *Autism in Adulthood*, 2(4), 334-338. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0016>
- Camirand, H., Conus, F., Davison, A., Dupont, K., Gonzalez-Silicia, D., Joubert, K. et Niyibizi, J. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021* (p. 328) [En ligne]. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Cao, T. H., Jung, J. Y. et Lee, J. (2017). Assessment in Gifted Education: A Review of the Literature From 2005 to 2016. *Journal of Advanced Academics*, 28(3), 163203. <https://doi.org/10.1177/1932202X17714572>
- Carman, C. A. (2013). Comparing Apples and Oranges: Fifteen Years of Definitions of Giftedness in Research. *Journal of Advanced Academics*, 24(1), 5270. <https://doi.org/10.1177/1932202X12472602>
- Castellanos-Ryan, N. et Conrod, P. (2020). Chapter 7: Cognitive risk factors for alcohol and substance addictions. Dans A. Verdejo-Garcia (dir.), *Cognition and Addiction* (p. 91102). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815298-0.00007-1>

- Catala, A. (2023). *Understanding Neurodiversity, Unlearning Neuronormativity*. Blog of the APA. <https://blog.apaonline.org/2023/04/11/understanding-neurodiversity-unlearning-neuronormativity/>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2020). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* (2015–2017). <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-06/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
- Chapman, R. (2021). Neurodiversity and the Social Ecology of Mental Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 13601372. <https://doi.org/10.1177/1745691620959833>
- Chapman, R. (2023). *Empire of normality: Neurodiversity and capitalism*. Pluto Press.
- Chapman, R. et Botha, M. (2022). Neurodivergence-Informed Therapy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(3), 310-317. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15384>
- Chapman, R. et Carel, H. (2022). Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *Journal of Social Philosophy*, 53(4), 614631. <https://doi.org/10.1111/josp.12456>
- Christoffersen, L. A. N., Mortensen, E. L., Becker, U., Osler, M., Sørensen, H. J. et Flensburg-Madsen, T. (2021). Age at onset and age at treatment of alcohol use disorders: Associations with educational level and intelligence. *Alcohol*, 95, 714. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2021.04.005>
- Clobert, N. et Gauvrit, N. (2021). *Psychologie du haut potentiel : Comprendre, identifier, accompagner*. De Boeck Supérieur.
- Clouston, S. A. P., Richards, M., Cadar, D. et Hofer, S. M. (2015). Educational Inequalities in Health Behaviors at Midlife: Is There a Role for Early-life Cognition? *Journal of Health and Social Behavior*, 56(3), 323340. <https://doi.org/10.1177/0022146515594188>
- Cotton, J.-C., Missoum, A., Martin-Storey, A., Daigneault, M.-M., Ferlatte, O. et Bertrand, K. (2024). L'évaluation et l'intervention psychoéducative en contexte de consommation de substances psychoactives chez les jeunes trans et non-binaires. Dans J.-C. Cotton, A. Pullen-Sansfaçon et N. Courcy (dir.). *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires : enjeux contemporains et approches innovantes*, (p. 173-203). Presses de l'Université du Québec.
- Dai, D. Y. (2020). Assessing and accessing high human potential: A brief history of giftedness and what it means to school psychologists. *Psychology in the Schools*, 57(10), 15141527. <https://doi.org/10.1002/pits.22346>
- Dai, D. Y. et Gauvrit, N. (2021). Une brève histoire du haut potentiel. Dans N. Colbert et N. Gauvrit (dir.), *Psychologie du Haut Potentiel. Comprendre, Identifier, Accompagner* (p. 23-26). De Boeck.
- Daniels, S. et Piechowski, M. (dir.). (2009). *Living with Intensity: Understanding the Sensitivity, Excitability, and Emotional Development of Gifted Children, Adolescents, and Adults* (Édition illustrée). Gifted Unlimited.
- Dark J. (2024). Eight principles of neuro-inclusion; an autistic perspective on innovating inclusive research methods. *Frontiers in psychology*, 15, 1326536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1326536>
- Davies, N. M., Hill, W. D., Anderson, E. L., Sanderson, E., Deary, I. J. et Davey Smith, G. (2019). Multivariable two-sample Mendelian randomization estimates of the effects of intelligence and education on health. *eLife*, 8. <https://doi.org/10.7554/eLife.43990>

- Degerud, E., Ystrom, E., Tambs, K., Ariansen, I., Magnus, P., Mørland, J., Næss, Ø. et Davey Smith, G. (2017). The interplay between cognitive ability, alcohol consumption, and health characteristics. *Psychological Medicine*, 48(12), 2011-2022. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003543>
- Deligeorges, D., Kane, M. et Katsaounou, P. A. (2022). Studying stimuli and smoking behaviors among self-identified gifted smokers and strategies for customizing cessation support. *Tobacco Induced Diseases*, 20, 114. <https://doi.org/10.18332/tid/143323>
- Dick, D. M., Aliev, F., Kramer, J., Wang, J. C., Hinrichs, A., Bertelsen, S., Kuperman, S., Schuckit, M., Nurnberger Jr., J., Edenberg, H. J., Porjesz, B., Begleiter, H., Hesselbrock, V., Goate, A. et Bierut, L. (2007). Association of CHRM2 with IQ: Converging Evidence for a Gene Influencing Intelligence. *Behavior Genetics*, 37(2), 265-272. <https://doi.org/10.1007/s10519-006-9131-2>
- Foley-Nicpon, M., Allmon, A., Sieck, B. et Stinson, R. D. (2010). Empirical investigation of twice-exceptionality: Where have we been and where are we going? *Gifted Child Quarterly*, 55(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/0016986210382575>
- Foley-Nicpon, M., Assouline, S. G. et Colangelo, N. (2013). Twice- exceptional learners. *Gifted Child Quarterly*, 57(3), 169-180. <https://doi.org/10.1177/0016986213490021>
- Fries, J., Baudson, T. G., Kovacs, K. et Pietschnig, J. (2022). Bright, but allergic and neurotic? A critical investigation of the “overexcitable genius” hypothesis. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1051910>
- Gale, C. R., Batty, G. D., Tynelius, P., Deary, I. J. et Rasmussen, F. (2010). Intelligence in early adulthood and subsequent hospitalisation and admission rates for the whole range of mental disorders: Longitudinal study of 1,049,663 men. *Epidemiology*, 21(1), 70-77. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181c17da8>
- Goriounova, N. A. et Mansvelder, H. D. (2019). Genes, Cells and Brain Areas of Intelligence. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 44. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00044>
- Gottfredson, L. S. (2009). Logical Fallacies Used to Dismiss the Evidence on Intelligence Testing. Dans R. P. Phelps (dir.), *Correcting Fallacies About Educational and Psychological Testing* (p. 1165). American Psychological Association.
- Hallett S. et Kerr C. (2020). “You need support, validation, good coping skills. You need and deserve acceptance”: *Autistic Adult Experiences of Counselling*. Autistic Mutual Aid Society. www.autisticmentalhealth.uk/counsellingreport
- Higgins, J. P. T. et Cochrane Collaboration (dir.). (2020). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2^e édition). Wiley-Blackwell.
- Izuno-Garcia A.K., McNeel M.M. et Fein R.H. (2023). Neurodiversity in Promoting the Well-Being of Children on the Autism Spectrum. *Child Care in Practice*, 29(1), 54-67. <https://doi.org/10.1080/13575279.2022.2126436>
- Isen, J. D., Ludeke, S. G., Foster, J. D., McGue, M. K. et Iacono, W. G. (2021). The clashing nature of rebelliousness: Nontraditional attitudes and counter-normative behaviors show divergent associations with intelligence. *Journal of Personality*, 90(4), 527-540. <https://doi.org/10.1111/jopy.12681>

- Johnson, W., Hicks, B. M., McGue, M. et Iacono, W. G. (2009). How intelligence and education contribute to substance use: Hints from the Minnesota Twin family study. *Intelligence*, 37(6), 613624. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2008.12.003>
- Kanazawa, S. et Hellberg, J. E. E. U. (2010). Intelligence and Substance Use. *Review of General Psychology*, 14(4), 382396. <https://doi.org/10.1037/a0021526>
- Karpinski, R. I., Kinase Kolb, A. M., Tetreault, N. A. et Borowski, T. B. (2018). High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities. *Intelligence*, 66, 823. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.001>
- Katz, E. C., King, S. D., Schwartz, R. P., Weintraub, E., Barksdale, W., Robinson, R. et Brown, B. S. (2005). Cognitive Ability as a Factor in Engagement in Drug Abuse Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(3), 359369. <https://doi.org/10.1081/ADA-200056767>
- Keyes, K. M., Platt, J., Kaufman, A. S. et McLaughlin, K. A. (2017). Association of Fluid Intelligence and Psychiatric Disorders in a Population-Representative Sample of US Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 179188. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3723>
- Lang, M., Matta, M., Parolin, L., Morrone, C. et Pezzuti, L. (2019). Cognitive Profile of Intellectually Gifted Adults: Analyzing the Wechsler Adult Intelligence Scale. *Assessment*, 26(5), 929943. <https://doi.org/10.1177/1073191117733547>
- Latvala, A., Castaneda, A. E., Perälä, J., Saarni, S. I., Aalto-Setälä, T., Lönnqvist, J., Kaprio, J., Suvisaari, J. et Tuulio-Henriksson, A. (2009). Cognitive functioning in substance abuse and dependence: A population-based study of young adults. *Addiction*, 104(9), 15581568. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02656.x>
- Luczak, S. E., Yarnell, L. M., Prescott, C. A., Raine, A., Venables, P. H. et Mednick, S. A. (2015). Childhood cognitive measures as predictors of alcohol use and problems by mid-adulthood in a non-Western cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 365370. <https://doi.org/10.1037/adb0000043>
- Ma, J., Kang, H. J., Kim, J. Y., Jeong, H. S., Im, J. J., Namgung, E., Kim, M. J., Lee, S., Kim, T. D., Oh, J. K., Chung, Y.-A., Lyoo, I. K., Lim, S. M. et Yoon, S. (2017). Network attributes underlying intellectual giftedness in the developing brain. *Scientific Reports*, 7(1), 11321. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-11593-3>
- Melnick, M. D., Harrison, B. R., Park, S., Bennetto, L. et Tadin, D. (2013). A Strong Interactive Link between Sensory Discriminations and Intelligence. *Current Biology*, 23(11), 10131017. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.04.053>
- Mills D. (2023). Applying a neurodiversity affirmative approach to the pluralistic framework. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(3), 627-637. <https://doi.org/10.1002/capr.12637>
- Müller, M., Kowalewski, R., Metzler, S., Stettbacher, A., Rössler, W. et Vetter, S. (2013). Associations between IQ and alcohol consumption in a population of young males: A large database analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 19932005. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0666-2>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. et Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

- Nathan, P. E., Conrad, M. et Skinstad, A. H. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 2951. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093546>
- Neubauer, A. C. et Fink, A. (2009). Intelligence and neural efficiency. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(7), 100423. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.04.001>
- Niileksela, C. R. et Reynolds, M. R. (2019). Enduring the tests of age and time: Wechsler constructs across versions and revisions. *Intelligence*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2019.101403>
- Novais, F. et Pombo, S. (2015). Predictors of Multiple Substance Use in Alcohol Dependence : The Role of Personality. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 7(1). <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000258>
- Ogurlu, U. et Özbey, A. (2022). Personality differences in gifted versus non-gifted individuals: A three-level meta-analysis. *High Ability Studies*, 33(2), 227251. <https://doi.org/10.1080/13598139.2021.1985438>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pereira Da Costa, M. (2019). Théories de l'intelligence : Concepts et évaluations du haut potentiel. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(3), 152157. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.02.002>
- Pluck, G., Lee, K.-H., Rele, R., Spence, S. A., Sarkar, S., Lagundoye, O. et Parks, R. W. (2012). Premorbid and current neuropsychological function in opiate abusers receiving treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(12), 181184. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.01.001>
- Rappo, J.-J. et Stock, N. (2020). La consommation non problématique : un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances*, 67, p.6-9.
- Renzulli, J. S. (2002). Expanding the conception of giftedness to include co-cognitive traits and to promote social capital. *Phi Delta Kappan*, 84(1), 3358. <https://doi.org/10.1177/003172170208400109>.
- Renzulli, J. S. (2016). The three-ring conception of giftedness: A developmental model for promoting creative productivity. Dans J. S. Renzulli (dir), *Reflections on Gifted Education* (p. 55-90). Routledge.
- Renzulli, J. S. et Reis, S. M. (2018). The three-ring conception of giftedness: A developmental approach for promoting creative productivity in young people. Dans S. I. Pfeiffer, E. Shaunessy-Dedrick et M. Foley-Nicpon (dir.), *APA handbook of giftedness and talent*. (p. 185199). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000038-012>
- Rinn, A. N. (2020). *Social, emotional, and psychosocial development of gifted and talented individuals*. Prufrock Press Inc.
- Rinn, A. N. et Bishop, J. (2015). Gifted Adults: A Systematic Review and Analysis of the Literature. *Gifted Child Quarterly*, 59(4), 213235. <https://doi.org/10.1177/0016986215600795>

- Rinn, A. N. et Majority, K. L. (2018). The Social and Emotional World of the Gifted. Dans S. I. Pfeiffer (dir.), *Handbook of Giftedness in Children: Psychoeducational Theory, Research, and Best Practices* (p. 4963). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77004-8_4
- Rinn, A. N. (2024). A Critique on the Current State of Research on the Social and Emotional Experiences of Gifted Individuals and a Framework for Moving the Field Forward. *Gifted Child Quarterly*, 68(1), 34-48. <https://doi.org/10.1177/00169862231197780>
- Rogne, A. F., Pedersen, W. et Von Soest, T. (2021). Intelligence, alcohol consumption, and adverse consequences. A study of young Norwegian men. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4). <https://doi.org/10.1177/1403494820944719>
- Rosqvist, H., Chown, N. et Stenning, A. (dir.). (2020). *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429322297>
- Santé Canada (2013, 18 septembre). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012. *Le Quotidien*, 11-001-X, 2. https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/statcan/11-001/CS11-001-2013-9-18-fra.pdf
- Santé Canada (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ETCAD): sommaire des résultats pour 2017*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2017.html>
- Schultz, D. H. et Cole, M. W. (2016). Higher Intelligence Is Associated with Less Task-Related Brain Network Reconfiguration. *The Journal of Neuroscience*, 36(33), 85518561. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0358-16.2016>
- Shaw, S. C. K., Doherty, M., McCowan, S. et Eccles, J. A. (2022). Towards a Neurodiversity-Affirmative Approach for an Over-Represented and Under-Recognised Population: Autistic Adults in Outpatient Psychiatry. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(9), 42004201. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05670-4>
- Simonton, D. K. (2018). From giftedness to eminence: Developmental landmarks across the lifespan. Dans S. I. Pfeiffer, E. Shaunessy-Dedrick et M. Foley-Nicpon (dir.), *APA handbook of giftedness and talent*. (p. 273285). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000038-018>
- Simonton, D. K. (2021). The Development of Creativity, Expertise, Talent, and Giftedness: A Bridge Too Far? Dans J. VanTassel-Baska (dir.), *Talent Development in Gifted Education* (p. 26-40). Routledge.
- Sjölund, S., Allebeck, P. et Hemmingsson, T. (2012). Intelligence quotient (IQ) in adolescence and later risk of alcohol-related hospital admissions and deaths-37-year follow-up of Swedish conscripts. *Addiction*, 107(1), 8997. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03544.x>
- Sjölund, S., Hemmingsson, T. et Allebeck, P. (2015). IQ and Level of Alcohol Consumption-Findings from a National Survey of Swedish Conscripts. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 39(3), 548555. <https://doi.org/10.1111/acer.12656>
- Sjölund, S., Hemmingsson, T., Gustafsson, J.-E. et Allebeck, P. (2015). IQ and alcohol-related morbidity and mortality among Swedish men and women: The importance of socioeconomic position. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(9), 858864. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204761>

Sternberg, R. J. et Kaufman, S. B. (2018). Theories and Conceptions of Giftedness. Dans S. I. Pfeiffer (dir.), *Handbook of Giftedness in Children: Psychoeducational Theory, Research, and Best Practices* (p. 2947). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77004-8_3

Tasca, I., Guidi, M., Turriziani, P., Mento, G. et Tarantino, V. (2024). Behavioral and socio-emotional disorders in intellectual giftedness: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(3), 76889. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01420-w>.

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2016). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8 : Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 2.0* [Manuel]. Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Webb, J. T. (dir.). (2016). *Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults: ADHD, bipolar, OCD, Asperger's, depression, and other disorders* (2^e édition). Great Potential Press Inc.

Weiser, M., Zarka, S., Werbeloff, N., Kravitz, E. et Lubin, G. (2010). Cognitive test scores in male adolescent cigarette smokers compared to non-smokers : A population-based study. *Addiction*, 105(2), 358363. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02740.x>

White, J. et Batty, G. D. (2012). Intelligence across childhood in relation to illegal drug use in adulthood: 1970 British Cohort Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(9), 767774. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200252>

Winkler, D. et Voight, A. (2016). Giftedness and Overexcitability: Investigating the Relationship Using Meta-Analysis. *Gifted Child Quarterly*, 60(4), 243257. <https://doi.org/10.1177/0016986216657588>

Wirthwein, L. et Rost, D. H. (2011). Giftedness and subjective well-being: A study with adults. *Learning and Individual Differences*, 21(2), 18286. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.01.001>.

Wood, V. R., Bouchard, L., De Wit, E., Martinson, S. P. et Van Petegem, P. (2024). Prevalence of emotional, intellectual, imaginal, psychomotor, and sensual overexcitabilities in highly and profoundly gifted children and adolescents: A mixed-methods study of development and developmental potential. *Education Sciences*, 14(8), 817. <https://doi.org/10.3390/educsci14080817>

Wraw, C., Deary, I. J., Der, G. et Gale, C. R. (2016). Intelligence in youth and mental health at age 50. *Intelligence*, 58, 6979. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2016.06.005>

Wraw, C., Der, G., Gale, C. R. et Deary, I. J. (2018). Intelligence in youth and health behaviours in middle age. *Intelligence*, 69, 7186. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2018.04.005>



Consommation de substances psychoactives chez les élèves de 15-25 ans à Gao

Adama A Traoré, MD, MPH, résident en psychiatrie, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

Souleymane dit Papa Coulibaly, MD, praticien hospitalier, service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Point G, maître de conférences, FMOS, USTTB

Alassane Mahamar Maïga, MD, FMOS, USTTB

Issaka Sagara, MD, MPH, Ph. D., directeur de recherche, *Malaria Research and Training Center* (MRTC), FMOS, USTTB

Correspondance

Adama A Traoré, MD, MPH

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Point-G, Bamako, Mali

Téléphone : (223) 70666775

Courriel : adamatraore5084@yahoo.fr

Résumé

Les jeunes constituent un groupe particulièrement vulnérable à l'usage de substances psychoactives. Il n'existe aucun rapport sur les facteurs associés à la consommation de substances psychoactives dans cette population spécifique au Mali. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de la consommation de substances psychoactives légales ou illégales et d'identifier ses facteurs associés chez les jeunes scolaires de Gao au Mali. Nous avons émis l'hypothèse que des conditions familiales et scolaires défavorables et la présence d'amis consommateurs de drogues étaient associées à la consommation de substances chez les jeunes scolaires de Gao. Nous avons utilisé des données secondaires issues d'une enquête transversale menée entre octobre et décembre 2022 auprès de 365 élèves de cinq écoles secondaires sélectionnés par un échantillonnage aléatoire à deux degrés. L'analyse a porté sur les enregistrements des élèves âgés de 15 à 25 ans. Des analyses uni et multivariées ont été effectuées à l'aide d'un modèle de régression logistique. Nous avons retenu 336 enregistrements répondant aux critères d'inclusion, dont 58,6 % de garçons. L'âge moyen était de 19,1 ans avec un écart type de 2,3 ans. La prévalence de la consommation de substances psychoactives au cours de la vie était de 47 %. La cigarette était la substance la plus consommée (22,3 %), suivi de la chicha (19,1 %) et de l'alcool (17,9 %). Les facteurs associés à la consommation de substances psychoactives étaient le sexe masculin ($ORa=2,2$; $IC_{95\%}=1,3-3,8$), la présence d'amis consommateurs de drogues ($ORa=3,9$; $IC_{95\%}=1,7-8,8$) et l'absentéisme scolaire ($ORa=2,9$; $IC_{95\%}=1,4-5,9$). Les résultats ont en partie soutenu nos hypothèses et suggèrent la nécessité d'effectuer des recherches à l'échelle nationale en employant des schémas d'études longitudinales.

Mots-clés : substances psychoactives, élèves, jeunes, Gao, Mali

Consumption of psychoactive substances among students aged 15-25 in Gao

Abstract

Young people are a particularly vulnerable group to the use of psychoactive substances. There are no reports on the factors associated with psychoactive substance use in this specific population in Mali. The objective of this study was to determine the prevalence of legal and illegal psychoactive substance use among schoolchildren in Gao, Mali, and to identify associated factors. We hypothesized that adverse family and school conditions and the presence of drug-using friends would be associated with the risk of substance use among schoolchildren in Gao. We used secondary data from a cross-sectional survey conducted between October and December 2022 among 365 students in five secondary schools selected by two-stage random sampling. The analysis focused on the records of students aged 15 to 25 years. Univariate and multivariate analyses were performed using a logistic regression model. We retained 336 records that met the inclusion criteria, of which 58.6% were male. The mean age was 19.1 years with a standard deviation of 2.3 years. The prevalence of lifetime use of psychoactive substances was 47%. Cigarette was the most used substance (22.3%), followed by chicha (19.1%) and alcohol (17.9%). Factors associated with substance use were male sex (aOR=2.2; CI_{95%}=1.3-3.8), the presence of friends who use substances (aOR=3.9; CI_{95%}=1.7-8.8), and school absenteeism (aOR=2.9; CI_{95%}=1.4-5.9). The results partially supported our hypotheses and suggest the need for nationwide research using longitudinal study designs.

Keywords: psychoactive substances, students, youth, Gao, Mali

Consumo de sustancias psicoactivas en los alumnos de 15 a 25 años en Gao

Resumen

Los jóvenes constituyen un grupo particularmente vulnerable al uso de sustancias psicoactivas. No existe ningún informe sobre los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en esta población específica en Mali. El objetivo de este estudio es el de determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales e identificar sus factores relacionados entre los jóvenes escolares de Gao o de Mali. Hemos propuesto la hipótesis de que las condiciones familiares y escolares desfavorables y la presencia de amigos consumidores de drogas estaban vinculadas con el consumo de sustancias entre los jóvenes escolares de Gao. Hemos utilizado datos secundarios surgidos de una encuesta transversal llevada a cabo entre octubre y diciembre de 2022 entre 365 alumnos de cinco escuelas secundarias seleccionadas por un muestreo aleatorio de dos grados. Se analizaron las grabaciones de alumnos de 15 a 25 años. Se realizaron análisis uni y multivariados por medio de un modelo de regresión logística. Hemos retenido 336 grabaciones que respondían a los criterios de inclusión, de los cuales el 58,6% eran de varones. La edad promedio fue de 19,1 años con una desviación tipo de 2,3 años. La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas durante el curso de la vida era del 47%. El cigarrillo era la sustancia más consumida (22,3%), seguida de la chicha (19,1%) y del alcohol (17,9%). Los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas fueron el sexo masculino ($ORa=2,2$; $IC_{95\%}=1,3-3,8$), la presencia de amigos consumidores de drogas ($ORa=3,9$; $IC_{95\%}=1,7-8,8$) y el ausentismo escolar ($ORa=2,9$; $IC_{95\%}=1,4-5,9$). Los resultados han confirmado en parte nuestra hipótesis y sugieren la necesidad de llevar a cabo investigaciones a escala nacional empleando esquemas de estudios longitudinales.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, alumnos, jóvenes, Gao, Mali

Introduction

Les substances psychoactives (SPA) sont des substances qui, lorsqu'elles sont ingérées ou administrées dans l'organisme, affectent les processus mentaux, tels que la perception, la conscience, la cognition ou l'humeur et les émotions (Organisation mondiale de la santé, s. d.). Leur utilisation non contrôlée expose à des conséquences délétères pour la santé globale et mentale (Gobbi et al., 2019; Wilson et al., 2020). Les jeunes sont généralement plus exposés à la consommation de substances psychoactives et à ses conséquences néfastes que les personnes plus âgées (National Institute on Drug Abuse, 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2022; Verdurmen et al., 2005). En effet, la jeunesse constitue une période d'expérimentation, d'intégration dans le cercle des pairs et d'éloignement des parents et des adultes rendant ce groupe particulièrement vulnérable (Bauman et Phongsavan, 1999). Un âge précoce d'initiation à la consommation de substances psychoactives et leur consommation fréquente ont été associés à une baisse des performances scolaires, des troubles de l'apprentissage, une altération de la capacité de prise de décision et du fonctionnement cognitif, ainsi qu'à l'apparition de problèmes interpersonnels (Cyrus et al., 2021; Fontes et al., 2011; Scott et al., 2017).

En 2021, on estimait à 296 millions le nombre de consommateurs de SPA au cours de l'année écoulée parmi la population mondiale âgée de 15 à 64 ans (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023). Le cannabis reste la drogue la plus consommée avec 219 millions de consommateurs en 2021, dont une majorité de jeunes, soit 5,3 % contre 4,3 % chez les adultes (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023). En Afrique de l'Ouest, entre 2018 et 2019, 36 % des demandeurs de soins pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives avaient moins de 25 ans (West African Epidemiology Network on Drug Use, 2022). En 2018, 37,6 % des personnes admises pour consommation de cannabis, alcool, tramadol, diazépam, cocaïne ou héroïne dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Point G au Mali étaient des élèves et étudiants (Diallo et al., 2021).

Plusieurs facteurs ont été rapportés comme prédicteurs de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence et au début de l'âge adulte, notamment le sexe masculin, la consommation de substances par des membres de la famille ou des amis, la séparation des parents, le statut socioéconomique des parents et le fait de vivre seul pendant l'âge scolaire (Ajayi et al., 2019; Bozzini et al., 2021; Kassa et al., 2014). Une association positive entre des sentiments négatifs à l'égard de l'école, des mauvaises performances scolaires, l'absentéisme scolaire et la consommation de substances psychoactives chez les jeunes a été rapportée (Gakh et al., 2020; Hill et Mrug, 2015; Özta et al., 2018).

Comprendre les facteurs associés à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes scolarisés est important pour la mise en place de programmes de prévention efficaces. Si plusieurs études ont été menées sur les facteurs prédictifs de la consommation de substances psychoactives dans les pays développés, très peu ont été réalisées dans les pays à faible revenu. Il est pourtant difficile de généraliser les résultats à des populations dont les contextes socioculturels, religieux,

économiques et légaux différent de ceux des pays développés. Au Mali, les rares données sur la consommation de substances psychoactives concernent des populations cliniques et sont pour la plupart descriptives. Il n'existe aucun rapport sur la prévalence et les facteurs associés à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes scolaires dans le pays, ce qui retarde la mise en place de toute politique de prévention. Les données fournies par notre étude pourraient guider d'autres travaux de recherche et éclairer la mise en place de programmes de prévention.

Cette étude visait à (1) déterminer la prévalence de la consommation de SPA, légales (alcool, produits du tabac et solvants) ou illégales, chez les jeunes scolarisés et âgés de 15 à 25 ans et à (2) identifier les facteurs associés à cette consommation. Nous avons émis l'hypothèse que des conditions familiales et scolaires défavorables et la présence d'amis consommateurs de SPA étaient associées à la consommation de SPA au cours de la vie chez les jeunes scolaires de Gao.

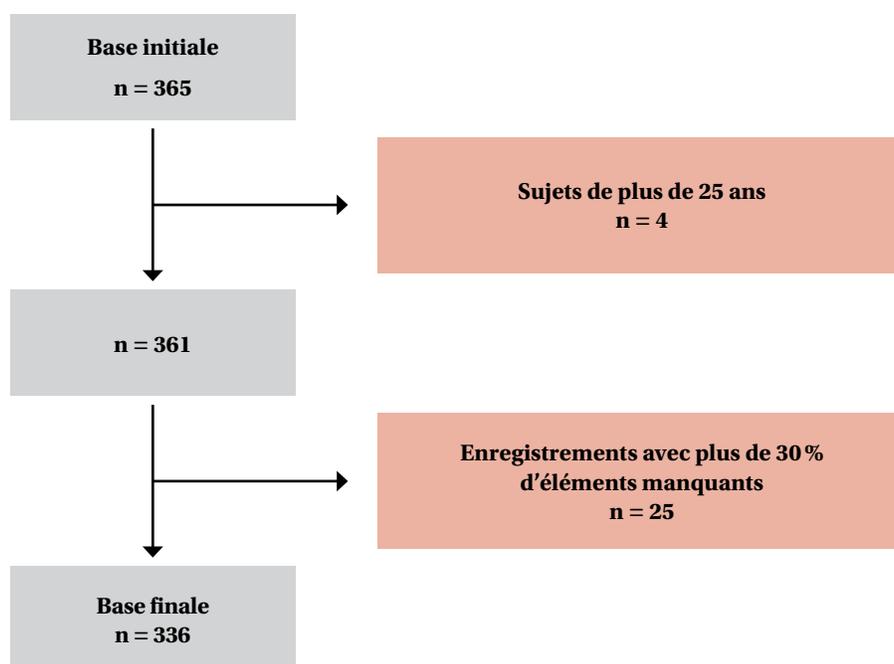
Méthodes

Conception, cadre et participants

Nous avons réalisé une analyse secondaire de données existantes de juillet à septembre 2023. L'étude primaire était une étude transversale réalisée dans le but d'évaluer la consommation de substances psychoactives chez les élèves des écoles secondaires de la commune urbaine de Gao au Mali. Elle avait concerné 365 élèves de cinq établissements secondaires sélectionnés selon un échantillonnage aléatoire à deux degrés. Le premier niveau d'échantillonnage avait consisté à choisir au hasard cinq écoles parmi 29 écoles secondaires de la commune urbaine de Gao. Le deuxième niveau d'échantillonnage avait consisté à tirer au sort des classes au sein des écoles sélectionnées, le nombre de classes choisi étant proportionnel à la taille de l'école. Ensuite tous les élèves des classes sélectionnées étaient invités à participer à l'étude. Un questionnaire auto-administré, adapté du questionnaire standardisé, validé par l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre des enquêtes globales sur la santé des élèves avait été utilisé pour la collecte des données entre octobre et décembre 2022.

Dans le cadre de cette étude, nous avons inclus les enregistrements des élèves âgés de 15 à 25 ans. Les enregistrements présentant plus de 30 % de données manquantes ont été considérés comme inutilisables et ont été exclus de l'analyse, de même que les enregistrements des élèves de plus de 25 ans (Figure 1). Quatre enregistrements appartenant à des élèves âgés de 25 ans ont été exclus de l'analyse, tous étant de sexe masculin. Parmi les enregistrements exclus en raison de données manquantes, 25 présentaient des lacunes supérieures à 30 %. Parmi eux, 13 étaient de sexe masculin (52 %), 9 étaient de sexe féminin (36 %), et pour 3 individus (12 %), le sexe n'avait pas été spécifié. En ce qui concerne l'âge, 10 des élèves exclus (40 %) avaient entre 15 et 19 ans, 7 (28 %) avaient entre 20 et 25 ans, et 8 (32 %) n'avaient pas renseigné leur âge. Pour pallier les valeurs manquantes dans les enregistrements conservés, nous avons utilisé des indicateurs de données manquantes.

FIGURE 1 - Diagramme de flux



Variables

La consommation de substances psychoactives était autodéclarée, et dans cet article, les termes « drogue » et « substances » ont été utilisés de manière interchangeable pour faire référence à ces substances psychoactives. Les substances prises en compte dans l'analyse comprenaient la cigarette, la chicha, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le tramadol et les solvants.

Les indicateurs de consommation de substances psychoactives distinguaient les prévalences au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours, tant pour l'ensemble des substances que pour chaque substance individuelle. Ils ont respectivement été définis comme l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives au moins une fois au cours de la vie, de l'année précédant l'enquête et du mois précédant l'enquête.

À l'origine, ces variables présentaient plusieurs modalités de réponse, s'étendant de « jamais consommer » à « plus de 40 fois ». Nous avons simplifié l'analyse en les dichotomisant en « oui » et « non ». « Non » correspondait à « jamais consommer », tandis que « oui » englobait toutes les autres réponses, allant de 1 à 2 fois à 40 fois ou plus.

Les variables dépendantes choisies étaient la consommation globale de substances psychoactives, la consommation de substances légales (cigarette, chicha, alcool, substances détournées de leur usage) et de substances illégales (cannabis, cocaïne, héroïne).

Les variables explicatives incluaient des aspects sociodémographiques, familiaux, scolaires, et l'influence des amis. Ces variables comprenaient l'âge, le sexe, la zone de résidence, la monoparentalité, l'alphabétisation des parents, la profession des parents, le niveau socioéconomique de la famille, la relation avec les parents et la fratrie, la consommation de substances par la famille, l'absentéisme scolaire, les performances scolaires autodéclarées, la relation avec l'école et la consommation de substances psychoactives par des amis.

Deux catégories d'âge ont été considérées : « 15-19 ans » et « 20-25 ans ». La qualité des relations avec les parents, les frères et sœurs, les amis et l'école a été évaluée à l'aide d'une échelle de Likert, où les participants ont exprimé leur niveau d'accord quant au caractère positif et enrichissant de ces relations. Les réponses « 4 » et « 5 » ont été considérées comme indiquant une bonne relation, tandis que les réponses « 1 » à « 3 » correspondaient à une relation perçue comme mauvaise.

Analyses statistiques

Les données ont été soumises à une analyse à l'aide du logiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS), version 25.0. Préalablement à la catégorisation de la variable, la moyenne d'âge et son écart-type ont été calculés. Les fréquences ont été évaluées pour l'ensemble des variables, incluant la catégorie d'âge. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées au moyen d'un modèle de régression logistique afin de quantifier l'association entre la consommation de substances psychoactives et les variables explicatives. Seules les variables présentant un degré de significativité inférieur ou égal à 20 % lors de l'analyse univariée ont été intégrées dans le modèle multivarié. Le seuil de significativité a été établi à 5 %.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation de mise à disposition des données primaires pour cette étude et elle a été approuvée par le Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la vie (CNESS) à travers la lettre No2023 = 133/MSDS-CNESS. Les données mises à disposition étaient stockées sur un ordinateur portable protégé par un mot de passe connu uniquement de l'investigateur principal. L'enquête primaire avait obtenu l'autorisation des autorités administratives se substituant à l'accord parental pour les élèves mineurs. Les données avaient été collectées de façon anonyme.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et familiales

Parmi les 336 élèves dont les enregistrements ont été analysés, 58,6 % (n = 197) étaient de sexe masculin. La majorité des élèves ayant participé à l'enquête étaient âgés de 15 à 19 ans, soit 52,1 % (n = 175), et l'âge moyen était de 19,1 ans avec un écart type de 2,3 ans. Les élèves résidant en zone urbaine représentaient 59,2 % (n = 199) des observations. Les caractéristiques socio-démographiques des élèves participants sont résumées dans le Tableau 1.

TABLEAU 1 - Caractéristiques sociodémographiques des élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif (N = 336)	Pourcentage
Sexe		
Masculin	197	58,6
Féminin	136	40,5
Manquant	3	0,9
Âge (année)		
15-19	175	52,1
20-25	114	33,9
Manquant	47	14,0
Zone de résidence		
Urbaine	199	59,2
Semi-urbaine	37	11,0
Rurale	72	21,4
Manquant	28	8,3

Parmi les élèves ayant pris part à l'enquête, 35,7 % (n = 120) vivaient avec un seul des deux parents biologiques et 29,8 % (n = 100) vivaient sans les deux parents biologiques. Ceux qui ont déclaré avoir de mauvaises relations avec la mère, le père ou les frères et sœurs représentaient respectivement 3,9 % (n = 13), 7,4 % (n = 25) et 9,5 % (n = 32) des observations. En outre, 64,3 % (n = 216) ont déclaré qu'un ou plusieurs membres de la famille consommaient des substances (Tableau 2).

TABLEAU 2 – Caractéristiques familiales des élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Caractéristiques familiales	Effectif (N = 336)	Pourcentage
Vit avec		
L'un des 2 parents	120	35,7
Les 2 parents	106	31,6
Aucun des 2 parents	100	29,8
Manquant	10	3,0
Alphabétisation du père		
Alphabétisé	176	52,4
Non alphabétisé	60	17,9
Je ne sais pas	82	24,4
Manquant	18	5,4
Alphabétisation de la mère		
Alphabétisée	140	41,7
Non alphabétisée	74	22,0
Je ne sais pas	100	29,8
Manquant	22	6,6
Situation professionnelle du père		
Travail à temps plein	172	51,2
Travail à temps partiel	81	24,1
Aucun travail	65	19,4
Manquant	18	5,4
Situation professionnelle de la mère		
Travail à temps plein	67	19,9
Travail à temps partiel	75	22,3
Aucun travail	182	54,2
Manquant	12	3,6
Niveau socioéconomique		
Elevé	14	4,2
Moyen	65	19,4
Faible	245	72,9

Consommation de substances psychoactives chez les élèves

Caractéristiques familiales	Effectif (N = 336)	Pourcentage
Manquant	12	3,6
Relation avec la mère		
Bonne	287	85,4
Mauvaise	13	3,9
Manquant	36	10,7
Relation avec le père		
Bonne	254	75,6
Mauvaise	25	7,4
Manquant	57	17,0
Relation avec la fratrie		
Bonne	251	74,7
Mauvaise	32	9,5
Manquant	53	15,8
Usage de SPA par la famille		
Oui	216	64,3
Non	112	33,3
Je ne sais pas	8	2,4

Caractéristiques scolaires et Consommation des amis

Parmi les personnes interrogées, 62 soit 18,5 % ont déclaré avoir manqué des cours plus de quatre fois au cours du mois précédant l'enquête. Ceux qui ont évalué leur rendement scolaire comme moyen au cours du trimestre précédant l'enquête représentaient 57,1 % (n = 192) des participants. Près de sept personnes sur dix (69,9 %) ont déclaré avoir des amis consommateurs de substances psychoactives (Tableau 3).

TABLEAU 3 – Caractéristiques liées à l'école et aux amis des élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Caractéristiques	Effectif (N = 336)	Pourcentage
Absence aux cours/mois		
Jamais	153	45,5
Une à quatre fois	121	36,0
Plus de quatre fois	62	18,5
Performances scolaires		
Inférieure à la moyenne	19	5,7
Moyenne	192	57,1
Supérieure à la moyenne	102	30,4
Manquant	23	6,9
Relation avec l'école		
Bonne	200	59,5
Mauvaise	58	17,3
Manquant	78	23,3
Usage de SPA par les amis		
Oui	235	69,9
Non	70	20,8
Je ne sais pas	25	7,4
Manquant	6	1,8

Prévalence de la consommation de SPA

Les prévalences de consommation globale de SPA au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours étaient respectivement de 47,0 %, 33,0 % et 24,7 %. La cigarette était la substance la plus consommée au cours de la vie (22,3 %), suivie de la chicha (19,1 %) et de l'alcool (17,6 %). En revanche, l'alcool était la substance la plus utilisée au cours des 30 derniers jours (8,9 %) (Tableau 4).

**TABLEAU 4 – Prévalence de la consommation de SPA
chez les élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022 (N = 336)**

Consommation de SPA	Au cours de la vie		12 derniers mois		30 derniers jours	
	n (%)	manquant	n (%)	manquant	n (%)	manquant
Globale	158 (47,0)	0	111 (33,0)	0	83 (24,7)	0
Cigarette	75 (22,3)	9	34 (10,1)	10	26 (7,7)	5
Chicha	64 (19,1)	5	35 (10,4)	5	19 (5,7)	5
Alcool	59 (17,6)	6	39 (11,6)	6	30 (8,9)	10
Tramadol	33 (9,8)	35	23 (6,9)	35	-*	-
Solvant	28 (8,3)	19	27 (8,0)	19	20 (6,0)	20
Cannabis	23 (6,9)	11	18 (5,4)	11	15 (4,5)	11
Cocaïne	22 (6,5)	7	17 (5,1)	7	14 (4,2)	7
Héroïne	15 (4,5)	14	14 (4,2)	14	12 (3,6)	14

* La consommation de tramadol au cours des 30 derniers jours n'a pas été collectée.

Facteurs associés à la consommation de toute SPA

L'analyse a révélé une prévalence plus élevée de la consommation de SPA chez les garçons par rapport à leurs homologues féminines, avec un OR ajusté de 2,2 ($IC_{95\%} = 1,3-3,8$). De plus, la consommation de SPA par un ami (OR ajusté = 3,9; $IC_{95\%} = 1,7-8,8$) et l'absentéisme scolaire (OR ajusté = 2,9; $IC_{95\%} = 1,4-5,9$) étaient fortement associés à la consommation de SPA au cours de la vie. Bien que non significatives, des associations ont été observées entre la consommation de SPA et le niveau socioéconomique élevé des parents d'une part (OR ajusté = 2,4; $IC_{95\%} = 0,4-12,5$) et une relation médiocre avec les frères et sœurs d'autre part (OR ajusté = 2,4; $IC_{95\%} = 0,9-6,1$). Tous les facteurs associés à la consommation globale de SPA sont récapitulés dans le Tableau 5.

TABLEAU 5 - Analyse de régression logistique décrivant les facteurs associés à l'usage de SPA globale au cours de la vie chez les élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Variables explicatives	Consommation de toute SPA					
	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Sexe (n = 333)						
Féminin	1			1		
Masculin	2,3	1,5-3,7	0,0002*	2,2	1,3-3,8	0,0042*
Alphabétisation du père (n = 318)						
Alphabétisé	1			1		
Non alphabétisé	1,7	0,9-3,1	0,0744	1,8	0,9-3,6	0,0949
Profession du père (n = 318)						
Travail à temps plein	1			1		
Travail à temps partiel	1,5	0,9-2,6	0,1121	1,3	0,7-2,5	0,4510
Aucun travail	1,2	0,7-2,1	0,5725	1,5	0,7-2,9	0,2935
Niveau socioéconomique (n = 324)						
Faible	1			1		
Moyen	1,1	0,6-1,9	0,8105	1,0	0,5-2,1	0,9570
Elevé	2,2	0,7-6,9	0,1575	2,4	0,4-12,5	0,3135
Relation avec le père (n = 286)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	3,0	1,2-7,5	0,0173*	1,6	0,5-4,7	0,4208
Relation avec la fratrie (n = 287)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	2,9	1,3-6,6	0,0094*	2,4	0,9-6,1	0,0656
Usage de SPA par la famille (n = 336)						
Non	1			1		
Oui	1,8	1,1-2,9	0,0140*	1,0	0,5-2,0	0,9703

Consommation de substances psychoactives chez les élèves

Consommation de toute SPA						
Variables explicatives	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Usage de SPA par un ami (n = 330)						
Non	1			1		
Oui	3,9	2,1-7,2	0,0000*	3,9	1,7-8,8	0,0012*
Absence aux cours par mois (n = 336)						
Jamais	1			1		
Une à quatre fois	1,5	0,9-2,4	0,0960	1,3	0,7-2,3	0,3812
Plus de quatre fois	3,4	1,8-6,4	0,0001*	2,9	1,4-5,9	0,0049*
Relation avec l'école (n = 275)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	1,7	0,9-3,1	0,0752	1,7	0,8-3,4	0,1645

* p value significatif (inférieur à 0,05), 1 = référence, OR = odds ratio, IC95% = intervalle de confiance à 95%, n = nombre d'observations incluses dans l'analyse univariée.

NB : Le nombre d'observations incluses dans l'analyse multivariée est de 242.

Facteurs associés à la consommation de SPA légales et illégales

La consommation de SPA légales était significativement associée au sexe masculin (OR ajusté = 2,3; IC_{95%} = 1,3-4,3), à la consommation de SPA par les amis (OR ajusté = 3,3; IC_{95%} = 1,4-7,9) et à l'absentéisme scolaire (OR ajusté = 2,5; IC_{95%} = 1,2-5,5). Bien que non significatives, des associations ont été observées entre la consommation de SPA légales et l'analphabétisme du père (OR ajusté = 2,1; IC_{95%} = 1,0-4,6), ainsi qu'une mauvaise relation avec le père (OR ajusté = 2,2; IC_{95%} = 0,7-7,1) et avec les frères et sœurs (OR ajusté = 2,2; IC_{95%} = 0,8-6,1).

De même, l'absentéisme scolaire était fortement associé à la consommation de SPA illégales (OR ajusté = 6,1; IC_{95%} = 2,4-15,5). Les consommateurs de SPA illégales avaient trois fois plus de probabilités de provenir d'une famille d'un niveau socioéconomique élevé, en comparaison avec les non-consommateurs de SPA illégales, cependant cette association n'était pas statistiquement significative (OR ajusté = 3,0; IC_{95%} = 0,7-13,9). De plus, nous avons observé une association significative entre la consommation de SPA illégales et l'inactivité professionnelle du père, bien que cette association n'ait pas atteint le seuil de significativité statistique (OR ajusté = 2,0; IC_{95%} = 0,8-5,1). Les facteurs associés à la consommation de SPA légales et illégales sont regroupés dans le Tableau 6 et le Tableau 7.

TABLEAU 6 - Analyse de régression logistique décrivant les facteurs associés à l'usage de SPA légales au cours de la vie chez les élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Variables explicatives	Consommation de substances légales					
	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Sexe (n = 333)						
Féminin	1			1		
Masculin	2,3	1,4-3,5	0,0004*	2,3	1,3-4,3	0,0055*
Alphabétisation du père (n = 318)						
Alphabétisé	1			1		
Non alphabétisé	1,8	1,0-3,3	0,0484*	2,1	1,0-4,6	0,0639
Profession de la mère (n = 324)						
Aucun travail	1			1		
Travail à temps partiel	2,0	1,2-3,4	0,0136*	1,8	0,9-3,6	0,0968
Travail à temps plein	1,3	0,7-2,2	0,4006	1,1	0,5-2,4	0,7316
Relation avec le père (n = 286)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	3,2	1,3-8,0	0,0118*	2,2	0,7-7,1	0,1745
Relation avec la fratrie (n = 287)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	3,1	1,4-7,0	0,0059*	2,2	0,8-6,1	0,1439
Usage de SPA par la famille (n = 336)						
Non	1			1		
Oui	1,7	1,1-2,7	0,0237*	1,3	0,6-2,6	0,5576
Usage de SPA par un ami (n = 330)						
Non	1			1		
Oui	3,7	2,0-6,8	<0,0001*	3,3	1,4-7,9	0,0068*
Relation avec les amis (n = 283)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	2,0	1,1-3,9	0,0315*	1,3	0,5-2,9	0,6022

Consommation de substances psychoactives chez les élèves

Consommation de substances légales						
Variables explicatives	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Absence aux cours par mois (n = 336)						
Jamais	1			1		
Une à quatre fois	1,6	0,9-2,6	0,0660	1,7	0,9-3,4	0,1039
Plus de quatre fois	3,1	1,7-5,8	0,0003*	2,5	1,2-5,5	0,0194*
Relation avec l'école (n = 275)						
Bonne	1			1		
Mauvaise	1,9	1,1-3,4	0,0411*	1,4	0,7-3,0	0,3422

* p value significatif (inférieur à 0,05), 1 = référence, OR = odds ratio, IC95% = intervalle de confiance à 95 %, n = nombre d'observations incluses dans l'analyse univariée.

NB : Le nombre d'observations incluses dans l'analyse multivariée est de 246.

TABLEAU 7 - Analyse de régression logistique décrivant les facteurs associés à l'usage de SPA illégales au cours de la vie chez les élèves âgés de 15 à 25 ans à Gao, Mali, 2022

Consommation de substances illégales						
Variables explicatives	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Sexe (n = 333)						
Féminin	1			1		
Masculin	2,2	1,1-4,7	0,0417*	1,8	0,7-4,3	0,2182
Catégorie d'âge (ans; n = 336)						
15-19	1,8	0,9-3,5	0,1012	1,7	0,8-3,8	0,1696
20-25	1			1		
Profession du père (n = 318)						
Travail à temps plein	1			1		
Travail à temps partiel	1,2	0,5-2,7	0,7363	0,9	0,3-2,3	0,8086
Aucun travail	2,0	0,9-4,5	0,0879	2,0	0,8-5,1	0,1393
Niveau socioéconomique (n = 324)						
Faible	1					
Moyen	1,4	0,6-3,2	0,4191	1,7	0,7-4,3	0,2824
Elevé	3,4	1,0-11,7	0,0500	3,0	0,7-13,9	0,1588

Consommation de substances psychoactives chez les élèves

Consommation de substances illégales						
Variabiles explicatives	OR brut	IC _{95%}	p-value	OR ajusté	IC _{95%}	p-value
Usage de SPA par la famille (n = 336)						
Non	1			1		
Oui	3,1	1,3-7,7	0,0143*	1,5	0,5-4,8	0,4493
Usage de SPA par un ami (n = 330)						
Non	1			1		
Oui	2,8	0,9-8,2	0,0584	1,8	0,5-6,9	0,3920
Absence aux cours par mois (n = 336)						
Jamais	1			1		
Une à quatre fois	1,2	0,5-2,9	0,7612	1,0	0,4-2,7	0,9871
Plus de quatre fois	6,8	3,0-15,7	<0,0001*	6,1	2,4-15,5	0,0002*

* p value significatif (inférieur à 0,05), 1 = référence, OR = odds ratio, IC95% = intervalle de confiance à 95 %, n = nombre d'observations incluses dans l'analyse univariée.

NB : Le nombre d'observations incluses dans l'analyse multivariée est de 302.

Discussion et conclusion

La prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 15 à 25 ans scolarisés à Gao est alarmante, avec près de la moitié (47,0 %) qui ont déjà expérimenté une de ces substances dans leur vie, et un tiers dans les 12 derniers mois. Ce problème est d'autant plus préoccupant qu'un jeune sur quatre en a consommé dans les 30 derniers jours. Les résultats de notre étude indiquent que les garçons présentent un risque accru de consommation, et que l'absentéisme scolaire et la connaissance d'un ami consommateur sont fortement associés à cette pratique, ce qui souligne l'influence des pairs dans l'initiation des usages.

Prévalence de la consommation de SPA

Dans cette étude, la prévalence de l'expérimentation de SPA chez les jeunes scolaires de Gao est de 47,0 %. Ce résultat concorde avec celui de Kassew et al. (2023) qui ont signalé un taux similaire en Éthiopie. En revanche, cette prévalence est inférieure à celles rapportées dans des études menées au Bénin (Bio-sya et al., 2022), au Kenya (Atwoli et al., 2011) et au Cameroun (Metuge et al., 2022). Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cet écart. Les études comparées ont utilisé des échantillons de plus grande taille que la nôtre offrant une meilleure sensibilité statistique. De plus, les populations de ces études sont probablement globalement moins impactées par l'interdit religieux de l'alcool, entre autres.

Caractéristiques sociodémographiques et consommation de SPA

Notre étude a révélé une association significative entre le sexe masculin et la consommation de SPA chez les élèves participants du secondaire à Gao, au Mali. La prévalence de la consommation de toute SPA était 2,2 fois plus élevée chez les garçons participants que chez les filles du même âge. Cette association est cohérente avec des recherches antérieures qui ont également constaté une prévalence plus élevée de la consommation de SPA chez les hommes que chez les femmes (Cotto et al., 2010; Guxensa et al., 2007; Kanyoni et al., 2015; Wubetu et al., 2020). En analysant spécifiquement les différentes catégories de SPA, nous avons montré une association significative entre le sexe masculin et la consommation de SPA légales, telles que l'alcool et le tabac, avec un odds ratio ajusté de 2,3 ($IC_{95\%} = 1,3-4,3$). L'analyse univariée a révélé une association significative entre le sexe masculin et la consommation de SPA illégales, qui n'a cependant pas été confirmée à l'analyse multivariée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces associations différenciées entre le sexe masculin et la consommation de différentes catégories de SPA. Les normes de genre et les attentes sociales jouent un rôle important, car les comportements de prise de risque et la consommation de SPA sont souvent associés à la masculinité et perçus comme socialement acceptables chez les hommes (Croisant et al., 2013; Eckel et Grossman, 2008; United Nations Office on Drugs and Crime, 2020; World Health Organization, 2018, 2019). De plus, les influences sociales des pairs peuvent également être un facteur déterminant de normalisation de la consommation de SPA.

Les adolescents (15-19 ans) et les jeunes adultes (20-25 ans) considérés dans notre étude partagent des vulnérabilités socioéconomiques similaires dans le contexte du Mali, ce qui étaye l'absence de relation entre la tranche d'âge et l'expérimentation de SPA. Ce résultat confirme celui de Basha et al. (2023), mais contredit d'autres études ayant mis en évidence chez les adultes de 20-24 ans un sur risque de consommer une SPA en comparaison avec les adolescents de 15 à 19 ans (Kassew et al., 2023; Santé Canada, 2021). Cette variation pourrait être imputable à la différence de population d'étude. En effet, les deux études citées concernaient des jeunes en population générale, tandis que la présente étude portait sur des jeunes scolarisés.

Caractéristiques familiales et consommation de SPA

Nos résultats ont révélé diverses associations, quoique non significatives, entre la consommation de SPA et le niveau socioéconomique élevé des parents, ainsi qu'une relation médiocre avec le père et les frères et sœurs. De même, l'analyse univariée a suggéré une corrélation positive entre la consommation de SPA personnelle et celle d'un membre de la famille. Toutefois, lors de l'analyse multivariée, aucune association significative n'a été observée. Par ailleurs, l'expérimentation de SPA légales était 2,1 fois plus fréquente chez les participants ayant un père non alphabétisé, bien que cette association n'ait pas été significative. En outre, les élèves dont le père était sans emploi présentaient un risque accru de consommer des SPA illégales, mais cette association n'a pas atteint le seuil de significativité statistique.

Les mécanismes sous-jacents des associations entre les caractéristiques familiales et la consommation de SPA peuvent être complexes et multifactoriels. Des études antérieures ont suggéré que

la qualité des relations familiales, en particulier celles avec les parents, peut influencer les comportements de santé des adolescents, y compris leur propension à consommer des SPA (Birhanu et al., 2014; Bozzini et al., 2021; Freitas et Souza, 2020; Kpozehouen et al., 2016; Muchiri et Dos Santos, 2018). Les adolescents qui entretiennent des relations familiales positives et de soutien sont souvent moins susceptibles de recourir à la consommation de SPA, car ils peuvent avoir des sources alternatives de soutien émotionnel et social, ce qui réduit leur besoin de soulager leur stress ou d'expérimenter des substances (Brown et Rinelli, 2010; Du et al., 2015).

Les facteurs tels que l'alphabétisation du père, sa situation professionnelle et le revenu familial peuvent avoir un impact significatif sur la dynamique familiale et l'environnement socioéconomique des adolescents. Par exemple, un père non alphabétisé ou sans emploi peut être confronté à des défis socioéconomiques qui affectent la structure familiale et les relations intrafamiliales. Cela réduit les ressources disponibles pour soutenir les besoins émotionnels et psychosociaux des adolescents, augmentant ainsi leur risque de consommation de SPA. De plus, chez les adolescents issus de familles au niveau socioéconomique élevé, la surexposition aux SPA serait liée au fait qu'ils peuvent accéder plus facilement aux ressources matérielles et financières utiles à leur acquisition. Cependant, il convient de noter que les études sur l'association entre la consommation de SPA chez les jeunes et le niveau socioéconomique de leurs parents ont produit des résultats contradictoires (Daniel et al., 2009; Karriker-Jaffe, 2011; Sutherland, 2012; Wiles et al., 2007).

L'absence de significativité statistique dans certaines associations peut être attribuée à l'importante quantité de données manquantes parmi les variables explicatives incluses dans notre modèle d'analyse multivariée, ce qui accroît le risque de biais statistique.

Conditions scolaires et consommation de SPA

L'absentéisme scolaire était corrélé de manière significative à la consommation de SPA, qu'elles soient légales ou illégales parmi les participants. L'absentéisme scolaire offre davantage de temps libre sans la supervision des parents ou des enseignants, propice à la recherche et à la consommation de substances, seul ou avec des amis. Il est également possible que la consommation de SPA entraîne une augmentation de l'absentéisme scolaire. Les effets des SPA sur le fonctionnement cognitif, les performances académiques et le comportement peuvent entraîner des difficultés d'adaptation à l'école et une tendance accrue à manquer les cours. Cette association a été rapportée dans plusieurs études, tant dans les pays développés que dans les pays en développement (Abio et al., 2020; Gakh et al., 2020; Hill et Mrug, 2015; Kugbey, 2023; Peltzer, 2009).

Fréquentation d'amis consommateurs et consommation de SPA

À l'adolescence, le cercle de pairs se substitue au moins en partie aux figures d'identification parentales dans les processus de socialisation et devient une source d'influence importante pour les jeunes quant à la consommation de substances psychoactives et son initiation (Barnett et al., 2022). Dans cette étude, une forte association a été observée entre la consommation de substances

par les amis et celle des participants. Ce résultat concorde avec ceux rapportés dans la littérature (Aguocha et Nwefoh, 2021 ; Basha et al., 2023 ; Kassa et al., 2014 ; Spach, 2021 ; Wubetu et al., 2020).

Limites de l'étude

La principale limite de cette étude réside dans la taille relativement restreinte de l'échantillon, ce qui pourrait avoir réduit la puissance statistique de notre analyse. Cette limitation aurait en effet pu restreindre notre capacité à détecter des associations significatives entre les variables étudiées et limiter notre capacité à mener des analyses approfondies au niveau des sous-groupes.

La présence d'une quantité importante de données manquantes peut potentiellement introduire un biais dans nos analyses et affecter la validité de nos résultats. Nous avons pris des mesures pour gérer les données manquantes de manière appropriée, mais il est important de reconnaître que cela peut avoir influencé nos conclusions.

Comme pour toute enquête basée sur des questionnaires d'auto-évaluation, il existe un risque de biais de déclaration, du fait que les participants peuvent sous-déclarer ou surdéclarer leur consommation de substances pour diverses raisons telles que la stigmatisation sociale ou la pression des pairs.

Étant donné que cette étude repose sur des données transversales, il est difficile d'établir des relations de causalité entre les variables étudiées. Les associations observées ne permettent pas de déterminer la direction de l'effet. Des études longitudinales seraient nécessaires pour examiner les relations causales au fil du temps.

Bien que cette étude ait été ajustée pour plusieurs variables potentielles, il est possible que des facteurs de confusion n'aient pas été mesurés et aient influencé les résultats.

Implications pratiques et orientations futures

Nos résultats soulignent l'urgence de développer des programmes de prévention précoce afin de sensibiliser les jeunes aux risques associés à la consommation de substances psychoactives. Ces programmes devraient être intégrés dans les programmes scolaires et communautaires afin de toucher un large éventail de jeunes. Parallèlement, il est essentiel de reconnaître le rôle crucial du soutien familial et communautaire dans la prévention de la consommation de substances psychoactives. Les politiques et les programmes devraient donc viser à renforcer les relations familiales positives et à fournir des ressources et des services de soutien aux familles et aux communautés. Les autorités de santé publique doivent également intensifier les campagnes de sensibilisation du public sur les dangers inhérents à la consommation de substances psychoactives, en mettant particulièrement l'accent sur les conséquences néfastes pour la santé physique, mentale et sociale des jeunes.

Pour garantir la représentativité nationale et renforcer la robustesse statistique de nos conclusions, des études supplémentaires à l'échelle nationale sont nécessaires, englobant les jeunes de plusieurs

régions du Mali. Il est également crucial d'adopter des schémas d'études longitudinales afin d'établir la séquence temporelle entre les différentes variables explicatives et la consommation de substances psychoactives, tant globalement que spécifiquement pour chaque substance. En outre, il serait pertinent d'inclure dans les prochaines études des jeunes non scolarisés en plus des jeunes scolarisés, afin de comparer les modalités de consommation de substances psychoactives et les facteurs qui y sont associés entre ces deux groupes.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec ce travail.

Références

- Abio, A., Sezirahiga, J., Davis, L. E., et Wilson, M. L. (2020). Substance use and sociodemographic correlates among adolescents in a low-income sub Saharan setting. *Journal of Injury and Violence Research*, 12(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7001609/>
- Aguocha, C. M., et Nwefoh, E. (2021). Prevalence and correlates of substance use among undergraduates in a developing country. *African Health Sciences*, 21(2), 875-883. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i2.49>
- Ajayi, A. I., Owolabi, E. O., et Olajire, O. O. (2019). Alcohol use among Nigerian university students: Prevalence, correlates and frequency of use. *BMC Public Health*, 19(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7104-7>
- Atwoli, L., Mungla, P. A., Ndung'u, M. N., Kinoti, K. C., et Ogot, E. M. (2011). Prevalence of substance use among college students in Eldoret, western Kenya. *BMC Psychiatry*, 11(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-34>
- Barnett, N. P., DiGiuseppi, G. T., Tesdahl, E. A., et Meisel, M. K. (2022). Peer selection and influence for marijuana use in a complete network of first-year college students. *Addictive Behaviors*, 124, 107087. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107087>
- Basha, E. A., Tefera, A. S., Tilahun, A. T., et Amede, A. F. (2023). Magnitude and Associated Factors of Psychoactive Substance Use among Youths at Selected Administrative Towns of North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Journal of Addiction*, 2023, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2023/2124999>
- Bauman, A., et Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: Prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), 187-207. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00016-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00016-2)
- Bio-sya, A., Damien, G. B., Kpatchavi, A. C., et Allabi, A. C. (2022). Prevalence, associated factors and level of dependence of substance use among urban secondary school students, Benin. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 131(3), 205-213. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13764>
- Birhanu, A. M., Bisetegn, T. A., et Woldeyohannes, S. M. (2014). High prevalence of substance use and associated factors among high school adolescents in Woreta Town, Northwest Ethiopia: Multi-domain factor analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 1186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1186>
- Bozzini, A. B., Bauer, A., Maruyama, J., Simões, R., et Matijasevich, A. (2021). Factors associated with risk behaviors in adolescence: A systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(2), 210-221. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835>
- Brown, S. L., et Rinelli, L. N. (2010). Family Structure, Family Processes, and Adolescent Smoking and Drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 259-273. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00636.x>
- Cotto, J. H., Davis, E., Dowling, G. J., Elcano, J. C., Staton, A. B., et Weiss, S. R. B. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the national survey on drug use and health. *Gender Medicine*, 7(5), 402-413. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2010.09.004>
- Croissant, S. A. P., Laz, T. H., Rahman, M., et Berenson, A. B. (2013). Gender Differences in Risk Behaviors among High School Youth. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(5), 16-22. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.045>

- Cyrus, E., Coudray, M. S., Kiplagat, S., Mariano, Y., Noel, I., Galea, J. T., Hadley, D., Dévieux, J. G., et Wagner, E. (2021). A review investigating the relationship between cannabis use and adolescent cognitive functioning. *Current Opinion in Psychology*, 38, 38-48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.006>
- Daniel, J. Z., Hickman, M., Macleod, J., Wiles, N., Lingford-Hughes, A., Farrell, M., Araya, R., Skapinakis, P., Haynes, J., et Lewis, G. (2009). Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence: Socioeconomic status and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 28(2), 142-153. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2008.00042.x>
- Diallo, T., Coulibaly, S. P., Diara, A., Coulibaly, C. A., Fané, M., Dembélé, O., Koumaré, B. Y., et Maiga, A. (2021). Prise en charge des addictions au centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako-Mali. *Mali Médical*, 36(4).
- Du, Y., Palmer, P. H., Sakuma, K.-L., Blake, J., et Johnson, C. A. (2015). The association between family structure and adolescent smoking among multicultural students in Hawaii. *Preventive Medicine Reports*, 2, 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.03.002>
- Eckel, C. C., et Grossman, P. J. (2008). Chapter 113 Men, Women and Risk Aversion: Experimental Evidence. Dans C. R. Plott et V. L. Smith (dir.), *Handbook of Experimental Economics Results* (1re éd., Vol. 1, p. 1061-1073). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0722\(07\)00113-8](https://doi.org/10.1016/S1574-0722(07)00113-8)
- Fontes, M. A., Bolla, K. I., Cunha, P. J., Almeida, P. P., Jungerman, F., Laranjeira, R. R., Bressan, R. A., et Lacerda, A. L. T. (2011). Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *British Journal of Psychiatry*, 198(6), 442-447. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077479>
- Freitas, L. M. F. D., et Souza, D. P. O. D. (2020). Prevalência do uso de drogas e relações familiares entre adolescentes escolares de Cuiabá, Mato Grosso: estudo transversal, 2015*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100020>
- Gakh, M., Coughenour, C., Assoumou, B. O., et Vanderstelt, M. (2020). The Relationship between School Absenteeism and Substance Use: An Integrative Literature Review. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 491-502. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1686021>
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., et Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- Guxensa, M., Nebot, M., Ariza, C., et Ochoa, D. (2007). Factors associated with the onset of cannabis use: A systematic review of cohort studies. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 252-260. <https://doi.org/10.1157/13106811>
- Hill, D., et Mrug, S. (2015). School-Level Correlates of Adolescent Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use. *Substance Use & Misuse*, 50(12), 1518-1528. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1023449>
- Kanyoni, M., Gishoma, D., et Ndahindwa, V. (2015). Prevalence of psychoactive substance use among youth in Rwanda. *BMC Research Notes*, 8, 190. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1148-2>
- Karriker-Jaffe, K. J. (2011). Areas of disadvantage: A systematic review of effects of area-level socioeconomic status on substance use outcomes: Review of effects of area-level SES. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00191.x>

- Kassa, A., Tadesse, F., et Yilma, A. (2014). Prevalence and factors determining psychoactive substance (PAS) use among Hawassa University (HU) undergraduate students, Hawassa Ethiopia. *BMC Public Health*, 14, 1044. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1044>
- Kassew, T., Tarekegn, G. E., Alamneh, T. S., Kassa, S. F., Liyew, B., et Terefe, B. (2023). The prevalence and determinant factors of substance use among the youth in Ethiopia: A multilevel analysis of Ethiopian Demographic and Health Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1096863. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1096863>
- Kpozehouen, A., Ahanhanzo, Y. G., Paraïso, M. N., Munezero, F., Saizonou, J. Z., Makoutodé, M., et Ouedraogo, L. T. (2016). Facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents au Bénin. *Santé Publique*, 27(6), 871-880. <https://doi.org/10.3917/spub.156.0871>
- Kugbey, N. (2023). Prevalence and correlates of substance use among school-going adolescents (11-18years) in eight Sub-Saharan Africa countries. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00542-1>
- Metuge, C. E., Dzudie, A., Ebasone, P. V., Assob, J. C. N., Ngowe, M. N., Njang, E., et Eyoum, S. M. C. (2022). Prevalence and factors associated with substance use among students in tertiary institutions in Buea, Cameroon. *Pan African Medical Journal*, 41(103). <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.103.29272>
- Muchiri, B. W., et Dos Santos, M. M. L. (2018). Family management risk and protective factors for adolescent substance use in South Africa. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0163-4>
- National Institute on Drug Abuse. (2020, 27 mai). *Cannabis (Marijuana) Research Report: Letter From the Director*. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/marijuana/letter-director>
- Organisation mondiale de la santé. (s. d.). *Drugs*. <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
- Özta , D., Kalyon, A., Ertu rul, A., Gündo du, Ç., Balcio lu, H., Sa lan, Y., Bilge, U., et Karahan, S. (2018). Evaluation of Risk Factors Affecting Substance Use among Tenth-Grade Students. *BioMed Research International*, 2018, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2018/1407649>
- Peltzer, K. (2009). Prevalence and correlates of substance use among school children in six African countries. *International Journal of Psychology*, 44(5), 378-386. <https://doi.org/10.1080/00207590802511742>
- Santé Canada. (2021, 20 décembre). *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019* [sondages]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>
- Scott, J. C., Wolf, D. H., Calkins, M. E., Bach, E. C., Weidner, J., Ruparel, K., Moore, T. M., Jones, J. D., Jackson, C. T., Gur, R. E., et Gur, R. C. (2017). Cognitive functioning of adolescent and young adult cannabis users in the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(4), 423-434. <https://doi.org/10.1037/adb0000268>
- Spach, M. (2021). L'influence du groupe de pairs sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites à l'adolescence. *Revue Jeunes et Société*, 1(1), 57-82. <https://doi.org/10.7202/1076136ar>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022, décembre). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health* (publication no PEP22-07-01-005). <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>

Sutherland, A. (2012). Is parental socio-economic status related to the initiation of substance abuse by young people in an English city? An event history analysis. *Social Science & Medicine*, 74(7), 1053-1061. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.026>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *Socioeconomic characteristics and drug use disorders*. United Nations: World Drug Report 2020. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/socioeconomic.html>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023, juin). *World Drug Report 2023* (publication no E.23.XI.7). United Nations. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., et Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 605-609. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.605>

West African Epidemiology Network on Drug Use. (2022). *The West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU) Report*. ECOWAS. <https://ecowas.int/wp-content/uploads/2022/03/WENDU-REPORT-ENGLISH.pdf>

Wiles, N. J., Lingford-Hughes, A., Daniel, J., Hickman, M., Farrell, M., Macleod, J., Haynes, J. C., Skapinakis, P., Araya, R., et Lewis, G. (2007). Socio-economic status in childhood and later alcohol use: A systematic review*: Childhood socio-economic status and alcohol use. *Addiction*, 102(10), 1546-1563. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01930.x>

Wilson, N., Kariisa, M., Seth, P., Smith, H., et Davis, N. L. (2020). Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2017–2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(11), 290-297. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6911a4>

World Health Organization. (2018, 27 septembre). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>

World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025* (3rd ed). <https://iris.who.int/handle/10665/330221>

Wubetu, A. D., Getachew, S., et Negash, W. (2020). Substances use and its association with socio-demographic, family, and environment-related factors among technical and vocational education and training college students in Ataye, Ethiopia; an institution-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1691. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09797-w>



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Point de vue des joueurs problématiques concernant la commission de délits

Audréane Bertrand-Danjou, B.A., École de psychologie, CQEPTJ et GRIF-Jeu,
Université Laval

Francine Ferland, Ph. D., Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA,
GRIF-Jeu et Hermès

Isabelle Giroux, Ph. D., École de psychologie, CQEPTJ et GRIF-Jeu, Université Laval

Correspondance

Audréane Bertrand-Danjou
École de psychologie
Université Laval - PAV-FAS 2
325, rue des Bibliothèques
Québec (Qc) G1V 0A6
Courriel : audreane.bertrand-danjou.1@ulaval.ca

Note

L'étude a été financée par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu et le service de recherche en dépendance du CIUSSS-CN/CISS-CA.

Résumé

La commission de délits est un facteur de risque bien établi du trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA). Parmi les délits retrouvés, ce sont davantage les délits de nature financière que les autres types de délits qui sont associés au TJHA; ceux-ci survenant bien souvent dans l'optique de financer les habitudes de JHA. Toutefois, il ressort des études récentes que différents types de délits peuvent être commis par les joueurs et joueuses, sans que ceux-ci soient décrits comme étant en lien avec les habitudes de jeu problématiques. Afin de dresser un meilleur portrait du lien délit/JHA, onze personnes ayant suivi un traitement pour leurs habitudes de JHA problématiques et ayant commis au moins un délit judiciairisé à l'âge adulte ont été questionnées sur leur parcours de jeu et la place occupée par les délits commis. Les analyses déductive et inductive révèlent que la gamme de délits commis par les joueurs et joueuses problématiques est plus variée que seulement des délits financiers. Les personnes participant à l'étude révèlent des liens entre les habitudes JHA et des délits liés aux drogues et aux stupéfiants alors que d'autres ont commis des délits financiers qui n'étaient pas liés à leurs habitudes de JHA. Incidemment, la nature du délit commis ne serait pas garante du lien avec les habitudes de JHA. Il semble donc important de poursuivre la recherche afin de mieux comprendre les différents liens existants entre les délits commis et les JHA en portant une attention plus grande aux délits autres que financiers.

Mots-clés : jeux de hasard et d'argent, délit, étude qualitative

Perspectives of problem gamblers on the link between their gambling habits and the commission of offences

Abstract

The commission of offences is a well-known risk factor for pathological gambling. Gambling's problems are more closely linked to committing financial crimes, which are frequently used to fund gambling habits. However, recent research demonstrates that gamblers may commit many forms of offences, although these are not described in relation to problem gambling. To gain a better understanding of these relationships, eleven gamblers who had been in treatment for problem gambling and had committed at least one court-ordered offence were interviewed about their gambling history and the extent to which they had committed offences. Both deductive and inductive analysis show that pathological gamblers commit a wider variety of offences than just financial offences. Participants reveal links between JHA habits and drug related infractions while others commit financial infractions unrelated to their JHA habits. In addition, the nature of the crime would not guarantee a link with JHA tendencies. It shows that it is important to continue research in order to better understand the various connections between offences committed and JHA, with a focus on non-financial offences.

Keywords: gambling, delinquency, qualitative research

Punto de vista de los jugadores problemáticos con respecto a la comisión de delitos

Resumen

La comisión de delitos es un factor de riesgo bien establecido de la problemática relacionada con los juegos de azar y de dinero (TJHA). Los delitos que aparecen con mayor frecuencia que los demás delitos relacionados con los TJHA son los de naturaleza financiera, a menudo en la perspectiva de financiar los hábitos del juego de azar y por dinero. Sin embargo, surge de estudios recientes que los jugadores y jugadoras pueden cometer diferentes tipos de delitos, sin que los mismos se describan como relacionados con las costumbres problemáticas en el juego. Con el objetivo de establecer una mejor descripción de la relación entre delito y juegos de azar y por dinero, once personas, que habían sido tratadas por sus hábitos en este tipo de juego y que habían cometido por lo menos un delito judicializado en la edad adulta, fueron cuestionadas sobre su trayectoria de juego y el lugar ocupado por los delitos cometidos. Los análisis deductivos e inductivos revelan que la gama de delitos cometidos por los jugadores y jugadoras problemáticos no se limitan solamente a delitos financieros. Algunos participantes revelaron una relación entre los hábitos de juego de azar y por dinero y los delitos vinculados con las drogas y los estupefacientes mientras que otros han cometido delitos financieros que no estaban relacionados a sus hábitos de juego de azar y por dinero. Por cierto, la naturaleza del delito cometido no sería garante de la relación con los hábitos de juego de azar y por dinero. Parece importante entonces proseguir la investigación para comprender mejor las diferentes relaciones existentes entre los delitos cometidos y los juegos de azar y por dinero, prestando mayor atención a los delitos que no son financieros.

Palabras clave: juegos de azar y por dinero, delito, estudio cualitativo

Point de vue des joueurs et des joueuses problématiques concernant le lien entre la commission de délits et leurs habitudes de jeu.

Le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA) consiste en une pratique du jeu inadaptée, persistante et répétée amenant une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative chez l'individu (American Psychiatric Association [APA], 2013). Que les habitudes de jeu soient de l'ordre du trouble tel que défini dans le DSM-5 (APA, 2013) ou qu'il soit à des seuils sous-cliniques, il entraîne des conséquences importantes dans différentes sphères de vie de l'individu (Jeffrey et al., 2019) de même que pour ses proches ou la communauté (Kourgiantakis et al., 2013; Langham et al., 2016). Plus précisément, le jeu problématique est reconnu pour les impacts individuels qu'il engendre sur le plan des finances (ex. : perte d'emploi, perte de propriétés), des relations interpersonnelles (ex. : perte de relations significatives) et de l'état de santé psychologique (ex. : troubles anxieux et de l'humeur, troubles de personnalité, abus de substances) (Downs et Woolrych, 2010; Riley et al., 2018). Il est également reconnu que le jeu problématique entraîne des coûts sociaux importants (Winkler et al., 2017) dont notamment les coûts financiers liés aux services de réadaptation et de traitement des joueurs et des joueuses ainsi que ceux associés à la commission d'actes criminels que ces personnes peuvent commettre (Adolphe et al., 2019).

En effet, selon Rosenthal et Lesieur (2007), il n'est pas rare de voir des joueurs ou des joueuses commettre des délits dans le but de soutenir leurs activités de jeu ou de se sortir d'une situation financière difficile occasionnée par ces activités. Ces auteurs établissent donc un lien entre la présence d'habitudes de jeu problématiques et la commission de délits. Ainsi, historiquement, l'interprétation du lien jeu problématique/délictueux a été expliquée de façon assez étroite en mettant l'accent sur les délits d'acquisition soit, selon le ministère de la Sécurité publique (2022), l'ensemble des délits portant atteinte aux droits de propriété. Ils incluent notamment les vols, la fraude, les méfaits, l'introduction par effraction, les vols de véhicules à moteur, la possession de biens volés et le crime d'incendie. Selon Sakurai et Smith (2003), les délits d'acquisition commis par les joueurs et les joueuses serviraient à financer leurs activités de jeu ou les insuffisances financières occasionnées par les habitudes de JHA. Conséquemment, ce sont davantage les délits tels que le détournement de fonds, la fraude, le vol et la contrefaçon qui ont été étudiés en lien avec le jeu (Grinols et Mustard, 2006). Cependant, un nombre croissant d'évidences empiriques suggèrent que les JHA peuvent également être associés à des délits contre la personne, à de la violence et à de la négligence (Dowling et al., 2016; Roberts et al., 2016; Suomi et al., 2013) soit des délits qui sont davantage de l'ordre des infractions contre la personne.

Une revue de la littérature menée par l'équipe de Adolphe (2019) sur ce sujet conclut que le lien entre le jeu problématique et la commission de délits existe. Ces auteurs précisent toutefois qu'il demeure encore beaucoup d'incompréhension quant à la nature de ce lien, car celui-ci serait beaucoup plus large que la conceptualisation utilisée actuellement.

Lorsqu'il est question de criminalité et de JHA, il apparaît important de tenir compte de la consommation de substances psychoactives puisque celle-ci est souvent présente lorsqu'un délit est commis (Hayhurst et al., 2017). Dans ces cas, comme pour les joueurs et les joueuses, la commission de délits peut être motivée par le besoin de financer la consommation de substances soit des délits d'acquisition (Pierce et al., 2015). Les délits associés aux substances (ex. : trafic de drogues) peuvent aussi prendre place dans le but de financer les habitudes de JHA ou encore pour rembourser des dettes occasionnées par les habitudes de JHA. Ce lien tripartite (délit/consommation/JHA) a entre autres été documenté par Le et Gilding (2016) dans une étude menée auprès de femmes incarcérées. Les résultats de cette étude montrent en effet que la majorité de ces femmes ont participé à des activités de trafic de stupéfiants, volontairement ou non, pour rembourser des dettes de JHA.

Comme les taux de prévalence varient selon les critères utilisés pour définir ce qu'est un crime et selon la population étudiée (population générale, population clinique, population carcérale), il est difficile de déterminer avec justesse la prévalence des délits commis en lien avec les habitudes de JHA. De plus, les études concernant cette concomitance sont habituellement de nature quantitative et rapportent la présence de criminalité chez les joueurs et les joueuses sans estimer le lien entre ces deux comportements. Malgré ceci, les taux de commission de délits retrouvés varient de 32 % chez une population de joueurs et joueuses effectuant une demande d'aide via une ligne d'appel (Folino et Abait, 2009) et chez les joueurs et joueuses incarcérés (Rudd et Thomas, 2016) à 89 % chez les personnes ayant eu un problème de JHA au cours de leur vie (Meyer et Stadler, 1999). Malgré que certains joueurs et joueuses commettent des délits pour soutenir leurs habitudes de jeu, les études majoritairement quantitatives qui rendent compte de cette problématique informent sur l'incidence de ces comportements délictuels, mais peu sur les raisons motivant ces actes. Il est permis de croire que les joueurs et joueuses qui commettent des délits peuvent le faire pour maintenir leur dépendance au jeu, mais également pour d'autres raisons (Arthur et al., 2013). D'ailleurs, à l'issue de leur revue de la littérature Adolphe et ses collaborateurs (2019) proposent d'étudier les joueurs et joueuses ayant commis un délit lié à leurs habitudes de JHA sous l'angle individuel afin de mieux comprendre cette relation et d'établir une meilleure compréhension clinique sur le sujet. De plus, selon Banks et Waugh (2019) il importe de tenir compte tant des actes criminels directement liés aux JHA que de ceux qui y sont indirectement liés afin de mieux comprendre comment se situe la commission d'actes criminels dans le vécu du joueur ou de la joueuse.

Ainsi, afin de pallier ce manque d'information dans la littérature, l'objectif de cette étude de nature qualitative consiste à documenter les liens pouvant exister entre les délits commis au cours de la vie et les habitudes de JHA de joueurs et joueuses ayant bénéficié d'un traitement pour un jeu problématique. Les liens faits par ces personnes entre leurs problèmes de jeu et la commission de délits seront également conceptualisés à la lumière de leurs habitudes de consommation de substances.

Méthode

Participants et participantes

Les personnes ayant pris part à l'étude ont été recrutées parmi l'ensemble des individus ayant fait une demande d'aide pour leurs habitudes de JHA dans un centre public de réadaptation en dépendance (CPRD) du Québec entre avril 2018 et janvier 2020. Les critères de sélection retenus sont les suivants : 1) avoir fait une demande d'aide en JHA dans un CPRD, 2) avoir un score de 11 et plus au questionnaire *Détection du besoin d'aide - Jeu de hasard et d'argent* (DÉBA-Jeu; Tremblay et al., 2013) et 3) avoir été reconnu coupable d'au moins un délit ou une infraction à l'âge adulte dans les deux dernières années. La sphère « Situation judiciaire » de *l'Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT; Bergeron et al., 1998) a été utilisée pour vérifier ce critère. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu afin de permettre une plus grande variété des profils.

Au total, 29 personnes répondaient aux trois critères d'inclusion dans la période visée et 16 ont pu être rejointes par téléphone. Treize d'entre elles ont accepté de participer à l'étude : douze ont complété l'entrevue et une personne ne s'est pas présentée à la rencontre et n'a pu être rejointe par la suite. Il est de plus à noter qu'une des entrevues a été exclue des analyses, car la personne ne reconnaissait pas l'acte criminel indiqué dans son questionnaire d'entrée en CRPD. L'échantillon final consiste donc en 11 personnes, soit 10 hommes et une femme. Le Tableau 1 présente les données sociodémographiques ainsi que les types de délits et de jeux des participant-es. Il est à noter que les noms donnés aux participants et participantes sont des noms fictifs et que tous avaient déjà consommé des substances psychoactives au cours de leur vie. Précisons en outre qu'aucune donnée sociodémographique n'a été recueillie auprès des personnes qui ont refusé de participer à l'étude.

Instruments

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire conçu pour l'étude permet de recueillir des informations sociodémographiques sur les participants et les participantes. Il contient sept questions concernant le genre, la date de naissance, l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, les différentes sources de revenus et l'aisance financière perçue.

Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT; Bergeron et al., 1998). Ce questionnaire d'évaluation est utilisé à l'admission dans les CPRD. Bien qu'il permette d'évaluer les besoins de services dans plusieurs sphères de vie, seule la sphère « Situation judiciaire » a été considérée puisqu'elle dresse un portrait des différentes infractions et délits judiciairisés commis par les personnes requérant des services. Ainsi, les personnes pour lesquelles l'évaluateur avait indiqué la présence d'une infraction ou d'un délit judiciairisé au cours des 24 derniers mois (et au cours de l'âge adulte) étaient contactées.

TABLEAU 1 – Données sociodémographiques, type de jeu joué et délit commis pour chacun des participants

Nom fictif	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Statut conjugal	Source de revenus	Situation financière perçue	Délict judiciaire	Type de jeu joué	Score au DÉBA-Jeu
Émilien	Homme	44 ans	Équivalence de secondaire 2	Célibataire	Emploi à temps plein	À l'aise financièrement	Conduite avec les facultés affaiblies	Appareils de loterie vidéo	18
Milo	Homme	26 ans	Études secondaires complétées	Marié	Emploi à temps plein	Très à l'aise financièrement	Trafic de drogues	Poker	12
Mathias	Homme	31 ans	Études secondaires complétées	Célibataire	Emploi à temps plein	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Voies de fait	Machine à sous	24
Simone	Femme	58 ans	Cinquième année du primaire	Union libre	Pension d'invalidité	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Vols dans des commerces	Machine à sous	28
Gilbert	Homme	58 ans	Études secondaires complétées	Union libre	Assurance-emploi	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Vol par effraction	Appareils de loterie vidéo	31
Arthur	Homme	42 ans	Études collégiales partielles	Célibataire	Emploi à temps plein	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Trafic de drogues	Jeux de casino en ligne	30
Guy	Homme	55 ans	Diplôme d'études collégiales	Divorcé	Sécurité du revenu	Revenus insuffisants	Conduite avec les facultés affaiblies	Appareil de loterie vidéo et Poker	24
Sylvain	Homme	48 ans	Équivalence de secondaire 3	Célibataire	Assurance-emploi	Très à l'aise financièrement	Conduite avec les facultés affaiblies	Machines à sous	29
Benoît	Homme	38 ans	Diplôme d'études collégiales	Célibataire	Emploi à temps plein	À l'aise financièrement	Conduite avec les facultés affaiblies	Appareils de loterie vidéo et paris sportifs	30
Gaétan	Homme	60 ans	Équivalence de secondaire 2	Union libre	Emploi à temps plein et pension de retraite	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Vol par effraction	Loteries	12
Laurent	Homme	30 ans	Études collégiales partielles	Célibataire	Emploi à temps plein	Revenus suffisants pour subvenir aux besoins	Conduite avec les facultés affaiblies	Machine à sous	16

Note : Tous les participants ont consommé des substances psychoactives (alcool ou drogues) au cours de leur vie.

Détection du besoin d'aide – Jeu (DÉBA-Jeu-8) (Tremblay et al., 2013). Ce questionnaire comprend deux sections. La première section permet de documenter la fréquence à laquelle la personne a participé à différents JHA au cours des 12 derniers mois en utilisant une échelle de type « Likert » variant de 0 (« Jamais ») à 4 (« 3 fois et plus par semaine »). La seconde section comprend huit items évalués sur une échelle de type Likert variant de 0 (« Jamais ») à 4 (« Presque toujours »). Le score obtenu à chaque item est additionné pour donner un score total qui permet de déterminer la sévérité du problème de jeu. Ce questionnaire permet de vérifier l'intensité du problème de jeu au moment de l'entrevue de recherche. Le questionnaire n'a pas été validé, mais il bénéficie d'une bonne diffusion dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Guide d'entrevue. Celui-ci a été conçu afin de répondre aux objectifs de l'étude. À l'aide d'une première question d'amorce, ce canevas permettait de documenter les perceptions des participants et participantes quant à la manière dont les délits commis au cours de leur vie étaient liés ou non à leurs habitudes de JHA. Il ciblait entre autres : la nature des délits judiciarisés et non judiciarisés commis, les raisons pour lesquelles les délits avaient été commis et la place occupée par la consommation de substances dans le parcours de vie. Bien que la sévérité de la consommation de substances ne fasse pas partie des thèmes abordés lors des entretiens, celle-ci a émergé du discours de certains participants et participantes et a donc été considérée.

Life History Calendar. Cet outil, traditionnellement utilisé pour des recherches quantitatives au long cours, vise à intégrer ensemble différents angles considérés dans une recherche (ex. : sphères familiales, scolaires, emploi, etc.) dans le parcours de vie d'un individu. Il permet de mettre l'accent sur les relations temporelles et le contexte historique reliant les événements et les éléments à l'étude. Son utilisation en recherche qualitative permet de faciliter la discussion autour de comportements et d'expériences passés qui peuvent être interreliés (Nelson, 2010). Dans cette étude, trois lignes de vie ont été représentées graphiquement et mises à la disposition des personnes pour qu'elles y inscrivent les éléments souhaités. Celles-ci concernent les habitudes de JHA, les délits commis ainsi que les habitudes de consommation de substances psychoactives.

Procédure

La sollicitation des participants et des participantes s'est faite en deux temps. D'abord, les personnes répondant aux critères de sélection ont été contactées par un assistant ou une assistante de recherche qui leur expliquait brièvement le projet et leur demandait si la chercheuse pouvait les contacter. Au moment de l'appel, les personnes recevaient des explications détaillées sur l'étude puis, si elles le désiraient, la rencontre de recherche était ensuite fixée dans les locaux du CPRD. Les entretiens ont duré entre quarante-cinq minutes et deux heures et ont été enregistrés en format audio numérique afin de pouvoir être retranscrits pour l'analyse.

Les rencontres avec chacune des personnes débutaient par la lecture et la signature du formulaire d'information et de consentement puis le participant ou la participante remplissait individuellement le questionnaire sociodémographique avant d'effectuer l'entrevue. À la fin de la rencontre, une compensation monétaire de 50 \$ sous forme de chèque cadeau dans un centre commercial de la région était remise.

Considération éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique en recherche sectorielle en neurosciences et santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Numéro d'approbation #2018-242) et subséquemment par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval.

Analyses

L'analyse qualitative des entrevues a été faite selon la méthode de thématization en continu qui permet d'identifier, d'analyser, d'extraire et d'obtenir une liste complète des thèmes présents dans les entrevues. Les six étapes mises de l'avant par Braun et Clarke (2006) pour faire une analyse thématique ont été respectées soit : 1) familiarisation avec les données par l'intermédiaire de la lecture et de la relecture des entrevues; 2) premier encodage des caractéristiques intéressantes; 3) attribution de noms de thèmes aux regroupements de codes; 4) raffinement des thèmes via une relecture des extraits sélectionnés pour chaque thème et mise en relation de ceux-ci avec l'ensemble des données; 5) raffinement des thèmes pour en réduire le nombre tout en conservant la signification et 6) production du rapport d'analyse.

Une concordance inter-juges a été faite jusqu'à l'obtention d'un consensus pour chacun des codes, permettant ainsi un raffinement du livre de codes au fur et à mesure du processus. Plus précisément, avant d'amorcer la codification la première auteure a établi un arbre de codification des thèmes de départ selon le guide d'entrevue. Par la suite, celle-ci codait individuellement deux entrevues avant d'effectuer une réflexion commune avec une deuxième personne pour en arriver à l'obtention d'un consensus sur la codification effectuée. Ce consensus permettait de modifier l'arbre de codification en ajoutant, retirant ou clarifiant les thèmes. Il est à noter que les entrevues faites avec les participants et les participantes ont permis d'atteindre une saturation empirique telle qu'observée par les deux personnes responsables de la codification.

Résultats

L'analyse qualitative permet de faire ressortir les divers types de délits que les personnes ayant pris part à l'étude relient à leurs habitudes de jeu, et ce, d'une façon directe ou indirecte, par exemple à travers la consommation de substances. Les délits que les participants et les participantes relient au jeu seront présentés par catégorie, soit a) les infractions contre la propriété (ex. : vols, fraude, méfaits, etc.); b) les infractions contre la personne (ex. : voies de fait et négligence); c) les infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants (ex. : trafic de drogues); ainsi que d) les infractions relatives à la conduite d'un véhicule (ex. : conduite avec les facultés affaiblies).

Infractions contre la propriété

Il ressort du discours des participants et des participantes que des infractions contre la propriété peuvent être effectuées afin de soutenir les habitudes de JHA. Ce sont principalement des vols qui sont rapportés. Ces vols sont présentés comme des façons d'obtenir l'argent nécessaire pour jouer ou pour se procurer des biens essentiels qui permettront de conserver l'argent obtenu légalement pour jouer.

Mes neveux viennent chez nous, ils perdent leur portefeuille pis ils m'accusent. [...] Ça c'est le premier délit. Je l'ai pas volé, mais je l'ai retrouvé quatre ou cinq mois après. La neige a fondu, il était dehors. Là il y avait de l'argent. [...] Là je l'ai pris, parce qu'ils m'accusaient, pis ils m'écœuraient. Bien allez chier, je vais le prendre l'argent. [...] Je me sentais coupable pareil, mais je l'ai pris, j'ai commencé à jouer. (Guy, 55 ans)

Bin là mon épicerie, c'était devenu que je sortais avec des sacs pleins sans payer. J'avais développé des drôles d'habitudes. Jusqu'à me faire prendre trois fois. Fait que là, j't'en justice à cause de ça... [...] Tout ce que je pouvais sauver pis garder dans mes poches pour aller jouer, je le faisais. (Simone, 58 ans).

Il ressort également du discours des participants et des participantes que le vol d'argent ou d'objets à des proches permet de financer les habitudes de JHA. Les objets volés sont alors mis en gage afin d'obtenir du financement pour les habitudes de JHA.

C'était vraiment, euh, je vidais les comptes. Je vidais les comptes, endettement. Tsé tu perds le contrôle. Fait que tu te soucies pas de... Fait que là les comptes impayés, euh des emprunts à la banque, euh vider le compte d'épargne de la petite [sa fille]. Ça... ça a été une des plus grosses gaffes que j'ai regretté. (Benoît, 38 ans).

Souvent j'allais *pawner* [c.-à-d., mettre en gage] des choses, ma guitare, des appareils qui ont de la valeur, que je prenais parfois à mon chum. [...] Le *pawnage* d'affaires c'est ça, tu vas porter ta guitare, ils te donnent un montant, puis ça te coûte deux fois plus cher pour aller la rechercher. (Simone, 58 ans).

Les participants et participantes à l'étude rapportent diverses stratégies délictuelles utilisées pour obtenir de l'argent ou pour conserver de l'argent qui sera ensuite utilisé pour jouer.

Ouais ben j'ai fait ça... J'ai fait des faux chèques ou hum... ou même j'ai déplaqué mon véhicule parce que je savais que j'avais de l'argent dans 3 jours, je le replaquerais... Fait que je me promenais avec le véhicule pas plaqué. Ça, je l'ai fait souvent pour avoir de l'argent pour aller chercher la cagnotte mettons... (Guy, 55 ans).

Du point de vue des personnes participantes, avoir commis un délit contre la propriété, par exemple un vol, n'est pas nécessairement en lien avec leurs habitudes de JHA. Les vols peuvent être une façon d'obtenir des fonds pour autre chose, par exemple soutenir la consommation de substances.

On a faite des p'tites affaires, là, pis il y a eu des p'tits vols, pis euh, des p'tits euh, ouin, on, des bris qu'on a faites. Dans les chalets, faque. [...] Pis quand on faisait les vols, pis on, on pouvait vendre des choses qu'on avait, bin on s'achetait du pot. (Gaétan, 60 ans).

Une fois ce type de délits effectué une première fois, celui-ci semble devenir une option envisageable par la suite pour obtenir de l'argent qui permettrait de jouer. Le recours au vol par le passé peut faire en sorte d'envisager effectuer ce type d'infractions plus tard dans la vie comme stratégie de financement des habitudes de JHA.

[L'idée de financer le jeu] en faisant un vol ça m'est déjà venu, mais je serais pas capable. J'essayais à un moment donné une connerie, mais j'suis devenu anxieux. Fait que là je bloque. Je bloque puis je suis plus capable. (Gaétan, 60 ans).

Infractions contre la personne

Cette catégorie d'infraction regroupe les délits qui portent atteinte à l'intégrité d'une personne ou qui sont susceptibles de le faire. Bien que cette catégorie regroupe un grand nombre d'infractions, la seule à être ressortie du discours des participants et des participantes est la commission de voies de fait. Tous et toutes rapportent toutefois que la commission de ces délits n'était pas reliée à leurs habitudes de JHA.

Il y a un de mes amis qui m'a dit qu'il y a quelqu'un qui me parle mal, pis ainsi de suite. Puis là il a dit je vais aller le voir, mais ils étaient 3-4 de ses amis. Il dit tu viens-tu avec moi. Fait que là moi avec les réflexes que j'avais... j'ai dit oui. Puis là ça adonné que je montais les marches puis que le gars était tout seul. Mais là mon ami allait lui parler, puis là moi j'ai poussé le gars. Puis là j'ai dit : tsé regarde arrête parce que mon ami, tsé, il va te faire quelque chose dans le fond. [...] Il dit : regarde... je sais pas trop... Il avait peur un peu fait que moi je l'ai lâché. Tsé je l'ai juste accoté dans le mur dans le fond. (Mathias, 31 ans)

Les participants et les participantes ayant commis des voies de fait au cours de leur vie rapportent que ce délit était davantage relié à leurs habitudes de consommation de substances qu'à leurs habitudes de JHA.

Pis j'ai même pas eu le temps de fermer la porte de la chambre de bain, pis il me poussait. faque... pis je savais, je peux pas frapper avec mes mains, c'est, ça, ça va être trop destructeur. Faque je l'ai pris pis je l'ai accroché, je, je l'ai, je l'ai écrasé au plafond. Pis avec son corps, bin j'ai arraché la toilette pis le lavabo. [...] Là j'ai vu l'impact de la drogue... (Arthur, 42 ans)

Pour certaines personnes, comme Mathias (31 ans), la peur des représailles associées avec la commission de ce type de délits semble représenter un facteur de protection faisant en sorte que cela ne devient pas une option envisageable par la suite : « J'irai pas me mettre dans une situation de risque où je vais aller en prison ou quelque chose comme ça. Parce que là ça sera pas mieux pis mes parents ne m'aideront pu. »

Les personnes participantes ont également abordé comment une incarcération peut affecter les proches. Ainsi, pour Benoît, la présence d'habitudes de JHA envahissantes l'a mené à ne pas respecter ses obligations familiales.

Tsé [le jeu] ça a eu des conséquences familiales. Le lendemain matin j'étais supposé aller porter ma fille. Elle avait une sortie [...] d'école pis c'était les parents qu'on allait les porter, c'était pas l'autobus. [...] Le lendemain matin j'étais pas là. Personne savait où j'étais... J'étais pogné... pogné en prison. (Benoît, 38 ans).

Infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants

Des délits liés aux substances, plus particulièrement à la possession ou au trafic de drogues, ont été directement associés au financement des activités de JHA par les participants et les participantes. Vendre de la drogue devient ainsi une source de financement additionnelle permettant de jouer. Pour les personnes participantes, la vente de drogues est un moyen directement lié au financement des activités de JHA ou encore peut le devenir insidieusement au fil du temps.

J'ai continué à vendre de la drogue, continué à vendre du *pot* pour continuer à jouer... Avant c'était censé être l'inverse là. C'était censé être arrêter de vendre du *pot* pour devenir un joueur professionnel. Puis finalement, c'est devenu l'inverse. Je continuais à vendre parce que fallait j'paye ma dépendance. Sinon j'aurais sûrement arrêté avant de me faire arrêter. (Milo, 26 ans)

Comme le précise Arthur (42 ans), le revenu supplémentaire engendré par la vente de drogues permet donc d'obtenir de la liquidité qui est réinvestie directement dans les habitudes de JHA : « On était 2, on en vendait pour 6 000 piasses par semaine. On passait toute dans le jeu. »

Il est à noter que certaines personnes participantes n'avaient pas nécessairement pu faire le lien entre leurs activités criminelles et leurs habitudes de JHA au moment où celles-ci se produisaient. C'est seulement à la suite du processus d'intervention pour leur dépendance et avec le recul qu'elles ont rapporté voir plus clairement le lien entre les deux, comme l'explique Arthur (42 ans) : « Aveuglement à ce moment-là, oui [la vente de cocaïne était pour financer le jeu]. Vous me l'auriez demandé et j'aurais dit non, que c'était pour tout autre besoin quelconque. Mais concrètement, je me voilais [la face] quasiment volontairement. »

Infractions relatives à la conduite d'un véhicule

Les participants et les participantes ayant été arrêtés pour la conduite avec les facultés affaiblies décrivent ce délit comme étant davantage relié à la consommation de substances qu'aux habitudes de JHA. « L'alcool, affirme Benoît (38 ans), me fait plus peur que le jeu. Parce que l'alcool j'en prends beaucoup. Ça fait que je perds le nord. Je perds le nord là, je sais plus ce que je fais, puis je fais plus de délits ».

La perte du permis de conduire peut résulter de la conduite avec facultés affaiblies et elle est perçue comme un impact important de ce délit. Toutefois, bien que cette conséquence soit directement liée à la consommation de substances psychoactives, elle peut tout de même survenir dans une période trouble de la vie de la personne où les JHA et la consommation vont de pair. « Je me suis fait arrêter au printemps pour ivresse au volant. J'étais pas mal dans ma passe. J'étais en période de jeu et d'alcool assez prononcée. Ouais, c'était une période d'autodestruction. » (Benoît, 38 ans)

Il ressort également du discours des participants et des participantes que le jeu et la consommation de substances sont deux problématiques qui sont souvent présentes de manière concomitante. La présence d'un problème de consommation de substances psychoactives sur une longue période peut avoir un impact direct sur les habitudes de JHA, comme le relate Sylvain (48 ans) : « Bin tsé, la cocaïne, c'était plus le jeu. Bin en tout cas, c'était plus le jeu qui m'amenait à en prendre pour pas dormir ».

La difficulté de consommer sans jouer ou de jouer sans consommer se voit nommée. Pour certaines personnes, la consommation de substances était une partie intégrante de leurs habitudes de JHA. « J'étais pas capable de faire juste le jeu, juste l'alcool. C'était tout le temps toute, toute, toute. » (Benoît, 38 ans).

Par conséquent, il peut devenir difficile de départager ce qui appartient à la consommation de ce qui appartient aux JHA, car les deux problématiques se confondent.

Moi le jeu était relié directement à la cocaïne. J'avais jamais touché la cocaïne jusqu'à la fin de la trentaine. Puis euh, peine d'amour, manque de reconnaissance, etc. Je me suis saboté. Pour moi, c'était de mourir à petit feu. (Arthur, 42 ans)

Il ressort toutefois du discours des personnes ayant vécu des problématiques de dépendance aux JHA ainsi qu'à l'alcool que les JHA ont été plus dommageables à plusieurs égards.

Je pense que [le jeu] c'est le pire. C'est la pire affaire, parce que la consommation, t'es « poqué » le lendemain ça parait dans ta face t'as... physiquement t'as... Le jeu, t'as pas les yeux rouges, tu pu pas. Fait que tu sais pas là, mais c'est juste toi avec toi. Il y a toi avec toi qui l'sais pis y'a ton... Puis ton compte de banque il sait là. (Émilien, 44 ans)

On en entend moins parler du jeu, mais moi à mon avis c'est plus fort que tout. Parce que j'ai passé à travers la drogue jeune, ensuite la boisson un petit peu plus tard. Je suis une personne facilement dépendante, même dépendante affective probablement. Puis le jeu, c'est ce qui a été me chercher le plus... Ouin ça a été le plus problématique à m'enlever du cerveau. (Simone, 58 ans)

Discussion

L'objectif de cette étude était de documenter la nature du lien existant entre les habitudes de JHA et les délits commis au cours de la vie selon le type d'infractions commises, qu'ils aient été judiciairisés ou non. Afin d'atteindre cet objectif, 11 entrevues ont été réalisées avec des personnes ayant effectué une demande d'aide pour leurs habitudes de JHA problématiques et ayant commis au moins un délit judiciairisé à l'âge adulte, que ce délit ait été ou non en lien avec les habitudes de JHA. Le résultat principal de cette étude souligne que le portrait des délits commis en lien avec les habitudes de JHA semble plus large que celui qui est historiquement présenté, à savoir que les délits commis pour soutenir les habitudes de JHA sont strictement de nature financière (Adolphe et al., 2019) et incidemment s'apparenteraient aux infractions contre la propriété. Cette conceptualisation des délits liés aux JHA ressort d'ailleurs dans la manière dont était défini le critère diagnostique portant sur les actes illégaux figurant dans la version précédente du DSM (APA, 2000). Les actes illégaux y étaient en effet détaillés comme étant des infractions contre la propriété (fraude, vols, contrefaçon entre autres).

Il ressort effectivement de cette étude que des infractions financières de toutes sortes peuvent avoir été effectuées pour soutenir les habitudes de JHA. Ces dernières sont par exemple des vols dans des commerces ou aux proches. D'autres moyens n'ayant pas nécessairement été judiciairisés sont également rapportés (dépôt de faux chèque, mise en gage d'objets de valeur n'ayant pas appartenu au joueur, etc.). Ainsi, une gamme d'infractions contre la propriété se retrouve dans le discours des personnes participant à l'étude. Il est donc possible de constater qu'effectivement, plusieurs délits de nature financière en lien avec les habitudes de JHA sont effectués par des joueurs et des joueuses. Cela s'accorde avec la littérature à ce sujet qui met l'accent sur les crimes non violents permettant d'obtenir des fonds pour jouer (Abbott et al., 2005; Turner et al., 2009). Cependant, lorsqu'un intérêt est porté aux autres types d'infractions (infractions contre la personne, infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants, infractions relatives à la conduite d'un véhicule), il est possible de constater que celles-ci peuvent également avoir été effectuées dans le but de soutenir les habitudes de JHA ou encore peuvent avoir été indirectement liées à ces habitudes.

En ce qui concerne les infractions contre la personne et les incarcérations, les participants et les participantes à l'étude rapportent que celles-ci peuvent avoir un impact sur leurs proches bien que cet impact ne soit pas intentionnel. Cela peut par exemple engendrer des absences à des moments où la présence de la personne était indispensable. Selon Tepperman et al. (2006). Lorsqu'elle implique un enfant, une telle absence non prévue peut affecter la relation parent-enfant et créer un sentiment d'insécurité chez l'enfant (Darbyshire et al., 2001), surtout si les absences surviennent à répétition.

Sur le plan des infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants, les participantes et participants indiquent que le trafic de substances illégales peut être une façon de financer les habitudes de JHA. Le lien entre les délits associés aux drogues et les habitudes de JHA a précédemment été documenté par Le et Gilding (2016) dans une étude qualitative dont les résultats indiquaient que la pratique du

jeu pouvait influencer la commission de ce type de délits de deux manières. Selon ces chercheurs, le réseau associé aux JHA pourrait faciliter l'entrée du joueur ou de la joueuse vers le marché des drogues illégales alors que les habitudes de JHA pourraient fournir la motivation nécessaire pour commettre des infractions liées aux drogues et aux stupéfiants (ex. : en raison de dettes de jeu) (Le et Gilding, 2016). Par ailleurs, sans que celle-ci soit associée à la commission de délits, la consommation de substances peut être ou non reliée aux habitudes de JHA comme l'ont indiqué certaines personnes consommant pour être en mesure de jouer plus longtemps. Bien que le lien entre la consommation de substances, les délits qui sont associés aux substances et les habitudes de JHA soit peu étudié, mieux comprendre celui-ci semble être une avenue intéressante afin de pouvoir adapter l'intervention aux besoins spécifiques de ces joueurs et joueuses (Grant et Chamberlain, 2020).

Les résultats de la présente étude appuient la décision de retirer la présence de délits des critères diagnostiques retenus pour le TJHA dans le DSM-5 (APA, 2013) puisque ceux-ci ne semblent pas être une caractéristique inhérente à cette problématique. En effet, comme l'ont mentionné les participants et les participantes à l'étude, l'apparition de délits surviendrait à un moment où tous les modes de financement légaux auraient été utilisés ; les délits seraient alors considérés comme le moyen pour régler les problèmes (Wegrzycka, 2007). Il ressort toutefois de la présente enquête que la commission d'un délit par le passé n'est pas garante d'un nouveau recours aux délits ni de l'usage de délits plus graves en vue de soutenir les habitudes de JHA. Comme le mentionnait, Wegrzycka (2007), il existe des barrières à la commission de délits qui interviendraient dans le processus d'escalade des délits. Ainsi des éléments comme l'anxiété et la peur des représailles seraient des facteurs déterminants pour éloigner le joueur ou la joueuse du cycle menant à la commission de délits (Wegrzycka, 2007).

Forces et limites

Les principales forces de cette étude sont d'avoir rencontré des joueurs et des joueuses ayant commis différents types de délits permettant ainsi d'explorer les délits autres que financiers. Ceci a permis de mieux comprendre comment les différents types de délits peuvent s'insérer dans la vie des joueurs et des joueuses requérant de l'aide et comment ces délits peuvent ou non être associés au TJHA. Une autre force de cette étude est d'avoir utilisé un devis qualitatif afin d'explorer et de mieux comprendre le point de vue des participants et des participantes concernant le lien entre leurs habitudes de JHA et leurs délits. Le projet compte toutefois quelques limites dont le fait que les personnes ayant pris part à l'étude proviennent d'une même région et d'un même CPRD, ce qui réduit la diversité des profils des personnes rencontrées. Il est donc possible de se demander si des joueurs et des joueuses issus de la population générale présenteraient les mêmes caractéristiques. De plus, même si des efforts ont été faits pour recruter des joueuses, une seule a participé aux entretiens de recherche, ce qui limite la portée des résultats pour les joueuses. Finalement, les difficultés à rejoindre les personnes répondant aux critères de participation (13 des 29 personnes n'ont pu être rejointes) peuvent également représenter une limite de l'étude puisque l'expérience de ces personnes n'a pu être prise en compte dans les analyses et qu'elle aurait sans doute pu enrichir les résultats.

Conclusion

Comme l'indiquent les résultats, il importe de continuer à s'intéresser aux divers types de délits commis en lien avec les habitudes de JHA pour mieux comprendre comment ceux-ci s'inscrivent dans le parcours des joueurs et des joueuses. Le lien entre ces deux problématiques n'étant pas toujours direct ni associé au financement des habitudes de JHA, il devient essentiel de considérer la commission de délits de manière plus inclusive et de considérer un spectre plus large de délits. Une meilleure connaissance du portrait global des joueurs et des joueuses qui inclut à la fois JHA, délits et consommation de substances semble une avenue prometteuse pour adapter l'intervention aux besoins de ces personnes.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing.
- Abbott, M. W., McKenna, B. G. et Giles, L. C. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 537–558. <https://doi.org/10.1007/s10899-005-5562-6>.
- Adolphe, A., Khatib, L., van Golde, C., Gainsbury, S. M. et Blaszczynski, A. (2019). Crime and gambling disorders: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 395–414. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9794-7>.
- Arthur, J. N., Williams, R. J. et Belanger, Y. D. (2013). The relationship between legal gambling and crime in Alberta. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 56(1), 49–83. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2012.E51>.
- Banks, J. et Waugh, D. (2019). A taxonomy of gambling-related crime, *International Gambling Studies*, 19(2), 339–357. <https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1554084>
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Guyon (1998). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553_IGT_Fr_V5.1_Avr2001.pdf
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Applied qualitative research in psychology. *Applied Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Darbyshire, P., Oster, C. et Carrig, H. (2001). The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*, 17, 23–45. DOI:10.1023/A:1014536315167
- Dowling, N. A., Youssef, G. J., Jackson, A. C., Pennay, D. W., Francis, K. L., Pennay, A. et Lubman, D. I. (2016). National estimates of Australian gambling prevalence: Findings from a dual-frame omnibus survey. *Addiction*, 111(3), 420–435. <https://doi.org/10.1111/add.13176>.
- Downs, C. et Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work and Family*, 13(3), 311–328. <https://doi.org/10.1080/13668803.2010.488096>.
- Folino, J. O. et Abait, P. E. (2009). Pathological gambling and criminality. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5), 477–481. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832ed7ed>.
- Grant, J. E. et Chamberlain, S. R. (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 99, 109852. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109852>.

- Grinols, E. L. et Mustard, D.B. (2006). Casinos, crime and community costs. *Review of Economics and Statistics*, 88, 28-45.
- Hayhurst K. P., Pierce M., Hickman M., Seddon T., Dunn G., Keane J., Millar T. (2017). Pathways through opiate use and offending: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 39, 1-13. [DOI:10.1016/j.drugpo.2016.08.015](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.08.015).
- Jeffrey, L., Browne, M., Rawat, V., Langham, E., Li, E. et Rockloff, M. (2019). Til debt do us part: Comparing gambling harms between gamblers and their spouses. *Journal of Gambling Studies*, 35(3), 1015-1034. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09826-3>.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M.-C. et Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2013.838130>.
- Langham, E., Thorne, H., Browne, M., Donaldson, P., Rose, J. et Rockloff, M. (2016). Understanding gambling related harm: A proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2747-0>.
- Le, R. et Gilding, M. (2016). Gambling and drugs: The role of gambling among Vietnamese women incarcerated for drug crimes in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 49(1), 134-151. <https://doi.org/10.1177/0004865814554307>.
- Meyer, G. et Stadler, M. A. (1999). Criminal behavior associated with pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 29-43. <https://doi.org/10.1023/A:1023015028901>.
- Ministère de la sécurité publique. (2022). *Criminalité au Québec. Principales tendances 2021*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/police/statistiques-criminalite/stats-annuelles-principales-tendances/stats_criminalite_principales_tendances_2021.pdf
- Nelson, I. A. (2010). From quantitative to qualitative: Adapting the Life History Calendar method. *Field Methods*, 22(4), 413-428. <https://doi.org/10.1177/1525822X10379793>
- Pierce M., Hayhurst K., Bird S. M., Hickman M., Seddon T., Dunn G. et Millar T. (2015). Quantifying crime associated with drug use among a large cohort of sanctioned offenders in England and Wales. *Drug Alcohol Depend*, 155, 52-59. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2017.07.024
- Riley, B. J., Harvey, P., Crisp, B. R., Battersby, M. et Lawn, S. (2018). Gambling-related harm as reported by concerned significant others: A systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *Journal of Family Studies*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1513856>
- Roberts, A., Coid, J., King, R., Murphy, R., Turner, J., Bowden-Jones, H., Du Preez, K. P. et Landon, J. (2016). Gambling and violence in a nationally representative sample of UK men. *Addiction*, 111(12), 2196-2207. <https://doi.org/10.1111/add.13522>.
- Rosenthal, R. J. et Lesieur, H. R. (2007). Pathological gambling and criminal behavior. Dans L. B. Schlesinger (Ed.), *Explorations in Criminal Psychopathology: Clinical Syndromes with Forensic Implications*, 2nd edition (pp. 31-55). Charles C. Thomas.

- Rudd, C. et Thomas, S. D. M. (2016). The prevalence, mental health and criminal characteristics of potential problem gamblers in a substance using treatment seeking population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(5), 700-714. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9604-8>.
- Sakurai, Y. et Smith, R. G. (2003). Gambling as a motivation for the commission of financial crime. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 256, 6p. <http://www.aic.gov.au/publications/tandi2/tandi256.pdf>
- Suomi, A., Jackson, A. C., Dowling, N. A., Lavis, T., Patford, J., Thomas, S. A., Harvey, P., Abbott, M., Bellringer, M. E., Koziol-McLain, J. et Cockman, S. (2013). Problem gambling and family violence: family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/2195-3007-3-13>.
- Tepperman, L., Korn, D. et Reynolds, J. (2006). *Partner influences on gambling: An exploratory study*. Rapport remis au Ontario Problem Gambling Research Centre. [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/ResSum_Tepperman%20et%20al\(2006\)Partner_influences_on_responsible_gambling.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/ResSum_Tepperman%20et%20al(2006)Partner_influences_on_responsible_gambling.pdf)
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Berthelot, F. (2013). *DÉBA-Jeu-8 : Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif*. Québec : Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Turner, N. E., Preston, D. L., Saunders, C., McAvoy, S. et Jain, U. (2009). The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 153-169. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9124-1>.
- Wegrzycka, B. (2007). Le prix d'une passion: La carrière du joueur compulsif. *Criminologie*, 40(1), 31-58. <https://doi.org/10.7202/016014ar>
- Winkler, P., Bejdová, M., Csémy, L. et Weissová, A. (2017). Social costs of gambling in the Czech Republic 2012. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1293-1310. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9660-4>.



« J'ai compris la détresse que ça amenait » : le témoignage comme amorce à l'empathie envers les joueuses et joueurs

Adèle Morvannou, Ph. D., Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Correspondance

Adèle Morvannou
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Campus de Longueuil
150 Place Charles-Le Moyne, bureau 200
Longueuil, Québec, Canada J4K 0A8
Tél : 450 463-1835 # 61476
Courriel : Adele.Morvannou@usherbrooke.ca

Remerciements

L'auteure tient à remercier particulièrement celles et ceux qui ont accepté de témoigner en contexte d'enseignement. Elle souhaite également exprimer sa gratitude à Marilou Belisle, Nathalie Lefebvre, Constance Denis, Valérie Jean, Stéphanie Lanctôt et Mélody Chauret pour leur soutien continu dans le développement de ces activités pédagogiques, la collecte de données et la révision de la première version de cet article. Ces activités ont été réalisées dans le cadre du processus d'incubation à l'I2P de l'Université de Sherbrooke. Des remerciements sont également adressés à Marianne Saint-Jacques et Myriam Laventure du Service sur les Dépendances de l'Université de Sherbrooke pour leurs encouragements et leur soutien à la mise en œuvre d'initiatives pédagogiques dans les programmes de 1^{er} et 2^e cycle.

Résumé

La formation des professionnels revêt une importance cruciale pour offrir des services empreints d'empathie aux personnes stigmatisées, telles que celles vivant des problèmes de jeux de hasard et d'argent (JHA). Parmi les stratégies pédagogiques existantes, le témoignage est une pratique pertinente et courante. Toutefois, la manière dont les étudiants perçoivent les témoignages des personnes ayant des problèmes de JHA reste peu documentée. L'objectif est de documenter l'empathie des étudiants exposés au témoignage d'une personne qui a vécu des problèmes de JHA, selon leurs perceptions. Des entrevues qualitatives semi-structurées auprès de huit étudiants ayant suivi un cours qui comprend un ensemble d'activités pédagogiques visant à développer l'empathie chez les étudiants ont été réalisées. Quatre thèmes majeurs ont émergé : les conditions propices à l'empathie, la résonance émotionnelle avec la personne qui a témoigné, une nouvelle compréhension de son vécu, ainsi que l'influence du témoignage sur la pratique professionnelle. Cette étude encourage l'intégration des témoignages dans la formation des professionnels, en tenant compte du profil expérientiel des étudiants et avec un ensemble d'activités pédagogiques présentant l'information de manière visuelle et auditive.

Mots-clés : témoignage, empathie, formation, professionnels, jeux de hasard et d'argent

I understood the distress it caused: testimony as a primer for empathy towards gamblers

Abstract

The training of professionals is crucial to providing empathetic services to stigmatized people, such as those experiencing gambling problems. Among existing educational strategies, testimony is a relevant and common practice. However, the way in which students perceive the accounts from people with gambling problems remains poorly documented. The objective is to document the empathy of students exposed to the testimony of a person who has experienced gambling problems, according to their perceptions. Semi-structured qualitative interviews with eight students who followed a course which includes a set of educational activities aimed at developing empathy in students were carried out. Four major themes emerged: conditions conducive to empathy, emotional resonance with the person who testified, a new understanding of their experience, and the influence of testimony on professional practice. This study encourages the integration of testimonies into the training of professionals, taking into account the experiential profile of students and with a set of educational activities presenting the information visually and auditorily.

Keywords: testimony, empathy, training, professionals, games of chance and money

“Comprendí la angustia que esto genera” el testimonio como inicio de la empatía para con los jugadores

Resumen

La formación de profesionales reviste una importancia crucial para ofrecer servicios con empatía a las personas estigmatizadas, como las que viven problemas de juegos de azar y por dinero (JAD). Entre las estrategias pedagógicas existentes, el testimonio es una práctica pertinente y corriente. Sin embargo, el modo como los estudiantes perciben los testimonios de las personas que tienen problemas de JAD está poco documentado. El objetivo consiste en documentar la empatía de los estudiantes expuestos al testimonio de una persona que ha vivido problemas de JAD, según sus percepciones. Se llevaron a cabo entrevistas cualitativas semi estructuradas con ocho estudiantes que siguieron un curso que comprende un conjunto de actividades pedagógicas destinadas a desarrollar su empatía. Surgieron cuatro temas mayores : las condiciones propicias a la empatía, la resonancia emocional con la persona que prestó el testimonio, una nueva comprensión de su vivencia y la influencia del testimonio sobre la práctica profesional. Este estudio alienta la integración de testimonios en la formación de los profesionales, teniendo en cuenta el perfil de experiencias de los estudiantes y con un dispositivo pedagógico que presente la información de manera visual y auditiva.

Palabras clave : testimonio, empatía, formación, profesionales, juegos de azar y por dinero

Introduction

Les personnes confrontées à des problèmes de jeux de hasard et d'argent (JHA) ont des besoins complexes en raison de leurs multiples problèmes sociaux, mentaux (Cowlshaw et al., 2012; Dowling et al., 2014; Edgerton et al., 2015; Holdsworth et Tiyce, 2012) et physiques (Clark et al., 2013). L'accès aux soins de santé appropriés est difficile pour ces personnes (Penfold et al., 2022) et même lorsqu'elles bénéficient de soins, leurs besoins ne sont pas toujours satisfaits par les services disponibles (Dowling et al., 2014; Morvannou et Kairouz, 2021). Bien que divers services spécialisés pour les problèmes de JHA soient disponibles, leur utilisation reste limitée, variant de 2% à 15% (Collier, 2013; Delfabbro, 2011; Hodgins et El-Guebaly, 2000; Slutske, 2006; Suurvali et al., 2008). La marginalisation et la stigmatisation sont des obstacles courants à la recherche d'aide pour ces personnes (Dabrowska et al., 2017; Holdsworth et Tiyce, 2012), qui dissimulent souvent leur dépendance par honte et par peur de la stigmatisation (Dabrowska et al., 2017). L'empathie joue un rôle crucial dans l'amélioration de la satisfaction des services d'aide (Kim et al., 2004; Yuguero et al., 2017) et est associée à des améliorations cliniques significatives lorsque les professionnels en font preuve (Nembhard et al., 2023). Enseigner l'empathie aux professionnels de la santé est essentiel pour mieux répondre aux défis des personnes confrontées à des problèmes de JHA, facilitant ainsi une expérience positive des services d'aide (Thomas et al., 2024).

L'empathie est une compétence cruciale dans la relation thérapeutique (Kelm et al., 2014; Mercer et al., 2002). L'approche centrée sur la personne de Rogers a été pionnière à cet égard et définit l'empathie comme la capacité du thérapeute à ressentir et à comprendre les sentiments et les significations de la personne (Rogers, 1951; Rogers, 1967). Pour renforcer l'empathie envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale, il est recommandé de combiner l'expérience directe avec ces personnes et les connaissances théoriques (Corrigan et al., 2007). Des études montrent que le contact direct favorise le développement de l'empathie chez les futurs professionnels de la santé comme les infirmières et les médecins (Bearman et al., 2015; Brunero et al., 2010; Hojat, 2016; Neumann et al., 2011; Pedersen, 2010). Intégrer les témoignages de ces personnes dans la formation des étudiants est une stratégie efficace pour encourager le développement de l'empathie (Kumagai, 2008).

Les témoignages sont essentiels pour humaniser l'enseignement dans le domaine de la santé, en permettant de personnaliser les soins et de renforcer les liens avec les personnes concernées (Loy et Kowalsky, 2024). Ils jouent un rôle crucial dans l'apprentissage pratique et dans l'enseignement de l'empathie aux étudiants (Fitzpatrick 2018; Pattanaik et al., 2024). En exposant les étudiants aux expériences de personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale, les témoignages contribuent à réduire les stéréotypes et à dissiper les préjugés (Corrigan et al., 2007). Ils offrent un aperçu précieux du point de vue des personnes concernées et de leur expertise, facilitant ainsi une meilleure compréhension des besoins des populations vulnérables (Brown et Russell, 2020; Dickinson et al., 2018; Greenhalgh et al., 2005). Les témoignages peuvent également enrichir la formation des futurs professionnels de la santé en leur permettant de développer une approche humaniste et empathique (Kagawa et al., 2023; Leonard et al., 2018; Player et al., 2019). Toutefois, la plupart

des études sur les témoignages dans le domaine des dépendances se sont concentrées sur les populations présentant un trouble lié à l'utilisation de substances. En ce qui concerne les étudiants, ceux qui participent à ces recherches sont généralement de futurs médecins ou infirmiers.

Peu d'études ont exploré l'utilisation des témoignages dans la formation des professionnels travaillant avec des personnes ayant des problèmes de JHA. Une de ces rares études a montré que l'utilisation des témoignages a renforcé l'empathie des professionnels et amélioré leur capacité à établir une relation thérapeutique avec les patients présentant des problèmes liés aux JHA (Thomas et al., 2023). Les participants ont également souligné que les témoignages les ont sensibilisés aux différences culturelles et sociales influençant les comportements de JHA.

La formation des professionnels travaillant avec des personnes ayant des problèmes de JHA requiert des stratégies d'apprentissage axées sur l'humanisme. L'utilisation répandue des témoignages dans les programmes de sciences infirmières et de médecine souligne l'importance d'optimiser l'utilisation de cet outil pour tous les professionnels, y compris ceux travaillant avec des populations stigmatisées. Cependant, il existe peu de données sur la manière dont les étudiants perçoivent les témoignages des personnes ayant des problèmes de JHA. Cette étude vise à documenter la perception des étudiants concernant leur empathie envers ces individus après avoir été exposés à leur témoignage.

Méthodologie

Participants

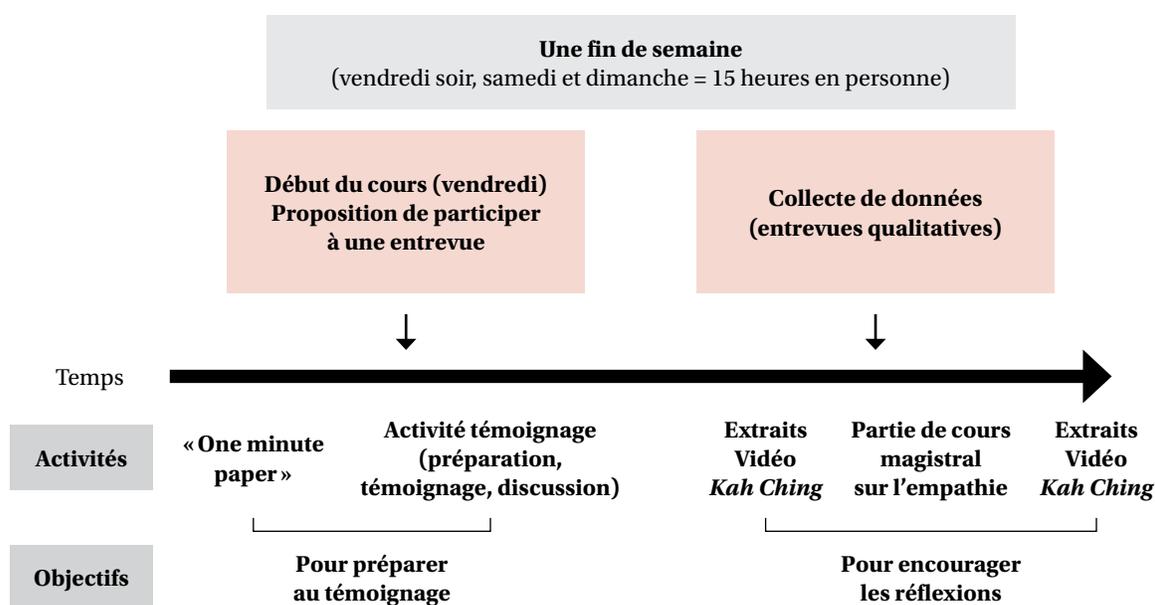
Les participants étaient des étudiants de 1^{er} et de 2^e cycles inscrits au cours universitaire optionnel intitulé « Intervention et addictions comportementales » du Service sur les dépendances de l'Université de Sherbrooke. Les participants ont été recrutés selon ces critères d'inclusion : 1) être âgé d'au moins 18 ans et 2) consentir à participer à l'étude. Les étudiants étaient libres de consentir à participer en acceptant de prendre part à une entrevue individuelle. Il s'agit donc d'un échantillon non probabiliste composé de volontaires.

Parmi les huit participants, cinq étaient des femmes et trois des hommes. Parmi eux, quatre avaient plus de 40 ans, trois autres entre 31 et 39 ans et un seul moins de 24 ans. Seule une minorité a vécu des problèmes de JHA par le passé. Deux participants avaient déjà été intervenants auprès de personnes aux prises à la fois avec des problèmes de JHA et une dépendance aux substances psychoactives, cinq d'entre eux auprès de personnes avec une dépendance aux substances seulement. Un seul participant n'avait jamais eu d'expérience d'intervention en dépendance.

Dispositif pédagogique

Le même dispositif pédagogique a été implanté dans deux cours différents qui ont eu lieu durant l'été et l'automne 2022 respectivement. Chacun des deux cours a eu lieu en personne en grand groupe sous un format de cours intensif s'étalant sur une fin de semaine (15 heures). Les différentes activités faisant partie de ce dispositif ont été réalisées à divers moments dans un ordre logique afin, dans un premier temps, de préparer les étudiants au témoignage et dans un second temps, d'encourager leurs réflexions quant à l'empathie et leurs perceptions des personnes présentant des problèmes de JHA (Figure 1).

FIGURE 1 - Déroulement du dispositif pédagogique et de la recherche



Activité « One minute paper »

Avant même qu'aucun contenu ne soit partagé avec les étudiants, il leur a été demandé de répondre individuellement par écrit, et ce de manière courte et spontanée, à quatre questions. Il leur a été mentionné que cet exercice serait utile pour la suite : « Dans le cadre de vos fonctions d'intervenant, une personne qui présente des problèmes de JHA vient vous consulter. 1 - Pensez à cette personne sur le plan de ses émotions, de ses sentiments ou de ses difficultés. Décrivez-la en quelques mots. 2 - En vos mots, quelles sont les problématiques que doivent surmonter les personnes qui ont des problèmes de JHA ? 3 - Décrivez de quelle(s) manière(s) vous pourriez créer un lien avec cette personne. 4 - Qu'est-ce que ça représenterait comme défi pour vous d'intervenir auprès de cette personne ? ». Cette activité visait à amorcer une réflexion de la part des étudiants quant à leurs préconceptions concernant les personnes qui présentent des problèmes de JHA.

Activité Témoignage

La personne qui est venue témoigner a été rencontrée une fois par l'enseignante avant de venir en classe afin de la préparer tant au niveau du contenu que pour anticiper les émotions et difficultés éventuelles qu'elle vivrait pendant et après le témoignage. Cette personne était volontaire et a été sélectionnée selon ces critères : 1) avoir connu des problèmes de JHA dans le passé et n'étant pas actuellement en phase aiguë de problèmes de JHA, 2) avoir la capacité à communiquer son histoire à l'oral, 3) être motivée à partager son histoire aux étudiants et 3) ne pas avoir de sentiments de représailles à l'égard des professionnels qui lui ont fourni des services d'aide.

Juste avant de partager son témoignage, l'enseignante a sensibilisé les étudiants à l'importance de respecter cette personne, le courage dont elle faisait preuve en partageant son histoire à un groupe d'inconnus et a rappelé la confidentialité des propos partagés. Puis, la personne a partagé avec toute la classe sous forme de récit oral de 30 minutes son témoignage et sa trajectoire de JHA, les bonnes et mauvaises expériences des services reçus, en un seul contact, conformément au « spectre d'implication » (traduction libre) de Towle et al. (2010). Après avoir écouté le témoignage pendant 30 minutes, les étudiants ont posé des questions d'éclaircissement à la personne. Cette rencontre s'est déroulée en classe et visait à encourager un échange en face-à-face qui permette d'illustrer des notions théoriques vues en classe et de mieux comprendre l'expérience subjective des problèmes de JHA. Après le départ de la personne ayant témoigné, l'enseignante a animé une discussion de 30 minutes en grand groupe avec l'ensemble des étudiants à partir de cette phrase : « Selon vous, quelle incidence pourrait avoir le témoignage sur 1) votre perception de cette personne et sur 2) les interventions que vous donneriez à une personne qui vit des problèmes de JHA ».

Partie de cours sur l'empathie

Une partie du cours d'environ 20 minutes sous forme d'enseignement magistral donné par l'enseignante a porté sur la définition de l'empathie et une revue systématique synthétisant les résultats de multiples études sur l'empathie en santé (Nembhard et al., 2023). Cette partie du cours visait à développer les connaissances des étudiants quant à la définition de l'empathie, son importance pour les professionnels en termes de relation thérapeutique, d'adhérence au traitement et de résultats cliniques positifs.

Extraits vidéo d'un documentaire

De courtes vidéos extraites du documentaire *Ka-Ching! Pokie Nation* ont été diffusées à différents moments du cours pour illustrer certains phénomènes sous forme de témoignages telles que les conséquences vécues par les joueurs ou leurs motivations à jouer. Ces extraits visaient à permettre aux étudiants d'avoir différents exemples de personnes qui ont vécu des problèmes de JHA.

Outils de collecte et analyses

Cette étude emprunte un devis qualitatif utilisant des données provenant d'entrevues qualitatives réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue. L'entrevue individuelle semi-structurée de 45 minutes a été enregistrée et réalisée par une professionnelle de recherche en ligne sur Teams. Le guide d'entrevue consistait en une série de questions ouvertes construites pour permettre l'émergence des propos concernant l'expérience des étudiants ayant été exposés au témoignage : « Comment décririez-vous ce que ce témoignage vous a fait vivre ? », « Comment l'expérience de ce témoignage a pu affecter votre perception de la personne qui a témoigné ? », « Comment l'expérience de ce témoignage a pu affecter votre perception de ce qu'il a pu vivre ? ». Bien que ces questions aient fourni un cadre pour l'entrevue, le guide d'entrevue est resté flexible, laissant place à des questions d'éclaircissement, des reflets et résumés afin de valider la compréhension (Milne et Oberle, 2005). Après avoir collecté le consentement éclairé oral des participants, la professionnelle de recherche a rappelé son intérêt à comprendre l'expérience des participants, par exemple : « Concernant le témoignage auquel vous avez participé, tous les étudiants de la classe ont pu vivre et percevoir cette expérience de manière différente. J'aimerais savoir ce qu'il en est vous concernant ». Les données qualitatives provenant des entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique pour coder et comparer les données (Paillé et Mucchielli, 2012) après avoir été importées dans le logiciel NVivo10 (QSR 2012), (Bergin, 2011). Deux personnes ont analysé séparément les données puis les ont comparées jusqu'à obtenir un consensus.

Déroulement de la recherche et éthique

Cette recherche s'est réalisée auprès de deux groupes d'étudiants distincts ayant suivi le même cours se donnant durant l'été et l'automne 2022 respectivement. Parmi l'ensemble des étudiants ayant suivi le cours ($n=25$), huit étudiants ont participé à la présente étude.

Lors du premier cours du vendredi soir, une professionnelle de recherche a proposé aux étudiants de participer à l'étude. Elle était également disponible pour répondre aux questions et a présenté le formulaire de consentement. L'enseignante est sortie de la classe pendant que la professionnelle présentait l'étude. Les entrevues qualitatives se sont déroulées tout au long des sessions d'été et d'automne 2022, après que les participants aient été exposés au témoignage.

La participation des étudiants à l'étude était volontaire, anonyme et pouvait être interrompue à tout moment, sans que cela ait une quelconque incidence négative sur la note ou le cursus universitaire des étudiants. Toute donnée sensible qui a pu être partagée a été exclue afin de protéger l'anonymat des participants. L'analyse qualitative effectuée à partir des entrevues a été réalisée après la remise des notes. L'enseignante n'a jamais su qui étaient les étudiants participants. À la suite de la consultation au Comité d'Éthique de la Recherche (CÉR) d'Éducation et Sciences Sociales de l'Université de Sherbrooke, ce dernier a jugé que le projet visait uniquement le programme de formation pour l'amélioration d'une pratique pédagogique, qu'il ne s'agissait pas de recherche au sens de la politique et a donné un avis positif quant à son déroulement.

Résultats

L'analyse des entrevues a permis d'identifier quatre thèmes principaux : les conditions propices à l'empathie, la résonance émotionnelle avec la personne qui a témoigné, une nouvelle compréhension de son vécu, ainsi que la perception de l'influence potentielle du témoignage sur la pratique professionnelle.

Conditions propices à l'empathie

Globalement, les entrevues ont permis de comprendre comment des éléments tels que l'authenticité de la personne qui a témoigné, la connexion émotionnelle et l'humanisation des concepts théoriques ont enrichi la compréhension des étudiants et leur engagement dans le cours.

Tous les étudiants ont eu une appréciation positive quant à l'ensemble des activités pédagogiques proposées.

On a vu une vidéo, ça a été efficace aussi là, mais c'est vraiment, ça casse les préjugés d'emblée parce qu'au début aussi, elle (l'enseignante) nous fait écrire comme : « donnez spontanément ce que vous pensez ». Avant le témoignage déjà, on avait écrit et tout, puis déjà je les écrivais mes préjugés. Donc effectivement, la séquence est bonne, ça fait encore plus prendre conscience. (Audrey)

Le témoignage a été particulièrement apprécié par les étudiants. L'un d'entre eux a même rapporté que pour lui il n'existait pas de meilleure manière de faire comprendre ce que le joueur vit que le témoignage. Trois autres ont suggéré qu'intégrer plusieurs témoignages permettrait de montrer une diversité d'exemples aux étudiants.

Plusieurs ont nommé différentes conditions favorables à l'empathie comme ses compétences communicationnelles qui rendaient son discours clair et cohérent, l'utilisation de comparaisons ou d'images ainsi que son authenticité les ont aidés à mieux comprendre ses sentiments.

Elle a fait des choses qui ne sont ni vertes ni mûres, puis j'ai trouvé ça très touchant de voir qu'elle pouvait en parler ouvertement comme ça. Sans honte et avec beaucoup de transparence. (Liam)

Quand la personne vous dit que là où elle s'est sentie le plus libre, c'est en prison là, c'est touchant et ça fait réaliser l'ampleur de son problème d'addiction. (Andrée)

Selon eux, le témoignage a permis d'avoir un contact avec la personne qui a vécu des problèmes de JHA, cela permettant d'humaniser, de personnifier et d'illustrer les notions plus théoriques vues à travers les autres activités.

Ben, souvent, t'sais, dans les cours, on voit les notions théoriques. Avec le témoinant, on a pu voir un autre côté qui était un peu plus personnel. Vraiment, t'sais, son histoire pis il nous donnait des exemples. Déjà là, ça, ça venait comme un peu, euh, ça venait aider à

« J'ai compris la détresse que ça amenait » : du témoignage à l'empathie

comprendre les notions qu'on avait vu dans l' cours parce que là, on l'avait d'une manière un peu plus concrète, t'sais, dans la réalité comment ça peut, euh, ça peut s'vivre. (Annie)

Plusieurs étudiants ont précisé que, selon eux, il existe une complémentarité enrichissante dans leur formation lorsque les savoirs théoriques et professionnels de l'enseignante se conjuguent avec les savoirs expérientiels de la personne qui a témoigné. L'un des étudiants a nommé que le fait de pouvoir poser des questions et interagir avec la personne avait été déterminant pour bien ancrer certaines notions. La plupart des étudiants ont fait un lien direct entre leur appréciation positive et le développement de l'empathie que le témoignage permettait.

On comprenait que, ok, oui, c'est, c'est addictif, c'est obsessionnel, on voyait plein d'notions, mais, qu'il (le témoinant) nous explique, c'est vraiment ça dans la réalité, c'est envahissant pis, on allait chercher l'empathie en nous. Pis on, on était vraiment capable de s'mettre à sa place pis de comprendre concrètement qu'est-ce que ça crée dans sa vie parce qu'on avait des exemples quand il nous expliquait que, bon, ben y'a une conjointe et sa fille l'ont quitté. (Maria)

Toutefois, un participant donne une piste d'amélioration concernant l'activité en nommant qu'il aurait aimé être mieux préparé à la période de questions pour poser des questions plus intéressantes.

Plusieurs ont rapporté que l'ensemble de ces activités pédagogiques les avait également motivés à s'impliquer dans les activités du cours. Par ailleurs, l'activité a permis à un participant de maintenir sa motivation qui était déjà grande et d'influencer positivement l'ensemble des étudiants.

Le cours est vraiment stimulant. Puis je trouve que (l'enseignante), elle a tout fait pour qu'on soit toujours à l'écoute, puis toujours stimulé par son cours, puis parce qu'on apprend. Elle (l'enseignante) a utilisé beaucoup de, elle a utilisé le témoignage, nous a fait écouter des vidéos. On a vu des notions plus PowerPoint, c'est comme plus théoriques, elle nous a fait lire des choses, elle nous a vraiment fait voir plein de... Je cherche le mot. Elle a utilisé plein d'outils différents pour nous faire comprendre : c'est quoi le jeu, qu'est-ce que ça amène dans la vie d'un joueur, qu'est-ce qu'il y a un joueur vit? Puis ce n'est pas tout le monde qui apprend de la même manière. Donc je pense que la manière que le cours qui a été construit, c'est vraiment pour aller chercher tout le monde. (Eva)

Résonance émotionnelle avec la personne qui a témoigné

Globalement, le témoignage a eu un impact émotionnel significatif sur les étudiants qui semblent avoir été touchés, exprimant une variété d'émotions.

Tous les étudiants se sont référés au concept d'empathie pour décrire ce qu'ils avaient ressenti pendant qu'ils écoutaient le témoignage. Deux étudiants ont rapporté qu'ils avaient eu l'impression de ressentir les émotions du joueur concernant certaines périodes de sa vie, ils se sont dits touchés et certains bouleversés par ce récit de vie.

« J'ai compris la détresse que ça amenait » : du témoignage à l'empathie

C'était vraiment, c'était vraiment particulier les émotions que ça, que ça m'a fait vivre, parce que j'pense que, je n'avais jamais vraiment compris la réalité d'un joueur pis avec son témoignage, j'ai compris la détresse que ça amènerait. Pis vraiment, il donnait des exemples concrets de qu'est-ce que, comme ça affectait sa vie, les conséquences que ça avait apportées au fil des années, là, sur ses relations, euh, sur son, toute son statut de, de vie, donc euh, ça m'a, ça m'a quand même bouleversée, là, d'entendre ça, à quel point ça pouvait être dommageable, euh, le jeu. On, on s'y attend par nécessairement quand on ne connaît pas ça. (Chloé)

Les émotions vécues par les étudiants étaient variées comme la tristesse, le désespoir, la colère, la joie ou encore l'espoir.

Ça nous a vraiment fait vivre plein d'émotions parce que, lui-même a passé à travers une gamme d'émotions assez large. Fait qu'on dirait qu'on l'suivait un peu dans son, dans son témoignage, ces émotions-là, il nous les transmettait beaucoup. (Audrey)

Deux étudiants ont partagé avoir ressenti de la peine, de la colère et un sentiment d'injustice concernant le fait que la personne qui a témoigné ait eu de la difficulté à accéder à des services adaptés à ses besoins.

Ça m'a fait de la peine de me rendre compte de ça parce que tout le monde devrait pouvoir avoir de l'aide adaptée à ses besoins. Puis présentement, ce n'est pas vraiment le cas puis il (le témoinnant) m'a vraiment fait réfléchir là-dessus. Ça lui a pris plus qu'une fois avant de trouver une aide adaptée. (Annie)

Nouvelle compréhension du vécu

Les étudiants ont unanimement exprimé que le témoignage leur a permis de remettre en question leurs perceptions préexistantes et d'approfondir leur compréhension des problèmes de JHA. Ils ont souligné l'importance de comprendre les motivations individuelles des joueurs et ont reconnu la nécessité d'une approche empathique dans leur prise en charge.

Pis maintenant, j'me rends compte que c'est beaucoup plus profond qu'ça, pis on ne va pas jouer parce qu'on perd ou on gagne de l'argent, on va jouer pour d'autres raisons pis j'm'étais jamais arrêtée à ça avant le témoignage pis le cours. Pis, là, maintenant, j'me rends compte que c'est, c'est important de vraiment comprendre la personne parce que chaque personne a des motivations différentes. (Eva)

Certains ont été particulièrement marqués par l'intensité de la dépendance au JHA, souvent comparée à celle des substances psychoactives. Cette comparaison les a surpris et a renforcé leur prise de conscience sur la gravité de la situation.

Ça, ça me faisait faire des liens avec les consommateurs de substances pis, il (le témoinnant) faisait des comparaisons aussi avec la *free base* pis, tu sais, c'est quand même une

« J'ai compris la détresse que ça amenait » : du témoignage à l'empathie

drogue qui est... quand on te dit ça, les gens font : oh ok, c'est intense. Puis, effectivement, il disait que c'était... c'était plus addictif que ça pis j'm'attendais pas à ça. Quand il disait que c'était aussi addictif que la free base, je me suis dit : wow, c'est un niveau qu'on ne s'attend pas à ça. (Chloé)

Toutefois, pour le participant qui n'avait jamais eu d'expérience d'intervention en dépendance, il a nommé que des zones d'ombre persistaient dans sa compréhension des problèmes de JHA, sans donner plus de détails.

Comprendre les défis spécifiques

Les étudiants rapportent mieux comprendre les problèmes de JHA. Ils ont mieux saisi les facteurs de risque, les comorbidités associées et ont élargi leur compréhension des motivations sous-jacentes. Avant le témoignage, beaucoup pensaient que les activités de JHA étaient principalement motivées par l'appât du gain financier, mais ils ont depuis réalisé la complexité et les défis intrinsèques à cette dépendance.

On banalisait beaucoup qu'est-ce qui pouvaient ressentir pis pourquoi y'allaient jouer. Ça, je, j'm'étais arrêtée à pourquoi tu vas jouer. Pis j'me disais : tu perds de l'argent, vas-y pas, c'est tout. Pis maintenant, j'me rends compte que c'est beaucoup plus profond qu'ça, pis on ne va pas jouer parce qu'on perd ou on gagne d'argent, on va jouer pour d'autres raisons pis j'm'étais jamais arrêtée à ça avant le témoignage pis le cours. (Annie)

Ils ont tous rapporté de manière marquée avoir saisi l'ampleur de la honte ressentie par les joueurs, entre autres, observé dans le besoin de se cacher, soit lors des activités de JHA ou encore dans l'absence de demande d'aide afin de ne pas vivre de stigmatisation. Ils rapportent l'incidence de cette honte sur l'arrêt de l'utilisation en allant chercher une aide extérieure ou encore les difficultés à se dévoiler et à faire confiance aux professionnels.

Je pense que dans toute intervention, que ça soit avec une personne qui a un trouble de l'usage ou un trouble de jeux de hasard et d'argent, l'empathie est importante. Mais ce que j'ai compris par rapport aux jeux de hasard et d'argent, c'est que c'est encore plus important à cause de la honte, de la stigmatisation et des préjugés que ces gens-là vivent qui ne vont pas chercher d'aide. (Liam)

Certains étudiants ont trouvé la dépendance aux JHA plus difficile à comprendre que celle aux substances, surtout en l'absence d'expérience personnelle dans ce domaine. Cependant, le témoignage leur a permis d'approfondir leur connaissance de cette problématique. Ils ont rapporté que les dynamiques et enjeux de la dépendance aux JHA étaient complexes. Ils ont souvent comparé les dépendances aux JHA et aux substances, qu'ils connaissaient mieux, en soulignant des similitudes, comme l'activation du système de récompense et les facteurs de risque communs, tout en identifiant des différences notables, telles que la forte honte associée et le rôle central de l'argent. Deux étudiants ont nommé qu'accéder à une meilleure compréhension permet de contrer les

idées reçues selon lesquelles il s'agit d'une dépendance moins forte que celle aux substances psychoactives et qu'il serait plus facile d'arrêter de jouer que de consommer.

Comprendre aussi que le jeu, ben c'est une dépendance en soi, ce n'est pas juste un loisir qu'on peut arrêter du jour au lendemain en claquant des doigts. C'est beaucoup plus difficile que ça pis j'pense qu'il (le témoinant) m'a aidé à comprendre que le jeu c'est une vraie dépendance, pis il ne faut pas la prendre à la légère comme on a tendance à le faire. (Andrée)

Perception des joueurs et de leur situation qui évolue

Pour la majorité des étudiants, mieux comprendre le vécu de la personne qui a témoigné a fait évoluer leurs perceptions. Cependant, pour une minorité d'entre eux, le témoignage a confirmé leur propre perception. La plupart ont rapporté avoir eu des préjugés avant le cours comme le fait que les personnes avec des problèmes de JHA seraient irresponsables et vénales. De leur point de vue, le témoignage a permis de remettre en question leurs préjugés étant donné que la personne qui a témoigné ne correspondait pas à ces préjugés. Les étudiants ont globalement eu une perception positive de cette personne qu'ils ont trouvé sympathique et courageuse de partager son histoire. Un étudiant a rapporté que l'évolution de sa perception l'avait amené à penser que si un de ses proches vivait des problèmes de JHA, cela l'inciterait à être plus ouvert.

Je pense que si quelqu'un de mon entourage me disait qu'il jouait, j'aurais une meilleure sensibilité à l'accueillir. Je pense qu'avant, j'aurais dit : ben, arrête de jouer (rire). Maintenant, ce n'est définitivement pas la première phrase que je vais dire à quelqu'un qui m'annonce que c'est un joueur. Je vais vraiment prendre le temps de l'écouter pis de comprendre qu'est-ce qu'il me dit. Déjà de venir se confier, c'est difficile donc je vais avoir ça en tête aussi. (Maria)

Cette évolution de perception les a également sensibilisés à la possibilité de rétablissement des joueurs et à l'importance de soutenir ces derniers dans leur cheminement.

Influence potentielle sur la pratique professionnelle

Il y a chez quelques étudiants une remise en question des pratiques antérieures avec les personnes qui vivent des problèmes de JHA.

Et je me souviens qu'on avait un regard un petit peu sévère à l'égard des personnes qu'on savait qu'ils avaient des troubles de jeu pathologique, on leur faisait moins confiance. Je l'avais dit dans le cadre du cours, on avait un programme de réinsertion sociale et on avait moins tendance à les inclure dans ce programme-là ; manque de confiance et tout. Assurément qu'aujourd'hui, je ne referai plus du tout du tout la même affaire. (Roman)

La majorité des étudiants rapportent qu'ils observent déjà une évolution de leur pratique. De plus, ils envisagent d'être davantage à l'écoute des joueurs pour mieux les comprendre, tout en

cherchant également à ajuster leur vocabulaire pour renforcer la confiance et réduire les sentiments de jugement.

Ben, t'sais, comme lui (le témoinant), il nous expliquait, les professionnels avaient souvent tendance à utiliser des termes qui vont être péjoratifs même si on ne s'en rend pas nécessairement compte. Je pense que, avant même de commencer la thérapie avec l'individu, je prendrai le temps d'écouter c'est quoi les mots qu'il utilise pour se décrire lui-même. Essayer de reprendre ces termes-là pis pas juste prendre les termes que la société m'a, nous inculque. (Eva)

Certains étudiants ont même été inspirés à reconsidérer leur orientation professionnelle pour se concentrer davantage sur les joueurs, reconnaissant qu'ils sont souvent mal compris et méconnus dans le domaine de l'intervention sociale :

Oui, depuis le témoignage et le cours, ça a vraiment eu un gros impact au point où je suis en train de demander si je veux pas changer ma, mon orientation d'maîtrise pour vraiment me concentrer sur les joueurs parce que j'me suis rendu compte que c'était vraiment une clientèle oubliée, euh, pis pourtant, on est intervenant, on veut aider les gens, on veut les comprendre, on veut pouvoir les accompagner dans leur cheminement, mais les joueurs sont vraiment mécompris, sont vraiment, sont comme à part des autres consommateurs parce qu'on minimise beaucoup pis je me suis rendue compte que ça a pas de bon sens (rire). (Chloé)

Toutefois, l'ensemble des étudiants rappellent les limites des activités pédagogiques mises en place dans le cours, qui malgré leurs nombreux avantages comme le développement de l'empathie, ne permettent pas de simuler la pratique d'intervention pour se sentir assez formés pour intervenir.

Discussion

Cette étude visait à documenter la perception des étudiants concernant leur empathie envers les personnes vivant des problèmes de JHA après avoir été exposées à un dispositif pédagogique comprenant des témoignages. Les résultats ont révélé que l'ensemble de ces activités pédagogiques ont créé des conditions propices à l'empathie en humanisant les notions théoriques, ont suscité une résonance émotionnelle significative chez les étudiants, leur permettant de mieux appréhender les défis et les émotions associés aux problèmes de JHA et ont enrichi leur compréhension des implications pratiques de l'empathie dans le contexte de la pratique professionnelle.

Intégrer des témoignages dans la formation des professionnels

Les résultats de l'étude sont cohérents avec les conclusions d'autres études utilisant des témoignages pour renforcer l'empathie des professionnels en formation (Kagawa et al., 2023 ; Leonard et al., 2018 ; Player et al., 2019). Pour encourager l'empathie envers les personnes présentant des problèmes de santé mentale, la littérature existante recommande de combiner l'interaction directe

avec ces individus et l'acquisition de connaissances, comme cela a été le cas dans cette étude. Les étudiants participants ont manifesté un intérêt marqué pour l'intégration des témoignages dans leur formation, soulignant l'efficacité perçue de cette méthode pédagogique. L'incorporation de témoignages dans les programmes de formation des professionnels peut concrétiser les concepts abstraits et renforcer leur lien émotionnel avec les patients (Loy et Kowalsky, 2024), une approche particulièrement pertinente dans le domaine des dépendances où la stigmatisation peut nuire à la qualité des soins (Dabrowska et al., 2017). Préparer les étudiants à travers ces témoignages et diverses activités semble non seulement bénéfique pour leur formation professionnelle, mais également pour l'amélioration globale des soins. Cette étude n'est pas seulement bénéfique pour le milieu de l'éducation et de la formation; elle permet aussi de mettre en lumière la méconnaissance persistante des problèmes de JHA, les enjeux de marginalisation et de stigmatisation qui en découlent, et comment cela constitue un frein à la recherche de services pour les personnes concernées.

Pour de futures recherches, il serait pertinent d'étudier de manière approfondie les effets à long terme de l'intégration systématique de témoignages dans les programmes de formation des professionnels sur leur pratique, leur attitude ainsi que leur capacité à fournir des soins empathiques. Il serait également intéressant d'explorer comment différentes formes de présentation des témoignages (ex. : en personne, vidéos en ligne) influencent l'engagement des étudiants, leur apprentissage et leur capacité à maintenir les compétences acquises. Une telle recherche pourrait offrir des recommandations utiles pour optimiser l'intégration des témoignages dans les programmes éducatifs, en vue d'améliorer la formation et ultimement la qualité des soins en dépendances.

Présenter l'information de manière visuelle et auditive

Le dispositif pédagogique a engagé les étudiants dans une variété d'activités ayant créé des conditions propices aux apprentissages selon les résultats. Concernant les styles d'apprentissage basés sur les modalités d'encodage et de représentation de l'information, le neurologue Lafontaine (1975; 1996) a proposé une théorie selon laquelle les individus seraient divisés en deux « profils neurosensoriels » dominants : auditif et visuel. Ce modèle encourage donc à penser que tous les étudiants n'ont pas profité de chaque activité de la même manière, selon leur style d'apprentissage préférentiel. Par exemple, les étudiants auditifs ont probablement profité du témoignage, qui leur a permis d'entendre directement l'histoire de vie de la personne concernée, renforçant leur capacité à saisir les nuances émotionnelles du récit à travers une écoute active. Lors des discussions en grand groupe suivant le témoignage, les étudiants auditifs ont pu participer activement, exprimant leurs réflexions de manière verbale, tandis que les étudiants visuels ont pu enrichir leur compréhension en observant les réactions faciales et les interactions sociales des autres étudiants. La partie du cours sur l'empathie, présentée de manière magistrale, a pu être bénéfique pour les deux profils, permettant aux étudiants visuels d'assimiler visuellement les informations à travers des diapositives, et aux étudiants auditifs d'approfondir leur compréhension par l'explication verbale et les résultats de recherche présentés oralement. Les extraits vidéo du documentaire ont pu

captiver l'attention des étudiants visuels avec des témoignages filmés illustrant par exemple les conséquences des problèmes de JHA, tandis que les étudiants auditifs ont complété leur apprentissage par l'écoute attentive des narrations verbales. Ainsi, en variant les activités pédagogiques pour que cela convienne aux diverses préférences neurosensorielles des étudiants, cette approche a probablement optimisé l'encodage de l'information, favorisant une compréhension approfondie et empathique des défis liés aux problèmes de JHA.

Dans le futur, il serait pertinent d'explorer comment intégrer davantage de méthodes d'enseignement adaptées à différents profils neurosensoriels dans les programmes de formation en intervention. L'élaboration de recommandations spécifiques basées sur les résultats de telles recherches pourrait aider à informer la conception de programmes plus inclusifs, maximisant ainsi l'apprentissage et le développement de compétences clés telles que l'empathie dans des contextes professionnels comme celui des soins et de l'intervention en dépendances.

Considérer le profil expérientiel des étudiants

Les résultats de l'étude doivent être considérés à la lumière du profil expérientiel des étudiants, certains ayant une expérience personnelle avec les dépendances, d'autres, une pratique d'intervention préalable et un autre aucune expérience antérieure. Les étudiants ayant une expérience personnelle ou une pratique d'intervention préalable ont montré une propension à s'identifier aux défis émotionnels des personnes qui vivent des problèmes de JHA. La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) offre un éclairage sur ce constat, les étudiants avec une expérience personnelle pouvant percevoir les témoignages comme des modèles auxquels s'identifier, renforçant ainsi leur compréhension empathique des défis présentés. En revanche, ceux sans expérience directe peuvent voir dans ces récits une opportunité précieuse pour explorer un domaine nouveau et remettre en question leurs préjugés. Ces résultats trouvent écho dans les travaux de Bruner (1966) sur la construction active des connaissances par les individus, influencée par leurs expériences. Les étudiants ayant une expérience personnelle peuvent réorganiser leur compréhension des dépendances à partir des témoignages, tandis que ceux sans expérience directe sont susceptibles d'être motivés à explorer de nouvelles perspectives.

Le manque de connaissances actuelles sur les profils d'étudiants qui bénéficieraient le plus de certaines méthodes pédagogiques souligne l'importance de mener davantage de recherches. Adapter efficacement les stratégies d'enseignement en fonction des différents profils expérientiels des étudiants pourrait non seulement améliorer leur apprentissage, mais également les préparer de manière plus adéquate à des carrières professionnelles où l'empathie et la compréhension des personnes en situation de vulnérabilité sont des compétences cruciales.

Limites

Cette étude présente certaines limites. Une taille d'échantillon plus grande aurait permis d'explorer une plus grande variété de perspectives et d'expériences parmi les étudiants. Quant à la composition démographique de l'échantillon, une majorité des participants sont âgés de plus de 30 ans et sont des femmes, ce qui limite la capacité à capturer la diversité des réponses et des perceptions qui pourraient varier selon l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques sociodémographiques. De plus, l'étude a été menée dans un cadre universitaire spécifique, soit des étudiants inscrits à un cours optionnel sur les addictions comportementales, qui étaient probablement d'emblée intéressés par la problématique, ce qui peut limiter la transférabilité des conclusions à d'autres programmes de formation ou à d'autres institutions.

Références

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bearman, M. L., Palermo, C. E., Allen, L. M. et Williams, B. A. (2015). Learning empathy through simulation: a systematic literature review. *Simulation in Healthcare, 10*(5), 308-319. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>
- Bergin M. (2011). NVivo 8 and consistency in data analysis: reflecting on the use of a qualitative data analysis program. *Nurse Researcher, 18*(3), 6-12. <https://doi.org/10.7748/nr2011.04.18.3.6.c8457>
- Brown, K. L. et Russell, A. M. T. (2020). What Can be Done to Reduce the Public Stigma of Gambling Disorder? Lessons from Other Stigmatised Conditions. *Journal of Gambling Studies, 36*(1), 23-38. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09890-9>
- Bruner, J. S. (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Harvard University Press.
- Brunero, S., Lamont, S. et Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry, 17*(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>
- Clark, L., Averbeck, B., Payer, D., Sescousse, G., Winstanley, C. A. et Xue, G. (2013). Pathological choice: the neuroscience of gambling and gambling addiction. *The Journal of Neuroscience, 33*(45), 17617-17623. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3231-13.2013>
- Collier R. (2013). Canada needs more aggressive problem-gambling policies, say researchers. *Canadian Medical Association Journal, 185*(10): 435-436. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4503>
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N. et Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal, 43*(2), 171-181. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9061-8>
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A. et Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD008937. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
- D browska, K., Moskalewicz, J. et Wieczorek, Ł. (2017). Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence? *Journal of Gambling Studies, 33*(2), 487-503. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9655-1>
- Delfabbro, P. (2011). *Australasian gambling review*. Report. Independent Gambling Authority.
- Dickinson, B. L., Lackey, W., Sheakley, M., Miller, L., Jevett, S. et Shattuck, B. (2018). Involving a real patient in the design and implementation of case-based learning to engage learners. *Advances in Physiology Education, 42*(1), 118-122. <https://doi.org/10.1152/advan.00174.2017>
- Dowling, N. A., Jackson, A. C., Suomi, A., Lavis, T., Thomas, S. A., Patford, J., Harvey, P., Battersby, M., Koziol-McLain, J., Abbott, M. et Bellringer, M. E. (2014). Problem gambling and family violence: prevalence and patterns in treatment-seekers. *Addictive Behaviors, 39*(12), 1713-1717. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.006>

« J'ai compris la détresse que ça amenait » : du témoignage à l'empathie

- Edgerton, J. D., Melnyk, T. S. et Roberts, L. W. (2015). Problem Gambling and the Youth-to-Adulthood Transition: Assessing Problem Gambling Severity Trajectories in a Sample of Young Adults. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1463-1485. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9501-2>
- Fitzpatrick J. J. (2018). Teaching Through Storytelling: Narrative Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 39(2), 60. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000298>
- Greenhalgh, T., Russell, J. et Swinglehurst, D. (2005). Narrative methods in quality improvement research. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 443-449. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014712>
- Hodgins, D. C. et El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95577713.x>
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer.
- Holdsworth, L. et Tiyce, M. (2012). Exploring the Hidden Nature of Gambling Problems among People Who Are Homeless. *Australian Social Work*, 65(4), 474-489. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2012.689309>
- Kagawa, Y., Ishikawa, H., Son, D., Okuhara, T., Okada, H., Ueno, H., Goto, E., Tsunozumi, A. et Kiuchi, T. (2023). Using patient storytelling to improve medical students' empathy in Japan: a pre-post study. *BMC Medical Education*, 23(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04054-1>
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K. et Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14(1), 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
- Kim, S.S., Kaplowitz S. et Johnston, M.V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*. 27(3), 237-251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine*, 83(7), 653-658. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181782e17>
- Ladouceur R. (2004). Gambling: the hidden addiction. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 49(8), 501-503. <https://doi.org/10.1177/070674370404900801>
- Lafontaine, R. (1996). Visuels et auditifs. Une autre vision du modèle. Éditions du Trécarré.
- Lafontaine, R. (1975). Les dysfonctions cérébrales mineures chez l'enfant. *Le Médecin du Québec*, 10(11), 40-49.
- Leonard, C. R., Zomorodi, M. et Foster, B. B. (2018). The Impact of Caring: Teaching Students Empathy Through the Patient Voice. *Creative Nursing*, 24(1), 62-66. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.24.1.62>
- Loy, M. et Kowalsky, R. (2024). Narrative Medicine: The Power of Shared Stories to Enhance Inclusive Clinical Care, Clinician Well-Being, and Medical Education. *The Permanente Journal*, 28(2), 93-101. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.116>
- Mercer, S. W. et Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *The British Journal of General Practice*, 52 Suppl(Suppl), S9-S12.
- Milne, J. et Oberle, K. (2005). Enhancing rigor in qualitative description: a case study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence nursing*, 32(6), 413-420. <https://doi.org/10.1097/00152192-200511000-00014>

« J'ai compris la détresse que ça amenait » : du témoignage à l'empathie

- Morvannou, A. et Kairouz, S. (2021). Seeking multiple doors? Service utilization among a cohort of women gamblers over two years. *Canadian Journal of Addiction*, 12 (2), 49-58. <https://doi.org/10.1097/CXA.000000000000116>
- Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D. et Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250-263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A. et Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3ième éd.). Armand Colin.
- Pattanaik, D., Purvis, E. et Jeffrey, D. (2024). Storytelling: A learning tool to enhance medical students' empathy, attentive listening, clinical curiosity and reflection. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 14782715241299839. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/14782715241299839>
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – A critical review. *Medical Teacher*, 32(7), 593-600. <https://doi.org/10.3109/01421590903544702>
- Penfold, Katy. L. et Ogden, J. (2022). Exploring gamblers' experiences of problem gambling interventions: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2138805>
- Player, E., Gure-Klinke, H., North, S., Hanson, S., Lane, D., Culyer, G. et Rodrigues, V. (2019). Humanising medicine: teaching on tri-morbidity using expert patient narratives in medical education. *Education for Primary Care*, 30(6), 368-374. <https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1670097>
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1967). *Carl Rogers on encounter groups*. Harper et Row.
- Slutske, W. S. (2006). Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two U.S. National Surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297>
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T. et Cunningham, J. (2008). Treatment Seeking Among Ontario Problem Gamblers: Results of a Population Survey. *Psychiatric Services*, 59(11), 1343-1346. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.11.1343>
- Thomas, A. C., Portogallo, H., Read, F., Avisar, J., Merkouris, S. S. et Dowling, N. A. (2024). Lived Experience Performance to Reduce Stigma, Enhance Understanding of Gambling Harm and Change Attitudes and Behaviours of Professionals and Community Members. *Journal of Gambling Studies*, 40(2), 749-774. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10223-0>
- Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., Madularu, I., Solomon, P. et Thistlethwaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*, 44(1), 64-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x>
- Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L. et Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>



Représentation de joueurs de poker dans les médias de masse au Québec

Evelyne Robert Berger, doctorante en psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Michael Cantinotti, professeur titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Correspondance

Evelyne Robert Berger
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boulevard des Forges
Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3
Courriel : evelyne.robertberger@uqtr.ca

Résumé

La population du Québec est exposée à une grande diversité d'informations présentées par les médias de masse. Les messages véhiculés à propos des jeux de hasard et d'argent (JHA), et plus spécifiquement l'exposition à ces messages, contribuent aux changements sur les attitudes, croyances et comportements des individus concernant ce sujet. Les joueurs de poker percevant leur jeu de prédilection comme étant distinct des autres JHA de par l'aspect stratégique qu'ils y décèlent, il semble pertinent de s'intéresser à la présentation que les médias font de ces derniers. Une meilleure connaissance du discours médiatique diffusé dans les médias en ce qui les concerne permettrait d'acquérir une meilleure compréhension d'un des éléments macrosociaux susceptibles d'influencer la construction identitaire des joueurs de poker. Ce projet vise à analyser le discours médiatique portant sur les joueurs de poker. Une stratégie de recherche documentaire dans la banque Eureka a permis de retracer 566 contenus médiatiques provenant de médias canadiens francophones locaux, régionaux, provinciaux et nationaux. Après le retrait des doublons ($n = 116$) et de références ne faisant pas mention de caractéristiques des joueurs de poker, 369 contenus médiatiques ont été retenus pour l'analyse thématique. Celle-ci a permis de révéler cinq principaux thèmes : la promotion de la réussite, les caractéristiques des joueurs de poker, les compétences de ces derniers, la prise de risques et les conséquences du poker. Cette connaissance des contenus médiatiques sur les joueurs de poker permettra de mieux cibler les messages préventifs à leur égard.

Mots-clés : joueurs de poker, contenu médiatique, analyse thématique

Representation of poker players in Quebec mass media

Abstract

The population of Quebec is exposed to a wide variety of information presented by the mass media. Messages conveyed about gambling, and more specifically exposure to these messages, contribute to changes in people's attitudes, beliefs and behaviors regarding gambling. Since poker players perceive their favorite game as distinct from other gambling games in terms of strategy, it seems appropriate to focus on the media's presentation of the latter. A better understanding of the media discourse about them would help to gain a better understanding of one of the macrosocial elements that may influence the identity construction of poker players. The aim of this project is to analyze the media discourse about poker players. A documentary search strategy in the Eureka database evidenced 566 media content from local, regional, provincial and national Francophone Canadian media. After removing duplicates ($n = 116$) and references that did not mention characteristics of poker players, 369 media content were selected for the thematic analysis. It revealed five main themes : the promotion of success, the characteristics of poker players, their skills, risk-taking and the consequences of poker. This knowledge of media content about poker players will allow better targeting of preventive messages towards them.

Keywords : poker players, media content, thematic analysis

Representación de los jugadores de póker en los medios de comunicación de masas en Quebec

Resumen

La población de Quebec está expuesta a una gran variedad de informaciones presentadas por los medios de comunicación masiva. Los mensajes vehiculados sobre los juegos de azar y de dinero (JAD) y, más específicamente, la exposición a dichos mensajes, contribuyen a los cambios de actitudes, creencias y comportamientos de las personas con respecto a este tema. Los jugadores de póker perciben su juego de predilección como diferente de los otros JAD por el aspecto estratégico que encuentran en este, lo que hace pertinente interesarse en la presentación que los medios hacen del juego. Un mejor conocimiento del discurso mediático que se difunde en los medios en lo que les concierne permitiría adquirir una comprensión más profunda de uno de los elementos macrosociales susceptibles de influir en la construcción identitaria de los jugadores de póker. Este proyecto tiene como objetivo el análisis del discurso mediático referido a los jugadores de póker. Una estrategia de investigación documental realizada en el banco de datos Eureka permitió trazar 566 contenidos mediáticos provenientes de medios de comunicación francófonos locales, regionales, provinciales y nacionales. Luego de la supresión de los duplicados ($n = 116$) y de referencias que no mencionaban características de los jugadores de póker se retuvieron 369 contenidos mediáticos para realizar un análisis temático. Se establecieron así cinco temas principales: la promoción del éxito, las características de los jugadores de póker, la competencia de los mismos, la toma de riesgos y las consecuencias del juego. Este conocimiento de los contenidos mediáticos sobre los jugadores de póker permitirá definir con más precisión los mensajes preventivos que se produzcan dirigidos a ellos.

Palabras clave : jugadores de póker, contenidos mediáticos, análisis temático

Contexte

L'exposition aux messages véhiculés par les médias peut amener des changements de nature sociale ou psychologique, ce que l'on nomme «l'effet médiatique» (Bryant et Zillmann, 2009). Celui-ci est défini par Potter (2011) comme «un changement dans un résultat au sein d'une personne ou d'une entité sociale qui est dû à l'influence des médias de masse à la suite de l'exposition à un message ou à une série de messages de médias de masse» [traduction libre] (p. 903). Chez l'individu, ces effets peuvent survenir au niveau des croyances (Potter, 2011), des comportements, des attitudes, des cognitions (Bryant et Zillmann, 2009; McQuail, 2005; Potter, 2011), de la physiologie et des émotions (Bryant et Zillmann, 2009; Potter, 2011).

Chaque jour, la population est exposée à de multiples informations diffusées par les médias de masse. L'exposition médiatique peut être directe ou indirecte. Lorsque les personnes sont exposées physiquement à un média, elles sont exposées de manière directe à son influence. Lorsque les messages présentés dans les médias sont véhiculés par d'autres personnes, l'influence de l'exposition médiatique est indirecte (Potter, 2011).

Des chercheurs se sont intéressés à l'effet médiatique des médias de masse présentant des contenus reliés à diverses substances psychoactives. Nunez-Smith et ses collaborateurs (2010) ont réalisé une revue systématique de 42 études portant sur la relation entre l'exposition à divers médias et la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives chez les enfants et les adolescents. Les contenus télévisuels, les films, l'Internet, la musique, les magazines ainsi que les jeux électroniques constituent les médias concernés par cette revue systématique. Ces auteurs ont relevé une association significative entre une l'exposition médiatique accrue aux divers produits tels que le tabac, l'alcool, ainsi que diverses substances psychoactives et leur consommation (Nunez-Smith et al., 2010).

Lee et ses collègues (2008) ont étudié la relation entre la représentation des jeux de hasard et d'argent (JHA) dans les médias de masse et les comportements de jeu et attitudes envers les publicités et émissions télévisuelles portant sur ce dernier. Leurs résultats établissent un lien entre l'exposition aux JHA par l'entremise des médias, les attitudes positives à l'égard des émissions télévisées et publicités portant sur les JHA et l'intention de participer aux JHA (Lee et al., 2008). Plus précisément, l'exposition des étudiants aux publicités et aux émissions télévisées portant sur les JHA est associée au développement d'attitudes positives envers ces contenus médiatiques. Ces attitudes envers les publicités et les émissions télévisées portant sur les JHA auraient à leur tour contribué au développement d'intentions de jeu chez les étudiants (Lee et al., 2008).

En outre, Gazso et Tepperman (2008) ont réalisé une analyse thématique de 150 articles provenant de cinq journaux ontariens parus entre 1998 et 2008 afin d'explorer comment y sont décrits les JHA. Quatre thèmes résultent de l'analyse du corpus de données soit : l'argent selon la perspective de l'industrie et des profits qu'elle génère, les coûts et bénéfices économiques et sociaux pour les individus, les aspects concernant le contrôle et la régulation des JHA ainsi que la culture populaire associée à ces derniers. Selon ces auteurs, les contenus médiatiques façonnent les connaissances

et la compréhension des individus concernant les JHA, ainsi que leur attitude envers le jeu et leur participation aux JHA (Gazso et Tepperman, 2008).

Miller et ses collègues (2014) se sont intéressés à la manière dont sont représentées les causes, les conséquences et les solutions reliées au problème de jeu dans les huit journaux les plus distribués en Australie. L'analyse de 339 articles révèle qu'une majorité, soit 88 %, contenait des éléments reliés aux solutions à mettre en place concernant les problèmes de jeu. Quant à eux, les éléments reliés aux causes et aux conséquences du jeu problématique se retrouvaient respectivement dans 20 % et 30 % des contenus analysés. Alors que les individus présentant des préjugés reliés aux JHA (23,7 %), les professionnels de la santé et des services sociaux (11,3 %) ainsi que les chercheurs universitaires (9 %) sont sous-représentés dans les médias, les politiciens (58 %) et les acteurs de l'industrie du jeu (31 %) y sont surreprésentés. La surreprésentation des politiciens et des acteurs de l'industrie du jeu révélée par cette étude semble paradoxale. En effet, alors que les individus avec un problème de jeu y sont sous-représentés, la responsabilité individuelle reliée à la problématique de jeu constitue le sujet sur lequel les médias semblent mettre l'accent (Miller et al., 2014).

De leur côté, McMullan et Mullen (2001) ont analysé 234 contenus médiatiques portant sur les appareils de loteries vidéo et les jeux de casino provenant des deux journaux quotidiens les plus populaires de la Nouvelle-Écosse de 1992 à 1997. Cette étude cerne le rôle de l'État, des médias et des entreprises quant à la manière dont les informations concernant les JHA sont présentées dans les médias. Les résultats mettent en lumière la dominance des propos dont le contenu est façonné par l'État et les entreprises ayant des intérêts reliés aux JHA, ainsi que la relation d'interdépendance entre ces acteurs et les journalistes (McMullan et Mullen, 2001).

Dorfman (2003) indique que l'attribution de la responsabilité concernant les problèmes de santé présentés dans les contenus médiatiques, plus précisément concernant leur prévention et leur traitement, influence le regard des acteurs politiques et du public. Selon cet auteur, l'accent mis sur la responsabilité individuelle dans les médias en ce qui a trait aux problématiques de santé publique est susceptible de créer plus de préjudices que de bénéfices pour les individus présentant ces dernières (Dorfman, 2003).

Une meilleure connaissance des contenus médiatiques liés à une problématique de santé publique est susceptible de mettre en évidence les forces et les limites de ces contenus et ainsi orienter les changements de contenus médiatiques ou l'élaboration de plaidoyers médiatiques plus efficaces (Dorfman, 2003).

Comme les joueurs de poker perçoivent que leur jeu de prédilection est distinct des autres JHA par la notion de stratégie qu'ils y décèlent (Dufour et al., 2012, 2013; Vines et Linders, 2016), il semble pertinent de s'intéresser à la description que les médias font des joueurs de poker. Une meilleure connaissance du discours médiatique les concernant permettrait de mieux comprendre un des éléments macrosociaux susceptibles d'influencer la construction identitaire des joueurs de poker.

Les principaux objectifs de la présente recherche sont les suivants :

- Analyser le discours médiatique portant sur les joueurs de poker présenté dans les médias de masse québécois ;
- Décrire les thèmes présentés par les médias de masse québécois lorsqu'il est question des joueurs de poker.

Méthode

Stratégie de recherche documentaire

Les médias canadiens francophones locaux, régionaux, provinciaux et nationaux grand public sont ceux auxquels nous nous intéresserons dans le cadre de ce projet. Ces médias ont été retenus, puisqu'ils représentent ceux auxquels les individus sont les plus susceptibles d'être exposés dans leur quotidien.

Une stratégie de recherche documentaire a été élaborée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en sciences sociales afin de cibler le contenu médiatique pertinent à la réalisation de l'étude. Les mots-clés « poker », « Texas Hold'em », « joueur(euse) », « professionnel(le) », « semi-professionnel(le) » et « expert(e) » (avec leurs tronçatures respectives et les combinaisons pertinentes d'opérateurs booléens) ont été utilisés afin d'interroger la base de données multidisciplinaire Eureka.cc (Cision, 2022). Le contenu médiatique canadien francophone pour la période temporelle allant de janvier 2003 à septembre 2022 a été exploré. Le début de la période temporelle choisie correspond à la phase d'expansion sociale et économique du poker, soit l'année où la popularité de ce jeu a connu un accroissement important (Duncan, 2015 ; Monaghan, 2008 ; Shead et al., 2012 ; Talberg, 2019). De plus, un opérateur de recherche permettant de chercher les termes ayant une proximité de plus ou moins quatre mots a été utilisé afin de retracer, par exemple, un article qui utilise l'expression suivante : « Un joueur se spécialisant au poker ».

Constituant un des éléments essentiels de l'écriture journalistique, le *lead*¹ représente le début d'une nouvelle et permet de cerner le sujet d'intérêt du document médiatique, l'évènement concerné ainsi que le lieu et la date de son apparition, son déroulement de même que les causes et les raisons de son apparition. Il permet au lecteur de saisir immédiatement l'essence informationnelle d'un texte. Il est estimé que 80 % des informations dont il est question dans un document journalistique sont présentées dans le *lead* (Ward et Girouard, 2010).

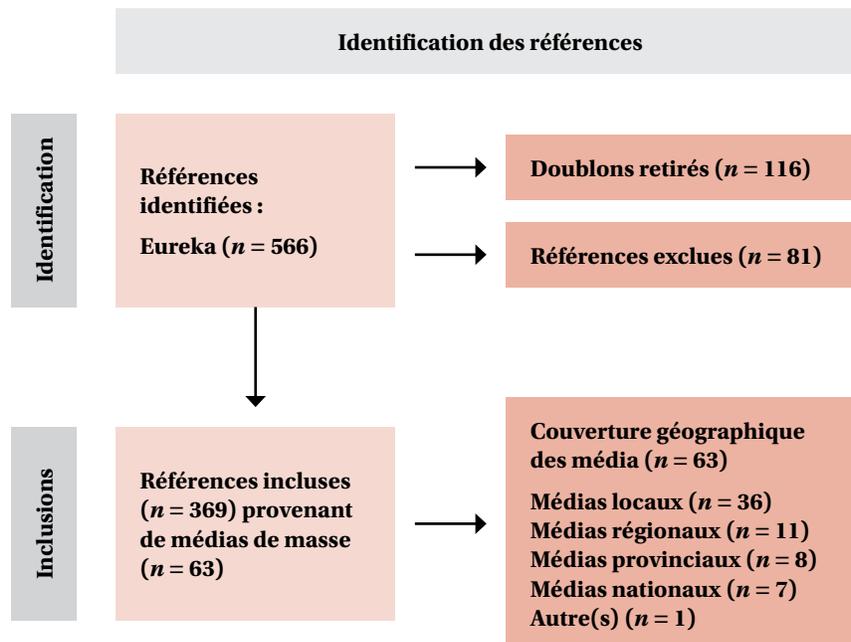
Pour cette raison, la clé LEAD a été appliquée lors de la recherche documentaire. Dans Eureka, celle-ci permet d'effectuer une recherche ciblée dans l'introduction des documents, plus précisément dans le titre, le surtitre et le sous-titre du document de même que dans le début du texte (Cision, 2022).

¹ Parfois nommé « chapeau d'un article » en français, le terme *lead* demeure fréquemment utilisé en journalisme. Pour cette raison, nous l'avons conservé dans ce texte.

Sélection des documents retenus pour analyses

La stratégie de recherche documentaire utilisée a permis de recenser 566 contenus médiatiques. La première apparition en format intégral de chacun des messages médiatiques a été conservée et les apparitions subséquentes ont été considérées comme des doublons. Étant donné que certains médias utilisent une diffusion Web de leurs contenus, cette procédure a permis de conserver les textes intégraux d'intérêt tout en évitant la redondance des données. À la suite du retrait des doublons ($n = 116$), 431 articles ont fait l'objet d'une première lecture. Cette première lecture a mené à l'exclusion de 81 références utilisant les termes «joueur de poker», mais ne présentant aucune caractéristique de ces derniers. Finalement, 369 contenus provenant de 63 sources médiatiques ont été retenus pour cette étude. Le processus d'identification des contenus est résumé dans la figure apparaissant ci-dessous.

FIGURE 1 - Sélection des documents



Le tableau 1 fait pour sa part état des sources retenues.

TABLEAU 1 – Liste des sources médiatiques

<i>MarketWire</i>	<i>La Voix de l'Est</i>	<i>Le Journal de Québec</i>	<i>La Presse+</i>
<i>Le Soleil</i>	<i>Canada Newswire</i>	<i>Le Journal de Montréal</i>	<i>24 heures Montréal</i>
<i>La Presse</i>	<i>Métro</i>	<i>Le Canada Français</i>	<i>Progrès-Écho</i>
<i>La Tribune</i>	<i>Le Trait d'Union</i>	<i>Le Richelieu</i>	<i>Hebdo Rive Nord</i>
<i>Le Devoir</i>	<i>Conseiller</i>	<i>La Presse Canadienne</i>	<i>Le Nouvelliste</i>
<i>Les Affaires</i>	<i>Le Progrès-dimanche</i>	<i>Le Journal de Sherbrooke</i>	<i>Direction informatique</i>
<i>SRC Télévision</i>	<i>Le Quotidien</i>	<i>Le Journal des Pays-d'en-Haut</i>	<i>ICI Radio-Canada</i>
<i>L'Éclaireur-Progrès</i>	<i>Le Courrier du Sud</i>	<i>Le Mirabel</i>	<i>Cyberpresse</i>
<i>Le Bulletin</i>	<i>Le Soleil de Châteauguay</i>	<i>Magazine Ile des Sœurs</i>	<i>La Revue du samedi</i>
<i>L'Avantage gaspésien</i>	<i>SRC Montréal</i>	<i>Info07</i>	<i>98,5 FM</i>
<i>Québec Hebdo</i>	<i>L'Action d'Autray</i>	<i>La Nouvelle Union</i>	<i>Le Reflet du Lac</i>
<i>L'Action week-end</i>	<i>La Voix de l'Est Plus</i>	<i>L'Hebdo du Saint-Maurice</i>	<i>L'Express Montcalm</i>
<i>L'Écho Abitibien</i>	<i>L'Actuel</i>	<i>L'Avantage Votre Journal</i>	<i>Brossard Éclair</i>
<i>Courrier Frontenac</i>	<i>Granby Express</i>	<i>Le Journal Saint-François</i>	<i>Le Guide</i>
<i>La Seigneurie</i>	<i>La Petite-Nation</i>	<i>Coup d'Œil</i>	<i>L'Étoile du Lac</i>
<i>SRC Mauricie</i>	<i>Marketwired</i>	<i>Le Lac St-Jean</i>	

Analyse des données

L'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006, 2012; Paillé et Mucchielli, 2016) sera utilisée afin de répondre aux objectifs de recherche énoncés. Celle-ci constitue une méthode d'analyse qualitative dont la visée est descriptive (Paillé et Mucchielli, 2016). Ce type d'analyse ne vise pas à interpréter ou à théoriser une expérience vécue (Paillé et Mucchielli, 2016). Les données sont plutôt réduites afin de dégager les thèmes du corpus de données et d'en brosser un portrait complet (Ayres, 2008; Braun et Clarke, 2006, 2012; Paillé et Mucchielli, 2016).

Un thème est un « ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 246). L'attribution de thèmes à un corpus de données constitue la tâche principale à réaliser lors de l'analyse thématique. Les thèmes élaborés doivent être représentatifs du corpus de données à l'étude et fournissent une réponse aux questions de recherche (Paillé et Mucchielli, 2016).

L'analyse thématique peut être réalisée de manière continue ou séquencée. La thématique continue est l'approche privilégiée dans le cadre de la présente étude. Elle représente une démarche de thématique des données et de la construction de l'arbre thématique sans interruption. Les

données sont codifiées tout au long de l'analyse tandis que les codes et thèmes sont regroupés au fur et à mesure, permettant ainsi de générer un arbre thématique en cours d'analyse (Paillé et Mucchielli, 2016).

En plus de pouvoir être utilisée dans le cadre d'une démarche continue ou séquencée (Paillé et Mucchielli, 2016), l'analyse thématique peut être de nature inductive ou théorique (Braun et Clarke, 2006, 2012). L'analyse théorique constitue la perspective utilisée dans cette étude. Elle est dirigée par le chercheur, ses intérêts et ses questions de recherche. Ce type d'analyse permet au chercheur de mettre l'accent sur les éléments d'intérêts pour ses questions de recherche afin d'en faire une analyse plus détaillée (Braun et Clarke, 2006, 2012). Ce type d'analyse permettra de répondre aux objectifs de recherche du projet en s'intéressant de manière plus spécifique aux éléments de discours portant sur les joueurs de poker dans les médias de masse québécois.

L'analyse thématique peut être effectuée avec des thèmes latents ou des thèmes sémantiques. L'analyse thématique sémantique constitue l'approche utilisée dans le cadre de cette étude. Le développement de thèmes sémantiques présente un niveau d'inférence moins élevé qu'une analyse de thèmes latents et génère des thèmes explicitement collés sur les données analysées (Braun et Clarke, 2006, 2012). En effet, considérant les objectifs de recherche précédemment énoncés, il est plus pertinent d'analyser les données en générant des thèmes collés aux contenus d'intérêt plutôt que de leur attribuer des thèmes présentant un niveau d'abstraction plus élevé.

Braun et Clarke (2006, 2012) proposent six étapes afin de réaliser l'analyse thématique : la familiarisation avec les données, le codage initial, la génération des thèmes, la révision des thèmes, la définition des thèmes et l'écriture des résultats. La première étape de l'analyse thématique des données qualitatives consiste à se familiariser avec les données recueillies (Braun et Clarke, 2006, 2012). L'encodage initial des données constitue la deuxième étape de l'analyse thématique. Lors de cette étape, les données sont organisées en segments d'informations auxquels des codes initiaux sont attribués. Ces codes sont associés aux données en regard du sens que le chercheur leur attribue (Boyatzis, 1998 ; Braun et Clarke, 2006, 2012). Dans le cadre de l'analyse thématique dite théorique, les données seront examinées par rapport aux questions de recherche à l'étude. L'encodage peut être effectué pour le corpus entier de données recueillies ou pour des segments du corpus qualitatif. La troisième étape consiste à regrouper différents codes afin d'élaborer des thèmes. C'est également lors de cette étape que le chercheur débute l'exploration des relations possibles entre les divers thèmes, puis les thèmes sont ensuite révisés lors d'une quatrième étape. La cinquième étape consiste à nommer et à définir les thèmes en fonction des codes qu'ils contiennent et leur signification. Finalement, la sixième et dernière étape consiste à terminer l'analyse des données qualitatives et à rédiger la synthèse des résultats (Braun et Clarke, 2006, 2012).

L'analyse thématique a fait l'objet d'une validation par une seconde personne. En effet, à la suite de l'analyse des données réalisées par la chercheuse principale du projet, une assistante de recherche a effectué une lecture complète de l'ensemble du corpus de données afin d'en analyser le contenu et ainsi attester de la pertinence de l'analyse proposée. Cette démarche a permis de générer de

nouveaux codes, enrichissant ainsi l'analyse thématique initiale. En cas de divergence concernant un code ou un thème, le désaccord était discuté jusqu'à l'obtention d'un consensus.

À la suite de l'analyse thématique, les thèmes ont été comptabilisés pour chacune des références. Plus précisément, l'apparition des principaux thèmes dans chaque contenu médiatique a été documentée selon qu'il était présent (1) ou absent (0). Ainsi, un thème retrouvé plusieurs fois dans un contenu médiatique s'est vu attribuer une valeur de « 1 », puisque l'intérêt de la démarche proposée consiste à analyser dans combien de contenus médiatiques chacun des thèmes se retrouve.

Résultats

L'analyse des contenus médiatiques recensés a permis de révéler cinq principaux thèmes dans les médias de masse québécois disponibles sur Eureka.cc entre 2003 et 2022. Ces thèmes sont : (a) la promotion de la réussite; (b) les caractéristiques des joueurs de poker; (c) les compétences au poker; (d) la prise de risques et (e) les conséquences du poker.

Promotion de la réussite

La promotion de la réussite constitue le thème le plus fréquent dans les données, puisqu'il apparaît dans 78 % des contenus médiatiques recensés. Lorsque les médias consultés présentent les joueurs de poker, ils abordent généralement les aspects positifs reliés à la participation à ce jeu. La promotion de la réussite est composée de quatre sous-thèmes : les gains, la notoriété, la carrière au poker et le style de vie des personnes.

Lorsque les médias présentent des informations concernant les joueurs de poker, des gains effectués par ces derniers ou des possibilités de gains sont fréquemment présentés conjointement. Ces derniers peuvent prendre diverses formes telles que des gains financiers (de quelques milliers à quelques millions de dollars) et en prix. Certains joueurs de poker sont présentés comme étant parmi ceux qui ont réalisé les plus importants gains financiers au cours de leur parcours au poker. Les gains en prix rapportés par les médias consultés sont des items promotionnels, tels que le bracelet du champion des séries mondiales de poker, des voyages ou encore des accès pour prendre part à divers événements prestigieux dans l'univers du poker (ex. : séries mondiales).

La notoriété constitue également un sous-thème de la promotion de la réussite. Certains joueurs sont présentés comme étant des champions du poker de renommée mondiale et bénéficient d'une réputation positive auprès de la communauté du poker. Ces personnes sont présentées comme des vedettes classées parmi les meilleurs joueurs de poker au monde. Les personnes bénéficiant de cette réputation sont parfois dépeintes comme un idéal à atteindre pour les joueurs moins expérimentés. Certaines d'entre elles sont commanditées par des sites Internet tels que PokerStars ou par des organisations présentant des offres de jeu de poker, comme les séries mondiales de poker et Loto-Québec. En outre, plusieurs joueurs ayant une réputation notoire mettent en marché des produits dérivés du poker tels que des sites Internet, des livres, des formations ou encore des services de *coaching*.

La carrière au poker constitue un sous-thème additionnel de la promotion de la réussite. Certains joueurs sont présentés comme des individus dont le poker constitue l'occupation principale et la carrière. Cette dernière est caractérisée comme un phénomène relativement peu commun auquel un nombre restreint d'individus peut accéder. Or, les joueurs réalisant une carrière au poker sont présentés comme l'élite à ce jeu et sont dépeints comme des joueurs « professionnels ».

Finalement, la promotion de la réussite au poker est caractérisée par la présentation d'un style de vie trépidant dont les joueurs de poker prolifiques bénéficient. Ces joueurs sont décrits comme étant des globe-trotteurs voyageant pour participer à des événements de poker prestigieux aux quatre coins du monde et comme étant financièrement aisés. Ils sont parfois présentés comme des personnes prenant part à divers événements sociaux ou philanthropiques.

TABLEAU 2 – Extraits illustrant le thème « Promotion de la réussite »

Sous-thème – Les gains

« Après une semaine qui lui rapporte 592 000 \$ US, Negreanu a gagné le droit de relaxer. » (Gravel, 2006a)

« Deux joueurs de la Ville de Québec ont réalisé de belles prestations lors de Grand tournoi de poker Loto-Québec qui se déroulait en fin de semaine au casino du Lac-Leamy, à Gatineau. Martin Fournier-Giguère a terminé la compétition au cinquième rang et a empoché la somme de 49 870 \$. De son côté, Jean-Philippe Matte s'est classé sixième, mettant la main au passage sur 43 636 \$. » (Agence QMI, 2012)

Sous-thème – La notoriété

« Jonathan Duhamel s'est de nouveau distingué sur la scène internationale du poker en se classant quatrième lors d'un tournoi majeur réunissant 16 des meilleurs joueurs de poker du monde. » (Nadeau, 2013)

« La police de Longueuil refuse de dévoiler le nom de la victime, mais l'agent du champion du monde 2010 confirme qu'il s'agit bel et bien de M. Duhamel. » (Bilodeau, 2011)

Sous-thème – La carrière au poker

« "Semi-pro", l'homme gagne sa vie avec le poker depuis deux ans, et sa passion lui rapporte annuellement 35 000 \$. » (Gagnon, 2006)

« Annette Obrestad, 21 ans, a fait d'un jeu son métier. » (van Aken, 2009)

Sous-thème – Le style de vie des personnes

« La Victoriavilloise a été considérée sans domicile fixe pendant cinq ans tellement elle se promenait de ville en ville pour participer aux tournois, puis elle s'est installée à Monaco l'année dernière. Elle participe maintenant à une trentaine d'événements par année, dans des endroits plus exotiques les uns que les autres. » (Poisson, 2008)

« L'homme de 34 ans est reconnu pour son style de vie débridé. D'ailleurs, il partage régulièrement des clichés, entouré de jeunes femmes légèrement vêtues, souvent en possession d'armes à feu et bouteilles de champagne à la main. » (Beaudin, 2015)

Caractéristiques des joueurs de poker

Parmi les contenus médiatiques recensés, environ 47 % présentent des caractéristiques rattachées à des joueurs de poker. Lorsque celles-ci sont mentionnées, elles mettent en lumière des éléments de personnalité partagés par les joueurs de poker. Deux sous-thèmes permettent de documenter les caractéristiques des joueurs de poker : les types de joueurs et les caractéristiques intrinsèques de ceux-ci.

Plusieurs types de joueurs sont présentés : les amateurs, les débutants, les expérimentés et les professionnels. Une très faible proportion de contenus médiatiques, soit approximativement 4 %, fait mention des « joueurs pathologiques ». Les joueurs professionnels sont dépeints comme une catégorie distincte de joueurs qui réussissent à gagner leur vie avec le poker soit en y jouant, soit en développant des produits dérivés de ce jeu.

Lorsqu'il est question des joueurs de poker dans les médias, ces derniers mettent de l'avant plusieurs caractéristiques intrinsèques des joueurs de poker prolifiques. Le poker est présenté comme étant un univers essentiellement masculin dans lequel les joueurs, des passionnés, doivent faire preuve de persévérance, d'endurance, de patience, de discipline et d'une bonne hygiène de vie. Les adeptes qui réussissent à ce jeu sont présentés comme des individus charismatiques, courageux et rationnels. Ils sont présentés comme étant en contrôle d'eux-mêmes, avec une bonne condition physique et mentale ainsi qu'une bonne confiance en eux.

TABLEAU 3 – Extraits illustrant le thème « Caractéristiques des joueurs de poker »

Sous-thème – Les types de joueurs

« L'adepte du TexasHold'em ne sera pas dépaysé dans ce tournoi, puisqu'il se déroule dans ce style de jeu. »
(Fournier, 2021)

Sous-thème – Les caractéristiques intrinsèques des joueurs

« Différents aspects doivent être combinés pour l'accès à la réussite : chance, discipline et gestion du portefeuille. »
(Gobeil, 2014)

« Il m'est arrivé, en jouant, de rencontrer ce type de femmes qui ont 60-65 ans et qui se retrouvent dans des tournois. Elles sont très discrètes. » (Duchesne, 2012)

« Qu'il négocie un gratte-ciel ou se lance dans un bras de fer avec la Chine sur ses pratiques commerciales, il a souvent des allures de joueur de poker, à la fois flamboyant et imprévisible. » (Smith, 2020)

Compétences au poker

Parmi les contenus médiatiques recensés, environ 35 % présentent des compétences requises associées à l'excellence au poker. Ce thème se compose des six sous-thèmes suivants : la maîtrise de soi, la tentative de contrôle des adversaires, la capacité à « décoder » ces derniers, les compétences mathématiques, la capacité décisionnelle ainsi que la capacité à apprendre le poker et ses rudiments.

La maîtrise de soi constitue une des compétences représentées dans les contenus médiatiques étudiés. La gestion des émotions (positives ou négatives) est rattachée à la maîtrise de soi en situation de jeu. Ce contrôle des émotions semble associé à la gestion du langage non verbal, lequel constitue également un aspect de maîtrise de soi. En effet, la gestion du langage non verbal semble avoir comme objectif principal de camoufler ses émotions afin d'éviter que les adversaires puissent les décoder et les exploiter dans le contexte du jeu. Finalement, la gestion du budget, c'est-à-dire la capacité d'établir un budget pour le poker et de le respecter, constitue un autre élément rattaché à la maîtrise de soi.

La tentative de contrôle des adversaires constitue un sous-thème des compétences au poker. Lors de cette tentative de contrôle de l'autre, le joueur vise à amener son adversaire à adopter des comportements au jeu qui l'avantage. Le joueur peut alors tenter de manipuler son adversaire en utilisant des stratagèmes variés pour cacher son jeu et ses stratégies. Parmi ces stratagèmes se retrouve le *bluff*, dont l'objectif consiste à flouer ses adversaires. Le joueur peut également tenter d'influencer ses adversaires en utilisant un patron de mises amenant ces derniers à croire que les cartes en sa possession sont plus ou moins fortes que ce qu'elles sont réellement dans le contexte du jeu.

Parmi les compétences abordées se retrouve aussi la capacité d'un joueur à décoder les adversaires. Le joueur tente alors d'interpréter le langage non verbal (ex. : mouvements de la bouche, mouvements des yeux, etc.) de ses rivaux afin d'y déceler des informations concernant leur état d'esprit et la force de leur main. Le joueur tente également d'acquérir une meilleure compréhension du style de jeu de ses adversaires lui permettant de spéculer sur les prochaines actions qui seront effectuées par ces derniers dans le contexte du jeu.

Les compétences mathématiques représentent également un sous-thème relié aux compétences concernant le poker. Elles relèvent de la compréhension des statistiques et des probabilités de gagner selon la force de la main dont un joueur dispose. Une bonne compréhension des statistiques et des probabilités est présentée comme étant rattachée à la capacité de prendre de bonnes décisions au poker.

La capacité décisionnelle constitue une des compétences mise de l'avant au poker. En effet, ce jeu nécessite que les joueurs prennent régulièrement des décisions en situation de pression temporelle. Ces décisions sont basées sur des informations incomplètes et dans un contexte où des ressources financières sont mises en jeu. La capacité à prendre des décisions au poker est parfois mise en relation par les médias avec le concept de « courage », c'est-à-dire que les joueurs sont présentés comme étant des individus qui font preuve de bravoure et possèdent l'audace de prendre des décisions dans ce contexte d'incertitude.

Finalement, les médias analysés présentent la capacité à apprendre le poker comme une compétence reliée à ce jeu. Le joueur est présenté comme un individu devant faire l'apprentissage des rudiments du poker et étant en mesure d'apprendre de ses erreurs afin d'obtenir des résultats plus satisfaisants ultérieurement. L'apprentissage du poker est rattaché à plusieurs manières de procéder, par exemple l'apprentissage en situation de jeu, la consultation de divers documents reliés au jeu et le *coaching* par des joueurs d'expérience.

TABLEAU 4 – Extraits illustrant le thème « Compétences au poker »

Sous-thème – La maîtrise de soi

« Comme joueur de poker, René Angélil est impénétrable et fourbe. » (Aubin, 2009)

« On est confronté à des prises de décisions en permanence. Il faut aussi du contrôle de soi. » (Dostie, 2008)

« Il est possible d'apprendre beaucoup sur l'art de faire des affaires en faisant une comparaison avec le poker. Dans les deux cas, la chance joue un grand rôle, mais à long terme, le gagnant est celui qui joue de façon constante. Pour vaincre, il faut avoir une grande connaissance des règles du jeu, savoir se contrôler, et ne pas rater les occasions qui se présentent ». (Schmouker, 2008)

Sous-thème – La tentative de contrôle des adversaires

« Ils doivent apprendre à manipuler leurs adversaires, à développer des stratégies selon leur position sur la table et l'ampleur du tournoi. » (Meilleur, 2008)

« Trevor Timmins serait un très bon joueur au poker. Il a un talent naturel pour cacher son jeu en plus d'envoyer ses rivaux sur plusieurs pistes possibles. » (Chaumont, 2013)

« Chris Moneymaker, le champion du monde 2003, a sa méthode bien à lui : comme il ne parvient jamais à dominer complètement sa nervosité, il s'efforce au contraire de l'exagérer par une foule de gestes afin de brouiller le signal qu'il envoie et de le rendre impossible à déchiffrer. » (Gravel, 2006c)

« Ensuite, ça prend toutes les qualités reliées au jeu : une bonne psychologie, du courage, de l'intelligence, savoir manipuler ses adversaires et exploiter leurs faiblesses, tout ça en plus d'être en bonne forme physique. » (Dostie, 2008)

Sous-thème – La capacité à « décoder » ses adversaires

« Lorsqu'il travaillait dans le contre-espionnage au FBI, Joseph Navarro pouvait confondre un traître grâce à des tics à peine perceptibles, comme un regard. Aujourd'hui, il propose à des joueurs de poker professionnels d'apprendre, grâce à son expérience, à deviner si leurs adversaires bluffent ou pas. » (AP, 2007)

« Selon Dave Tremblay, la capacité de concentration de Duhamel explique beaucoup son succès. "Il y a toujours de la chance au poker, mais il faut aussi du talent pour bien lire tes adversaires. Jonathan a aussi pu rester concentré quand les choses ont moins bien commencé pour lui à la table finale. C'est aussi un gars qui connaît bien les chiffres. Il est excellent pour calculer les probabilités de chaque main", précise-t-il. » (Landry, 2010)

Sous-thème – Les compétences mathématiques

« Le magistrat conclut que "les joueurs de poker experts s'appuient sur un éventail de talents, incluant la facilité avec les nombres, la connaissance de la psychologie humaine, et les pouvoirs d'observation et de tromperie [...] l'influence de la compétence devient évidente et majoritaire". » (Néron, 2012)

« Simon est extrêmement froid lorsqu'il parle poker. Au moment de l'entrevue, il a souvent eu référence aux mathématiques pour expliquer ses choix. » (Belley-Murray, 2010)

Sous-thème – La capacité décisionnelle

« Duhamel ajoute : "Après tout, il y a 52 cartes dans un jeu et chaque joueur en obtient le même nombre. Pour le reste, il s'agit de prendre les bonnes décisions." » (Nadeau, 2011)

« Dans son livre *"Thinking in Bets : Making Smarter Decisions When You Don't Have All the Facts"*, l'ex-joueuse de poker professionnelle Annie Duke rappelle que la qualité d'un projet stratégique dépend de deux facteurs : la qualité de la décision prise, et la chance. » (Gosselin, 2019)

Sous-thème – La capacité à apprendre le poker et ses rudiments

« Les plus grands joueurs de poker connaissent non seulement les règles du jeu, mais observent aussi les autres joueurs afin de découvrir leurs stratégies. » (Dallaire, 2016)

« Baignant dans l'univers du poker depuis son tout jeune âge, Isabelle Mercier a rapidement appris les rudiments de ce jeu de cartes. » (Sylvestre, 2008)

Prise de risques

Le thème de la prise de risques a été retracé dans approximativement 16 % des contenus médiatiques recensés. En effet, les médias étudiés présentent des joueurs de poker ayant décidé d'abandonner une profession (ex. : avocat) afin de se consacrer totalement au poker. Le poker étant un JHA dont les résultats sont incertains, la carrière au poker constitue un risque qui est mentionné dans le corpus à l'étude. Alors que certains abandonnent leur profession pour entreprendre une carrière au poker, d'autres abandonnent leurs études afin de se consacrer pleinement à ce jeu en espérant y faire carrière.

La prise de risque est également mentionnée en ce qui concerne les décisions en situation de jeu. Le poker étant présenté comme une activité dont les résultats sont influencés, entre autres, par les habiletés des joueurs qui s'y adonnent, la prise de décisions en situation de jeu constitue un aspect par rapport auquel les joueurs de poker sont caractérisés comme devant faire preuve de courage. En effet, les joueurs de poker doivent prendre des décisions sur la base d'informations incomplètes. Ils risquent ainsi d'y perdre l'argent qu'ils ont mis en jeu.

Finalement, les comportements à risques adoptés par certains joueurs de poker sont représentés dans les contenus médiatiques étudiés. On retrouve notamment dans les médias des contenus concernant des épisodes de conduite automobile avec les facultés affaiblies, la consommation de substances psychoactives, la participation à des activités extrêmes (ex. : sauts d'hélicoptère), l'adoption d'une sexualité à risque et de comportements illégaux (ex. : exploitation d'un salon de poker clandestin).

TABLEAU 5 – Extraits illustrant le thème « Prise de risques »

« Il y a évidemment un risque à mettre 12 000 \$ en jeu, comme le fait régulièrement Le Prince. “J’ai déjà perdu 50 000 \$ en un mois et demi, il y a quelques années, un tiers de mon fonds de roulement, dit-il. J’ai pris une pause.” » (Gravel, 2007)

« Ces litiges lèvent le voile sur l’univers de ces trois jeunes millionnaires qui ont abandonné leurs études universitaires pour devenir des pros du poker. » (Brousseau-Pouliot, 2021)

« L’avocate de formation, a rapidement laissé la pratique du droit pour suivre les tournois de poker à travers le monde. » (Toupin, 2008)

Conséquences du poker

Les conséquences liées au poker constituent le thème le moins souvent retracé dans les articles recensés (environ 13 % des contenus médiatiques). Parmi ce thème, on retrouve trois sous thèmes : les conséquences financières, les conséquences relationnelles et les conséquences personnelles.

Les conséquences financières se rattachent aux pertes financières liées au poker et aux difficultés financières auxquelles font face certains joueurs de poker professionnels en début de carrière. Parmi ces pertes financières se retrouvent les pertes réalisées en situation de jeu, ainsi que les sommes utilisées pour payer les droits d’entrée de divers événements de poker comme les séries mondiales de poker, plus connues sous leur appellation anglophone World Series of Poker (WSOP).

En plus des conséquences financières, certains joueurs de poker sont présentés comme étant confrontés à des conséquences relationnelles. Parmi ces conséquences se retrouvent la perte de relations avec des membres de la famille et la perte de relations amoureuses. Alors que les relations avec les membres de la famille semblent perdues à la suite d’une perte de confiance de ces derniers envers la personne qui s’adonne au poker, les relations amoureuses semblent elles perdues en lien avec la compétitivité au poker, un conjoint en quittant un autre qu’il n’est pas en mesure de battre au jeu.

Finalement, le dernier sous-thème de cette catégorie se rattache aux joueurs qui font face à des conséquences personnelles liées à leur pratique du poker. Les émotions négatives rattachées à la pratique du poker, plus particulièrement celles découlant des pertes financières encourues au jeu, constituent une de ces conséquences. Certains joueurs font aussi état de difficultés psychologiques pouvant mener à une tentative de suicide. Des démêlés avec la justice semblent également vécus par certains joueurs et concernent des comportements à risque tels que la conduite automobile avec facultés affaiblies et des poursuites judiciaires de nature diverses.

TABLEAU 6 – Extraits illustrant le thème « Conséquences du poker »

Sous-thème – Les conséquences financières

« L'univers du poker en est un où les bénéfices peuvent être nombreux, mais les investissements ou pertes tout aussi importants. » (Gobeil, 2014)

Sous-thème – Les conséquences relationnelles

« Lorsqu'on aborde le sujet du poker, on entend souvent parler d'histoires d'horreur où les joueurs perdent tout ce qu'ils ont, argent, famille et amis. » (Sylvestre, 2010)

« Par rapport aux joueurs en salle, les joueurs de poker en ligne signalent également plus de conséquences négatives sur leur vie sociale et familiale. » (Côté, 2010)

Sous-thème – Les conséquences personnelles

« Les cartes arrivent vite et les jetons de 25 \$ repartent aussitôt. L'homme se fait marteler. Il se lève, on dirait qu'il va pleurer. Il n'a vraiment pas l'air bien. Il prend un compte de huit debout, l'arbitre devrait intervenir, non, l'homme se rassoit et continue à jouer. » (Gravel, 2006b)

« Un des plus importants casinos des États-Unis, le MGM Grand Hotel de Las Vegas, poursuit un joueur de poker montréalais pour 1,8 million, pour une dette contractée il y a deux ans qui n'aurait pas été remboursée. » (Ducas, 2019)

Discussion

Alors que des joueurs de poker interrogés au sujet de leur jeu de prédilection sont d'avis que les médias entretiennent une représentation négativement connotée du poker et des méfaits qui y sont associés (Dufour et al., 2012), le corpus de données analysé suggère une représentation à connotation principalement positive des joueurs de poker dans les médias de masse francophones québécois. En effet, l'apparition du thème de la promotion de la réussite témoigne de cette représentation médiatique positive des joueurs de poker. Quatre sous-thèmes composent le thème de la promotion de la réussite : les gains, la notoriété, la carrière au poker et le style de vie des personnes qui s'y adonnent.

Les gains au poker constituent un élément fréquemment rencontré dans l'univers médiatique québécois entourant les joueurs de poker. Le corpus étudié présente régulièrement des gains monétaires ou sous forme de prix divers. Il est intéressant de constater que le désir de faire des gains constitue une motivation mise de l'avant dans quelques études lorsque les joueurs sont interrogés sur leurs motivations à jouer au poker (Brochu et al., 2015; Dufour et al., 2013; Kim et al., 2013; Matros, 2005, cité dans Siler, 2010; Mitrovic et Brown, 2009; Shead et al., 2008). Dans le cadre de leur étude, Martinez et Le Floch (2008) se sont intéressés à l'influence que peut avoir le fait de savoir qu'une autre personne a effectué des gains reliés aux JHA sur l'illusion de contrôle d'un individu. Les résultats de leur étude indiquent que les individus sont plus enclins à prendre des risques reliés aux JHA lorsqu'ils sont informés qu'un tiers a effectué des gains reliés à un JHA dont il était en contrôle (Martinez et Le Floch, 2008). Considérant que la maîtrise de soi est présentée

comme une compétence nécessaire afin de performer au poker, il serait pertinent de s'intéresser à la prise de risque au jeu chez des joueurs de poker ayant été exposés à des contenus médiatiques présentant les gains effectués par d'autres joueurs comparativement à la prise de risque au jeu chez des joueurs n'y ayant pas été exposés.

Le sous-thème de notoriété au poker découlant de l'analyse du corpus médiatique à l'étude constitue un élément rencontré dans la littérature scientifique concernant le poker. En effet, plusieurs auteurs suggèrent la médiatisation de célébrités s'adonnant au poker (Hardy, 2006; Kim et al., 2013; McCormack et Griffiths, 2012). De plus, une étude réalisée par Bradley et Schroeder (2009) révèle que l'obtention d'un statut de joueur régulier, bénéficiant d'une certaine notoriété au sein d'une communauté de joueurs de poker, constitue une importante source de motivation à prendre part à une offre de jeu gratuite au poker (Bradley et Schroeder, 2009).

La représentation de joueurs de poker dans les médias suggère la possibilité de gagner sa vie et de faire carrière au poker. Ces résultats semblent cohérents avec les résultats de Dufour et ses collègues (2012, 2013), McCormack et Griffiths (2012) et Vines et Linders (2016) qui indiquent que certains joueurs abordent le poker comme étant un « travail ».

Les résultats suggérés par la présente étude sont également en adéquation avec le discours des joueurs de poker présenté par Dufour et ses collaborateurs (2012, 2013) et Vines et Linders (2016) quant à la distinction entre leur jeu de prédilection et les autres JHA. En effet, les joueurs de poker interrogés dans le cadre de cette étude insistent sur le caractère distinctif du poker en raison, entre autres, de la part d'habiletés et de stratégies qu'ils y décèlent (Dufour et al., 2012, 2013; Vines et Linders, 2016).

Les discours médiatiques analysés dans ce projet représentent les joueurs de poker comme des personnes aux compétences particulières et utilisant des stratégies variées pour gagner au jeu. La maîtrise de soi constitue une compétence documentée dans le cadre de la présente étude. Plusieurs auteurs mentionnent que la gestion des émotions (Browne, 1989; Palomäki et al., 2020; Parke et al., 2005) et la gestion du budget de jeu (Browne, 1989; Hardy, 2006; Palomäki et al., 2020) constituent des compétences nécessaires pour réussir au poker. Faisant référence à une tentative de contrôler les autres joueurs, le *bluff* constitue une compétence discutée dans la littérature scientifique concernant le poker (Browne, 1989). La capacité à « décoder » et à comprendre ses adversaires représente un aspect retracé dans le corpus médiatique et se retrouve également parmi les compétences des joueurs relevées dans la littérature portant sur le poker (Browne, 1989; Hardy, 2006; Palomäki et al., 2020; Parke et al., 2005). Les compétences mathématiques des joueurs de poker présentées par les médias étudiés sont également documentées par plusieurs auteurs comme étant des compétences requises afin de bien performer au poker (Browne, 1989; Palomäki et al., 2020; Parke et al., 2005; Siler, 2010).

Il est intéressant de constater la présence de la maîtrise de soi parmi les contenus médiatiques recensés. La maîtrise de soi implique que l'individu soit en contrôle de ses émotions et de ses actions. Ce contrôle de soi est opposé à la perte de contrôle qui constitue un des critères

diagnostiques du trouble lié au jeu d'argent dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; APA, 2015). Les distorsions cognitives semblent jouer un rôle important concernant le jeu pathologique (Fortune et Goodie, 2012). En effet, il semble que la présence de distorsions cognitives soit un des facteurs susceptibles de mener au développement d'une problématique reliée aux JHA (Johansson et al., 2009). L'une de ses distorsions cognitives est l'illusion de contrôle qui amène un individu à concevoir qu'il existe une réelle possibilité de prédire les résultats issus de la participation à un JHA ou d'influencer ces derniers plus que ce qui est possible (Brochu et al., 2022; Lambos et Delfrabbro, 2007; Langer, 1975; Smith et Giroux, 2019). Il semble pertinent de questionner la notion de compétence au poker que l'on retrouve dans les contenus médiatiques à l'étude dans un contexte où cette notion coexiste dans les médias avec les divers messages de prévention appelant l'individu à demeurer rationnel en situation de jeu et à éviter des illusions de contrôle. En effet, le poker étant perçu comme un jeu d'habileté, il semble raisonnable de croire que les messages préventifs concernant les illusions de contrôle soient peu considérés par les joueurs de poker.

De plus, la récente bataille juridique impliquant le fisc et des joueurs de poker professionnels semble contradictoire en ce qui concerne l'aspect législatif relié aux JHA. En effet, le fisc canadien a gagné sa cause face à deux joueurs de poker considérés comme étant des hommes d'affaires dont la profession rapportée était le poker (Larocque, 2023). Alors que le fisc considère certaines activités de poker comme étant des activités de la sphère professionnelle, le poker est selon les lois actuelles catégorisé comme un jeu dominé par le hasard (Cabot et Hannum, 2005). Ceci amène un questionnement quant aux perceptions que peuvent développer les Québécois quant aux JHA et plus particulièrement le poker. Toutefois, il semble que l'Agence du revenu du Canada, de manière générale, ne considère pas la participation aux JHA comme étant une activité commerciale bien qu'elle soit considérée comme telle dans de rares exceptions (Borden Ladner Gervais, 2023).

La présence de la notion de prise de risques dans les références étudiées, plus particulièrement la recherche de sensations fortes, semble en cohérence avec les résultats obtenus par Barrault et Varescon (2013) indiquant que les joueurs de poker sont à la recherche de sensations fortes (Barrault et Varescon, 2013). Il serait intéressant de se questionner quant à la présentation de la prise de risques chez les joueurs de poker et l'attrait potentiel envers le jeu que cela pourrait engendrer chez les individus.

Les conséquences liées au poker étaient peu présentées dans les contenus médiatiques auxquels nous nous sommes intéressés. Bien que des conséquences de nature financières, personnelles et relationnelles aient été abordées, elles étaient sous-représentées par rapport à la promotion de la réussite. Les conséquences au poker pouvant être plus difficiles à évaluer que pour d'autres JHA, il serait pertinent de s'y intéresser sous un angle populationnel de jeu préjudiciable (Adams et al., 2009; Francis et Livingstone, 2021). Le jeu préjudiciable s'intéresse aux conséquences liées à la participation aux JHA du joueur et également aux conséquences vécues par les proches (Adams et al., 2009). En effet, alors que les principes préventifs reliés au « jeu responsable » (Blaszczynski et al., 2004, 2008, 2011) contribuent à la responsabilisation de l'individu, cette perspective préventive

semble s'éloigner de la perspective de santé publique s'intéressant aux préjudices vécus au niveau populationnel (Biron et al., 2020; Francis et Livingstone, 2021). Alors que le poker constitue un jeu impliquant de multiples apprentissages de la part des individus qui s'y adonnent, il serait intéressant d'en apprendre davantage quant aux divers préjudices sociaux pouvant en découler (ex. : absentéisme et abandon scolaire, criminalité, etc.).

Plusieurs études indiquent que les comportements de jeu des individus sont susceptibles d'être façonnés par les contenus médiatiques auxquels ils sont exposés (Bryant et Zillmann, 2009; Wardle et al., 2024). En octobre 2024, The Lancet Public Health Commission on gambling, dont les membres proviennent de douze pays différents, recommandait à l'Organisation mondiale de la santé d'adopter une résolution portant, entre autres, sur l'interdiction ou la restriction globale de la promotion et du marketing des JHA (Wardle et al., 2024). Cette recommandation s'inscrit en continuité des préoccupations soulevées récemment par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances à propos de la diversification de l'offre de JHA, leur promotion et la banalisation susceptible d'en découler, en particulier chez les personnes mineures ainsi que les personnes en situation de vulnérabilité (Young et al., 2024).

La présente étude comporte plusieurs forces. Tout d'abord, elle s'intéresse à un aspect macro-social du poker en étudiant les représentations médiatiques des joueurs de poker, permettant ainsi d'avoir une meilleure compréhension des messages véhiculés dans les médias susceptibles d'influencer la population québécoise. À notre connaissance, il s'agit de la seule étude québécoise portant sur le sujet. De plus, la méthode utilisée dans le cadre de cette étude a permis l'analyse d'une importante quantité de contenus de médias de masse francophones ($n = 369$). Finalement, la validation des analyses thématiques par une tierce personne constitue une force de l'approche utilisée.

Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, bien que la population québécoise soit quotidiennement exposée aux contenus diffusés dans les médias de masse francophones, elle est également exposée à divers contenus provenant d'autres sources (ex. : réseaux sociaux). Il aurait été intéressant, afin d'avoir un portrait plus complet du sujet qui nous intéresse, de faire l'analyse des contenus provenant de ces sources. De plus, cette étude est descriptive et ne constitue pas une étude de l'impact médiatique. En effet, elle ne permet pas d'en apprendre davantage quant à l'effet médiatique comparatif produit par les contenus médiatiques sur les joueurs de poker et sur la population générale. Cette connaissance permettrait de peaufiner des stratégies préventives spécifiquement adressées aux joueurs de poker. La réalisation d'une ethnographie institutionnelle permettrait d'acquérir une meilleure compréhension quant à la façon dont les comportements des joueurs de poker sont coordonnés par les discours médiatiques auxquels ils sont exposés (Smith et Griffith, 2022).

Conclusion

La population du Québec est quotidiennement exposée aux médias de masse francophones et à leurs contenus. L'effet médiatique que ces derniers sont susceptibles d'exercer sur les individus nous a menés à nous intéresser aux représentations médiatiques des joueurs de poker. Cette étude visait à analyser le discours médiatique portant sur les joueurs de poker présenté dans les médias de masse québécois et à décrire les thèmes concernant les joueurs de poker qui y sont présentés. L'analyse thématique effectuée a permis de mettre en lumière cinq thèmes principaux concernant les joueurs de poker : (a) la promotion de la réussite ; (b) les caractéristiques des joueurs de poker ; (c) les compétences au poker ; (d) la prise de risques ; et (e) les conséquences du poker. Il serait intéressant d'étudier l'effet médiatique des contenus présentés dans les médias sur la construction identitaire des joueurs de poker et sur les attitudes de la population envers ce jeu et les joueurs qui s'y adonnent.

Références

- Adams, P. J., Raeburn, J. et de Silva, K. (2009) A question of balance: Prioritizing public health responses to harm from gambling. *Addiction*, 104(5), 688-691. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02414.x>
- Agence QMI. (2012, 21 mai). Bonne performance pour deux joueurs de poker de Québec. *Le Journal de Québec*, 60.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.
- Associate Press. (2007, 26 octobre). Poker face. *Le Journal de Montréal*, 50.
- Aubin, B. (2009, 21 février). Des mots qui sonnent. *Le Journal de Montréal*, W89.
- Ayres, L. (2008) Thematic coding and analysis. Dans L. M. Given (dir.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* (p. 868-869). Sage Publications.
- Barrault, S. et Varescon, I. (2013). Impulsive sensation seeking and gambling practice among a sample of online poker players: Comparison between non pathological, problem and pathological gamblers. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.022>
- Beaudin, M. (2015, 20 juin). Le roi d'Instagram débarque à Montréal. *Le Journal de Montréal*, W8.
- Belley-Murray, K. (2010). Objectif : devenir champion du monde. *Progrès-dimanche*, 4.
- Bilodeau, E. (2011, 22 décembre). Jonathan Duhamel victime d'une invasion de domicile. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/sports/201112/21/01-4480049-jonathan-duhamel-victime-dune-invasion-de-domicile.php>
- Biron, J-F, Fournier, M., Papineau, É., Houle, V., Nanhou, V., Lasnier, B., Lemétayer, F., Nadon, S., Dufour, C., Cantinotti, M. et Nguyen, C. T. (2020). *La mesure populationnelle de jeu préjudiciable (MPJP) - Un instrument de surveillance des méfaits associés aux jeux de hasard et d'argent à l'échelle de la population*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4159835>
- Blaszczynski, A., Collins, P., Fong, D., Ladouceur, R., Nower, L., Shaffer, H. J., Tavares, H. et Venisse, J. (2011). Responsible gambling: General principles and minimal requirements. *Journal of Gambling Studies*, 27(4), 565-573. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9214-0>
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R., Nower, L. et Shaffer, H. (2008). Informed choice and gambling: Principles for consumer protection. *The Journal of Gambling Business and Economics*, 2, 103-118. <https://doi.org/10.5750/jgbe.v2i1.527>
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R. et Shaffer, H. J. (2004). A science-based framework for responsible gambling: The reno model. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 301-317. <https://doi.org/10.1023/B:JOGS.0000040281.49444.e2>

- Borden Ladner Gervais. (2023, 6 juillet). *Gagner le pot affecte-t-il vos impôts? Jeux de hasard et imposition au Canada*. <https://www.blg.com/fr/insights/2023/07/texas-hold-em-or-taxes-hold-em-taxes-and-gambling-in-canada#:~:text=En%20règle%20générale%2C%20les%20gains,%2C%20d%27une%20entreprise>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information : Thematic analysis and code development*. Sage Publications.
- Bradley, C. et Schroeder, R. D. (2009). Because it's free poker! A qualitative analysis of free texas hold'em poker tournaments. *Sociological Spectrum*, 29(3), 401-430. <https://doi.org/10.1080/02732170902762006>
- Braun, V. et Clarke, V. (2012). Thematic analysis. Dans H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf et K. J. Sher (dir.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57-71). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/13620-004>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brochu, P., Giroux, I., Dufour, J., Fortin-Guichard, D., Gagnon, É., Paquet, D., Smith, I. et Sévigny, S. (2022). Erroneous beliefs verbalized while playing online poker. *Journal of Gambling Issues*, 49, 129-157. <https://doi.org/10.4309/jgi.2022.49.6>
- Brochu, P., Sévigny, S. et Giroux, I. (2015). Raisons de jouer, émotions et perceptions relatives au hasard et à l'habileté de joueurs pratiquant le poker Texas Hold'em en ligne. *Journal of Gambling Issues*, 31, 78-111. <https://doi.org/10.4309/jgi.2015.31.7>
- Brousseau-Pouliot, V. (2021, 1 novembre). Le fisc réclame des millions de dollars à trois joueurs de poker. *La Presse+*. <https://www.lapresse.ca/actualites/2021-11-01/le-fisc-reclame-des-millions-de-dollars-a-trois-joueurs-de-poker.php#:~:text=L%27Agence%20du%20revenu%20du,Bérubé%20et%20Martin%20Fournier%2DGiguère>
- Browne, B. R. (1989) Going on tilt : Frequent poker players and control. *Journal of Gambling Studies*, 5, 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF01022134>
- Bryant, J. et Zillmann, D. (2009). A retrospective and prospective look at media effects. Dans R. L. Nabi et M. B. Oliver (dir.), *The Sage handbook of media processes and effects* (p. 9-17). Sage Publications.
- Cabot, A. et Hannum, R. (2005) Poker : Public policy, law, mathematics, and the future of an American tradition. *Cooley Law Review*, 22, 443-513.
- Chaumont, J.-F. (2013, 30 juin). Pas de boule de cristal. *Le Journal de Montréal*, 93.
- Cision, (2022). *Eureka une solution de cision. Dossiers - Guide d'utilisation*. [https://us1img.churnzero.net/2195/files/20210302/7487a879c6e24e96a381c3ab4fffa8df_Guide%20d'utilisation%20Eureka%20-%20DOSSIERS%20\(ecran\).pdf](https://us1img.churnzero.net/2195/files/20210302/7487a879c6e24e96a381c3ab4fffa8df_Guide%20d'utilisation%20Eureka%20-%20DOSSIERS%20(ecran).pdf)
- Côté, É. (2010, 30 janvier). Poker en ligne. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/affaires/techno/internet/201001/30/01-944719-poker-en-ligne.php>
- Dallaire, Y. (2016, 15 février). Femmes heureuses en amour. *Le Journal de Montréal*, 45.

- Dorfman, L. (2003). Studying the news on public health: How content analysis supports media advocacy. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl 3), S217-S226. <https://doi.org/10.5993/ajhb.27.1.s3.5>
- Dostie, J. (2008, 17 janvier). Bluffeuse de profession. *MéTRO*, 26.
- Dufour, M., Petit, S. et Brunelle, N. (2013). Pourquoi le poker est-il si attirant ? Étude qualitative des motivations auprès des joueurs en salle et sur Internet. *Drogues, santé et société*, 12(2), 120-135. <https://doi.org/10.7202/1026881ar>
- Ducas, I. (2019, 9 février). Un casino poursuit un Montréalais pour 1,8 million. *La Presse+*. https://plus.lapresse.ca/screens/01d1ebee-b444-494a-8b60-a86f5ae3eed2%7C_0.html
- Duchesne, A. (2012, 10 octobre). La mise à l'aveugle : la vie d'une joueuse de poker. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/cinema/cinema-quebecois/201210/10/01-4581769-la-mise-a-laveugle-la-vie-dune-joueuse-de-poker.php#>
- Dufour, M., Petit, S. et Brunelle, N. (2012). La perception du poker selon les joueurs adeptes : un jeu qui les distingue. *Criminologie*, 45(2), 7-25. <https://doi.org/10.7202/1013718ar>
- Duncan, A. M. (2015). *Gambling with the Myth of the American Dream*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315718262>
- Fortune, E. E. et Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298-310. <https://doi.org/10.1037/a0026422>
- Fournier, M. (2021, 27 octobre). Une première participation au World Series of Poker pour Thierry Veilleux. *L'Éclaireur-Progrès*, 27.
- Francis, L. et Livingstone, C. (2021). Discourses of responsible gambling and gambling harm: Observations from Victoria, Australia. *Addiction Research & Theory*, 29(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1867111>
- Gagnon, J. (2006, 18 décembre). Poker de haut calibre. *Le Nouvelliste*, 7.
- Gazso, A. et Tepperman, L. (2008). *Media discourse, public attitudes, and gambling practices*. Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Gobeil, L. (2014, 19 novembre). Univers du poker : les joueurs ne gagnent pas toujours. *Le Lac-St-Jean*.
- Gosselin, F. (2019, 14 août). La planification stratégique est une fiction (et c'est une bonne chose). *Les Affaires*. <https://www.lesaffaires.com/blogues/francis-gosselin/la-planification-strategique-est-une-fiction-et-c-est-une-bonne-chose/612037>
- Gravel, S. (2007, 4 mars). Gérez votre fonds de roulement avec Le Prince. *La Presse*, S4.
- Gravel, S. (2006a, 24 décembre). Daniel Negreanu, « Kid Poker ». *La Presse*, S6.
- Gravel, S. (2006b, 15 octobre). Le poker du Casino de Montréal : 5 % de vrai jus. *La Presse*, S4.
- Gravel, S. (2006c, 1 octobre). Regarde-moi dans les yeux. *La Presse*, S4.
- Hardy, T. W. (2006). A minute to learn and a lifetime to master: Implications of the poker craze for college campuses. *New Directions for Student Services*, 113(113), 33-41. <https://doi.org/10.1002/ss.193>

- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. et Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9088-6>
- Kim, Y., Lee, W.-N. et Jung, J.-H. (2013). Changing the stakes: A content analysis of Internet gambling advertising in TV poker between 2006 and 2010. *Journal of Business Research*, 66(9), 1644-1650. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.12.010>
- Lambos, C. et Delfabbro, P. (2007). Numerical reasoning ability and irrational beliefs in problem gambling. *International Gambling Studies*, 7(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/14459790701387428>
- Landry, M.-A. (2010, 16 novembre). Jonathan Duhamel a réalisé le rêve de tout joueur de poker. *Abitibi Express Vallée-de-l'Or/Amos-Harricana*, 14.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 311-327. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.2.311>
- Larocque, S. (2023, 31 janvier). Ottawa gagne contre deux pros du poker qui ont remporté plusieurs millions de dollars. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2023/01/31/ottawa-gagne-contre-deux-pros-du-poker>
- Lee, H.-S., Lemanski, J. L. et Jun, J. W. (2008). Role of gambling media exposure in influencing trajectories among college students. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s10899-007-9078-0>
- Martinez, F. et Le Floch, V. (2008). *La connaissance du gain d'autrui: une incitation au risque? Psychologie Française*, 53(1), 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2007.03.003>
- McCormack, A. et Griffiths, M. D. (2012). What differentiates professional poker players from recreational poker players? A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 243-257. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9312-y>
- McMullan, J. L. et Mullen, J. (2001). What makes gambling news?. *Journal of Gambling Studies*, 17(4), 321-352. <https://doi.org/10.1023/a:1013691813978>
- McQuail, D. (2005). *McQuail's mass communication theory* (5^e éd.). Sage Publications.
- Meilleur, P. (2008, 13 septembre). Pour eux, c'est un nouveau défi à relever. *Le Journal de Montréal*, W6.
- Miller, H. E., Thomas, S. L., Robinson, P. et Daube, M. (2014). How the causes, consequences and solutions for problem gambling are reported in Australian newspapers: A qualitative content analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(6), 529-535. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12251>
- Mitrovic, D. V. et Brown, J. (2009). Poker mania and problem gambling: A study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 25(4), 489-502. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9140-1>
- Monaghan, S. M. (2008). *Internet and wireless gambling - A current profile*. Report prepared for the Australasian Gaming Council, Melbourne, Victoria. Australian Gaming Council.
- Nadeau, P. O. (2011, 25 octobre). Duhamel se révèle. *Le Journal de Québec*, 49.

- Nadeau, P. O. (2013, 26 mars). Jonathan Duhamel, 4^e. *Le Journal de Québec*, 25.
- Néron, J.-F. (2012, 30 septembre). Hasard ou habileté? *Le Soleil*, 3
- Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H. M., Chen, P. G., Lee, L., Emanuel, E. J. et Gross, C. P. (2010). Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: A systematic review. *Substance Abuse*, 31(3), 174-192. <https://doi.org/10.1080/08897077.2010.495648>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Palomäki, J., Laakasuo, M., Cowley, B. U. et Lappi, O. (2020). Poker as a domain of expertise. *Journal of Expertise*, 3(2), 66-87. https://www.journalofexpertise.org/articles/volume3_issue2/JoE_3_2_Palomaki_et_al.html
- Parke, A., Griffiths, M. et Parke, J. (2005). Can playing poker be good for you? Poker as a transferable skill. *Journal of Gambling Issues*, (14). <https://doi.org/10.4309/jgi.2005.14.12>
- Poisson, Y. (2008, 22 décembre). La vie trépidante d'une joueuse de poker professionnel. *La Voix de l'Est*, 10.
- Potter, W. J. (2011). Conceptualizing mass media effect. *Journal of Communication*, 61(5), 896-915. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2011.01586.x>
- Schmouker, O. (2008, 2 août). Peut-on jouer sa vie professionnelle sur un coup de poker? *Les Affaires*, 10.
- Shead, N. W., Derevensky, J. L., Fong, T. W. et Gupta, R. (2012). Characteristics of Internet gamblers among a sample of students at a large, public university in southwestern united states. *Journal of College Student Development*, 53(1), 133-148.
- Shead, N. W., Hodgins, D. C. et Scharf, D. (2008). Differences between poker players and non-poker-playing gamblers. *International Gambling Studies*, 8(2), 167-178. <https://doi.org/10.1080/14459790802139991>
- Siler, K. (2010). Social and psychological challenges of poker. *Journal of Gambling Studies*, 26(3), 401-420. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9168-2>
- Smith, I. et Giroux, I. (2019). L'illusion de contrôle liée au jeu auprès d'universitaires : le bénéfice du doute? / The illusion of Control in gambling among university students: The benefit of the doubt? *Journal of Gambling Issues*, 42, 107-129. <https://doi.org/10.4309/jgi.2019.42.6>
- Smith, D. et Griffith, A. (2022). Simply institutional ethnography: Creating a sociology for people. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781487528072>
- Smith, S. (2020, 7 janvier). Trump : à la guerre comme en affaires. *Le Soleil*, Le Monde-21.
- Sylvestre, M. (2008, 8 mars). Reine dans un monde d'hommes. *L'Hebdo du Saint-Maurice*, 5.
- Sylvestre, M. (2010, 7 juillet). Joueur de poker professionnel, un métier payant? *L'Hebdo du Saint-Maurice*, 5.
- Talberg, N. W. (2019). Learning poker in different communities of practice: A qualitative analysis of poker players' learning processes and the norms in different learning communities. *Journal of Gambling Issues*, 42, 8-41. <https://doi.org/10.4309/jgi.2019.42.2>
- Toupin, M. (2008, 6 février). Isabelle Mercier : bluffeuse et ambitieuse. *La Nouvelle Union*, 16.

van Aken, D. (2009, 26 novembre). Professionnelle du poker. *Métro*, 45

Vines, M. et Linders, A. (2016) The dirty work of poker: Impression management and identity. *Deviant Behavior*, 37(9), 1064-1076. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1169740>

Young, M.M., McKnight, S., Kalbfleisch, L., Leon, C. Lusk, E., Smit Quosai, T. et Stark, S. (2024). *Gambling availability and advertising in Canada: A call to action*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-06/Gambling-Availability-and-Advertising-in-Canada-en.pdf>

Ward, N. et Girouard, Y. N. (2010). *L'écriture journalistique de base : écrire pour un journal communautaire*. Association des médias écrits communautaires du Québec. <https://amecq.ca/wp-content/uploads/2019/07/ecriture-journalistique-de-base-amecq.pdf>

Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V., Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., Tran, L. T., Biggar, B., Bunn, C., Farrell, M., Kesaite, V., Poznyak, V., Quan, J., Rehm, J., Rintoul, A., Sharma, M., Shiffman, J., Siste, K., Ukhova, D., ... Saxena, S. (2024). *The Lancet Public Health Commission on gambling*. *The Lancet Public Health*, 9(11), e950 e994. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00167-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00167-1)