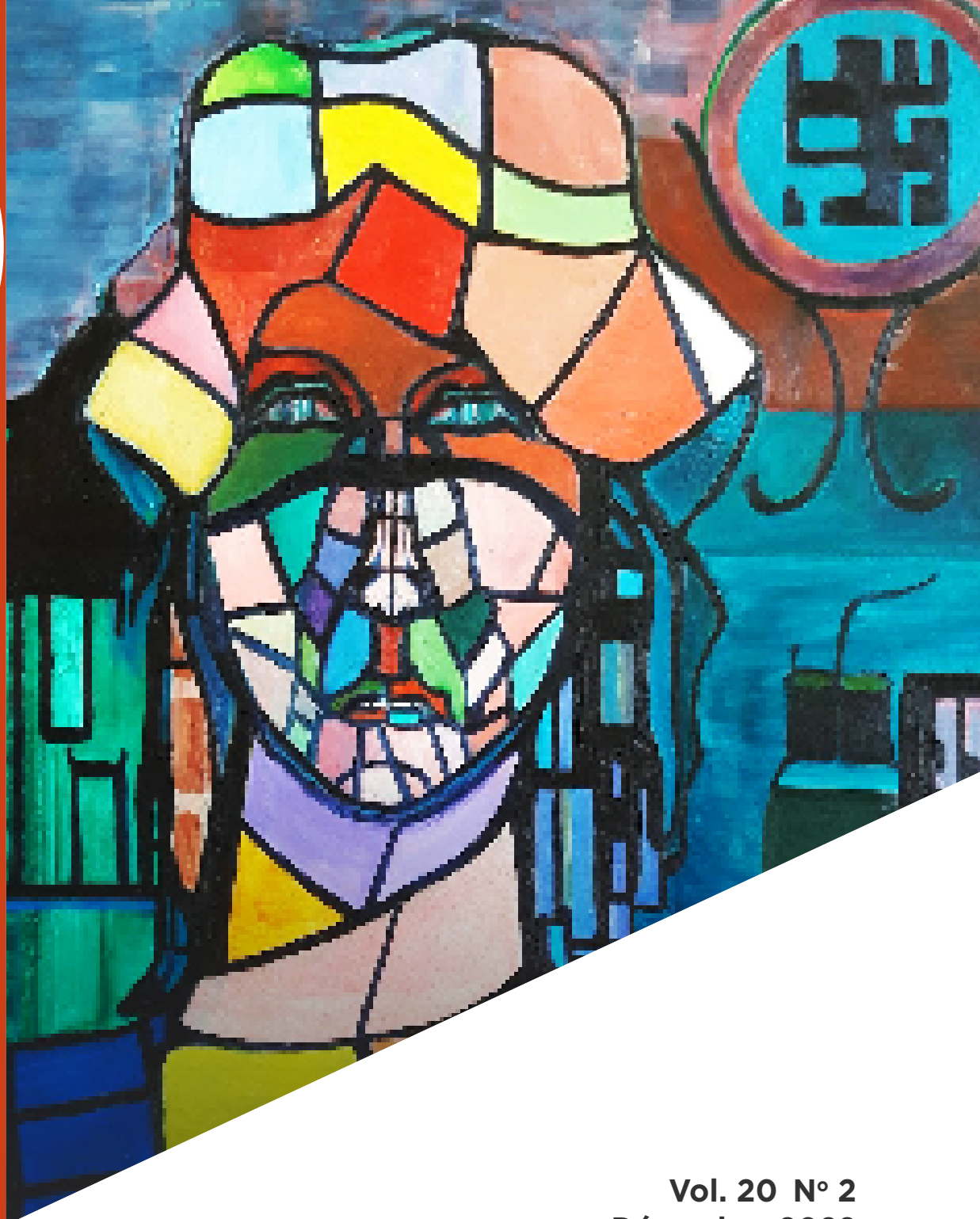




DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

drogues-sante-societe.ca

Image : Amaya Saez Lecaros



Vol. 20 N° 2
Décembre 2022

HORS THÈME

Sous la direction de
Christophe Huynh

TABLE DES MATIÈRES

Mot de présentation

- i** Numéro hors thème, volume 20,
numéro 2
-

Hors-Thème

- 1** Présenter ou non une utilisation
problématique d'Internet : le point
de vue de l'utilisateur, du clinicien
et de l'*Internet Addiction Test*
- 23** Cadrage des modèles de
régulation du cannabis : entre
concurrence et complémentarité
- 48** Surdoses au Québec et
inégalités sociales de santé
- 72** Drogues et violence chez les
adolescents et les adolescentes
d'écoles secondaires québécoises



Sous la direction de Christophe Huynh

L'année 2022 marque le 20^e anniversaire de la revue *Drogues, santé et société*. Ces vingt années ont permis d'aborder, à travers les lunettes de disciplines diverses et variées, l'usage des drogues (dont l'alcool, le cannabis, les médicaments et les autres substances psychoactives), la pratique des jeux de hasard et d'argent, ainsi que les phénomènes et les enjeux apparentés.

Depuis la parution du premier numéro, le paysage social et politique a grandement évolué. Nous vivons aujourd'hui dans un monde qui, au sortir d'une pandémie mondiale, a élevé l'utilisation d'Internet à un rang de nécessité absolue dans nos vies quotidiennes. En outre, la crise des surdoses a pris une telle ampleur qu'elle peut désormais être considérée comme un enjeu de société difficile à endiguer tant qu'elle ne mobilisera pas davantage les décideurs politiques. Autrement, le cannabis pour tout motif d'usage est devenu légal au Canada, mais aussi dans quelques autres régions du monde. Avec tous les bouleversements sociaux qui ont ponctué ces deux dernières décennies, de nouvelles questions émergent et d'anciennes réponses sont appelées à être revues. Ainsi, nous sommes loin d'avoir tout dit ou fait dans l'univers des phénomènes et des enjeux associés à l'usage de substances et des pratiques à potentiel addictif. Ce numéro hors thème illustre bien la diversité des sujets abordés et des approches méthodologiques ou paradigmatiques utilisées.

En premier lieu, Trudeau-Guévin et ses collègues se questionnent sur la manière de définir et de dépister une utilisation problématique d'Internet chez les jeunes, en particulier dans un contexte où la vie sans son usage deviendrait extrêmement ardue. L'étude réalisée permet de trianguler les points de vue d'adolescents admis dans un centre de réadaptation en dépendance du Québec, ceux des intervenants qui les ont évalués à partir d'entrevues cliniques et les résultats obtenus en ayant recours à un instrument de mesure (*Internet Addiction Test*). Les constats établis démontrent que les trois perspectives convergent à 60%. Ce qui est considéré comme problématique varie donc selon les perspectives propres à la personne qui juge la situation. Il en ressort tout de même un certain consensus. Ce dernier est cohérent avec les critères diagnostiques recensés dans la littérature voulant que la présence de méfaits, la difficulté de contrôle et le grand nombre d'heures passées en ligne contribuent principalement à définir une utilisation problématique d'Internet. Par-dessus tout, cette

Mot de présentation

étude démontre l'importance de tenir compte d'une pluralité de visions pour dépister la présence d'un comportement jugé problématique.

Les perspectives et les points de vue sont aussi divers dans les discours entourant les politiques de légalisation du cannabis. Le texte de Lévesque présente une analyse comparée du cadrage des débats et des commissions parlementaires ayant eu lieu au Québec et en Ontario sur le sujet. L'auteur s'interroge sur la manière dont les différentes visions de la régulation du cannabis, de la prohibition revisitée (ou 2.0) à la commercialisation, en passant par une approche de santé publique et de réduction des méfaits, se reflètent dans les discours politiques et comment les acteurs impliqués dans le débat mettent de l'avant soit des arguments de nature morale ou épistémique. L'article permet de mieux comprendre comment ces différentes perspectives coexistent et évoluent dans la population générale et sont forcées en partie par les discours politiques.

L'actualité a aussi fait état de l'importante crise de décès par surdose en Amérique du Nord au cours des dernières années. Bien que la lumière soit souvent focalisée sur les opioïdes, l'article de Bertrand-Deschênes et de ses collègues nous indique que le phénomène s'étend à une pluralité de substances. À la demande d'un organisme communautaire, les auteurs ont réalisé une analyse de contenu de 340 rapports du Bureau du coroner du Québec datant de 2017 et portant sur des décès dont la cause probable est liée à la consommation d'au moins une substance. L'objectif de cette démarche était d'illustrer le contexte social et l'état de santé des personnes décédées afin de mettre en relief les déterminants sociaux de la santé, par exemple la présence de maladies chroniques et de troubles de santé mentale, ou encore la défavorisation matérielle et sociale, ayant pu mener à des inégalités sociales de santé et contribuer à ces décès évitables. Le texte invite à une réflexion approfondie sur la manière dont la société peut lutter contre les surdoses et convie les décideurs politiques à prendre acte des enjeux en cause.

Les questions relatives à l'usage de substances ne sont pas uniquement le fruit des bouleversements sociaux et politiques récents. La consommation de drogues chez les jeunes par exemple demeure toujours une source de préoccupation dans notre société, notamment quant à son rôle potentiellement contributif dans la perpétration d'actes criminels ou violents. L'étude longitudinale de Lacharité-Young et de ses collègues, réalisée auprès de jeunes Québécois et Québécoises fréquentant une école secondaire au courant de la décennie 2010, permet de pallier le manque de connaissances sur le sujet. Les résultats montrent des associations entre la consommation concomitante d'alcool et de cannabis, la polyconsommation, la vente de drogues et le fait de commettre des délits violents. Ils ne dénotent cependant pas d'effet d'interaction lié au genre ou au niveau d'impulsivité. Les constats établis démontrent surtout que la question demeure d'actualité et confirment le besoin de l'approfondir afin de mieux comprendre toutes les subtilités de ces associations et ainsi en prévenir plus adéquatement l'apparition auprès de la population jeune.

Mot de présentation

L'ensemble des articles de ce numéro hors thème démontre bien la richesse des réflexions ayant cours sur des phénomènes devenus d'actualité, qui interpellent aujourd'hui l'ensemble de la population et non seulement un cercle d'initiés ou d'experts. Il ne fait aucun doute. Nous pouvons en conclure que, vingt ans après sa création, *Drogues, santé et société* continue de mettre en lumière la richesse foisonnante de la recherche dans notre domaine. Nous soulignons donc cet anniversaire en étant convaincus que les 20 prochaines années seront marquées par de belles contributions d'auteurs qui feront avancer nos connaissances et nos réflexions sur la place de l'usage des drogues et des pratiques à potentiel addictif dans notre société.



Présenter ou non une utilisation problématique d'Internet : le point de vue de l'utilisateur, du clinicien et de l'*Internet Addiction Test*

Lily Trudeau-Guévin, D. Ps., psychologue, Département de psychologie,
Université de Sherbrooke

Magali Dufour, Ph. D., professeure, Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal

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

Sylvie R. Gagnon, clinicienne-chercheuse, Centre de réadaptation en dépendance
de Terrebonne, Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière

Louise Nadeau, Ph. D., professeure émérite, Département de psychologie,
Université de Montréal

Djamal Berbiche, Ph. D., statisticien senior, Département des sciences de la santé
communautaire, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke (Campus Longueuil)

Émelie Laverdière, M. Sc., Département des sciences de la santé communautaire,
Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke
(Campus Longueuil)

Correspondance

Lily Trudeau-Guévin, D. Ps.

Département de psychologie (Programme d'intervention en enfance et adolescence)

Université de Sherbrooke (Campus Longueuil) C.P. 200

Longueuil (Qc)

J4K 0A8

lily.trudeau-guevin@usherbrooke.ca

Remerciements

Cet article a été rendu possible grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Nous tenons également à remercier chaleureusement les utilisateurs fréquentant les centres de traitement en dépendance et partenaires du projet qui ont accepté de se prêter à notre recherche. Nous remercions finalement les cliniciens œuvrant en dépendance qui ont accepté de prendre part à cette recherche et qui ont contribué au recrutement et à l'évaluation des jeunes dont il est question dans cet article.

Résumé

Objectifs : L'évaluation de l'utilisation pathologique d'Internet (UPI) repose essentiellement sur des questionnaires autorapportés, sans égard à l'ensemble des points de vue possibles. Cette recherche vise à documenter différentes sources d'information pour évaluer la présence d'une UPI. L'étude compare la perception de jeunes en traitement pour une UPI quant à leur problématique avec celle d'un clinicien et celle d'un instrument de mesure l'*Internet Addiction Test* (IAT).

Méthode : 74 participants âgés de 14 à 17 ans ont été recrutés à travers des centres de traitement en dépendance. Ils ont complété l'IAT et pris part à une entrevue semi-structurée évaluant la présence d'une UPI et leur perspective par rapport à celle-ci. Au terme de l'entrevue, les cliniciens ont statué sur la présence ou non d'une UPI et expliqué les raisons étayant leur jugement. Les jeunes ont également statué et expliqué leur vision de la nature de leur problématique. La concordance entre les points de vue a été dégagée à partir d'analyse de répartition des fréquences. Une analyse qualitative a aussi été réalisée sur les raisons justifiant la présence d'une problématique.

Résultats : Les évaluations des jeunes, des cliniciens et de l'IAT concordaient dans 59,5 % des cas. Les raisons les plus fréquemment mentionnées par les jeunes et les cliniciens pour expliquer la présence d'une UPI sont : la présence de méfaits, la difficulté de contrôle et le grand nombre d'heures passées en ligne.

Conclusions : Les résultats suggèrent qu'il existe des divergences entre la perception des jeunes, des cliniciens et le score à l'IAT. Les raisons mentionnées par les deux parties pour expliquer leur jugement s'arriment aux critères diagnostiques recensés dans la littérature. Cette étude souligne l'importance de prendre en compte différents points de vue dans l'établissement de critères diagnostiques d'une condition émergente comme l'UPI.

Mots-clés : utilisation problématique d'Internet (UPI), cyberdépendance, évaluation, perception, adolescents, jugement clinique

To have or not to have a problematic internet use : comparative results from users, clinicians and the *Internet Addiction Test*

Abstract

Aims : An evaluation of problematic Internet use (PIU) is essentially based on self-reported questionnaires, without regard for all possible points of view. The goal of this study is to document different sources of information used to consider PIU. The study compares the perception of adolescents being treated for PIU regarding their condition with that of clinicians' and to *Internet Addiction Test* scores (IAT).

Methods : 74 participants aged 14 to 17 were recruited in various addiction treatment centres. They completed the IAT and participated in semi-structured interviews evaluating presence of PIU and their perception of the latter. At the end of the interviews, the clinicians evaluated whether or not there was PIU and provided detailed explanations of their answers. The various reasons given by users and clinicians were established based on the responses given, and descriptive and frequency distribution analyses were carried out. A frequency distribution analysis was used to identify similarities among different viewpoints.

Results : In 59.5 % of cases, all three points of view concerning a participant's condition were in agreement. The reasons most frequently given by adolescents and clinicians to support their choice of attributing a PIU were presence of risks, control issues, and very high number of hours spent online.

Conclusions : The results suggest that although there are differences between the perceptions of adolescents undergoing treatment and clinicians, and IAT scores, the reasons given by both parties to explain their assessments meet the diagnosis criteria reported in the literature. Our study highlights the importance of considering various points of view to establish emerging condition such as PIU.

Keywords : Problematic Internet Use (PIU), Internet addiction, Assessment, Perception, Youth, Clinical Decision

Presentar o no un uso problemático de Internet : el punto de vista del usuario, del clínico y del *Internet Addiction Test* (test de adicción al internet)

Resumen

Objetivos: La evaluación del uso patológico de Internet (UPI) reposa principalmente sobre cuestionarios auto presentados, sin tener en cuenta el conjunto de los puntos de vista posibles. Esta investigación apunta a documentar diferentes fuentes de información con el fin de evaluar la presencia de un UIP. El estudio compara la percepción de los jóvenes en tratamiento por un UIP debido a su problemática con la de un clínico y con el instrumento de medida *Internet Addiction Test* (IAT) (test de adicción al internet).

Método: 74 participantes cuyas edades oscilan entre los 14 y los 17 años y que fueron reclutados a través de los centros de tratamiento de la dependencia, completaron una prueba IAT y participaron de una entrevista semiestructurada para evaluar la presencia de un UPI y su perspectiva con respecto al mismo. Al final de la entrevista, los clínicos determinaron si había o no presencia de un UPI y explicaron sus razones, detallando su opinión. Los jóvenes determinaron también la naturaleza de su problemática y explicaron su visión sobre la misma. La concordancia entre los puntos de vista se estableció a partir de un análisis de repartición de frecuencias. Se realizó asimismo un análisis cualitativo sobre las razones que justificaban la presencia de una problemática.

Resultados: Las evaluaciones de los jóvenes, de los clínicos y de la prueba IAT coincidían en el 59,5% de los casos. Las razones que los jóvenes y los clínicos mencionaban con más frecuencia para explicar la presencia de un UPI son: la presencia de fechorías, la dificultad de control y la gran cantidad de horas pasadas en línea.

Conclusiones: Los resultados sugieren que existen divergencias entre la percepción de los jóvenes, de los clínicos y del puntaje en la prueba IAT. Las razones mencionadas por las dos partes para explicar sus opiniones se acercan a los criterios de diagnóstico mencionados en la bibliografía. Este estudio subraya la importancia de tomar en cuenta diferentes puntos de vista en el establecimiento de criterios de diagnóstico de una condición emergente como el UPI.

Palabras clave: utilización problemática del Internet (UPI), ciber dependencia, evaluación, percepción, adolescentes, opinión clínica

Problématique

La dépendance à Internet et ses méfaits font l'objet d'un nombre croissant de recherches depuis ces vingt dernières années. Or, la notion même de « dépendance à Internet » ne fait pas consensus, notamment chez les jeunes qui font une utilisation quotidienne d'Internet par l'entremise de différentes plateformes et applications (Tserkovnikova et al., 2016). À ce jour, la communauté scientifique peine encore à tracer la ligne entre une utilisation d'Internet fonctionnelle et une utilisation pathologique, à même d'occasionner des méfaits. Nous retiendrons ici le terme d'« utilisation pathologique d'Internet » (UPI) pour référer à une condition où l'utilisateur entretient une relation avec les nouvelles technologies où il lui est difficile de réguler l'ampleur de son investissement sur Internet, combinée à une détresse ou à des impacts négatifs liés à cette utilisation (Dufour et al., 2014; Durkee et al., 2012; Goyette et Nadeau, 2008; Nadeau et al., 2011; Starcevic, 2016; Tsitsika et al., 2014). Le fait qu'il n'existe pas encore de définition claire pour décrire l'UPI a des répercussions importantes sur la façon d'appréhender le phénomène et laisse place à un flou méthodologique quant à la manière de déterminer qui sont les personnes aux prises avec une telle problématique.

Plusieurs études ont tenté de documenter la prévalence de l'UPI et les conséquences qui y sont associées (Durkee et al., 2012; Fam, 2018; Pan et al., 2020; Tsitsika et al., 2014). Chez les adultes, les données les plus récentes situent entre 2,47 % (si on considère uniquement le jeu en ligne) et 7,02 % (si on tient compte de davantage de critères et d'activités en ligne) le taux de prévalence de cette problématique. Chez les jeunes de 14 à 17 ans, entre 1 à 4,6 % d'entre eux présenteraient une UPI et environ 12,0 à 13,0 % auraient une utilisation jugée « à risque » (Dufour et al., 2016; Durkee et al., 2012; Fam, 2018; Tsitsika et al., 2014).

Afin de déterminer ces prévalences, les études ont recours à des questionnaires autorapportés (Durkee et al., 2012; Kuss et al., 2014; Kuss et Griffiths, 2012; Tsitsika et al., 2014). Ainsi, lorsque les chercheurs étudient les jeunes ayant une UPI, ceux-ci sont souvent identifiés comme tels à partir d'une seule vision, soit celle d'un instrument de dépistage. Or, le recours à un seul point de vue s'avère une pratique peu recommandée pour établir un diagnostic (American Psychiatric Association [APA], 2013) et de nombreuses études soulignent les limites des instruments autorapportés faisant l'évaluation de l'UPI (Beard, 2005; Lortie et Guitton, 2013; Widyanto et al., 2011).

De plus, les études réalisées dans le domaine de l'UPI laissent rarement la parole aux jeunes aux prises avec cette condition (Tzavela et al., 2015, 2017). En conséquence, nous disposons de peu d'information concernant la manière dont les jeunes perçoivent leur problématique. Il demeure impossible de déterminer dans quelle mesure ces jeunes identifiés UPI dans les études populationnelles seraient en accord avec le jugement émis par les instruments utilisés. Il apparaît donc important de s'intéresser à plus d'un point de vue pour identifier cette problématique, afin de dépasser les limites inhérentes à la vision partielle actuellement utilisée pour appréhender l'UPI (Beard, 2005; Chakraborty et al., 2010).

En parallèle, aller au-delà des études populationnelles et s'intéresser à une population clinique s'avère une démarche pertinente pour mieux comprendre le vécu des jeunes aux prises avec la problématique étudiée (Thorens et al., 2014). Étudier une population clinique recevant des soins pour une UPI permet par ailleurs d'avoir accès à des jeunes identifiés comme ayant une UPI autrement que par le simple recours à des instruments de dépistage, comme c'est le cas dans les études de nature populationnelle.

La diversification des données : tenir compte de la perception des différents acteurs

La diversification des données afin d'établir un diagnostic est recommandée dans le domaine de l'évaluation en santé mentale (Boudreau et Poulin, 2007; Hinic, 2011; Murray et al., 2005). L'utilisation de plusieurs instruments de mesure et de différentes sources d'information, comme la perception du patient et celle du clinicien, permet à cet égard d'avoir une évaluation plus précise d'un problème de santé mentale (Janikian, 2013; Lortie et Guitton, 2013; Watson, 2005). Cela s'avère exact dans l'étude d'une problématique en émergence, comme c'est le cas de l'UPI.

À ce jour, peu de connaissances ont été colligées concernant la perception qu'ont les adultes de leur usage d'Internet et le fossé s'accroît davantage lorsque l'on s'intéresse à la perception des jeunes. L'étude de Widyanto et ses collègues (2011) est l'une des seules à s'être intéressée à la perception d'adultes en faisant concorder leur jugement quant à leur utilisation d'Internet avec le score obtenu à deux tests autorapportés. Les résultats soutiennent que les adultes de la population générale ont tendance à poser un jugement qui correspond au score obtenu avec les instruments de mesure, ce qui impliquerait que les personnes interrogées seraient en mesure d'évaluer adéquatement leur niveau de difficulté en lien avec leur utilisation d'Internet. À l'inverse, les travaux de Dufour, Nadeau et Gagnon (2014), menés auprès d'adultes en traitement pour une UPI, soulignent la divergence entre la perception de ces personnes et leur résultat à l'*Internet Addiction Test* (IAT). Moins du tiers des usagers s'autodéclarant UPI étaient catégorisés comme présentant une UPI selon l'interprétation de leur score obtenu au questionnaire. Ces résultats contradictoires quant à la concordance entre la vision des adultes sur leur problématique et les résultats issus d'instruments autorapportés témoignent de l'importance d'explorer plus en profondeur la perception des utilisateurs.

Jusqu'à présent, quelques études de nature qualitative se sont intéressées à ce que vivent les jeunes sur Internet et à leur expérience du monde virtuel (Beranuy et al., 2013; Chou, 2001; Douglas et al., 2008; Tzavela et al., 2015, 2017). Ces études se sont notamment penchées sur la compréhension du phénomène de jeu en ligne (*gaming*), sur les motivations qui poussent les jeunes à s'engager sur Internet, sur la description de comportements adaptés et mésadaptés sur Internet ou encore sur la mise en relief de symptômes liés à une utilisation excessive d'Internet (Beranuy et al., 2013; Chou, 2001; Douglas et al., 2008; Tzavela et al., 2017). Ces études ont contribué à étayer la nosographie de l'UPI en identifiant certains facteurs caractéristiques de cette pathologie, comme le sentiment de perte de contrôle, la

présence de conséquences néfastes en lien avec l'utilisation d'Internet, la tolérance ou le besoin urgent de se connecter (Beranuy et al., 2013; Chou, 2001). Ces recherches ont ainsi ouvert la voie à l'intégration de la perception des jeunes dans la compréhension de l'UPI. Comme le soulignent Tzavela et ses collègues (2015), les recherches qualitatives qui documentent le vécu des jeunes UPI fournissent des pistes de réflexion quant à la prévention et à l'intervention à privilégier avec eux.

Cela dit, peu de ces recherches ont documenté la perspective de jeunes identifiés comme utilisateurs problématiques (Beranuy et al., 2013; Tzavela et al., 2015, 2017). Les travaux de Tzavela et ses collègues (2015, 2017) ont étudié des jeunes ayant obtenu un score à l'IAT les plaçant dans une catégorie d'utilisateurs à risque d'éprouver des difficultés avec leur utilisation d'Internet (score ≥ 40). Leur s résultats ont permis de mettre en lumière qu'un fort engagement en ligne n'est pas nécessairement problématique. Cependant, les utilisateurs pris en compte dans ces études ont été classés «à risque» sur la base de réponses à un questionnaire autorapporté sans que leur profil d'utilisation ne soit corroboré par le jeune lui-même. En effet, aucune étude ne s'est à ce jour intéressée au point de vue de jeunes en traitement pour une UPI afin de documenter leur perception de leur état. Cela s'avère pourtant une pierre angulaire dans la conceptualisation, la prévention et la prise en charge d'une problématique (Aggleton et al., 2006).

S'il est pertinent de se fier au regard de l'utilisateur ainsi qu'à ses résultats tirés d'instruments de mesure pour faire l'évaluation d'une problématique, il est également essentiel de prendre en compte le point de vue d'un clinicien afin de pouvoir brosser un portrait complet de la problématique (Corruble et al., 1999; De-Loyde et al., 2015; Lasher et al., 2015). Dans le domaine de l'UPI, peu de recherches ont pris en compte le jugement des cliniciens. Le recours à celui-ci a presque uniquement eu lieu dans de rares validations d'instrument de mesure de l'UPI, comme c'est le cas du *Chen Internet Addiction Scale* (CIAS) dont les scores ont été comparés au diagnostic de psychiatres (Ko et al., 2005). Or, les instruments les plus fréquemment utilisés en recherche et en clinique soit, l'*Internet Addiction Test* (IAT) et le *Young Diagnostic Questionnaire* (YDQ) (Lortie et Guitton, 2013), n'ont jamais été mis en lien avec le jugement clinique d'intervenants œuvrant dans le domaine. En outre, aucune étude n'a intégré au sein d'un même devis les perspectives des jeunes, des cliniciens et d'un instrument de mesure.

En somme, puisque la vision des différents acteurs est limitée et parfois contradictoire, il apparaît essentiel de prendre en compte plusieurs sources d'information lorsque vient le temps d'appréhender l'UPI chez un jeune. Cette étude propose donc de documenter deux types de perception du problème d'UPI, soient celle du jeune en traitement pour une UPI et celle du clinicien l'évaluant au moyen de trois outils : le jugement du jeune, le jugement du clinicien et celui d'un instrument de dépistage de la problématique ce, afin de mieux cerner la concordance entre ces différentes sources d'information. Cette étude vise à documenter et à comparer l'évaluation faite par les jeunes avec l'évaluation du clinicien et l'interprétation des scores issus de l'IAT par rapport à la problématique d'UPI.

Méthodologie

Les données de cette étude sont issues d'un projet de recherche plus large, débuté en 2012. Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre de réadaptation en dépendance – Institut universitaire (CERT #2013-161) (Dufour et al., 2017). L'objectif principal de ce projet était de décrire et documenter le profil clinique des jeunes UPI demandant de l'aide dans les centres de traitement pour dépendance (Dufour et al., 2017, 2019). L'ensemble des informations relatives au protocole d'évaluation mis en place pour ce projet de recherche se trouve dans la référence de Dufour, Gagnon et leurs collègues (2017).

Participants

80 participants âgés de 14 à 17 ans ont été recrutés sur une période de 18 mois, lors de leur admission dans l'un des 14 centres de traitement en dépendance du Québec¹. Seuls les adolescents âgés d'au moins 14 ans ont été sollicités pour cette recherche compte tenu d'enjeux éthiques entourant le consentement parental. Pour participer à l'étude, les jeunes devaient présenter un motif de consultation en lien avec l'UPI. Les participants faisant une utilisation d'Internet exclusivement liée à des sites à caractère sexuel ou des sites de jeux de hasard et d'argent ont été exclus. En tout, 74 participants ont été considérés pour cette étude; 6 participants ont été exclus en raison du fait qu'ils n'étaient pas mesure de se positionner par rapport à la présence ou non d'une UPI.

Instruments

Données sociodémographiques et d'utilisation d'Internet

Les informations sociodémographiques suivantes ont été recueillies à partir d'un questionnaire rempli par les participants : âge, sexe, langue maternelle, lieu de résidence, occupation, nombre d'heures en ligne en excluant le temps alloué au travail ou aux études, nombre et type d'applications en ligne considérées comme étant problématiques.

¹ Nous ne disposons pas des informations relatives au refus de participer des jeunes qui ont été sollicités pour cette recherche. Il n'a pas été demandé aux professionnels des différents centres de réadaptation de documenter les motifs de refus de ces jeunes. Toutefois, selon l'avis des cliniciens, très peu de jeunes ont refusé de participer; malheureusement il est impossible de quantifier le tout.

Entrevue clinique sur le point de vue des jeunes et des cliniciens

Chaque participant a été rencontré par un clinicien l'informant du projet de recherche et de la nature de sa participation. Suivant l'obtention du consentement écrit à prendre part à ce projet de recherche, les participants ont tous pris part à une entrevue d'évaluation élaborée pour ce projet de recherche (Dufour et al., 2017) et ont reçu un chèque-cadeau (20 \$) au terme de celle-ci. Il s'agissait d'une entrevue clinique d'une durée approximative de 90 minutes comprenant des questions ouvertes et fermées. L'entrevue couvrait quatre différentes thématiques : la demande de services (motif de consultation), l'utilisation d'Internet, les problèmes de santé physique et psychologique ainsi que le fonctionnement familial et social. La documentation du point de vue des participants a été réalisée à l'amorce de l'entrevue. Les participants ont indiqué s'ils considéraient ou non avoir une UPI en répondant à la question : «Vous considérez-vous cyberdépendant?» et devaient détailler, à l'aide d'une question ouverte, les raisons motivant leur réponse. Les cliniciens ont pris en note le verbatim des réponses du jeune.

L'entrevue visait également à documenter les habitudes d'utilisation d'Internet des participants, leurs impacts dans différentes sphères de vie (sociale, familiale, physique et psychologique) et les problèmes associés.

Au terme de l'entrevue d'évaluation, les cliniciens ont émis un jugement clinique quant à la présence ou non d'UPI. En tenant compte de l'ensemble des informations colligées au cours de l'entretien, les cliniciens ont répondu à la question : «Après l'entrevue, pensez-vous que le jeune présente une dépendance à Internet?» et devaient expliquer les motifs associés à leur jugement clinique.

Internet Addiction Test

La traduction française validée de l'*Internet Addiction Test* (IAT) a été utilisée pour mesurer l'UPI (Khazaal et al., 2008; Young, 1998). L'IAT est un questionnaire autorapporté de 20 items utilisant des échelles de Likert en 5 points (1 = jamais, 5 = toujours) et dont le score final peut varier en 20 et 100 points. La consistance interne de cet instrument est de 0,93 (Khazaal et al., 2008). Les participants dont le score était de 50 et plus ont été considérés comme des utilisateurs problématiques d'Internet (Khazaal et al., 2008; Liberatore et al., 2011; Yen et al., 2009). Chaque jeune a complété l'IAT au terme de l'entrevue.

Analyses principales

Des analyses descriptives (moyenne, proportion) ont été effectuées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants, leurs activités en ligne ainsi que leur vision de leur problématique. Afin de comparer la concordance entre les différents points de vue (jeune, clinicien et IAT), des analyses d'équations d'estimation généralisées (« *Generalized Estimating Equations* » ou GEE) ont été effectuées en utilisant la procédure PROC GENMOD du logiciel SAS. Ces analyses permettent de tenir compte de la corrélation entre les observations sur un même individu lorsqu'il s'agit de mesures répétées et ont été choisies puisque les variables dépendantes étaient catégorielles (Diggle et al., 2002 ; Hardin et Hilbe, 2003). Enfin, les motifs associés à la perception du jeune et à celle du clinicien ont été dégagés en trois temps, comme recommandé par Ghiglione et Matalon (1998). D'abord, une lecture initiale des verbatim a été effectuée, ce qui a permis de développer une grille thématique avec les différents motifs associés aux réponses des jeunes et des cliniciens. Cette grille thématique a été élaborée et validée par l'équipe affiliée au projet qui inclut des assistants de recherche, mais également des intervenants œuvrant dans le domaine de la cyberdépendance. Ensuite, chaque verbatim a été codifié à partir de la grille préalablement développée. Étant donné que les verbatim étaient généralement courts, le logiciel NVivo n'a pas été utilisé. Enfin, chacun des grands thèmes identifiés préalablement a été repris afin d'en faire une analyse transversale permettant l'émergence des points de concordance et de divergence.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et utilisation d'Internet

Les participants, âgés de 14 à 17 ans ($M = 15,6$, $ET = 1,2$), étaient majoritairement de sexe masculin (94,6 %) et d'expression francophone (89,2 %) (voir Tableau 1). Ils étaient généralement aux études (89,2 %) dans une classe ordinaire (67,6 %) et plus du tiers des participants habitaient avec leurs deux parents (33,8 %). Les participants passaient en moyenne 55,6 heures ($ET = 27,4$) sur Internet par semaine, en excluant le temps alloué au travail ou aux études. Les activités qu'ils considéraient comme problématiques étaient essentiellement les jeux vidéo en ligne, tous types confondus (67,6 %), et le visionnement en continu (*streaming*) (31,1 %). De fait, la majorité des adolescents présentaient un problème en lien avec l'utilisation des jeux vidéo en ligne. À l'époque de la collecte de données, les réseaux sociaux étaient nettement moins présents qu'ils le sont aujourd'hui, en 2021. Il est donc probable que l'utilisation problématique d'Internet ait été davantage axée sur les jeux en ligne et moins liée aux réseaux sociaux (comme cela pourrait être le cas à ce jour).

TABLEAU 1 – Caractéristiques sociodémographiques et d'utilisation d'Internet

Caractéristiques	Fréquence % (n)
Sexe	
Garçon	94,6 (70)
Fille	5,4 (4)
Langue	
Français	89,2 (66)
Autre	10,8 (8)
Occupation	
École	89,2 (66)
Travail	2,7 (2)
École et travail	2,7 (2)
Aucune de ces activités	5,4 (4)
Lieu de résidence	
Un des 2 parents ou garde partagée	46,0 (34)
2 parents	33,8 (25)
Autre (ex. : centre de réadaptation, famille d'accueil)	20,5 (15)
Applications en ligne considérées problématiques	
Jeux vidéo en ligne (tous types confondus)	67,6 (50)
Jeux massivement multijoueurs	40,5 (30)
Jeux de tir à la première personne	32,4 (24)
Visionnement en continu (<i>streaming</i>)	31,1 (23)
Jeux vidéo sur console connectée	29,7 (22)
Réseaux sociaux	24,3 (18)

Perspective des jeunes

68,9% des jeunes jugeaient avoir une utilisation problématique d'Internet. La raison principale évoquée était la difficulté à contrôler les activités en ligne ou l'incapacité à répondre à des limites imposées par l'entourage (39,2%). Les jeunes mentionnaient également le fait d'observer des méfaits en lien avec leur utilisation d'Internet (37,3%), le fait de ne pas avoir d'autres sources d'intérêt que leur vie en ligne, de passer la plupart de leur temps sur Internet

ou encore de ne penser qu'à leurs activités sur la toile (33,3 %) et le fait de passer un « trop » grand nombre d'heures en ligne (31,4 %) (voir Tableau 2). En moyenne, les jeunes affirmant avoir une UPI donnaient 1,55 ($ET = 2$) raison pour justifier leur réponse.

Perspectives des cliniciens

Les cliniciens interrogés estimaient que 85,1 % des jeunes présentaient une UPI. Le critère principal, évoqué par les cliniciens pour presque tous les jeunes jugés UPI, était la présence de méfaits liés à l'utilisation d'Internet (90,5 %). Le fait que la vie du jeune soit orientée en fonction de ses activités en ligne (57,1 %), la perte de de contrôle des activités en ligne (52,4 %), le nombre d'heures passées en ligne (44,4 %), le fait qu'Internet soit une échappatoire aux problèmes sociaux ou émotionnels (22,2 %) étaient également mentionnés régulièrement (voir Tableau 2). En moyenne, les cliniciens donnaient 2,78 ($ET = 4$) raisons pour justifier l'attribution d'une UPI à un jeune.

TABLEAU 2 – Fréquences des raisons mentionnées par les jeunes et les cliniciens pour expliquer la présence d'une UPI

Motifs	Vision du jeune % (n)	Vision du clinicien % (n)
Difficulté à contrôler les activités en ligne	39,2 (20)	52,4 (33)
Méfaits liés à l'utilisation d'Internet (familial, social, sommeil, scolaire/occupationnel, physique, psychologique)	37,3 (19)	90,5 (57)
Vie orientée en fonction des activités en ligne	33,3 (17)	57,1 (36)
Très grand nombre d'heures en ligne	31,4 (16)	44,4 (28)
Vie en ligne est une échappatoire aux difficultés	3,9 (2)	22,2 (14)
Symptômes de sevrage et/ou de tolérance	2,0 (1)	7,9 (5)
Autres	7,8 (4)	3,2 (2)

Scores à l'IAT

En considérant le seuil clinique de 50+ à l'IAT, 71,6 % des jeunes étaient considérés comme présentant une UPI ($M = 56,1$, $ET = 14,2$).

Concordance entre deux outils

En prenant en compte uniquement la concordance entre la perception du jeune et celle du clinicien, les deux sources partageaient la même vision (présence d'UPI ou absence d'UPI) dans 75,7 % des cas. Pour sa part, la mise en relation de la perception du jeune et du score à l'IAT concordait 67,6 % du temps. Enfin, la vision du clinicien et celle de l'IAT convergeaient

Présenter ou non une utilisation problématique d'Internet

dans 75,7% des cas. Il n'existe donc pas de différence significative entre la concordance de chaque paire de points de vue quant à la présence ou absence d'une UPI (voir Tableau 3). De même, l'interaction entre les trois points de vue ne démontrait aucune différence significative ($p = 0,22$).

TABLEAU 3 – Concordance entre deux points de vue

	Jeune-Clinicien (1)	Clinicien-IAT (2)	Jeune-IAT (3)	<i>p</i>
	% (<i>n</i>)			
Concordance sur l'UPI	75,7 (56)	75,7 (56)	67,6 (50)	0,22

Note. IAT = Internet Addiction Test; UPI = Utilisation problématique d'Internet.

Concordance de l'UPI = oui/oui ou non/non.

^a 1 vs 2 : $p = 1,00$; 1 vs 3 : $p = 0,15$; 2 vs 3 : $p = 0,15$.

Concordance entre trois outils

La comparaison du point de vue du jeune, du clinicien et de l'IAT concordait dans 59,5 % des cas (voir Tableau 4). En effet, 52,7 % des trois jugements s'accordaient pour indiquer que le jeune évalué présentait une UPI tandis que 6,8 % des jugements s'accordaient pour dire que le jeune ne présentait pas une UPI.

TABLEAU 4 – Description des cas concordants et non concordants

	Vision du jeune	Vision du clinicien	IAT	% Concordance (<i>n</i>)	% Total concordance (<i>n</i>)
Cas concordants	UPI	UPI	UPI	52.7 (39)	59.5 (44)
	Non UPI	Non UPI	Non UPI	6.8 (5)	
Cas non concordants	UPI	UPI	Non UPI	12.2 (9)	40.5 (30)
	UPI	Non UPI	UPI	1.4 (1)	
	UPI	Non UPI	Non UPI	2.7 (2)	
	Non UPI	UPI	UPI	13.5 (10)	
	Non UPI	Non UPI	UPI	4.1 (3)	
	Non UPI	UPI	Non UPI	6.8 (5)	

Note. IAT = Internet Addiction Test; UPI = Utilisation problématique d'Internet.

Lorsque les trois jugements ne concordaient pas entre eux, les cas de figure les plus fréquents étaient : le jeune ne considérait pas avoir une UPI, mais le clinicien et l'IAT en appuyaient la présence (13,5 %), le jeune estimait avoir une UPI et le clinicien aussi, mais l'IAT infirmait cette évaluation (12,2 %), le jeune disait ne pas avoir une UPI et l'IAT aussi, mais le clinicien estimait que oui (6,8 %).

Discussion

L'objectif du présent article est de documenter le point de vue de plusieurs acteurs (jeunes en traitement pour une UPI, cliniciens et outil de dépistage) par rapport à la problématique d'UPI et de circonscrire dans quelle mesure ces différents points de vue convergeaient. À notre connaissance, il s'agit de la première étude s'intéressant précisément à la perception qu'ont les jeunes UPI en traitement de leur problématique et mettant en relation trois outils pour déterminer la présence ou l'absence d'une telle condition.

Les résultats révèlent que, dans la majorité des cas, la perception du clinicien et celle du jeune concordent quant à la problématique d'UPI et quant aux motifs justifiant leur évaluation. Tous deux rapportent sensiblement les mêmes critères pour appuyer leur jugement, dont des méfaits découlant de l'utilisation d'Internet, la perte de contrôle, le nombre important d'heures passées en ligne ou encore le fait que la vie du jeune soit orientée en fonction des activités en ligne. Les critères mis en lumière dans cette étude se rapprochent de ceux proposés par le DSM-5 (APA, 2013) pour le trouble lié au jeu vidéo sur Internet et de ceux de la CIM-11 (OMS, 2018) pour le trouble du jeu vidéo.

Cette convergence, entre le point de vue de deux acteurs, est toutefois diminuée lorsque s'ajoute une troisième perspective, à savoir celle d'un instrument de dépistage de l'UPI (*Internet Addiction Test*). Ainsi, ce triple regard concorde dans 59,5 % des cas, soit pour confirmer que le participant présente une UPI ou pour infirmer la présence d'une UPI. Ce dernier cas de figure est plus étonnant, considérant le fait qu'il s'agit d'une population demandant des services pour une UPI. Dans une société où les médias abordent régulièrement la dépendance à Internet (Billieux et al., 2015) il est possible de penser que la demande de services ait été faite par des proches préoccupés par l'utilisation des nouvelles technologies du jeune, sans que ce dernier n'ait véritablement de problème (Thorens et al., 2014). Ces jeunes « sans problème » rappellent l'importance d'avoir de bonnes stratégies d'évaluation dès les premières rencontres afin de s'assurer de la pertinence et de l'orientation du traitement.

Lorsque les trois perspectives ne concordent pas, le cas de figure le plus fréquent est celui où le clinicien et l'IAT s'accordent pour dire que le jeune présente une UPI tandis que ce dernier pense le contraire. Il est alors possible que le jeune ne reconnaisse pas, ou minimise, la présence d'un problème chez lui, phénomène qui est fréquemment relevé dans la littérature entourant les dépendances (De-Loyde et al., 2015; Lasher et al., 2015). Il peut être davantage difficile pour les adolescents de faire une auto-évaluation adéquate de leur condition,

particulièrement lorsque l'activité jugée problématique par l'entourage constitue encore une source de plaisir pour eux (Janikian, 2013). De plus, il apparaît parfois difficile pour les jeunes immergés dans le monde virtuel de reconnaître les conséquences issues de leur utilisation d'Internet, ce qui peut affecter leur capacité à s'identifier comme ayant une UPI (Brezing et al., 2010). Le deuxième cas de figure le plus fréquent est celui où le jeune affirme avoir une UPI, le clinicien est d'accord, mais le score à l'IAT révèle le contraire. Étant donné qu'il est demandé au jeune de répondre à l'IAT en tenant compte de son utilisation d'Internet au cours du dernier mois, il se peut que la fenêtre temporelle d'évaluation corresponde à l'entrée en traitement du jeune, soit une période où il aurait d'ores et déjà mobilisé des efforts pour diminuer son utilisation d'Internet. En outre, dans le cas où l'adolescent estime ne pas avoir de problème, son score à l'IAT aussi, mais le clinicien affirme que l'adolescent présente une UPI, il est possible que la perception qu'a le jeune de sa problématique ait biaisé sa façon de répondre à l'IAT, dans la mesure où l'IAT est un instrument s'appuyant sur des données auto-révélées (Janikian, 2013 ; Lortie et Guittou, 2013 ; Widyanto et McMurrin, 2004).

Si le fait que la perception du jeune ne soit pas toujours corroborée par celle du clinicien ou de l'IAT apparaît moins surprenant en regard de ce que rapporte la littérature (Janikian, 2013), le fait que le jugement du clinicien ne s'accorde pas avec le classement proposé par l'IAT soulève plus de questionnements. L'IAT étant utilisé dans plusieurs études pour déterminer les utilisateurs problématiques d'Internet (Jelenchick et al., 2012 ; Kesici et Sahin, 2009 ; Widyanto et al., 2011), les résultats de la présente étude démontrent d'autant plus l'importance de valider la précision diagnostique de l'IAT en la comparant au jugement clinique d'intervenants. En effet, la présente étude permet de questionner l'acuité diagnostique de l'IAT dans la mesure où les résultats issus de ce test ne concordent pas systématiquement au jugement clinique d'un expert formé à détecter la présence (ou l'absence) d'une UPI auprès d'une population clinique. Plus largement, cela soulève des questionnements quant à la présence de faux positifs et de faux négatifs issus de l'administration de l'IAT.

En l'absence de critères diagnostiques bien établis, il apparaît important de faire une évaluation complète de l'UPI qui tient compte de plusieurs points de vue afin d'éviter, autant que faire se peut, une pathologisation ou une minimisation excessives des personnes présentant un engagement important sur Internet.

Limites

Bien que l'échantillon soit de taille intéressante, il s'agit d'un échantillon de convenance. Il est donc possible qu'il ne soit pas représentatif de l'ensemble des personnes faisant une demande de traitement en lien à leur utilisation d'Internet. Il importe de rappeler que les trois sources d'informations possédaient un certain niveau d'interdépendance induit par la méthodologie utilisée, particulièrement celle issue des cliniciens. Étant donné que les cliniciens connaissaient la perspective du jeune, il est probable que les réponses du jeune aient pu influencer le jugement des cliniciens en favorisant la concordance. Bien que l'ampleur

de cette influence demeure impossible à estimer, la procédure de collecte de données se rapproche davantage de la réalité clinique dans laquelle se déroulent les évaluations où les cliniciens intègrent à leur entrevue à la fois la perspective du jeune et les résultats à différents tests psychométriques avant de poser un jugement clinique. Afin de pallier cette dernière lacune, le recours à une évaluation à l'aveugle, accompagné d'une codification externe des entrevues, serait souhaitable.

Conclusion

Les écarts de concordance issus de la comparaison des données dans cette étude suggèrent qu'il est essentiel de ne pas avoir recours uniquement à une source d'information dans l'évaluation de l'UPI. Les jeunes UPI étant les principaux concernés dans le débat entourant leur condition, il s'avère crucial de faire une place à leur point de vue et de s'y intéresser davantage afin de faire d'eux des acteurs engagés dans leur prise en charge. Cette étude intègre pour la première fois la perception de jeunes en traitement pour une UPI dans le débat entourant leur pathologie, proposant de faire de ces derniers des personnes d'intérêt dans la compréhension d'une problématique en émergence.

Références

- Aggleton, P., Ball, A. et Mane, P. (2006). *Sex, drugs and young people: international perspectives*. Routledge.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
- Beard, K. W. (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(1), 7-14.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.7>
- Beranuy, M., Carbonell, X. et Griffiths, M. D. (2013). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 149-161.
<https://doi.org/10.1007/s11469-012-9405-2>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P. et Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119-123.
- Boudreau, B. et Poulin, C. (2007). The South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: a cut-point analysis. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 299-308.
<https://doi.org/10.1007/s10899-006-9039-z>
- Brezing, C., Derevensky, J. L. et Potenza, M. N. (2010). Non-substance-addictive behaviors in youth: pathological gambling and problematic Internet use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 625-641.
<http://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.012>
- Chakraborty, K., Basu, D. et Vijaya Kumar, K. G. (2010). Internet addiction: consensus, controversies, and the way ahead. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(3), 123-132.
- Chou, C. (2001). Internet abuse and addiction among Taiwan college students: an online interview study. *Cyberpsychology and Behavior*, 4(5), 573-585.
- Corruble, E., Legrand, J. M., Zvenigorowski, H., Duret, C. et Guel, J. D. (1999). Concordance between self-report and clinician's assessment of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 457-465.
- De-Loyde, K. J., Harrison, J. D., Durcinoska, I., Shepherd, H. L., Solomon, M. J. et Young, J. M. (2015). Which information source is best? Concordance between patient report, clinician report and medical records of patient co-morbidity and adjuvant therapy health information. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(2), 339-346.
<https://doi.org/10.1111/jep.12327>

- Douglas, A. C., Mills, J. E., Niang, M., Stepchenkova, S., Byun, S., Ruffini, C., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J.-K., Atallah, M. et Blanton, M. (2008). Computers in Human Behavior Internet addiction: meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996 – 2006. *Computers in Human Behaviors*, 24, 3027-3044. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.009>
- Diggle, P., Heagerty, P, Liang, K.L. et Zeger, S. (2002). *Analysis of longitudinal data*. Oxford University Press.
- Dufour, M., Brunelle, N., Tremblay, J., Leclerc, D., Cousineau, M.-M., Khazaal, Y., Légaré, A.-A., Rousseau, M. et Berbiche, D. (2016). Gender difference in Internet use and Internet problems among Quebec high school students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-6. <https://doi.org/10.1177/0706743716640755>
- Dufour, M., Gagnon, S. R., Nadeau, L. et Légaré, A.-A. (2017). L'évaluation de la cyberdépendance chez les adolescents. Dans M. Laventure, N. Brunelle, K. Bertrand, et M. Garneau (dir.). *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Pratiques d'intervention prometteuses* (p. 253-270). Presse de l'Université Laval.
- Dufour, M., Gagnon, S. R., Nadeau, L., Légaré, A.-A. et Laverdière, E. (2019). Portrait clinique des adolescents en traitement pour une utilisation problématique d'Internet. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(2), 136-144.
- Dufour, M., Nadeau, L. et Gagnon, S. R. (2014). Tableau clinique des personnes cyberdépendantes demandant des services dans les centres publics de réadaptation en dépendance du Québec. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 149-168.
- Dufour, M., Nadeau, L., Gagnon, S. R., Trudeau-Guévin, L., Légaré, A.-A. et Laverdière, E. (2017). *L'évaluation des adolescents cyberdépendants dans les Centres de réadaptation en dépendance au Québec : VIRTUADO*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balasz, J., Barzilay, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Cotter, P., Despalins, R., Graber, N., Guillemin, E., Haring, C., Kahn, J.-P. ... Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x>
- Fam, J. Y. (2018). Prevalence of Internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Personality and Social Psychology*, 59(5), 524-531. <https://doi.org/10.1111/sjop.12459>
- Ghiglione, R. et Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques (théories et pratiques)*. Armand Colin.
- Goyette, M. et Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'Internet: une intégration des connaissances. *Alcoologie et Addictologie*, 30(3), 275-283.

Hardin, J.W. et Hilbe, J. M. (2002). *Generalized estimating equations*. Chapman & Hall.

Hinić, D. (2011). Problems with “internet addiction” diagnosis and classification. *Psychiatria Danubina*, 23(2), 145-151.

Janikian, M. (2013). Assessment of Internet addictive behavior. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 391-398.

Jelenchick, L. A., Becker, T. et Moreno, M. A. (2012). Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in US college students. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 296-301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.007>

Kesici, Ş. et Şahin, İ. (2009). A comparative study of uses of the Internet among college students with and without Internet Addiction. *Psychological Reports*, 105(3), 1103-1112. <https://doi.org/10.2466/PR0.105.F1103-1112>

Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., Theintz, F., Lederrey, J., Van der Linden, M. et Zullino, D. (2008). French validation of the internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 11(6), 703-706.

Kuss, D. J. et Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3-22. <http://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.1>

Kuss, D., Griffiths, M., Karila, L. et Billieux, J. (2014). Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026-4052.

Ko, C., Yen, J., Yen, C., Chen, C., Yen, C. et Chen, S. (2005). Screening for Internet Addiction: an empirical study for cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 21(12), 545-551. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70206-2](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70206-2)

Lasher, M. P., McGrath, R. J., Wilson, D. et Cumming, G. F. (2015). Collaborative treatment planning using the Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS): concordance of therapist evaluation and client self-evaluation. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.974087>

Liberatore, K. A., Rosario, K., Marti, L. D. et Martinez, K. G. (2011). Prevalence of Internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(6), 399-402.

- Lortie, C. L., et Guitton, M. J. (2013). Internet addiction assessment tools: dimensional structure and methodological status. *Addiction*, 108(7), 1207-1216. <http://doi.org/10.1111/add.12202>
- Murray, V., Ladouceur, R. et Jacques, C. (2005). Classification of gamblers according to the NODS and a clinical interview. *International Gambling Studies*, 5(1), 57-61. <https://doi.org/10.1080/14459790500099463>
- Nadeau, L., Acier, D., Kern, L. et Nadeau, C.-L. (2011). *La cyberdépendance: état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Trouble du jeu vidéo*. Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/>
- Pan, Y. C., Chiu Y. C. et Lin, Y. H. (2020). Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience and Behavioral Review*, 118, 612-622. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013>
- Starcevic, V. (2016, Mars). *Internet addiction: Rarely an addiction and not the Internet that one is addicted to*. Communication présentée à la 3^e conférence internationale sur les addictions comportementales, Budapest, résumé repéré à <http://www.akademiai.com/doi/pdf/10.1556/JBA.5.2016.Suppl.1>
- Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaaal, Y., Khan, R., Pivin, E., Gupta, V. et Zullino, D. (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 78-81. <http://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.008>
- Tserkovnikovaa, N. G., Shchipanovaa, D. Y., Uskovaa, B. A., Puzyreva, V. V. et Fedotovskiiha, O. A. (2016). Psychological of Internet addiction of teenagers. *International Journal of Environmental and Science education*, 11(16), 8846-8857.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Ólafsson, K., Wójcik, S., Macarie, G. F., Tzavara, C. et Richardson, C. (2014). Internet addictive behavior in adolescence: a cross-sectional study in seven european countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(8), 528-535. <http://doi.org/10.1089/cyber.2013.0382>
- Tzavela, E. C., Karakitsou, C., Dreier, M., Halapi, E. et Macarie, G. (2015). Processes discriminating adaptive and maladaptive Internet use among European adolescents highly engaged online. *Journal of Adolescence*, 40, 34-47.
- Tzavela, E. C., Karakitsou, C., Halapi, E. et Tsitsika, A. K. (2017). Adolescent digital profiles: a process-based typology of highly engaged internet users. *Computers in Human Behavior*, 69, 246-255.

Watson, J. C. (2005). Internet addiction diagnosis and assessment: implications for counselors. *Education*, 33(2), 17-30.

Widyanto, L., Griffiths, M. D. et Brunsten, V. (2011). A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet-Related Problem Scale, and self-diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(3), 141-149.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0151>

Widyanto, L. et McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychology and Behavior*, 7(4), 443-450. <https://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.443>

Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C. et Ko, C. H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(2), 187-191.

Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and behavior*, 1(3), 237-244.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Cadrage des modèles de régulation du cannabis : entre concurrence et complémentarité

Gabriel Lévesque, doctorant en sociologie, Université McGill

Correspondance

Gabriel Lévesque
Department of Sociology, McGill University
Room 717, Leacock Building
855 Sherbrooke Street West
Montreal, Quebec H3A 2T7
514-834-6596
gabriel.levesque2@mail.mcgill.ca

Résumé

Contexte et objectif : Au cours de la dernière décennie, une vague sans précédent de légalisations du cannabis a eu lieu. Plusieurs travaux sur cet enjeu s'intéressent à sa dimension réglementaire, dans une démarche favorisant le débat sur les meilleurs moyens d'encadrer la production, la vente et la consommation de cannabis. Un nombre plus restreint d'études s'intéresse aux discours entourant la légalisation du cannabis. Parmi ces dernières, aucune à notre connaissance ne tente de raccrocher l'analyse du discours aux conceptualisations de son encadrement. Cet article a pour objectif de combler cette faille.

Question de recherche et méthodologie : Nous posons la question de recherche suivante : comment diverses visions de la réglementation du cannabis se reflètent-elles dans les discours entourant les politiques de légalisation du cannabis? Pour répondre à cette question, nous procédons à l'analyse comparative de cadrage des débats parlementaires et des mémoires en commissions au Québec (projet de loi n° 2) et en Ontario (projet de loi n° 36) lors de la reformulation de leur politique initiale de légalisation. La grille d'analyse de cadrage est formée à partir d'une typologie des modèles de régulation du cannabis proposée par Beauchesne (2020).

Résultats et implications : Nous montrons en premier lieu que la nature des cadres utilisés et les modèles types de la régulation dont ils témoignent varient en fonction des cas d'étude et des acteurs en présence. Nous montrons en second lieu que plusieurs modèles de régulation sont mobilisés au sein des discours de manière à la fois concurrente et complémentaire. En somme, l'article permet de souligner en quoi le cadrage des politiques en matière de drogues est de nature stratégique, dans un espace de débats où plusieurs visions de l'enjeu tentent de prévaloir.

Mots-clés : légalisation du cannabis, politiques en matière de cannabis, analyse de cadrage, analyse de discours, modèles de régulation

Framing Cannabis Regulation Models: Between Competition and Complementarity

Abstract

Context and objective: Over the past decade, there has been an unprecedented surge in cannabis legalization. Several studies on the issue focus on its regulatory dimension, fostering debates on how best to regulate the production, sale and consumption of cannabis. Fewer studies focus specifically on the discourse surrounding cannabis legalization. Of these, no research to our knowledge attempts to link discourse analysis to conceptualizations of its regulation. This article aims to fill this gap.

Question and methods: I ask the following research question: How are various understandings of cannabis regulation reflected in discourse on cannabis legalization policies? I perform comparative framing analysis of parliamentary debates and committee briefs in Quebec (proposed bill 2) and Ontario (proposed bill 36) as part of the reformulation of their initial legalization policy. The analytical grid for framing analysis is built from a typology of cannabis regulation models laid out by Beauchesne (2020).

Results and implications: I first show that the nature of the frames used and regulation models they reflect vary across cases and policy actors. Second, I show that several regulation models are mobilized within discourse in a competitive and complementary fashion. Ultimately, this paper underlines how framing of drug policies is strategic in nature, in a realm of debates where multiple visions of the issue attempt to prevail.

Keywords: cannabis legalization, cannabis policy, framing analysis, discourse analysis, regulation models

Encuadre de los modelos de regulación del cannabis: entre competencia y complementariedad

Resumen

Contexto y objetivo: Durante el último decenio tuvo lugar una ola sin precedente de legalización del cannabis. Numerosos trabajos sobre el tema se interesan a su dimensión reglamentaria, con un enfoque que favorece el debate sobre los mejores medios de encuadrar la producción, la venta y el consumo del cannabis. Una cantidad más restringida de estudios se interesa a los discursos que giran en torno a la legalización del cannabis. Entre estos últimos, no conocemos ninguno que intente acoplar el análisis del discurso a las conceptualizaciones sobre su encuadre. Este artículo tiene como objetivo llenar ese vacío.

Cuestión de investigación y metodología: Planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera se reflejan diversas visiones de la reglamentación del cannabis en los discursos sobre las políticas de legalización del mismo? Para responder a la pregunta, procedemos al análisis comparativo de encuadre de los debates parlamentarios y de los documentos presentados en comisiones en Quebec (proyecto de ley 2) y en Ontario (proyecto de ley 36) durante la reformulación de su política inicial de legislación. La cuadrícula de análisis del encuadre se formó a partir de una tipología de los modelos de regulación de cannabis propuesto por Beauchesne (2020).

Resultados y consecuencias: Mostramos en primer lugar que la naturaleza de los marcos utilizados y los modelos tipo de la regulación que los mismos expresan varían en función de los casos de estudio y de los actores en presencia. Mostramos en segundo lugar que en el seno de los discursos se movilizan numerosos modelos de regulación de manera a la vez competitiva y complementaria. En síntesis, el artículo permite subrayar en qué medida el encuadre de las políticas de drogas es de naturaleza estratégica, en un espacio de debates en el que varias visiones sobre la cuestión pugnan por prevalecer.

Palabras clave: legalización del cannabis, políticas en materia de cannabis, análisis de encuadre, análisis de discursos, modelos de regulación

Introduction

Au cours de la dernière décennie, une vague sans précédent de réformes des politiques en matière de cannabis a eu lieu. La légalisation du cannabis à des fins récréatives¹ au Canada comme ailleurs (Uruguay, plusieurs États américains, Mexique, etc.) témoigne d'un possible changement de ce paradigme. Plusieurs travaux sur la légalisation du cannabis s'intéressent à sa dimension réglementaire, dans une démarche favorisant le débat sur les meilleurs moyens d'en encadrer la production, la vente et la consommation (Brochu et al., 2019; Caulkins, 2017; Dilley et al., 2017; Fischer et al., 2019; Leyton, 2019; Watson et al., 2019). Un nombre plus restreint d'études s'intéresse plutôt aux discours entourant la légalisation du cannabis (Abalo, 2019; Miller, 2020; Lévesque et Benoit, 2020). Au sein de ce dernier corpus, aucune recherche à notre connaissance ne tente de raccrocher l'analyse des discours aux conceptualisations de son encadrement. Cet article a pour objectif de combler cette faille.

À ce titre, nous posons la question de recherche suivante : comment diverses visions de la réglementation du cannabis se reflètent-elles dans les discours entourant les politiques de légalisation du cannabis? À l'aide de l'analyse comparative de cadrage des débats et commissions parlementaires au Québec et en Ontario, nous montrons en premier lieu que la nature des cadres utilisés et les modèles types de la régulation dont ils témoignent varient en fonction des cas d'étude et des acteurs en présence. Nous montrons en second lieu que plusieurs modèles de régulation sont mobilisés au sein des discours de manière à la fois concurrente et complémentaire. En somme, l'analyse permet de souligner en quoi le cadrage des politiques en matière de drogues est de nature stratégique, dans un espace de débats où plusieurs visions de l'enjeu tentent de prévaloir.

Cas d'étude

Cette étude repose sur l'analyse comparée de cadrage au Québec et en Ontario. Ces cas ont été sélectionnés pour deux raisons. En premier lieu, il s'agit des deux seules provinces canadiennes ayant rapidement reformulé la politique initiale en matière de cannabis développée en réponse à la légalisation fédérale. Dans les deux cas, la reformulation a été précédée par un changement de gouvernement. Confrontés au défi de justifier cette reformulation rapide, la manière dont les gouvernements ont cadré cette reformulation est particulièrement importante. Chez les parties prenantes de la reformulation (gouvernements, oppositions, intervenants en commissions), la lutte pour le cadrage de l'enjeu devient en ce sens cruciale.

En second lieu, la reformulation au Québec et en Ontario a mené à des politiques fort distinctes, ce qui nous permet de contrôler la comparaison pour différentes issues (*outcomes*). Au Québec, le gouvernement de la Coalition Avenir Québec (CAQ) a reformulé la politique

¹ Sauf si autrement mentionné, la « légalisation du cannabis » fait ici référence à la légalisation du cannabis à des fins récréatives (ou non-médicales).

Cadrage des modèles de régulation du cannabis

en matière de cannabis adoptée cinq mois auparavant par le gouvernement du Parti libéral (PLQ). Son projet de loi n° 2 est marqué par un resserrement important des règles. D'un modèle de régulation misant sur la santé publique, le Québec est ainsi passé à un modèle «quasi prohibitif» (Lévesque et Benoit, 2020), c'est-à-dire où des restrictions importantes limitent l'exercice des droits individuels associés à la légalisation. En Ontario, le Parti progressiste-conservateur (OPC) au pouvoir a reformulé le modèle mis en place par le gouvernement libéral précédent (OLP) un mois avant son entrée en vigueur avec le projet de loi n° 36. D'un modèle s'inscrivant dans une perspective de santé publique, l'Ontario est passé à un modèle de vente privé et à une libéralisation des règlements. Le Tableau 1 présente un sommaire des réglementations québécoises et ontariennes avant et après la reformulation.

TABLEAU 1 – Sommaire de la reformulation des politiques en matière de cannabis

Paramètre réglementaire	Québec		Ontario	
	Politique initiale	Reformulation	Politique initiale	Reformulation
<i>Autorité de gestion</i>	Société québécoise du cannabis (SQDC)		Ontario Cannabis Store (OCS)	Alcohol and Gaming Commission of Ontario (AGCO)
<i>Modèle de vente au détail</i>	Public		Public	Privé
<i>Modèle de vente en ligne</i>	Public		Public	
<i>Consommation dans les lieux publics</i>	Comme le tabac	Non	Non	Comme le tabac
<i>Âge légal</i>	18 ans	21 ans	19 ans	
<i>Municipalités</i>	Option d'interdire la consommation dans les lieux publics	Option de permettre la consommation dans certaines zones de parcs	Option d'interdire la vente sur le territoire et la consommation dans les lieux publics	
<i>Points de vente</i>	Interdits à moins de 250 mètres (150 mètres à Montréal) d'un établissement d'enseignement	Interdits à moins de 250 mètres (150 mètres à Montréal) d'un établissement d'enseignement, incluant les établissements collégiaux	Interdits à moins de 100 mètres d'un établissement d'enseignement	Interdits à moins de 150 mètres d'un établissement d'enseignement
<i>Régulation des prix</i>	Oui, par monopole (SQDC)		Oui, par monopole (OCS)	Fixation des marges de profit sur les détaillants privés par l'OCS

Méthodologie

Cet article repose sur une analyse du discours tenu par les différentes parties prenantes dans le cadre de la reformulation des politiques dans les deux provinces. Pour ce faire, nous mobilisons une typologie des politiques en matière de légalisation du cannabis développée par Beauchesne (2020). Celle-ci intègre à la fois l'objectif des politiques, les moyens adoptés et les discours qui les accompagnent. Elle permet en retour de comparer les « logiques gouvernementales » (Gagnon et al., 2019) qui sous-tendent les différentes positions politiques vis-à-vis de la légalisation. Beauchesne décrit trois modèles de régulation principaux du cannabis légal : (1) la prohibition 2.0, (2) la santé publique et la réduction des méfaits et (3) la commercialisation. Beauchesne soutient que ces modèles sont tous représentés dans les politiques canadiennes légalisant le cannabis :

Cette législation (lois et réglementations fédérales, provinciales, territoriales et municipales) contient des éléments propres au discours prohibitionniste où la consommation de cannabis demeure un « vice », un comportement moralement inacceptable. Cela donnera le droit de punir, d'exclure ou de stigmatiser certains consommateurs pour réguler leurs comportements (prohibition 2.0). Elle contient également des éléments qui réduisent les méfaits de la prohibition : contrôle de la qualité des produits et de leur mise en marché, réduction de la répression, augmentation des capacités de prévention et d'intervention (santé publique et réduction des méfaits). Enfin, dans les coulisses de ces débats, des compagnies privées qui se sont construites sur le marché du cannabis autorisé à des fins thérapeutiques ont activé leurs lobbies pour influencer certains éléments des lois et réglementations. Leur but, bien sûr, est d'accroître leur capacité de faire des profits sur ce nouveau marché dont ils vont rapidement devenir les premiers acteurs (commercialisation). (Beauchesne, 2020, p. 13-14)

La prohibition 2.0 est définie comme un modèle de régulation qui maintient le contrôle strict des comportements historiquement associé à la prohibition du cannabis. Le modèle de la santé publique et de la réduction des méfaits est quant à lui défini comme tentant d'atténuer les torts de la prohibition et de favoriser un environnement de consommation sécuritaire. Enfin, la commercialisation est définie comme un modèle qui promeut le développement d'un marché du cannabis lucratif et des réglementations minimales. Si, comme défendu par Beauchesne, ces modèles sont appelés à cohabiter au sein des politiques canadiennes, il est plausible qu'ils puissent également cohabiter au sein des débats sur la reformulation des politiques.

Les trois modèles de régulation type définis par Beauchesne (2020) sont conceptualisés comme des cadres concurrents de la légalisation. D'après la définition classique d'Entman (1993, p. 52 notre traduction), le cadrage est l'acte de « rendre [des éléments d'un enjeu] plus saillants dans un contexte de communication, de manière à faire la promotion d'une définition particulière, d'une interprétation causale, d'une évaluation morale et/ou d'une

suggestion de traitement de l'élément décrit». À l'instar de Klüver et Mahoney (2015, p. 225–226), les cadres utilisés varient en fonction de l'interlocuteur et en fonction de l'enjeu précis de lutte politique. Le cadrage est par ailleurs un processus fondamentalement compétitif, c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans un espace où plusieurs cadres cohabitent et tentent de prévaloir (Matthes, 2012, p. 248; Niederdeppe et al., 2015, p. 842). Ainsi, au-delà d'un simple exercice de (re)définition d'un enjeu donné, le cadrage est une tentative stratégique d'influencer le sens donné à un problème politique et de l'imposer comme dominant au sein d'un espace de cadres concurrents. À des fins d'analyse du discours, il convient de proposer une série de cadres intégrant les modèles types de régulation de Beauchesne (2020). Pour chacun d'entre eux, deux cadres sont identifiés, soit un qui met de l'avant des arguments de nature morale (valeurs, subjectivité, visions du monde, etc.) et un qui met de l'avant des arguments de nature épistémique (rationalité, science, experts, données probantes, etc.) Ces cadres sont présentés dans le Tableau 2².

TABLEAU 2 – Répertoire des cadres de la légalisation du cannabis

		Nature des cadres	
		Moral	Épistémique
Modèles de régulation	1. Prohibition 2.0	<p>1.1 Panique morale</p> <p>En faisant appel implicitement ou explicitement à la morale ou aux valeurs, l'acteur s'appuie sur le danger de la consommation de cannabis en société et les dommages à l'ordre établi que cela peut causer. Ce cadre peut mettre de l'avant la menace de la surconsommation, de l'hypernormalisation, de la hausse de criminalité, etc.</p>	<p>1.2 Médical / Santé</p> <p>En faisant appel implicitement ou explicitement à la science ou la rationalité, l'acteur s'appuie sur l'impact de la consommation de cannabis sur la santé. Ce cadre individualise l'enjeu en centrant la discussion sur les effets du cannabis sur la santé des usagers.</p>
	2. Santé publique et réduction des méfaits	<p>2.1 Réparation / Vulnérabilités</p> <p>En faisant appel implicitement ou explicitement à la morale ou aux valeurs, l'acteur s'appuie sur l'impact de la guerre aux drogues sur les plus vulnérables et sur les injustices causées. Ce cadre peut promouvoir la légalisation comme une occasion d'atténuer ces impacts négatifs. En parallèle, ce cadre peut souligner que la stigmatisation de certains segments de la population ne s'arrête pas là où la légalisation commence.</p>	<p>2.2 Prévention / Gestion de risque</p> <p>En faisant appel implicitement ou explicitement à la science ou la rationalité, l'acteur s'appuie sur les avis et données en faveur de la réduction des méfaits et la création d'environnements sécuritaires à la consommation.</p>

² Pour une discussion exhaustive de l'intégration des modèles de régulation avec des arguments de nature morale et de nature épistémique, voir Lévesque (2022b).

Cadrage des modèles de régulation du cannabis

Modèles de régulation	3. Commercialisation	3.1 Laissez-faire / Libéralisme En faisant appel implicitement ou explicitement à la morale ou aux valeurs, l'acteur s'appuie sur les droits individuels et la nécessité d'un désengagement de l'État dans la vie privée des citoyens.	3.2 Criminalité / Revenus En faisant appel implicitement ou explicitement à la science ou à la rationalité, l'acteur s'appuie sur des considérations économiques, sur la lutte au marché illégal ou sur la mise en œuvre réglementaire par les autorités policières.
-----------------------	----------------------	--	--

Le corpus analysé est formé de tous les débats parlementaires et les mémoires déposés en commission lors de l'étude des projets de loi 2 (Québec) et 36 (Ontario) (Assemblée nationale du Québec, 2019; Assemblée législative de l'Ontario, 2018). En tout, le corpus québécois comprend 210 pages de débats parlementaires et 33 mémoires (Assemblée nationale du Québec, 2019) et le corpus ontarien comprend 276 pages de débats et 26 mémoires (Assemblée législative de l'Ontario, 2018).

L'unité d'analyse des cadres est l'énoncé, soit les unités d'actes « illocutrices » et porteuses de sens que l'on peut isoler les unes des autres au sein d'un texte, ou les « atomes du discours » (Foucault, 1969, p. 107–115). En d'autres mots, il s'agit de diviser le corpus textuel en divers arguments et sous-arguments, positions et sujets/points délimités par le producteur du discours et non pas par le chercheur. La longueur d'un énoncé varie ainsi considérablement selon le contexte (d'une partie de phrase à plusieurs paragraphes). Il en découle également que le contexte d'énonciation prévaut toujours sur les mots isolés les uns des autres et, par le fait même, les définitions de cadres prévalent sur les indicateurs textuels en cas de doute au cours du codage. La définition des cadres est mutuellement exclusive, mais leur usage par les parties prenantes peut être conjointe. En conséquence, plusieurs cadres peuvent être codés pour le même énoncé.

Le codage est effectué manuellement à l'aide du logiciel NVivo 12 par le chercheur seul. Le codage manuel comporte des limites en termes d'exactitude, particulièrement sans procédure de co-validation par les pairs (ex. : un test Kappa de fiabilité intercode). Puisqu'il dépend de notre propre interprétation du sens des énoncés, le codage peut être vu comme un processus de construction d'objets, où les résultats de recherche sont constitués par le chercheur, plutôt que descriptifs, où la réalité est reflétée mécaniquement dans les résultats (Bourdieu, 2001, p. 174–176). L'utilisation de définitions de codes transparents et la mise en ligne des données de recherche permettent de limiter ce biais en offrant la possibilité d'une critique fondée³.

³ Des informations supplémentaires sur la grille d'analyse et les données sont disponibles en libre accès sur le *Scholars Portal Dataverse* (Lévesque, 2022a).

Résultats

Le Tableau 3 présente un sommaire des résultats de l'analyse⁴. Une courte réflexion sur ces résultats est présentée dans les deux sous-sections suivantes, l'une portant sur les débats parlementaires et l'autre sur les mémoires déposés en commission.

TABLEAU 3 – Sommaire des résultats

Cas et sous-cas	Modèle 1 : Prohibition 2.0		Modèle 2 : Santé publique et réduction des méfaits		Modèle 3 : Commercialisation		Total
	1.1 Panique morale	1.2 Médical / Santé	2.1 Réparation / Vulnérabilités	2.2 Prévention / Gestion de risque	3.1 Laissez-faire / Libéralisme	3.2 Criminalité / Revenus	
Total Québec	10,5 % (82)	14,1 % (110)	5,6 % (44)	33,6 % (262)	15,6 % (122)	20,5 % (160)	100 % (780)
Gouvernement (Coalition Avenir Québec [CAQ])	47,3 % (26)	43,6 % (24)	1,8 % (1)	5,5 % (3)	0,0 % (0)	1,8 % (1)	100 % (55)
Total opposition	3,7 % (10)	5,9 % (16)	7,4 % (20)	36,3 % (98)	18,5 % (50)	28,1 % (76)	100 % (270)
Parti libéral du Québec (PLQ)	4,1 % (10)	6,5 % (16)	7,3 % (18)	35,9 % (88)	18,4 % (45)	27,8 % (68)	100 % (245)
Parti Québécois (PQ)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	37,5 % (3)	12,5 % (1)	50,0 % (4)	100 % (8)
Québec solidaire (QS)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	11,8 % (2)	41,2 % (7)	23,5 % (4)	23,5 % (4)	100 % (17)
Total mémoires en commission parlementaire	10,1 % (46)	15,4 % (70)	5,1 % (23)	35,4 % (161)	15,8 % (72)	18,2 % (83)	100 % (455)
Associations citoyennes	5,9 % (4)	4,4 % (3)	2,9 % (2)	36,8 % (25)	23,5 % (16)	26,5 % (18)	100 % (68)
Corps policiers	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	16,7 % (2)	41,7 % (5)	41,7 % (5)	100 % (12)
Groupes autochtones	0,0 % (0)	0,0 % (0)	33,3 % (4)	16,7 % (2)	25,0 % (3)	25,0 % (3)	100 % (12)
Industrie	0,0 % (0)	25,0 % (7)	10,7 % (3)	21,4 % (6)	35,7 % (10)	7,1 % (2)	100 % (28)
Intervention psychosociale	13,5 % (7)	13,5 % (7)	3,8 % (2)	53,8 % (28)	5,8 % (3)	9,6 % (5)	100 % (52)
Juristes	0,0 % (0)	7,7 % (1)	7,7 % (1)	7,7 % (1)	38,5 % (5)	38,5 % (5)	100 % (13)
Professions médicales	27,5 % (25)	48,4 % (44)	0,0 % (0)	23,1 % (21)	0,0 % (0)	1,1 % (1)	100 % (91)
Associations de propriétaires	66,7 % (8)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	8,3 % (1)	8,3 % (1)	16,7 % (2)	100 % (12)
Santé publique	1,0 % (1)	6,7 % (7)	5,8 % (6)	48,1 % (50)	18,3 % (19)	20,2 % (21)	100 % (104)
Syndicats	0,0 % (0)	5,0 % (1)	5,0 % (1)	45,0 % (9)	10,0 % (2)	35,0 % (7)	100 % (20)
Municipalités	2,3 % (1)	0,0 % (0)	9,3 % (4)	37,2 % (16)	18,6 % (8)	32,6 % (14)	100 % (43)

⁴ Les proportions de cadres présentées dans le Tableau 3 sont relatives au total des énoncés liés au cas qui sont codés à l'aide de la grille, et non au total du corpus lié au cas. Par exemple, nous avons codé 26 énoncés du gouvernement du Québec au cadre Panique morale (1.1). La proportion relative du cadrage 1.1 pour ce cas réfère à sa fréquence (26) en rapport à l'ensemble des énoncés se rapportant à l'un ou des cadres de la grille pour le gouvernement du Québec (55) : $26/55 = 47,3\%$.

Cadrage des modèles de régulation du cannabis

Cas et sous-cas	Modèle 1 : Prohibition 2.0		Modèle 2 : Santé publique et réduction des méfaits		Modèle 3 : Commercialisation		Total
	1.1 Panique morale	1.2 Médical / Santé	2.1 Réparation / Vulnérabilités	2.2 Prévention / Gestion de risque	3.1 Laissez-faire / Libéralisme	3.2 Criminalité / Revenus	
Total Ontario	17,7 % (178)	8,6 % (86)	7,1 % (71)	33,3 % (335)	18,2 % (183)	15,1 % (152)	100 % (1005)
Gouvernement (Parti progressiste-conservateur de l'Ontario [OPC])	18,0 % (44)	3,3 % (8)	2,0 % (5)	28,3 % (69)	16,0 % (39)	32,4 % (79)	100 % (244)
Total opposition	19,9 % (67)	10,1 % (34)	13,4 % (45)	37,4 % (126)	9,5 % (32)	9,8 % (33)	100 % (337)
Nouveau Parti démocratique de l'Ontario (NPD)	23,3 % (60)	10,1 % (26)	14,3 % (37)	36,0 % (93)	8,1 % (21)	8,1 % (21)	100 % (258)
Parti libéral de l'Ontario (OLP)	12,8 % (6)	12,8 % (6)	6,4 % (3)	57,4 % (27)	2,1 % (1)	8,5 % (4)	100 % (47)
Parti vert	3,1 % (1)	6,3 % (2)	15,6 % (5)	18,8 % (6)	31,3 % (10)	25,0 % (8)	100 % (32)
Total mémoires en commission parlementaire	15,8 % (67)	10,4 % (44)	5,0 % (21)	33,0 % (140)	26,4 % (112)	9,4 % (40)	100 % (424)
Associations citoyennes	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	33,3 % (3)	55,6 % (5)	11,1 % (1)	100 % (9)
Industrie	1,8 % (3)	0,0 % (0)	5,9 % (10)	14,2 % (24)	58,0 % (98)	20,1 % (34)	100 % (169)
Intervention psychosociale	23,8 % (5)	33,3 % (7)	0,0 % (0)	42,9 % (9)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	100 % (21)
Professions médicales	23,4 % (22)	13,8 % (13)	9,6 % (9)	48,9 % (46)	3,2 % (3)	1,1 % (1)	100 % (94)
Associations de propriétaires	64,7 % (11)	29,4 % (5)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	5,9 % (1)	100 % (17)
Santé publique	21,6 % (21)	18,6 % (18)	2,1 % (2)	50,5 % (49)	6,2 % (6)	1,0 % (1)	100 % (97)
Syndicats	29,4 % (5)	5,9 % (1)	0,0 % (0)	52,9 % (9)	0,0 % (0)	11,8 % (2)	100 % (17)

Débats parlementaires

Pas moins de 90,9 % des cadres du gouvernement de la CAQ s'inscrivent au sein du modèle de prohibition 2.0. Dans 21,9 % des occurrences de cadrage, la CAQ évoque ces deux cadres conjointement au sein du même énoncé⁵. Le cadrage de la CAQ est en somme fort cohérent avec son projet de loi n° 2, lequel resserre considérablement l'encadrement du cannabis. Chez le gouvernement de l'OPC, la répartition est plus hétérogène. Les cadres liés au modèle de commercialisation représentent 48,4 % du cadrage total (3.1 = 16 %, 3.2 = 32,4 %). Les cadres 1.1 — Panique morale (18 %) et 2.2 — Prévention/Gestion des risques (28,3 %) sont eux aussi plutôt importants, bien qu'ils contrastent avec le modèle de commercialisation qui semble être privilégié au sein du projet de loi n° 36.

Chez les partis d'opposition, on note une similarité du cadrage au sein de chaque cas d'étude. Au Québec, les trois oppositions privilégient le cadre 2.2 (prévention/gestion des risques)

⁵ Cette donnée de cooccurrence a été obtenue à l'aide de la fonction Matrice de croisements de NVivo.

pour plus du tiers du cadrage total (Parti libéral du Québec [PLQ] = 35,9 %; Québec solidaire [QS] = 41,2 %; Parti Québécois [PQ] = 37,5 %). Les cadres liés au modèle de commercialisation sont également largement évoqués (PLQ = 62,5 %; QS = 46,1 % PQ = 47,1 %). Le recours à ces cadres est *a priori* énigmatique considérant, qu'en pratique, les trois partis d'opposition défendent davantage le modèle de santé publique et de réduction des méfaits. Cette similitude nous mène à croire que les partis d'opposition tendent à dépasser leurs affiliations idéologiques afin de contraster plus fortement avec la position du gouvernement. Alors que la CAQ mobilise les cadres 1.1 et 1.2 (prohibition 2.0), les oppositions marquent une distinction claire avec celle-ci en s'appuyant sur les cadres 3.1 et 3.2 (commercialisation). Cela est d'autant plus évident dans le cas du PLQ dans la mesure où il a précédemment formulé le projet de loi n° 157 — la politique québécoise initiale en matière de cannabis — qui est ancré dans le modèle de santé publique et de réduction des méfaits et ouvertement critique du modèle de commercialisation.

Il en va de même en Ontario, à l'exception du Parti vert⁶ : alors que les cadres 3.1 et 3.2 (commercialisation) sont centraux au discours du gouvernement de l'OPC, les oppositions du Nouveau Parti démocratique de l'Ontario (NPD) et du Parti libéral de l'Ontario (OLP) minimisent le recours à ces cadres en faveur d'autres. Le cadre 2.2 (prévention/gestion des risques) est le plus important en proportion (NPD = 36 %; OLP = 57,4 %), mais l'on note également un recours fréquent (NPD = 33,3 %; OLP = 25,5 %) aux cadres liés au modèle de prohibition 2.0. Encore une fois, cela entre en contradiction avec le projet de loi n° 174 formulée par l'OPL, lequel correspond davantage au modèle de santé publique et de réduction des méfaits. Le modèle de prohibition 2.0 entre aussi *a priori* en conflit avec l'idéologie sociale-démocrate d'un parti comme le NPD.

Mémoires déposés en commissions parlementaires

Les mémoires déposés en commission parlementaire ont été classés par type d'intervenant dans chacun des cas d'étude. Nous en avons identifié 11 dans le cas québécois et 7 dans le cas ontarien. À la lumière de l'analyse comparative des résultats, nous postulons que leur cadrage s'explique à la fois par la catégorie sociale des intervenants et par l'espace de cadres concurrents dans chaque province. La catégorie sociale de l'intervenant est ici conçue comme un élément clé dans la constitution des représentations qu'il se fait de la réalité et de ses intérêts. À juste titre, la majorité des intervenants basent leur intervention sur leurs propres préoccupations, en se concentrant fréquemment sur une seule disposition législative pour laquelle ils ont un intérêt objectif clair. Plus encore, les intervenants ont tendance à envisager les solutions aux problèmes identifiés à partir de leurs propres intérêts.

Par exemple, les associations de propriétaires centrent leur intervention sur les problèmes pouvant être engendrés par la culture ou la consommation à domicile par des locataires.

⁶ Le Parti vert est complètement en faveur du projet de loi n° 36 de l'OPC. Cet accord semble également transparaître dans les proportions de cadrage du Parti vert, qui s'avèrent assez similaires à celles de l'OPC.

Au Québec, la Corporation des propriétaires immobiliers suggère de multiplier par 10 les amendes liées à l'interdiction de cultiver du cannabis à des fins personnelles. En Ontario, la Real Estate Association met les élus en garde contre l'usage des logements à des fins criminelles par le marché illégal et les dangers de la culture à domicile d'un locataire pour les autres occupants d'un immeuble. Dans les deux cas, ces intervenants mobilisent des cadres associés au modèle de régulation 1, particulièrement le cadre 1.1 (panique morale) (QC = 66,7 %; ON = 64,7 %). À notre sens, l'utilisation de ce cadre témoigne davantage d'un intérêt que d'une réelle inquiétude vis-à-vis de la légalisation. La préoccupation véritable au cœur des mémoires de ces associations est la perte potentielle de revenus et/ou de valeur immobilière :

Chaque jour, je travaille avec des Ontariens qui ont passé des années à économiser pour acheter une maison où ils pourront élever leur famille. Ces personnes considèrent chaque détail de leur achat : le nombre de chambres, la taille de la cour, et l'état de l'électricité, de la plomberie et des fenêtres. Ils veulent savoir exactement ce qu'ils achètent avec leur argent durement gagné et ils méritent de le savoir (Ontario Real Estate Association, 2018-10-11, notre traduction).

S'ajoutant à la catégorie sociale, les différences entre les cas permettent également d'expliquer les variations en montrant la nature stratégique du cadrage. Le cas des professions médicales est parlant à cet effet. Au Québec, le contexte des débats sur le projet de loi n° 2 se révèle particulièrement propice à l'usage des cadres 1.1 et 1.2 (prohibition 2.0) ; ils constituent après tout 90,9 % du cadrage du gouvernement. À juste titre, les professions médicales cliniques au Québec mobilisent le cadre 1.2 (médical/santé) dans une proportion de 48,4 % et le cadre 1.1 (panique morale) dans une proportion de 27,5 %. L'usage de ces cadres, particulièrement le cadre 1.2, correspond tout à fait à leur représentation médicale de l'enjeu du cannabis, laquelle traduit leur catégorie sociale. Dans le cas ontarien, les cadres liés au modèle prohibition 2.0 — particulièrement le cadre 1.2 (médical/santé) — ont une acceptabilité plus faible qu'au Québec. Le cadre 1.2 ne représente en effet que 8,6 % de l'ensemble des cadres et 3,3 % chez le gouvernement en Ontario, contre 14,1 % et 43,6 % respectivement au Québec. Le cadrage des professions médicales en Ontario reflète cette différence, alors que leur proportion d'usage des cadres liés à la prohibition 2.0 est bien moindre (1.1 = 23,4 %; 1.2 = 13,8 %).

Après avoir brièvement commenté les résultats du codage, les deux prochaines sections présentent quelques tendances importantes ressortant de l'analyse qualitative des énoncés. Précisément, nous postulons que les modèles de régulation font l'objet à la fois de concurrence et de complémentarité. Des citations tirées du corpus sont présentées pour illustrer le propos.

La concurrence des modèles de régulation

Le discours constitue un outil pour (re)définir le « sens » d'un enjeu (Jessop, 2004). L'efficacité de cet exercice dépend entre autres de la capacité des interlocuteurs à démontrer la pertinence de leurs cadres dans un espace où plusieurs cadres sont en concurrence (Niederdeppé et al., 2015). Il ressort de l'analyse que les parties prenantes tiennent compte stratégiquement du contexte compétitif dans lequel elles formulent des cadres. Dans cette section, nous mettons de l'avant deux stratégies mobilisées par les parties prenantes qui témoignent de cette logique de concurrence : la polarisation et les contre-cadrages.

Polarisation

Devant l'utilisation fréquente de certains cadres par les gouvernements, les oppositions législatives dans les deux cas d'étude optent pour une stratégie de polarisation des débats. Nous entendons par polarisation un processus par lequel les parties prenantes évoquent les cadres contraires à ceux des gouvernements afin de marquer plus distinctement leur opposition aux politiques avancées. Au Québec, devant le recours répété aux cadres 1.1 et 1.2 (prohibition 2.0) par la CAQ, l'opposition a tendance à mobiliser les cadres 3.1 et 3.2 (commercialisation). Par exemple, chez le PLQ, la notion de libre arbitre (3.1 — Laissez-faire/Libéralisme) est fréquemment avancée, surtout pour souligner que les jeunes de 18 à 21 ans sont des adultes et qu'il n'y a en théorie aucune raison de limiter leur capacité de faire des choix :

Je pense qu'on ne commencera pas à remettre en question le jugement des jeunes, M^{me} la Présidente. Mais je sais une chose, par exemple, c'est que, dans ce projet de loi là, il est vrai qu'il y a une perte de sens. Le projet de loi, il n'est pas conforme aux choix sociaux qui déterminent ce qu'une personne de 18 ans et majeure a le droit de faire. (Lise Thériault [PLQ], 2019-02-28, nos soulignements)

Le cadre 3.1 (laissez-faire/libéralisme) est également appuyé par le recours à des arguments juridiques :

Par ailleurs, M^{me} la Présidente, il y a un enjeu bien important de discrimination, et là je vais parler comme juriste, très, très sensible aux questions de *Charte de droits et libertés*. La proposition de porter l'âge légal pour la consommation de 18 à 21 ans ne doit pas être basée sur l'arbitraire. Elle doit s'appuyer sur des études scientifiques concluantes, sans quoi elle ouvre la porte à des contestations judiciaires. C'est l'avertissement très sérieux que nous fait le Barreau du Québec (Kathleen Weil [PLQ], 2019-02-28)

Il semble clair que le recours fréquent aux cadres liés au modèle de commercialisation (PLQ = 46,1 %, QS = 47,1 %, PQ = 62,5 %) est le résultat d'une tentative de polarisation. Cet argument est d'ailleurs plutôt surprenant de la part du PLQ, considérant qu'il a lui aussi limité des

droits individuels en interdisant la culture à des fins personnelles dans sa politique initiale. La Cour supérieure du Québec a invalidé l'interdiction de culture à domicile en septembre 2019, dans une décision que le gouvernement de la CAQ a décidé de porter en appel. Il apparaît ainsi plutôt énigmatique que le PLQ s'appuie sur les droits individuels et la menace de contestation judiciaire pour critiquer le projet de loi n° 2.

En Ontario, on assiste à une polarisation dans le sens contraire : le NPD évoque des cadres liés au modèle de prohibition 2.0 (surtout 1.1) pour critiquer la législation proposée par l'OPC. Pourtant, à la lumière de l'analyse des débats, le NPD a une position plus près du modèle de santé publique et de réduction des méfaits : il est en faveur de la gestion et de la vente par l'État, d'objectifs de santé publique, de lutter contre la stigmatisation des usagers, etc. En ce sens, il est fort plausible que les cadres 1.1 et 1.2 (prohibition 2.0) soient mobilisés pour contraster avec le cadre 3.1 (laissez-faire/libéralisme) de l'OPC :

J'ai ensuite demandé — j'ai d'abord demandé au Médecin hygiéniste en chef Chief Medical Officer of Health. [...] Je lui ai demandé : « Cher Médecin hygiéniste en chef : Est-ce vrai que le vapotage aide les gens à cesser de fumer? » Il a répondu que les preuves de l'utilisation des cigarettes électroniques ou du vapotage pour le sevrage sont encore limitées et qu'ils constatent que davantage de consommateurs [de cannabis] qui ont utilisé des cigarettes électroniques pour arrêter de fumer n'y parviennent pas. [...] Ils ont la recette du succès. Mais attendez : le succès, ce seront des enfants accros à la nicotine et des enfants qui auront deux fois plus de risques de souffrir de maladies cardiaques, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires. Nous avons déjà vu ce film. Je ne suis pas intéressée à vivre ce film une fois de plus. (France Gélinas [NPD], 2018-10-17, notre traduction)

Voici une autre question du même citoyen : « Qu'est-ce qui empêchera les enfants de ramasser les restes d'une cigarette de cannabis comme des mégots de tabac si l'on fume partout? » C'est une question judicieuse. Nous n'avons pour l'instant pas la réponse. (Jennifer K. French [NPD], 2018-10-01, notre traduction)

Dans le premier extrait, on utilise un avis d'expert médical (cadre 1.2 — médical/santé) sur la question des cigarettes électroniques. Or, cet avis d'expert sert une vision où les risques associés sont présentés comme inévitables et généralisés (cadre 1.1 — panique morale). Le second extrait réfère quant à lui un témoignage de citoyen dont la pertinence peut être remise en cause : l'idée que des mégots ramassés par des enfants puissent constituer un danger appréciable de la légalisation est plutôt saugrenue. Dans les deux cas, le discours oriente le débat sur les moyens de limiter l'accès au cannabis ou de réglementer strictement qui peut en consommer et dans quels lieux. Pourtant, le NPD utilise majoritairement des cadres liés au modèle de santé publique et de réduction des méfaits (2.2 = 50,4 %) et défend à plusieurs reprises la politique initiale proposée par l'OLP. Ces cadres permettent potentiellement d'offrir un contrepoids stratégique au cadrage gouvernemental qui mise souvent sur laissez-faire.

Contre-cadrage

Une autre stratégie identifiée est ce qu'il convient d'appeler le contre-cadrage, c'est-à-dire la reprise d'éléments d'un cadre concurrent afin de les neutraliser. En s'attaquant à des dimensions spécifiques de l'un ou l'autre des cadres, la validité de ce dernier peut paraître moindre. Par exemple, au Québec, la Confédération des syndicats nationaux (CSN) s'appuie sur l'argument de la CAQ centré sur la banalisation (des réglementations sévères sont nécessaires pour éviter la banalisation du cannabis) pour renvoyer au cadre 2.2 (prévention/gestion des risques) :

Le gouvernement du Québec doit éviter d'envoyer le message que l'alcool est plus banal que le cannabis. D'ailleurs, lors du Forum d'experts sur l'encadrement du cannabis, plusieurs intervenants ont relaté la nécessité pour le Québec de se doter d'une politique globale cohérente en matière de substances psychoactives. C'est cette recherche de cohérence qui a poussé l'Ontario, par exemple, à fixer l'âge légal à 19 ans pour acheter, en posséder et cultiver du cannabis récréatif. Cet âge est le même que l'âge minimal établi pour la vente de produits du tabac et d'alcool. (CSN, 2019-02-21)

À la lumière de cet énoncé, la position de la CAQ sur le cannabis ne tient plus dans la mesure où elle implique la banalisation de l'alcool et l'incohérence des politiques en matière de drogues. Selon cette logique, tous les discours misant sur la diabolisation du cannabis reviennent à banaliser l'alcool, une substance dont les méfaits sont bien connus.

De l'autre côté du spectre, Éric Caire (CAQ) applique un contre-cadrage pour invalider le cadre 3.1 (laissez-faire/libéralisme) qui utilise le pragmatisme comme notion clé :

Puis surtout, surtout, est-ce que c'est mieux que la reddition [*sic*] qu'on nous proposait dans l'ancien gouvernement, en disant : Mais de toute façon ils vont fumer? Wow! C'est parce que, M^{me} la Présidente, si c'est ça, la philosophie du gouvernement, on n'interdira plus les choses parce que de toute façon ils vont le faire, on va arrêter d'interdire quoi que ce soit, parce que, que je sache, il n'y a pas une loi au Québec qui a empêché un criminel d'être un criminel, il n'y a pas un règlement au Québec qui a empêché quelqu'un qui avait envie de l'enfreindre de l'enfreindre. (Éric Caire [CAQ], 2019-04-11)

Encore une fois, l'énoncé généralise l'argument de l'opposant afin d'en miner la validité dans le cas spécifique. Appliqué à tous les règlements et les lois, l'argument pragmatique voulant que des réglementations strictes soient vaines devient plutôt absurde. Les intervenants de la CAQ adoptent ce type de discours à plusieurs reprises, en reformulant la position pragmatique de certaines oppositions comme un « abandon » de la responsabilité gouvernementale d'assurer la sécurité des jeunes.

En Ontario, plusieurs intervenants défendent les bienfaits du passage à un modèle privé. Pour ce faire, l'un des contre-cadrages importants est d'anticiper certaines critiques souvent adressées au secteur privé. Cela permet en principe de neutraliser les arguments (notamment liés au cadre 2.2 — prévention/gestion des risques) voulant que l'État soit le mieux placé pour gérer le cannabis de manière sécuritaire :

Les opposants à la vente au détail privée supposent souvent que la vente [par un monopole d'État] est plus sûre, surtout en ce qui concerne l'identification des personnes qui achètent du cannabis. Bien que nous entendions cet argument assez souvent, lorsque nous évaluons les preuves, il n'y a pas grand-chose pour le soutenir. Cela s'explique par les structures d'incitation que nous créons pour les détaillants privés. Par exemple, si un détaillant privé vend un produit dont la vente est interdite en raison de l'âge, qu'il ne s'identifie pas et qu'il se fait prendre, il perd souvent complètement sa licence pour vendre ce produit. Lorsqu'un magasin géré par le gouvernement ne parvient pas à identifier un mineur qui achète un produit dont l'âge est interdit, ce magasin reste ouvert et la personne en question peut ou non perdre son emploi. (Consumer Choice Center, 2018-10-12, notre traduction)

À l'inverse, chez le NPD, l'un des contre-cadrages fréquents est la réutilisation de la logique économique propre au cadre 3.2 (criminalité/revenus) pour défendre un modèle de gestion étatique liée au cadre 2.2 (prévention/gestion des risques). Cette rhétorique neutralise l'argument économique pour justifier la privatisation en soulignant qu'un modèle public est tout aussi économiquement bénéfique, voire meilleur :

L'une des choses que le député de Niagara Falls a mentionnée à laquelle je veux vraiment faire référence, c'est lorsqu'il a parlé du modèle de la LCBO — le fait qu'il s'agit d'une ressource publique qui rapporte de l'argent, et que nous utilisons ensuite cet argent pour bâtir notre province, et combien cela est important. Mais, également, ce qui est important dans ce modèle, c'est, il a dit «emplois», mais je préfère le terme «carrières». Si nous examinons la façon dont nous allons distribuer le cannabis et ce que nous allons avoir ici, ne créons pas d'«emplois» pour les gens, car notre province ne connaît pas de crise de l'emploi. Nous savons que de nombreuses personnes ont deux ou trois emplois et n'arrivent toujours pas à joindre les deux bouts. La réelle crise est une crise des carrières. Les carrières sont le moteur de l'économie. [Une carrière, c'est l'argent supplémentaire dans les poches à la fin de la journée. C'est la retraite. (Jamie West [NPD], 2018-10-01, notre traduction)]

Complémentarité des modèles : intégration et compléments stratégiques

L'analyse suggère que les modèles de régulation ne sont pas mutuellement exclusifs au sein du discours des parties prenantes. En effet, seules 28 des 42 parties prenantes s'appuient sur l'un des modèles de régulation dans une proportion de 50 % ou plus. Ce nombre diminue rapidement pour des proportions plus élevées : 15 parties prenantes ont recours à l'un des

modèles dans une proportion de 60 % ou plus, 8 parties prenantes dans une proportion de 70 % ou plus, et seulement 3 dans une proportion de 80 % ou plus. Par ailleurs, dans la grande majorité des cas et sous-cas (37/42), les parties prenantes ont recours au moins une fois à des cadres associés aux trois modèles. Ces résultats contribuent à affirmer l'existence d'une «complémentarité» des modèles de régulation, c'est-à-dire que les intervenants ont tendance à articuler leurs positions à l'aide de plusieurs modèles à la fois. Deux stratégies misant sur cette complémentarité sont abordées ici : l'intégration et les couplements stratégiques.

Intégration

La stratégie d'intégration (Porter et al., 2018) consiste à coopter des éléments d'un cadre d'un opposant politique au sein d'un autre, ou encore à défendre une position à travers le cadrage de l'opposant. Cette forme de judo intellectuel contribue à embrouiller les distinctions que l'on peut faire entre les modèles types de régulation. Au Québec, plusieurs intervenants soulèvent des éléments propres aux cadres 1.1 et 1.2 (prohibition 2.0) pour en défaire la substance au profit d'autres cadres. Par exemple, Jennifer Maccarone (PLQ) reprend des thèmes récurrents du cadrage 1.1 (panique morale) tel qu'employé par la CAQ (ex. : « nos enfants ») afin de développer un argumentaire basé à la fois sur le cadre 2.2 (un modèle public, bien réglementé et accessible, etc.) et 3.1 (libre arbitre, choix individuels, etc.) :

Pour mes enfants, s'ils décident de consommer, et j'espère qu'ils ne le feront pas, je ne pense pas qu'ils le feront, mais c'est un sentiment de sécurité pour moi de savoir qu'il y a un endroit sûr où ils peuvent aller. J'ai également été présidente d'un conseil scolaire. Je sais ce qui se passe autour de nos écoles. Elles sont entourées par « les crétins », comme mon collègue l'a dit. [...] Et c'est formidable pour moi, en tant que mère, de savoir qu'à partir de 18 ans, lorsqu'ils ont le droit de vote, lorsqu'ils ont la capacité d'assumer des fonctions publiques, lorsqu'ils ont la capacité de boire légalement, qu'ils ont aussi la capacité de consommer un produit qui a été approuvé, qui a été cultivé dans des circonstances strictes, où nous savons que les niveaux de THC sont plus bas [...] Mon fils vient d'avoir 18 ans. Tous ses amis ont 18 ans. Est-ce que c'est ce que nous faisons ici? C'est ce que nous disons? C'est ça : Tu es assez bon pour voter, tu es assez bon pour boire, mais tu n'es pas assez bon pour décider où tu vas acheter ton cannabis? [...] Les jeunes le font de toute façon. (Jennifer Maccarone [PLQ], 2019-10-24, notre traduction)

Sol Zanetti (QS) réutilise quant à lui la préoccupation médicale de la CAQ (cadrage 1.2) pour la retourner contre elle dans le débat concernant la consommation dans les lieux publics. À l'aide d'arguments médicaux, il défend une conception centrée sur les populations vulnérables (2.1) et la gestion des risques (2.2). Cet argument permet de déconstruire l'association si centrale pour la CAQ entre les cadres 1.1 (panique morale) et 1.2 (médical/santé) :

[L]a disposition dans le projet de loi qui s'attarde à interdire la consommation de cannabis dans les lieux publics tels que les parcs est complètement aberrante. L'Institut de santé publique du Québec a démontré que de fumer à l'intérieur augmente la nocivité de la fumée secondaire. Mais le gouvernement, avec son projet de loi, obligera les gens à consommer à l'intérieur, là où le contact avec la fumée secondaire est plus nocif et dangereux, notamment pour les populations plus vulnérables telles que les enfants, les personnes enceintes, les personnes âgées. L'interdit de fumer et les impasses qui peuvent en ressortir pourraient mener des gens vers les produits comestibles ou les vaporisateurs, qui ne sont pas moins nocifs pour la santé. (Sol Zanetti [QS], 2019-02-28)

En commission, certains intervenants comme l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) intègrent le cadre 1.2 (médical/santé) tant dans l'argumentaire que dans leurs propositions :

Des concentrations élevées en THC sont associées à des risques accrus de problèmes de santé mentale, notamment la survenue de psychose ou le développement d'un trouble de l'usage. C'est pourquoi il a été suggéré que le gouvernement impose une limite à la concentration maximale de THC des produits vendus par la SQDC [pour les moins de 21 ans], ainsi qu'une concentration minimale de CBD pour atténuer des effets indésirables engendrés par le THC : par exemple un maximum de 10 % à 15 % de THC et un minimum de 1 % de CBD. L'Institut a également proposé que le comité de vigilance, à la lumière des connaissances scientifiques et des recommandations d'experts, évalue périodiquement la pertinence de ces limites et détermine le bien-fondé d'offrir de nouvelles formes de produits à la clientèle de la SQDC. (INSPQ, 2019-02-14, p. 6)

Or, la proposition de fixer un taux de THC inférieur chez les moins de 21 ans s'avère un excellent exemple d'intégration : l'INSPQ est en faveur de l'âge légal à 18 ans⁷, mais tente d'intégrer des éléments du cadrage gouvernemental à son cadre principal (2.2 — Prévention/Gestion des risques). Bien qu'infructueuse, nous interprétons cette stratégie comme une tentative de nuancer la position de la CAQ sur l'âge légal afin de trouver un terrain d'entente.

En Ontario, des intervenants intègrent des éléments du cadre 2.2 (prévention/gestion des risques) aux cadres 3.1 et 3.2 (commercialisation) afin de coopter les notions de prévention et de gestion des risques à une approche pourtant centrée sur la commercialisation. Chez le gouvernement, cette stratégie est fréquemment mobilisée. Dans cet énoncé, Doug Downey (OPC) utilise un cadre 2.2 en centrant le propos sur l'information et l'éducation. Cela lui permet d'intégrer des principes de prévention sans pour autant que davantage de ressources permettant de les mettre en pratique soient investies :

⁷ Le mémoire déposé par l'INSPQ lors de la ronde précédente de consultations en lien avec le projet de loi n° 157 appuie l'âge légal à 18 ans. Voir Institut national de santé publique du Québec (2018).

Nous avons tous des amis avec qui nous avons grandi et qui vous diront qu'ils sont des experts en la matière. La plupart d'entre eux ne le sont pas. Ils ont peut-être une grande expérience du sujet, mais ça ne signifie pas qu'ils sont des experts en la matière. Il est important que l'information et l'éducation soient diffusées, car il s'agit vraiment de protéger nos jeunes et de s'assurer que le produit est utilisé de façon responsable et de la manière prévue par le gouvernement fédéral. (Doug Downey [OPC], 2018-10-01, notre traduction)

L'industrie utilise une rhétorique similaire en commission parlementaire pour convaincre les partis d'opposition que l'encadrement optimal du cannabis passe par le marché :

L'autre objectif [autre que de concurrencer le marché illégal] est d'empêcher les jeunes d'en consommer, et plus on retarde la consommation d'alcool et de cannabis — et de tabac, d'ailleurs — mieux c'est. Nous le savons du point de vue de la santé publique. Je pense que vous pouvez accomplir ces deux missions. Je sais que l'on peut faire valoir que les employés du gouvernement pourraient mieux surveiller [...] les points de vente au détail, mais je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'arguments en ce sens. La dernière fois que nous sommes allés [dans l'État de Washington] avec mes filles, nous sommes allés visiter un point de vente de cannabis, car j'étais curieux de voir comment il était organisé. Je n'avais pas mon passeport sur moi, mais elles l'avaient. Elles ont 24 et 27 ans. Elles ont été autorisées à entrer. Moi non, car je n'avais pas de pièce d'identité. Donc, les magasins de l'État de Washington prennent le contrôle de l'âge très au sérieux. (Hexo Corp.⁸, 2018-10-11, nos soulignements, notre traduction)

Cet énoncé permet à l'industrie d'intégrer des préoccupations liées à la santé publique, dont le contrôle de l'âge légal, avec une place prééminente du privé dans la mise en œuvre des réglementations. Cette intégration d'idées phares du modèle de santé publique et de réduction des méfaits permet en outre de réduire la tension avec les oppositions réticentes à la privatisation de la vente.

Couplements stratégiques

Enfin, les « couplements stratégiques » sont entendus ici comme des discours liant deux modèles de régulation afin de dissiper leurs tensions et de fédérer plusieurs préoccupations. Au Québec, alors que le gouvernement privilégie des cadres associés au modèle de prohibition 2.0, des cadres associés aux deux autres modèles sont mobilisés de manière complémentaire par les oppositions. La complémentarité des cadres 2.2 (prévention/gestion des risques) et 3.2 (criminalité/revenus) est la plus fréquente :

⁸ Hexo est une entreprise de production et de transformation de cannabis.

La prohibition mènera inévitablement les jeunes adultes vers un marché illicite qui, lui, n'a pas de souci d'éthique, ni de contrôle de qualité, ni de quantité de THC dans ses produits, et ça rend de facto la consommation de cannabis plus dangereuse. [...] Je posais, en commission, la question aux représentants de la SQDC, je leur demandais : Selon vous, quand les jeunes vont aller se procurer du cannabis de contrebande, est-ce que les profits générés vont être investis en prévention? Est-ce que le crime organisé va faire ça? Bien, ils ont trouvé ma question drôle, parce que poser la question, c'est y répondre, c'est évident que non. Ensuite, est-ce qu'à la SQDC ils vont dire aux jeunes... est-ce qu'ils vont leur proposer des produits plus dangereux que celui qu'ils viennent chercher, comme c'est susceptible d'arriver dans le marché noir? Bien, évidemment, non, alors qu'à la SQDC ils ont cette consigne de diriger, lorsqu'on leur demande conseil, les consommateurs, les clients vers des produits toujours à plus faible dose de THC. (Sol Zanetti [QS], 2019-02-28)

Cette complémentarité peut être interprétée comme une tentative des oppositions de débattre autour d'une définition du « juste milieu » en matière de politiques publiques. Dans un contexte où la CAQ allie les préoccupations de santé publique avec le modèle de prohibition 2.0, elle « durcit » par le même fait la définition d'une politique jugée responsable en matière de cannabis. En réaction à la conception stricte défendue par la CAQ, l'opposition parlementaire associe quant à elle les cadres du modèle de santé publique et de réduction des méfaits avec les cadres du modèle de commercialisation pour proposer une autre définition qui tienne aussi compte de considérations plus pragmatiques. Le clivage autour de la définition du « juste milieu » constitue une part importante des débats sur le projet de loi n° 2.

En Ontario, la complémentarité des modèles de régulation est déjà bien présente chez le gouvernement, qui tend à mobiliser des cadres liés au modèle de santé publique et de réduction des méfaits pour appuyer une conception qui n'en demeure pas moins ancrée dans le modèle de commercialisation. Cela est également vrai chez le NPD, qui tend à mobiliser certains cadres associés au modèle de prohibition 2.0 afin d'appuyer sa conception ancrée dans le modèle santé publique et réduction des méfaits. La complémentarité des modèles est la plus évidente en commission parlementaire. Révélant la nature stratégique du cadrage, plusieurs intervenants de l'industrie tendent à combiner des cadres du modèle de santé publique et de réduction des méfaits avec des cadres du modèle de commercialisation. Chez Aurora, la complémentarité des cadres permet d'évoquer le caractère nuancé du projet de loi n° 36 et d'affirmer qu'il permet d'équilibrer les impératifs économiques (3.2 — Criminalité/Revenus) et de santé publique (2.2 — Prévention/Gestion des risques) :

Le projet de loi 36 est une mesure législative fort équilibrée qui accorde la priorité à la santé et à la sécurité publiques de tous les Ontariens, en particulier les jeunes de la province. Nous convenons que la sécurité publique est primordiale, ce qui exige que tous les participants au marché légal du cannabis soient soumis à des

exigences strictes en matière de licences et à une surveillance réglementaire continue. Il est impératif que le marché de détail du cannabis de l'Ontario comprenne des détaillants qui sont prêts à faire les investissements nécessaires pour garantir des environnements de vente au détail sûrs, sécurisés et éducatifs dans toute la province. (Aurora⁹, 2018-10-12)

Fire and Flower¹⁰ mise pour sa part sur la notion de citoyenneté corporative comme garantie de responsabilité (3.1 — Laissez-faire/Libéralisme) de la part de l'industrie. Cela permet de réaffirmer la primauté présumée des objectifs de santé publique au sein du projet de loi n° 36 (2.2 — Prévention/Gestion des risques), notamment en ce qui a trait à la prévention :

Nous souhaitons aborder notre engagement envers l'éducation du public en ce qui concerne le cannabis récréatif. [...] En tant que détaillants et propriétaires d'entreprise responsables, une responsabilité sociale forte est essentielle à notre modèle d'affaires. Nous sommes impatients d'établir des relations solides avec les communautés dans lesquelles nous nous établissons, des relations qui seront adaptées à chacune d'elles. La conception de nos magasins encouragera les espaces ouverts et accueillants où nos clients pourront trouver une expérience de vente au détail personnalisée. Nous travaillerons avec diligence pour que chaque personne qui franchit nos portes soit traitée avec respect et vive une expérience de vente de cannabis sur mesure. Une attention particulière sera portée aux espaces privés pour les conversations individuelles avec les membres hautement qualifiés de notre équipe Fire and Flower. (Fire and Flower, 2018-10-12)

Conclusion

Cet article permet de bâtir des ponts entre (a) les études cherchant à analyser le contenu des politiques de légalisation et (b) les études cherchant à analyser les dynamiques sociales et de pouvoir qui orientent la formulation de ces politiques. La principale limite des approches discursives réside souvent dans leur incapacité à incorporer l'analyse de la réalité objective (ex. : réglementations, rapports de force, etc.) au profit d'un propos axé sur la dimension subjective de la réalité (ex. : idées, visions du monde, etc.). En ayant recours à une grille d'analyse de cadrage inspirée de modèles types de la régulation, cet écueil fréquent de l'analyse discursive s'en trouve atténué.

Néanmoins, l'analyse présentée ici comporte plusieurs limites. Il convient d'en noter deux centrales. En premier lieu, bien que le corpus intègre l'ensemble des débats parlementaires sur la reformulation de la politique en matière de cannabis dans les deux cas, il est loin d'être exhaustif. Il conviendrait notamment de s'intéresser aux discours médiatiques, permettant

⁹ Aurora est une entreprise de production et de transformation de cannabis.

¹⁰ Fire and Flower est une entreprise de production, de transformation et de vente au détail de cannabis.

ainsi de relever des préoccupations distinctes de celles des élus et d'explorer les interactions entre institutions comme moteur de la construction des discours. À juste titre, des travaux récents sur les politiques en matière de cannabis ont montré l'intérêt des corpus médiatiques (Abalo, 2019; Schwartz et Tatalovich, 2018).

En second lieu, la grille d'analyse utilisée ne permet pas d'englober l'ensemble des cadrages possibles de la légalisation du cannabis (ex. : sécurité publique, fédéralisme, interactions entre cannabis et autres drogues, etc.), ce qui fait en sorte que les résultats doivent être interprétés avec prudence. Il existe une forme de contrepartie entre la parcimonie et l'exhaustivité du codage en analyse du discours. Les grilles parcimonieuses (ne comportant parfois que deux catégories) permettent d'analyser des corpus larges, parfois à l'aide d'outils automatisés (Benoit et al., 2014; Nowlin, 2016). Ces méthodes ne permettent cependant pas d'alimenter la grille de manière inductive. Les grilles exhaustives (ou à ambition exhaustive) permettent quant à elles d'identifier avec une grande précision les nuances du corpus et d'explorer une diversité de dimensions discursives (Miller, 2020; Turbide, 2017). Toutefois, ces analyses généralement exploratoires ne permettent souvent que de traiter un corpus restreint. La méthode adoptée ici se positionne entre ces deux pôles, en permettant à la fois d'analyser un corpus relativement large et de nourrir la grille d'analyse tout au long du codage. Il est cependant évident que plusieurs nuances échappent à l'analyse et que plusieurs nouveaux cadrages pourraient être ajoutés à la grille de codage pour la parfaire¹¹. Par ailleurs, puisque le codage est manuel, il laisse place aux biais d'interprétation du chercheur.

Enfin, à la lumière de la présente étude, plusieurs questions demeurent. Les objectifs énoncés de la légalisation sont-ils réellement mis en pratique? La reformulation des réglementations initiales s'accompagne-t-elle de changements dans la mise en œuvre? Quels discours sur la légalisation sont traduits en politiques et pourquoi? Ces questions situées à l'intersection des dimensions réglementaire et discursive de la légalisation méritent l'attention des chercheurs dans le contexte post-légalisation. Si plusieurs disciplines se sont jusqu'ici intéressées à la légalisation, le caractère multidimensionnel de ces questions réitère en définitive la nécessité d'approches interdisciplinaires pour mieux comprendre cet enjeu complexe.

¹¹ À titre indicatif, pour chacun des cas, nous avons divisé le nombre de mots codés avec au moins un des six cadres de la grille d'analyse par le nombre de mots total figurant au corpus. Au Québec, la grille permet de couvrir 30,8% des mots figurant au corpus, alors que la proportion s'établit à 43,9% en Ontario. Notre grille d'analyse est ainsi plutôt efficace, surtout si l'on considère la part « impertinente » du corpus : les débats parlementaires comportant des énoncés hors sujet (préambules, procédures, interjections, etc.) et les mémoires comportant des éléments de forme non pertinents à l'analyse (page couverture, présentation de l'intervenant, bibliographie, annexes, etc.) En somme, il semble que notre grille permette de couvrir une part importante des débats avec parcimonie. Ces données permettent néanmoins de suggérer que d'autres cadrages pertinents peuvent avoir été mobilisés par les parties prenantes auxquels il conviendrait de s'intéresser dans des analyses subséquentes.

Références

- Abalo, E. (2019). Rifts in the Hegemony: Swedish News Journalism on Cannabis Legalization. *Journalism Studies*, 20(11), 1617–1634. <https://doi.org/10.1080/1461670x.2018.1533416>
- Assemblée législative de l'Ontario. (2018). *Projet de loi n° 36. Loi de 2018 modifiant des lois en ce qui concerne le cannabis*. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-36/debats>
- Assemblée nationale du Québec. (2019). *Projet de loi n° 2. Loi resserrant l'encadrement du cannabis*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-2-42-1.html>
- Beauchesne, L. (2020). *La légalisation du cannabis au Canada : Entre commercialisation et prohibition 2.0*. Bayard Canada.
- Benoit, M., Cantin, M.-H. et Duchesne, É. (2014). Une nouvelle culture émergente? L'évaluation du positionnement des groupes d'intérêt anglophones face au Cadre stratégique agricole canadien de 2007. *Canadian Journal of Political Science*, 46(04), 921–950. <https://doi.org/10.1017/s0008423913000942>
- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Seuil/Points.
- Brochu, S., Fallu, J.-S. et Pelletier, M. (dir.). (2019). *Cannabis*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Caulkins, J. P. (2017). Recognizing and regulating cannabis as a temptation good. *International Journal Drug Policy*, 42, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.012>
- Dilley, J. A., Hitchcock, L., McGroder, N., Greto, L. A. et Richardson, S. M. (2017). Community-level policy responses to state marijuana legalization in Washington State. *International Journal Drug Policy*, 42, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.010>
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58.
- Fischer, B., Russell, C., Rehm, J. et Leece, P. (2019). Assessing the public health impact of cannabis legalization in Canada: Core outcome indicators towards an “index” for monitoring and evaluation. *Journal of Public Health (Oxford)*, 41(2), 412–421. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy090>
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Gallimard.
- Gagnon, F., Zobel, F. et Chapados, M. (2019). Légalisations du cannabis et logiques gouvernementales. Dans S. Brochu, J.-S. Fallu et M. Pelletier (dir.), *Cannabis* (p. 43–61). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Projet de loi n° 157 : Loi instituant la Société québécoise du cannabis, édictant la Loi encadrant le cannabis et modifiant diverses dispositions en matière de sécurité routière. Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-38809/memoires-deposes.html>

Cadrage des modèles de régulation du cannabis

- Jessop, B. (2004). Critical Semiotic Analysis and Cultural Political Economy. *Critical Discourse Studies*, 1(2), 159–174.
- Klüver, H. et Mahoney, C. (2015). Measuring interest group framing strategies in public policy debates. *Journal of Public Policy*, 35(2), 223–244. <https://doi.org/10.1017/s0143814x14000294>
- Leyton, M. (2019). Cannabis legalization: Did we make a mistake? Update 2019. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 44(5), 291–293. <https://doi.org/10.1503/jpn.190136>
- Lévesque, G. (2020). *La légalisation du cannabis au Canada. Études de cas : Colombie-Britannique, Ontario et Québec. Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ASTRACAN_UQAM_201015.pdf.
- Lévesque, G. (2022a). Données pour : *Analyse de cadrage de la reformulation des politiques en matière de cannabis au Québec, en Ontario et au Maine*, Scholars Portal Dataverse, V1, <https://doi.org/10.5683/SP3/89OBXY>.
- Lévesque, G. (2022b). Making Sense of Pot: Conceptual Tools for Analyzing Legal Cannabis Policy Discourse. *Critical Policy Studies*.
- Lévesque, G. et Benoit, M. (2020). Legalize or Prohibit It? Quebec's Exceptionalism on Cannabis and the Framing of Evidence in Policymaking. *American Review of Canadian Studies*, 50(3), 371–385.
- Matthes, J. (2012). Framing Politics. *American Behavioral Scientist*, 56(3), 247–259. <https://doi.org/10.1177/0002764211426324>
- Miller, H. T. (2020). *Narrative Politics in Public Policy: Legalizing Cannabis*. Palgrave MacMillan.
- Niederdeppe, J., Heley, K. et Barry, C. L. (2015). Inoculation and Narrative Strategies in Competitive Framing of Three Health Policy Issues. *Journal of Communication*, 65(5), 838–862. <https://doi.org/10.1111/jcom.12162>
- Nowlin, M. C. (2016). Modeling Issue Definitions Using Quantitative Text Analysis. *Policy Studies Journal*, 44(3), 309–331.
- Porter, A. J., Kuhn, T. R. et Nerlich, B. (2018). Organizing Authority in the Climate Change Debate: IPCC Controversies and the Management of Dialectical Tensions. *Organization Studies*, 39(7), 873–898. <https://doi.org/10.1177/0170840617707999>
- Schwartz, M. A. et Tatalovich, R. (2018). *The Rise and Fall of Moral Conflicts in the United States and Canada*. University of Toronto Press.
- Turbide, O. (2017). La parole politique comme performance multimodale et interactionnelle. Une proposition d'analyse. Dans P.-M. Daigneault et F. Pétry (dir.), *L'analyse textuelle des idées, du discours et des pratiques politiques* (p. 19–39). Presses de l'Université Laval.
- Watson, T. M., Valleriani, J., Hyshka, E. et Rueda, S. (2019). Cannabis legalization in the provinces and territories: Missing opportunities to effectively educate youth? *Canadian Journal of Public Health*, 110(4), 472–475. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00209-0>



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Surdoses au Québec et inégalités sociales de santé

Antoine Bertrand-Deschênes, candidat au doctorat, École de travail social,
Université de Montréal

André-Anne Parent, Ph. D., professeure agrégée, École de travail social,
Université de Montréal, chercheure, Centre de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Miguel Bergeron-Longpré, candidat au doctorat, École de travail social,
Université de Montréal

Correspondance

École de travail social

Université de Montréal

Pavillon Lionel-Groulx

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone : 514-894-3391

Courriel : antoine.bertrand-deschenes@umontreal.ca

Résumé

À la demande d'un regroupement d'organismes communautaires intervenant auprès d'utilisateurs de drogues, une équipe de recherche de l'École de travail social de l'Université de Montréal a été sollicitée pour procéder à une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas de décès par surdose. Ce travail de recherche s'inscrit dans le contexte de la crise des opioïdes qui touche le Québec et le Canada. Le but de ce projet était de déterminer comment les rapports d'investigation des coroners peuvent améliorer la compréhension de la crise des surdoses et alimenter les actions à prendre face à celle-ci. La recherche propose une analyse de contenu de 340 rapports de personnes décédées en 2017 au Québec et dont la cause probable du décès est liée à la consommation d'au moins une substance. Cet article présente les résultats liés au contexte social et à l'état de santé des personnes décédées de surdose selon les données fournies par les rapports de coroner. Le cadre théorique des déterminants de la santé est utilisé, permettant d'adopter une approche globale peu exploitée en intervention. Démontrant que la crise est bien plus qu'une crise des opioïdes, nos résultats mettent en lumière la surreprésentation des problèmes de santé physique et mentale chez les personnes décédées par surdose en plus des enjeux socioéconomiques sous-jacents. Ultimement, nous espérons que cette lecture plus englobante de la crise des surdoses sévissant au Québec et qui préoccupe intervenants, acteurs de santé publique, décideurs politiques et plusieurs autres contribuera à développer une meilleure réponse face à cet enjeu.

Mots-clés : crise des opioïdes, prévention des surdoses, déterminants de la santé, inégalités sociales, inégalités sociales de santé, Québec

Overdoses in Quebec and social inequalities in health

Abstract

At the request of a group of community organizations working with drug users, a research team from the School of Social Work of the University of Montreal was asked to conduct a content analysis of the coroner's reports in overdose death cases. This research project takes place in the context of the opioid crisis occurring in Quebec and Canada. The aim of this project was to determine through a content analysis of investigative reports how they can improve the understanding and actions to be taken against the overdose crisis. The research offers a content analysis of such reports of 340 people who died in 2017 in Quebec and whose probable cause of death is linked to the use of at least one substance. This paper presents the results related to the health and social context of the overdose decedents based on the data provided in the coroner's investigation reports. The theoretical framework of the determinants of health is used, allowing us to adopt a global approach unfortunately little used in intervention. Showing that the crisis is much more than an opioid crisis, our results highlight the overrepresentation of physical and mental health problems among people who have died from overdoses, in addition to the underlying socioeconomic issues. Ultimately, we hope that this comprehensive reading of the overdose crisis raging in Quebec and which concerns stakeholders, public health actors, policy makers, and many others, will help develop a better response to this issue.

Keywords: opioid crisis, overdose prevention, determinants of health, social inequalities, social inequalities in health, Quebec

Sobredosis en Quebec y desigualdades sociales en materia de salud

Resumen

Una agrupación de organismos comunitarios que intervienen con consumidores de drogas solicitó a un equipo de investigación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Montréal la realización de un análisis de contenido de los informes forenses en los casos de muerte por sobredosis. Este trabajo de investigación se inscribe en el contexto de la crisis de los opioides que afecta Québec y Canadá. El proyecto tenía como objetivo determinar de qué manera los informes forenses pueden mejorar la comprensión de la crisis de las sobredosis y alimentar las acciones que deben llevarse a cabo para enfrentarla. La investigación propone un análisis de contenido de los informes referidos a 340 personas fallecidas en 2017 en Québec y cuya causa probable de muerte está relacionada con el consumo de por lo menos una sustancia. Este artículo presenta los resultados relacionados con el contexto social y el estado de salud de las personas fallecidas de sobredosis según los datos proporcionados por los informes forenses. Se utiliza el marco teórico de los determinantes de la salud, lo que permite adoptar un enfoque global poco explotado la práctica. Nuestros resultados, al demostrar que la crisis es mucho más que una crisis de opioides, destacan la excesiva representación de los problemas de salud física y mental entre los fallecidos por sobredosis, además de las cuestiones socioeconómicas subyacentes. Finalmente, esperamos que esta lectura más global de la crisis de sobredosis que padece Québec, y que preocupa a los intervinientes, a los agentes de salud pública, a las autoridades políticas y muchos otros, contribuirá al desarrollo de una mejor respuesta ante este problema.

Palabras clave: crisis de opioides, prevención de sobredosis, determinantes de la salud, desigualdades sociales, desigualdades sociales de salud, Québec

Contexte

La crise des opioïdes ou des surdoses est désormais reconnue comme un phénomène de santé publique (Tam, 2018). Elle mobilise les décideurs politiques des différents paliers de gouvernance. Le gouvernement québécois a introduit la nouvelle *Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025. Parce que chaque vie compte* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022). Des actions législatives, comme l'adoption de la *Loi des bons samaritains* visant à offrir une certaine protection juridique aux personnes qui font une surdose ou qui en sont témoins lorsqu'ils interpellent le 9-1-1 pour obtenir de l'aide, sont observées (Gouvernement du Canada, 2021). Quant aux organismes sur le terrain, ils collaborent avec les instances publiques et déploient une panoplie d'actions pour prévenir les surdoses et réduire les décès. Pensons notamment aux services d'injection supervisée, aux vigies des surdoses et aux autres indicateurs sanitaires institués dans les différentes régions, à la promotion de la naloxone et à son accessibilité, au développement d'intervention par les pairs aidants, aux services d'analyses des substances, et plus encore (MSSS, 2022 ; Strike et Watson, 2019).

La constante évolution de la crise met au défi la société dans son ensemble dans la recherche de stratégies. Plusieurs auteurs soulignent l'importance et l'impact des déterminants sociaux de la santé. Aux États-Unis, les inégalités économiques seraient un déterminant majeur, le manque de ressources des personnes les plus démunies étant le moteur de la crise (Thombs et al., 2020). Selon Dasgupta et al. (2018), les bouleversements sociaux et économiques des dernières décennies auraient entraîné cet état d'urgence, la consommation d'opioïde étant un « refuge » face aux traumatismes physiques et psychologiques, aux désavantages accrus, à l'isolement et au désespoir. Selon certains chercheurs, le phénomène de la polyintoxication, de plus en plus fréquent (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2022), est également en relation avec des déterminants sociaux de la santé modifiables, comme l'accès aux services en santé mentale ou le fait de vivre de l'itinérance (Barocas et al., 2019).

Au Canada, les interventions en réduction des méfaits se déploient dans les conditions établies par les structures sociales, politiques et légales des différentes provinces (Strike et Watson, 2019). Ces interventions relèvent plus largement d'une question de justice sociale et d'équité et poursuivent l'objectif d'abolir des phénomènes sociaux foncièrement injustes participant aux disparités en santé et alimentant la crise comme l'oppression envers les peuples autochtones ou la pauvreté (Dasgupta et al., 2018 ; Virani et Haines-Saah, 2020). Considérant que les bouleversements économiques, le chômage et les inégalités sociales sont encore insuffisamment considérés dans l'analyse du problème (Dasgupta et al., 2018 ; Thombs et al., 2020), une lecture plus englobante de la crise des surdoses dépassant le spectre de l'individu ou de la substance s'impose. Le manque de connaissances sur les facteurs environnementaux associés aux risques de surdose est d'ailleurs souligné dans la littérature (Martins et al., 2015).

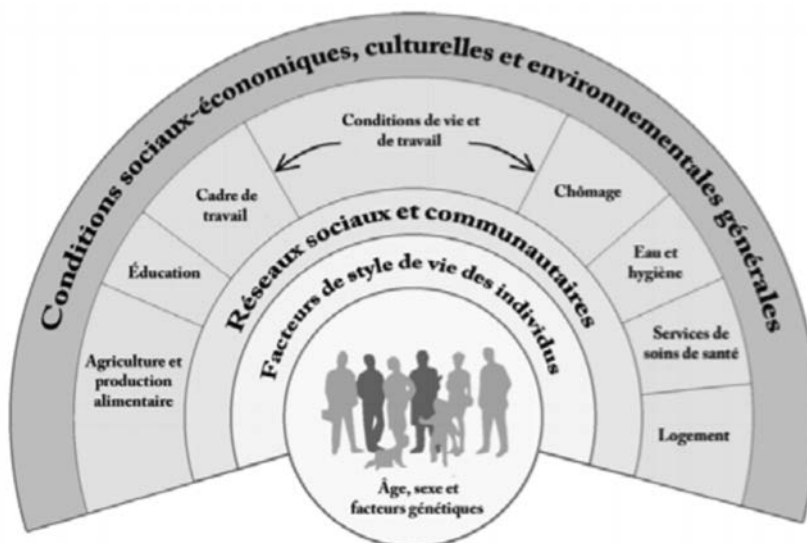
À la demande d'un regroupement d'organismes communautaires intervenant auprès d'utilisateurs de drogues, une équipe de recherche de l'École de travail social de l'Université de Montréal a été sollicitée au printemps 2019 pour procéder à une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas des décès par surdose. La recherche propose une analyse de contenu des rapports d'investigation du coroner de 340 personnes décédées en 2017 au Québec et dont la cause probable du décès est liée à la consommation d'au moins une substance. Le but était de déterminer par une analyse de contenu comment ces rapports peuvent améliorer la compréhension et les actions à prendre face à la crise des surdoses. Les objectifs étaient : 1) identifier les substances mises en cause dans ces décès ; 2) comprendre le contexte d'intervention auprès des personnes décédées par surdose ; 3) illustrer le contexte social et l'état de santé des personnes décédées. Cet article porte sur le troisième objectif pour lequel le cadre théorique des déterminants de la santé (Hyppolite, 2012) s'est rapidement imposé.

Inégalités sociales de santé et surdoses

Les inégalités sociales de santé sont le fruit des conditions dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2009). Si elles touchent la société dans son ensemble, les groupes sociaux au bas de l'échelle sociale sont inégalement touchés (Parent et Bourque, 2016). La santé suit le gradient social où les personnes les plus défavorisées socialement sont les plus exposées au risque de maladie ou de morts prématurées (Gillis et Mertens, 2008, cité dans Hyppolite, 2012). Ces écarts sont socialement construits, injustes et évitables et relèvent de la justice sociale (Raphael et al., 2020).

La figure 1 (Dahlgren et Whitehead, 1991, dans Raphael et al., 2020) illustre la pluralité des facteurs déterminant la santé des individus. En partant du centre, où se situe l'état de santé des personnes, les différentes catégories de déterminants superposés ont une influence les unes sur les autres. Ainsi, les comportements et les habitudes de vie des individus sont influencés par leurs conditions de vie, elles-mêmes influencées par le contexte global (Hyppolite, 2012, p. 27).

FIGURE 1



Les déterminants sociaux de la santé réfèrent à l'ensemble des conditions socialement produites influençant la santé (Raphael et al., 2020). Ce sont les conditions sociales, économiques et politiques influençant la santé des populations (Solar et Irwin, 2010). Ils englobent les autres facteurs déterminant la santé et sont majeurs dans la production des inégalités sociales de santé. On retrouve à la source des inégalités sociales le contexte social, économique, politique et culturel, façonnant le statut social et socioéconomique des individus (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006). Les inégalités sociales présentes dans les sociétés se transposent en inégalités dans les conditions de vie et se transforment en inégalités sociales de santé (Hyppolite, 2012; Parent et Bourque, 2016).

En cohérence avec la littérature sur les déterminants sociaux de la santé, Saloner et al. (2018) ont développé un modèle écologique de santé publique pour aborder la crise des surdoses. Certaines manières de consommer sont plus susceptibles de générer des conséquences négatives lorsqu'elles surviennent dans des environnements non sécuritaires comme en l'absence de services d'injection supervisée. Dans ce modèle, les contextes d'utilisation et les comportements de consommation sont influencés par des éléments du contexte social et économique inéquitables, générant des désavantages sociaux et des manques d'opportunités pour certaines communautés. Le contexte social et économique, tout comme les politiques sociales, légales, économiques et de santé en vigueur, influence les institutions en interaction avec les personnes utilisatrices de drogues (UD). Ces processus s'influencent et une prévalence élevée de surdoses a conséquemment des effets sur l'environnement économique et social (Saloner et al., 2018).

Cet article présente les résultats du troisième objectif de la recherche, soit celui d'illustrer le contexte social et l'état de santé des personnes décédées de surdose au Québec. Alors que la majorité de la littérature à cet effet provient des États-Unis ou du Canada anglais, nous proposons d'interpréter nos résultats à l'aide du cadre des déterminants sociaux de la santé, permettant d'offrir une perspective globale pour aborder le phénomène des surdoses au Québec.

Méthodologie

Cette recherche est le fruit d'un travail de collaboration entre l'équipe de chercheurs et un comité consultatif constitué de groupes communautaires intervenants auprès de personnes UD. À l'initiative de l'organisme communautaire mandataire du projet, l'Association québécoise de promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues, d'autres groupes communautaires ont été consultés pour aider à structurer le projet. Dans un esprit de recherche collaborative (Morrisette, 2013), chacune des étapes de la recherche a fait l'objet d'un travail de concertation, jusqu'à la diffusion publique et médiatique des résultats du projet.

Le rapport d'investigation du coroner

Le travail du coroner consiste à investiguer afin de déterminer l'identité de la personne décédée, le lieu, le moment, les circonstances ainsi que les causes probables du décès. Au Québec, les coroners sont des médecins, avocats ou notaires. Un rapport est divisé en sept sections distinctes, contenant généralement entre 500 et 1 200 mots chacune. La première section, dans laquelle sont inscrites les informations administratives, permet d'identifier la personne, tandis que les sections suivantes abordent l'identification de la personne décédée par un tiers, les circonstances du décès, l'autopsie, l'examen externe et les analyses toxicologiques. L'analyse et la conclusion constituent les deux derniers segments du rapport.

Cueillette et analyse des données

Afin de répondre aux objectifs de recherche déterminés conjointement avec les partenaires, un carnet de codification composé de plus de 80 codes représentant les sections des rapports du coroner et se rapportant aux objectifs a été créé à l'aide du logiciel Nvivo. Le corpus de données, soit 340 rapports d'investigation du coroner de personnes décédées à la suite d'une surdose au Québec en 2017, a été entièrement codé par un premier auxiliaire de recherche et validé par un deuxième. L'année 2017 a été retenue, car il s'agissait de celle où tous les rapports liés aux surdoses étaient disponibles. Les rapports étudiés pour la présente recherche excluent les personnes décédées par suicide ou celles dont la mort est liée à un acte criminel.

L'identification des substances mentionnées dans la section analyse toxicologique permet de brosser un portrait général des substances retrouvées indépendamment de leurs incidences sur le décès de la personne. L'identification des substances mentionnées dans la section conclusion permet de déterminer la ou les substances associées à la cause la plus probable du décès selon le coroner.

Les rapports de coroner incluent des données pouvant être traitées quantitativement, comme la région de résidence ou de décès, l'âge ou encore les substances retrouvées aux analyses toxicologiques. La section analyse des rapports, où l'on retrouve une synthèse des éléments recueillis à l'investigation et des informations sur les différentes sphères de la vie des personnes décédées, inclut également des données qualitatives. De ce fait, les rapports n'incluent pas systématiquement les mêmes informations et ne sont pas uniformes, particulièrement en ce qui a trait au contexte social et à l'état de santé des personnes décédées. Le contenu thématique quant au contexte social et de santé concerne principalement l'état de santé des personnes, leur contexte socioéconomique et leurs relations avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et autres services d'aide.

Notre approche en lien avec ces données qualitatives s'est basée sur un processus à la fois déductif et inductif. La structure standardisée des rapports a facilité la production d'un carnet de codification préliminaire composé de thématiques établies par déduction selon les objectifs de recherche. La thématique inductive est survenue en cours de route alors que certains thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche émergeaient. L'analyse des données qualitatives s'est inspirée de l'analyse thématique, où l'on procédait au repérage, au regroupement, à la caractérisation et à l'analyse discursive des thèmes présents dans les rapports selon les objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2016).

L'identification des thèmes, leur validation et le travail d'analyse ont fait l'objet de constantes réflexions entre chercheurs. Deux membres de l'équipe ont travaillé conjointement et une consultation continue auprès de la chercheuse principale a permis de valider et de réajuster au besoin le travail de thématique et d'analyse du contenu. Le premier jet du carnet de codification a été validé auprès du comité consultatif. Le contenu thématique et les résultats quant au troisième objectif de la recherche, soit l'illustration du contexte social et de l'état de santé des personnes décédées, sont ici discutés à l'aide du cadre théorique des déterminants sociaux de la santé. Finalement, notons que les rapports du coroner sont des documents publics et que, par conséquent, la démarche de recherche n'exigeait pas de demande de certification éthique.

Résultats

Données sociodémographiques et lieux de résidence

Les 340 rapports étudiés, soit ceux de 242 hommes et de 98 femmes décédées, se répartissent selon les groupes d'âge suivants : 25 ans et moins, 26 à 40 ans, 41 à 64 ans et 65 ans et plus (Tableau 1). Aucun rapport n'inclut de données à propos de l'origine ou de l'identité culturelle, raciale, ethnique, sexuelle ou de genre des personnes décédées. Pour chacune des personnes décédées, l'année de naissance ainsi que la région administrative associée à la municipalité de résidence et de décès ont été déterminées.

TABLEAU 1 – Âge des personnes au moment de leur décès en 2017 selon le sexe

	Hommes (n=242)	Femmes (n=98)
25 ans et moins	21 (8,7%)	3 (3,1%)
26 à 40 ans	79 (32,6%)	18 (18,4%)
41 à 64 ans	128 (52,9%)	67 (68,4%)
65 ans et plus	14 (5,8%)	10 (10,2%)

Les hommes sont plus nombreux à mourir de surdose, mais les femmes de 65 et plus sont surreprésentées par rapport aux hommes du même âge (10,2% versus 5,8%). Cependant, lorsqu'observée ensemble, la catégorie des 41-64 ans est la plus représentée. Plus spécifiquement, 41% des hommes ont moins de 40 ans, contre seulement 21% des femmes. Inversement, 59% des hommes sont âgés de plus de 40 ans, contre 79% des femmes.

Nos résultats démontrent que ce n'est pas seulement les grands centres qui sont touchés par le phénomène des surdoses, mais aussi les régions (Tableau 2).

TABLEAU 2 – Répartition des personnes décédées selon la région administrative de résidence et le sexe

	Hommes (n=242)	Femmes(n=98)	Total (n=340)
1. Bas-Saint-Laurent	1 (0,4 %)	2 (2,0 %)	3 (0,9 %)
2. Saguenay–Lac-Saint-Jean	5 (2,1 %)	3 (3,1 %)	8 (2,4 %)
3. Capitale-Nationale	28 (11,6 %)	8 (8,2 %)	36 (10,6 %)
4. Mauricie	8 (3,3 %)	5 (5,1 %)	13 (3,8 %)
5. Estrie	3 (1,2 %)	4 (4,1 %)	7 (2,1 %)
6. Montréal	73 (30,2 %)	23 (23,5 %)	96 (28,2 %)
7. Outaouais	10 (4,1 %)	5 (5,1 %)	15 (4,4 %)
8. Abitibi-Témiscamingue	5 (2,1 %)	3 (3,1 %)	8 (2,4 %)
9. Côte-Nord	1 (0,4 %)	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)
10. Nord du Québec	5 (2,1 %)	1 (1,0 %)	6 (1,8 %)
11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8 (3,3 %)	0 (0,0 %)	8 (2,4 %)
12. Chaudière-Appalaches	8 (3,3 %)	6 (6,1 %)	14 (4,1 %)
13. Laval	7 (2,9 %)	4 (4,1 %)	11 (3,2 %)
14. Lanaudière	11 (4,5 %)	6 (6,1 %)	17 (5,0 %)
15. Laurentides	19 (7,9 %)	12 (12,2 %)	31 (9,1 %)
16. Montérégie	39 (16,1 %)	12 (12,2 %)	51 (15,0 %)
17. Centre-du-Québec	8 (3,3 %)	4 (4,1 %)	12 (3,5 %)
Sans région indiquée	3 (1,21 %)	0 (0,0 %)	3 (0,9 %)
Total	242	98	340

Des conditions de santé préoccupantes

Les données recueillies démontrent que la majorité des personnes décédées par surdose souffraient de maladies chroniques et de troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non. De façon plus détaillée, près d'un rapport étudié sur cinq indiquent la présence de douleurs chroniques ou de problématiques chroniques de douleur¹, touchant respectivement 28 % de l'ensemble des femmes et 15,0 % des hommes. En ce qui concerne les troubles de santé mentale pris dans leur ensemble, 42,9 % des rapports portant sur des femmes mentionnent une problématique de santé mentale, par opposition à seulement 27 % de l'ensemble des hommes. Plus précisément, 16 % des hommes décédés présentaient des symptômes

¹ Ceci inclut les personnes qui souffrent de douleurs chroniques (souvent nommé tel quel dans les rapports) ainsi que de problèmes chroniques qui amènent de la douleur considérable au quotidien. Ex. : lombalgies chroniques, fibromyalgie, arthrose, polyarthrite rhumatoïde

d'anxiété ou de dépression alors que ce chiffre s'élevait à 31 % chez les femmes, ce qui représente 20 % de tous les rapports analysés. L'analyse a également fait ressortir que 45,0 % des personnes décédées d'une surdose en 2017 souffraient préalablement de problèmes cardiaques, pulmonaires ou vasculaires, plus précisément 42,0 % de l'ensemble des hommes et 52,0 % des femmes. Les maladies cardiovasculaires, si on les isole des troubles pulmonaires, ont été retrouvées dans 36,0 % de l'ensemble des rapports de coroners analysés.

Le parcours des personnes

En approfondissant les rapports des coroners, la présence d'enjeux financiers, de pauvreté et d'exclusion sociale est constatée. Malgré le manque d'uniformité des rapports et le fait qu'ils ne soient pas nécessairement explicites sur ce sujet, la présence d'une quinzaine de situations où les personnes étaient dans des situations d'isolement social a pu être décelée. Nous avons aussi noté une quinzaine de situations où la personne était en situation d'itinérance, en plus de celles où les personnes étaient prestataires de l'aide sociale ou vivaient d'importantes difficultés financières. Par exemple, dans l'extrait suivant, on perçoit la problématique d'isolement : «M. X vivait seul dans son logement, était sans emploi depuis quelques années, avait peu de contacts sociaux et consommait régulièrement de l'alcool.»

En ce qui concerne l'employabilité, dans au moins 25 rapports, les personnes étaient sans emploi, alors qu'une trentaine d'autres étaient en emploi. Quelques situations d'arrêt de travail ou de perte d'emploi récente ont aussi été répertoriées. L'extrait suivant démontre bien comment les conditions socioéconomiques peuvent rendre plus vulnérables certains individus aux surdoses : «La semaine précédente son décès, M. X s'est administré une dose supplémentaire de fentanyl prescrit pour pouvoir exécuter ses travaux sur sa terre. Il a travaillé de 10 à 12 heures par jour.»

Dans l'extrait suivant, c'est la perte récente d'un emploi qui a été significative pour la personne : «Toutefois, à la suite d'une perte d'emploi, en [...] 2017, il avait recommencé à consommer du crack et de l'héroïne.»

On a également observé une vingtaine de situations impliquant le système de justice ou des règlements organisationnels : arrestations, interdits de contact, ordonnances de traitement ou encore bannissement d'un organisme. Il était aussi question d'accidents graves par le passé marquant significativement le parcours des individus dans au moins une quinzaine de situations, comme en témoigne l'extrait suivant : «Elle se mobilise peu en raison de douleurs permanentes ressenties depuis un accident de la route.»

Il s'agissait parfois d'accidents de la route, d'accidents ayant occasionné des brûlures importantes ou d'accidents de travail. Le deuil a été un enjeu significatif dans au moins cinq rapports et les ruptures amoureuses dans plus d'une dizaine. Les tentatives de suicide passées concernent un peu plus de 15,0 % des femmes contre seulement 4,0 % des hommes. Enfin, des antécédents de surdoses ont été relevés dans 47 situations.

L'utilisation des substances

L'analyse des rapports de personnes décédées de surdoses démontre qu'elles utilisaient une grande variété de substances dépassant le prisme des opioïdes. La polyintoxication est d'ailleurs citée comme cause probable du décès de personnes dans 65,0 % de tous les rapports analysés. Nous avons observé que le processus de catégorisation des décès impliquait souvent une évaluation du comportement d'usage des substances. Celle-ci était souvent implicite dans les expressions inscrites dans la conclusion des rapports. Des expressions comme « drogues d'abus », « drogues de rue » ou « drogues récréatives » ont ainsi été retrouvées dans cette section. Dans la conclusion suivante, le desméthyldiazépam, un médicament psychoactif de la famille des benzodiazépines, est catégorisé de « drogue » : « est décédé consécutivement à l'utilisation de drogue (kétamine et desméthyldiazépam) ».

Parfois les termes « médicaments » et « drogues de rue » faisaient plutôt l'objet d'une présentation distincte, comme l'illustre le passage « est décédé d'une polyintoxication médicaments et drogues de rue »

Il arrivait que ce soit le comportement d'approvisionnement en substances qui faisait l'objet d'une évaluation. Par exemple, la section analyse d'un rapport mentionnait que : « la médication retrouvée lui aurait été prescrite lors d'un séjour en centre de détention et n'est pas inscrite au Dossier Santé Québec (DSQ). Ce qui suggère qu'elle était possiblement obtenue de façon illicite ».

Ici, la médication prescrite lors du séjour avait été retrouvée sur les lieux et non aux analyses toxicologiques (l'état du corps ne permettait pas de procéder à des prélèvements). Il s'agissait de prégabalin (analgésique), de quétiapine (antipsychotique) et de mirtazapine (antidépresseur). Dans la section analyse de ce rapport, on peut aussi lire que la personne « consomme depuis plusieurs années des drogues de rue (amphétamines et héroïne) et des stéroïdes anabolisants de façon régulière ».

Dans cette situation, le coroner conclut à une surdose de « drogues de rue » sans avoir procédé aux analyses toxicologiques et alors que seule la médication mentionnée précédemment fut retrouvée sur les lieux.

Trajectoire des derniers moments

Enfin, dans plus de 35 situations, la personne ayant fait ou faisant une surdose était découverte par quelqu'un interpellant un proche plutôt que les services d'urgences. L'extrait suivant en témoigne : « À 4 h 1, la personne présente avec M. X téléphone à un de ses amis pour lui demander de venir, car il ne va pas bien [...] Il compose le 911 à 4 h 48. »

Relation avec les services

Nous avons recensé plus de 140 situations où la personne était suivie par un médecin ou en avait consulté un dans la dernière année. Parmi les motifs de consultation, nous retrouvons : des consultations pour des problèmes de santé physique ou des maladies (cancer, problèmes respiratoires, etc.), des consultations concernant la santé mentale (ex. : en psychiatrie), la gestion de la douleur, un suivi de la médication, un suivi dans le cadre d'un programme de substitution aux opiacés, etc. Nous avons identifié plus de 30 situations où la personne bénéficiait d'un suivi ou avait consulté un intervenant ou un organisme d'aide autre qu'un médecin (agente de libération conditionnelle, psychologue, intervenant social, etc.). L'aide dans les tâches quotidiennes et le suivi de la santé mentale, la réadaptation et la réinsertion sociale, la gestion de la médication, l'usage de ressources d'hébergement, le traitement de l'anxiété/dépression, les soins à domicile, le suivi en communauté avec le CLSC, les interventions psychosociales, l'équipe multidisciplinaire en psychiatrie et l'indemnisation des victimes d'actes criminels font partie des motifs de consultation évoqués. Plusieurs besoins faisant écho au lien existant entre la santé et le contexte social, politique et économique figurent parmi les motifs d'utilisation des services psychosociaux. Le court extrait suivant démontre l'enchevêtrement des questions de santé avec le contexte socioéconomique de la personne : «La progression du syndrome douloureux limite significativement les activités et l'activation physiques, ce qui augmente l'isolement et la marginalisation de sa vie.»

Dans au moins 126 situations, la problématique de consommation de la personne avait pu être constatée par le biais de dossiers médicaux, rapports d'intervenants, etc. Dans au moins 38 situations, les personnes recevaient ou avaient déjà reçu une aide spécialisée pour la consommation, qu'il s'agisse de traitement en centre de thérapie pour les dépendances, d'hospitalisations pour la désintoxication ou de suivis spécialisés avec des psychologues ou en psychiatrie. Nous avons décelé des indices de tension et de conflit entre les personnes décédées par surdose et les intervenants. On retrouvait des points de divergence et de mécontentement au sujet de la consommation, des objectifs de traitement, de la collaboration et de la présence aux rendez-vous. Ces tensions se sont parfois manifestées en rupture de services, comme démontré dans les extraits suivants :

[...] La préoccupation principale qu'il semble soulever avec le médecin consultant est qu'il estime que certaines des amphétamines qu'il utilise peuvent contenir des contaminants et il veut savoir où il peut obtenir des substances de meilleure qualité. Inutile de dire que le reste de la consultation ne va pas bien, le médecin exprimant l'opinion qu'il ne peut pas aider M. X tant que celui-ci ne voit pas qu'il a un sérieux problème.

Le suivi avait cessé en octobre 2016 faute d'alternative thérapeutique, car M^{me} X faisait toujours à sa tête et il était impossible de savoir exactement ce qu'elle consommait.

La travailleuse sociale affirme qu'il est important que M^{me} X fasse le travail d'obtention de ses objectifs et qu'il ne soit pas constructif pour la travailleuse sociale de simplement rendre des visites "amicales" si la cliente ne travaille pas elle-même ses objectifs.

Discussion

Nos résultats démontrent que la majorité des personnes décédées par surdose souffraient de maladies chroniques et de troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non. Nous observons une surreprésentation de différentes conditions de santé comparativement à la population générale. La présence de douleurs chroniques ou de problématiques chroniques de douleur touchait respectivement 28,0 % des femmes et 15,0 % des hommes décédés par surdose dont nous avons analysé le rapport de coroner. Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017² (Statistique Canada, 2019), c'est plutôt 17,0 % des femmes et 12,0 % des hommes de la population générale qui serait touchée. En ce qui concerne les symptômes d'anxiété ou de dépression, 16,0 % de l'ensemble des hommes décédés par surdose et 31,0 % de l'ensemble des femmes dont nous avons analysé le rapport de coroner étaient concernés. Alors que la prévalence des troubles anxiodépressifs dans la population québécoise est estimée à 7,4 % (Lesage et Émond, 2012), c'est plutôt 20,0 % de l'ensemble des rapports de coroner analysés qui en faisait mention. En ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (s.d.) affirme qu'elles touchent 1,3 million de Canadiens sur une population estimée au 1^{er} juillet 2019 à 37,6 millions d'habitants (Charbonneau et Provencher, 2019). Ce serait donc 3,5 % de la population canadienne qui serait concernée. Or, ce chiffre atteint 36,0 % pour les personnes décédées par surdose dont nous avons analysé le rapport de coroner. La surreprésentation de ces conditions de santé chez les personnes décédées de surdoses relève des écarts socialement construits, injustes et évitables (Cloutier et al., 2008; Lecours et al., 2015; Raphael et al., 2020) et confirme l'hypothèse que les personnes défavorisées socialement sont plus exposées au risque de maladie ou de morts prématurées (Gilles et Mertens, 2008, cité dans Hyppolite, 2012).

Si tout un chacun peut décéder d'une surdose, ce n'est pas tous les individus qui en décèdent. Ceux qui finiront par en décéder sont touchés par diverses formes de vulnérabilités, conditionnées par les inégalités sociales. Nos résultats témoignent notamment du poids du statut social et socioéconomique dans la trajectoire de vie des personnes décédées de surdose. Leurs conditions de vie matérielles et sociales étaient caractérisées par des situations d'isolement social, d'itinérance, d'instabilité en matière d'emploi, de précarité économique, de pauvreté et de démêlés avec la justice. Ces conditions étaient souvent en interaction avec des événements significatifs comme des deuils, des ruptures amoureuses, des accidents

² L'ECI de 2017 se fondait sur un échantillon de personnes qui ont déclaré une difficulté ou condition à long terme à la question sur les activités de la vie quotidienne du questionnaire détaillé du Recensement de 2016, et qui étaient âgées de 15 ans et plus le jour du recensement, soit le 10 mai 2016.

laissant des séquelles, des tentatives de suicide par le passé, des antécédents de surdoses ou encore des périodes de transition critique.

Les conditions sociales et économiques des personnes décédées révélées par notre analyse sont façonnées par le contexte social, économique, politique et culturel d'où les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé tirent leur source (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006). Ces liens sont rarement discutés sur la place publique, les surdoses n'étant généralement pas abordées sous l'angle de leur construction sociale (Cruts, 2000; Dasgupta et al., 2018; Origer, 2016; Virani et Haines-Saah, 2020). Il a pourtant été démontré que la dépression et d'autres conditions associées à la consommation d'opioïdes sont surreprésentées dans les communautés moins fortunées (Dasgupta et al., 2018), que les personnes issues de milieux moins favorisés occupent souvent des emplois difficiles physiquement, n'ont souvent pas d'assurance maladie complémentaire et sont plus à risque de souffrir de douleurs chroniques et de recevoir des soins de moindre qualité (Dasgupta et al., 2018; Thombs et al., 2020). Il est connu aussi que le manque de continuité entre les services risque de vulnérabiliser certains individus. C'est le cas lors de périodes transitoires comme à la sortie de prison, où le risque de surdose est plus élevé (Barocas et al., 2019; Merrall et al., 2010).

La littérature nous apprend aussi que les stratificateurs sociaux que sont le statut socioéconomique, l'identification à un peuple autochtone, le lieu de résidence et l'appartenance à un groupe de la population marqué par l'origine culturelle ou raciale, l'état de santé (fonctionnel ou non), l'orientation sexuelle, l'âge et le statut migratoire risquent de contribuer largement, quoiqu'indirectement, au phénomène des surdoses (Dasgupta et al., 2018; Kolla et Strike, 2019; Saloner et al., 2018; Strike et Watson, 2019; Thombs et al., 2020; Virani et Haines-Saah, 2020). Bien que nos résultats démontrent que le statut social et socioéconomique des personnes décédées a pu être significatif, la constitution des rapports de coroner ne permet toutefois pas de capter l'influence jouée par l'ensemble de ces stratificateurs sociaux.

Processus sociaux, déterminants sociaux de la santé et surdoses

Le contexte social et économique, composé des politiques sociales, légales, économiques et de santé ainsi que des valeurs et normes sociétales en vigueur, influence les relations entre les institutions et les personnes UD (Hyppolite, 2012; Saloner et al., 2018). Dans les systèmes de santé, un langage dégradant et inapproprié, un manque d'empathie et une motivation moindre à répondre aux besoins des personnes sont des signes d'une stigmatisation structurelle perpétuant les inégalités sociales au désavantage des personnes UD (ASPC, 2019, p. 28; Knaak et al., 2020). Les maux de santé vécus en parallèle se voient fréquemment interprétés sous le prisme dominant de la dépendance, influençant inévitablement l'expérience des soins et la qualité des suivis (Knaak et al., 2020; ASPC, 2019). Cela a été démontré chez les personnes considérées dépendantes et souffrant de douleur (Dassieu et al., 2019). Celles-ci peuvent se tourner vers des sources alternatives d'approvisionnement, une situation discutable les mettant à risque de surdose (Dassieu et al., 2019). Sans que la stigmatisation ait été

systématiquement relevée, les extraits cités dans nos résultats reflètent un contrôle social (McNeil, 2021), où l'écart de la norme a pu mener à une rupture dans les services. De telles expériences ont des conséquences sur les engagements futurs auprès de services formels de santé et de soutien (Chan Carusone et al., 2019; Virani et Haines-Saah, 2020) et exposent les individus à de plus grands risques pour leur santé due aux inégalités socialement construites (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006).

Nos résultats démontrent qu'un nombre important d'individus appellent un proche plutôt que les services d'urgences lorsqu'ils trouvent une personne en état de surdose. Malheureusement, les données ne permettent pas d'en comprendre les raisons. Cela peut refléter une méfiance envers les autorités, une crainte d'être judiciairisé ou le fait de se savoir en bris de condition, ce que la protection juridique offerte par la Loi des bons samaritains ne couvre pas (Gouvernement du Canada, 2021). Les limites de la protection juridique offerte par la Loi en lien avec les surdoses sont aussi soulignées dans la littérature. À titre d'exemple, Kolla et Strike (2019) rappellent que les témoins de surdoses contactant les services d'urgences risquent encore l'éviction de leur logement dans certaines juridictions canadiennes, et ce, malgré les changements législatifs. Il y a également un manque de soutien pour les personnes agissant à titre de pairs aidants en ce qui concerne les traumatismes et les deuils associés à leurs interventions en situation de surdose (Kolla et Strike, 2019). Or, si les contextes d'utilisation et la consommation de substances sont influencés par des facteurs structurels (Saloner et al., 2018), nous considérons que les interventions en situation de surdose et les contextes entourant celles-ci le sont tout autant (Kolla et Strike, 2019).

Relation des personnes avec les intervenants

Le nombre élevé de personnes décédées dont le problème de consommation était connu de différents services sociaux et de santé, en raison notamment de tentatives de suicide ou de surdoses antérieures, ainsi que la prévalence des conditions de santé physique et mentale adverses, sont des résultats préoccupants. Cela nous questionne sur la prise en charge par le RSSS des problèmes variés que rencontrent les personnes. L'étude de Huynh et al. (2020) démontre que les rencontres ambulatoires avec un médecin omnipraticien en 2016-2017 pour des raisons de santé mentale étaient plus fréquentes que les hospitalisations, les visites à l'urgence ou les visites en psychiatrie ambulatoire, chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances. Selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec (Lesage et Émond, 2012), en ce qui concerne les troubles mentaux, ce sont les médecins omnipraticiens en rencontres ambulatoires qui sont les plus consultés pour tout ce qui relève des troubles anxiodépressifs. La consultation de médecins psychiatres en externe et le recours aux hospitalisations auraient tendance à être plus importants pour les troubles liés à la schizophrénie. En outre, nous avons observé une représentation importante des médecins dans les parcours de soins des personnes décédées par surdose, comparativement à d'autres intervenants dont le mandat est habituellement psychosocial. Sans nier l'importance des médecins dans le continuum des soins, et tout en se rappelant que cette

prépondérance peut en partie s'expliquer par des enjeux méthodologiques de collectes de données par les coroners lors de leur investigation, cela demeure préoccupant.

À la lumière de la diversité des vécus évoqués dans les rapports et de la prévalence élevée de certaines conditions de santé résultant d'écart socialement construits, injustes et évitables, nous émettons l'hypothèse qu'une action de santé publique visant à réduire les surdoses doit miser sur une compréhension globale du phénomène et mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Le faible taux d'interventions psychosociales retrouvées dans les rapports est préoccupant sachant qu'une approche biomédicale de la santé intègre peu ou pas les dimensions structurelles sociales et économiques impactant les conditions de vie des personnes (Dasgupta et al., 2018).

Pour une analyse dépassant le spectre de la substance et du comportement individuel

Nous avons constaté qu'une même substance pouvait être qualifiée tantôt de «drogue d'abus», tantôt de médicament, selon l'évaluation de la situation. Cette tentative de différencier un bon usage d'un mauvais est stigmatisante (Désy et Filiatrault, 2018), puisqu'elle renvoie à l'idée de bons et de mauvais utilisateurs. Elle est aussi réductrice, sachant que les gens peuvent consommer des substances pour une diversité de motifs. Comme ces intentions diverses face à la substance peuvent être associées à une difficulté de prise en charge médicale de la douleur ou à d'autres raisons (Dassieu et Roy, 2020), l'accent sur la personne et son comportement fait obstacle à une représentation complète de l'ensemble des facteurs, sociaux, politiques, culturels et économiques en cause (McNeil, 2021). La polyintoxication peut aussi refléter l'état de déterminants sociaux de la santé modifiables, comme l'accès aux services en santé mentale ou le fait de vivre de l'itinérance (Barocas et al., 2019).

De multiples voies restent à explorer

La crise des surdoses pourrait malheureusement être une des formes d'expression de l'accroissement des inégalités sociales et de santé, productrices de souffrance et de vulnérabilité à laquelle carburent les drogues de toutes sortes et leurs fournisseurs (Commission globale de politique en matière de drogues [CGPMD], 2017; Dasgupta et al., 2018; Origer, 2016). La mise en place d'un système de surveillance des surdoses à partir de divers indicateurs serait pertinente. Les rapports de coroner pourraient inclure des données sur les stratificateurs sociaux pour comprendre et clarifier l'impact des déterminants sociaux de la santé. Notre travail appuie l'hypothèse que les surdoses n'affectent pas que des personnes marginalisées, elles touchent aussi des travailleurs, des chômeurs et des retraités, souffrant parfois de maux physiques ou d'enjeux psychologiques. Une étude approfondie à partir de l'approche des parcours de vie et des effets cumulatifs des inégalités sociales en interaction avec l'usage de substances menant à une surdose serait pertinente (Quesnel-Vallée, 2008).

Comme nos résultats démontrent que les surdoses surviennent tant dans les grands centres que dans les régions, il faut défaire le stéréotype voulant qu'elles touchent seulement les personnes «toxicomanes» des centres-villes. Cela permettrait de développer des stratégies d'interventions adaptées à la réalité, dont celle des régions encore méconnue et peu documentée. En s'inspirant du modèle écologique de Saloner et al. (2018), il serait possible de tenir compte du contexte social, économique et politique propre aux régions et de son influence sur les disparités sociales et de santé en présence, du type de services et de ressources disponibles, des contextes d'utilisations (comme la présence ou non de services de réduction des méfaits), des comportements de consommation et de la survenue de surdoses sur leur territoire.

La surreprésentation des femmes dans la quasi-totalité des conditions de santé adverses, physiques et mentales, et leur âge plus avancé au moment du décès sont aussi des données préoccupantes. On peut penser que les femmes, bien qu'elles décèdent moins de surdose, sont inégalement touchées par des conditions de santé physique et mentale adverses, les rendant plus susceptibles de vivre des moments difficiles, les menant à une tentative de suicide ou à une surdose. Une approche axée sur les parcours de vie permettrait de mieux comprendre et d'expliquer ces différences notables. Une analyse différenciée dans une visée d'égalité entre les sexes devrait dépasser l'indicateur quantitatif du nombre de surdoses.

Limites et forces de la recherche

Notre recherche comporte plusieurs limites. Les rapports de coroners ne sont pas uniformes et ne contiennent que la synthèse de l'investigation. Des enjeux liés à la collecte des données des coroners peuvent aussi biaiser nos résultats. Par exemple, lors de leur investigation, les données obtenues auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec peuvent systématiquement leur donner accès à certaines informations et non à d'autres, bien que pertinentes. Les données qu'ils présentent sont donc à interpréter avec prudence et toute tentative de généralisation de nos résultats devrait tenir compte de ces limites. De plus, les rapports analysés datant de 2017, la démarche devrait se poursuivre afin de capter les tendances sur le moyen et le long terme. Enfin, une lacune majeure est l'absence du point de vue des personnes UD elles-mêmes. Nous n'avons donc pas pu offrir une représentation complète, comme le fait qu'elles développent plusieurs stratégies contre la stigmatisation dans les soins de santé (Biancarelli et al., 2019) ou qu'elles participent socialement et influencent positivement leur communauté (Boucher et al., 2017). Les résultats ressortant de notre analyse sont préoccupants et rejoignent la littérature sur le sujet, justifiant d'aborder la crise à partir des déterminants sociaux de la santé. Enfin, une force de la recherche est la collaboration développée entre les chercheurs et le comité consultatif.

Conclusion

Les rapports des coroners sont une source importante d'information encore méconnue. À partir des résultats présentés, plusieurs pistes d'actions ressortent. Quant à la prévention, les acteurs du milieu œuvrant auprès des personnes à risque de surdose et déployant des efforts importants méritent d'être entendus. Ce travail de première ligne permet de sauver des vies au quotidien et doit se poursuivre et se consolider. Sans négliger les enjeux autour des substances, il importe d'analyser les divers facteurs contribuant aux surdoses dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Les surdoses ne frappent pas que les personnes « toxicomanes » ou en situation d'itinérance comme le veulent encore certains préjugés. Une construction sociale des morts attribuées à la drogue tend à masquer les enjeux socioéconomiques sous-jacents.

L'implication d'acteurs de la société au sens large dans la lutte aux surdoses n'a jamais semblé aussi nécessaire qu'avec l'augmentation des surdoses durant la COVID-19 (ASPC, 2022). L'accroissement des inégalités dû à la pandémie oblige à une réflexion approfondie sur plusieurs aspects de notre société. Nous devrions saisir cette occasion pour mettre sur pied une stratégie permettant de s'attaquer à cette crise dans une perspective de santé et de mieux-être global.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2022, juin). *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*.
<https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019, décembre). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Lutte contre la stigmatisation vers un système de santé plus inclusif*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Barocas, J. A., Wang, J., Marshall, B., LaRochelle, M. R., Bettano, A., Bernson, D., Beckwith, C. G., Linas, B. P. et Walley, A. Y. (2019). Sociodemographic factors and social determinants associated with toxicology confirmed polysubstance opioid-related deaths. *Drug and alcohol dependence*, 200, 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.014>
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R. et Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and alcohol dependence*, 198, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>
- Boucher, L.M., Marshall, Z., Martin, A., Larose-Hébert, K., Flynn, J.V., Lalonde, C., Pineau, D., Bigelow, J., Rose, T., Chase, R., Tyndall, M. et Kendall, C. (2017). Expanding conceptualizations of harm reduction: results from a qualitative community-based participatory research study with people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 14(18). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0145-2>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., H. Tan, D., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R. et Strike, C. (2019). « Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care? » – hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(16). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Charbonneau, P. et Provencher, C. (2019, 30 septembre). *La population du Canada, 1^{er} juillet 2019 (publication n° 11-627-M)*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2019061-fra.pdf?st=zLCrXo5I>
- Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S. et Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. Dans K. Frolich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10016>
- Commission globale de politique en matière de drogues. (2017). *La crise des opioïdes en Amérique du Nord : prise de position*. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP-OpioidPaper2017_FR-web.pdf
- Cruts, A. A. N. (2000). The social construction of drug-related death. *International Journal of Drug Policy*, 11(6), 381-385. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(00\)00063-3](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(00)00063-3)
- Dasgupta, N., Beletsky, L. et Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis : No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health*, 108(2), 182-186. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187>

- Dassieu, L., Kaboré, J.-L., Choinière, M., Arruda, N. et Roy, É. (2019). Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. *International Journal of Drug Policy*, 71, 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023>
- Dassieu, L. et Roy, É. (2020). La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques. *Drogues, santé et société*, 18 (1), 69-99. <https://doi.org/10.7202/1068818ar>
- Désy, M. et Filiatrault, F. (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION – Mise à jour 2018*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (s.d.). *Problèmes de santé*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante>
- Gouvernement du Canada. (2021, 12 juillet). *À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_pschoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf
- Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique. https://www.ciussc-capitalemontreal.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/rapportiss_versionintegrale.pdf
- Knaak, S., Livingston, J., Stuart, H. et Ungar, T. (2020). *Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*. Commission de la santé mentale du Canada. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2020/07/structural_stigma_framework_for_action_fr.pdf
- Kolla, G. et Strike, C. (2019). « It's too much, I'm getting really tired of it » : Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings. *International Journal of Drug Policy*, 74, 127135. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.012>
- Lecours, C., Labrie, M.-P. et Ouellet, N. (2015). Inégalités sociales de santé au Québec : prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques selon l'âge et le niveau de défavorisation en 2010-2011. *Canadian Public Policy, Analyse de politiques*, 41(2), pp. S34-S43. <http://www.jstor.org/stable/43697465>
- Lesage, A et Émond, V. (2012, décembre). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortalprofilutiliservices.pdf

- Martins, S. S., Sampson, L., Cerdá, M. et Galea, S. (2015). Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature. *American journal of public health*, 105(11), e29–e49. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302843>
- McNeil, S.R. (2021). Understanding Substance Use Stigma. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 83-96. [doi: 10.1080/1533256x.2021.1890904](https://doi.org/10.1080/1533256x.2021.1890904)
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I.A., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S.J. et Bird, S.M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105, 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives : parce que chaque vie compte*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003429/?&date=DESC>
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49. <https://doi.org/10.7202/1020820ar>
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
- Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales : Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*. Academia l'Harmattan.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Parent, A. et Bourque, D. (2016). La contribution des travailleurs sociaux à la réduction des inégalités sociales de santé. *Intervention*, 143, 5-14. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_la_contribution_des_ts.pdf
- Quesnel-Vallée, A. (2008). L'approche des parcours de vie. Dans K. Frolich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10010>
- Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2020). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Tech University Faculty of Health Sciences and Toronto: York University School of Health Policy and Management. https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf
- Saloner, B., McGinty, E. E., Beletsky, L., Bluthenthal, R., Beyrer, C., Botticelli, M. et Sherman, S. G. (2018). A Public Health Strategy for the Opioid Crisis. *Public Health Reports*, 133(1_suppl), 24S-34S. <https://doi.org/10.1177/0033354918793627>
- Solar, O. et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Statistique Canada. (2019, 3 décembre). *Les Canadiens ayant une incapacité liée à la douleur* (publication no 11-627-M). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2019078-fra.pdf?st=VITN4tUR>

Strike, C. et Watson, T. M. (2019). Losing the uphill battle? Emergent harm reduction interventions and barriers during the opioid overdose crisis in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 71, 178182. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.005>

Tam, T.(2018). Constituer un ensemble de données probantes au service d'une action soutenue en santé publique en réponse à la crise des opioïdes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 38(6), 251-253. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.01f>

Thombs, R. P, Thombs, D. L., Jorgenson, A. K. et Harris Braswell, T. (2020). What Is Driving the Drug Overdose Epidemic in the United States? *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 275289. <https://doi.org/10.1177/0022146520939514>

Virani, H. N. et Haines-Saah, R. J. (2020). Drug decriminalization: A matter of justice and equity, not just health. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(1), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.08.012>

Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf



Drogues et violence chez les adolescents et les adolescentes d'écoles secondaires québécoises

Elisabeth Lacharité-Young, étudiante au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), assistante de recherche, département de psychoéducation de l'UQTR

Natacha Brunelle, Ph. D., professeure, département de psychoéducation, UQTR, chercheuse, Recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ), Centre international de criminologie comparée et Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (IUD)

Danielle Leclerc, Ph. D., professeure, département de psychoéducation, UQTR, chercheuse, Groupe de recherche sur la sécurité et la violence dans les écoles québécoises (SÉVEQ)

Michel Rousseau, Ph. D., professeur, département de psychoéducation, UQTR, chercheur, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Joël Tremblay, Ph. D., professeur, département de psychoéducation, UQTR, chercheur, Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et codirecteur, Groupe de Recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ)

Magali Dufour, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke, chercheuse, groupe HERMES – Habitudes de vie Et Recherches Multidisciplinaires : virtualité et jeu et à l'IUD

Correspondance

Natacha Brunelle, Ph. D.
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7.
Tel : (819) 376-5011 poste 4012
Courriel : natacha.brunelle@uqtr.ca

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et *(RÉ)SO 16-35* pour leur soutien financier : bourse de rédaction octroyée pour cet article et bourse de doctorat.

Résumé

L'adolescence constitue une période propice à l'adoption de conduites déviantes. La consommation de substances psychoactives (SPA) et la délinquance figurent parmi ces conduites. Qu'il s'agisse de délinquance lucrative ou violente, cette conduite entretient des relations complexes avec la consommation. Cette étude vise à documenter les habitudes de consommation et la délinquance violente chez des jeunes d'une population scolaire. Il a aussi pour objectif de vérifier si la vente de drogue et le type de SPA consommées permettent de prédire l'appartenance à un groupe ayant commis ou non des délits violents. Enfin, il vise à vérifier le rôle modérateur du sexe et de l'impulsivité dans les relations drogue-violence. Un questionnaire sur les habitudes de consommation (DEP-ADO), un sur la délinquance (MASPAQ) et un autre sur le niveau d'impulsivité (version abrégée d'Eysenck) ont été administrés en 2014 à 1 440 jeunes âgés de 15 à 18 ans. Les résultats montrent que les jeunes qui ont vendu de la drogue étaient plus à risque d'avoir commis des délits violents que les jeunes ne s'adonnant pas à cette pratique. Le type de SPA consommées tendrait aussi à être associé à la commission de délits violents, les consommateurs à la fois d'alcool et de cannabis ainsi que les polyconsommateurs étant plus susceptibles d'avoir commis des délits violents que les non-consommateurs. Les effets d'interactions du sexe et de l'impulsivité sont absents.

Mots-clés: consommation de substances psychoactives, délinquance, violence, vente de drogues, adolescence, milieu scolaire

Drugs and Violence Among High School Adolescents

Abstract

Adolescence is a period that is conducive to the adoption of deviant behaviors, including psychoactive substance use and delinquency. Whether the delinquency is lucrative or violent, this behavior has complex relationships with substance use. This study aimed to document substance use habits and delinquency among boys and girls of this high school sample. The objective was also to verify the influence of selling drugs and the type of substance used on violent crime perpetration. Finally, the goal was to verify the moderating role of sex and impulsivity in drug-violence relationships. One questionnaire on substance use habits (DEP-ADO), one on delinquency (MASPAQ), and another on impulsivity levels (Eysenck's short version) were administered in 2014 to 1,440 youth aged 15 to 18 years. The results showed that selling drugs tending to predict the perpetration of violent crimes. The type of substance used tending to predict the perpetration of violent crimes too; alcohol and cannabis users as well as polydrug users were more likely than non-users to have committed violent crimes. Effects of sex and impulsivity interactions were not found.

Keywords: psychoactive substance use, delinquency, adolescence, violence, drug sale, school

Drogas y violencia entre los y las adolescentes de las escuelas secundarias quebequenses.

Resumen

La adolescencia constituye un período propicio para la adopción de conductas desviadas. El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la delincuencia figuran entre estas conductas. Ya se trate de la delincuencia lucrativa o violenta, esta conducta mantiene relaciones complejas con el consumo. Este estudio apunta a documentar los hábitos de consumo y la delincuencia violenta entre los jóvenes de una población escolar. Tiene también como objetivo verificar si el tipo de SPA consumida permite predecir la pertenencia a un grupo que haya cometido o no delitos no violentos. Finalmente, busca verificar el papel moderador del sexo y de la impulsividad en las relaciones droga-violencia. En el 2014 se administró a 1440 jóvenes de 15 a 18 años un cuestionario sobre los hábitos de consumo (DEP-ADO), sobre la delincuencia (MASPAQ) y otro sobre el nivel de la impulsividad (versión abreviada de Eyseneck). Los resultados indican que los jóvenes que habían vendido droga corrían más riesgos de haber cometido delitos violentos que los jóvenes que no lo habían hecho. El tipo de SPA consumido tendería también a estar asociado con la comisión de delitos violentos, siendo los consumidores de alcohol y cannabis juntos y los policonsumidores más susceptibles de haber cometido delitos violentos que los no consumidores. Los efectos de las interacciones del sexo y la impulsividad están ausentes.

Palabras clave: consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, violencia, venta de drogas, adolescencia, medio escolar

Les médias et la population pointent souvent du doigt les consommateurs de drogues pour les événements regrettables qui surviennent dans notre société, particulièrement ceux impliquant de la violence. Bien que ça ne soit pas la majorité, il est vrai que certains adolescents consomment des drogues et adoptent des comportements délinquants, dont ceux violents (Brochu et al., 2016; Tomlinson et al., 2016).

Les impacts que pourraient avoir la consommation et la violence dans la vie des jeunes ont suscité l'intérêt des auteurs pour conduire cette étude. Pensons aux risques de judiciarisation et de stigmatisation plus importants, lesquels peuvent entraîner des problèmes interpersonnels et d'employabilité, pour ne citer que ceux-ci (Abrah, 2019; Bérard, 2015).

Contexte

La dernière enquête de Santé Canada sur le tabac, l'alcool et les drogues réalisée en 2018-2019 montre que la substance la plus consommée par les élèves canadiens de la première à la cinquième secondaire est l'alcool, 44,1 % d'entre eux en ayant consommé dans la dernière année. Le cannabis représentait la SPA illégale la plus populaire auprès de ceux-ci, 18,1 % rapportant en avoir consommé¹. Enfin, une proportion de 5,2% de ces jeunes auraient consommé d'autres drogues (amphétamines, MDMA, hallucinogènes, héroïne et cocaïne) (Santé Canada, 2019).

Bien que les délits commis par les jeunes représentent habituellement des infractions mineures (Moreau, 2019)², les délits violents figurent parmi les conduites pouvant être adoptées par ceux-ci (Cazale, 2014; Ouimet, 2015). La dernière étude publiée de Statistique Canada (Moreau, 2019) menée auprès de jeunes ayant été accusés d'avoir commis³ au moins une infraction au Code criminel en 2018 et étant âgés de 12 à 17 ans inclusivement révèle que, parmi ceux-ci (80 189), 31 463 (39,0%) auraient été soupçonnés d'avoir commis des crimes violents. Les voies de fait simples et les menaces constituaient les infractions les plus commises par ces jeunes (Moreau, 2019).

Liens drogue et délinquance violente

Plusieurs études observent que les jeunes consommateurs commettent davantage de délits que les non-consommateurs (Bennett et al., 2008; Melotti et Passini, 2018). Aussi, les

¹ Bien que le cannabis soit légal depuis le 17 octobre 2018 au Canada pour les personnes âgées de 21 ans et plus, cette substance était toujours considérée comme étant illégale au moment de réaliser l'étude et elle demeure illégale pour les adolescents (population visée par notre étude) encore aujourd'hui.

² Les délits lucratifs font l'objet d'un premier article des auteurs (Lacharité-Young, E., Brunelle, N., Rousseau, M., Bourgault Bouthillier, I., Leclerc, D., Cousineau, M. M., ... Dufour, M. (2017). Liens drogue-délinquance lucrative chez les adolescents. *Criminologie*, 50(1), 263-285.)

³ Comprend les jeunes inculpés ou contre lesquels la police a recommandé de porter une accusation et ceux qui ont fait l'objet d'une mesure ou d'une sanction extrajudiciaire.

délits commis seraient de plus en plus graves à mesure que la consommation s'intensifierait (Brochu et al., 2010; DeLisi et al., 2015). Une étude réalisée en 2000 auprès d'étudiants américains de septième, neuvième et onzième année ayant pris part à l'étude longitudinale *Toledo Adolescent Relationships Study* (TARS) révèle que le fait d'avoir consommé au moins une fois au cours de la dernière année (toutes SPA confondues) augmenterait le risque de violence et de port d'arme d'environ 8,0 % (Seffrin et Domahidi, 2014).

Dans la dernière moitié du XX^e siècle, des auteurs ont tenté de comprendre l'origine des liens drogue-délinquance (Goldstein, 1985, 1987; Salas-Wright et al., 2016). L'analyse des écrits permet de distinguer deux grandes conceptions de ces liens, notamment ceux entre drogue et délits violents. La première conception porte sur les éléments proximaux pouvant expliquer le fait que certains consommateurs ou vendeurs de drogues s'impliquent dans la délinquance violente et la deuxième renvoie aux éléments distaux qui seraient liés à l'adoption cooccurrence de ces conduites (Brochu et al., 2016; Skara et al., 2008).

Les éléments proximaux

Les auteurs qui s'intéressent aux éléments proximaux s'appuient sur une conception causale, tendant à expliquer une conduite par un élément qui la précède. Plus spécifiquement, le fait de vendre de la drogue ou d'en consommer expliquerait la commission de délits violents.

La vente de drogue

Pour expliquer les liens drogue-violence, certains auteurs mettent de l'avant le fait que l'implication dans le système de distribution et de vente de drogues occasionne des comportements violents chez plusieurs individus (DeLisi et al., 2015; Seffrin et Domahidi, 2014; Shook et al., 2013). Considérant que le contexte illégal d'approvisionnement et de distribution des drogues entraîne souvent une utilisation de la violence comme stratégie de gestion pour l'acheteur ou le vendeur, il n'est pas surprenant que les individus qui vendent des drogues soient plus susceptibles de commettre des délits violents (Brochu et al., 2010; Shook et al., 2013). La violence est utilisée par les trafiquants ou les vendeurs afin de recouvrer des dettes, protéger la drogue ou le butin de vente par exemple (Jacques et al., 2014). Il s'agit du modèle explicatif systémique (Goldstein, 1985, 1987).

Peu d'études réalisées auprès des jeunes permettent de démontrer le modèle systémique (Begle et al., 2011; Seffrin et Domahidi, 2014). Le fait de vendre la drogue augmenterait le risque de bataille (Shook et al., 2013), de violence sérieuse (Seffrin et Domahidi, 2014; Shook et al., 2013) et de port d'arme (Seffrin et Domahidi, 2014; Shook et al., 2013) chez des jeunes Américains.

L'étude de Brochu et ses collaborateurs (2010) réalisée au Québec auprès de garçons montréalais âgés de 14 à 18 ans admis en centre jeunesse montre que 31,0 % des contrevenants rapportaient que le geste le plus violent de leur vie avait été commis en lien avec une transaction illégale de drogues principalement. Mais il est aussi possible que les personnes commettant des actes violents dans le contexte de la vente de drogue aient aussi été intoxiquées au moment de commettre leur délit (Brochu et al., 2016).

La consommation

Une autre explication des liens drogue-violence va dans le sens que l'intoxication à des SPA, au moment de commettre des délits violents, peut en être la cause, correspondant au modèle explicatif psychopharmacologique (Goldstein, 1985, 1987).

Au-delà de ce modèle, plusieurs auteurs affirment que certaines SPA possèderaient des propriétés psychoactives qui agiraient sur le fonctionnement de l'individu (Rothman et al., 2012; Sutherland et al., 2015). Selon le type de substances qu'il consomme, un individu serait plus ou moins à risque de commettre des délits violents (DeLisi et al., 2015; Stoddard et al., 2015). L'alcool (Brochu et al., 2016; Stoddard et al., 2015) et les stimulants comme la cocaïne (Chermack et al., 2010; Moore et al., 2008) seraient les substances les plus souvent consommées au moment de commettre un délit violent. L'effet combiné des drogues pourrait aussi contribuer à expliquer les conduites violentes (Brochu et al., 2016).

Peu d'études récentes réalisées auprès des jeunes permettent de soutenir l'explication psychopharmacologique. Les résultats de l'étude de Brochu et ses collaborateurs (2010) montrent qu'au moment de commettre le geste le plus violent de leur vie, la majorité des jeunes Montréalais (67,1 %) ont déclaré qu'ils étaient sous l'influence d'au moins une drogue. Plus précisément, 27,4 % avaient consommé de l'alcool et du cannabis, 5,4 % de l'alcool et d'autres SPA et 11,4 % du cannabis et d'autres SPA. Certains Montréalais avaient plutôt consommé une seule SPA, soit de l'alcool (17,7 %), du cannabis (25,7 %), du crack/ de la cocaïne (6,2 %), des hallucinogènes (4,4 %) et des amphétamines (1,8 %) (Brochu et al., 2010). Des enjeux méthodologiques permettent difficilement d'évoquer avec certitude que la personne était intoxiquée au moment de commettre son délit violent. Le recours aux sondages autorapportés est souvent utilisé et peut soulever le désir de déresponsabilisation ainsi qu'une désirabilité sociale (Delaney-Black et al., 2010; Sharma et al., 2016). Il devient difficile aussi de savoir si ce sont plutôt les attentes et les croyances des consommateurs à l'égard des effets des substances qui entraînent certains de leurs comportements (Brochu et al., 2016; Tremblay et al., 2007).

La majorité des études qui abordent les questions de consommation et de délinquance ne comportent pas de question spécifique sur l'intoxication au moment de la commission du délit. Néanmoins, plusieurs d'entre elles montrent que le fait d'être un consommateur constitue un facteur de risque de la délinquance (Le Blanc, 2010a; Vitaro et al., 2007). Ces

études sont toutefois menées majoritairement auprès de garçons délinquants ou en centre de réadaptation en dépendance. Également, elles distinguent rarement le type de délinquance ou de substances consommées, ce qui pourrait être utile dans une optique de prévention auprès des jeunes.

Les éléments distaux

Il est difficile de relier la consommation à la délinquance violente à l'aide d'une explication causale seulement. Cette conception tend à ne pas considérer que la personne peut être influencée par divers facteurs biopsychosociaux. Pour pallier à cela, des chercheurs en sont venus à s'intéresser aux éléments distaux généralement présents chez les individus dépendants aux drogues et violents (Haug et al., 2014; Monahan et al., 2014).

Cette conception serait en lien avec un syndrome général de déviance qui stipule que l'implication dans des comportements problématiques augmenterait les chances d'adopter d'autres comportements déviants qui seraient concomitants entre eux et qui représenteraient des manifestations reliées à la présence de facteurs de risque communs au cours du développement. Ces facteurs de risque contribueraient à prédisposer les individus à adopter des comportements déviants, dont la consommation et la délinquance (Corwyn et Benda, 2002; Le Blanc, 2010a). En lien avec cette théorie, des auteurs montrent que les conduites déviantes peuvent s'expliquer par un déséquilibre entre facteurs de risque et protection. Plusieurs facteurs sont étudiés dans la littérature (ex. : hérédité, condition de vie), mais peu d'études ont vérifié leur relation avec les liens drogue-violence, la majorité s'intéressant à leur relation avec diverses conduites prises séparément. Parmi les facteurs étudiés, les facteurs biologiques (ex. : sexe, hérédité), les facteurs psychologiques (ex. : troubles de la personnalité, niveau d'impulsivité), les facteurs contextuels (ex. : affiliation aux pairs, milieu familial) et les facteurs sociaux (ex. : revenu, conditions de vie) sont retrouvés (Bennett et al., 2008; Buu et al., 2009; Castellanos-Ryan et al., 2013; Farrington et al., 2012). Toutefois, dans le cadre du présent article, il a été choisi de s'intéresser plus spécifiquement au sexe et au niveau d'impulsivité puisque ces facteurs sont considérés comme étant importants dans la littérature et qu'ils ont été documentés dans l'étude plus large dont l'article est issu.

En somme, la conception distale se veut plus englobante que celle proximale. Elle se rapproche de la loi de l'effet qui est importante pour comprendre les situations impliquant drogue et délinquance, tenant compte d'éléments en lien avec la substance (ex. : la quantité), l'individu (ex. : le tempérament) et le contexte (ex. : l'endroit) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Dans un souci de prévention, il apparaît pertinent de s'attarder aux facteurs distaux.

Sexe

Parmi les facteurs de risque communs à la consommation et à la violence se trouve le fait d'être un garçon. Ceux-ci seraient plus à risque que les filles de faire usage d'alcool et de consommer ce produit en plus grande quantité, et ce, tant au cours de l'adolescence qu'à l'âge adulte (Fothergill et Ensminger, 2006). Les garçons seraient plus nombreux que les filles à consommer du cannabis et des drogues illégales (Laprise et al., 2012) et le feraient plus fréquemment (Johnston et al., 2010). Ils seraient aussi plus nombreux que les filles à manifester des problèmes de consommation en émergence ou déjà évidents (Laprise et al., 2012). Aussi, les facteurs de risque et de protection associés à la consommation de SPA différencieraient en fonction du sexe (Kulis et al., 2010; Parsai et al., 2009). Par exemple, le fait de prendre les repas quotidiennement avec la famille représenterait un facteur de protection pour la consommation d'alcool des adolescentes (Fisher et al., 2007), alors que le fait de présenter une estime de soi élevée quant à la socialisation serait associé à un plus grand risque de débiter un usage d'alcool chez celles-ci. Pour les garçons, c'est plutôt le fait de présenter une estime de soi élevée en lien avec la pratique des sports qui serait associé à un risque plus élevé de commencer à consommer de l'alcool (Fisher et al., 2007). Concernant la délinquance, les garçons seraient plus nombreux à commettre des délits (Brennan, 2012; Lucia et Jaquier, 2012) et à être traduits en justice (Dauvergne, 2013). Également, ils débuteraient leur délinquance plus précocement que les filles (Gimenez et al., 2005), mais celles-ci montreraient toutefois une délinquance qui évolue plus rapidement que celle des garçons. Notamment, la violence atteindrait son apogée à un plus jeune âge chez les jeunes délinquantes que chez les jeunes délinquants et la désistance surviendrait de façon plus rapide chez celles-ci (Elliott, 2006). Enfin, les délits commis par les garçons seraient plus graves (Ouimet, 2015) et violents (Lucia et Jaquier, 2012).

Impulsivité

Un autre facteur de risque commun à la consommation et à la violence constitue le fait de présenter un niveau d'impulsivité élevé. La majorité des études s'y intéressant sont toutefois composées d'échantillons masculins. Bien qu'il existe plusieurs définitions de l'impulsivité, celle de S. B. Eysenck et Zuckerman (1978) sera utilisée. Ces derniers décrivent l'impulsivité comme étant un trait de personnalité pouvant s'observer par une tendance à agir sans anticiper l'impact de ses actions (Patton et al., 1995) ou par un engagement dans des conduites à risque (Shamosh et al., 2008). Le niveau d'impulsivité représenterait un facteur important pour l'initiation et la sévérité de la consommation chez les adolescents (Gullo et Dawe, 2008; Quinn et Harden, 2013), mais également en ce qui a trait à la prédiction de l'évolution de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez ces derniers (Quinn et Harden, 2013). De fait, de nombreux auteurs ont observé que les jeunes qui présentaient une consommation de SPA plus problématique montraient des niveaux d'impulsivité plus élevés, comparativement à leurs pairs qui en faisaient un usage moins problématique (Martínez-Loredo et al.,

2015 ; Stautz et Cooper, 2013;). L'impulsivité aurait aussi une influence sur le développement de problèmes de comportement, de délinquance et d'agression (Maneiro et al., 2017 ; Zhou et al., 2014). D'ailleurs, il serait possible de différencier les délinquants juvéniles violents de ceux présentant une délinquance non violente en fonction de leur niveau d'impulsivité, ceux étant violents montrant des niveaux plus élevés d'impulsivité (Chan et Chui, 2012).

Constats

Bien que de nombreuses études portent sur l'explication des liens drogue-violence, peu de recherches récentes ont été menées auprès des jeunes du Québec. La majorité des écrits scientifiques sur ce thème ont été réalisés auprès d'adultes aux États-Unis. Les liens entre la consommation et la délinquance ont été particulièrement étudiés auprès d'échantillons de garçons judiciairisés ou en traitement de la toxicomanie, alors que les jeunes de la population générale, et surtout les filles, étaient souvent mises de côté. Aussi, la plupart des études ne distinguent pas les types de substances consommées et de délinquance. (Lacharité-Young et al., 2017). Enfin, les différents facteurs proximaux et distaux sont rarement abordés dans une même étude. Un apport est donc de considérer ces deux types de facteurs auprès de jeunes de la population générale.

Objectifs de l'article

Le présent article vise à : (1) dresser un portrait des habitudes de consommation, de la délinquance violente et du niveau d'impulsivité des participants ; (2) vérifier si la vente de drogue permet de prédire l'appartenance à un groupe ayant commis ou non des délits violents ; (3) vérifier si le type de SPA (alcool seulement, alcool et cannabis et polyconsommation) consommées permet de prédire l'appartenance à un groupe ayant commis ou non des délits violents ; et (4) vérifier le rôle modérateur du sexe et de l'impulsivité dans les relations drogue-violence.

Méthode

Cette étude s'insère dans le cadre d'un projet longitudinal nommé cyberJEUnes, mené par la professeure Brunelle (UQTR) et ses collaborateurs. Ce projet, réalisé de 2012 à 2017, comporte quatre temps de mesure à un an d'intervalle. Toutefois, seulement les données de 2014 (T2) ont été utilisées dans cette étude, car toutes les variables nécessaires n'étaient pas incluses au T0 et au T1 et les données du T3 n'étaient toujours pas disponibles au moment de débiter la rédaction de cet article.

Participants

Les participants ont été recrutés dans 11 écoles secondaires francophones publiques et privées situées dans les régions de Québec, de la Mauricie-Centre-du-Québec, de Montréal et de Chaudière-Appalaches. Les écoles ont été choisies sur la base du volontariat, correspondant à un échantillon de convenance (Babbie, 1990). L'indice moyen du milieu socioéconomique des écoles publiques (IMSE) se situe dans la moyenne (6,7). En conformité avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières⁴, celui de l'Université de Sherbrooke⁵ et de l'Université de Montréal⁶, une passation de questionnaires en groupes classes a eu lieu au T0 et au T1 parmi les élèves de secondaire III, IV et V des écoles participantes.

Au T2, 2 909 volontaires ont été sollicités pour participer à l'étude puisqu'ils avaient signifié par écrit, soit au T0 ou au T1, qu'ils étaient intéressés à être contactés pour une deuxième étude. De ce nombre, 1 656 participants (37,3 % garçons et 62,7 % filles) âgés de 15 à 21 ans ont rempli le questionnaire. Pour être fidèles aux objectifs de l'étude, les données de ceux âgés de 15 à 18 ans seulement ont été conservées ($n = 1\ 440$; 35,9 % garçons et 64,1 % filles)⁷. L'âge moyen était de 16,98 ans ($ET = 0,80$) et la majorité était en cinquième secondaire (55,3 %). Les autres étaient en quatrième secondaire (0,8 %), au DEP (2,6 %), au cégep (35,9 %), en première année d'université (0,2 %), avaient abandonné les études (4,2 %) ou autre (1,0 %).

Instruments

Un questionnaire sociodémographique et trois instruments de mesure ont été administrés afin de mesurer les habitudes de consommation, la délinquance violente ainsi que le niveau d'impulsivité.

Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents DEP-ADO. Les habitudes de consommation ont été mesurées à l'aide de la Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents DEP-ADO (version 3.2 : Germain et al., 2007). Ce questionnaire bref, développé pour les jeunes de 11 à 18 ans, permet de faire un dépistage de la consommation à risque ou problématique, en abordant des questions sur la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois, la précocité de la consommation régulière, la consommation par injection et la consommation excessive d'alcool, tout en tenant compte des différences de sexe et des impacts associés. L'échelle de fréquence de consommation a été utilisée afin d'explorer

⁴ Certificat no. CER-14-204-07.19

⁵ L'Université de Sherbrooke accepte la reconnaissance de l'approbation éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières

⁶ Certificat no. CERAS-2014-15-149-p

⁷ Il est toutefois à noter que certains participants ont dû être retirés en raison de nombreuses données manquantes.

la relation entre le type de SPA consommées et la commission de délits violents. L'échelle de réponse originale est de type Likert, mais une dichotomisation a été effectuée en raison de la faible fréquence de consommation de certaines SPA. Pour un groupe âgé de 14 à 17 ans, l'échelle totale présente une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,85) et un coefficient de fidélité test-retest élevé ($r = 0,94$) (Landry et al., 2004).

Mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour adolescents québécois MASPAQ. La délinquance a été mesurée à l'aide du MASPAQ (Mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour adolescents québécois ; Le Blanc, 2010b). Ce questionnaire comprend 36 items et pour chacun d'eux, les adolescents devaient mentionner s'ils avaient commis le comportement au cours de la dernière année sur une échelle de type Likert. Il y a eu dichotomisation de l'échelle par la suite compte tenu des faibles taux de commission de délits violents observés chez les jeunes de l'échantillon et des analyses qui prévoyaient l'appartenance ou non au groupe ayant commis des délits violents. Le MASPAQ comprend une échelle de violence relationnelle qui compte cinq items. Les activités délinquantes sont divisées en trois échelles, soit la délinquance grave (quatre items), les conduites déviantes clandestines (trois sous-échelles : la fraude qui compte deux items, les vols qui comprend six items et les vols de véhicules à moteur comprenant quatre items) et les conduites manifestes (deux sous-échelles : le vandalisme qui comprend trois items et la violence interpersonnelle comprenant 12 items). Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont adéquats (0,70 à 0,82) pour trois échelles, soit la délinquance grave, vols et violences interpersonnelles, limites pour la violence relationnelle (0,64) et inacceptables pour trois échelles (0,41 à 0,54) qui ne sont pas utilisées dans cette étude, soit fraudes, infractions liées aux véhicules moteurs et vandalisme.

L'instrument de mesure d'Eysenck. Le niveau d'impulsivité a été mesuré à partir d'une version abrégée de l'instrument de mesure d'Eysenck (S. B. Eysenck et al., 1984 ; S. B. Eysenck et H. J. Eysenck, 1978), selon la définition de S. B. Eysenck et Zuckerman (1978) présentée ci-haut. La version originale comprend 23 items, desquels 5 items présentant la saturation factorielle la plus élevée ont été retenus. Ces derniers ont été traduits et validés par Vitaro et ses collaborateurs (1999) à partir d'une population d'adolescents québécois qui devaient se positionner sur une échelle dichotomique selon qu'ils soient en accord ou en désaccord avec les éléments proposés. Le total des points peut fluctuer de 0 à 5 points. Bien qu'aucun seuil clinique n'ait été validé, Vitaro et ses collaborateurs (1999) stipulent que les jeunes dont le score se situe au-delà du 70^e centile montrent un niveau d'impulsivité élevé, ce qui correspond à un score de 3 points et plus parmi les jeunes de notre échantillon. L'indice de cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version abrégée est acceptable (0,76) et cet instrument présente une bonne homogénéité (Tremblay et al., 2010).

Déroutement de la collecte

Plusieurs élèves rendus en secondaire cinq au T2 ont été rencontrés en groupe classe selon la collaboration des écoles ($n = 457$). Les autres élèves ($n = 1\ 173$) ont été sollicités par courriels, envois postaux ou appels téléphoniques. Leur questionnaire a été rempli par Internet à l'aide d'une plateforme sécurisée. Un chèque-cadeau de 15\$ (magasin Archambault, restaurant Subway ou Itunes) a été remis en guise de compensation.

Analyses statistiques

Trois catégories mutuellement exclusives ont été créées pour les analyses en lien avec la consommation, soit alcool seulement, alcool et cannabis ainsi que polyconsommation, qui implique d'avoir consommé de l'alcool et du cannabis, en plus d'au moins une autre drogue (cocaïne, colle/solvant, hallucinogènes, héroïne ou amphétamines). Ces catégories ont été créées selon les habitudes de consommation généralement observées chez les jeunes.

De plus, les délits violents passibles d'une accusation en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA) ont été retenus pour les analyses en lien avec la délinquance. Seulement les items présentant une bonne validité et un alpha de Cronbach supérieur à 0,60 ont été conservés, totalisant 14 délits violents qui seront présentés plus loin. La vente de drogues a aussi été isolée pour certaines analyses. Chacun des participants s'est vu attribuer un score de zéro s'il n'avait commis aucun délit au cours des 12 derniers mois, et un score de un s'il en avait commis au moins un.

Des analyses descriptives ont d'abord été effectuées dans le but de broser un portrait de l'échantillon et des différents phénomènes à l'étude. Ensuite, dans le but de vérifier les effets modérateurs des variables (sexe ou impulsivité) sur la variable dépendante (commission ou non de délits violents), des analyses de régression ont été réalisées en considérant les recommandations de Baron et Kenny (1986). De cette manière, les variables indépendantes (vente de drogues ou type de SPA consommées), modératrices et leurs interactions ont été introduites de manière hiérarchique. L'introduction des variables indépendantes de manière hiérarchique est basée sur le cadre théorique entourant la problématique drogue-violence et plus particulièrement sur les constats mis de l'avant par les différents auteurs s'intéressant aux éléments proximaux de cette relation, notamment ceux du postulat systémique (ex. : influence de la vente de drogues sur la commission de délits violents) du modèle explicatif de Goldstein (1985, 1987). Toutes les variables indépendantes et modératrices n'ont pas été introduites dans une même équation de régression, et ce, dans le but de mieux vérifier l'influence distincte de divers facteurs proximaux et distaux sur la commission de délits violents. La régression logistique vise à connaître les facteurs associés à un phénomène en élaborant un modèle de prédiction. Cette dernière est utilisée dans le cadre d'études ayant pour

objectif de vérifier si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante (Tabachnick et Fidell, 2007). Une variable modératrice vient quant à elle influencer le sens ou la force du lien qui existe entre une variable indépendante et une variable dépendante. Elle renvoie à l'effet d'interaction où une variable indépendante peut avoir un effet différent selon qu'elle soit considérée de façon isolée ou combinée (Rasclé et Irachabal, 2001). Pour ce faire, plusieurs variables composites ont été conçues pour représenter l'effet d'interaction entre les différentes variables, en multipliant deux variables ensemble. Ainsi, cela permettra de vérifier si l'effet de la vente de drogues et du type de SPA consommées sur la commission de délits diffère en fonction du sexe et de l'impulsivité, et donc, de voir si elles ont un effet modérateur sur la commission ou non de délits violents.

Il faut aussi préciser que dans les régressions logistiques, le point de coupure rattaché à la table de classification peut être spécifié à 50,0 %, correspondant au hasard. Toutefois, Meloche et Allaire (2007) mentionnent que « (...) ce choix d'un seuil à 50,0 % a un sens lorsque la prévalence de l'événement étudié est d'environ 50,0 % » (p. 30). N'étant pas le cas présentement, le seuil a été fixé à 16,0 %, selon le taux de prévalence de l'échantillon pour les délits violents. Un score de zéro est attribué aux garçons ainsi qu'aux élèves présentant un niveau d'impulsivité faible et un score de un correspond aux filles et aux élèves qui montrent un niveau d'impulsivité élevé.

Résultats

Parmi les jeunes de l'échantillon qui ont consommé dans la dernière année ($n = 1\ 386$)⁸, 59,4 % ($n = 843$) ont consommé de l'alcool seulement. Les filles sont plus nombreuses (62,1 %) que les garçons (54,6 %) à n'avoir consommé que cette SPA, malgré que l'association soit de force très faible ($X^2_{(1, n = 1419)} = 7,45, p \leq 0,01, V = 0,07$, voir Tableau 1). Une proportion de 22,1 % ($n = 313$) des jeunes ont consommé de l'alcool et du cannabis au cours de la dernière année et aucune différence de sexe significative n'a été observée pour la consommation de ces deux substances ($X^2_{(1, n = 1419)} = 3,58, p = 0,06$). Enfin, 5,9 % ($n = 84$) des jeunes présentent une polyconsommation, c'est-à-dire qu'ils ont consommé de l'alcool et du cannabis, en plus d'au moins une autre drogue (cocaïne, colle/solvant, hallucinogènes, héroïne ou amphétamines). Les garçons sont plus nombreux (7,9 %) que les filles (4,8 %) à avoir eu ce comportement, mais l'association est de force très faible ($X^2_{(1, n = 1419)} = 5,50, p \leq 0,05, V = 0,06$).

⁸ Une proportion de 12,6 % avait mentionné n'avoir consommé aucune SPA au cours dans la dernière année.

TABLEAU 1 – Description des types de SPA consommées dans les 12 derniers mois selon le sexe

SPA consommées	Total ^a		Garçons ^a		Filles ^a		X^2	V
	N	%	n	%	n	%		
Alcool seulement	843	59,4	277	54,6	566	62,1	7,45**	0,07
Alcool et cannabis	313	22,1	126	24,9	187	20,5	n.s.	
Polyconsommateurs	84	5,9	40	7,9	44	4,8	5,50*	0,06
Non-consommateurs	179	12,6	64	12,6	115	12,6	10,99*	0,09

Notes. ^a nombre de participants variable considérant les observations valides.
* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Chez l'ensemble de l'échantillon ($n = 1\,440$), 15,6% ($n = 225$) ont commis au moins un acte violent au cours de la dernière année, les garçons étant plus nombreux (25,0%) que les filles (10,4%) à en avoir commis ($X^2_{(1, n=1439)} = 53,09$, $p \leq 0,001$, $V = 0,19$). La relation entre le sexe et la commission ou non de délits violents est cependant de force faible. Le fait de se fâcher facilement ou d'avoir frappé lorsque taquiné/menacé constitue le délit le plus commis par les jeunes (voir Tableau 2) et des différences significatives liées au sexe sont observées pour 11 des 14 délits violents, les associations étant toutefois toutes de forces très faibles à faibles. Pour la vente de drogues, 3,6% ($n = 52$) ont déclaré l'avoir fait et les garçons (5,1%) sont significativement plus nombreux à avoir commis ce délit que les filles (2,8%), l'association entre le sexe et la vente ou non de drogues étant cependant très faible ($X^2_{(1, n=1431)} = 4,75$, $p \leq 0,05$, $V = 0,06$).

TABLEAU 2 – Description des délits violents commis dans les 12 derniers mois selon le sexe

Délits violents	Total ^a		Garçons ^a		Filles ^a		X^2	V
	N	%	n	%	n	%		
Se fâcher facilement ou avoir frappé lorsque taquiné/menacé	86	6,0	37	7,2	49	5,3	n.s.	
Se battre à coups de poing avec autre personne	71	5,0	53	10,3	18	2,0	48,76***	0,19
Briser quelque chose qui ne t'appartenait pas	52	3,6	35	6,8	17	1,8	23,42***	0,13
Vente de drogues	52	3,6	26	5,1	26	2,8	4,75*	0,06
Encourager d'autres personnes à s'en prendre à quelqu'un	39	2,7	22	4,3	17	1,9	7,28**	0,07
Lancer des objets à des personnes	37	2,6	21	4,1	16	1,7	7,19**	0,07
Se mettre en colère et chercher à se battre lorsque bousculé	33	2,3	22	4,3	11	1,2	13,90***	0,10
Briser une partie d'une école	23	1,6	14	2,7	9	1,0	6,33*	0,07

Utiliser la force physique pour dominer d'autres jeunes	23	1,6	16	3,1	7	0,8	11,58***	0,09
Menacer ou malmener les autres pour avoir ce que je veux	22	1,5	11	2,1	11	1,2	n.s.	
Pris part à des batailles de groupe	13	0,9	8	1,6	5	0,5	3,78*	0,05
Menacer de battre quelqu'un pour le forcer à faire quelque chose	12	0,8	7	1,4	5	0,5	n.s.	
Briser une partie d'une automobile	11	0,8	8	1,6	3	0,3	6,53**	0,07
Utiliser une arme en te battant avec quelqu'un	7	0,5	6	1,2	1	0,1	7,57**	0,07
Se battre avec quelqu'un qui ne t'a rien fait	4	0,3	3	0,6	1	0,1	n.s.	

Notes. *nombre de participants variable considérant les observations valides.
* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

Parmi les jeunes de l'échantillon, 27,7 % ($n = 394$) présentent un niveau d'impulsivité élevé et aucune différence de sexe significative n'a été observée ($X^2_{(1, n = 1423)} = 0,76$, n.s.).

Concomitance de la consommation et de la délinquance violente

Avant tout, notons que l'hypothèse de la multicolinéarité entre les différentes variables a été explorée et rejetée, les corrélations V de Cramer étant de force très faible à moyenne ($V_{\min} = 0,02$ vs. $V_{\max} = 0,23$).

Analyse de régression logistique appliquée aux variables sexe et vente de drogues associées à la commission ou non de délits violents. Les mesures d'ajustement du modèle, soit celles du test de signification des coefficients ($X^2 = 86,47$, $p < 0,001$) et le test de Holmes et Lemeshow ($X^2 = 0,00$, $p = \text{n.s.}$), indiquent que le modèle est adéquat. Le sexe ($B = 1,06$, $Wald = 45,60$, $p < 0,001$) et le fait d'avoir vendu de la drogue ($B = 1,66$, $Wald = 15,91$, $p < 0,001$) contribuent à prédire l'appartenance au groupe de jeunes ayant commis au moins un délit violent (voir Tableau 3). Les garçons sont pratiquement trois fois plus susceptibles d'avoir commis au moins un délit violent, en comparaison aux filles (*Rapport de cote* = 2,88, $p < 0,001$, IC95 % [2,12; 3,92]). Ceux qui ont déclaré avoir vendu de la drogue sont un peu plus de cinq fois plus susceptibles que ceux qui n'en ont pas vendu d'avoir commis un délit violent (*Rapport de cote* = 5,28, $p < 0,001$, IC95 % [2,33; 11,96]). Aucun effet d'interaction statistiquement significatif n'a été observé avec la vente de drogue et le sexe (*Rapport de cote* = 1,32, $p = 0,64$, IC95 % [0,42; 4,17]).

TABLEAU 3 – Analyse de régression logistique appliquée aux variables sexe et vente de drogues associées à la commission ou non de délits violents

	Commission de délits violents		
	RC	Std. Err.	B
Constante	0,105*	0,114	-2,252
Sexe	2,880*	0,157	1,058
Vente de drogues	5,281*	0,417	1,664
Vente de drogues et sexe	1,320	0,587	0,278

Notes. Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 0,00$, $p = 0,00$
 R^2 de Cox et Snell = 0,059; R^2 de Nagelkerke = 0,101;
log de vraisemblance -2 = 1159,649. N = 1,440
Variable dépendante : commission de délits violents
* $p \leq 0,001$

Analyse de régression logistique appliquée aux variables impulsivité et vente de drogues associées à la commission ou non de délits violents. Les mesures d'ajustement du modèle, soit celles du test de signification des coefficients ($X^2 = 85,04$, $p < 0,001$) et le test de Holmes et Lemeshow ($X^2 = 0,00$, $p = n.s.$), indiquent que le modèle est adéquat. Le niveau d'impulsivité ($B = 1,14$, Wald = 50,93, $p < 0,001$) et le fait d'avoir vendu de la drogue ($B = 1,90$, Wald = 21,30, $p < 0,001$) contribuent à prédire la commission de délits violents (voir Tableau 4). Ceux qui présentent un niveau d'impulsivité élevé sont trois fois plus susceptibles d'avoir commis au moins un délit violent, en comparaison aux élèves présentant un niveau d'impulsivité faible (*Rapport de cote* = 3,13, $p < 0,001$, IC95 % [2,29 ; 4,28]).

TABLEAU 4 – Analyse de régression logistique appliquée aux variables impulsivité et vente de drogues associées à la commission ou non de délits violents

	Commission de délits violents		
	RC	Std. Err.	B
Constante	0,110*	0,106	-2,206
Impulsivité	3,127*	0,160	1,140
Vente de drogues	6,659*	0,411	1,896
Vente de drogues et niveau d'impulsivité	0,611	0,595	-0,493

Notes. Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 0,00$, $p = 0,00$
 R^2 de Cox et Snell = 0,058; R^2 de Nagelkerke = 0,101;
log de vraisemblance -2 = 1130,995. N = 1,440
Variable dépendante : commission de délits violents
* $p \leq 0,001$

Les élèves qui ont vendu de la drogue sont près de sept fois plus susceptibles que ceux n'en ayant pas vendu d'avoir commis au moins un délit violent (*Rapport de cote* = 6,66, $p < 0,001$, IC95 % [2,98; 14,90]). Aucun effet d'interaction statistiquement significatif n'a été observé avec la vente de drogue et le niveau d'impulsivité (*Rapport de cote* = 0,61, $p = 0,41$, IC95 % [0,19; 1,96]).

Analyse de régression logistique appliquée aux variables sexe et type de SPA consommées associées à la commission ou non de délits violents. Les mesures d'ajustement du modèle, soit celles du test de signification des coefficients ($X^2 = 112,54$, $p < 0,001$) et le test de Holmes et Lemeshow ($X^2 = 0,99$, $p = n.s$), indiquent que le modèle est adéquat. Le sexe ($B = 1,23$, $Wald = 13,46$, $p < 0,001$), le fait d'avoir consommé de l'alcool et du cannabis ($B = 1,44$, $Wald = 16,79$, $p < 0,001$) ainsi que le fait d'avoir présenté une polyconsommation ($B = 2,10$, $Wald = 32,09$, $p < 0,001$) contribuent à prédire la commission de délits violents (voir Tableau 5). Le fait d'avoir consommé de l'alcool seulement ne constitue pas un prédicteur statistiquement significatif de la commission de délits violents ($B = 0,61$, $Wald = 2,49$, $p = n.s$). Des analyses ont été effectuées pour évaluer si c'est le fait de consommer de l'alcool de façon excessive qui tendait à expliquer la commission de délits violents. Celles-ci ont mené à des résultats similaires, montrant que la consommation excessive d'alcool ne constituait pas un prédicteur statistiquement significatif de la commission de délits violents. Cela peut être expliqué en partie par une forte corrélation ($V = 0,30$) entre ces deux variables (type de SPA consommées et consommation excessive d'alcool). Les garçons sont pratiquement quatre fois plus susceptibles que les filles d'avoir commis au moins un délit violent (*Rapport de cote* = 3,43, $p < 0,001$, IC95 % [1,78; 6,63]). Les jeunes qui ont consommé de l'alcool et du cannabis sont un peu plus de quatre fois plus susceptibles que les non-consommateurs d'avoir commis au moins un délit violent (*Rapport de cote* = 4,23, $p < 0,001$, IC95 % [2,12; 8,44]), alors que ceux ayant eu une polyconsommation sont huit fois plus susceptibles d'en avoir commis (*Rapport de cote* = 8,15, $p < 0,001$, IC95 % [3,94; 16,83]). Aucun effet d'interaction statistiquement significatif n'a été observé avec le type de SPA consommé et le sexe (*Rapport de cote* = 1,14, $p = 0,45$, IC95 % [0,82; 1,58]).

TABLEAU 5 – Analyse de régression logistique appliquée aux variables sexe et type de SPA consommées associées à la commission ou non de délits violents

	Commission de délits violents		
	RC	Std. Err.	B
Constante	0,037*	0,562	-3,287
Sexe	3,430*	0,336	1,233
Alcool seulement	1,845	0,388	0,612
Alcool et cannabis	4,233*	0,352	1,443
Polyconsommation	8,146*	0,370	2,098
Type de SPA consommées et sexe	1,136	0,167	0,127

Notes. Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 0,993$, $p = 0,911$
 R^2 de Cox et Snell = 0,076; R^2 de Nagelkerke = 0,132;
 log de vraisemblance -2 = 1104,492. N = 1,440
 Variable dépendante : commission de délits violents
 * $p \leq 0,001$

Analyse de régression logistique appliquée aux variables impulsivité et type de SPA consommées associées à la commission ou non de délits violents. Les mesures d'ajustement du modèle, soit celles du test de signification des coefficients ($X^2 = 102,79$, $p < 0,001$) et le test de Holmes et Lemeshow ($X^2 = 1,22$, $p = n.s$), indiquent que le modèle est adéquat. Le niveau d'impulsivité ($B = 0,87$, $Wald = 6,18$, $p < 0,05$), le fait d'avoir consommé de l'alcool et du cannabis ($B = 1,21$, $Wald = 12,93$, $p < 0,001$) ainsi que le fait d'avoir présenté une polyconsommation ($B = 1,76$, $Wald = 23,40$, $p < 0,001$) contribuent à prédire la commission de délits violents (voir Tableau 6).

TABEAU 6 – Analyse de régression logistique appliquée aux variables impulsivité et type de SPA consommées associées à la commission ou non de délits violents

	Commission de délits violents		
	RC	Std. Err.	B
Constante	0,064**	0,320	-2,754
Impulsivité	2,381*	0,349	0,868
Alcool seulement	1,527	0,357	0,423
Alcool et cannabis	3,344**	0,336	1,207
Polyconsommation	5,835**	0,365	1,764
Type de SPA consommées et niveau d'impulsivité	1,036	0,174	0,035

Notes. Hosmer et Lemeshow : $\chi^2 = 1,220$, $p = 0,748$
 R^2 de Cox et Snell = 0,070; R^2 de Nagelkerke = 0,121;
 log de vraisemblance -2 = 1114,246. N = 1,440
 Variable dépendante : commission de délits violents
 * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,001$

Le fait d'avoir consommé de l'alcool seulement ne constituerait toujours pas un prédicteur statistiquement significatif ($B=0,42$, Wald = 1,41, $p=n.s.$). Les élèves présentant un niveau d'impulsivité élevé sont près de 2,5 fois plus susceptibles que ceux avec un niveau d'impulsivité faible d'avoir commis au moins un délit violent (*Rapport de cote*=2,38, $p<0,05$, IC95 % [1,20; 4,72]). Ceux qui ont consommé de l'alcool et du cannabis sont pratiquement 3,5 fois plus susceptibles que les non-consommateurs d'avoir commis un délit violent (*Rapport de cote*=3,34, $p<0,001$, IC95 % [1,73; 6,46]) et les élèves ayant eu une polyconsommation sont près de six fois plus susceptibles d'en avoir commis (*Rapport de cote*=5,84, $p<0,001$, IC95 % [2,86; 11,92]). Aucun effet d'interaction statistiquement significatif n'a été observé avec le type de SPA consommé et le niveau d'impulsivité (*Rapport de cote*=1,04, $p=0,84$, IC95 % [0,74; 1,46]).

Discussion et conclusion

Cet article visait à explorer les liens entre la consommation et la délinquance violente chez des adolescents et des adolescentes en milieu scolaire québécois. Les résultats appuient ceux des études qui montrent que la vente de drogue et le type de SPA consommé représentent deux facteurs de risque importants dans la délinquance violente (Delisi et al., 2015; Seffrin et Domahidi, 2014), même chez les jeunes en milieu scolaire qui présentent un profil de consommation et de délinquance généralement moins lourd que celui des garçons judiciairisés ou en traitement de la toxicomanie.

Les résultats montrent que le fait d'avoir vendu de la drogue au cours des 12 derniers mois, en comparaison au fait de ne pas en avoir vendu, tend à prédire la commission de délits violents. Ces résultats vont dans le sens du postulat systémique de Goldstein (1985, 1987) qui soutient que le contexte illégal d'approvisionnement et de distribution des drogues entraîne une utilisation de la violence comme stratégie de gestion. Le milieu de la drogue serait plus favorable aux délits violents liés à la protection du territoire, de la drogue et de l'argent. Il faut toutefois être conscient que les délits violents commis par les jeunes consommateurs qui vendent des drogues peuvent être reliés à différents motifs. Il se peut que ce soit l'adoption d'un style de vie délinquant qui ait mené à l'implication dans le système de distribution des drogues, lequel est propice à la consommation et à la violence (Brochu et al., 2016). Également, un motif pourrait être relié au fait d'avoir fait usage d'une ou de plusieurs SPA avant ou pendant une transaction de drogues.

Aussi, malgré que les jeunes qui présentent une polyconsommation soient les plus susceptibles d'avoir commis des délits violents, le fait de consommer de l'alcool et du cannabis de façon combinée augmente aussi les chances d'en commettre, en comparaison au fait de ne pas avoir consommé ces SPA. Les délits violents commis par les consommateurs peuvent être associés aux effets des SPA (Goldstein, 1985, 1987), mais aussi aux attentes entretenues quant aux effets des substances (Plourde et Brochu, 2003). Pour certains, la consommation peut donner le courage nécessaire pour commettre un délit violent ou encore les décupabiliser (Brochu et al., 2016; Brunelle et al., 2005). Au-delà des effets des produits et des attentes envers ceux-ci, il y a aussi les coûts et les contextes de consommation dont il faut tenir compte.

Enfin, les résultats montrent que le fait d'être un garçon ou de présenter un niveau d'impulsivité élevé tend à prédire la commission de délits violents, bien que les résultats permettent de constater l'absence d'effet modérateur du sexe et de l'impulsivité dans les relations drogue-violence. Malgré cela, il a été possible de constater que les problématiques étudiées étaient bien présentes auprès des filles et des garçons d'un échantillon de la population générale en milieu scolaire secondaire. Afin que les conduites adoptées par ces jeunes n'en viennent pas à occasionner des impacts considérables sur leur vie (judiciarisation et stigmatisation), il est important qu'elles soient intégrées dans des activités de sensibilisation, de prévention ou d'intervention dans les écoles. Pour ce faire, il est crucial de considérer les différents facteurs proximaux (ex. : la vente de drogue et le type de SPA consommées) et distaux (ex. : le sexe et le niveau d'impulsivité) pouvant expliquer les liens drogue-violence. Il sera ainsi possible de mieux saisir la réalité des adolescents et des adolescentes en milieu scolaire secondaire et de les sensibiliser aux impacts de ces facteurs sur leur consommation et leur délinquance.

Apports

Comme les études antérieures sur le sujet portent majoritairement sur des jeunes judiciairisés ou en traitement de la toxicomanie, le fait de s'être intéressé à une population scolaire constitue un apport et peut être pertinent d'un point de vue préventif afin d'éviter que les conduites adoptées en viennent à occasionner des impacts considérables sur leur vie (ex. : stigmatisation, judiciarisation) ou celles des autres (ex. : entourage, victime). Cette étude permet d'accroître les connaissances sur les relations drogue-violence chez ces jeunes du Québec, mais aussi en fonction du type de SPA consommées et de délits commis. Les études qui s'intéressent à ces conduites distinguent rarement ces éléments et mesurent ces concepts de façon générale, en confondant les types de SPA consommées et les délits commis. Une attention a été portée à des éléments proximaux et à des facteurs distaux. Peu d'études s'attardent aux deux types de facteurs. Le fait de s'intéresser à l'effet modérateur possible du sexe et de l'impulsivité a permis d'approfondir la compréhension des liens entre ces comportements et de constater qu'ils ne viennent pas les modérer dans cet échantillon. Enfin, l'échantillon est composé de garçons et de filles et permet de mettre de l'avant, d'un point de vue descriptif, la situation des filles en termes de consommation, de vente de drogues et de commission de délits violents, ce que peu d'études font.

D'un point de vue clinique, il serait pertinent d'aller rencontrer les adolescents dans leur milieu scolaire afin de leur soumettre les résultats de la présente étude et de celles des autres recherches portant sur les liens drogue-délinquance chez les jeunes. Il serait ensuite possible d'interagir avec eux et de les questionner afin d'avoir leur avis, notamment en ce qui a trait aux hypothèses pouvant expliquer en partie ces résultats, à leurs propres observations par rapport à eux et aux autres jeunes de leur entourage, aux facteurs de risque qui peuvent influencer leurs conduites, etc. Cela permettrait d'ouvrir la discussion sur de nombreux sujets dont les effets potentiels des différentes SPA et les modèles explicatifs drogue-délinquance. Par le fait même, il serait possible de les sensibiliser au fait qu'en fonction du type de SPA qu'ils consomment ils sont plus ou moins à risque de commettre des délits, au fait que plus ils consomment plus ils sont à risque d'en commettre, aux impacts que peuvent avoir ces conduites sur leur vie, notamment au niveau du processus judiciaire et de l'employabilité, etc. L'objectif ici ne serait donc pas de mettre en place des mesures de contrôle, mais plutôt d'éduquer ces jeunes dans le but que cela puisse susciter un processus de réflexion qui leur permettra de faire des choix plus éclairés. À la suite de cette présentation, des petits groupes de discussion pourraient être formés au besoin en fonction des caractéristiques communes que les jeunes présentent. Entre autres, cela pourrait être en fonction de la gravité de leur consommation ou de la présence de facteurs de risque commun. Selon les éléments qui auront été abordés par ceux-ci, des stratégies d'intervention précoce correspondant à leur situation actuelle pourraient être adoptées. Par ailleurs, les approches motivationnelles et de réduction des méfaits seraient parmi les plus efficaces (Laventure et al., 2010). Il pourrait par exemple être pertinent de réaliser un exercice invitant les jeunes à discuter de l'état dans lequel il se trouve généralement lorsqu'ils commettent des délits. Cela pourrait contribuer

à leur faire prendre conscience de leur situation et des impacts considérables sur leur vie. Ainsi, ces derniers seraient en mesure de tenir compte de ces divers éléments dans leur balance décisionnelle, un exercice motivationnel permettant d'examiner les coûts et les bénéfices associés à leur réalité.

De plus, selon les résultats obtenus, il ne serait pas nécessaire d'ajuster les interventions en fonction du sexe, du niveau d'impulsivité et du type de SPA consommées. Plus précisément, il serait impertinent d'exclure les jeunes filles des groupes de discussion puisque les données ont montré qu'elles étaient aussi touchées par les problématiques étudiées et que les relations drogue-délinquance ne différaient pas la plupart du temps chez les adolescents et les adolescentes. Le même constat peut être fait pour les élèves présentant un niveau faible ou absent d'impulsivité. Il ne serait pas non plus pertinent d'ajuster les interventions en fonction des substances consommées, sachant que certains jeunes consomment souvent plus d'une substance à la fois. Tout de même, il demeure nécessaire de porter une attention particulière à ces caractéristiques lors des interventions auprès de ceux-ci afin d'y être sensibles et de pouvoir s'ajuster lorsque nécessaire. Au-delà de ces caractéristiques, de nombreux facteurs (ex. : le milieu familial, les revenus, etc.) peuvent contribuer à expliquer les liens drogue-délinquance chez les jeunes et il est alors important de prendre cela en considération lors des interventions, dans le but d'arriver à bien saisir leur réalité, de tenir compte de l'unicité de chacun et de susciter davantage de motivation au changement chez ces derniers.

Limites

Les résultats proviennent de données secondaires qui ont engendré certaines limites, notamment en ce qui a trait au choix des instruments de mesure et du devis de recherche. Le devis quantitatif et les questionnaires utilisés ne permettent pas de savoir si les adolescents étaient intoxiqués au moment de commettre les délits violents ni de connaître les motifs de consommation et des délits. Ce type d'information aurait permis d'approfondir le sujet des relations drogues-violence. Des auteurs (Brochu et Parent, 2005; Brunelle et al., 2005) ont montré que ces motivations sont utiles pour comprendre la réalité des consommateurs et des délinquants et pour intervenir auprès d'eux. De plus, cette étude utilise des questionnaires autorapportés, pouvant diminuer la validité des réponses. Ils seraient toutefois de meilleurs indicateurs de comportements délinquants que les statistiques officielles (Aebi et Jaquier, 2008). Enfin, cette étude étant transversale, elle ne permet pas d'apprécier l'évolution des liens drogue-délinquance et les différentes trajectoires associées.

Recherches futures

Il serait essentiel de mener des recherches futures qui utiliseraient un devis longitudinal et mixte. Par exemple, il serait intéressant d'explorer le modèle intégratif drogue-crime le plus récent à l'aide d'un devis mixte, avec un échantillon de jeunes en milieu scolaire qui serait rencontré à plusieurs reprises. En conduisant des recherches qualitatives, il pourrait

être possible de répondre aux questions auxquelles l'article ne répond pas : les adolescents disent-ils qu'ils ont consommé pour se sentir à l'aise de commettre un acte de violence ou la consommation a-t-elle provoqué spontanément de l'agressivité chez eux? Les délits violents commis leur ont-ils donné le goût de consommer pour gérer le traumatisme que ça a provoqué de commettre ou d'être témoins d'une agression? Finalement, il serait intéressant d'intégrer davantage d'éléments de la loi de l'effet afin d'avoir une meilleure compréhension des liens drogue-délinquance et des facteurs pouvant y être associés. Bien qu'il a été possible de couvrir certains éléments en lien avec la substance (types de SPA consommées), le contexte (vente de drogues) et l'individu (sexe et impulsivité), les adolescents peuvent être influencés par d'autres facteurs et il aurait été pertinent d'inclure, notamment, le contexte de consommation et de commission des délits.

Références

- Abrah, P. B. (2019). Labeling theory and life stories of juvenile delinquents transitioning into adulthood. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(2), 179-197.
- Aebi, M. F. et Jaquier, V. (2008). Les sondages de délinquance autorapportée : origines, fiabilité et validité. *Déviance et société*, 32(2), 205-227.
- Babbie, E. R. (1990). *Survey research methods*. Wadsworth Publishing Pub Co.
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Begle, A. M., Hanson, R. F., Danielson, C., McCart, M. R., Ruggiero, K. J., Amstadter, A. B., ... Kilpatrick, D. G. (2011). Longitudinal pathways of victimization, substance use, and delinquency: Findings from the National Survey of Adolescents. *Addictive Behaviors*, 36, 682-689.
- Bennett, T., Holloway, K. et Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118.
- Bérard, F. (2015). *La (ré) intégration sociale et communautaire : socle de la réhabilitation des personnes contrevenantes*. Association des services de réhabilitation sociale du Québec (ASRSQ).
- Brennan, S. (2012). Statistiques sur les tribunaux de la jeunesse au Canada, 2010-2011. *Juristat : Centre canadien de la statistique juridique*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.
- Brochu, S., Brunelle, N. et Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité : une relation complexe* (3^e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Cousineau, M.-M., Provost, C., Erickson, P. et Fu, S. (2010). Quand drogues et violence se rencontrent chez les jeunes : un cocktail explosif? *Drogues, santé et société*, 9(2), 149-178. doi:10.7202/1005303ar
- Brochu, S. et Parent, I. (2005). *Les flambeurs : trajectoire de vie de consommation de cocaïne*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Brunelle, N. et Bertrand, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologie et leviers d'intervention. *Criminologie*, 43(2), 373-399.
- Brunelle, N., Brochu, S. et Cousineau, M.-M. (2005). Le point sur les trajectoires d'usage de drogues et de délinquance juvénile : des jeunes se racontent. Dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (dir.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (p. 279-325). Les Presses de l'Université Laval.
- Buu, A., Dipiazza, C., Wang, J., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E. et Zucker, R. A. (2009). Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 489-498.

- Castellanos-Ryan, N., O'Leary-Barrett, M. et Conrod, P. J. (2013). Substance-use in childhood and adolescence: A brief overview of developmental processes and their clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 41-46.
- Cazale, L. (2014). Consommation d'alcool. Dans I. Traoré, L. A. Pica, H. Camirand, L. Cazale, M. Berthelot et N. Plante (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013* (p. 79-107). Institut de la statistique du Québec.
- Chan, H. C., et Chui, W. H. (2012). Psychological correlates of violent and non-violent Hong Kong juvenile probationers. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(2), 103-120.
- Chermack, S. T., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Murray, R. L., De Chavez, P. et Walton, M. A. (2010). Violence among men and women in substance use disorder treatment: A multi-level event-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(3), 194-200. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.06.005
- Corwyn, R. F. et Benda, B. B. (2002). The relationship between use of alcohol, other drugs, and crime among adolescents: An argument for a delinquency syndrome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(2), 35-49.
- Dauvergne, M. (2013). Statistiques sur les tribunaux de la jeunesse au Canada, 2011-2012. *Juristat : Centre canadien de la statistique juridique*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.
- Delaney-Black, V., Chiodo, L. M., Hannigan, J. H., Greenwald, M. K., Janisse, J., Patterson, G., Huestis, M. A., Ager, J. et Sokol, R. J. (2010). Just say "I don't": Lack of concordance between teen report and biological measures of drug use. *Pediatrics*, 126(5), 887-893.
- DeLisi, M., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P. et Jennings, W. G. (2015). Drugged and dangerous: Prevalence and variants of substance use comorbidity among seriously violent offenders in the United States. *Journal of Drug Issues*, 45(3), 232-248.
- Elliott, D. S. (2006). Serious violent offenders: Onset, developmental course, and termination: The American Society of Criminology 1993 Presidential Address. *Criminology*, 32(1), 1-21. doi:10.1111/j.1745-9125.1994.tb01144.x
- Eysenck, S. B., Easting, G. et Pearson, P. R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Personality and Individual Differences*, 5(3), 315-321.
- Eysenck, S. B. et Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3, Pt 2), 1247-1255.
- Eysenck, S. B. et Zuckerman, M. (1978). The relationship between sensation-seeking and Eysenck's dimensions of personality. *British Journal of Psychology*, 69(4), 483-487.
- Farrington, D. P., Loeber, R. et Ttofi, M. M. (2012). Risk and protective factors for offending. Dans B. C. Welsh et D. P. Farrington (dir.), *The Oxford handbook of crime prevention* (p. 46-69). Oxford University Press.
- Fisher, L. B., Miles, I. W., Austin, S. B., Camargo, C. A. et Colditz, G. A. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: Findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(10), 959-966. doi:10.1001/archpedi.161.10.959.

- Fothergill, K. E., et Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 61-76.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N. et Bergeron, J. (2007). DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (Version 3.2, septembre 2007). www.risq-cirasst.umontreal.ca
- Gimenez, C., Blatier, C., Paulicand, M. et Pez, O. (2005). Délinquance des filles. *Adolescence*, 4(54), 1005-1009. doi:10.3917/ado.054.1005
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 14, 493-506.
- Goldstein, P. J. (1987). Impact of drug-related violence. *Public Health Report*, 102, 625-627.
- Gullo, M. J. et Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1507-1518.
- Haug, S., Núñez, C. L., Becker, J., Gmel, G. et Schaub, M. P. (2014). Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: Results from a longitudinal study. *BMC Public Health*, 14(1), 1202-1217.
- Jacques, S., Allen, A. et Wright, R. (2014). Drug dealers' rational choices on which customers to rip-off. *International Journal of Drug Policy*, 25(2), 251-256.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. et Schulenberg, J. E. (2010). *Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975-2009. Volume I: Secondary school students*. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Kulis, S., Marsiglia, F. F. et Nagoshi, J. L. (2010). Gender roles, externalizing behaviors, and substance use among Mexican-American adolescents. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(3), 283-307. doi:10.1080/1533256X.2010.497033
- Lacharité-Young, E., Brunelle, N., Rousseau, M., Bourgault Bouthillier, I., Leclerc, D., Cousineau, M. M., ... Dufour, M. (2017). Liens drogue-délinquance lucrative chez les adolescents. *Criminologie*, 50(1), 263-285.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J. et Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 35-67.
- Laprise, P., Gagnon, H., Leclerc, P. et Cazale, L. (2012). Consommation d'alcool et de drogues. Dans L. Pica, I. Traoré, F. Bernèche, P. Laprise, L. Cazale, H. Camirand... N. Plante (dir.), *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie* (Tome 1, p. 169-207). Institut de la statistique du Québec.
- 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(1), 121-164.

- Le Blanc, M. (2010a). Un paradigme développemental pour la criminologie : développement et autorégulation de la conduite déviante. *Criminologie*, 43(2), 401-428. doi:10.7202/1001783ar
- Le Blanc, M. (2010b). *MASPAQ : Mesures de l'adaptation sociale et psychologique pour les adolescents québécois*. Université de Montréal.
- Lucia, S. et Jaquier, V. (2012). Délinquance, victimation et facteurs de risque : différences et similitudes entre les filles et les garçons. *Déviante et société*, 36(2), 171-199. doi:10.3917/ds.362.0171
- Maneiro, L., Gómez-Fraguela, J. A., Cutrín, O. et Romero, E. (2017). Impulsivity traits as correlates of antisocial behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 104, 417-422.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., García-Cueto, E. et García-Rodríguez, O. (2015). The association of both self-reported and behavioral impulsivity with the annual prevalence of substance use among early adolescents. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 10-23.
- Meloche, J. et Allaire, J.-F. (2007). *Régression logistique*. Groupe de consultation en statistique, Centre de recherche, Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Melotti, G. et Passini, S. (2018). Drug use and violence among adolescents: The mediation effect of attitudes supporting violence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(4), 244-250.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Loi de l'effet* [en ligne]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000271/#:~:text=L'affiche%20Loi%20de%20l,exp%C3%A9rience%20de%20la%20consommation.>
- Monahan, K. C., Rhew, I. C., Hawkins, J. D. et Brown, E. C. (2014). Adolescent pathways to co-occurring problem behavior: The effects of peer delinquency and peer substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 630-645.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D., Hellmuth, J. C. et Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247-274.
- Moreau, G. (2019). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2018. *Juristat : Centre canadien de la statistique juridique*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.
- Ouimet, M. (2015). *Les causes du crime : examen des théories explicatives de la délinquance, du passage à l'acte et de la criminalité*. Les Presses de l'Université Laval.
- Parsai, M., Voisine, S., Marsiglia, F. F., Kulis, S. et Nieri, T. (2009). The protective and risk effects of parents and peers on substance use, attitudes, and behaviors of Mexican and Mexican American female and male adolescents. *Youth & Society*, 40(3), 353-376. doi:10.1177/0044118X08318117
- Patton, J. H., Stanford, M. S. et Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Plourde, C. et Brochu, S. (2003). Les modèles conceptuels explicatifs de la relation entre la consommation d'alcool et des drogues illicites et la criminalité. L'intervenant. *Revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Dossier Drogue-Crime)*, 19(3), 9-12.

- Quinn, P. D. et Harden, K. P. (2013). Differential changes in impulsivity and sensation seeking and the escalation of substance use from adolescence to early adulthood. *Development and Psychopathology*, 25(1), 223-239.
- Rascle, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain: A Bilingual and Multi-Disciplinary Journal in Human Factors*, 64(2), 97-118
- Rothman, E. F., McNaughton Reyes, L., Johnson, R. M. et LaValley, M. (2012). Does the alcohol make them do it? Dating violence perpetration and drinking among youth. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 103-119.
- Salas-Wright, C. P., Olate, R. et Vaughn, M. G. (2016). Preliminary findings on the links between violence, crime, and HIV risk among young adults with substance use disorders in El Salvador. *Journal of Substance Use*, 21(1), 35-40.
- Santé Canada. (2019). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019*. <https://www.canada.ca/fr/santecanada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detailles.html#t15>
- Seffrin, P. M. et Domahidi, B. I. (2014). The drugs–violence nexus: A systematic comparison of adolescent drug dealers and drug users. *Journal of Drug Issues*, 44(4), 394-413.
- Shamosh, N. A., DeYoung, C. G., Green, A. E., Reis, D. L., Johnson, M. R., Conway, A. R. A., Engle, R.W., Braver, T.S. et Gray, J. R. (2008). Individual differences in delay discounting: Relation to intelligence, working memory; and anterior prefrontal cortex. *Psychological Science*, 19(9), 904-911. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02175.x
- Sharma, G., Oden, N., vanVeldhuisen, P. C. et Bogenschutz, M. P. (2016). Hair analysis and its concordance with self-report for drug users presenting in emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 167, 149-155.
- Shook, J. J., Vaughn, M. G. et Salas-Wright, C. P. (2013). Exploring the variation in drug selling among adolescents in the United States. *Journal of Criminal Justice*, 41(6), 365-374.
- Skara, S., Pokhrel, P., Weiner, M. D., Sun, P., Dent, C. W. et Sussman, S. (2008). Physical and relational aggression as predictors of drug use: Gender differences among high school students. *Addictive Behaviors*, 33(12), 1507-1515.
- Stautz, K. et Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 574-592.
- Stoddard, S. A., Epstein-Ngo, Q., Walton, M. A., Zimmerman, M. A., Chermack, S. T., Blow, F. C., Booth, B.M. et Cunningham, R. M. (2015). Substance use and violence among youth: A daily calendar analysis. *Substance Use & Misuse*, 50(3), 328-339.
- Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S. et Burns, L. (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addictive Behaviors*, 45, 207-213.

Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics, Fifth Edition*. Harper Collins College Publishers.

Tomlinson, M. F., Brown, M. et Hoaken, P. N. (2016). Recreational drug use and human aggressive behavior: A comprehensive review since 2003. *Aggression and Violent Behavior, 27*, 9-29. doi:10.1016/j.avb.2016.02.004

Tremblay, J., Brunelle, N. et Blanchette-Martin, N. (2007). Portrait des activités délinquantes et de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes consultant un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. *Criminologie, 40*(1), 79-104. doi:10.7202/016016ar

Tremblay, J., Stinchfield, R., Wiebe, J. et Wynne, H. (2010). *L'inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent (ICJA). Rapport final de la Phase III*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Consortium interprovincial de recherche sur les jeux de hasard. <https://cqdt.wordpress.com/category/adolescents/page/11/>

Vitaro, F., Arseneault, L. et Tremblay, R. E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction, 94*(4), 565-575.

Vitaro, F., Wanner, B., Carbonneau, R. et Tremblay, R. (2007). La pratique des jeux de hasard et d'argent, les comportements délinquants et la consommation problématique de substances psychotropes : une perspective développementale. *Criminologie, 40*(1), 59-77.

Zhou, J., Witt, K., Zhang, Y., Chen, C., Qiu, C., Cao, L. et Wang, X. (2014). Anxiety, depression, impulsivity and substance misuse in violent and non-violent adolescent boys in detention in China. *Psychiatry Research, 216*(3), 379-384.