

Université de Montréal

**L'apport des savoirs expérientiels à la compréhension des dépendances :
le cas de personnes avec une expérience d'itinérance participant au projet Chez Soi à
Montréal**

par

Marcio Gutiérrez-Araya

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en sociologie

Avril 2016

© Marcio Gutiérrez-Araya

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
L'apport des savoirs expérientiels à la compréhension des dépendances :
le cas de personnes avec une expérience d'itinérance participant au projet Chez Soi à
Montréal

Présenté par :
Marcio Gutiérrez-Araya

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nicolas Sallée
Président du jury

Christopher McAll
Directeur de recherche

Karine Bertrand
Membre du jury

Résumé

Dans la littérature sur les dépendances, les auteurs mettent souvent l'accent sur les dimensions biologique, psychologique, sociologique, ou sur une combinaison de celles-ci, sans prendre en considération la perception des personnes dépendantes. De plus, il semblerait y avoir des divergences entre les différents modèles explicatifs qui peuvent être situés entre deux pôles principaux : dans le premier, la consommation prend source à partir de facteurs individuels; dans le second, ce sont les conditions sociales qui créent le terreau propice à l'usage de drogues. Cette dichotomie est incarnée par la divergence entre les modèles sociologique et les approches psychologique et biologique.

Or, tel que le suggèrent Allué (1999) et Griffiths (2005), il faut s'intéresser à la perception des individus pour en saisir toute l'entièreté et l'intensité de leur expérience. Dans cette recherche, la parole de douze participants du projet Chez Soi, un projet d'intervention ayant pour objectif d'offrir un logement subventionné et un suivi intensif par des équipes d'intervenants à des personnes en situation d'itinérance ayant des problèmes de santé mentale, sera analysée afin de voir quel est l'apport de leurs savoirs expérientiels à la compréhension de la consommation. Comment perçoivent-ils leurs problèmes de consommation? Quelle est la contribution des savoirs expérientiels de ces personnes à la compréhension de la toxicomanie? Quels liens peut-on faire entre la perception des participants et la littérature consultée?

Ce mémoire permet de constater que les participants et leurs savoirs expérientiels nous apportent une compréhension holistique de la consommation car ils conjuguent les dimensions sociologique, psychologique et biologique dans leurs explications. Bien que la dimension relationnelle soit prédominante, la perception qu'ont les participants de leurs dépendances est notamment abordée à travers la thématique de la santé mentale. En contextualisant les éléments soulevés par les participants au sujet de leur consommation dans leurs histoires de vie, nous pouvons nous rendre compte que ceux-ci sont pris dans une sorte d'engrenage qui les enferme dans la consommation.

Mots-clés : itinérance, toxicomanie, dépendances, savoirs expérientiels, perception, santé mentale, inégalités sociales, discrimination, Chez Soi, logement d'abord.

Abstract

In the literature on addictions, authors often put the emphasis on the biological, psychological, or sociological dimensions or some combination of them, without taking into consideration people's own perspectives on their drug use. Moreover, there seem to be divergences amongst the various explicative models, which may be situated between two majors poles: in the first, addiction takes source in individual factors; in the second, social conditions create propitious grounds for drug usage. This dichotomy is incarnated by the divergence between the sociological models and the psychological and biological models.

However, as suggested by Allué (1999) and Griffiths (2005), one must take into consideration the individual's perception in order to appreciate the wholeness and intensity of their experience. In this research, testimonies of twelve participants from the At Home project, an intervention project whose aim is to offer subsidized housing and an intensive follow-up by teams of interveners to homeless people with mental health issues, will be analyzed in order to pin down the contribution of their experiential knowledge to the understanding of addiction. How do they perceive their addiction problems? How can one relate the participants' perception to the existing literature?

This thesis highlights that participants and their experiential knowledge bring us a holistic understanding of addiction because they tend to combine the sociological, psychological and biological dimensions in their explanations. Even though the relational dimension is predominant, the perception that the participants have of their addictions is addressed under the thematic of mental health. By putting into context the elements brought up by the participants regarding addiction throughout their life, we can realize that they are caught up in a spiral of addiction.

Keywords: homelessness, addiction, experiential knowledge, mental health, social inequalities, discrimination, At Home, housing first

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : Itinérance et usage de drogues.	5
Diminution des opportunités, pauvreté extrême et usage de drogues.....	5
Usure des liens sociaux, disqualification sociale et usage de drogues.....	6
Usage de drogues, souffrance sociale, éloignement du système de santé et automédication.....	8
Santé mentale, consommation et itinérance.	10
Conclusion	12
Chapitre 2 : Les théories sociologiques sur l'usage de substances addictives.	14
La toxicomanie : le résultat de l'anomie?	14
Usage de drogues et interactionnisme symbolique.....	17
Le toxicomane, un acteur social ordinaire?.....	20
L'individu rationnel, ses choix et le contrôle de soi.	23
Usage de drogues, inégalités socioéconomiques et discriminations.....	26
Conclusion	30
Chapitre 3 : les théories psychologiques et biologiques sur les dépendances.	32
La personnalité inadéquate comme modèle explicatif des dépendances.	32
La théorie du conditionnement opérant.	37
Les dépendances : une question de gènes?	41
Conclusion	45
Chapitre 4 : Les approches biopsychosociales sur l'usage et l'abus de substances addictives.	46
Retour sur les théories sociologiques, psychologiques et biologiques.	46
Les premières théories biopsychosociales sur l'usage de substances addictives.....	48
Les théories biopsychosociales contemporaines sur l'usage de substances addictives.	53
Conclusion	57
Chapitre 5 : Reformulation de la question et méthodologie.	59
Reformulation de la question	59
Méthodologie	63
Chapitre 6 : Trajectoires de vie et usage de substances addictives avant le projet Chez Soi selon les participants.	66
Le cas de Jocelyn (groupe expérimental).....	66
Le cas de Sonia (groupe témoin).....	70
Vie à la rue et perception des consommations chez Jocelyn et Sonia	74

Vie à la rue et perception des consommations chez les autres participants des groupes témoins et expérimentaux.....	75
Santé mentale et consommation.....	75
Pairs et consommation.....	77
Liens familiaux et consommation.....	78
Conclusion.....	80
Chapitre 7 : Trajectoires de vie et usage de substances addictives après 18 mois selon les participants.....	82
Le cas de Marie-Hélène (groupe témoin).....	82
Le cas de Benoit (groupe témoin).....	85
Le cas de René (groupe expérimental).....	87
Le cas d'Amélie (groupe expérimental).....	88
Réflexions sur les cas de Marie-Hélène et Benoit (groupes expérimentaux) et de René, et Amélie (groupes témoins).....	91
Les cas de Marie-Hélène et Benoit (groupes témoins).....	91
Les cas de René et d'Amélie (groupes expérimentaux).....	95
18 mois plus tard pour les autres membres des groupes expérimentaux et témoins.....	101
Perceptions de la consommation.....	102
Consommation et pairs chez les participants des groupes témoins.....	103
Consommation et pairs chez les participants des groupes expérimentaux.....	109
Liens familiaux et consommation après 18 mois pour les membres des groupes témoins et expérimentaux.....	112
Santé mentale et consommation chez les participants des groupes témoins.....	115
Santé mentale et consommation chez les participants des groupes expérimentaux.....	116
Soutien et consommation chez les membres des groupes témoins.....	120
Soutien et consommation chez les membres des groupes expérimentaux.....	121
Consommation et santé physique chez les membres des groupes témoins.....	122
Consommation et santé physique chez les membres des groupes expérimentaux.....	123
Finances et consommation pour les membres des groupes témoins.....	124
Finances et consommation pour les membres des groupes expérimentaux.....	126
Conclusion.....	126
Chapitre 8 : Retour sur la littérature.....	129
Le point de vue des auteurs : les divergences entre les modèles explicatifs.....	129
Itinérance et usage de drogues.....	130
La divergence entre les modèles sociologiques et les modèles psychologiques et biologiques...	131

Les approches biopsychosociales	134
Mise en parallèle	135
Liens avec les approches sociologique, psychologique et biologique.	136
Liens avec les approches biopsychosociales.	140
Forces et limites de la recherche	145
Conclusion	147
Conclusion	149
Bibliographie	153
Annexe 1	i
Annexe 2	ix

Liste des figures

Figure 1: Diagrammatic presentation of the development of nicotineism (Bejerot, 1980).....40

Figure 2: Framework for a theory of drug use (Huba *et al.*, 1980)49

Remerciements

L'accomplissement de mon mémoire marque également la fin de mon parcours au Département de sociologie de l'Université de Montréal. Je profite de ces quelques lignes pour remercier les personnes qui ont contribué à rendre ce parcours aussi enrichissant.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers mon directeur de maîtrise, Christopher McAll, qui a été la personne qui a le plus marqué mon parcours en sociologie. Je le remercie pour son encadrement, son enseignement et pour les nombreuses opportunités qu'il m'a offertes. Je le remercie de m'avoir transmis sa passion pour cette discipline, pour l'histoire de la pensée sociale, et pour la recherche.

Je remercie aussi mes parents, ma sœur et mon frère pour le support moral et financier. Merci à Étienne pour avoir été présent tout au long de mon parcours et pour son soutien moral. Nos discussions et nos séances de training au *Fit for life* ont contribué à me faire croître. J'aimerais également remercier Andréanne pour son soutien moral, ses judicieux commentaires, pour tous ses encouragements. Je tiens aussi à remercier Alexandra, Olivier, Pierre-Luc et Simon pour m'avoir appuyé.

Je tiens également à remercier l'équipe du CREMIS et le département de sociologie de l'Université de Montréal.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance envers l'équipe du projet Chez Soi, et surtout envers tous les participants et participantes qui ont donné corps à ce projet.

Introduction

Selon Roy et Hurtubise (2008), la question de l'itinérance est au cœur du débat public au Québec depuis une quarantaine d'années. D'ailleurs, le terme « itinérant » serait apparu dans les années 1970 dans les milieux de l'intervention pour désigner une personne dépourvue de logement qui doit suivre un itinéraire journalier pour satisfaire ses besoins élémentaires (Roy, 2008). Toujours selon Roy (2008), malgré les innombrables initiatives, les ressources accordées pour lutter contre l'itinérance se sont avérées incapables de faire reculer le phénomène de manière prononcée. Selon plusieurs auteurs, dont Fortier, Thibaudeau et Campeau (1998), les intervenants seraient confrontés à plusieurs difficultés telles que le manque de moyens et l'incapacité du système psychiatrique de prendre en charge les personnes itinérantes avec un problème de santé mentale. En outre, Hurtubise (2011) soutient qu'ils doivent également faire face à plusieurs contraintes liées à leur milieu professionnel.

Plus récemment, un rapport publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014) semblerait confirmer les observations de plusieurs intervenants et chercheurs au sujet de l'augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance. Les auteurs font état de la difficulté à déterminer le nombre exact d'individus à la rue, mais ils soutiennent qu'il y aurait une augmentation de la fréquentation des ressources pour les personnes en situation d'itinérance. En outre, ils estiment que la population masculine y est surreprésentée, dont plusieurs ayant des problèmes de dépendance, des troubles mentaux, et des infections transmises sexuellement et par le sang.

C'est dans ce contexte que le projet Chez Soi fut officiellement lancé en novembre 2009 à Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg et Moncton, à la suite de la création de la Commission de la santé mentale du Canada en 2007. Les initiateurs du projet se sont inspirés de l'approche *Logement d'abord* qui fut mise au point par Sam Tsemberis au début des années 1990, et appliquée initialement aux États-Unis sous l'administration Bush. Les participants, des personnes en situation d'itinérance ayant reçu un diagnostic de santé mentale, ont eu accès à un logement subventionné et à des services adaptés à leurs besoins. À Montréal, 469 individus furent recrutés, dont 285 ont été répartis dans les groupes expérimentaux et 184 dans les groupes témoins. Après leur admission au projet Chez Soi, 46 personnes furent

sélectionnées pour une première série d'entrevues portant sur leurs histoires de vie. Par la suite, ces mêmes personnes (sauf une ayant décédé) furent de nouveau interviewées dix-huit mois plus tard pour faire un retour sur leurs expériences de vie pendant cette période.

Dans la présente recherche, nous nous intéressons à la perception de la consommation des participants des groupes témoins et expérimentaux en situant celle-ci dans leur trame narrative respective. Quel est l'intérêt d'avoir recours aux savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi? Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'avoir recours à la perception des individus afin d'appréhender certains phénomènes étrangers au chercheur. Selon Marta Allué (1999), qui a écrit un récit autobiographique sur son expérience dans un centre de personnes brûlées et sur son rapport à la douleur, il est important de se pencher sur la perception des individus dans un contexte où leur parole n'est pas prise en compte par les professionnels de la santé et où il y a donc des rapports sociaux de domination. Pour l'auteure, il est possible de partager la douleur des autres, mais il faut « devenir l'autre » en s'attardant sur sa perception pour en saisir son entièreté et son intensité. En d'autres termes, il faut s'intéresser à la perception des individus et aux savoirs expérientiels qui en découlent au lieu de strictement observer leur vécu.

Dans le même ordre d'idées, Griffiths (2005) propose de s'intéresser à la parole des individus et à leurs expériences subjectives si l'on veut appréhender leur perception des dépendances. Selon lui, étant donné que les dépendances peuvent dépasser la simple utilisation de substances addictives et donc être comportementales, il faut élargir la définition de ce qui constitue une dépendance. Il soutient que les dépendances sont vécues « subjectivement », car elles sont ressenties psychologiquement et physiquement, et qu'elles ont aussi un impact sur l'entourage de la personne dépendante. En d'autres termes, pour Griffiths (2005), s'attarder à la perception des individus permet d'avoir une compréhension plus holistique et réflexive des dépendances.

En somme, avoir recours aux savoirs expérientiels et à la perception des participants permet d'avoir une compréhension plus holistique et réflexive des phénomènes étrangers aux chercheurs, spécialement dans les contextes dans lesquels il peut exister des rapports sociaux de domination et dans lesquels ces derniers ainsi que les professionnels de la santé, font

généralement abstraction de ce type de connaissance. Notre intérêt pour la perception des participants du projet Chez Soi découle donc de cette posture compréhensive où la signification qu'accorde un sujet à son expérience est avancée tout au long de la recherche.

Dans la littérature sur les dépendances, plusieurs approches mettent davantage l'accent sur les dimensions biologique, psychologique ou sociologique de la dépendance (il existe également des approches combinant les trois disciplines), sans prendre en compte la perception des personnes dépendantes. En outre, les points de vue des auteurs consultés sont souvent divergents. Or, tel que le suggèrent Allué (1999) et Griffiths (2005), il faut s'intéresser à la perception des individus pour en saisir toute l'entièreté et l'intensité de leur expérience. Dans cette recherche, la parole des participants du projet Chez Soi sera donc mise de l'avant afin de voir quel est l'apport de leurs savoirs expérientiels à la compréhension de la consommation. Dans cet ordre d'idées, notre question principale est donc celle-ci : comment les participants du projet Chez Soi perçoivent-ils leurs problèmes de consommation? Nous nous poserons également les questions suivantes : quelle est la contribution des savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi à la compréhension de la toxicomanie? Quels liens peut-on faire entre la perception des participants et la littérature consultée?

Une attention particulière sera accordée à la manière dont le thème de la consommation est soulevé par les participants concernant les dimensions sociales, psychologiques et biologiques de leur discours.

Le premier chapitre portera sur le lien entre l'itinérance et la consommation et nous permettra de renforcer la problématique de ce mémoire. Au deuxième chapitre, nous nous pencherons sur les théories sociologiques de l'usage de drogues et d'alcool. Au troisième chapitre, nous présenterons plusieurs courants théoriques en psychologie et biologie sur les dépendances. Au quatrième chapitre, nous présenterons les approches biopsychosociales ayant été développées depuis les années 1980 pour expliquer le développement des conduites dites toxicomaniaques. Nous consacrerons le cinquième chapitre à la reformulation de la question de recherche et à la méthodologie. Au sixième et au septième chapitre, nous enchaînerons avec l'analyse des histoires de vie en mettant l'accent sur la perception qu'ont les participants des groupes témoins et expérimentaux de leur consommation. Au huitième chapitre, nous

terminerons notre analyse en faisant un retour sur la littérature. Ce sera l'occasion de mettre en parallèle la parole des participants et le point de vue des auteurs consultés au sujet de la consommation. Nous conclurons ce mémoire avec une réflexion sur la nature des savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi et sur l'apport de ces savoirs à la compréhension de la consommation.

Chapitre 1 : Itinérance et usage de drogues.

Ce mémoire vise à appréhender la perception des participants du projet Chez Soi afin de voir quel est l'apport de leurs savoirs expérientiels à la compréhension de la consommation. Ces personnes ont fait l'expérience de la vie à la rue et ont consommé des substances addictives pendant plusieurs années. Dans cette optique, nous présenterons dans ce premier chapitre une littérature portant sur l'itinérance et la toxicomanie pour voir comment celles-ci sont abordées par les auteurs consultés. Ce chapitre nous permettra de renforcer la problématique de ce mémoire. D'abord, un bref survol est effectué sur les théories sociologiques développées par des auteurs qui expliquent comment s'entrecroisent la marginalité extrême telle que l'itinérance, et l'usage de drogues et d'alcool. Ensuite, les théories de l'usure du lien social seront explorées afin d'appréhender les divers processus pouvant mener au développement de dépendances. Par la suite, la thématique de la souffrance sociale sera abordée en lien avec de l'éloignement du système de santé et de l'usage de drogues comme forme d'automédication. Finalement, le lien entre l'itinérance, la santé mentale et la consommation de produits psychoactifs sera examiné.

Diminution des opportunités, pauvreté extrême et usage de drogues.

Selon certains courants sociologiques, l'utilisation de substances addictives chez les personnes en situation de pauvreté extrême est associée à l'exclusion sociale et à la diminution des opportunités pour accéder à une vie « conventionnelle ». Par exemple, Merton (1938) affirmait que les individus qui rejettent les objectifs culturels ainsi que les moyens légitimes et illégitimes de les réaliser peuvent adopter un comportement d'évasion (*retreatism adaptation*) afin de résoudre le conflit mental qui les habite. Il classifie les « toxicomanes », les « alcooliques », les « parias », les « marginaux » et les « vagabonds » dans cette catégorie. L'auteur soutient que pour comprendre l'origine des comportements « antisociaux » tels que la consommation de drogues ou l'abus d'alcool, il faut non seulement s'intéresser à l'idéologie dominante de son époque où la réussite sociale est associée à l'accumulation de richesses, mais également à la structure sociale « rigide », qui limite les opportunités d'ascension sociale. À ce sujet, il écrit :

It is only when a system of cultural values extols, virtually above all else, certain *common* symbols of success *for the population at large* while its social structure rigorously restricts or completely eliminates access to approved modes of acquiring these symbols *for a considerable part of the same population*, that antisocial behavior ensues on a considerable scale. In other words, our egalitarian ideology denies by implication the existence of noncompeting groups and individuals in the pursuit of pecuniary success. The same body of success-symbols is held to be desirable for all. These goals are held to *transcend class lines*, not to be bounded by them, yet the actual social organization is such that there exist class differentials in the accessibility of these *common* success-symbols. (Merton, 1938: 680)

Bourgois (1992) et Currie (1993) avancent des constats similaires. Pour le deuxième, la diminution des opportunités crée le terreau propice à l'abus de drogues en causant de la pauvreté, en affaiblissant les communautés et les familles, et en leur « niant une raison d'être et un sentiment d'utilité » (notre traduction, Currie, 1993: 284). Pour Bourgois, la diminution des opportunités dans les quartiers défavorisés a pour conséquence que les jeunes se lancent dans l'industrie du crack afin de trouver une sortie à l'oppression structurelle et à la marginalisation sociale. Cependant, tel qu'il le démontre à travers son observation d'individus en situation d'itinérance qui habitent dans un *shooting gallery*, peu d'entre eux réussiront à percer dans la vente de crack, et ils finiront ultimement par tomber dans la drogue.

Usure des liens sociaux, disqualification sociale et usage de drogues.

Pour d'autres auteurs plus récents, tels que Dequire et Jovelin (2007) qui ont mené une enquête sur les jeunes adultes sans-domiciles, la consommation de drogues peut mener à l'usure des liens sociaux. S'inspirant des travaux de Jean-François Laé, ils soutiennent que l'usure des liens sociaux est un processus qui peut mener quelqu'un à la rue. Pour ces auteurs, les ruptures soudaines occasionnant l'isolement total sont rares. Il s'agirait plutôt d'un processus lent, de mouvements d'aller-retour entre la famille, les pairs et les logements provisoires au rythme d'une accumulation de fautes, de pardons et de récidives jusqu'à ce que finalement, l'éloignement apparaisse comme une solution.

Pour Paugam (1991, 2005), il s'agit du contraire : le processus de disqualification sociale peut mener quelqu'un à utiliser des substances addictives afin de faire face à ses

échecs. Sans mettre l'accent sur l'usage de drogues, Paugam schématise bien le parcours que peuvent suivre les utilisateurs de drogues qui finissent par « user » leurs liens sociaux et tomber à la rue. L'auteur décompose le processus de disqualification sociale en trois phases : la fragilité, la dépendance et la rupture. Le concept de fragilité « correspond à l'apprentissage de la disqualification sociale » (Paugam, 2005 : 61). Les individus en situation de fragilité ont en commun une forte précarité économique, car ils viennent de perdre leur emploi récemment ou occupent des emplois temporaires ou précaires et doivent donc recourir à l'aide sociale. Sans être complètement assistés, ils doivent régulièrement avoir recours à cette aide afin de traverser les périodes de difficulté. Cela ne se fait pas sans une certaine frustration de la part de l'individu touché par la précarité, car il possède encore les référents et les normes de son ancien groupe d'appartenance. Il n'a pas encore intériorisé son nouveau statut et il a le sentiment d'avoir vécu un déclassement. Les individus ayant atteint le stade de fragilité se sentent tomber dans l'exclusion et endossent progressivement le stigmate. Cependant, il est possible que l'individu résiste à l'étiquette et essaye de se démarquer des gens qui paraissent être davantage exclus en adoptant une attitude empreinte de mépris.

Selon Paugam, « [la] fragilité peut conduire à la phase de dépendance vis-à-vis des travailleurs sociaux [...] » (Paugam, 2005 : 62). Il s'agit donc de « la phase de prise en charge régulière des difficultés par les services d'action sociale » (Paugam, 2005 : 62). Les personnes dans cette situation ont accepté leur statut et ils ont appris les codes de l'aide sociale. En effet, elles ont fait l'apprentissage des rôles sociaux qui correspondent aux attentes des travailleurs sociaux. Pour Paugam, c'est à partir « de ce moment qu'elles commencent à justifier et rationaliser l'assistance dont elles bénéficient. » (Paugam, 2005 : 9).

Lorsque les « handicaps » se sont accumulés, les individus peuvent vivre la phase de la rupture du lien social. Ces personnes « peuvent sortir du filet ultime de la protection sociale et connaître ensuite des situations de plus en plus marginales où la misère est synonyme de désocialisation » (Paugam, 2005 : 64). Ces personnes sont éloignées du marché du travail, ont perdu contact avec leur famille et n'ont pas de logement. Tomber à la rue serait donc la « phase ultime du processus [de disqualification sociale], le produit d'une accumulation d'échecs qui a conduit à une forte marginalisation » (Paugam, 2005 : 10). Pour Paugam, ce qui explique cette marginalisation est l'absence de liens stables avec la famille. Ceux qui vivent

des difficultés et qui ne sont pas appuyés par des membres de leur famille sont privés d'une « des formes élémentaires de la solidarité » (*Ibid* : 11). Les individus qui vivent une situation de rupture sociale peuvent se justifier en affirmant qu'ils veulent garder leur liberté. À ce stade, la consommation de drogues et d'alcool leur permet de supporter leurs échecs :

N'ayant plus aucun espoir de s'en sortir véritablement, ces personnes ont le sentiment qu'elles sont inutiles à la société. Elles ont perdu le sens de leur vie. Elles recherchent alors souvent dans l'ivresse la compensation à leurs malheurs ou à leurs échecs. Les travailleurs sociaux qui tentent de les réinsérer soulignent que le problème majeur qu'ils rencontrent est celui de l'alcool ou de la drogue (Paugam 2009 : 64).

Pour Paugam, ces derniers sont actifs dans la définition de leur identité, car ils intériorisent certains rôles qui sont associés à leur statut et utilisent plusieurs stratégies dans le but de résister aux stigmates ou pour rendre leur condition plus supportable.

Usage de drogues, souffrance sociale, éloignement du système de santé et automédication.

Au début des années 2000, Lamoureux (2001) écrivait qu'une personne peut ressentir de la « souffrance sociale » lorsqu'elle est victime de discrimination ou lorsqu'elle porte une étiquette négative telle qu'itinérant ou toxicomane. L'auteure soutient que cette souffrance se vit dans les rapports sociaux, politiques, et économiques (Lamoureux, 2001). Ces personnes peuvent avoir l'impression d'avoir perdu leur identité au profit d'une étiquette connotée négativement. Elles ont alors l'impression d'être traitées avec mépris et condescendance. Cette étiquette qui les prive « de toute forme d'individualité ou de subjectivation » (Lamoureux, 2001 : 34) les expose donc à des rapports sociaux inégalitaires. Ils n'ont donc plus d'existence sociale et ils devront faire face à des inégalités dans l'accès au logement, dans l'accès au système de santé et dans l'accès aux ressources financières.

L'exclusion que vivent ces individus stigmatisés soulève un problème inquiétant quant à la fréquentation du système de santé. En effet, tel que le souligne Plante en citant Viviane Kovess-Masfety, l'exclusion produit chez les individus qui la vivent un sentiment d'« inutilité sociale » et de dévalorisation de soi qui entraînent « une souffrance psychique et de la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel » (Plante, 2007 : 219). Cette souffrance aurait

pour conséquence de mener certains individus au renoncement, en particulier à l'abandon des soins corporels, et « à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent importante aux maladies organiques et psychiques » (Plante, 2007 : 219). En outre, le statut social de ces derniers favorise leur éloignement du système de santé. En effet, tel que Rode l'a démontré dans ses travaux sur l'éloignement des services publics de certaines tranches de la population en situation de précarité en France, les individus doivent « faire face à une succession de barrières, qui sont d'autant plus hautes que l'on est situé en bas de l'échelle sociale » lorsqu'ils désirent obtenir les services d'un professionnel de la santé (Rode, 2011 : 25). Selon l'auteur, ces derniers auraient l'impression d'être à l'écart du système de santé et se sentiraient « rejetés » par la société. Ils auraient alors tendance à s'auto-exclure du système de santé en justifiant ce choix par une aspiration à l'autonomie. Il y a une dizaine d'années, Furtos (2005) avait émis un constat similaire à celui de Rode et de Plante au sujet de l'abandon de soi. En effet, il soutient que les individus stigmatisés peuvent s'auto-exclure et s'« anesthésier » afin d'éviter de souffrir :

Le sujet humain est obligé, pour survivre dans certaines conditions, de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité et il se coupe de sa propre souffrance pour ne pas souffrir l'intolérable et s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre. C'est un paradoxe gravissime et cette conduite peut aller jusqu'à l'incurie qui devient une pathologie de la disparition, de l'abandon et du désinvestissement de soi-même. Ces pathologies extrêmes de l'autoexclusion, de la disparition, seraient importantes à notre époque. (Furtos, 2005 : 21)

Lorsque les individus en situation d'exclusion, tels que les personnes itinérantes, ont recours au système de santé, cette expérience peut être vécue comme une humiliation. Ces dernières vivraient de la honte et auraient l'impression d'être « impuissantes », « désespérées » et « dépassées » (Plante, 2007). Parizot (2003) écrit que les individus ayant vécu un déclassement social sont souvent gênés d'avoir recours aux aides institutionnelles. Cette expérience serait vécue sur le mode de la culpabilité puisque « ces recours s'opposent aux valeurs d'autonomie financière auxquelles ils se référaient jusqu'alors et représentent à leurs yeux un "manquement au devoir être social" » (Parizot, 2003 : 99). Fréquenter les dispositifs de précarité hospitaliers serait alors perçu comme un signe d'échec et confère à l'individu un statut social inférieur (Parizot, 2003 : 99). Ce rapport négatif au système de santé renforcerait la dynamique d'auto-exclusion (Plante, 2007).

En outre, le recours au système de santé peut être vécu difficilement par les personnes en situation d'itinérance, car certaines interventions sont perçues comme étant coercitives à cause de leur nature normalisatrice. Au lieu d'encourager le développement du mieux-être des individus, ces approches visent plutôt l'« éradication des pratiques à risque » (Richard et MacLorin, 2011) tel que l'utilisation de drogues et « tentent le plus souvent de diaboliser et d'effacer l'expérience de rue pour renforcer l'adoption d'un mode de vie qualifié de plus conventionnel et conforme aux attentes sociétales » (Bellot, Rivard et Greissler, 2010 : 173).

On pourrait se demander si l'évitement du système de santé ne mène pas à des pratiques d'automédication. Tel que l'avance Rode (2011 : 28), certains individus justifient leur éloignement du système de santé parce qu'ils aspirent à l'autonomie. Il soutient que cela se manifeste dans les diverses pratiques d'automédication qu'utilisent ces personnes et que cela démontre leur « volonté d'être autonomes à l'égard de leur santé, c'est-à-dire d'être auto-soignant » (Rode, 2011 : 28). Selon Rossier *et al* (2009), qui se basent sur les travaux de Valleur (2006) et de Krystal (1988), l'hypothèse de l'automédication suppose que « la souffrance psychique précède la dépendance et que la consommation n'est qu'un « pansement » par rapport à l'ampleur des sources de souffrance chez un individu donné » (Rossier *et al*, 2009 : 93). Ils ajoutent :

« Plus spécifiquement, cette hypothèse soutient que les substances psychoactives sont utilisées pour compenser un déficit interne d'effet « barrière » vis-à-vis des stimuli externes qui amènent ces personnes à vivre régulièrement des états de «débordement émotionnel » – elles utiliseraient par conséquent les psychotropes pour s'« autoréguler », ce qu'elles ne parviendraient pas à faire par elles-mêmes » (Rossier *et al*, 2009 : 93)

Santé mentale, consommation et itinérance.

Les questions de la souffrance sociale et de l'automédication soulèvent le sujet de la santé mentale. Étant donné que celle-ci est un des thèmes explorés dans le projet Chez Soi, nous devons brièvement nous y attarder.

Dans le cadre d'une enquête de terrain auprès d'usagers de drogues, Jamouille et Panunzi-Roger (2001) s'intéressent aux parcours de vie de jeunes adultes disqualifiés

socialement. Selon les auteures, consommer des produits psychoactifs leur permettrait de faire face à des états psychiques difficiles :

Le recours aux produits psychoactifs [sic] peut aussi être une forme de réponse à l'angoisse, au stress, à la « rage » (la colère et l'impuissance) ou à la dépression. Certains usagers de drogues parlent de leurs pratiques de consommation d'héroïne comme d'un jeu dangereux (« c'est comme la roulette russe »), mais qui donne du temps et laisse une porte de sortie que le suicide ne laisse pas. La prise de produits permet de « diminuer la pression », de trouver « une sérénité » ou « un certain niveau d'inconscience ». (Jamouille et Panunzi-Roger, 2001 : 37)

Plus récemment, Furtos (2007) s'est intéressé à la « souffrance psychique d'origine sociale » chez l'individu en contexte de précarité. Selon ce dernier, des formes d'exclusion sociale telle que l'itinérance peuvent causer des problèmes de santé mentale. Il soutient que le « syndrome d'autoexclusion » survient en situation d'exclusion :

Pourquoi « auto-exclusion », sinon parce que ce néologisme introduit une duplicité sémantique de psychogenèse et de sociogenèse simultanée. Le terme d'exclusion signifie « être fermé dehors ». Sur le plan social, cela consiste en effet à être objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, cela revient à avoir le sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité, laquelle s'inscrit toujours dans un groupe social ou sociétal particulier. Le terme « auto » renvoie à une activité psychique autonome, car tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir, transformant ainsi le subir en agir. Cette activité psychique qui répond à l'environnement social, et simultanément à l'histoire du sujet, laquelle est toujours elle-même liée à une structuration psychosociale en construction et/ou en déconstruction, est une manière de reprendre ce qui a été décrit par d'autres auteurs sur le versant de la désocialisation. (Furtos, 2007 : 27)

L'auteur ajoute que ce syndrome s'exprimerait principalement par la négation de soi et présenterait des caractéristiques similaires à la schizophrénie. En somme, pour Furtos, comprendre le « syndrome d'autoexclusion » permet d'approfondir la question de la psychogenèse et de la sociogenèse des troubles psychiques en lien avec certains « mécanismes sociaux d'aliénation ».

Conclusion

Dans notre tentative de comprendre le lien entre la santé mentale, les dépendances et l'itinérance, nous avons consulté plusieurs auteurs qui abordent ces thèmes. La littérature consultée nous permet d'enrichir notre compréhension de la toxicomanie et de l'itinérance. En effet, il semblerait que les personnes en situation de marginalité extrême sont davantage à risque de consommer de la drogue ou de l'alcool. Pour Merton (1938), Bourgois (1992) et Currie (1993), qui avancent des explications renvoyant aux structures sociales inégalitaires, cela s'expliquerait par le déclin des opportunités dans les communautés. Paugam (2005), Dequire et Jovelin (2007) mettent plutôt l'insistance sur l'aspect relationnel de la marginalité en l'insérant dans des processus de désocialisation qui culminent ultimement par la chute à la rue, et où la consommation de substances toxicomanogènes joue un rôle en amont (Dequire et Jovelin, 2007) ou en aval (Paugam, 1991, 2005) de ces processus.

Par la suite, nous avons exploré la thématique de la souffrance sociale en lien avec l'exclusion, l'itinérance et la toxicomanie (Lamoureux, 2001) et les problèmes que cela peut engendrer (éloignement du système de santé et automédication par des substances illicites). Enfin, un regard a été jeté sur la santé mentale et l'itinérance.

Il est intéressant de constater que les auteurs mobilisés dans ce chapitre établissent des liens entre les dimensions psychologiques et sociales de la marginalité avec des notions telles que « souffrance sociale » (Lamoureux, 2001), « traumatisme du regard social », « sentiment d'inutilité sociale » (Plante, 2007), « souffrance psychique d'origine sociale » et « syndrome d'autoexclusion » (Furtos, 2007).

Maintenant que nous avons renforcé la problématique de ce mémoire et identifié les enjeux auxquels des personnes toxicomanes en situation d'itinérance peuvent faire face selon les auteurs consultés, nous allons dans les chapitres suivants nous concentrer sur la consommation, thème central de ce mémoire. Il reste toujours des questions en suspens : comment appréhender la toxicomanie d'un point de vue sociologique? Comment la psychologie et la biologie peuvent-elles enrichir notre compréhension des dépendances? Comment les approches multidisciplinaires de la toxicomanie se distinguent-elles de la littérature consultée? Cette mise en contexte théorique nous permettra ensuite de traiter notre

question de recherche et donc de nous attarder à la perception de la toxicomanie des participants du projet Chez Soi. Cela nous permettra de connaître leur perception de la toxicomanie, mais aussi de voir quel est l'apport de leurs savoirs expérientiels à la compréhension de la consommation.

Chapitre 2 : Les théories sociologiques sur l'usage de substances addictives.

Selon certains auteurs (Bergeron, 2008; Currie, 1993) c'est à la suite de la Seconde Guerre mondiale qu'une série d'études en sciences sociales vit le jour pour appréhender l'usage de drogues et la toxicomanie. Plusieurs chercheurs appartenant à différentes écoles de pensée se posèrent la question suivante : quels sont les facteurs et les conditions sociales pouvant mener un individu à consommer des psychotropes? Dans le chapitre qui suit, nous présenterons les principales théories qui nous permettront de répondre à cette question dans l'objectif d'enrichir notre compréhension de la toxicomanie.

La toxicomanie : le résultat de l'anomie?

Merton (1938) a dressé l'esquisse de ce qu'on nommera plus tard la théorie de l'anomie. S'inspirant de la sociologie durkheimienne, Merton conçoit la société comme étant un organisme dont les différentes parties occupent une fonction spécifique permettant le maintien de la structure sociale. De ce point de vue, les individus seraient les unités de base devant s'adapter à la société. Désirant s'écarter des théories qui attribuent les dysfonctionnements de la structure sociale aux pulsions biologiques des individus ayant évité les mailles du contrôle social, Merton (1949) avance que la déviance doit être conçue à partir d'une perspective strictement sociologique. Pour l'auteur, cela signifie de considérer les déviations de comportements comme étant une réponse normale à certaines situations sociales dans lesquelles peuvent baigner les individus. Ainsi, la déviance – dont l'utilisation de drogues – apparaît et s'accroît dans les sociétés inégalitaires composées d'une structure sociale « rigide » qui limite les opportunités d'ascension sociale à la majorité des individus, mais où l'idéologie dominante porte chacun à se convaincre que la réussite sociale est accessible à tous et qu'elle passe par l'accumulation de richesses.

Merton avance que la structure sociale de chaque société est composée de deux éléments. D'une part, chaque société possède des valeurs propres qui définissent les objectifs et les aspirations individuelles. D'autre part, chaque société définit et régule les moyens socialement acceptables afin de réaliser ces objectifs et aspirations. Dans cette optique, la

déviante est perçue comme étant le résultat de l'anomie, c'est-à-dire comme étant le symptôme de dissociation entre les aspirations culturellement définies et les moyens structurellement légitimes de les réaliser (Merton, 1938 : 674). Lorsqu'il y a dissociation, les individus vont alors préférer prendre n'importe quel moyen, qu'il soit légitime ou non, afin de réaliser leurs aspirations. La méthode la plus efficace sera donc préférée à la conduite institutionnellement prescrite. Cependant, lorsqu'un individu rejette les objectifs culturels et les moyens de les réaliser, qu'ils soient socialement acceptables ou pas, il adopterait un comportement d'évasion (*retreatism adaptation*). Merton écrit que cette catégorie d'adaptation inclut différents types de personnes, dont les « toxicomanes », les « alcooliques », les « parias », les « marginaux » et les « vagabonds ». Ce serait un moyen de résoudre le conflit mental que ressentent les individus dans cette situation :

Defeatism, quietism and resignation are manifested in escape mechanisms which ultimately lead the individual to "escape" from the requirements of the society. It is an expedient which arises from continued failure to attain the goal by legitimate measures and from an inability to adopt the illegitimate route because of internalized prohibitions and institutionalized compulsives, *during which process the supreme value of the success-goal has as yet not been renounced*. The [mental] conflict is resolved by eliminating *both* precipitating elements, the goals and means. The escape is complete, the conflict is eliminated and the individual is asocialized. (Merton, 1938: 677-678)

Selon Bergeron (2009), la théorie de Merton fut critiquée et prolongée par Cloward et Ohlin (1960) sur la base d'une étude sur l'utilisation d'opiacés chez les jeunes adultes des milieux défavorisés. Contrairement à ce qu'affirmait ce dernier, ces auteurs soutiennent que le comportement d'évasion ne mène pas forcément à l'isolement social. En effet, en plus d'avoir besoin des autres consommateurs pour s'approvisionner en substances addictives, ces individus doivent également avoir l'opportunité de pouvoir s'immerger dans la sous-culture de la drogue dans laquelle ils pourront acquérir la confiance des anciens consommateurs et apprendre les « traditions » liées à l'usage de ces produits.

Cloward et Ohlin avancent également que l'adoption d'un comportement d'évasion, en particulier celui de la toxicomanie, ne s'applique pas à tous les « *retreatists* ». Pour ces derniers, il est vrai, tel que l'avancait Merton, que certaines personnes éprouvent un conflit

mental à l'idée d'utiliser des moyens illégitimes afin d'atteindre les buts culturellement définis, mais il ne s'agirait que d'une minorité d'individus. Effectivement, ils soutiennent que la majorité des utilisateurs de drogues sont passés par la délinquance avant de tomber dans la sous-culture de l'évasion. Ils concluent que ces individus avaient déjà une attitude défavorable envers les normes, et que les interdictions intériorisées (*internalized prohibitions*) ou le conflit mental ne sont donc pas une condition nécessaire à l'émergence d'un comportement d'évasion. Pour Cloward et Ohlin, il y aurait en fait des obstacles à l'accès à une carrière illégitime. Cela signifierait que ce n'est donc pas tous ceux qui désirent avoir du succès dans l'univers du crime qui réussissent à y parvenir. Les toxicomanes seraient donc des « *double failures* » ayant échoué à atteindre les objectifs culturellement définis par les moyens légitimes et illégitimes d'y parvenir. Par conséquent, ils se seraient repliés dans l'ivresse de la drogue, frustrés de ne pas avoir réussi à s'intégrer dans le monde « normal » ni dans celui de la criminalité (Bergeron, 2009).

La théorie de l'anomie fut vivement contestée par plusieurs chercheurs (Feldman, 1968; Lindesmith et Gagnon, 1964; Preble et Casey, 1969). Selon Goode (2007), la critique de Lindesmith et Gagnon a été parmi les plus virulentes. Goode affirme que selon ces derniers, Cloward et Ohlin ont donné un statut de généralité à leur théorie sans prendre en compte les différentes formes que prennent les usages de la drogue. Lindesmith et Gagnon (1964) soutiennent plutôt que la délinquance ne précède pas toujours la toxicomanie. Ils illustrent leur propos en mentionnant l'existence d'individus socialement intégrés tels que certains fumeurs d'opium dans l'élite américaine et les médecins dépendants aux opiacés. Lindesmith et Gagnon font également remarquer que Cloward et Ohlin n'ont pas défini de manière satisfaisante plusieurs concepts importants tels que la déviance ou l'anomie. En outre, leur hypothèse de la « *double failure* » serait erronée puisque dans la majorité des cas, la dépendance cause l'échec à s'insérer dans le monde de la criminalité, et non le contraire tel que le supposaient ces derniers.

Usage de drogues et interactionnisme symbolique.

Selon les théoriciens de l'interactionnisme symbolique, la participation à un groupe social ayant une attitude favorable envers l'usage de drogues est un facteur déterminant à l'utilisation de celle-ci. Selon Goode (2007), les chercheurs s'inscrivant dans ce courant théorique postulent que l'individu est assimilé dans le groupe à travers un processus de socialisation au niveau interactionnel qui transforme son identité, ses perceptions et ses comportements.

Influencé par les sociologues de l'École de Chicago, Lindesmith (1938) avance qu'une explication sérieuse de la cause des dépendances doit prendre en compte le fait que ce ne sont pas toutes les personnes qui se sont vues administrer des opiacées dans le cadre de traitements médicaux qui sont devenus toxicomanes. En effet, en se basant sur une enquête menée dans un hôpital auprès de patients qui se sont fait prescrire des médicaments à base d'opiacés pour traiter leurs douleurs, Lindesmith soutient que pour devenir dépendant à cette substance, il faut être en mesure d'identifier ses effets et de les associer à sa prise dans le but d'atténuer les symptômes de sevrage :

[...] addiction to opiate drugs is essentially based upon the abstinence symptoms which occur when the effects of the drug are beginning to wear off rather than upon any positive effects or uncanny or extraordinarily pleasurable state of mind erroneously supposed to be produced by the drug in continued use. Addiction is established in the first instance in a process involving (1) The interpretation of the withdrawal symptoms as being caused by the absence of opiates, followed by (2) The use of the drug for the consciously understood purpose of alleviating these symptoms or of keeping them suppressed. (Lindesmith, 1938 : 606)

Selon l'auteur, lorsque l'individu ressent le besoin de consommer de la drogue pour répondre aux symptômes de sevrage, il se redéfinirait comme étant une « dope fiend ». Ce processus de redéfinition de soi atteindrait son apogée lorsque l'individu réajuste sa conception de lui-même grâce aux indices que le groupe lui donne afin d'interpréter son envie de consommer et ses symptômes. Lindesmith écrit que celui-ci finit par accepter son état et qu'il finit par se considérer comme étant « just another junker » lorsqu'il a appris comment interpréter et répondre aux symptômes de sevrage, et lorsqu'il s'est fait assimiler dans la culture de la drogue.

Lindesmith explique également que les effets physiologiques de la drogue n'ont pas de conséquences sur la vie psychique et sociale de l'individu avant que celui-ci n'ait appliqué les « symboles significatifs » employés par le groupe de toxicomanes pour décrire les effets de la drogue et de son absence. Il est donc nécessaire que les autres toxicomanes enseignent au néophyte à comprendre et à décrire ses symptômes pour que ce dernier devienne vraiment dépendant. C'est d'ailleurs pour cette raison, explique Lindesmith, que certains hôpitaux font usage de diverses stratégies pour que le patient n'associe pas ses symptômes au manque d'opiacés : « they prevent the patient from applying certain collective symbols to his own subjective states, prevent the whole experience from being associated with the patient's preconceptions of drug addiction, and so prevent addiction » (Lindesmith, 1938 : 608). Pour qu'il y ait dépendance, il serait *de facto* nécessaire que l'entourage de l'individu définisse la situation pour celui-ci, ce qui lui permettra de rationaliser les malaises physiques dus au sevrage.

Tout comme Lindesmith, Becker (1953, 1963) s'intéresse à l'apprentissage de l'usage de la drogue à partir d'une perspective interactionniste. En se basant sur l'analyse d'entrevues menées auprès de cinquante fumeurs de marijuana, il écrit que ceux-ci finissent par changer d'attitude au sujet de cette substance et qu'ils finissent par l'associer à une source de plaisir (*use for pleasure*¹). Tel que Lindesmith, il désire s'écarter des théories psychologisantes sur l'usage de la marijuana basée sur la prémisse que certains comportements prennent source dans des prédispositions individuelles qui motiveraient l'individu à adopter des conduites toxicomaniaques. Becker écrit que ce type d'explication ne tient pas compte de la variabilité temporelle des comportements individuels ni de l'utilisation de la marijuana chez les personnes ne présentant pas lesdits traits étant censés les prédisposer à consommer du cannabis.

Becker se base plutôt sur une prémisse différente inspirée de la théorie de Lindesmith : la présence d'un comportement donné est le résultat d'une série d'expériences durant laquelle

¹ Au sujet de l'expression « use for pleasure », Becker écrit : « The term "use for pleasure" is meant to emphasize the noncompulsive and casual character of the behavior. It is also meant to eliminate from consideration here those few cases in which marijuana is used for its prestige value only, as a symbol that one is a certain kind of person, with no pleasure at all being derived from its use. » (Becker, 1953: 235-236)

une personne acquiert la signification du comportement, ainsi que la manière de percevoir et de juger l'objet et la situation. C'est à travers ces expériences que l'activité devient possible et désirable (Becker, 1953), et que la motivation apparaît. Selon Becker, l'individu utilisera la marijuana à des fins récréatives à condition de passer à travers les trois étapes suivantes :

[...] an individual will be able to use marihuana for pleasure only when he goes through a process of learning to conceive of it as an object which can be used in this way. No one becomes a user without (1) learning to smoke the drug in a way which will produce real effects; (2) learning to recognize the effects and connect them with drug use (learning, in other words, to get high); and (3) learning to enjoy the sensations he perceives. In the course of this process, he develops a disposition or motivation to use marihuana which was not and could not have been present when he began use, for it involves and depends on conceptions of the drug which could only grow out of the kind of actual experience detailed above. On completion of this process he is willing and able to use marihuana for pleasure. (Becker, 1953 : 241-242)

Becker écrit que lors de la première étape du processus, les novices ne ressentent pas les effets de la marijuana, car ils ne connaissent pas les techniques précises pour engendrer les sensations recherchées. Ils doivent donc apprendre à fumer au sein du groupe en imitant les autres, ou bien en se faisant directement enseigner les techniques appropriées par un utilisateur expérimenté. Par la suite, ils doivent être en mesure d'associer les effets que procure la drogue à sa prise. En d'autres termes, les effets seuls ne suffisent pas, il faut que ceux-ci les associent consciemment avec le fait d'avoir fumé de la marijuana. Les autres usagers jouent un rôle important dans la reconnaissance et l'interprétation des symptômes. En effet, Becker écrit que les autres décriront aux novices quelles sont les sensations censées être ressenties après avoir fumé, et ceux-ci utiliseront les références des autres afin de l'appliquer à leurs propres expériences. Finalement, la dernière étape consiste à apprendre à aimer les effets de la drogue. Encore une fois, l'entourage leur permettra d'atteindre cet objectif : « He must learn to enjoy the effects he has just learned to experience. Marihuana-produced sensations are not automatically or necessarily pleasurable. The taste for such experience is a socially acquired one, not different in kind from acquired tastes for oysters or dry martinis. » (Becker, 1953: 239). C'est en interagissant avec les utilisateurs expérimentés que les débutants apprendront comment redéfinir les sensations afin qu'elles soient agréables. Ils les aideront donc à comprendre et à interpréter ces sensations, tout en les rassurant lorsque des effets

désagréables se manifestent. Si les individus ne parviennent pas à associer la marijuana au plaisir, ce qui se produit rarement, ils croiront que les sensations liées à la consommation de marijuana ne sont qu'illusoires. Ces personnes cesseront les tentatives en pensant que la substance n'a aucun effet sur elles.

Selon Lindesmith et Becker, l'initiation et la poursuite de l'usage de drogues seraient le résultat de l'interaction sociale. Selon ces deux auteurs, les usagers expérimentés aident le néophyte à reconnaître et interpréter les effets des substances consommées. Pour Lindesmith, les individus deviendraient dépendants aux opiacés après avoir appliqué les « symboles significatifs » employés par le groupe de toxicomanes à son expérience dans le but de réduire les symptômes de sevrage. Pour Becker, bien que la marijuana ne produise pas de dépendance, les conseils des usagers expérimentés permettent aux nouveaux utilisateurs de faire une réinterprétation positive des effets de la marijuana. Que ce soit pour réduire les symptômes de sevrage ou pour le plaisir qu'elle peut procurer, l'utilisation de la drogue s'insère dans un univers structuré présentant des similitudes avec le monde « ordinaire ». Tel est le point de départ d'une série de travaux de recherche qui ont été publiés vers la fin des années 1960.

Le toxicomane, un acteur social ordinaire?

L'étude de Preble et Casey (1969) s'inscrit dans ce courant. En se basant sur une enquête auprès d'héroïnomanes d'origine afro-américaine et portoricaines des classes « inférieures » de New York, les sociologues avancent que plutôt que d'être des individus passifs, ceux-ci seraient plutôt des personnes engagées dans des activités et des relations qu'ils considèrent être porteuses de sens. Les auteurs ajoutent : « The street heroin user is an active, busy person, preoccupied primarily with the economic necessities of maintaining his real income – heroin » (Preble et Casey, 1969 : 21).

Preble et Casey critiquent la conception dominante de l'héroïnomane où celui-ci serait inadapté à la société, passif et cherchant à fuir la réalité à travers sa consommation. À ce sujet, ils écrivent:

It is often said that the use of heroin provides an escape for the user from his psychological problems and from the responsibilities of social and personal relationships – in short, an escape from life. Clinical descriptions of heroin addicts emphasize the passive, dependent, withdrawn, generally inadequate features of their personality structure and social adjustment. (Preble et Casey, 1969: 2)

Parallèlement, ils soutiennent que plusieurs études sociologiques se sont basées sur cette conception. À titre d'exemple, ils mentionnent l'ouvrage de Cloward et Ohlin publié en 1960 où les utilisateurs de drogues sont qualifiés de « *retreatists* » et de « *double failures* » incapables de s'insérer dans une carrière légitime ou illégitime.

Preble et Casey soutiennent que le moment d'euphorie temporaire que procure l'héroïne ne constitue qu'une infime partie de leurs journées, et qu'ils poursuivraient en fait une « carrière » qu'ils considèrent être stimulante et gratifiante. Le quotidien de ces individus, qui sont perçus comme étant des entrepreneurs par les auteurs, est centré autour d'activités lucratives leur permettant de financer leur consommation. Bref, ceux-ci s'occuperaient de leur « business », révélant ainsi que la recherche de cet opiacé dépasserait la simple quête de sensations : « And the meaning does not lie, primarily, in the effects of the drug on their minds and bodies; it lies in the gratification of accomplishing a series of challenging, exciting tasks, every day of the week » (Preble et Casey, 1969 : 3). Pour les usagers d'héroïne, il n'y aurait pas d'amis, seulement des associés : « There is no longer a sub-culture of addicts based on social cohesion and emotional identification, but rather a loose association of individuals and parallel couples. Heroin users commonly say, "I have no friends, only associates." » (Preble et Casey, 1969: 9). En résumé, il semblerait que : « The heroin use is, in a way, like the compulsively hard-working business executive whose ostensible goal is the acquisition of money, but real satisfaction is in meeting the inordinate challenge he creates for himself » (Preble et Casey, 1969 : 21).

Selon Preble et Casey (1969), en plus d'être comme un entrepreneur, l'utilisateur d'héroïne serait également un véritable consommateur dans le sens économique du terme. En effet, celui-ci rechercherait continuellement l'héroïne la moins édulcorée au prix le plus avantageux et il changerait régulièrement de vendeur afin de tester les différents produits sur le marché. Toujours selon ces auteurs, l'utilisateur de drogues apparaîtrait lorsque les conditions sociales dans les quartiers défavorisés diminuent les chances pour développer une carrière non

déviante, « stimulante » et « gratifiante ». Dans cette optique, les auteurs croient que la solution ultime à la toxicomanie et aux problèmes engendrés par les activités des consommateurs d'héroïne serait de créer des opportunités légitimes pour une « meaningful life ».

Tel que Preble et Casey, Feldman (1969) critique les théories de la prédisposition psychologique ainsi que la théorie de Cloward et Ohlin (1960). Selon lui, ces théories n'expliquent pas pourquoi certains jeunes des quartiers défavorisés commencent à utiliser de l'héroïne tandis que d'autres ne le font pas. Feldman soutient que le contexte social des quartiers défavorisés est un facteur clef dans la compréhension du phénomène de la toxicomanie. En effet, ceux-ci baignent dans un milieu où on leur inculquerait des notions de ce qui est prestigieux ou pas. Ainsi, dans ce milieu, ces jeunes voudraient devenir des « stand-up cats », ce qui correspondrait à l'idéal de la « virilité », de la « ténacité » et de l'« audace ». Le moyen idéal pour devenir un « stand-up cat » serait de réussir à consommer de la drogue sans devenir dépendant. En d'autres termes, il doit réussir là où les anciens « stand-up cats » ont échoué :

For the youth to become truly a stand-up cat, he must fight more worthy opponents, championship material, whoever they may be. And since he has seen previous stand-up cats buckle to the strength of heroin, the lure it holds as a route to prestige and status among action-seeking peers is enhanced. His challenge is to triumph in a situation where previous heroes have failed. Using heroin, controlling its addictive effects, and eventually stopping becomes the test of toughness, of danger, and of chancing what for others has been the inevitability of fate. A common report from workers in the field who have attempted to intercede with adolescent heroin users has been the youthful certainty that they can control their use of heroin and avoid addiction. Foremost in the adolescent's belief is a firm conviction that he is too strong, too tough, too much of a stand-up cat to ever be defeated by a chemical. (Feldman, 1969 : 135)

Cependant, leurs expériences avec l'héroïne transforment leur rapport aux activités du groupe. Au fil du temps, ces mêmes jeunes qui étaient prêts à risquer leur vie pour devenir un « stand-up cat » vont préférer se lancer dans la quête du « high ». Ils passeront de l'idéologie du « stand-up cat » à celle du consommateur de drogue. Leurs fréquentations ne seront plus les mêmes, et la perception que chacun d'eux a de lui-même va également se transformer : « Instead of brutality and physical strength, the new drug user prefers to be seen as slick and

clever. Fighting becomes an unprofitable choice of behavior unless it involves access to drugs. The drug effect moves to the top of his priority list. » (Feldman, 1969 : 137). Tel que Preble et Casey (1969) l'avançaient, au fur et à mesure qu'ils s'immergent dans la sous-culture de la drogue, les jeunes apprendraient les rudiments de la carrière d'utilisateur d'héroïne et les ficelles du métier.

À la lumière de ce qui précède, il semblerait que l'utilisation de drogues s'insère dans un univers structuré présentant des similitudes avec le monde « ordinaire ». Pour Preble et Casey, le consommateur de drogue serait comme un entrepreneur qui a pour objectif de s'enrichir, mais qui trouve aussi de la satisfaction dans les défis auxquels il doit faire face quotidiennement. Pour Feldman, la consommation s'inscrit dans un univers codé qui dicte à ses membres ce qui est acceptable et prestigieux. Pour ce dernier, au fur et à mesure que l'individu intériorise l'idéologie de la culture de la drogue, ses priorités et sa définition de soi se transforment. Il apprendrait aussi comment maximiser les plaisirs qu'il peut retirer de sa consommation ainsi que les rudiments de la carrière de toxicomane. Les trois auteurs nous démontrent que l'utilisation de drogues ne pourrait pas apparaître ni se développer sans avoir pour appui un univers structuré et organisé qui fournit à l'individu les moyens d'obtenir la drogue ainsi que l'idéologie qui rend sa consommation acceptable. Ils mentionnent également que l'usage de drogues foisonne dans les quartiers défavorisés. Pour Preble et Casey, cela se produit lorsque des conditions sociales défavorables diminuent les chances de développer une carrière dans le monde « ordinaire ». Dans cet ordre d'idées, deux questions se posent : pouvons-nous avancer que les inégalités socioéconomiques produisent les conditions essentielles à l'usage de drogues? Où, au contraire, l'individu serait-il responsable de ses problèmes de consommation?

L'individu rationnel, ses choix et le contrôle de soi.

Selon Bihr, le début des années 1980 correspond à l'accentuation de l'idéologie néo-libérale dont la pierre angulaire est une conception individualiste de la personne où celui-ci serait « une sorte d'atome de l'organisation sociale » (Bihr, 2011 : 4). Dans les sciences sociales, l'individu est dorénavant le point de départ de l'analyse (Martucelli, 2009; Touraine,

2007). C'est sur cette base que se fonde la théorie du choix rationnel, dont s'inspire Trevor Bennett (1986) pour appréhender l'usage de drogues. Pour celui-ci, « les choix et les décisions des individus jouent un rôle clef dans les processus d'initiation, de continuation et de cessation de la consommation » (Bergeron, 2008 : 47). Bennet affirme que le comportement humain doit être expliqué en se basant sur les concepts de « rationality », « decision making », et « choice », et de considérer les déviants comme étant « self-determining, deliberative, and responsible for their actions » (Bennett, 1986 : 84).

En se basant sur une étude menée entre 1982 et 1984 au sein de l'Institut de Criminologie de Cambridge auprès de 135 utilisateurs d'opioïdes, Bennett démontre que ceux-ci avaient consciemment pris la décision de prendre la drogue avant leur premier essai. Ils auraient attendu que l'opportunité se présente et ils l'auraient fait dans des conditions agréables et sans pression, en compagnie d'un proche. Plusieurs éléments auraient motivé leur décision : la curiosité, l'envie d'imiter des amis, le désir de s'intégrer davantage dans leur groupe et l'aspiration à s'engager dans le « *addict life-style* » (Bennett, 1986 : 95).

Le processus de dépendance ainsi que les différents moments d'abstinence sont planifiés par les usagers et sont caractérisés par l'intentionnalité (Bennett, 1986). Selon lui, ce processus est généralement lent et peu d'indications suggèrent que les personnes agissent compulsivement. En effet, il démontre que souvent, les consommateurs interviewés racontent être devenus dépendants dans une période d'au plus une année, et que leur consommation initiale était irrégulière ou exceptionnelle. Une fois dépendants, plusieurs répondants auraient rapporté s'être abstenus de consommer pendant des périodes de plusieurs mois ou années. Les résultats démontrent aussi que la quantité d'opioïdes consommée par les consommateurs varie selon les besoins de l'individu: le désir de ressentir l'effet d'une substance en particulier, l'envie de bien performer dans une situation sociale spécifique ou dans l'objectif de traiter un problème psychologique en particulier. Selon l'auteur, ces variations suggèrent que les utilisateurs de drogues contrôlent leur consommation, même lorsqu'ils sont dépendants.

Bennett critique les théories traditionnelles sur la dépendance qui se basent sur la prémisse que les consommateurs de drogues soient atteints de pathologies individuelles ou sociales, et que leur consommation d'opioïde est compulsive. Les résultats de sa recherche

démontrent que peu d'entre eux continueraient leur usage de drogues pour éviter les symptômes de sevrage. En effet, ceux-ci seraient capables de gérer leur consommation et ils seraient habitués aux symptômes de sevrage que plusieurs auraient comparés à ceux d'une grippe.

S'inscrivant dans la théorie du *self-control*, Gottfredson et Hirschi (1990) tiennent également l'individu pour responsable de ses problèmes de toxicomanie. Pour ceux-ci, les théories classiques sont basées sur l'idée que les individus sont mus par des facteurs externes et excluent l'idée du contrôle de soi : « What classical theory lacks is an explicit idea of self-control, the idea that people also differ in the extent to which they are vulnerable to the temptations of the moment » (Gottfredson et Hirschi, 1990 : 87). Pour ces auteurs, la délinquance est le fait d'individus impulsifs, instables et égocentriques qui cherchent le plaisir immédiat :

In sum, people who lack self-control will tend to be impulsive, insensitive, physical (as opposed to mental), risk-taking, short-sighted, and nonverbal, and they will tend therefore to engage in criminal and analogous acts. Since these traits can be identified prior to the age of responsibility of crime, since there is considerable tendency for these traits to come together in the same people, and since the traits tend to persist through life, it seems reasonable to consider them as comprising a stable construct useful in the explanation of crime. (Gottfredson et Hirschi, 1990: 91)

Ils ajoutent que le manque de maîtrise de soi est causé par une mauvaise éducation parentale. La consommation de drogues est aussi le résultat d'un manque de contrôle de soi : « In our view, the relation between drug use and delinquency is not a causal question. The correlates are the same because drug use and delinquency are both manifestations of an underlying tendency to pursue short-term, immediate pleasure. This underlying tendency (i.e., lack of self-control) has many manifestations [...] » (Gottfredson et Hirschi, 1990 : 93).

Contrairement à l'individu de la théorie du choix rationnel qui est capable de calculer et de planifier rationnellement ses actes, l'individu que décrivent Gottfredson et Hirschi est incapable de prévoir les conséquences de ses actions : « So the dimensions of self-control are, in our view, factors affecting calculation of the consequences of one's acts. The impulsive or short-sighted person fails to consider the negative or painful consequences of his acts; the

insensitive person has fewer negative consequences to consider; the less intelligent person also has fewer negative consequences to consider (has less to lose) » (Gottfredson et Hirschi, 1990 : 95).

Usage de drogues, inégalités socioéconomiques et discriminations.

Selon Currie (1993), les sociétés les plus touchées par les problèmes de drogues dures sont celles qui sont également affectées par la pauvreté de masse et les inégalités socioéconomiques. Tel que Preble et Casey (1969) l'avaient déjà observé deux décennies auparavant, le déclin des opportunités sur le marché du travail crée les conditions nécessaires à l'abus de drogues et affaiblit les communautés :

As we've seen, the radical loss of opportunities breeds drug abuse in multiple ways – not just by raising jobless rates, but, more insidiously, by denying a sense of purpose and usefulness, whipsawing workers between low wages and high costs of living, weakening families, and eroding the ability of communities to offer support, guidance, or exemplary values. Over time, at the extreme, it creates a vacuum of socialization and supervision in which drug culture easily proliferates. It creates “thin” communities with few legitimate avenues of advance or escape, and breeds a culture of defeat and predation that is very difficult to counter through the conventional means of social intervention. It is, in short, a deep fault in our social organization, and its effects reverberate throughout American society. (Currie, 1993: 284-285)

Cependant, la pauvreté n'est pas le seul facteur pouvant mener un individu à consommer de la drogue. En effet, tel que Bourgois (1992) l'avance, il faut également prendre en considération l'oppression structurelle et la marginalisation sociale que subissent les minorités ethniques des classes défavorisées. Dans le cadre d'une enquête ethnographique dans un quartier défavorisé de New York surnommé « El Barrio » par ses habitants principalement issus de l'immigration portoricaine, Bourgois fait le récit d'une nuit dans une *shooting gallery*² installée dans un immeuble abandonné où vivent des héroïnomanes en « piteux état ».

² Note du traducteur : « Le terme *shooting gallery* renvoie dans l'anglais courant à un stand de tir; ici, il désigne par un jeu de mots un lieu, souvent abandonné, où se réfugient des drogués sans domicile fixe et où d'autres viennent simplement "se shooter " », c'est-à-dire s'injecter.

Selon l'auteur, afin de comprendre pourquoi certains groupes sont davantage à risque de consommer du crack, il faut s'intéresser à la culture de la rue. Celle-ci n'attire pas les jeunes seulement à cause de son attrait économique, mais également à cause de sa dimension culturelle. Il écrit que « [dans] le cas de la culture des rues, l'intérêt économique se combine avec le racisme pour pousser à la création d'une autre culture très dynamique, capable de faire contrepoids à la culture bourgeoise blanche. » (Bourgois, 1992 : 78). Considérant que la culture de l'habitant du ghetto ne concorde pas avec les exigences de l'industrie du service et de son idéologie bourgeoise blanche, la rue offrirait « une alternative économique et un cadre idéologique qui rend possible la fierté et le respect de soi-même » (Bourgois, 1992 : 78). Elle offrirait donc une solution aux personnes des minorités ethniques et des milieux défavorisés en leur donnant une chance de s'enrichir sans discrimination. En effet, selon Bourgois, « [l]'économie de la drogue, tout particulièrement la vente du crack au détail, est en train de vaincre l'économie légale dans le cœur et l'esprit de la jeunesse pauvre des ghettos américains » (Bourgois, 1992 : 78). Dans ce contexte, les jeunes quittent l'école et refusent les emplois peu rémunérateurs et sans prestige pour « mettre sur pied des entreprises de cocaïne ou de crack où leur identité, dont les racines plongent dans la culture de la rue, cesse de constituer un handicap, pour devenir un atout » (Bourgois, 1992 : 78). Pour Bourgois, l'économie de la rue « et les rapports sociaux qui s'y développent doivent être compris comme des formes de résistance à la marginalisation matérielle et sociale aux É.-U., bien qu'elles impliquent l'autodestruction de la communauté pauvre par le biais de la toxicomanie et de la violence » (Bourgois, 1992 : 77). En d'autres termes, peu d'entre eux réussiront : « Ils seront broyés malgré leurs efforts et deviendront très probablement la proie de la défiance ou de la dépression » (Bourgois, 1992 : 78). L'auteur écrit qu'il s'agit d'une « dynamique complexe » qui participe à l'autodestruction de la communauté, car :

[...] ce sont les victimes elles-mêmes qui sont les organisateurs et les agents les plus efficaces et les plus impitoyables de la violence et de la terreur. C'est là que réside la dimension la plus mal comprise et la plus cruciale de l'oppression, Partout dans l'histoire et dans le monde, les victimes (prisonniers ou opprimés) collaborent aux formes les plus barbares de leur propre torture. Si on refuse de voir et de reconnaître cette dimension, de peur de contribuer aux stéréotypes racistes ou par sensibilité et par respect de la réputation d'une communauté, on nie l'un des principes les plus fondamentaux de l'oppression. (Bourgois, 1992 : 77)

Bref, en essayant de se soustraire à l'oppression structurelle et à la marginalisation sociale, l'habitant du ghetto reproduit le processus qui détruit sa communauté à travers la violence et la consommation de crack.

À l'instar de Bourgois, Murphy et Rosenbaum (1997) s'intéressent aussi à l'ethnicité et à la classe. Cependant, elles approfondissent l'analyse sur la genèse et l'usage des drogues en portant un regard sur le genre. Dans le cadre d'une enquête pour le *National Institute on Drug Abuse*, les sociologues comparent les histoires de vie d'une jeune femme afro-américaine ayant perdu son logement, et d'une adolescente de la classe moyenne habitant avec sa mère. Les auteures concluent que la classe, la race, et le genre sont plus importants pour modeler les expériences vécues et les différents « patterns » de consommation que la cocaïne elle-même. Même si n'importe qui peut ressentir les effets pharmacologiques de celle-ci et développer une dépendance, les femmes blanches pouvant faire des choix de vie (*life options*) et étant intégrées dans la vie « conventionnelle », ont davantage de contrôle sur leur consommation et peuvent éviter les situations problématiques liées à leurs pratiques, car, elles ont plus de ressources matérielles et familiales. En gros, le pouvoir protecteur des privilèges de classes et de race fait en sorte que leur période d'usage de cocaïne ne soit qu'un simple détour dans leur chemin pour un avenir stable. À l'inverse, les femmes afro-américaines qui font partie de la « sous-classe » (*underclass*) ont moins de capitaux et un accès limité aux opportunités qui leur permettrait de développer une vie conventionnelle. Elles sont également plus exposées géographiquement aux points de vente de crack, ce qui fait en sorte qu'elles soient psychologiquement plus proches des endroits où fumer du crack est concevable et acceptable. En plus d'être exposées à une forme de cocaïne plus dangereuse pour la santé (le crack), elles sont écrasées par le poids de l'oppression de classe et de race, ce qui signifie que leurs expériences avec le crack ont commencé dans un environnement plus difficile et que les conséquences de leur consommation sont plus lourdes et plus difficiles à gérer à cause du manque de ressources. Leur période d'utilisation de crack exacerbe leur appauvrissement et les laisse généralement émotionnellement dévastées.

Enfin, dans une théorie développée par Chantraine (2004), l'utilisation de substances addictives est conçue comme faisant partie d'un engrenage dans lequel l'individu est pris. Afin d'expliquer comment l'« engrenage carcéral » se déploie et absorbe la vie d'une personne, cet

auteur se penche sur les trajectoires de vie de personnes issues de milieux défavorisés ayant une expérience en prison. Chantraine soutient que le passage en prison, qui est souvent perçu comme inéluctable pour ces personnes, est marqué par un travail biographique qui mène le détenu à redéfinir son rapport au temps ainsi que par une restructuration des rapports sociaux. Pour l'auteur, l'« engrenage » « renvoie à la dynamique rhétorique principale qui guide le récit de vie, il est un type de présentation spécifique du parcours biographique au cours de l'entretien. Terme métaphorique utilisé par de nombreuses personnes interviewées, la déclinaison de la notion d'engrenage mêle ici l'expérience sociale de la galère, des souffrances et événements biographiques et des processus répressifs de prise en charge institutionnelle » (Chantraine 2004 : 365-366). D'un point de vue méthodologique, Chantraine affirme qu'il est difficile d'isoler un facteur en particulier étant donné que cela est un comme « rouage » lié aux autres, qui forment ainsi un « engrenage ». Il ajoute que l'acteur se sent pris dans cet engrenage et qu'il a le sentiment « d'avoir été dépassé par les événements » (Chantraine, 2004 : 366). Selon cette perspective, l'usage de drogues serait un des rouages contribuant à enfermer l'individu dans cet « engrenage ». Pour Chantraine, la consommation d'héroïne ne fait pas en sorte que les activités délinquantes se diversifient. Au contraire, elle ne fait que rendre ces activités nécessaires afin de permettre à l'individu de soutenir sa consommation. L'existence de celui-ci et sa vie quotidienne vont donc se structurer autour de la recherche de ressources, la recherche de l'héroïne et par sa consommation. Cela s'accompagne aussi par la restructuration du réseau de relations du consommateur :

Cette restructuration est également liée au stigmatisme attaché à la condition de toxicomane. Diverses représentations de la toxicomanie, mais également la lassitude des « coups bas » – argent non remboursé, mensonges, lapins, etc. – ou encore l'horreur provoquée par la déchéance physique, ont tendance à engager un processus de désaffiliation qui en retour alimente le développement de la carrière toxicomaniaque par des processus sociaux et psychologiques. [...] En effet, ce n'est pas seulement le rejet par les « normaux » qui alimente la séparation d'avec celui qui s'ancre dans une toxicomanie « dure », c'est aussi, simultanément, la honte du toxicomane qui le pousse à s'isoler. (Chantraine, 2004 : 369-370)

La consommation maintient et enferme l'individu dans un engrenage qui risque de le mener en prison.

En résumé, les auteurs mobilisant la théorie critique expliquent la genèse et la consommation de drogues en faisant ressortir les facteurs structurels qui pèsent sur les individus et les communautés, et qui engendrent des inégalités socioéconomiques. Pour ces auteurs, les individus étant en situation de pauvreté ont davantage de chances de faire usage de drogues puisqu'ils ont moins d'opportunités de s'insérer dans une vie conventionnelle en raison de leur classe, de leur ethnicité, de leur genre ou d'une combinaison de toutes ces variables.

Conclusion

Les théories présentées dans ce chapitre nous permettent d'enrichir notre compréhension de la toxicomanie. En effet, elles nous invitent à concevoir l'usage de drogues comme étant ancrées dans le social et à dépasser les théories psychologiques et biologiques de la prédisposition à la consommation. Même si n'importe quel individu peut ressentir les effets pharmacologiques de la drogue et devenir dépendant, il faut que les conditions sociales nécessaires soient présentes afin que celui-ci amorce et poursuive sa consommation. Pour les théoriciens de l'anomie, les individus adoptent un « comportement d'évasion » (Cloward et Ohlin, 1960) et s'abandonnent dans la drogue lorsqu'ils n'arrivent pas à atteindre les objectifs socialement définis par des moyens légitimes ou illégitimes. Pour les interactionnistes symboliques, l'individu apprend à utiliser et à reconnaître les effets de la drogue à travers les interactions avec les membres de son entourage. Dans cette optique, la consommation peut avoir pour objectif de diminuer les symptômes de sevrage (Lindesmith, 1938, 1964) ou peut être perçue comme une source de plaisir comme une autre (Becker, 1963). Quoi qu'il en soit, l'usage de drogues s'insère dans un univers organisé et structuré présentant des similitudes avec le monde « ordinaire ». En effet, le consommateur de drogues peut être considéré comme un entrepreneur cherchant un sens à sa vie (Preble et Casey, 1969) et il évolue dans un univers codé où il apprend ce qui est prestigieux et ce qui ne l'est pas (Feldman, 1968). Du côté de la théorie de choix rationnel et de la théorie du *self-control*, les explications d'ordre structurel et interactionnel sont évacuées pour laisser place à l'individu et à ses décisions rationnelles (Bennet, 1986) ou compulsives (Gottfredson et Hirschi, 1990). Enfin, les théories critiques

sont basées sur le postulat que les individus étant opprimés et discriminés sont davantage à risque de développer une dépendance aux drogues dures comparativement à une personne étant intégrée dans la « vie conventionnelle ».

Les théories présentées dans ce chapitre font ressortir la dimension sociale de la consommation. Certains auteurs consultés se dressent contre les approches psychologiques et biologiques de la consommation. Or, cela soulève la question suivante : comment la psychologie et la biologie peuvent enrichir notre compréhension de la toxicomanie à travers une littérature consacrée à ce thème? Étant donné que l'objectif de ce mémoire est de comprendre comment les participants du projet Chez Soi perçoivent leur consommation, il est primordial de s'attarder à des disciplines qui se penchent sur la psyché des consommateurs de drogues et d'alcool afin d'enrichir davantage notre regard sur la consommation.

Chapitre 3 : les théories psychologiques et biologiques sur les dépendances.

Dans *Malaise dans la civilisation*, Freud (1929) expliquait que la consommation de substances chimiques est un moyen de se protéger contre toute forme de souffrance. Il avait alors fait le lien entre les malaises psychiques et les dispositions corporelles pour expliquer le développement des dépendances. Plus récemment, Griffiths (2005), qui propose de s'attarder à la perception des individus pour comprendre leurs problèmes de consommation, affirme qu'il est primordial de comprendre comment les dépendances sont ressenties au niveau physique et psychologique par les consommateurs, car celles-ci sont vécues « subjectivement ». Dans ce chapitre, en nous inspirant des observations de ces deux auteurs qui avaient associé le psychique au biologique, nous nous référerons au sujet lui-même et aux caractéristiques pouvant augmenter sa vulnérabilité aux substances toxicomanogènes et pouvant prétendument le prédisposer aux dépendances.

La personnalité inadéquate comme modèle explicatif des dépendances.

Depuis les années 1980, certains défenseurs des théories psychologiques se basent sur les notions de pathologies, de défauts ou d'insuffisances psychologiques pour expliquer l'attrance envers les drogues que peut ressentir un individu ayant des problèmes émotionnels ou psychiques (Goode, 2007). Dans cette optique, il existerait des types de personnalité pouvant mener les individus les possédant à « fuir » la réalité à travers leur consommation pour éviter les problèmes de la vie quotidienne et ainsi se réfugier dans l'euphorie que peuvent produire les substances toxicomanogènes (Goode, 2007).

S'insérant dans ce courant théorique, Ausubel (1980) parle du syndrome de la personnalité inadéquate. Selon lui, la disponibilité des drogues et le degré de tolérance culturelle envers celles-ci sont des facteurs importants pouvant expliquer leur utilisation. Cependant, le facteur le plus important résiderait dans les propriétés adaptatives, telles que l'euphorie, qu'elles peuvent procurer aux consommateurs de drogues pour remédier à certaines insuffisances psychologiques :

The crucial and determinative predisposing factor, which, therefore, constitutes the most acceptable basis for the nosological categorizing of narcotic addicts, is the possession of those idiosyncratic or developmental personality traits for which narcotic drugs have adjustive properties. [...] Chief among these effects is euphoria, which is highly adjustive for inadequate personalities, i.e., motivationally immature individuals lacking in such criteria of ego maturity as long-range goals, a sense of responsibility, self-reliance and initiative, volitional and executive independence, frustration tolerance, and the ability to defer the gratification of immediate hedonistic needs for the sake of achieving long-term goals. (Ausubel, 1980: 4-5)

Selon Ausubel, les effets psychopharmacologiques des opiacés, tels que la réduction de l'anxiété, seraient également recherchés par ceux qui les utilisent. Cependant, il ne s'agirait que d'une minorité d'utilisateurs puisque la majorité rechercherait l'euphorie pour combler leurs insuffisances. Ces derniers auraient développé des lacunes individuelles pendant leur enfance à cause de leurs relations avec leurs parents. En effet, selon Ausubel, une éducation parentale accordant trop de permissions, étant trop ou pas assez sévère ou étant surprotectrice, aurait tendance à favoriser le développement du syndrome de personnalité inadéquate. Ausubel émet l'hypothèse que ce syndrome a probablement pour origine des facteurs génétiques, favorisés par l'appartenance aux classes sociales inférieures.

À la même époque, sur la question de l'enfance comme moment déterminant de la construction de la personnalité inadéquate, il y a convergence entre Ausubel et Wurmser (1980). Selon ce dernier, le consommateur de drogue aurait développé un « ego defect » après avoir vécu divers traumatismes pendant l'enfance tels que des abus sexuels ou de la violence physique. Cela serait un des facteurs étiologiques les plus importants pour expliquer l'abus de drogues pendant la vie adulte. En effet, selon Wurmser, cela mènerait au sentiment de « helplessness » qui serait combattu par un mécanisme de défense qui produirait le développement d'une « thick crust of narcissism », caractérisé par de l'arrogance. Or, ces individus développeraient parallèlement de l'anxiété due à la peur d'être à nouveau blessés par des facteurs externes. Ils chercheraient donc compulsivement un moyen externe tel que la drogue pour se protéger contre cette émotion négative. Dans cette optique, la drogue consommée serait choisie en fonction du sentiment associé à l'anxiété :

Anxiety of an overwhelming nature and the emotional feelings of pain, injury, woundedness, and vulnerability appear to be a feature common to all types of

compulsive drug use. The choice of drugs shows some fairly typical correlations with otherwise unmanageable affects- narcotics and hypnotics are deployed against rage, shame, jealousy, and particularly the anxiety related to these feelings; stimulants against depression and weakness; psychedelics against boredom and disillusionment; alcohol against guilt, loneliness, and related anxiety. (Wurmser, 1980: 71-72)

Tirant des conclusions similaires à celles de Freud (1929), Wurmser conçoit la consommation de drogues comme une tentative de se débarrasser d'émotions indésirables. Ce serait une sorte de défense qui fait temporairement tomber dans l'inconscience ou dans l'oubli les émotions liées à l'anxiété. En outre, elle aiderait à prévenir et à apaiser les crises émotionnelles et les humeurs dysphoriques. Au fil du temps, cet écran protecteur s'élargirait, ce qui drainerait la personnalité du consommateur de sa « vitalité » et de sa « richesse intérieure ».

Dans son ouvrage, Goode (2007) établit une autre variété de l'approche de la personnalité inadéquate qui était dominante dans les années 1980 : la théorie de l'estime de soi. Selon ce dernier, pour les auteurs s'inscrivant dans ce courant théorique, l'abus de drogues serait une réponse à une faible estime de soi et à une attitude d'auto-exclusion (*self-rejective attitude*). Selon Richard, les théoriciens de ce courant psychologique conçoivent la dépendance comme un mal de la « socialité » :

Dans cette théorie psychologique, la dépendance est avant tout un mal de la « socialité » : le développement des conduites addictives découle de l'introversion des individus, de l'égoïsme et de l'individualisme. [...] L'individu est donc non une simple entité biologique, mais l'acteur de sa propre socialisation, l'inlassable chercheur de son propre sens et d'une cohérence intérieure qui, seule, peut lui permettre d'échapper à une forme ou une autre de dépendance (Richard, 2007 : 271-272).

En se basant sur une étude longitudinale auprès d'adolescents utilisateurs d'opiacés, Kaplan (1980), qui se réclame de la théorie de l'estime de soi, émet le postulat que l'individu cherche à maximiser les expériences qui accentuent son estime de soi, et à éviter les expériences dévalorisantes : « The theoretical model is based upon the postulate of the self-esteem motive, whereby, universally and characteristically, a person is said to behave so as to maximize the experience of positive self-attitudes, and to minimize the experience of negative ones » (Kaplan, 1980 : 129). Selon Kaplan, l'individu s'auto-exclut des groupes où il a vécu des situations qui le mènent à se dévaloriser lui-même :

Intense self-rejecting attitudes are said to be the end result of a history of membership group experiences in which the subject was unable to defend against, adapt to, or cope with circumstances having self-devaluing implications (that is, disvalued attributes and behaviors, and negative evaluations of the subject by valued others). These encompass a range of variables apparent in other theories including peer rejection, parental neglect, high expectations for achievement, school failure, physical stigmata, social stigmata (e.g., disvalued group memberships), impaired sex-role identity, ego deficiencies, low coping abilities, and (generally) coping mechanisms that are socially disvalued and/or are otherwise self-defeating. (Kaplan, 1980: 129)

Par la suite, la détresse ressentie par cette personne lors de cette situation va la mener à choisir des alternatives, parfois déviantes, qui lui permettront de remonter son estime de soi. Selon Kaplan, elle sera motivée à choisir la voie de la déviance, car elle aura perdu la motivation de se conformer à la structure normative des groupes qui lui auront fait ressentir une « negative self-attitude », mais également parce que la voie déviante peut lui sembler être l'option présentant le plus de « self-enhancing functions ». La personne peut alors adopter une voie déviante. Cela dit, le chemin de la drogue dépend de son accessibilité. Adopter une attitude déviante permettrait donc de faire abstraction des expériences qui minent l'estime de soi et peut offrir des possibilités de se revaloriser :

Adoption of the deviant response has self-enhancing consequences if it facilitates intrapsychic or interpersonal avoidance of self-devaluing experiences associated with the predeviance membership group, serves to attack (symbolically or otherwise) the perceived basis of the person's self-rejecting attitudes (that is, representations of the normative group structure), and/or offers substitute patterns with self-enhancing potential for behavior patterns associated with the genesis of self-rejecting attitudes. (Kaplan, 1980 : 130)

Selon Kaplan, l'individu cesse de consommer de la drogue lorsque les « self-devaluing outcomes [outweigh] self-enhancing outcomes » (Kaplan, 1980 : 131). Cependant, celui-ci risque de rechuter s'il y a une érosion des soutiens personnels et sociaux ou s'il fait de nouveau face à des situations qui lui feront perdre son estime de soi.

Quelques années plus tard, Reynaud (1984) a formulé une critique de la théorie de la personnalité inadéquate. Selon lui, réduire le phénomène de la dépendance à une simple question de personnalité correspond à faire l'abstraction du cadre socioculturel dans lequel les dépendances se développent. En outre, il soutient que la recherche des types de personnalité

spécifiques pouvant mener à la toxicomanie comporte le risque de renforcer l'exclusion des toxicomanes puisqu'ils seront stigmatisés. Reynaud croit qu'il faudrait plutôt parler de « conduites toxicomaniaques » pour expliquer les dépendances, car cette notion permet de contextualiser les comportements et de mettre en relief les motivations des consommateurs.

L'usage de drogues : le résultat d'une prédisposition à des comportements problématiques?

Se rapprochant de la sociologie de la déviance et se basant sur les conduites des consommateurs de drogues, les adeptes de la « problem behavior theory », tels que nommés par Jessor et Jessor (1980), associent les dépendances à l'anticonformisme et à la volonté de prendre des risques. Selon Goode (2007), qui fait un retour historique sur cette approche, les chercheurs adoptant ce cadre théorique démontrent que les utilisateurs de drogues, contrairement à ceux qui ne consomment pas, agissent de manière particulière :

[They] tend to be more rebellious, independent, open to new experiences, willing to take a wide range of risks, tolerant of differences, accepting of deviant behavior and transgressions of moral and cultural norms, receptive to uncertainty, pleasure seeking, hedonistic, peer oriented, nonconformist, and unconventional. [...] Users also tend to be less religious, less attached to parents and family, less achievement oriented, and less cautious (Goode, 2007: 66).

Robins (1980) avance l'existence d'une période de risque s'étendant de l'adolescence à la mi-vingtaine. Après avoir comparé un groupe de jeunes étudiants consommateurs de marijuana avec un groupe d'étudiants non-utilisateurs, il arrive à la conclusion que les fumeurs de marijuana ont un QI supérieur aux autres, mais qu'ils manquent de motivation pour poursuivre leurs études. Ceux-ci ont tendance à être sexuellement actifs, à fumer, à consommer de l'alcool et à commettre des actes socialement réprouvés dès l'adolescence. Il poursuit en écrivant que le système de valeurs de ces jeunes qui sont vulnérables à l'usage de drogues est « anticonformiste » et qu'ils ont généralement une attitude plus tolérante envers la déviance. Selon Robins, l'ethnicité et l'appartenance à un quartier peuvent permettre de prédire l'usage de drogues chez les individus, contrairement à la classe sociale. Jessor et Jessor (1980) affirment qu'il faut également prendre en considération la perception des jeunes sur leur

environnement social, et leur personnalité afin de comprendre leurs problèmes de comportement et leur usage de drogues.

La théorie du conditionnement opérant.

Dans les années 1950, Olds et Milner ont mené une expérience sur des rats auxquels ils avaient implanté dans certaines zones du cerveau des électrodes pouvant délivrer de faibles courants électriques lorsqu'un levier était activé par l'animal. Les physiologistes ont constaté que les rats appuyaient sur le levier afin de s'autostimuler pendant des heures, au point de négliger leurs besoins de base et d'en mourir. Richard raconte que « Olds et Milner ont, au vu de cette expérience, formulé l'hypothèse qu'il existait dans le cerveau un véritable "système de récompense" dont la stimulation produisait une "satisfaction cérébrale", en d'autres termes du plaisir, un plaisir tellement intense que le cerveau en venait à négliger toute autre sensation » (Richard, 2007 : 261). Il soutient que cette expérience se rapproche de la prise de drogues, et que le plaisir éprouvé lors de celle-ci peut mener à la dépendance psychique à cause de son action sur le système de récompense cérébral. Or, selon plusieurs auteurs qui ont écrit à différentes époques, la dépendance psychique est le résultat d'un conditionnement opérant (Richard 2007; Godard et Tillement, 1984; Goode 2007, McAullife et Gordon, 1980). À ce sujet, Godard et Tillement écrivent :

Dans le schéma classique du conditionnement opérant, *la substance reçue peut être considérée comme un renforcement positif* par les effets gratifiants qu'elle procure. Les expériences classiques d'auto-administration chez l'Animal, ainsi que l'observation des toxicomanes permettent plus précisément de considérer *en fait deux types de renforcement* (Godard et Tillement, 1984 : 96).

Le premier type de renforcement, nommé « positif » ou « primaire », s'implante après que l'individu a ressenti les effets gratifiants de la substance, ce qui le motivera à répéter l'expérience (Godard et Tillement, 1984; Goode 2007). Un produit ayant un effet de renforcement positif stimule les circuits neuronaux de plaisir (Godard et Tillement, 1984). À ce sujet, Bejerot (1980) écrit :

[...] addiction appears as a fixation in a monotonous stimulation of the pleasure centers with a repetitive behavior of enormous persistence as a result. The

behavior experienced is so pleasurable that, if interrupted, it is desired again with the force and character of a natural drive. This direct stimulation of the pleasure mechanisms and fixation to a repetitive behavior may be seen as the simplest model for addiction. (Bejerot, 1980 : 252)

Quelques décennies plus tard, Richard (2007) affirme que la prise de drogues active les neurones à dopamine du circuit de récompense, ce qui procurerait une « satisfaction cérébrale » intense, ou en d'autres termes, une sensation de bien-être et la disparition temporaire des malaises psychologiques. Ceci produirait une motivation à répéter la prise de drogue : « Cette motivation cérébrale, à son tour, active des systèmes neuronaux exécutifs, décisionnels et moteurs, permettant au consommateur de réaliser une nouvelle expérience de prise du produit. Si celle-ci est possible, le cercle vicieux de la dépendance psychique s'enclenche et les prises de produit se succèdent [...] » (Richard, 2007 : 262-263). Par la suite, la dépendance physique s'ajouterait à la dépendance psychique, ce qui constituera un renforcement supplémentaire :

La dépendance physique développée par une substance va représenter un *renforcement supplémentaire*, dans la mesure où *l'administration* de cette dernière *supprime les manifestations du sevrage*. Ce renforcement secondaire joue un rôle important dans le développement d'un comportement de dépendance, même après que le développement de la tolérance ait réduit les effets recherchés du produit. La suppression des effets de sevrage à chaque nouvelle dose de la substance constitue donc un puissant renforcement, complémentaire des effets "attendus" du produit (Godard et Tillement, 1984 : 97).

Plusieurs années plus tard, selon Goode (2007), ce renforcement qu'il nomme négatif, pousse l'individu à chercher les moyens nécessaires afin d'obtenir sa dose de drogue pour alléger les symptômes de sevrage. Ceux-ci produisent un état de perturbations physiologiques et psychologiques pouvant engendrer une rechute. Il faut mentionner qu'une dizaine d'années auparavant, Nadeau et Biron (1998) disaient que les substances toxicomanogènes peuvent être des renforçateurs négatifs, mais il n'y a pas forcément de lien à faire avec les symptômes de sevrage.

Pour plusieurs adeptes de la théorie du conditionnement opérant des années 1980 (McAulliffe et Gordon, 1980; Bejerot, 1980; Wikler, 1980; Godard et Tillement, 1984), la dépendance n'est pas perçue comme un état statique, mais plutôt comme un processus complexe qui s'installe progressivement dès les premières prises de drogues. Pour McAullife

et Gordon (1980), décider que la dépendance aux drogues est atteinte à un point en particulier est arbitraire. Ils soutiennent que la dépendance est en fait un état variable qui se développe et se renforce dès la première prise d'opiacés :

Addiction, in our theory, refers to the strength of the drug-taking response and is thus a continuous variable rather than a qualitatively different state. Addiction begins to grow with the first reinforced opiate-taking response. When the opiate-taking response has become powerful enough, as the result of sufficient reinforcement, the user experiences an increased desire or "craving" for opiate effects. (McAulliffe et Gordon, 1980 : 138)

L'individu ne développerait pas subitement une dépendance aux opiacés, celle-ci s'installerait plutôt « insidieusement » et varierait continuellement :

In our theory, there is no single point at which an individual suddenly becomes "addicted." Instead, the individual's addiction develops insidiously and varies continuously, so that what others seemingly mean when they label someone an "addict" is merely a person with a strong addiction (i.e., a history of reinforced drug taking sufficient to outweigh the more acceptable reinforcers of life, such as are associated with one's job, family, friends, sex life, and respectability). (McAulliffe et Gordon, 1980: 138)

Bejerot (1980) a également développé un modèle séquentiel du processus de dépendance. Pour l'expliquer, il s'intéresse au nicotinisme, car il considère que la nicotine est une substance qui n'est pas sanctionnée socialement et que sa consommation présente toutes les caractéristiques du phénomène de la dépendance. Pour Bejerot, même s'il n'est pas encore dépendant et qu'il ne ressent pas encore les symptômes de sevrage, le néophyte continue à fumer même si cela lui cause des nausées puisqu'il veut imiter des amis plus vieux et ainsi paraître plus sûr de lui.

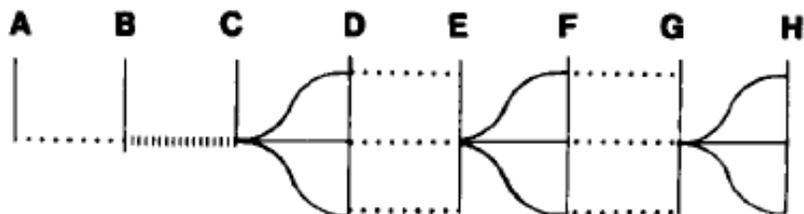
La figure 1, tirée de l'article de Bejerot (1980: 248) et reproduite à la page suivante, représente le développement du nicotinisme selon Bejerot. Dans la phase volontaire (B-C), l'individu possède encore le contrôle de sa consommation de nicotine. Il pourrait arrêter de fumer s'il le désirait, mais il chercherait à satisfaire autre chose qu'une envie de nicotine :

These persons may sometimes take a cigarette instead of a biscuit with coffee, since this reduces their intake of calories. Or they may smoke a cigarette in order to have something to do with their hands in company where they do not really feel at home, or perhaps just to make an impression and appear to be sunk in thought when they really want to hide their shyness, etc. Typical of the voluntary phase is

that there is some motive for smoking other than to satisfy a still nonexistent craving for nicotine. (Bejerot, 1980 : 247)

Au cours de cette phase, l'individu possède encore la « volonté » nécessaire pour mettre un terme à sa consommation. Cependant, s'il continue à fumer, il risque de tomber dans la phase de la dépendance (C-D). Selon Bejerot, la prise de nicotine finit par stimuler le système nerveux et l'individu commence à apprendre comment apprécier les effets plaisants de celle-ci. Selon Bejerot, à travers cet apprentissage, qui est du conditionnement direct, l'individu développe imperceptiblement sa dépendance à la nicotine. À cette étape, la personne perdrait le contrôle, c'est son envie de fumer qui contrôlerait sa volonté et l'acte deviendrait compulsif. Si celle-ci ne consomme pas, elle aura l'impression que quelque chose d'essentiel est absent, ce qui fera échouer les éventuelles tentatives d'abstinence (D-E, F-G) lorsque les stimuli environnementaux déclencheront une nouvelle envie.

FIGURE 1.—Diagrammatic presentation of the development of nicotineism



- A-B** The period before the tobacco debut
- B-C** Controlled smoking or voluntary phase
- C-D** Compulsive smoking or phase of active dependence
- D-E** Phase of achieved or accidental abstinence or latent dependence
- E-F** Relapse or active dependence
- F-G** Renewed abstinence period
- G-H** Relapse and chronic nicotineism

Selon Godard et Tillement, « *l'environnement social joue un rôle de renforcement, à la fois dans la genèse de la dépendance et dans les rechutes observées* » (Godard et Tillement,

1984 : 97). Pour McAulliffe et Gordon (1980), le social joue également un rôle dans le processus de dépendance, mais celui-ci est secondaire. Pour ceux-ci, des facteurs tels que la pression des pairs ou la pauvreté ne sont pas essentiels à l'administration d'opiacés. Pour ces chercheurs, l'effet pharmacologique des opiacés est plus important :

While we grant that an individual's personality, expectations, and the setting in which an opiate is used play important roles in the addiction process, we hold that opiates themselves have intrinsic properties that cause them to be powerful reinforcers and therefore potently addictive. Experimental research with animals demonstrates that personality variables, peer pressure, poverty, or other social environmental factors are not essential for the self-administration of opiates. (McAulliffe et Gordon, 1980 : 139)

Tel qu'expliqué plus haut, pour Bejerot, le social jouerait également un rôle dans la phase volontaire de consommation de nicotine et dans les rechutes.

La théorie psychologique du conditionnement opérant est présente depuis une quarantaine d'années et elle explique principalement le processus de dépendance par les effets renforçateurs que procurent les sensations euphorisantes des drogues. Cependant, pour Godard et Tillement (1984), la théorie du conditionnement opérant est réductionniste, car elle explique les comportements compulsifs de manière partielle sans tenir compte des mécanismes qui génèrent la tolérance. Pour Richard, il faudrait prendre en compte le discours des personnes devenues dépendantes qui « traduit avant tout une souffrance d'avoir aliéné toute liberté » (Richard, 2007 : 262), ce qui démontrerait qu'il y a « une dissociation entre le besoin de consommer, croissant, et le plaisir de consommer, décroissant » (Richard, 2007 : 262). Pour celui-ci, les effets euphorisants de la drogue finissent par dépasser les conséquences « néfastes » de la consommation sur la santé, le travail et la famille.

Les dépendances : une question de gènes?

Selon Goode (2007), la plupart des recherches visant à démontrer l'influence d'un ou de plusieurs facteurs génétiques dans le développement d'une dépendance ont pour objet l'alcoolisme. Cette section aura donc pour sujet la dépendance à l'alcool et ses origines génétiques.

Plusieurs recherches développées dans les années 1970 telles que celles de Schuckit (1972) et de Goodwin (1976) démontrent que les chances de développer des problèmes d'alcoolisme pendant l'âge adulte augmentent avec le nombre de parents alcooliques, la sévérité de leur dépendance à l'alcool et le degré de proximité génétique. Ces recherches se basent principalement sur deux types de stratégies différentes pour identifier les facteurs héréditaires dans la transmission de l'alcoolisme : les études sur les jumeaux et les études sur les adoptions.

En 1979, Goodwin rapportait qu'il y avait quatre études sur l'alcoolisme des jumeaux. Les résultats de la première, réalisée en Suède en 1960 par Kaij, démontrent que les jumeaux identiques ont plus de chances de développer une dépendance à l'alcool que les faux jumeaux. Une autre étude réalisée en Finlande en 1966 par Partanen *et al.* a établi qu'il y a concordance pour la quantité et la fréquence de consommation d'alcool chez les jumeaux identiques, mais pas sur les conséquences de celle-ci. Les études de Jonsson et Nilsson, menée en 1968 en Suède, et de Loehlin, réalisée en 1972 aux États-Unis, confirmeraient l'existence de facteurs génétiques pouvant influencer les comportements de consommation d'alcool. Selon Goodwin, ces études démontrent la présence de gènes permettant un contrôle de la consommation d'alcool en termes de fréquence et de quantité chez les jumeaux identiques. Cependant, elles ne prouvent pas l'existence d'un déterminant génétique pouvant mener à l'alcoolisme.

En 1980, Schuckit affirmait que les études sur l'adoption ont démontré que les enfants ayant été séparés à la naissance de leurs parents alcooliques ont des risques plus élevés de développer à leur tour une dépendance à l'alcool par rapport aux enfants de parents non alcooliques ayant vécu une situation similaire. Dans cette lignée de travaux, la recherche menée une année auparavant par Goodwin au Danemark dans les années 1970 est exemplaire. Dans le cadre de cette étude, des entrevues furent menées auprès d'enfants d'alcooliques (âgés en moyenne entre 30 et 37 ans) divisés en quatre groupes. Le premier groupe était composé de fils d'alcooliques élevés par des parents adoptifs non alcooliques. Le deuxième groupe était formé de fils d'alcooliques éduqués par leurs parents biologiques. Le troisième groupe et le quatrième groupe étaient organisés de la même manière, mais composés de filles de parents

alcooliques. Chaque groupe était jumelé à un groupe témoin composé d'enfants de parents non alcooliques. Les résultats de l'enquête sont les suivants³:

1. Sons of alcoholics were about four times more likely to be alcoholic than were sons of nonalcoholics, whether raised by nonalcoholic foster parents or raised by their own biological parents. Sons of alcoholics raised by foster parents also were more likely to be divorced than were controls. Otherwise, sons of alcoholics and controls did not differ with regard to a wide range of variables: depression, anxiety neurosis, personality disorders, criminality, drug abuse, or "heavy drinking" (defined as drinking daily and occasionally large amounts but without adverse consequences) (Table).

2. Sons of alcoholics raised by their alcoholic parents differed from nonadopted controls only with regard to alcoholism, defined by operational criteria (Table). (Goodwin, 1979: 58)

Goodwin conclut que les résultats de sa recherche démontrent que les enfants d'alcooliques sont particulièrement vulnérables à l'alcoolisme, qu'ils soient élevés par leurs parents alcooliques ou non. Les femmes buvaient moins souvent que les hommes, cependant celles qui buvaient beaucoup avaient plus de chances de développer une dépendance à l'alcool. Ses résultats démontrent également que les femmes élevées par leurs parents alcooliques étaient plus sujettes à la dépression que les femmes du groupe témoin, mais cela n'était pas le cas des femmes adoptées par des parents non alcooliques. Selon Goodwin, cela permet de penser que l'environnement joue un rôle plus important pour le développement de dépressions que d'alcoolisme chez les femmes. L'alcoolisme parental permet de prédire l'alcoolisme chez les hommes, qu'ils aient été adoptés par des non-alcooliques ou non.

Tout au long de sa recherche, Goodwin (1979) se demande ce qui est hérité :

« What is inherited? At this point we are not certain that anything is inherited. Perhaps the strongest evidence for a genetic factor in alcoholism is the evidence that alcoholism strongly runs in families. This, combined with findings from twin and adoption studies, at least suggests the possibility of a hereditary factor. If so, what is inherited? » (Goodwin, 1979 : 60).

En se basant sur certains comportements associés à l'alcoolisme, il croit répondre à cette question en affirmant qu'un grand nombre de personnes sont « protégées » d'une dépendance à l'alcool puisqu'elles sont génétiquement déterminées à avoir des réactions négatives à

³ Le tableau 1 (Goodwin, 1979) dans l'annexe comporte les définitions des différentes catégories de buveurs.

l'alcool. En somme, les individus alcooliques hériteraient du manque d'intolérance à l'alcool. Même si dans les années 1970 la génétique n'était pas très développée, les avancées en génétique moléculaire purent confirmer son intuition. En effet, plus de trente années plus tard, Foroud *et al.* (2010) se basent sur les avancées de la génétique moléculaire afin de déterminer qui est à risque de développer une dépendance à l'alcool. En se fondant sur la littérature existante, ils affirment que les chercheurs en génétique moléculaire se sont appuyés sur différentes stratégies pour identifier les gènes pouvant prédisposer à l'alcoolisme. Ces stratégies reposent sur la prémisse que pour une position particulière dans l'ADN de ces gènes, il existe différentes versions de ces mêmes gènes. Chacune de ces versions est un allèle. La présence de certains allèles dans ces gènes augmente les risques de développer une dépendance. Les études de cas-témoins comparent la fréquence de ces allèles dans les échantillons de personnes alcooliques et le groupe contrôle :

Because DNA is inherited from both parents, every person carries two copies of the DNA at a given position in the genome— one allele that was inherited from the father and one allele that was inherited from the mother. The genotype describes the variation at a particular position within the genome and is defined by the allele inherited from the father and the allele inherited from the mother. If a given allele contributed to the risk for alcohol dependence, one would expect the allele and/or genotype frequencies to differ between the case and the control subjects. (Foroud *et al.*, 2010: 65)

En d'autres termes, les personnes alcooliques dans une famille « share many risk alleles; therefore, genes containing alleles that increase the risk for alcoholism reside within chromosomal regions that are inherited by most or all alcoholic family members. » (Foroud *et al.*, (2010 : 65). Selon Foround *et al.* les gènes contribuant à l'alcoolisme sont ceux encodant les enzymes métabolisant l'alcool, l'acide γ -aminobutyrique et les récepteurs cholinergiques.

Foround *et al.* (2010) concluent leur revue de la littérature en affirmant que la majorité des études en génétique moléculaire démontrent clairement que l'interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux contribue à la dépendance à l'alcool. Trente années auparavant, Schuckit (1980) était arrivé à un constat similaire : « The pattern of use and abuse of a substance within any population subgroup is, of course, the result of a combination of social, psychological, and biological factors » (Schuckit, 1980 : 301). Selon Foround *et al.*

(2010), ces facteurs environnementaux incluent les influences de la famille, des pairs et de la société, mais il faut également prendre en compte les facteurs psychiatriques et la personnalité du consommateur.

Conclusion

Les auteurs consultés dans ce chapitre enrichissent notre compréhension de la consommation en expliquant comment elle prend racine dans les caractéristiques psychologiques et biologiques qui rendent une personne vulnérable aux dépendances. Que ce soit un défaut de personnalité poussant l'individu à « fuir » la réalité, d'un problème de comportement, du résultat d'un conditionnement opérant ou d'une prédisposition génétique, ces théories laissent peu de place aux conditions sociales qui peuvent mener au développement d'une dépendance. Or, tel que Park l'avait suggéré, « tout problème social peut être vu comme un problème individuel de “comportement” et de “personnalité” » (Park, 1925 dans McAll, 2009 : 177). Ce constat nous mène à nous interroger sur la place que nous pouvons accorder au social dans une explication qui prend également en compte les facteurs biologiques et psychologiques. Où se situent les frontières disciplinaires pour expliquer les dépendances? Le chapitre suivant sera l'occasion de présenter les approches qui furent conçues pour répondre au besoin d'appréhender les dépendances à partir d'une perspective multidisciplinaire.

Chapitre 4 : Les approches biopsychosociales sur l'usage et l'abus de substances addictives.

Les approches présentées précédemment permettent de comprendre l'usage de substances addictives à partir de perspectives confinées à des frontières disciplinaires. Chacun des auteurs consultés se penche en particulier sur la dimension biologique, psychologique ou sociologique des dépendances en mettant de côté les deux autres. Cependant, certains d'entre eux se sont risqués à intégrer des notions propres à d'autres disciplines à la marge de leurs schémas explicatifs. Un retour sur ces théories sera présenté dans la première partie de ce chapitre. Par la suite, des théories biopsychosociales élaborées par des auteurs voulant intégrer les dimensions biologique, psychologique et sociologique dans un système cohérent seront présentées.

Retour sur les théories sociologiques, psychologiques et biologiques.

Plusieurs sociologues consultés (Merton, 1938, 1949; Becker, 1953, 1963; Lindesmith, 1938; Preble et Casey, 1969; Feldman, 1968) affirment clairement leur volonté de s'écarter des théories psychologisantes sur les dépendances. Cependant, certains d'entre eux font mention des conséquences psychologiques que peuvent engendrer les structures sociales ainsi que la vie relationnelle pouvant ultimement mener un individu à consommer des substances addictives. Entre les années 1930 et 1960, les théoriciens de l'anomie affirmaient que l'individu qui ne parvient pas à utiliser les moyens illégitimes pour atteindre les objectifs culturellement définis souffrirait d'un « conflit mental » ne pouvant être résolu qu'en abandonnant simultanément les moyens et les objectifs. Selon Merton, le comportement d'évasion (*retreatism adaptation*) qu'adoptent ces individus se manifeste par des émotions telles que le défaitisme et la résignation. Dans les années 1980, Bennett (1986), partisan de la théorie du choix rationnel, écrivait que la quantité d'opioïdes consommée par un individu varie selon ses besoins psychologiques et sociaux. Enfin, au début des années 1990, Gottfredson et Hirschi (1990), soutenaient que l'usage de drogues est le fait d'individus compulsifs qui manquent de « *self-control* ». Les sociologues consultés ne dressent aucun lien avec la dimension biologique de l'usage de drogues.

En psychologie, quelques auteurs établissent des liens entre les dimensions sociologiques et biologiques. C'est le cas d'Ausubel qui, dans les années 1980, affirme que le « syndrome de la personnalité inadéquate » tire probablement sa source de facteurs d'origine génétiques qui seraient surtout présents chez les individus appartenant aux classes sociales « inférieures ». Quant à la théorie de l'estime de soi, elle semble être celle où les liens entre la psychologie et la sociologie sont les plus fréquents. Kaplan, qui a écrit au début des années 1980 et qui s'inscrit dans ce courant théorique, soutient que les individus ayant une faible estime de soi ont tendance à s'auto-exclure des groupes où ils pourraient vivre des situations qui les entraîneraient à s'auto-dévaloriser. Kaplan avance que certains de ces individus finissent par rejeter les structures normatives des groupes où ils se sont sentis dévalorisés et donc, par adopter des groupes déviants présentant des « *self-enhancing functions* ». Comme mentionné au deuxième chapitre, Richard considère que les adeptes de la théorie de l'estime de soi perçoivent les dépendances comme un mal de la « socialité » qui découlent de « l'introversion des individus, de l'égoïsme et de l'individualisme » dont fait preuve l'individu, qui est « l'acteur de sa propre socialisation » (2007 : 71-72). En d'autres termes, les individus ayant une faible estime de soi sont davantage disposés à user de substances addictives pour pallier à leurs problèmes psychologiques d'origine sociale. Enfin, dans la théorie du conditionnement opérant, il semble également y avoir des liens entre les dimensions biologique, psychologique et sociologique. Le lien avec le biologique est évident : quelques auteurs font référence aux effets de la drogue sur le corps lorsqu'ils parlent de circuits neuronaux de plaisir (Godard et Tillement, 1984) ou des neurones à dopamine du circuit de récompense ou de « satisfaction cérébrale » (Richard, 2007). Tel que nous l'avons souligné précédemment, pour Godard et Tillement, « *l'environnement social joue un rôle de renforcement*, à la fois dans la genèse de la dépendance et dans les rechutes observées » (Godard et Tillement, 1984 : 97). Cependant l'effet pharmacologique des drogues serait plus puissant que les renforçateurs d'origine sociale.

Plus récemment, en génétique moléculaire, Foround *et al.* (2010) affirment que la majorité des études démontrent l'importance de la relation entre les facteurs génétiques et sociaux, tels que l'influence de la famille et des pairs, pour expliquer le développement d'une dépendance à l'alcool. Ils soutiennent que la personnalité du consommateur et les facteurs

psychiatriques doivent également être pris en compte. Trois décennies auparavant, Schuckit arrivait à une conclusion similaire: « The pattern of use and abuse of a substance within any population subgroup is, of course, the result of a combination of social, psychological, and biological factors » (Schuckit, 1980: 301).

Les auteurs consultés jusqu'à présent établissent certes des liens entre les dimensions biologique, psychologique et sociologique, mais les liens demeurent partiels. Ils proposent des pistes de réflexion judicieuses, mais ils se concentrent uniquement sur une seule de ces dimensions. Bref, aucun d'entre eux n'intègre totalement les trois dimensions dans un seul cadre théorique cohérent et complet. Pourtant, tel que nous le verrons dans la prochaine partie, certains auteurs ont tenté d'élaborer une théorie conjuguant ces différentes dimensions.

Les premières théories biopsychosociales sur l'usage de substances addictives.

Plusieurs théories intégrant les dimensions biologique, psychologique et sociologique de l'usage de substances addictives ont été développées depuis les trente dernières années. En se basant sur une étude auprès de toxicomanes en psychothérapie, Rossier *et al.* (2009) affirment que la présence chez une même personne, de problèmes aux niveaux social, psychologique et biologique semble être la règle plutôt que l'exception. Plusieurs auteurs partageant cette vision de l'usage de substances addictives ont élaboré différentes approches biopsychosociales afin d'expliquer comment ces dimensions interagissent entre elles. Ces théories seront présentées en ordre chronologique dans les deux prochaines sections.

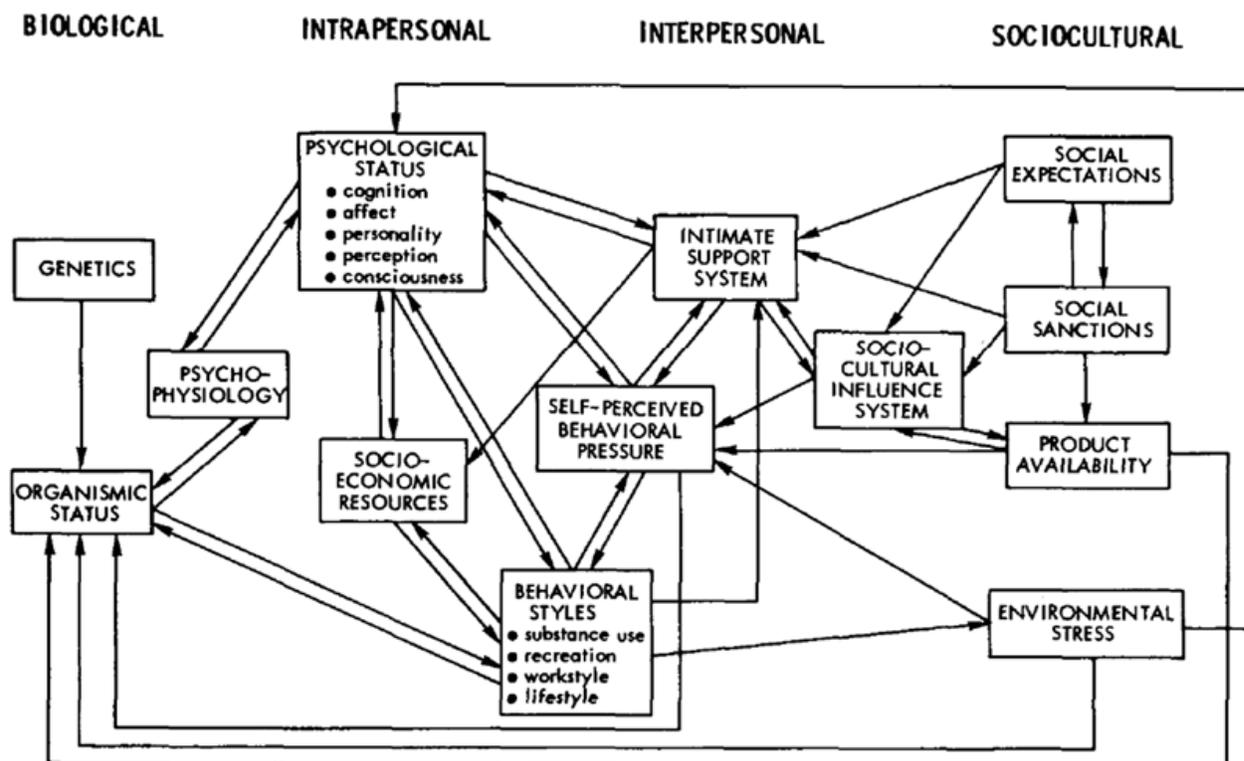
Au début des années 1980, quelques théories biopsychosociales sur l'usage de drogues furent élaborées par des auteurs américains. Parmi eux, Huba *et al.* (1980) affirment que la majorité des théories sur l'usage de drogues ont fourni de précieuses contributions à la compréhension du phénomène des dépendances. Cependant, ils croient que les failles dans ces théories proviennent moins de leur inexactitude que de leur nature incomplète. Bref, elles permettent d'expliquer une facette de la toxicomanie en excluant les autres. Sur la base d'une revue de la littérature, les auteurs ont décidé d'élaborer une théorie globale qui prend en

compte les forces « intraindividuelles » et « extraindividuelles » pour comprendre les comportements liés à l'usage de drogues :

Our theory of drug use takes the position that drug-taking behavior is caused by several large constellations of intraindividual and extraindividual forces. These domains of influence interact to modify each other while determining the presence or absence of a large variety of lifestyle behaviors, including drug and alcohol use. (Huba *et al.*, 1980: 95)

Les auteurs illustrent leur théorie par le biais de la figure reproduite ci-dessous, tirée de l'article de Huba *et al.* (1980:96), dans laquelle les boîtes constituent les « ensembles de forces » qui sont composées de différentes variables, facteurs ou « influences latentes ». Les flèches représentent les présumées influences causales; l'absence de flèche signifie qu'il n'y a pas d'« effet direct » important.

FIGURE 2.—Framework for a theory of drug use



Toujours selon Huba *et al.* (1980), il y aurait quatre grands « domaines abstraits » qui influencent les comportements des consommateurs : biologique, intrapersonnel, interpersonnel

et socioculturel. Le domaine biologique inclut les influences génétiques et le « statut organismique » qui comprend des variables telles que la santé et le fonctionnement des systèmes anatomiques et physiologiques. Les aspects de la physiologie directement reliés avec le « statut psychologique » de l'individu font partie du domaine de la psychophysiologie. Le « statut organismique » serait influencé par la génétique, la psychophysiologie et diverses forces comportementales et sociales. Le domaine intrapersonnel correspond au statut psychologique et aux ressources socio-économiques de l'individu. Le statut psychologique inclut la cognition, l'affect, la personnalité, la perception et la conscience. En ce qui concerne la personnalité, les auteurs affirment : « Among the dimensions in the personality system that appear relevant to drug taking and its alternatives are extroversion, law abidance, social adjustment, rebelliousness, anxiety, sensation-seeking tendencies, and autonomy and achievement strivings » (Huba *et al.*, 1980: 99). Dans le domaine interpersonnel, les auteurs incluent les systèmes de soutien intime et les systèmes d'influences socioculturels. Le premier correspond à la famille, les amis et les autres proches de l'individu. Le deuxième équivaut aux modèles socialement valorisés, aux renforçateurs de divers types de comportements et aux formes de socialisations impersonnelles telles que la publicité. Enfin, dans le domaine socioculturel, les auteurs distinguent les sanctions et les attentes sociales, la disponibilité des substances addictives et le stress environnemental. Le sous-domaine des sanctions correspond aux lois, aux rituels, aux modes et aux modèles de comportement dans la société. Selon les auteurs, chacun de ces éléments peut se transformer selon le contexte et, en outre, la prise de la substance addictive elle-même peut apporter des modifications au modèle théorique qu'ils ont développé.

Selon Huba *et al.*, chacun des domaines influence l'autre, mais à des degrés différents, et ont plus ou moins d'importance selon le stade de la dépendance :

That most of the domains considered influence one another is something we take as given. Nonetheless, it is important to try to determine when one domain does not influence another strongly, or when some sources of influence are more important than others. While the general model is intended to explain the various stages of drug taking and cessation, we believe that certain domains exert more influence at different stages. For instance, it appears that the influences of the intimate support system may be particularly important in the initiation of drug taking, while organismic status changes due to the drug may account more fully

for continued drug ingestion. Additionally, we must ask when trait factors are more important than intimate support system factors in determining drug use, or when affective consequences of drug taking outweigh legal punishments. (Huba *et al.*, 1980 : 100)

Selon eux, cette théorie est toujours vouée à se transformer et à être complétée. Ils soutiennent que les sous-catégories dans le cadre général doivent être développées et qu'il faut également intégrer d'autres systèmes empiriques et théoriques dans leur théorie générale.

Toujours à la même époque, une autre approche multidisciplinaire fut développée par van Dijk (1980). En se basant sur ses observations auprès de personnes en cure de désintoxication, l'auteur avance que la dépendance est un syndrome comportemental qui prend différentes formes et intensités selon le type de substance consommée, son stade d'avancement et les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui entrent en jeu. En ce qui concerne le processus de dépendance, van Dijk a schématisé quatre étapes.

La première étape correspond à l'expérimentation avec les substances addictives pour des raisons sociales, psychologiques ou physiques. L'auteur mentionne qu'à l'étape de l'expérimentation, l'individu peut rechercher l'effet d'une drogue en particulier (sédatif, stimulant, psychédélique) afin de soulager un « état de tension » qui tire ses sources de sa vie sociale, psychologique ou physique et qu'il n'arrive pas à canaliser autrement. Par la suite, si l'individu poursuit sa consommation, il tombe dans l'étape de l'usage intégré. À ce stade, le consommateur réussit à conjuguer ou à « intégrer » sans problèmes ses habitudes de consommation à sa vie quotidienne et il aurait toujours la possibilité de cesser sa consommation. Cependant, s'il continue sur la même voie, il va tomber dans l'étape de l'usage excessif qui s'accompagne de dommages sur sa vie physique, psychique et sociale. Enfin, le processus culmine avec l'étape de la dépendance. Selon van Dijk, la dépendance aux substances addictives peut être considérée comme une maladie qui présente trois caractéristiques principales :

1. It is damaging to the individual.
2. It is relatively autonomous. By this we mean that, whatever complex interplay of factors may have led to the phases of excessive use and addiction, once the

boundary has been passed, a relatively stable state has come into being, which is more or less independent of the primary generating causes and conditions. As for the treatment, relative autonomy means that in the majority of cases merely removing the initiating factors is not sufficient; special measures have to be taken, aiming at treating the addiction syndrome as such.

3. The addiction syndrome is self-perpetuating, spontaneous recovery being exceptional. On the contrary, if no help is offered there is a tendency to further deterioration. (van Dijk, 1980 : 165-166)

Le cours du processus peut prendre différentes formes dépendamment de l'individu, l'effet de la substance consommée sur son corps, la structure de sa personnalité et le contexte social.

Une fois dépendant, le consommateur est pris dans des « cercles vicieux » qui l'enferment dans sa consommation. Les cercles pharmacologiques et cérébraux ont une incidence sur le corps de l'individu. Le premier cause un changement dans le métabolisme du corps :

Pharmacological investigations have shown that the repeated use of drugs may cause a change in metabolism. This change may manifest itself in the phenomenon of tolerance (after prolonged use an increase of the dose is needed to attain the same effect) and the withdrawal syndrome (a sudden interruption may cause unpleasant and even serious physical and psychological signs and symptoms). In some types of dependence, the persistent need for the drug and the inclination to increase the dose may be explained by these phenomena. Continuation of the use, however, maintains the metabolic change, which in its turn is responsible for the need to use the drug again. (van Dijk, 1980 : 168-169)

Le deuxième « cercle vicieux » concerne les capacités cérébrales qui régulent le comportement. Ces capacités seraient endommagées par la consommation de substances addictives, ce qui aurait pour conséquence l'affaiblissement de l'ego. Cela diminuerait la capacité de l'individu à réguler sa consommation :

This means that the personal psychical powers to regulate and control the use are reduced. This, in its turn, implies that the motives leading to the use of the drug get the opportunity to assert themselves more easily. Because of this mutual relationship of cause and effect one can also speak of a vicious circle. (van Dijk, 1980: 169)

Le « cercle vicieux » psychique concerne les sentiments de culpabilité et de honte de ne pas être capable de diminuer ou de cesser sa consommation, ce qui mène le consommateur à consommer davantage pour ne plus ressentir ses émotions. Enfin, le « cercle vicieux » social

concerne les conséquences de la consommation de drogues sur la vie relationnelle de l'individu, ce qui à son tour peut renforcer l'usage de substances illicites. Selon van Dijk, les conséquences sociales de la consommation de drogues sont importantes puisqu'elles concernent la désintégration des liens sociaux du consommateur avec ses proches jusqu'à ce que la personne soit exclue de la société. Cela aurait des conséquences sur le plan psychologique et mènerait l'individu à endosser le rôle de consommateur :

This isolation and rejection engender in the subject negative feelings, which foster an attitude of letting oneself go into the state of being an addict. This means a fixation of the role behavior that goes with it and a reinforcement of the identification with a drug-using subculture. (van Dijk, 1980 : 171)

Si au départ le processus de dépendance semblait linéaire, à partir de l'étape de l'usage excessif, les facteurs qui le sous-tendent le rendent circulaire. En d'autres termes, dans les premiers temps, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux peuvent se contrebalancer, s'intensifier ou se réduire mutuellement. Cependant, dans les phases avancées, ces facteurs deviennent tels des « cercles vicieux » et se renforcent mutuellement, ce qui expliquerait l'autonomie et l'« autoreproduction » des dépendances.

Les théories biopsychosociales contemporaines sur l'usage de substances addictives.

Des auteurs plus récents mettent davantage l'accent sur le lien entre la santé mentale et l'usage de substances addictives. Tel est le cas de Griffiths (2005) qui soutient qu'une théorie des dépendances doit être flexible, intégrative et réflexive afin de pouvoir être utilisée par les divers groupes concernés par le phénomène de la toxicomanie. Dans cette optique, Griffiths formule une définition des conduites addictives en reprenant celle proposée par Marlatt *et al.* (1988):

[...] a repetitive habit pattern that increases the risk of disease and/or associated personal and social problems. Addictive behaviours are often experienced subjectively as 'loss of control' – the behaviour contrives to occur despite volitional attempts to abstain or moderate use. These habit patterns are typically characterized by immediate gratification (short term reward), often coupled with delayed deleterious effects (long term costs). Attempts to change an addictive

behaviour (via treatment or self initiation [sic]) are typically marked with high relapse rates. (Marlatt *et al.*, 1988 : 224, dans Griffiths, 2005 : 192)

En outre, l'auteur affirme, sans développer davantage sur ce point, que les dépendances doivent également être insérées dans une perspective processuelle intégrant le spectre de sévérité des comportements addictifs. Pour Griffiths, cette nouvelle définition des dépendances est assez flexible pour prendre en compte les dépendances chimiques et comportementales, et assez inclusive pour permettre d'englober les facteurs d'origine sociale, psychologique et biologique.

En s'appuyant sur sa définition des dépendances, l'auteur identifie six composantes communes à chacune d'entre elles. Celles-ci doivent toutes être présentes afin de pouvoir réellement parler de dépendance. Premièrement, la saillance (*salience*) fait référence à la présence envahissante de l'activité addictive dans la vie de l'individu : « This refers to when the particular activity becomes the most important activity in the person's life and dominates their thinking (preoccupations and cognitive distortions), feelings (cravings) and behaviour (deterioration of socialized behaviour) » (Griffiths, 2005 : 1993). Deuxièmement, les activités addictives peuvent produire des modifications de l'humeur. En effet, l'auteur soutient que cette composante des dépendances renvoie à l'expérience subjective que les gens rapportent comme étant une conséquence de l'activité addictive. Cela peut inclure des sensations telles que l'euphorie ou l'effet tranquillisant pouvant être induit par cette activité, et cela varierait selon les attentes de l'individu. L'auteur ajoute que plusieurs personnes dépendantes ont recours à des substances et à des activités addictives afin de s'adapter à certaines situations, comme moyen d'automédication et pour se sentir mieux. Troisièmement, l'usage de substances toxicomanogènes ou la poursuite d'activités addictives fait en sorte que l'individu développe une tolérance, ce qui le pousse à augmenter sa dose afin d'atteindre l'effet désiré. Quatrièmement, lorsque celui-ci discontinue ou réduit son activité addictive, il sentirait les symptômes de sevrage qui se manifestent psychologiquement et physiquement. Cinquièmement, la personne dépendante peut vivre des conflits internes ou externes :

This refers to conflicts between the addict and those around them (interpersonal conflict) or from within the individual themselves (intrapsychic conflict) which are concerned with the particular activity. Continual choosing of short-term pleasure and relief leads to disregard of adverse consequences and long-term damage which

in turn increases the apparent need for the addictive activity as a coping strategy. The conflict in the addict's life means that they end up compromising their (1) personal relationships (partner, children, relatives, friends, etc.), (2) working or educational lives (depending on what age they are) and (3) other social and recreational activities. Intrapyschic conflict may also be experienced in the form of addicts knowing that they are engaged heavily in the behavior and want to cut down or stop – but find they are unable to do so, experiencing a subjective loss of control. (Griffiths, 2005: 195)

Finalement, selon Griffiths, la dernière composante commune à toutes les dépendances est la rechute. Celle-ci constituerait la tendance à retomber dans les schémas de dépendance, même si que l'ancien consommateur est abstiné depuis plusieurs années.

Pour Griffiths, les dépendances sont le résultat de l'interaction entre différents facteurs tels que les prédispositions biologiques et génétiques de la personne, sa constitution psychologique, son environnement social, et la nature de l'activité addictive elle-même. L'auteur ajoute :

These many factors highlight the interconnected processes and integration between individual differences (i.e. personal vulnerability factors), situational characteristics, structural characteristics and the resulting addictive behaviour. Each of these three general sets of influences (i.e. individual, structural and situational) can be subdivided much further depending on the type of addiction. (Griffiths, 2005: 195)

L'auteur conclut sa revue de la littérature en affirmant que l'approche biopsychosociale permet d'appréhender les comportements complexes tels que les dépendances, et que ce type de cadre analytique pourrait permettre d'améliorer les pratiques d'intervention et de changer la perception du public sur les dépendances.

Au sujet de la drogue comme moyen de modifier les humeurs, il semble y avoir concordance entre Griffiths (2005) et Buckner *et al.* (2013). Ces derniers s'interrogent quant à savoir pourquoi les individus souffrant d'anxiété sociale semblent avoir plus de problèmes de consommation que les gens vivant avec d'autres formes d'anxiété.

Selon Buckner *et al.*, l'anxiété sociale pouvant mener à des problèmes de consommation se compose de divers éléments tels que la peur de se faire évaluer par les autres (*evaluation fears*), l'excitation physiologique, un état affectif négatif (*low positive affect*), l'évitement

social (*social avoidance*) et l'impression d'avoir des déficits au niveau social. Ces éléments font en sorte que les individus anxieux sont plus vulnérables à l'usage et à l'abus de substances s'ils consomment dans le but de gérer des états émotionnels difficiles, d'augmenter les états affectifs positifs ou pour éviter de se faire juger par les autres. Les auteurs ajoutent que certains individus peuvent également consommer afin de diminuer l'excitation physiologique ou pour augmenter le plaisir lorsqu'ils sont en société. Les auteurs avancent que la littérature sur l'alcoolisme, le tabagisme et l'usage de marijuana et de cocaïne semble appuyer la validité de leur modèle biopsychosocial. Ils soutiennent que les effets attendus des substances et la quantité consommée varient selon ce que recherche l'individu pour pallier une ou plusieurs composantes de l'anxiété sociale mentionnée précédemment.

Enfin, d'autres auteurs plus récents qui se réclament du modèle biopsychosocial tels que Highland *et al.* (2013) mettent l'accent sur la dimension biologique des dépendances. Ces derniers avancent des constats similaires à ceux de Griffiths (2005) et de plusieurs auteurs étudiés au deuxième chapitre (Goodwin, 1979; Schuckit, 1980; Foround *et al.*, 2010) au sujet de la prédisposition génétique à l'alcoolisme et de l'usage de substances addictives comme moyen d'adaptation. Afin d'identifier les facteurs pouvant prédisposer à des problèmes de consommation d'alcool, les auteurs se sont intéressés aux parcours biopsychosocial d'étudiants utilisant cette substance en tant que stratégie d'adaptation (*coping mechanism*). Ils ont examiné le récepteur du gène de dopamine D2 (DRD2) qui est lié au système de récompense du cerveau, à l'impulsivité et à la consommation d'alcool. Sur cette base, ils ont donc divisé et comparé leur échantillon de 297 participants en deux groupes : ceux qui ont une ou deux copies de l'allèle A1 (A1+) et ceux qui ne sont pas porteurs de cet allèle (A1-). Selon, Highland *et al.*, cette méthode permet de comprendre les liens biopsychosociaux entre la présence de problèmes de consommation d'alcool chez un individu et les stratégies d'adaptation, les vulnérabilités génétiques, l'alexithymie, et les abus pendant l'enfance et l'adolescence. Les résultats de la recherche permettent d'illustrer les liens entre ces différentes composantes de la dépendance :

A1+ allele had significant pathways from physical and emotional abuse to alexithymia and from sexual abuse to substance-based coping. Furthermore, alexithymia predicted substance-based coping, which, in turn predicted alcohol problems. Alexithymia mediated the relationship between emotional and physical

abuse to substance-based coping. We predicted that these relationships would not be found in A1- individuals. This hypothesis was partially supported, such that A1- individuals demonstrated significant links between substance-based coping and alcohol-related problems as well as a link between emotional and physical abuse to alexithymia. (Highland *et al.*, 2013 : 369)

En d'autres termes, les résultats indiquent que la présence de l'allèle A1+ en association avec des facteurs comme l'alexithymie et les mauvais traitements avant la vie adulte peut mener un plus grand risque pour l'adoption d'une stratégie d'adaptation basée sur l'alcool et par conséquent à l'alcoolisme.

Conclusion

Les auteurs consultés dans ce chapitre enrichissent notre compréhension de la toxicomanie en apportant un éclairage multidisciplinaire sur celle-ci. En effet, Huba *et al.* (1980), van Dijk (1980) et Griffiths (2005) ont principalement critiqué les approches en biologie, en psychologie et en sociologie qui n'ont pas été développées de manière à incorporer les explications sur l'usage et de l'abus de substances addictives dans un système plus large et cohérent. Ces derniers ont formulé des théories biopsychosociales en mettant l'accent sur l'interaction entre les dimensions biologique, psychologique et sociale. En effet, Huba *et al.* (1980) ont développé une explication qui conjugue les forces « intraindividuelles » et « extraindividuelles » en schématisant les liens entre les « domaines » explicatifs biologique, intrapersonnel, interpersonnel, et socioculturel. Pour van Dijk (1980), les dimensions biologiques, psychologiques et sociales s'imbriquent initialement dans un processus linéaire en se contrebalançant, en s'intensifiant ou en se réduisant mutuellement, jusqu'à ce que la dépendance s'autonomise dans des « cercles vicieux » qui se renforcent mutuellement et qui contribuent à sa reproduction. Plusieurs auteurs contemporains qui prétendent intégrer les dimensions biologique, psychologique et sociologique dans un seul modèle cohérent abordent le sujet des dépendances à partir de la problématique de la santé mentale. Contrairement aux auteurs présentés ci-dessus, Griffiths (2005) ne met pas l'accent sur l'aspect processuel des dépendances, mais plutôt sur les composantes communes des

dépendances chimiques et comportementales. Buckner *et al.* (2013) se concentrent plutôt sur l'anxiété sociale comme facteur pouvant rendre un individu davantage vulnérable à l'abus de drogues. Enfin, Highland *et al.* (2013) s'intéressent principalement à la dimension génétique des dépendances en établissant quelques liens avec les dimensions psychologiques et sociales.

Les approches présentées dans ce chapitre ont été élaborées dans le but d'intégrer dans un système cohérent les dimensions biologique, psychologique et sociologique. Cependant, tel que nous l'avons vu avec les auteurs contemporains, ces théories n'assument pas entièrement la dimension sociologique et elles sont davantage axées sur la psychologie. En outre, il faut également mentionner qu'hormis Griffiths (2005), aucun auteur ne met l'accent sur l'importance de prendre en compte la perception des consommateurs pour appréhender la toxicomanie. Cela soulève les questions suivantes : comment les consommateurs de drogues perçoivent-ils leur consommation? Quelle est la contribution des savoirs expérientiels à la compréhension de la toxicomanie? Nous développerons sur cette question dans les prochains chapitres à partir des histoires de vie des participants du projet Chez Soi.

Chapitre 5 : Reformulation de la question et méthodologie.

Tel que le suggèrent Allué (1999) et Griffiths (2005), il est primordial de s'intéresser à la perception des individus pour saisir toute l'entièreté et l'intensité de leur expérience. Dans cette optique, cette recherche vise à mettre de l'avant la parole des participants du projet Chez Soi pour connaître leur perception de la consommation et ainsi saisir l'apport de leurs savoirs expérientiels à la compréhension de celle-ci. La littérature mobilisée dans les chapitres précédents nous a permis d'enrichir notre compréhension de la toxicomanie d'un point de vue biologique, psychologique et sociologique. Or, à l'exception de quelques auteurs, dont Griffiths (2005), la perception des consommateurs de drogues est souvent mise à l'écart ou traitée de manière périphérique. À la lumière de la littérature consultée, nous reformulerons la question de recherche dans le chapitre suivant afin de voir comment les participants du projet Chez Soi perçoivent leurs problèmes de consommation.

Reformulation de la question

Dans les chapitres précédents, les dépendances ont été abordées à partir des différentes perspectives qui ont dominé les sciences sociales depuis les années 1930 jusqu'à aujourd'hui. Dans son ensemble, la littérature consultée nous permet de saisir l'apport de la biologie, de la psychologie et de la sociologie à la compréhension de la toxicomanie. Les auteurs mobilisés ont approfondi différentes facettes des dépendances en portant tantôt leurs regards sur l'individu et sa constitution physique ou psychique, tantôt sur les structures sociales créant les conditions sociales qui contribuent à l'apparition de comportements déviants. Cependant, tel que développé au troisième chapitre, peu de liens solides semblent avoir été établis entre ces différentes disciplines dans la littérature consultée pour expliquer l'usage de substances toxicomanogènes. Certains liens ont été tissés par quelques auteurs mobilisés, mais ils nous semblent insuffisants pour appréhender l'usage de substances addictives. À l'instar de Huba *et al.* (1980), nous pensons que cela est dû à une lacune dans les théories principales sur l'usage de substances toxicomanogènes et que les failles dans ces théories proviennent moins de leur inexactitude que de leur incomplétude. Une autre lacune a été détectée dans la majorité des théories sociologiques, à l'exception de celle formulée par Bennet (1986) : l'effet des

substances addictives n'est pas considéré. Les motivations des consommateurs sont parfois présentées, mais l'effet attendu des substances est écarté. Cela est problématique puisque nous pensons, à l'instar de quelques auteurs en psychologie et en génétique moléculaire (Ausubel, 1980; Kaplan 1980; Bejerot, 1980; Foround *et al.*, 1980; Highland *et al.*, 2013), que l'effet attendu d'une substance doit être pris en compte d'un point de vue social puisque l'acteur peut chercher à utiliser un produit en particulier afin de s'adapter à une situation sociale donnée. En psychologie et en biologie, la majorité des auteurs ne situent pas les mécanismes décrits ou les types de personnalité à risque dans un contexte plus large⁴.

Quant aux approches multidisciplinaires développées par Huba *et al.* (1980) et van Dijk (1980), nous pensons que leurs théories ne sont intéressantes que d'un point de vue théorique. En effet, malgré leurs tentatives de créer des systèmes cohérents, ces auteurs n'ont fait qu'une revue de la littérature pour développer leurs théories. Ils expliquent l'interaction entre les dimensions biologique, psychologique et sociologique, mais ils n'ont pas opérationnalisé leurs systèmes conceptuels. En outre, ces auteurs ont eux-mêmes affirmé que leurs approches ne sont qu'au stade embryonnaire et qu'elles doivent être améliorées. Cependant, contrairement aux auteurs mobilisés au deuxième chapitre, leur conception du biologique est plus large. En effet, cela est particulièrement notable dans la théorie de Huba *et al.* (1980) qui inclut des variables telles que la santé et le fonctionnement des systèmes anatomiques et physiologiques dans la catégorie « statut organismique » dans le domaine biologique. De son côté, Griffiths (2005), parle des six composantes biopsychosociales de la dépendance qui sont principalement basées sur l'individu et sa vie psychique. Par exemple, l'auteur parle de la présence envahissante de l'activité addictive dans la vie mentale du consommateur, de l'effet des substances sur son humeur, et des conflits internes dus à sa consommation. Les approches développées par Buckner *et al.* (2013) et Highland *et al.* (2013) sont également intéressantes puisqu'elles mettent l'accent sur les dimensions psychologiques et génétiques.

Malgré leur ambition de créer des systèmes biopsychosociaux cohérents, nous considérons que les auteurs présentés au quatrième chapitre ne réussissent pas à assumer

⁴ Par exemple, ils font abstraction des effets des inégalités sociales et des discriminations sur la santé mentale et sur l'usage de substances addictives.

pleinement les dimensions biologique, psychologique et sociologique. En ce qui concerne la biologie, il n'y a que Highland *et al.* (2013) qui développent pleinement sur la dimension génétique des dépendances. D'autres auteurs tels que Huba *et al.* (1980), mentionnent l'influence de la génétique, mais ne développent pas cet aspect. Il faut mentionner que ces derniers ont élargi la catégorie du biologique en incluant des facteurs tels que la santé et le fonctionnement des systèmes anatomiques et physiologiques. D'autres auteurs parlent de l'effet des substances addictives sur le cerveau et leurs effets négatifs sur l'ego et sur le métabolisme (van Dijk, 1980), de symptômes de sevrage et de tolérance physique (Griffiths, 2005) et d'excitation physiologique (Buckner *et al.*, 2013). Les explications biologiques sont souvent relayées au deuxième plan dans leurs théories.

La majorité des auteurs consultés se concentrent principalement sur la dimension psychologique et basent leurs systèmes conceptuels sur celle-ci. Huba *et al.* (2013) s'intéressent à la cognition, à l'affect, à la personnalité, à la perception et à la conscience des consommateurs. Van Dijk (1980) parle du « cercle vicieux » psychique dans lequel tombe le consommateur et qui concerne ses sentiments de culpabilité et de honte de ne pas être capable de diminuer ou de cesser sa consommation, ce qui le mène à consommer davantage pour faire face à ses émotions. En ce qui concerne la théorie de Buckner *et al.* (2013), celle-ci est surtout psychologisante puisque l'objectif des auteurs était de faire le lien entre problèmes de consommation et anxiété sociale. Enfin, Highland *et al.* (2013) parlent de stratégies d'adaptation (*coping mechanism*) et de problèmes émotionnels.

La dimension sociologique est celle qui est la plus négligée par les auteurs consultés. Celle-ci ne sert que de facteur explicatif secondaire afin d'appuyer les dimensions biologiques et psychologiques. Huba *et al.* (1980) cantonnent le social à l'influence qu'exercent les proches sur la vie du consommateur, aux modèles socialement valorisés, aux attentes sociales et au « stress environnemental ». Van Dijk (1980) ne fait que parler du « cercle vicieux » social qui concerne les conséquences de la consommation de drogues sur la vie relationnelle de l'individu. Griffiths (2005), Buckner *et al.* (2013) parlent des conflits que peuvent générer la consommation de drogues au niveau relationnel et des conséquences sur le plan psychique. Quant à eux, Highland *et al.* (2013) abordent exclusivement les conséquences psychologiques et biologiques des mauvais traitements vécus pendant l'enfance et l'adolescence des

consommateurs sur leur vie adulte. Aucun des auteurs consultés au quatrième chapitre n'aborde les dynamiques sociologiques que nous avons soulevées au deuxième chapitre. Les questions de discriminations et d'inégalités sociales relativement à l'usage de drogues dont parlent plusieurs auteurs (Bourgois, 1992; Currie, 1993; Murphy et Rosenbaum, 1997) ne sont pas soulevées. Ils ne traitent pas de déviance, de structures sociales, d'accès aux opportunités ni d'idéologie. Bref, la dimension sociologique ne semble pas prédominer et le regard a tendance à être porté sur l'individu et ses lacunes.

À la lumière de ce qui précède, nous sommes en mesure de reformuler notre question de départ. Tel que le suggèrent Allué (1999) et Griffiths (2005), il faut s'intéresser à la perception des individus pour saisir toute l'entièreté et l'intensité de leur expérience. Pour les auteurs, cela permettrait d'avoir une compréhension plus holistique et réflexive des phénomènes étrangers aux chercheurs. En outre, pour Griffiths (2005), il faut s'intéresser à l'expérience subjective et à la parole des individus afin de comprendre comment se combinent les facteurs biologique, psychologique et sociologique dans l'initiation et le développement des dépendances chimiques et comportementales. À cet égard, nous nous pencherons sur les récits de vie des participants du projet Chez Soi afin de comprendre comment ils perçoivent leur consommation de drogue et d'alcool lors des deux séries d'entrevues. Le recours aux récits de vie présente plusieurs avantages pour la démarche que nous comptons entreprendre :

Le recours aux récits de vie s'avère ici extraordinairement efficace, puisque cette forme de recueil de données empiriques colle à la formation des trajectoires ; elle permet de saisir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée ; de découvrir les caractéristiques profondes de cette situation, et notamment les tensions qui la traversent et la caractérisent; et comment les personnes qui s'y retrouvent s'efforcent de gérer cette situation sociale, voire d'en sortir. (Bertaux, 2010 : 19)

Notre question de recherche principale permet d'approfondir les éléments soulevés par notre question de départ : en intervenant sur les conditions matérielles et relationnelles avec le projet Chez Soi, comment se transforme la perception de la consommation des participants du projet Chez Soi? En d'autres termes, comment les participants des groupes expérimentaux et témoins perçoivent-ils leur consommation lors de la première série d'entrevues, et lors de la deuxième série d'entrevue ayant eu lieu dix-huit mois plus tard? De notre question principale découle la

question suivante : à travers leur perception, comment les dimensions biologique, psychologique et sociologique sont-elles exprimées par les participants lorsqu'ils parlent de leur consommation? Deux autres questions seront également traitées : quels liens peut-on faire entre la perception des participants et la littérature consultée? Quelle est la contribution des savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi à la compréhension de la toxicomanie? Comme mentionné précédemment, nous adopterons une posture compréhensive où la perception qu'accordent les participants du projet Chez Soi à leur expérience sera mise de l'avant tout au long de la recherche. Nous souhaitons, par cette recherche, contribuer à la compréhension des dépendances en regardant de plus près la perception des participants.

Méthodologie

Comme abordé dans l'introduction, nous nous baserons sur les récits de vie des participants du projet Chez Soi. Ce projet d'intervention a pour objectif d'offrir un logement subventionné (à 75% du revenu du participant) et un suivi intensif par des équipes d'intervenants à des personnes en situation d'itinérance ayant des problèmes de santé mentale. Au total, 469 personnes ont été sélectionnées à Montréal pour faire partie du projet : 285 individus font partie des groupes expérimentaux à besoins élevés ou modérés, et 184 autres font partie des groupes témoins à besoins élevés ou modérés. Elles ont été recrutées dans la rue, dans des refuges, dans des hôpitaux, dans des établissements correctionnels et dans des maisons de chambres par des équipes d'intervenants qui utilisaient les critères de sélection du projet Chez Soi. Par la suite, après avoir passé un test d'admissibilité⁵, chaque personne fut soumise à une auto-évaluation de ses besoins pour déterminer si son profil correspondait à celui des besoins élevés ou modérés⁶. Enfin, la méthode d'attribution pour faire partie du

⁵ Les critères d'éligibilité au projet Chez Soi sont les suivants : « statut juridique d'adulte (âgé de 18 ans ou plus); respect de la définition d'itinérance absolue OU de mal logé [...]; présence de tout trouble mental grave, qu'il soit ou non accompagné de toxicomanie, mais n'exigeant pas un diagnostic officiel au moment de l'acceptation dans le projet. » (CSMC, 2009 :7)

⁶ Les individus étant considéré comme faisant partie d'un groupe à besoins élevés doivent avoir une maladie mentale et au moins deux des critères suivants : « a. Recours élevé aux services hospitaliers de premier niveau ou aux services spécialisés en hôpitaux, aux soins tertiaires ou aux services psychiatriques d'urgence comme les services d'intervention en cas de crise. b. Cas difficile (c'est-à-dire persistant ou très récurrent), graves symptômes majeurs (p. ex. affectif, psychotique, suicidaire ou délirant). c. Trouble de toxicomanie cooccurrent de durée importante (p. ex. plus de six mois). d. Risque élevé ou antécédent récent de démêlés avec la justice

groupe expérimental ou témoin a été réalisée de manière randomisée. Au total, les participants ont été divisés en quatre sous-groupes : un groupe expérimental à besoins modérés, un groupe expérimental à besoins élevés, un groupe témoin à besoins modérés et un groupe témoins à besoins élevés.

Par la suite, un échantillon représentatif de 46 personnes⁷, composé de 30 hommes (65%) et de 16 femmes (35%) fut constitué dans le but de mener des entretiens semi-directifs basés sur la méthode des récits de vie. Nous avons déjà mentionné les avantages de la méthode des récits de vie pour notre objet de recherche. Celle-ci permet, selon Bertaux (2010), d'« extraire » des savoirs pratiques des participants. Elle peut aussi être utile pour comprendre la trame narrative et la perception des sujets, ce qui s'avère être fort utile dans le cadre de notre recherche sur la perception des participants sur leur consommation. Enfin, cette méthode permet aussi d'appréhender le « processus d'interaction » entre les différents thèmes soulevés par les sujets.

Deux séries d'entrevues furent réalisées par des agents de recherche. La première a eu lieu dans les bureaux du projet Chez Soi et portait sur les histoires de vie des participants. La seconde a eu lieu dix-huit mois plus tard et a également été réalisée dans les bureaux du projet Chez Soi pour les membres des groupes témoins et dans les logements des membres des groupes expérimentaux. L'objectif était de comparer leurs expériences pendant la période de dix-huit mois suivant leur admission au projet Chez Soi. Cette série d'entrevues portait principalement sur la vie quotidienne et sur les thèmes du logement ou de la vie à la rue, de la santé mentale et physique, de leurs relations avec la famille, les intervenants et les pairs et sur leurs plans pour l'avenir. Une fois réalisés, les entretiens furent synthétisés par une équipe d'agents de recherche au CREMIS. Par la suite, plusieurs personnes de cette équipe ont réalisé des fiches-synthèses à partir des verbatim. Les fiches de la deuxième série d'entrevues se divisent en plusieurs catégories : portrait général, logement et itinérance, ressources et services, santé mentale et consommation, travail, et relations sociales.

pénale (p. ex. arrestation et incarcération). e. Incapacité de répondre à ses besoins de base. f. Être hospitalisé ou rester dans une résidence communautaire supervisée, mais être considéré, du point de vue clinique, comme en mesure de vivre de manière plus indépendante si des services intensifs sont fournis ou exigeant un placement en résidence ou en établissement si des services plus intensifs ne sont pas accessibles. » (CSMC, 2009 :8)

⁷ Il faut mentionner qu'un participant est décédé par la suite, diminuant notre échantillon à 45 individus pour la deuxième série d'entretiens.

À l'aide de ces fiches et d'un tableau statistique réalisé à partir de celles-ci, nous avons choisi les douze individus qui font partie de notre sous-échantillon. Nous nous sommes également basés sur le principe de diversification interne de Pirès (1997) pour constituer notre sous-échantillon. Selon l'auteur, ce principe permet de dresser un « portrait global » à l'intérieur « d'un groupe restreint et homogène d'individus » (Pirès, 1997, 65). Le critère d'homogénéité réfère à la population choisie et doit évidemment renvoyer à l'objet de recherche. Dans notre cas, il s'agit des participants du projet Chez Soi qui font usage de substances addictives. Par la suite, Pirès affirme que le chercheur doit travailler à la diversification interne de son groupe homogénéisé en sélectionnant une diversité de profils. Pour l'auteur, il s'agit de réaliser une étude « exhaustive » ou « en profondeur » d'un groupe restreint. À la lumière des principes de Pires, nous avons donc sélectionné quatre femmes (35%) et huit hommes (65%) pour respecter les proportions de l'échantillon initial. Parmi ces participants, il y a six individus dans les groupes expérimentaux dont trois avec besoins élevés et trois autres avec besoins modérés, et six individus dans les groupes témoins dont cinq avec besoins modérés et une avec besoins élevés. Toutes ces personnes sont francophones et nées au Québec. Au moment de la deuxième entrevue, ils sont âgés en moyenne de 51 ans; la plus jeune ayant 38 ans et le plus vieux 57 ans. Ils ont en moyenne 8 années et demie d'itinérance cumulée : la plus longue expérience étant 19 ans, et la plus courte 10 mois.

Après avoir composé notre sous-échantillon, nous avons réalisé l'analyse qui est présentée au sixième chapitre à partir de la deuxième série d'entrevues. Nous nous sommes principalement basés sur les verbatim, mais nous avons aussi eu recours aux fiches-synthèses.

Chapitre 6 : Trajectoires de vie et usage de substances addictives avant le projet Chez Soi selon les participants.

Dans ce chapitre, nous nous attarderons à la perception qu'ont les participants du projet Chez Soi de leur consommation et aux explications qu'ils avancent lors de la première série d'entrevues⁸. Cette période de temps recouvre un large éventail d'événements qui se sont produits dès l'enfance ou l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, en incluant les différentes circonstances ayant mené chaque participant à la rue. L'accent sera mis sur la manière dont ils perçoivent leur consommation de substances toxicomanogènes. Les cas de Jocelyn et de Sonia seront tout d'abord présentés avant d'être analysés. Par la suite, à partir des constats transversaux tirés de leurs histoires de vie, nous analyserons les entrevues des autres participants du projet Chez Soi.

Le cas de Jocelyn (groupe expérimental)

Au moment de la première entrevue, Jocelyn est âgé d'une cinquantaine d'années et il a vécu environ une quinzaine d'années à la rue ponctuées de périodes en maison de chambres selon ses propos. Afin de comprendre son rapport à la consommation, il est nécessaire de s'attarder sur son histoire de vie. Il débute son entretien en parlant de sa difficulté à côtoyer d'autres personnes itinérantes : « Vivre avec d'autres hommes en même temps. Du monde qui sont *rough*. » Il raconte que sa vie à la rue aurait été pire sans l'aide de son frère et de sa sœur qui lui ont permis de « garder le cap » durant toutes ces années. Sa sœur l'aurait aidé sur le plan psychologique et l'aurait supporté dans ses démarches auprès des organismes

⁸ Les femmes de l'échantillon ont en moyenne 45 ans et les hommes ont en moyenne 47 ans. Nous nous concentrerons en particulier sur les histoires de vie des participants suivants (noms fictifs): **Jean (04)**, 54 ans, 10 ans cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins élevés; **René (05)**, 54 ans, 18 ans cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins modérés; **Amélie (22)**, 38 ans, 10 ans cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins élevés; **Jocelyn (27)**, 54 ans, 15 ans et demi cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins élevés; **Sylvain (37)**, 49 ans, 14 ans et demi cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins modérés; **Valérie (44)**, 47 ans, 10 mois cumulés d'itinérance, groupe expérimental avec besoins modérés; **David (07)**, 57 ans, 10 ans d'itinérance cumulés, groupe témoin avec besoins modérés; **Benoit (13)**, 54 ans, 19 ans d'itinérance cumulés, groupe témoin avec besoins modérés; **Marie-Hélène (29)**, 55 ans, 2 ans d'itinérance cumulé, groupe témoin avec besoins élevés; **André (28)**, 55 ans, 2 ans d'itinérance cumulés, groupe témoin avec besoins modérés; **Sonia (38)**, 47 ans, 1 an cumulé d'itinérance, groupe témoin avec besoins modérés; **Étienne (42)**, 48 ans, 1 an et 10 mois d'itinérance cumulés, groupe témoin avec besoins modérés. Chaque personne possède un code de deux chiffres pour faciliter l'identification.

communautaires. Son frère l'aiderait surtout sur le plan matériel en lui donnant des repas et des vêtements.

Jocelyn raconte qu'avant d'arriver à la rue, il était camionneur et était marié depuis 8 ans avec sa femme. Il se souvient que cette relation avait débuté par un coup de foudre qui n'a pas duré longtemps. Il explique qu'ils ont commencé à mener des vies parallèles : elle allait rendre visite à ses parents fréquemment alors que lui préférait rester à la maison. Leur relation aurait continué à se détériorer et leur vie sexuelle serait devenue inexistante. Après la naissance de leur enfant, Jocelyn aurait quitté sa femme pour s'installer en région et occuper un nouvel emploi. Pendant cette période, il aurait commencé une thérapie pour cesser sa consommation de cocaïne.

Après une rechute dans la cocaïne, il finit par retourner vivre à Montréal. Jocelyn raconte que ce sont ses problèmes de santé mentale et de consommation qui l'ont mené à la rue en lui faisant perdre ses emplois « aux trois mois » :

Moi, j'ai expliqué [à mon psychiatre] que je ne pouvais plus travailler que je voulais tuer tout le monde sur la job, pis je lui dis, je plaque mes jobs là à tout bout de champ. Pis je n'ai plus de contrôle sur moi, je suis parano, euh? C'est là que lui [...] J'avais des certificats médicaux à tous les 3 mois qu'elle remplissait, pis un moment donné, il s'est tanné pis c'est là qu'ils m'ont mis sur le soutien financier. [...] Fait que depuis ce temps-là, je quasiment suis dans rue, moi, euh? Presque tout le temps. **Ok, pis c'est lié à la santé mentale?** La santé mentale pis la consommation. (Jocelyn)

Il affirme être fatigué de la vie à la rue et de ses problèmes de santé mentale. Il fait également mention de l'ennui qu'il ressent dans la rue où il a l'impression de « traîner [...] sans avoir de projets. » Selon Jocelyn, il n'y a que des « choses plates » qui se produisent dans le milieu de la rue tel que la consommation :

[...] des choses d'intéressantes dans la rue là (soupir), il n'y en a pas tellement. [...] C'est plutôt des choses plates. **Des choses plates.** Oui. Consommation, c'est rien que cela que tu fais dans la rue. [...] Tu consommes, tu consommes pis des bouts tu ne sais même plus pourquoi tu consommes. **Oui. Ah, oui.** Non, je ne sais pas ce que je pourrais dire de plus là-dessus. **Pis là, la consommation en ce moment, vous ne savez plus pourquoi?** Non. Là, je ne sais plus pourquoi je consomme. Là, cela faisait une semaine et demie que je n'avais pas consommé pis j'ai fumé un joint hier. [...] Pis je me suis demandé après pourquoi j'ai fumé ça, à

quoi cela m'a servi, cela ne m'a rien servi, cela ne m'a pas avancé à rien, ce ne m'a pas donné plus d'intelligence. **Oui. Alors qu'avant, cela servait à quoi? À fuir.** Fuir la réalité. C'est sûr qu'au début quand j'étais marié, je fumais. Je fumais à l'occasion, mais c'était pour le plaisir avec mon frère. On fumait les fins de semaine, on avait du fun, on riait, on faisait toutes sortes d'affaires ensemble. Pis là, aujourd'hui c'est sûr ce n'est plus cela, la consommation, c'est pour oublier. Oublier que j'existe. **Pis là maintenant, cela ne marche plus vraiment.** Non. Non, j'ai de moins en moins envie de consommer pis, euh? **Parce que, comme vous dites, cela n'avance pas.** Non, cela n'avance pas. **Pis vous vous en rendez compte.** Pis je ne trouve pas ça drôle consommer. (Jocelyn)

Si au départ elle lui procurait du plaisir (avoir du « fun »), sa consommation a été par la suite un moyen de combattre l'ennui, de fuir la réalité et de « d'oublier [son existence] ».

En ce qui concerne la santé mentale, Jocelyn affirme faire usage de substances addictives afin de faire face à ses émotions. Par exemple, malgré ses efforts, il aurait fait « une rechute dans la cocaïne ». Il aurait alors commencé à « avoir des troubles psychiatriques » qui lui donnaient parfois envie de « tuer tout le monde ». Il mentionne également avoir souffert de paranoïa : « je pensais que tout le monde voulait s'attaquer à moi. Ils parlent contre moi ». Il affirme aussi consommer de la drogue pour « fuir la réalité » et pour « oublier » son existence:

Non. Là, je ne sais plus pourquoi je consomme. Là, cela faisait une semaine et demie que je n'avais pas consommé pis j'ai fumé un joint hier. [...] Pis je me suis demandé après pourquoi j'ai fumé ça, à quoi cela m'a servi, cela ne m'a rien servi, cela ne m'a pas avancé à rien, ce ne m'a pas donné plus d'intelligence. Oui. Alors qu'avant, cela servait à quoi? À fuir. Fuir la réalité. C'est sûr qu'au début quand j'étais marié, je fumais. Je fumais à l'occasion, mais c'était pour le plaisir avec mon frère. On fumait les fins de semaine, on avait du fun, on riait, on faisait toutes sortes d'affaires ensemble. Pis là, aujourd'hui c'est sûr ce n'est plus cela, la consommation, c'est pour oublier. Oublier que j'existe. (Jocelyn)

Dans ce passage, il mentionne aussi avoir « fumé » pour le « plaisir ». Jocelyn affirme que sa paranoïa et son envie de « tuer tout le monde » sont liées à « la santé mentale pis la consommation. » Il affirme que ses problèmes de santé mentale l'ont mené à perdre son emploi et à retourner sur l'aide sociale. Après plusieurs visites chez un psychiatre, il aurait compris la source de ses problèmes de santé mentale :

[...] elle a découvert que j'étais encore accroché à l'âge de neuf ans. À cause de la mort de mes parents, je dois décrocher de ça. Je cherchais mon père, ma mère

encore. Fait que là, j'ai commencé à comprendre d'arrêter de les chercher, ils sont décédés. C'est moi qui dois faire mon deuil avec ça. (Jocelyn)

Ces problèmes auraient débuté à la suite de sa « rechute dans la cocaïne » après son divorce et son retour à Montréal. Depuis qu'il est à la rue, Jocelyn affirme se sentir « tout seul », « triste », « découragé » et « solitaire ». Pour se sentir mieux, il se « gèle la bine » : « Je dirais qu'il y a deux semaines, je me sentais triste et solitaire. À part des autres, euh? Un peu de découragement pis là cela fait peut-être une semaine que je me suis gelé la bine, cela m'a remonté le moral. » À plusieurs reprises pendant l'entretien, Jocelyn parle de sa « peur de rester seul ». Jocelyn affirme ne plus être capable de vivre à la rue :

Cela me fait du bien. Tu sais, cela m'enlève du poids sur les épaules, le fait d'en parler à quelqu'un. Mais quand même, quand je sors je suis triste, je tombe dans la rue encore toujours sans savoir où que je vais pis qu'est-ce qui va se passer le premier avec moi. Parce que c'est sûr que je ne veux pas faire un autre mois, je ne suis pas capable. (Jocelyn)

Lorsqu'il ne se « gèle » pas pour faire face à son découragement et à sa solitude, il va voir son frère et sa sœur qui lui « remontent le moral » et lui permettent de « garder le cap ».

Jocelyn affirme qu'il a de la difficulté à garder un appartement plus de trois mois. Il a aussi de la difficulté à vivre dans les maisons de chambres qui sont trop petites pour lui et où il se sent « tout seul ». À plusieurs reprises pendant l'entrevue, il parle de son « découragement » face à son incapacité à garder des appartements. Il souhaiterait néanmoins se trouver un appartement dans un de ses quartiers préférés de Montréal où se trouve une ressource en santé mentale qu'il apprécie particulièrement. Selon lui, il est important d'avoir un logement afin de se rétablir. Il ajoute qu'il faut aussi avoir des « centres d'intérêt » pour passer le temps, et avoir des relations avec les autres personnes pour avoir du soutien moral. Au sujet de l'organisme en santé mentale qu'il apprécie, il affirme qu'il peut y écouter de la musique, boire du café, obtenir des repas à des prix abordables et recevoir de l'aide juridique. Toujours, en ce qui concerne les ressources en santé mentale et en itinérance, Jocelyn affirme qu'il est maintenant capable de discerner « ce qui est bon pour lui ». Il affirme qu'il évite de s'ingérer dans les affaires des autres et qu'il préfère les éviter afin de ne pas être mêlé à leurs problèmes.

Lorsque l'intervieweur lui a demandé quel fut le moment décisif dans sa vie, Jocelyn répondit qu'il accorde de l'importance au moment où il a commencé à fréquenter un groupe religieux pour étudier la Bible. Malgré ses problèmes de paranoïa qui font en sorte que ce soit difficile pour lui de fréquenter assidûment ce groupe, il affirme que cette activité est significative pour lui et que la lecture de la Bible le rend heureux. Ses médicaments l'aideraient à surmonter les obstacles qui l'empêchent d'assister à ses rencontres d'étude biblique. L'entrevue se termine avec des souvenirs de son ancienne vie. Il dit ne rien avoir conservé de cette époque, et qu'il préfère ne pas avoir de liens avec son fils.

Le cas de Sonia (groupe témoin)

Le cas de Sonia (groupe témoin) est présenté ici comme un deuxième cas à être présenté en détail avant de jeter un regard plus transversal sur les autres cas. Elle parle peu de sa jeunesse lorsqu'elle habitait encore chez ses parents, sauf vers la fin de l'entretien pour révéler qu'elle fut victime d'inceste de la part de son père et de son frère.

Elle commence son entrevue en racontant son histoire après avoir quitté la maison familiale à 17 ans pour s'installer avec son copain. Elle affirme avoir eu deux enfants avec cet homme qui abusait d'elle sexuellement pour contrôler ses sorties et qui avait également d'autres comportements violents envers elle. Sonia raconte avoir ensuite fui cette relation pour aller vivre avec son nouveau copain qui était un consommateur de drogues et qui allait régulièrement en prison pour vol. C'est avec cet homme qu'elle aurait commencé à « *puffer* ». Sonia tombe alors enceinte de sa troisième fille. Pendant cette période, elle aurait été hébergée par des amis de la famille de son copain pendant plusieurs mois. Par la suite, elle serait allée vivre chez sa sœur pendant un certain temps avant de retourner vivre avec son copain. Sonia se souvient que celui-ci était violent avec ses enfants lorsqu'il était sous l'effet de la drogue. Il fut de nouveau incarcéré et Sonia aurait de nouveau changé de logement. S'en suit alors une période d'instabilité où elle se retrouve souvent dans des milieux de consommation. D'ailleurs, elle affirme ressentir de l'ennui en appartement, ce qui la pousse à consommer. C'est pendant cette période qu'elle aurait donné naissance à un fils qu'elle a « perdu » trois

mois plus tard, mais elle ne parle pas davantage de cette histoire. Ce fut également la première fois qu'elle arriva à la rue :

La première fois que je suis allée à la rue, ça fait vraiment [...] Donc ça fait en fin 97, début 98 ça été ma première fois dans la rue. [...] et c'est ça j'ai fait 5 semaines dans la rue, j'ai trouvé ça dur, je me suis dit que ça ne m'arrivera plus jamais. Et ce n'est pas ça qui est arrivé partout. Avec cette personne-là, j'en ai arraché beaucoup. Tu sais j'ai été souvent comme m'en aller en cachette et pris un *shelter* parce que je n'étais plus capable de la violence et fallait que j'aie faire de l'argent. (Sonia)

Sonia aurait alors rencontré un vendeur de drogue avec qui elle décide de s'installer. C'est à cette époque qu'elle a commencé à consommer des drogues dures. Cet homme l'aurait également forcée à se prostituer.

Sonia déménage alors dans une maison de chambres et y vit pendant quelques années. Elle continue à consommer de la drogue et à se prostituer pour le compte de son conjoint vendeur de drogues. C'est dans ce contexte qu'elle rencontre son nouveau conjoint qui était un de ses clients. À partir de ce moment, malgré quelques rechutes, sa consommation diminue de manière importante et elle débute un programme de désintoxication. Elle explique avoir diminué sa consommation par amour pour son nouveau conjoint, mais elle aurait fait quelques rechutes avec l'argent que celui-ci lui donnait. Elle continue en affirmant qu'elle travaille sur ses problèmes et qu'elle a l'appui de son copain malgré ses « fautes ». Elle espère être logée dans un organisme venant en aide aux anciens utilisateurs de drogues injectables. Ses efforts pour diminuer sa consommation auraient néanmoins des conséquences sur sa santé mentale.

En ce qui concerne la santé mentale, Sonia va se « mettre à consommer » pour faire face à des émotions telles que l'« ennui » : « C'est ça que j'ai de besoin et si je ne le fais pas bien, je vais avoir un appartement, oui, ça va être bien beau le premier mois, je vais me mettre à m'ennuyer, je vais me mettre à consommer ». Elle affirme aussi se « geler » pour faire face à des « *up* et des *down* », car elle n'arrive pas à être « heureuse », car elle ne se « sent pas bien », car elle n'est « vraiment pas capable de [se] contrôler », « pour ne pas penser », pour faire « [sortir] [ses émotions] de [sa] tête » et toujours pour se « désennuyer » :

Pour que je vienne chercher l'aide que j'ai besoin parce que je n'arrive pas à être heureuse, parce que j'ai toujours ce maudit problème, des *up* et des *down*, des

up, des *down*, il y a quelque chose qui ne marche pas dans ma tête. [...] Quand j'ai ces affaires-là, quand je ne me sens pas bien, je ne suis vraiment pas capable de me contrôler, et la façon que je le faisais, ça fait longtemps que je suis comme ça et que j'essaye de, tu sais, mais je me gelais, parce que, pour ne pas penser, pas pour me faire pour du fun, parce que j'ai pas de fun pantoute, c'était juste soit pour me désennuyer, que ça sorte de ma tête, tu comprends? Ce n'était pas mieux après ça, c'était le manque que j'avais. Là au moins, dans ma tête à moi, bien là au moins j'ai le manque [mais] je ne pense pas à mes idées noires. Mais moi là ça ne m'intéresse plus de dépenser mon argent dans ça pour rien quand je n'aime plus ça et avec tout ce que ça m'a fait là. C'est ça, c'est pas mal ça. (Sonia)

Sonia préfère souffrir du « manque » causé par sa consommation, que de ressentir les émotions qu'elle « gèle » par sa consommation. Elle souligne qu'elle ne consomme pas pour se « faire du *fun* », mais pour ne pas penser à ses « idées noires ». Sonia insiste surtout sur l'ennui et espère ne pas « être toute seule » lorsqu'elle trouvera un appartement. Elle espère recevoir de l'aide de « monde » qui vont l'entourer et l'appuyer dans ses démarches. Elle poursuit en affirmant que lorsqu'elle se « gelait » régulièrement, qu'elle ne ressentait pas les « bibittes »; qu'elle ne « [se] sent pas » lorsqu'elle est sous l'effet d'une substance :

Ça fait une couple d'années que ça commencé [...], je pensais que c'était moi qui ne *feelait* pas, tu sais quand tu te gèles-là régulier, les bibittes tu ne les sens pas, comprends-tu, toi tu es gelé ou quand tu n'es pas gelé, tu dors pour tous les jours que tu n'as pas dormi, tu vas faire la rue, on dirait que tu ne te sens pas [...]. (Sonia)

D'ailleurs, il semblerait que la dimension sociale de la consommation occupe une place importante dans le discours de Sonia. Elle parle surtout de ses différentes relations avec des hommes qui l'ont introduite dans l'univers de la drogue et qui l'ont initiée à différentes substances. Sonia aurait commencé à « *puffer* » lorsqu'elle s'installa avec son nouveau copain qui était un consommateur de drogues : « Et en plus, il était retourné vraiment dans la consommation, la *puff*, moi j'avais jamais *puffé*, j'ai commencé ça là. » Elle ajoute : « Pas le crack et ces affaires-là. Dans ce temps-là, c'était plus du pot et de la coke. Je *sniffais* de la coke et c'était pas mal ça. Et il était comme, aujourd'hui quand j'y pense, un drôle de gars pareil, le père de mes enfants. » Par la suite, Sonia aurait rencontré un vendeur de drogue avec lequel elle déménage dans un appartement de son goût. Elle dit qu'elle aurait alors commencé

à consommer des drogues dures avec lui. Cet homme l'aurait également forcé à se prostituer. Sonia se souvient que cette période fut difficile pour elle, car elle a l'impression d'avoir vécu la « déchéance » : « Et lui il m'a fait perdre tout, tout, tout, tout, tout, ma dignité, mes enfants, je commence à me [...]. À me piquer! Piquer! Imagine-toi ! « *Puffer* » aussi, mais piquer aussi. Et là, la déchéance est là, tu sais, j'ai perdu mes filles, toute la belle maison que j'avais [...] ». Dans son discours, cette période, où elle commença à se « piquer », coïncide aussi avec le moment où elle commence à « tout » « perdre » : sa « dignité », ses « enfants » et son « logement ». Sonia a l'impression de toujours « tomber » dans le milieu de la consommation :

Tu les rencontrais où tes gars? Bien c'est toute d'une connaissance à une autre. Et lui il avait beaucoup d'enfants, et tout ça, et là sa femme je la connaissais, ont étaient amies en plus. Là je lui ai dit à elle « ce n'est pas de ma faute, c'est lui », parce qu'il venait chez nous pour consommer [...] c'est dur, et il ne me lâchait pas, ça fait que j'ai été pris avec lui un petit bout et après ça il a lâché. Je suis allé rester à Laval, dans un logement, c'était beau en dedans, mais c'était un bout qui était reconnu pour la drogue, encore. Je tombe toujours dans ces places-là. Mais là non plus je n'ai pas *toffé* longtemps, quelques mois. **Comment ça ?** Parce que ce n'était pas un bon... [...] Et là bien c'est ça, j'ai resté dans un logement, j'ai pogné un sous-sol de duplex, j'ai resté là un an, mais j'ai rencontré un gars, ça ça été mon dernier avant celui que j'ai là. Lui il m'en a fait arracher encore plus que tous les autres. Et c'était un *pusher*. [...](Sonia)

Ce passage illustre comment ses différentes relations avec des hommes l'ont progressivement fait « tomber » dans l'univers de la drogue.

Sonia parle aussi d'un moment de sa vie où elle a diminué sa consommation de drogues. Celui-ci correspond à sa rencontre avec un homme dont elle est « tombée en amour » : « Lui il a vu par exemple que je voulais, que je l'aimais beaucoup, parce que j'ai tout arrêté, drette, clac, à une claque, ok. La prostitution, le crack, et quasiment ma méthadone dans le fond, j'étais tombée en amour. » Elle affirme avoir été « heureuse » pendant cette période, malgré quelques rechutes dans la drogue (elle affirme être « partie sur la *go* » avec l'argent de son copain) :

Quand j'ai rencontré [cet homme], ç'a arrêté drastiquement, et j'étais heureuse à ce moment-là. Ça n'a pas duré. Ce n'est pas de sa faute à lui. C'est moi. **Est-ce que depuis ce temps-là, tu ne consommes plus?** Non, j'ai consommé, bien non j'ai recommencé. Mais avant j'ai fait des passes pas fines, il me donnait ses payes, je suis parti sur la *go* avec tout l'argent. C'est ça, je lui ai fait subir à lui

des mauvaises affaires que j'ai eues par d'autres. Ce n'est pas correct ça, mais je ne peux pas rien faire, c'est passé. (Sonia)

Vie à la rue et perception des consommations chez Jocelyn et Sonia

L'analyse des cas de Jocelyn et Sonia nous a permis de soulever différentes dimensions de leur consommation. Plusieurs types d'explications à propos de la santé mentale, les pairs et la famille furent soulevés par ceux-ci. Ces explications semblent s'imbriquer dans les trajectoires de vie et elles détermineraient leurs habitudes de consommation.

Tout d'abord, ils établissent des liens entre la consommation et la santé mentale. En effet, ils associent leur consommation à des émotions qu'ils considèrent être négatives tels que l'« ennui », le « stress », la « solitude » ou plus généralement toute forme de souffrance qu'ils vivent dans leur quotidien. Sonia affirme aussi se « geler » pour faire face à des « *up* et des *down* », car elle n'arrive pas à être « heureuse », et qu'elle ne se « sent pas bien ». De son côté, Jocelyn se « gèle » aussi parce qu'il se sent « triste » et « découragé ». Sa consommation lui permettrait de « fuir » la réalité.

Ensuite, ils font également mention de l'aspect social de leur consommation : ils font usage de substances addictives avec leurs pairs ou conjoints pour diverses raisons tels que se sortir de l'isolement ou tisser des nouveaux liens. Tel que Jocelyn et Sonia l'ont souligné dans leurs histoires respectives, le milieu dans lequel une personne baigne a une influence sur sa consommation. Par exemple, Jocelyn affirme avoir « fumé » avec les « gars » de la rue, mais sa « paranoïa » et son envie de « tuer tout le monde » rendent cet aspect de sa consommation plus difficile. Quant à elle, Sonia parle souvent de ses relations amoureuses avec des hommes qui l'ont fait « tomber » dans l'univers de la drogue.

Enfin, toujours dans l'aspect social de la consommation, Jocelyn et Sonia ne parlent pas des effets de celle-ci sur leurs liens familiaux. Ils parlent très peu de leur famille, et surtout en soulevant le caractère conflictuel ou inexistant leurs relations familiales.

Vie à la rue et perception des consommations chez les autres participants des groupes témoins et expérimentaux.

L'analyse des cas de Jocelyn et Sonia nous a permis de comprendre comment ces participants abordent le thème de la consommation. Ceux-ci associent leur consommation à des émotions qu'ils considèrent être négatives tels que l'ennui, le stress ou plus généralement toute forme de souffrance qu'ils vivent dans leur quotidien. Ils font également mention de l'aspect social de leur consommation : ils font usage de substances addictives avec leurs pairs ou conjoints pour diverses raisons tels que se sortir de l'isolement ou tisser des nouveaux liens. Dans la partie qui suit, la perception des autres participants du projet Chez Soi quant à la consommation sera exposée à partir des thèmes soulevés par Jocelyn et Sonia, en lien avec la santé mentale, les pairs et les liens familiaux.

Santé mentale et consommation

Dans les récits analysés, le fait de consommer de la drogue ou de l'alcool est souvent expliqué par les participants comme étant une manière de faire face à la souffrance psychologique. Par exemple, pour certaines personnes, la consommation serait une réponse à la souffrance engendrée par un événement difficile tel qu'un décès ou une rupture amoureuse. Tel est le cas de David (groupe témoin), qui affirme avoir commencé à consommer de l'alcool lorsque sa relation avec son ancienne copine s'est détériorée : « Je me suis mis à boire. À partir de 90, que j'ai commencé à boire, parce que ça allait mal avec elle ». Il affirme que la consommation de cocaïne s'est ajoutée à sa consommation d'alcool peu de temps après sa rupture. Il avait l'impression de tout « perdre » et que son ex-femme était en train de « détruire » tout ce qu'il avait « construit ». Il se serait alors dit : « Je me suis dit, tant qu'à faire ça, tant qu'à tout perdre [...] si c'est moi qui travaille, on va perdre à ma manière. » Il aurait alors commencé le « fumage », il se serait mis à « *sniffer* » et il dit aussi avoir pris « beaucoup de coke pour conduire ». Il affirme aussi avoir perdu des grosses sommes d'argent en « jouant ».

D'autres répondants feraient usage de substances addictives dans le but de faire face à des sources de stress quotidiennes. C'est le cas de David et René qui se souviennent qu'avant

de tomber à la rue, leur consommation d'alcool était liée à la pression qu'exerçait le travail sur eux. Pour le premier, cela aurait coïncidé avec son « *burn-out* » peu de temps après son divorce. Le second, qui avait déjà développé des dépendances aux médicaments pendant une hospitalisation lorsqu'il était jeune, raconte avoir été victime d'abus de la part de ses employeurs lorsqu'il était concierge d'appartements. La « pression » qu'il ressentait pendant cette période l'aurait mené à « boire » et à se « geler plus », ce qui aurait ultimement contribué à son arrivée à la rue :

Mais, donc, la première fois que tu as vécu en situation d'itinérance? Ça remonte dans les années 87. Quand j'ai perdu mon père. J'avais un 9 1/2 sur la rue [...]. J'ai tombé par la suite en charge d'un 9 1/2, je travaillais comme gérant de manufacture. Je faisais dans les 1800 clairs par semaine en dessus de la table. J'étais déjà un petit peu dans la boisson et dans la drogue. J'étais un gars qui aimait sortir. J'étais un gars qui n'oubliait jamais de payer son logement, mais, j'avais tellement de réunions et d'obligations à faire. Aller jusqu'à 2-3 heures du matin, travailler pour la coopérative. À faire des plafonds, des murs, à refaire des planchers de bois francs, que je me suis mis à picoler, à boire et me geler plus. [...] C'est ça qui m'a amené dans la rue. (René)

Il faut mentionner que dans quelques cas, l'usage de substances addictives n'est pas strictement lié à la souffrance ou au stress. C'est le cas de René qui affirme qu'en plus de l'aider à oublier les mauvais moments, elles lui permettraient de ressentir du plaisir : « Je ne peux pas parler de la drogue, car de la drogue que j'en ai pris toute ma vie. Je ne peux pas parler de mes bons ou mauvais moments là-dessus, j'en ai pris pour avoir du *fun*, pour m'évader et pour oublier ». Cela contraste avec le récit de Sonia et de Jocelyn qui ne ressentent plus de « *fun* » en consommant, et qui l'utilisent surtout pour faire face à des émotions négatives :

« [...] je me gelais, parce que, pour ne pas penser, pas pour me faire pour du fun, parce que j'ai pas de *fun* pantoute, c'était juste soit pour me désennuyer, que ça sorte de ma tête, tu comprends? » (Sonia)

« On fumait les fins de semaine, on avait du fun, on riait, on faisait toutes sortes d'affaires ensemble. Pis là, aujourd'hui c'est sûr ce n'est plus cela, la consommation, c'est pour oublier. Oublier que j'existe. » (Jocelyn)

Pairs et consommation

Lorsqu'ils parlent de leur consommation, les participants font également des liens entre la santé mentale et les pairs. Certains participants consomment pour faire face à des émotions qu'ils considèrent être négatives tels que la « solitude ». Pour d'autres répondants, la consommation serait une alternative à l'isolement, une manière d'échapper à la « solitude » et à l'« ennui » et elle est perçue comme un moyen d'établir des nouveaux liens. Plusieurs cas illustrent cet aspect de l'usage de substances addictives. Par exemple, René se souvient avoir perdu un logement dans le passé pour avoir fait la fête avec ses amis consommateurs. De son côté, David affirme que son entourage était principalement composé de consommateurs et qu'il est devenu comme eux à force de les fréquenter. René dit avoir fréquenté le milieu de la drogue et de la criminalité à l'époque où il s'occupait de « *pool rooms* » et de maisons closes, ce qui lui a valu des accusations pour divers motifs, dont la vente de drogues. Étienne (groupe témoin) partage une histoire similaire :

Je me tenais avec un gars qui prenait beaucoup d'alcool. Alors, moi ça m'impressionnait la manière dont lui fonctionnait avec l'alcool et tout, il prenait un coup. Moi, ça m'impressionnait. Je voulais faire comme lui. Je trouvais qu'il reflétait une belle image. [...] Ce, ce que je ne trouve pas aujourd'hui. Mais ce qu'à l'époque... J'aurais dû me tenir avec quelqu'un d'autre que lui, d'accord. Ça, ça embarque dans les regrets puis les remords. (Étienne)

D'autres personnes telles qu'André (groupe témoin), qui se considère être un « alcoolique », utilisent des substances illicites pour se rapprocher de certaines personnes et en éloigner d'autres. Celui-ci préfère fréquenter des personnes qui consomment seulement de l'alcool pour éviter les problèmes avec les consommateurs de drogue qu'il qualifie de « monde pas normal », de « drogués » et de « débiles mentaux ». C'est d'ailleurs pour s'éloigner du milieu de la drogue qu'il aurait quitté la ville de Québec : « J'étais écœuré de Québec, trop de monde à l'entour de moi, la drogue, le monde qui prenne de la drogue, j'ai crissé mon camp, je ne connais pas personne qui prend de la drogue. Ça fait des années que je ne prends pas de drogues. » Lorsqu'il est à la rue, qu'il associe à l'« enfer », afin d'éloigner les consommateurs de drogue et éviter les situations conflictuelles, André explique qu'il boit beaucoup d'alcool afin de se sentir plus « agressif » et ainsi les mettre à distance. L'alcool lui donne le « *lift* » nécessaire afin de passer à travers les difficultés de la rue :

Quand vous êtes en appart, vous buvez moins. Bien beaucoup moins. Bien oui. **Pourquoi?** Pourquoi? **Oui.** À cause que tu n'as pas l'espace habilité pour te promener ailleurs que dehors. Dehors, je te le dis moi là c'est l'enfer. **Pis l'alcool vous aide à passer à travers.** En plein cela. **Ok. Elle vous aide de quelle façon?** Cela te donne [...] Cella te donne comme un lift. Je vais te dire, écoutes-bien, toi tu te câlisses de moi pis moi je m'en câlisse de toi. Crisse ton camp de ma face. **Ok. Puis pas d'alcool c'est plus difficile?** Oui. Pas d'alcool, je suis plus tranquille. [...] J'étais plus tranquille pis comme je dis, je ne parle pas à personne. Bien je ne parle pas à personne, je parle avec du monde que je connais ça fait un bout. À part de ça [...] (André)

Il avoue que c'est l'« insécurité » qu'il ressent à la rue qui le pousse à boire et que lorsqu'il est en logement sa consommation diminue puisqu'il se sent plus « tranquille ». Plus tard dans l'entrevue, il précise ne pas avoir le « choix » de boire lorsqu'il est à la rue :

Vous avez dit que l'alcool vous aide dans la rue. Oui. **Vous buvez plus dans la rue.** Parce que le gens que tu rencontres dans la rue ce n'est pas pareil. [...] Ce n'est pas les mêmes gens du tout là. [...] Tu as toutes sortes de gens dans la rue. [...] Toutes sortes. **Pis l'alcool vous aide à affronter.** C'est en plein cela. **Cela vous donne du guts, cela vous donne [...]** Oui. **Ok. Si vous n'aviez pas d'alcool dans la rue vous seriez dans votre trou?** S'il n'y avait pas d'alcool dans la rue, je ne serais pas dans la rue. [...] C'est aussi simple que ça, c'est ça. [...] Quand je suis dans la rue, il faut que je boive, je n'ai pas le choix. Ce n'est pas que je veux, il le faut. (André)

Il ajoute aussi que sans l'alcool et l'influence des « gars » de la rue, il ne serait pas itinérant.

Liens familiaux et consommation

Les pairs semblent être fortement présents dans les histoires de vie des participants du projet Chez Soi. Cela contraste avec l'absence de liens familiaux que plusieurs, tel que nous avons vu avec Jocelyn et Sonia, attribuent à la consommation. Contrairement à ceux-ci, certains participants affirment que les liens sociaux s'usent à cause de l'usage de substances addictives. C'est le cas d'Étienne (groupe témoin) qui raconte avoir été « mis à la porte » de chez sa mère à l'âge de 17 ans à cause de son usage d'alcool et de cannabis :

Attend un petit peu, à l'âge de 17 ans, 17 ans et demi à peu près, ma mère m'avait mis à la porte de chez eux parce que je consommais de plus en plus. [...] Bière, je consommais beaucoup de bières, mais je travaillais dans un dépanneur,

puis, avec l'argent que je faisais, je m'achetais de la bière, des cigarettes [...]
(Étienne)

Il raconte avoir commencé à « sniffer » à l'âge de 18 ans et avoir connu la « piqûre » au début de la vingtaine. Il fut par la suite renvoyé de la maison de son père à 22 ans pour lui avoir volé de l'argent pour financer sa consommation de drogues injectables. De son côté, Marie-Hélène (groupe témoin) raconte n'avoir presque plus de contact avec ses enfants à cause de sa consommation de crack et de sa situation d'itinérante. Sa fille enceinte lui aurait même dit qu'elle n'irait pas la voir tant qu'elle continuera à fréquenter des « gars fuckés » :

Mais, tu sais, je ne veux pas douter d'elle, là, mais ça fait qu'elle a fait un lien pareil. Là, elle m'a dit, là, je suis enceinte. Tu ne resteras pas dans ces bordels-là, sur St-Hubert. Mon enfant tu ne le verras pas. Je t'aime maman, mais je n'irai pas porter mon petit garçon dans un bordel. Je ne veux pas, j'ai peur qu'il voie ça. **Parce que tu consommais à ce moment-là aussi ?** Mais, c'était laid aussi. C'était vieux là-dedans. **Ok.** Puis, avec des seringues partout, puis avec des gars fuckés, là. Ils battaient du monde, il y avait de la bataille, cassaient des vitres. Elle ne voulait pas. Elle a dit ok. Il va falloir que tu fasses ton cheminement, puis après, tu vas la voir. (Marie-Hélène)

Marie-Hélène est consciente qu'elle doit faire du « cheminement », et s'éloigner des « bordels », des « gars fuckés » et de ce milieu où il y a de la violence et des « seringues » si elle veut renouer avec sa fille.

Pour se sortir de la rue, plusieurs participants considèrent qu'il faut s'éloigner du « milieu » de la drogue et cesser la consommation. Il s'agit également d'une dimension qui est peu soulevée dans les cas de Jocelyn et Sonia. Lorsqu'il fit une demande de logement au projet Chez Soi, René, qui avait déjà perdu des logements pour avoir fait la fête avec ses amis consommateurs, insista pour qu'on lui assigne un appartement loin du milieu de la rue pour ne pas « retomber » dans ses anciennes habitudes : « C'est le milieu. C'est pour ça que quand j'ai demandé pour un logement, j'ai demandé : "mettez-moi en haut de Sherbrooke. Ne me mettez pas dans le coin où il y a plein de monde où je peux me ramasser avec. Qui se ressemble se regroupe." » Il ajoute qu'une vie à la campagne serait une solution à considérer : « Il y a aussi[...] Le milieu où qu'il est. [...]Si tu l'enlèves de ce milieu, tu l'amènes en campagne. Ah, c'est clair [...] Je vais te dire quelque chose. Il y a toujours quelque chose à faire couper du bois, pogner des marches, tu peux aller voir ton voisin : "avez-vous besoin d'aide?" ».

Quant à lui, Sylvain (groupe expérimental) souligne l'importance de fréquenter des personnes « positives » qui n'ont pas « juste des problèmes »: « Rencontrer du vrai monde, pas du monde qui ont eu juste des problèmes. Quand tu veux sortir de tes problèmes, ça te prend aussi du monde positif autour de toi. Pas du monde qui ont juste des problèmes à te compter. »

Conclusion

En somme, dans leurs discours respectifs, Jocelyn et Sonia ont l'impression d'être « tombés » dans la drogue ou d'avoir fait une « chute » dans celle-ci. Ces deux personnes affirment ne plus « se geler » pour le plaisir, mais plutôt pour faire face à des émotions telles que la « solitude », l'« ennui », la « tristesse », le « découragement » et la « peur ». Cela contraste avec ce que disent d'autres personnes de notre sous-échantillon qui consomment pour le « *fun* » et pour s'« évader ». L'aspect social de leur consommation est également présent dans leurs discours. En effet, les deux auraient commencé à « *puffer* » ou se « piquer » avec leurs pairs (ou partenaire amoureux dans le cas de Sonia). Les deux affirment aussi se sentir plus heureux et cesser ou diminuer leur consommation grâce à des personnes avec qui ils entretiennent un lien positif. Pour Jocelyn, il s'agit de son frère et de sa sœur qui lui « remontent le moral » et lui permet de « garder le cap ». Pour Sonia, il s'agit de son nouveau copain dont elle est « tombée en amour » et qui la rend « heureuse ».

Dans les autres entrevues, ces dimensions en lien avec la consommation sont également soulevées par les participants, mais le sentiment de « *burn-out* » est aussi mentionné. Contrairement à Jocelyn et Sonia, un répondant mentionne consommer de l'alcool pour se sentir plus « agressif » et ainsi faire face au sentiment d'« insécurité » qu'il ressent à la rue et pour faire face aux autres personnes qui vivent dans ce milieu. Certains participants affirment aussi que les liens sociaux s'usent à cause de l'usage de substances addictives. Selon eux, cela se produit lorsque la famille constate que cette personne vit dans la « déchéance ».

Pour terminer, dans la première série d'entrevues réalisée dans le cadre du projet Chez Soi, plusieurs manières de percevoir la consommation furent soulevées par les répondants. Pour certains, elle est un moyen de faire face à des émotions qu'ils considèrent être négatives

tels que le « stress », la « solitude » ou l'« ennui ». Ces personnes font parfois un lien entre la santé mentale et la consommation. Pour d'autres, elle serait aussi un moyen de tisser des nouveaux liens sociaux avec leurs pairs ou leurs conjoints. Elle semble également diminuer lorsque ces personnes se sentent reconnues ou supportées par un membre de leur famille ou un partenaire amoureux. Certains affirment aussi que la consommation est responsable de leur éloignement avec leur famille. Enfin, certaines personnes établissent un lien entre leur arrivée à la rue et leur consommation de drogues.

Chapitre 7 : Trajectoires de vie et usage de substances addictives après 18 mois selon les participants.

À la suite de leur première entrevue, les participants du projet Chez Soi faisant partie des groupes expérimentaux furent logés et reçurent également un suivi psychosocial hebdomadaire. Ils furent divisés en deux groupes (besoins élevés et besoins modérés) par le projet Chez Soi. Ceux des groupes témoins ont continué à recevoir les services habituels disponibles pour les personnes sans-abri et furent également divisés en deux groupes (besoins élevés et besoins modérés). Dix-huit mois après la première entrevue, une deuxième série d'entretiens fut réalisée. Lors de la deuxième entrevue, l'objectif était de faire un retour sur les derniers dix-huit mois afin d'appréhender les différences dans l'expérience des groupes expérimentaux et groupes témoins depuis leur admission au projet Chez Soi. Dans ce chapitre, une analyse des entretiens des 12 personnes constituant notre sous-échantillon sera réalisée. Les cas de Marie-Hélène et de Benoit, des groupes témoins, et ceux de René et Amélie, des groupes expérimentaux, seront tout d'abord présentés.

Le cas de Marie-Hélène (groupe témoin)

Pour commencer, nous raconterons le cas de Marie-Hélène qui se présente comme une femme qui a fait du « cheminement ». Elle sent que sa vie s'est améliorée depuis qu'elle a obtenu un logement dans un HLM situé proche du centre-ville. Elle considère que ce fut le meilleur moment de sa vie et que ce fut un « cadeau du Seigneur ». Elle ajoute que l'obtention d'un logement fut une véritable émancipation pour elle.

Malgré cela, Marie-Hélène aurait des problèmes de consommation de drogues. Elle a l'impression que la seule chose qui ne va pas bien dans sa vie est sa consommation. Elle dit que sa dépendance affecte sa santé mentale en la rendant d'humeur dépressive. Cela dit, Marie-Hélène affirme que la cocaïne n'est pas totalement responsable de ses problèmes. Elle croit qu'il faudrait plutôt conscientiser les gens à prendre des « décisions éclairées » afin de ne pas tomber dans la dépendance. Elle dit qu'il ne faut pas se laisser avoir par la drogue, mais qu'il faudrait plutôt garder le contrôle et savoir quand s'arrêter. Elle pense cesser sa consommation de cocaïne, car elle n'a pas beaucoup d'argent pour subvenir à ses besoins.

D'ailleurs, ses amis lui auraient dit qu'elle devrait remplacer sa consommation de cocaïne par des substances moins onéreuses afin de ne pas couper dans son alimentation.

En ce qui concerne sa famille, Marie-Hélène dit ne plus avoir de contact avec ses filles depuis quelques années. Elle explique qu'elle préfère se « tenir loin » de ses filles pour qu'elles ne sachent pas à quel point elle a « déboulé ». Elle croit que celles-ci, âgées d'une trentaine d'années, ne veulent plus la voir à cause de leur père qui leur aurait raconté qu'elle est une « pauvre petite madame *fuckée* » qui est prestataire d'aide sociale. Selon elle, les gens la déprécient à cause de son expérience à la rue, de sa schizophrénie et de ses problèmes de consommation. Cela lui donne l'impression de ne pas avoir réussi dans la vie.

La consommation de drogues semble occuper une grande place dans sa vie. Elle se souvient avoir consommé beaucoup de cocaïne lorsqu'elle vivait à la rue. Elle continuerait à utiliser de la drogue, mais sa consommation aurait changé, car elle doit maintenant payer son loyer et se nourrir. Elle dit avoir fait de la prostitution à quelques reprises depuis qu'elle est en logement afin de payer sa consommation de cocaïne, mais qu'elle n'est plus capable physiquement de le faire. Elle aurait gardé un seul client qui lui donne de la nourriture et de l'argent en échange de ses services.

Marie-Hélène est consciente qu'elle a un problème de dépendance à la drogue. Elle croit que cesser sa consommation sera un véritable défi et qu'il faut « vraiment être convaincu » pour y arriver. Elle a l'impression que la seule chose qui ne va pas bien dans sa vie est sa consommation de drogues et que cela affecte plusieurs aspects de sa vie. D'un point de vue matériel, elle croit que mettre fin à sa consommation lui permettra d'avoir plus d'argent à dépenser. Par exemple, elle souhaite s'acheter un climatiseur, mais sa dépendance lui coûterait trop cher. Elle aurait donc prié son Dieu afin de trouver un moyen d'y arriver sans se sentir obligée de couper dans sa consommation. D'un point de vue psychologique, la consommation de drogues aurait également un impact sur sa santé mentale et son humeur. Par exemple, son manque de motivation à faire le ménage ou à chercher un emploi serait dû à sa consommation de substances illicites.

Marie-Hélène dit qu'elle consomme d'habitude en compagnie d'un ami ou de sa voisine. Il s'agit d'ailleurs de cette dernière qui lui a montré comment « cuire » de la drogue

afin de la rendre consommable. Elle aurait eu une dispute avec un autre ami au sujet de la cuisson d'une « roche », car il ne lui fait pas confiance pour cuire de la drogue qu'il considèrerait être de mauvaise qualité.

Marie-Hélène explique qu'elle consomme, car elle recherche un « feeling » et qu'elle se sent « calme » après avoir consommé. Elle soutient que la drogue lui permet également de gérer son sentiment de solitude, même si plus loin dans l'entrevue elle dira qu'elle s'isole volontairement afin d'éviter les gens qui ont des problèmes. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle évite les centres d'aide aux personnes en situation d'itinérance. Éviter ces personnes lui permettrait de faire descendre la « pression » par rapport à tous les « problèmes sociaux ». Elle s'ennuierait, mais elle croit qu'il n'est pas nécessaire de consommer avec quelqu'un pour avoir du plaisir.

Marie-Hélène est consciente que la consommation de drogues affecte sa vie depuis que ses amis lui ont dit qu'elle devrait faire attention à sa santé. Elle pleure, car elle dit s'« aimer », mais qu'elle est incapable d'arrêter de s'« intoxiquer » avec une substance qui lui coûte trop cher. Malgré sa souffrance, elle croit qu'il est possible de consommer et d'être heureux.

Même si elle affirme à plusieurs reprises pendant l'entrevue que la cocaïne a un impact négatif sur sa vie, Marie-Hélène dit se sentir bien lorsqu'elle consomme cette substance. Celle-ci lui permettrait de mieux respirer et de faire des efforts. D'ailleurs, elle croit qu'un être supérieur a déjà tracé son chemin à l'avance et que les difficultés qu'elle rencontre font partie de son destin :

Personne n'est à l'abri de rien, il peut nous arriver n'importe quoi dans la vie, que tu sois sur la drogue ou pas, n'oublie jamais ça. Demande juste à ton être supérieur qu'il te guide, lui il connaît ton chemin par cœur, lui qui te l'a déjà tracé à travers l'univers, dans l'espace. Moi je crois très bien que, on est comme guidés euh, comme, on est guidés, comme à la minute près, à la seconde près. Moi je pense qu'on a toutes nos bagages pis que déjà notre chemin y'est toute faite. Ça veut pas dire de ne rien faire là, ce n'est pas ça j'veux dire, mais si t'es capable d'aller. (Marie-Hélène)

Elle ajoute que tous les aspects de la vie ne sont pas déjà tracés à l'avance, mais qu'il faut plutôt être « conscient » pour créer du changement dans sa vie. Toujours en ce qui concerne

son rapport ambigu à la cocaïne, Marie-Hélène pense qu'il ne faut pas considérer cette drogue comme étant totalement nocive. Elle croit qu'il faudrait plutôt conscientiser les gens à prendre des « décisions éclairées » afin d'éviter la dépendance.

En somme, Marie-Hélène a l'impression que sa vie s'est améliorée depuis qu'elle a obtenu un logement dans un HLM situé proche du centre-ville. En outre, elle semble avoir un rapport ambigu avec la drogue qui la rend « triste à l'intérieur », mais dont elle espère pouvoir contrôler la consommation pour trouver un équilibre.

Le cas de Benoit (groupe témoin)

Au moment de l'entrevue à 18 mois, Benoit fréquenterait régulièrement un organisme pour personnes en situation d'itinérance. Depuis les dix-huit derniers mois, il a vécu dans deux chambres. La première était gérée par un organisme qui vient en aide aux personnes en situation de précarité et la deuxième était située à l'ouest de Montréal. Il l'aurait loué dans le but de se protéger du froid hivernal. Au moment de l'entrevue, il serait retourné dans un organisme qu'il fréquente régulièrement. Malgré quelques difficultés, il continue toujours à se chercher un appartement. En attendant d'en trouver un, il cherche des endroits « tranquilles » pour faire de la lecture et consommer :

Des fois pour consommer quelque chose. Mais je vais essayer de trouver une place tranquille pour ne pas avoir de problèmes avec la police. **Et quand vous consommez, est-ce que vous retournez [dans un organisme] pour dormir?** On ne peut pas tout le temps. Ça dépend de la consommation qu'on a pris. Mais si une personne est raisonnable, prend de la gomme, reste tranquille, prend sa douche et dodo. Ça passe. (Benoit)

En plus de ses difficultés à se trouver un logement, Benoit a également fait face à une détérioration de sa santé physique depuis les dix-huit derniers mois, notamment aux genoux. Il raconte que ceux-ci se disloquent lorsqu'il fait trop d'efforts et que ses quadriceps sont atrophiés, ce qui aurait une conséquence sur ses déplacements quotidiens avec ses pairs. Toutefois, cela ne le dérangerait pas puisqu'il dit être une personne solitaire. Malgré cela, il rencontrerait des pairs afin de consommer. Cependant, il préfère les éviter lorsqu'ils ont trop consommé, car ils lui « tapent sur les nerfs » :

Est-ce que vous avez des amis que vous voyez régulièrement? Je rencontre parfois des personnes. C'est des personnes, c'est plus des "chums" de la consommation. Mais ils me tapent sur les nerfs à long terme, ça fait que si ils ont trop consommé avant que j'arrive, je ne reste pas là. La tolérance, encore là...Même quand je suis soul, que j'ai consommé, je ne suis pas tolérant. Après un certain temps, je m'en vais. (Benoit)

Il ajoute qu'il se trouve lui-même insupportable lorsqu'il est sous l'effet de la drogue.

Il raconte que sa situation financière est également une source de stress. Il dit ne pas avoir assez d'argent pour louer une chambre puisqu'il l'a dépensée pour acheter de la drogue. Il fume de la marijuana afin d'oublier les difficultés entourant sa recherche d'appartements :

Ce qui fait que vous semblez très actif dans votre recherche de logement. Mais là, j'ai « slacké » un peu. J'en ai fait pendant plusieurs mois. **Vous avez « slacké » pour quelle raison?** [...] Je fais mes recherches trop tôt. Quand j'appelle, c'est tout loué. Alors je me suis dit que ça ne sert à rien de faire des recherches aussi tôt. Ça me fait rêver. Ça me fait vivre de l'attente puis quand j'arrive, tout est loué. Alors là, ça me décourage. Alors là, je consomme. Je me dis: « Je vais consommer un petit peu. Demain, je vais avoir de l'argent pour louer. » [...] À un moment donné, il reste de l'argent, mais pas assez pour emménager [...]. (Benoit)

Lorsqu'il constate qu'il n'a plus les moyens financiers pour se louer une chambre, Benoit dépenserait le reste de son argent pour s'offrir des biens matériels tels qu'un manteau ou un téléphone intelligent. Il consacrerait également une partie de son argent à son alimentation. À ce sujet, il dit avoir pris du poids, car il mange de la nourriture trop grasse.

En somme, la situation de Benoit semble se détériorer. En plus de ne pas être capable de se trouver un logement, Benoit souffre de plus en plus de la détérioration de sa santé physique. Il aimerait se trouver un logement pour se reposer, mais sa situation financière ne lui permet pas, car il n'a plus assez d'argent après avoir acheté sa drogue.

Les récits de Benoit et Marie-Hélène nous ont permis de constater que les changements que ceux-ci perçoivent dans leur vie sont considérés être négatifs par eux. En effet, ils parlent de la détérioration de leur santé et de leur vie relationnelle. Il semble aussi y avoir certaines continuités dans leurs récits : les deux parlent de leur routine à la rue et dans les organismes. Ils parlent aussi de leur rapport à la drogue et à l'alcool qui ne semble pas avoir changé depuis

la première entrevue. Nous allons maintenant voir les cas de deux personnes des groupes expérimentaux.

Le cas de René (groupe expérimental)

Dès le début de l'entrevue, René affirme que vivre en appartement lui a permis d'améliorer sa qualité de vie. Son alimentation se serait améliorée et il aurait diminué sa consommation. À plusieurs reprises pendant l'entrevue, il affirme que son alimentation est saine et que ses problèmes d'estomac sont disparus. Selon ce dernier, cela s'explique par le fait qu'il ne fréquente plus les ressources pour se nourrir.

René affirme avoir repris contact avec sa famille, qui ne voulait plus le voir à cause de ses problèmes de consommation, depuis qu'il est en appartement. En effet, il aurait recommencé à parler à son frère et à sa sœur. Depuis qu'il a obtenu son logement, il affirme que ceux-ci auraient recommencé à lui faire confiance et qu'il aurait même pu les visiter pour le temps des fêtes. Il déclare recevoir régulièrement la visite de son frère et avoir visité sa sœur deux semaines avant l'entrevue. Cependant, il affirme également ne pas vouloir trop s'imposer de peur de les décevoir si jamais sa tentative de sortir de la rue échoue. René aurait aussi gardé contact avec ses connaissances de la rue. Il les dépannerait de temps en temps et il fréquenterait toujours son organisme préféré afin d'entretenir certaines relations.

Depuis qu'il est en logement, René affirme se sentir plus calme et de meilleure humeur: « [...] je suis plus calme, plus terre-à-terre comme on appelle, je suis plus porté à, à mieux vivre, parce que là j'ai un logement. ». Pourtant, il s'inquiète pour son avenir en logement. Il soutient qu'il ne reçoit pas de réponses claires de la part de la responsable des logements en ce qui concerne la durée du financement. Face au stress causé par cette situation, il pense quitter le projet Chez Soi. Il soutient que cela serait difficile pour lui puisqu'il a repris goût à la vie en logement. Il avoue toujours consommer pour « geler » l'inquiétude face à son avenir : « [...] quand ça va mal, bien je cherche à m'en retourner vers la drogue, où tu sais, libérer l'esprit au plus vite, pour geler cette affaire-là, mais à cette heure, j'essaye de plus gérer ça, sans consommer trop. » Pour faire face au stress, René affirme qu'il gèle sa

souffrance avec de la drogue, même s'il essaye de diminuer sa consommation. Il affirme également manger ses émotions :

Ok. Trois repas par jour? Oui, des fois 4-5 (rires). Je mange encore mes émotions. **Ah ouin?** Je mange encore mes émotions. **Quelles émotions que vous mangez?** Qu'est-ce qu'on vit en général dans une journée là, huh, **c'est quoi tes plus grandes émotions que vous avez en une journée?** Huh [...] des fois c'est des affaires que tu peux pas faire ou t'as pas assez d'argent pour le faire. **Ok.** Tu sais, comme sortir, une fille, sortir, ou tu te creuse les émotions, sans le vouloir, sans y penser ben je suis capable de tout manger (rire). Manger moi ça, désolé. (René)

Malgré cela, il affirme que sa consommation de cocaïne a diminué depuis qu'il est en logement et qu'il préfère mettre cet argent dans l'alimentation. René affirme qu'il reste positif par rapport à son avenir. Il souhaite en finir avec sa consommation de drogues et développer sa confiance en soi.

Le cas d'Amélie (groupe expérimental)

Au moment de l'entrevue, Amélie habite en colocation avec une jeune femme qu'elle a rencontrée peu de temps après son entrée au projet Chez Soi. Elle raconte avoir commencé à s'habituer à sa nouvelle vie et qu'elle passe son temps à peindre, à lire et à écrire. Sa situation financière se serait améliorée depuis qu'elle est en logement et sa consommation de drogues aurait diminué. Elle se sentirait « fière » de ne plus avoir consommé de drogues dures depuis un an. Malgré cela, Amélie constate que son état de santé physique s'est dégradé depuis plusieurs mois à cause du stress.

En ce qui concerne ses relations avec les autres, Amélie dit que le regard que sa mère porte envers elle n'a pas changé. Sa relation avec cette dernière se serait détériorée, car sa famille aurait une influence négative sur sa mère qui ne ferait aucun effort pour garder contact avec elle. Elle dit s'être sentie déçue lorsque sa mère envoya une carte à Noël à tous les membres de sa famille hormis elle. Elle ne reçut donc pas d'invitation pour passer le temps des fêtes avec sa famille. Elle aurait aussi été encouragée à abandonner sa dépendance à la *freebase* et au *speed* par un ami qui la menaça de ne plus lui parler si elle ne changeait pas ses habitudes et pour améliorer sa relation avec sa mère.

Lorsque l'intervieweur lui demande comment elle entrevoit son avenir, Amélie répond qu'elle aura un nouvel appartement, mais qu'elle ne compte pas sur les intervenants du projet Chez Soi pour l'obtenir. Elle veut aussi retourner à l'école afin de recevoir une formation qui lui permettra de pratiquer la profession de pair aidant. Elle serait motivée par le désir d'aider son amie qui attend un enfant. Elle dit être consciente qu'il faut du temps pour réaliser ses projets, mais cela ne la découragerait pas, car elle « sent » qu'elle peut y arriver.

Afin d'atteindre ses objectifs, elle aurait assisté à des rencontres. Sans donner de spécifications, elle dit avoir reçu de l'aide, mais cette dernière se serait « volatilisée ». Du coup, elle se sentirait seule face à cette épreuve. Malgré cela, elle dit que son renoncement aux drogues dures s'accompagna d'une amélioration de sa santé émotionnelle. Elle dit ne plus faire de psychoses toxiques : « **Oui, ça fait que dans le fond, ta condition s'est améliorée depuis que t'as arrêté, là, il y a un an et demi?** Je ne fais plus de psychoses toxiques, t'sais là. » Elle dit aussi se mutiler moins fréquemment depuis qu'elle est en appartement.

Amélie continuerait néanmoins à consommer de la marijuana régulièrement. Elle dit que fumer cette drogue n'est pas comparable à fumer de la *freebase*, car il ne s'agirait pas d'une drogue dure:

Bon, ça fait que ça va mieux, depuis? Oui, oui, mais je suis contente. Au moins, moi je me dis, si au moins je peux me trouver une fois à l'occasion ou [...] je ne sais pas, moi, je m'en fous, regarde, mais je ne touche pas aux drogues dures, ça, c'est parfait! Déjà là, là, pour moi là, c'est [...] Du pot, de toute façon, ce n'est pas de la drogue dure, pour moi. Ça ne l'est pas. Mais pour peut-être des intervenants ici, des [...] en tout cas, bref là, mais pour moi, non. Puis ça dépend de comment que t'en prends et quand t'en prends, puis bon, y a ben des facteurs, mais à comparer de t'ça puis de faire des free-base, ben moi je me dis qu'il y a une osti de différence là, t'sais. **Puis tu sens qu'il y a eu des répercussions pas mal plus positives dans ta vie, là.** Ben, moi, si je fume un joint la moitié, je suis correcte, mais si je me mets à prendre des drogues dures puis à faire des mélanges, ben là c'est sûr que non, que là oui, j'ai [...] Je me suis même donné jusqu'à l'hépatite, t'sais là. (Amélie)

Elle se plaint de l'absence de son intervenante en toxicomanie et du manque de suivi. Elle affirme aussi s'être prise en main pour réduire son usage de substances addictives :

Puis j'avais une intervenante en toxico, puis regarde, depuis novembre, fin novembre, elle était partie en vacances, un congé pour se reposer, puis bon, elle

est revenue, puis elle m'a même pas appelée un cinq minutes, rien, puis là elle est repartie un autre deux semaines en vacances, je sais pas trop, puis j'ai pas de suivi là-dessus... *C'est une intervenante du projet Chez soi?* Ouais. Je ne nommerai pas de nom, mais bon, regarde... je suis vraiment déçue. J'avais demandé de l'aide pour ça, puis là ben je suis dans le néant avec ça. Ça fait que c'est comme, ben regarde, c'est ben beau, m'a m'arranger avec mes troubles. Mais au moins ce que je suis contente, c'est que depuis mi-janvier cette année que j'ai pas touché à aucune drogue dure. [...] Pas de coke... ben de free-base, puis pas de speed, ça fait que je suis pas mal fière. (Amélie)

Face à l'absence de soutien qu'elle ressent, Amélie souligne l'importance de se « débrouiller » pour faire avancer ses projets :

Je ne peux pas avoir l'encadrement que j'aurais besoin, fait que je vais m'organiser par moi-même dans ce que je vais être capable. Fait que, t'sais, j'ai arrêté de me dire « c'est plate, j'ai pas d'aide... » t'sais, regarde, je l'aurais pas l'aide. Fait que, pour ça là, t'sais, j'aurais pas ce que vraiment j'aurais besoin pour aller plus vite dans ce que je veux réaliser, mais c'est comme ça, fait que, euh... c'est comme, exemple qu'il n'y aurait pas d'intervenante dans la vie là, je ferais quoi? Faudrait que je me débrouille et que je me donne un coup de pied dans le cul! (Amélie)

Amélie critique également l'« organisation » du projet Chez Soi. En effet, elle dit qu'en plus du manque d'intervenants, elle croit que les services offerts ne sont pas adaptés à certains participants ayant des problèmes trop lourds à gérer. Malgré cette critique, elle dit qu'elle peut compter sur l'appui de quelques intervenants. Ceux-ci la rassureraient souvent et ils auraient des échanges constructifs. Amélie confie qu'elle s'accroche au projet Chez Soi pour ces intervenants en particulier.

La situation de René et d'Amélie semble être généralement améliorée. Ils racontent avoir renoué avec leur famille et diminué leur consommation. Malgré quelques difficultés dues à leur nouveau mode de vie, les deux semblent également ressentir une amélioration dans leur santé mentale.

Nous allons maintenant passer à l'analyse comparée des cas de Marie-Hélène, Benoit, René et Amélie avant d'effectuer une analyse transversale des autres cas. Qu'est-ce qui ressort des récits de vie des dix-huit mois de ces quatre personnes?

Réflexions sur les cas de Marie-Hélène et Benoit (groupes expérimentaux) et de René, et Amélie (groupes témoins).

Dans cette section, une analyse comparée des cas présentés ci-dessus sera présentée. L'accent sera mis sur la perception de ces personnes sur leur consommation. L'objectif est de voir les différences dans les expériences des membres groupes expérimentaux et des groupes témoins depuis leur admission au projet Chez Soi. Nous nous pencherons d'abord sur les cas de Marie-Hélène et Benoit (groupes témoins) et ensuite sur les cas de René et Amélie (groupes expérimentaux).

Les cas de Marie-Hélène et Benoit (groupes témoins)

Lorsqu'elle parle de son usage de drogue, Marie-Hélène utilise le mot « dépendance » pour qualifier son rapport à la cocaïne :

Moi j'pense que je ne suis pas capable de l'arrêter, pis quelque part j'ai le goût d'arrêter. Tu comprends? [...] C'est comme si c'était une dépendance. [...] Une grosse dépendance. Effectivement. T'sais. Parce que c'est difficile Tu te dis "ben j'en achèterai pas", mais quand tu vois un *botch* pis que t'es pas capable de le laisser là. Un *botch* de cigarette? Oui, des *botch* des pots, de cigarette. Tu te dis que même si j'en arrêtais de m'acheter, j'vais voir des *botchs* par terre [...] faut vraiment être convaincu, pis t'sais! (Marie-Hélène)

Elle semble avoir un rapport ambigu avec la cocaïne puisqu'elle raconte en pleurant pendant l'entrevue que cette substance est « magique » à cause de ses effets réconfortants, mais qu'elle en a assez de s'« intoxiquer ». Elle affirme que cela est « plus fort [qu'elle] ». Cette ambiguïté illustre bien sa difficulté à exercer son emprise sur sa consommation. En outre, elle affirme ressentir de l'« impulsivité » à consommer de la cocaïne lorsqu'elle se sent seule. Cela contraste avec les mots utilisés par Benoit qui affirme plutôt « consommer » de la drogue ou « prendre » de la bière : « Alors là, je consomme. Je me dis: "Je vais consommer un petit peu. Demain, je vais avoir de l'argent pour louer." Le lendemain, je "tchèque" un peu, mais y a rien qui fonctionne. C'est après les heures de souper. On retourne consommer un peu. » Les mots qu'il utilise ne renvoient pas à la dépendance telle que Marie-Hélène, mais plutôt à une consommation plus contrôlée tel qu'il le rapporte dans son entrevue.

Dans les deux cas, ils disent « consommer » ou s'« intoxiquer » pour faire face à des émotions négatives. Benoit fait le lien entre sa recherche infructueuse de logement, son manque de moyens financiers et sa consommation de drogues :

[...] ça me décourage. Alors là, je consomme. [...] je me dis: "Je vais consommer un petit peu. Demain, je vais avoir de l'argent pour louer." Le lendemain, je "tchèque" un peu, mais il n'y a rien qui fonctionne. C'est après les heures de souper. On retourne consommer un peu. À un moment donné, il reste de l'argent, mais pas assez pour emménager [...]. (Benoit)

Benoit consommerait ainsi de la drogue afin de faire face au « découragement ». Il raconte chercher un logement pour passer l'hiver. Cependant, il dit être confronté à quelques difficultés telles que le manque de moyens financiers, la méfiance des propriétaires envers les prestataires d'aide sociale et son manque de connaissances par rapport à la manière de chercher un appartement. Il affirme que ce fut « ses erreurs d'orientation » qui ont miné sa motivation.

Quant à elle, Marie-Hélène dit se méfier des gens qui ont des « problèmes sociaux ». Elle explique aussi consommer de la cocaïne pour rechercher un certain « *feeling* ». Elle soutient que cette substance lui permet de gérer son sentiment d'« isolement » et sa « peine », plus particulièrement lorsqu'elle « pleure » et qu'elle est « tannée »:

Parce que, combien de fois que j'essaye de me convaincre « J'aimerais ça arrêter ». [...] T'sais, je suis isolé aussi, pis des fois j'ai de la peine d'être dans ma cage à poules, pis je le dis pas. Peut-être aussi je pleure des fois, pour dire que je suis tannée de regarder la TV et la radio, pis souvent c'est des reprises, t'sais. Pis t'es là, t'es chez vous, pis t'as de la communication avec personne, pis t'as de l'impulsivité. [...] (Marie-Hélène)

Elle met l'accent sur l'effet réconfortant de la cocaïne, qu'elle compare à être dans les bras de sa mère ou dans les « bras du petit Jésus », ou comme si on était au « paradis » : « T'sais, parce qu'on dirait que la drogue là, là, c'est comme si notre mère venait de nous prendre dans nos bras pour nous endormir pis on était poussé dans un lit, pis on était dans le paradis, dans les bras du petit Jésus, comme quand on est bébé ». Elle ajoute que la cocaïne lui permettrait de « mieux respirer » et de « faire des efforts ». Même si la drogue lui permet de faire face à ses émotions négatives en la réconfortant, Marie-Hélène a l'impression que la seule chose qui ne va pas bien dans sa vie est sa consommation de drogues. Celle-ci aurait un impact sur

plusieurs aspects de sa vie. D'un point de vue matériel, elle affirme manquer d'argent pour atteindre le confort qu'elle souhaite et pour se nourrir adéquatement. Elle est aussi « triste à l'intérieur », puisqu'elle est « tannée » de s'« intoxiquer » :

Je prends ça sérieux, je suis triste à l'intérieur parce je m'aime, je m'aime, pis j'suis tannée de m'intoxiquer, mais c'est plus fort que moi et il faut que je m'accepte comme ça. Mes amis me l'ont dit, « prends en plus de la cocaïne Marie-Hélène, ça coûte trop cher, tu vas tout perdre encore, pour le mois, tu vas être encore mal prise », pis ils me disent « fume du pot, prend de la bière, c'est pas que tu consommes qu'on aime pas, c'est quand t'a plus d'argent pour vivre après, pis tu sois dans la misère, pis dans des besoins, pas la grosse misère, mais t'es à la maison, pis t'a juste des nouilles et de la sauce tomates, me semble que des fois des desserts, ou même, tu peux te préparer quelque chose de différent souvent.
(Marie-Hélène)

Malgré l'aspect réconfortant que lui procure la drogue, sa dépendance, qui est « plus fort[e] [qu'elle], a aussi un effet négatif sur sa santé mentale en la rendant « triste » par rapport à ses finances, car elle n'a plus d'« argent pour vivre » et sur sa santé physique, car elle ne peut plus se nourrir comme elle le voudrait étant donné qu'elle est dans la « misère ».

Benoit soulève plus directement le sujet de la santé physique. En effet, il aurait recommencé à fumer de la marijuana, car il souffre d'arthrose au niveau des genoux. Il soutient que la marijuana produit des effets similaires aux anti-inflammatoires, mais qu'elle ne s'accompagne pas des effets secondaires qui affectent son système digestif : « Fumer du cannabis, ça a un aussi bon effet que des anti-inflammatoires puis ça ne dérange pas le système digestif. Mais ça donne de l'appétit. »

Il semblerait y avoir un lien important entre la consommation de substances addictives et la dimension sociale des histoires de vie de Marie-Hélène et Benoit dans le discours de ceux-ci. Lorsque l'intervieweur demande à Benoit s'il voit ses amis régulièrement, celui-ci répond qu'il rencontre parfois ses « chums de la consommation », mais qu'il ne reste jamais bien longtemps avec ceux-ci, car ils lui « tapent sur les nerfs » lorsqu'ils sont sous l'effet de l'alcool ou de la drogue. Il préfère s'éloigner après un certain temps, en particulier lorsqu'il est « soul » et qu'il a « consommé », car sa « tolérance » envers les autres est moindre lorsqu'il est dans cet état :

Je rencontre parfois des personnes. C'est des personnes, c'est plus des "chums" de la consommation. Mais ils me tapent sur les nerfs à long terme ça fait que s'ils ont trop consommé avant que j'arrive, je ne reste pas là. La tolérance, encore là [...] Même quand je suis soulé, que j'ai consommé, je ne suis pas tolérant. Après un certain temps, je m'en vais. (Benoit)

De son côté, Marie-Hélène parle souvent de ses relations avec les autres habitants de l'HLM dans lequel elle demeure. Ces derniers seraient tous des consommateurs de drogues. Par exemple, sa voisine qui est une travailleuse du sexe lui aurait montré comment « cuire » de la drogue. Marie-Hélène raconte que cette femme était intéressée par le projet Chez Soi mais qu'elle préféra ne pas lui donner le numéro de téléphone du projet, car elle se « méfie » de sa voisine. Elle croit que cette dernière pourrait raconter des histoires à son sujet aux intervenants. Elle entretiendrait également des relations de nature ambiguë avec d'autres consommateurs de drogues. Ces derniers viennent chez elle pour consommer, ce qui fait en sorte que son logement soit parfois la scène d'altercations entre différents individus.

Marie-Hélène parle de ses relations difficiles avec les hommes qui semblent souvent lui faire subir de la violence. Elle raconte avoir récemment rencontré un homme qu'elle apprécie, même si elle le trouve parfois ennuyant. Cet homme lui ferait souvent des avances à caractère sexuel et elle a aussi l'impression qu'il ne la respecte pas. Elle croit qu'il se « sert » de leur lien d'amitié pour consommer avec elle. Il lui devrait d'ailleurs de la cocaïne. Dernièrement, ils se seraient disputés à cause d'une histoire de drogues. En effet, Marie-Hélène voulait « cuire » sa propre drogue, mais il aurait insisté de le faire à sa place. Ce dernier était « fâché », car Marie-Hélène insistait pour préparer elle-même sa propre dose. Elle aurait fini par céder sous la pression, mais elle a l'impression qu'il ne lui fait pas « confiance » et qu'il ne voit pas son « talent » pour ce genre de pratique. Pour éviter les confrontations avec cet homme, Marie-Hélène consommerait seule ou avec sa voisine. Elle fait également mention d'un autre homme qui lui aurait fait vivre des choses « horribles ». Elle affirme être attirée par lui, même s'il l'avait maltraitée. Elle raconte avoir rencontré cet homme dans le milieu de la drogue il y a quelques années. Celui-ci lui aurait enseigné comment se sentir « désirable » et comment « aimer [son] corps ». Elle le décrit comme étant une personne « responsable » qui a beaucoup d'« imagination ». Cependant, elle affirme qu'il la battait régulièrement et qu'il lui

prenait son argent et sa drogue. Elle raconte s'être sentie comme une « victime », mais elle réalise maintenant qu'il est aussi un « être humain » et qu'il ne voulait pas vraiment lui faire de mal. Ce dernier lui donnait de la drogue après l'avoir battue. Elle dit que cet homme avait un pouvoir « épouvantable » sur elle et qu'il aime « intimider » et « manipuler » les gens.

Marie-Hélène parle aussi de son rapport distant avec sa famille. Elle affirme vouloir se « tenir loin » de ses filles, car elle ne veut pas qu'elles sachent à quel point elle a « déboulé » et connu la « déchéance » : « Elles ne savent pas comment j'ai déboulé, comment j'ai connu la déchéance, c'est assez pour vouloir me tenir loin ». Elle se souvient de la dernière fois qu'elle les a vues. Elle était au restaurant avec ces dernières lorsqu'elle décida de les quitter pendant le repas. Elle croit que ses filles, maintenant âgées d'une trentaine d'années, ne veulent plus la voir à cause de leur père. En effet, Marie-Hélène soutient que le père de ses filles leur a raconté qu'elle est une « pauvre petite madame fuckée » sur l'aide sociale. Marie-Hélène croit que c'est d'ailleurs pour cette raison qu'une de ses filles ne voulait pas la visiter il y a quelques années lorsqu'elle vivait dans un bordel. De son côté, Benoit ne fait aucune mention de sa famille.

Enfin, Marie-Hélène souligne les bienfaits de l'intervention sur ses habitudes de consommation. Elle attire l'attention sur l'attitude respectueuse des intervieweurs du projet Chez Soi qui ne la traitent pas comme une « fille coupable » malgré le fait qu'elle n'est pas suivie. Elle se sent « respectée » et « comprise » dans sa consommation : « On est respectés et compris dans notre consommation. [...] On ne me traite pas comme une fille coupable. » Elle aime également qu'il n'y ait pas de « principes » rigides qui l'empêchent de progresser. Elle a l'impression que l'équipe lui fait « confiance » et qu'ils la laissent apprendre de ses erreurs.

Les cas de René et d'Amélie (groupes expérimentaux)

De leur côté, René et Amélie affirment consommer pour faire face à certaines émotions négatives au sujet de leur nouvelle vie en logement. René consommerait afin de faire face au « stress » et à l'« ennui » par rapport à son avenir en logement. Il ne sait pas à quoi s'attendre,

et face à son sentiment d'insécurité et au manque de réponses claires de la part des intervenants, il se demande s'il ne devrait pas « lâcher » le projet Chez Soi :

Puis ben des fois je me disais « crime, je le lâche le programme ou je continue? ». Je ne sais pas moi. Il y a des fois que je me pose des questions de même. Ben, plus cette fois-là. Quand j'ai essayé de joindre la fille pour les logements, puis que ça fait une semaine que t'essayes de la rejoindre puis, pas de réponse, on se demande c'est quoi. Qu'est-ce qui se passe? C'est là que l'ennui et le stress recommencent. Je n'aime pas ça, vivre ça. (René)

Afin de faire face à cette source d'inquiétude, René affirme avoir recours à de la drogue pour se « libérer l'esprit » et ainsi « geler » son « inquiétude » :

Oui, parce que depuis les fêtes je suis supposé d'être déménagé, puis [...] l'inquiétude. Tu sais, on se crée des inquiétudes à attendre, puis euh, surtout que je suis un ancien consommateur qui essaye d'arrêter, mais quand ça va mal, bien je cherche à m'en retourner vers la drogue, ou tu sais, libérer l'esprit au plus vite, pour geler cette affaire-là, mais à cette heure j'essaye de plus gérer ça, sans consommer trop. (René)

Malgré ses inquiétudes, René essaye donc de « gérer » sa consommation. Selon René, un individu consomme afin d'« oublier » une situation qui fait de la « peine » et principalement pour faire face à la « solitude », et cesserait lorsqu'il est « heureux » :

Parce que le problème de la consommation majeur des personnes, c'est la solitude, hein, il ne faut pas s'en cacher, là. Ou bien c'est pour oublier quelque chose qui te fait de la peine, t'sais. Ça fait que si tu décides d'arrêter de consommer, c'est probablement parce qu'il y a quelque chose qui est arrivé à toi qui t'a [...] plus heureux, il y a peut-être une lumière un peu plus éclairée au bout du tunnel, t'sais. (René)

Plus loin dans l'entrevue, il révèle avoir renoué avec sa famille. Il ne consomme donc plus pour faire face à la « solitude ». Il aurait aussi diminué son usage de cocaïne dans le but d'améliorer son alimentation :

Il y a eu un déclic, ça fait environ 10 mois. Je me suis ramassé [...] Je n'avais plus de bouffe cette journée-là, je me suis dit « ah la la la, je ne peux plus durer de même, pense plus à ta bouffe, pense plus à ton bien-être que... que rien à avoir de la drogue puis de la boisson, c'est bien mieux ». C'est encore mieux [...] ça dort mieux l'estomac plein d'espoir (rires).

Ce changement se serait donc produit à la suite d'un « déclic » qui lui aurait fait réaliser que son « bien-être » n'est pas compatible avec sa consommation de « drogue » et de « boisson ». Il ressent maintenant de l'« espoir » face à sa situation. À plusieurs reprises pendant l'entrevue, il affirme que son alimentation est maintenant saine et qu'il n'a plus de problèmes à l'estomac.

De son côté, malgré certaines situations difficiles, Amélie affirme aussi avoir diminué sa consommation de drogues. Cela aurait un impact positif sur sa santé mentale. Elle raconte avoir réussi à s'éloigner de la rue, mais elle aurait cependant passé des moments « difficiles » depuis les dix-huit derniers mois. En effet, elle aurait vécu une rupture sentimentale à cause de violences conjugales et elle n'a pas réussi à renouer avec sa famille, en particulier avec sa mère qui semble vouloir se distancier d'elle. Malgré cela, elle affirme également être « fière » d'avoir décidé de cesser sa consommation de drogues dures. Elle aurait pris cette résolution suite aux menaces d'un ami, dans le but de renouer avec sa mère, et à la suite d'une hospitalisation après une intoxication due à la drogue.

Amélie a de la difficulté à se souvenir de cette hospitalisation qui eut lieu peu de temps avant qu'elle soit en logement. Elle raconte avoir « passé deux jours dans un motel, deux jours sur la consommation au bout au bout, sans dormir [...] ». Elle se souvient avoir été tellement « intoxiquée » qu'elle n'« [était] pas là pantoute » et qu'elle ne se souvient plus qui a appelé l'ambulance :

Je m'en souviens même pas si c'est lui ou elle qui a appelé le 911, mais l'ambulance est arrivée, m'a montée à l'hôpital, pendant toute la fin de semaine, jusqu'au lundi, demande-moi pas qu'est-ce qui s'est passé vraiment, j'étais à l'hôpital puis regarde, je n'étais pas là pantoute. (Amélie)

Elle affirme que son intoxication l'avait rendue « débile » et qu'elle était « perdue raide ». Elle ne savait pas où elle « [était] rendue » :

Puis ça a pris du temps pour que mon corps se [...] **Se désintoxique?** Se désintoxique. J'étais débile. Ça a l'air que j'ai voulu aller fumer une cigarette, là je ne savais même pas où était la sortie puis où était la [...] pour rentrer, j'étais perdue raide. Quand ils m'ont appelée, je suis allée fumer [...] ça a l'air que j'ai demandé dans ce cas-là un [Rivotril], puis ils me le donnaient, puis même pas

une minute après je redormais, c'était juste parce que là j'étais pas [...] je savais même pas où ce que j'étais rendue. (Amélie)

Elle apprend par la suite qu'elle avait eu une « psychose toxique » : « Pour que je sois gardée à l'hôpital puis à l'observation psychiatrique, parce que j'étais tellement pas là, j'étais perdue, dû à une psychose toxique. [...] J'avais les doigts froids. »

Dans son entretien, Amélie met surtout l'accent sur sa perception de sa consommation en lien avec sa vie relationnelle. Elle explique comment elle a arrêté sa consommation en fonction des autres. Elle raconte que depuis les dix-huit derniers mois, elle n'a pas réussi à renouer avec sa famille. Malgré cela, elle affirme avoir décidé de cesser de « toucher » aux drogues dures (cocaïne, free base et speed) il y a quelques mois. Elle aurait pris cette résolution suite aux menaces d'un ami et dans le but d'avoir une « bonne relation » avec sa mère :

C'est quoi qui t'as poussée à arrêter? Ben, premièrement, moi mon copain m'avait dit que si je touchais aux drogues dures, oublie ça, il me parlait pas; puis deuxièmement, je le faisais pour moi, je voulais avoir une bonne relation avec ma mère, je voulais changer toutes les situations un peu spéciales qui se passaient avant, puis bon, c'est ça. C'est pas facile, ça a pas été facile, puis ce n'est pas toujours évident [...] J'ai fait une couple de fois du réunions, mais bon... C'est ça. (Amélie)

Amélie voulait donc « changer toutes les situations un peu spéciales » avec les personnes de son entourage, en particulier avec les membres de sa famille. Cependant, cela est difficile pour elle, car elle pense que sa mère veut garder ses distances et que sa famille est responsable de cette situation. Amélie déplore la relation avec sa mère :

On dirait qu'elle ne peut pas comprendre ce que moi je vis, pis bon euh, pis on dirait qu'elle a encore ses estis de préjugés. Elle ne vient pas me voir à Montréal, mais elle est capable d'aller à Montréal pour voir d'autres personnes. Elle est capable d'aller prendre un café, d'aller manger au restaurant. Mais moi, elle n'a jamais de lift pour venir moi me voir. Pis là, ben je ne peux pas aller avec mes jambes. [...] Pis je n'ai jamais eu d'invitation, elle se trouve toujours des excuses, ben c'est ben correct, regarde [...] Fait que ce n'est pas facile non plus? Non, pas vraiment, je ferme encore ma gueule et je ne dis pas un mot. Qu'est-ce que tu veux? Je ne peux pas l'obliger, je ne peux pas euh, je lui aie envoyé une couple de fois des messages subtils, mais euh, non, direct, mais subtil, pour t'sais, mais à part de ça, qu'est-ce que tu veux? J'peux pas, je ne peux pas changer ça regarde, t'sais. (Amélie)

Elle affirme que sa mère « ne peut pas comprendre » ce qu'elle vit, et que celle-ci a des « préjugés » envers elle à cause de cela. Elle se sent impuissante par rapport à cette situation (« j'peux pas changer ça »), mais elle croit que cesser de « toucher » aux drogues lui permettra d'avoir une « bonne relation » avec sa mère.

Contrairement à Amélie, la situation familiale de René, qui consommait pour faire face à la « solitude », semble s'être améliorée depuis qu'il est en logement. Il établit un lien entre les changements relationnels dans sa vie et la diminution de sa consommation. En effet, il raconte que sa famille ne voulait pas le voir lorsqu'il vivait à la rue à cause de ses problèmes de consommation. Cependant, après l'intervention du projet Chez Soi, il aurait réussi à renouer « tranquillement » avec son frère et sa sœur. Il tiendrait à ne pas trop s'imposer à eux et à retourner dans leur vie progressivement. En effet, il affirme qu'il ne veut pas se « *pitcher* trop vite », et qu'il doit « remonte[r] la côte », les « échelons » et les « escaliers » afin qu'ils lui fassent de nouveau « confiance » :

Est-ce qu'ils sont intimes? Est-ce que vous êtes intimes? Huh, moi et mon frère oui, moi et ma sœur, elle a des enfants puis tout, fait que je ne vais pas la visiter souvent. Mais j'ai été la visiter il y a deux semaines. Je me suis baigné dans sa piscine et toute. Je remonte la côte, tu sais, des échelons, des escaliers, tranquillement, pas trop vite parce que je ne veux pas me « *pitcher* » puis commencer à promettre avec eux autres, puis je ne tiens pas ma promesse... Je ne veux pas me « *pitcher* » trop vite. **Puis là les échelons que vous avez réussi à monter, c'est lequel?** Huh, ben là, ils me font plus confiance. Première des choses, ils savent aussi que j'ai lâché la drogue, tranquillement pas vite, hu, j'ai lâché mes magouilles. C'est ça qui fait qu'ils ont plus confiance. (René)

René, qui « hésitait » à s'ouvrir, affirme qu'il craignait même de blesser quelqu'un seulement en lui parlant :

Moi et ma consommation, ils ne voulaient pas me voir là. Et, huh on s'est rencontré pour les fêtes et ça a bien été. Des fois, on se « projette » nous autres même dans notre esprit qu'« ah ben, tu ne peux pas y aller, qu'est-ce qu'ils vont penser? Puis toi qu'est-ce que tu vas penser? Puis qu'est-ce que tu peux dire? Tu peux peut-être faire du mal à quelqu'un rien qu'en parlant là, tu sais ». Fait que c'est pour ça que j'hésitais. [...] **Puis pendant que vous étiez dans la rue, est-ce que vous aviez des contacts avec eux?** [...] j'avais un contact avec eux une fois par trois mois je téléphonais. [...] Ça se passait, en général bien, mais [...], je les appelais, c'est comme s'ils voulaient se débarrasser de moi au plus vite. (René)

Malgré ses réticences, il se serait finalement ouvert à eux. Il leur aurait dit avoir « tranquillement » diminué sa consommation de drogue, et « lâché [ses] magouilles ». Il pense que cette décision a fait en sorte qu'ils lui fassent à nouveau confiance : « C'est ça qui fait qu'ils ont plus confiance ».

Depuis qu'il est en logement subventionné, René perçoit ses anciens « chums » de consommation comme une source de « problèmes » :

Je me mélange moins, j'ai moins de problèmes, je ne me mets pas les pieds dans les plats comme qu'on dit. Tu sais, il y a en qui viennent te voir "viens t'en avec moi, on va faire de quoi". "Non, non, je suis correct." [...] Je reste comme je suis ». **Quand vous dites allez faire de quoi**, c'est de la consommation? Oui, des affaires de même. J'ai bien diminué tout, toute consommation, excepté la bière. Je bois encore de la bière, mais tout le reste j'ai bien diminué, la coke... Ok. Ça fait beaucoup de... ça fait un petit changement. (René)

Pour ne pas se mettre « les pieds dans les plats » et retomber dans la consommation de drogue, en particulier de « coke », René préfère éviter la compagnie de ses « chums » de la rue. Cependant, il ajoute plus tard dans l'entrevue qu'il laisse parfois les gens l'approcher, mais qu'il ne fait que leur donner des « conseils », car il connaît bien l'univers de la rue et qu'il sait comment fonctionnent les ressources en itinérance. Il continuerait également à fréquenter un organisme pour garder contact avec les gens qu'il connaît : « Pour une relation des fois avec le monde que je connais, le monde la rue. [...] Aller les voir, comment qu'ils vont, il y en a qui toujours couchent dehors par exemple. » René parle aussi des femmes qu'il a rencontrées. Il raconte qu'une de ces femmes voulait s'engager plus sérieusement, mais qu'il a dû mettre un « terme » à cette relation à cause des problèmes de consommation de celle-ci :

Non, j'en ai eu 2-3 qui sont venues. 10 heures le soir. Tu sais à mon âge, 50 ans, l'histoire d'un soir, des fois c'est bon, des fois ce n'est pas bon. Tu sais, parce que après ça... il a eu, il y a eu une histoire d'un soir que, elle, elle n'arrêtait pas de venir me voir chez nous, il a fallu que je mette un terme. Parce que elle voulait rien que de la boisson puis toute. Non, non, non. Il y a qui se tiennent avec toi parce que, « ah lui il doit avoir de la boisson, je vais aller chez eux » elle a soif, moi je suis un alcoolique puis je suis un drogué, mais euh, faut pas que j'encourage trop là (rire), faut pas qu'on encourage ça. (René)

Il ne veut pas « encourager » la consommation, car il sait, en tant qu'« alcoolique » et « drogué », qu'il risque de rechuter. René a l'impression que les femmes qu'il a fréquentées

depuis son admission au projet Chez Soi ne semblaient être intéressées que par son alcool et sa drogue, et qu'elles profiteraient donc de lui : « [...] elles n'arrêtaient pas de venir me voir chez nous, il a fallu que je mette un terme. [...] Parce qu'elles voulaient rien que de la boisson puis toute. [...] Il y en a qui se tiennent avec toi parce que, "ah, lui il doit avoir de la boisson, je vais aller chez eux" ».

Amélie n'a pas réussi à renouer avec sa famille, mais elle a réussi à tisser une nouvelle amitié qui occupe une place importante dans sa vie. Depuis son hospitalisation, elle espère aussi que la diminution de sa consommation de drogues lui permettra de préserver une nouvelle amitié qu'elle a nouée avec sa colocataire qui est enceinte. Cette relation semble être très importante pour Amélie. Malgré l'affection qu'elle porte envers cette femme et l'espoir qu'elle met dans cette relation, Amélie exprime sa crainte de perdre son amitié avec sa colocataire. Elle explique qu'il est « difficile » pour elle de « bâtir » une relation qui soit « agréable ». Elle soutient que le meilleur moyen de garder sa relation intacte est de la respecter et de ne pas l'étouffer :

Oui, parce que pour moi [...] c'est ça, parce que pour moi c'est difficile de bâtir une relation, puis qu'elle soit agréable, puis qu'il y ait pas de chicane ou quoi que ce soit [...] ou, t'sais, de pas respecter [...] Puis je suis en train de bâtir tranquillement, puis c'est vraiment [...] vraiment l'fun. Je ne suis pas habituée, je trouve ça ben spécial. Mais ça peut aussi des fois me faire peur, parce que bon, y a ben du monde qui ont essayé d'être ami avec moi, mais après ça ils me laissaient tomber, mais [...] bon, qu'est-ce que je me dis, c'est : regarde, ok, c'est l'fun, puis prends ton temps, respecte-toi, puis bon [...] puis elle a des [...] elle est jeune, peut-être que bon, y a des choses qu'elle sait pas que je vais lui apprendre parce que moi je sais, puis bon, on va s'apprendre des choses en même temps, là.
(Amélie)

Tel que René lorsqu'il parlait de sa famille, Amélie affirme qu'elle doit bâtir « tranquillement » cette relation. Elle précise qu'elle doit « prendre son temps » pour garder son amitié intacte, même si elle n'est pas « habituée » à ce genre de dynamique.

18 mois plus tard pour les autres membres des groupes expérimentaux et témoins

Plusieurs manières de percevoir le rapport à la consommation furent soulevées par Benoit, Marie-Hélène, René et Amélie dans leurs entrevues. Ils parlent des liens entre leur

consommation et les liens familiaux, leurs pairs, leurs finances, leur santé mentale et physique, et plus généralement leur vie en logement ou à la rue. Les deux membres des groupes témoins semblent être dans une situation qui se détériore. Si leurs liens avec la famille ne sont pas complètement dissouts, ils parlent de leur relation distante avec elle. Ils parlent surtout de leurs liens avec les personnes de la rue et ils semblent s'inquiéter de la détérioration de leur santé mentale et physique. Pour faire face à leurs difficultés, les deux affirment consommer. De leur côté, les deux personnes des groupes expérimentaux affirment renouer « tranquillement » avec les membres de leur famille. Ils affirment également que leur santé mentale et physique s'améliore. Cela dit, ils continuent à consommer pour faire face à la « solitude » qu'ils ressentent, notamment depuis qu'ils ont décidé de se distancier des anciens pairs de la rue. Dans cette section, nous analyserons les récits des autres personnes composant notre sous-échantillon à la lumière des thèmes soulevés par Benoit, Marie-Hélène, René et Amélie. L'objectif est d'appréhender les différences, le cas échéant, dans l'expérience des groupes expérimentaux et groupes témoins depuis leur admission au projet Chez Soi.

Perceptions de la consommation.

L'analyse réalisée précédemment ainsi que les différents cas que nous avons présentés nous ont permis de comprendre comment ces quatre participants abordent le thème de la consommation après dix-huit mois dans le projet. Plusieurs types d'explication en lien avec le logement, la famille, les pairs, la santé mentale et physique, et les finances furent soulevés par ceux-ci. Leur usage de substances addictives ne semble donc pas indépendant de leur trajectoire de vie et de leur quotidien. Au contraire, celui-ci s'imbrique dans les trames narratives de chaque participant et prend sens dans le cadre de cette histoire. Autrement dit, les explications avancées par les participants ne peuvent être isolées puisqu'elles sont, au niveau du discours, liées les unes aux autres. La combinaison de ces facteurs semblerait déterminer les habitudes de consommation des participants.

Consommation et pairs chez les participants des groupes témoins

Tel que notre analyse précédente le suggère, la présence des pairs dans le quotidien des deux participants des groupes témoins après 18 mois semble être particulièrement importante, surtout en ce qui concerne l'influence de ces derniers sur la consommation. Ils sont présents dans les divers moments de la journée, que ce soit dans un organisme, un refuge, ou tout simplement à la rue. Cependant, ces deux participants semblent avoir un rapport distant, et souvent marqué par la méfiance, envers leurs pairs. Cela semble être en continuité avec le discours que tiennent certaines personnes des groupes témoins lors de la première série d'entrevues. Parmi les autres participants, est-ce qu'il y a des opinions similaires à celles exprimées par les deux participants des groupes témoins que nous avons vus précédemment? Il semblerait que ce soit le cas. Cela s'expliquerait par le fait que plusieurs personnes ont vécu de mauvaises expériences à la rue, telles que de la violence, des vols et des injures. Certaines personnes, telles que David, affirment qu'il est « impossible » de développer des amitiés à la rue et qu'on ne peut y avoir que des « connaissances » :

Dans ce milieu-là, t'en as pas d'amis. Impossible. Impossible. Ce n'est pas un milieu pour avoir des amis premièrement. Des connaissances, on se parle. Y en a une couple. On se voit, on dit « Bonjour. Comment ça va ? Qu'est-ce que t'as fait de bon ? Ça fait longtemps que je t'ai pas vu ». (David)

David explique qu'il a commencé à se méfier des autres personnes en situation d'itinérance depuis qu'il s'est fait agresser. Il se méfie en particulier des gens du « monde du milieu », qu'il différencie du « monde normal » :

Faut que tu composes avec le monde normal pis y faut que tu composes avec le monde dans la rue. Avec « le monde du milieu ». Le monde du milieu, y a de plus en plus de personnes qui devraient être dans des endroits pour eux autres, avec des médicaments, que laissées louses dans la rue. Pis c'est eux autres qu'il faut que t'évites. Faut que tu fasses attention. Parce que c'est eux autres qui sont dangereux. Des fois la police les embarque, les emmène à l'hôpital. La journée même, ils les mettent dehors. Soit ils leur donnent une piqûre pour un mois ou ils leur donnent des médicaments, pis ce monde-là prennent pas leurs médicaments. C'est du monde qui sont très agressifs. (David)

Depuis son agression, il serait devenu plus sélectif dans le choix de ses compagnons de consommation afin d'éviter les personnes qui lui semblent dangereuses. Pour Sonia aussi, il n'y a pas d'amis à la rue, seulement des « connaissances » : « Ben, pas des amis, mais des

personnes [...] des connaissances, c'est tout ». Elle raconte avoir vécu des relations conflictuelles avec des femmes d'un organisme d'hébergement qu'elle fréquentait. Celles-ci auraient été « jalouses » d'elle qui dit avoir cessé de leur prêter de l'argent. Ces relations prirent fin lorsqu'elle quitta cet endroit : « La minute que j'ai mis le pied en dehors [de cet organisme], ça a comme fini, ça fait que c'était pas des amis, ça fait que j'ai pas personne ». De son côté, André affirme également entretenir un rapport distant avec les autres personnes qui fréquentent les organismes et qu'il qualifie d'« imbéciles ». Il ne parlerait pas aux autres avant d'avoir établi un lien de « confiance » : « Il faut que j'aie confiance sur du monde pour que je leur parle, t'sais. Parce que moi, si j'ai pas confiance dans du monde-là, je les envoie chier complètement direct, je suis comme ça ».

Notre analyse des autres cas nous permet de percevoir une dimension qui n'a pas été développée par Benoit et Marie-Hélène quant à l'expérience des membres des groupes témoins dans les derniers dix-huit mois. Malgré le caractère négatif des rapports qu'entretiennent les participants avec leurs pairs, ils sont plusieurs à affirmer qu'ils préfèrent passer leur temps avec les « gars » ou leurs « chums » et consommer avec ceux-ci au lieu de se sentir seuls. C'est pour cette raison que David croit que les « gars » retournent à la rue : « C'est pour ça que la plupart du temps, les gars retournent dans la rue. Dans la rue, on se retrouve à une place, on est plusieurs. On se parle, on joue aux cartes. On n'est pas tout seul le soir ». Les sentiments de David à l'égard de ses pairs sont assez typiques de la façon dont plusieurs participants font état de leurs relations à la rue. Par exemple, André, qui se considère comme un homme solitaire, affirme aussi entretenir des liens avec ses « chums » de la rue. Il consomme avec ceux-ci, mais il se méfie également d'eux et préfère les garder à distance pour ne pas se faire déranger :

[...] j'échange juste un sourire dans le métro, puis on prend une bière ensemble, des affaires comme ça là, rien de sérieux. Je suis tout seul moi. J'aime ça de même puis c'est ça. Puis ils le savent. Ils savent que je ne veux pas être achalé. Je ne veux pas être achalé. Ceux qui décâlissent pas, moi je vais décâlisser. Je suis comme ça moi, je suis privé, j'aime ça de même. (André)

Bref, ses « chums » de consommation finissent par l'irriter.

L'analyse du cas de Marie-Hélène ainsi que certaines observations de René (groupe expérimental) à propos des femmes qu'il a fréquentées depuis son entrée au projet Chez Soi,

nous ont permis de déterminer que le rapport que certaines femmes entretiennent avec leurs pairs semble plutôt instrumental. Elles affirment se servir de leurs relations afin d'obtenir de l'argent ou de la drogue, pour obtenir des faveurs ou pour faire des échanges. Dans son entretien, Sonia parle de la manière dont elle perçoit son ex-copain, ses voisins et des anciennes « connaissances ». Du premier, elle affirme qu'il était « bon juste pour l'argent ». Cet homme aurait été violent avec Sonia, mais elle serait restée pendant plusieurs mois avec celui-ci, car elle avait besoin d'argent. Par la suite, elle parle de sa relation avec un voisin avec qui elle échange de la drogue pour de la nourriture. Il s'agit de sa manière de se « débrouiller ». Elle raconte que celui-ci lui a donné de la nourriture, et pour le remercier elle lui aurait donné de la marijuana. Cependant, elle lui aurait ensuite vendu ses surplus de drogue :

L'autre fois, il passe, je lui ai demandé [...] je ne savais pas qu'il fumait du pot, je lui ai demandé : t'en fumes-tu? J'en avais un peu, je suis allé lui en porter un petit peu pour ça, pour lui dire merci, t'sais. Puis criss, c'est encore mieux : il m'en restait un peu, je lui en ai vendu pour 10 piastres, ça m'a fait 10 piastres dans mes poches. T'sais, je me débrouille comme ça. (Sonia)

Elle aurait commencé à faire pareil avec sa voisine : « un petit joint ici, une petite 5 piastre là, la voisine, t'sais, on s'arrange toute de même. Puis lui, il ramène de la nourriture [...] Là je le sais plus quelle journée, il est venu, puis l'autre il était là, puis là il avait de la soupe au poisson ». Ce dernier viendrait la visiter régulièrement pour faire des échanges de drogue. Elle raconte également avoir demandé de l'argent à sa voisine pour payer son loyer. Sonia aurait également vécu ce type de rapport, mais à l'inverse, avec des femmes qu'elle a rencontrées dans un refuge pour femmes en situation d'itinérance. Elle raconte s'être sentie utilisée par ces femmes, qu'elle considérait comme des amies, car elle se sentait « obligée » de leur prêter de l'argent et de la drogue, jusqu'au jour où elle quitta le refuge :

Moi j'ai été obligée de [...] parce que là, vu que j'étais avec quelqu'un qui avait [...] j'avais toujours de l'argent, il fallait que je passe de l'argent, ou ben du pot aussi, pour ça c'était [...] c'est ça, ça a coupé drette là. La minute que j'ai mise le pied en dehors [de cet organisme], ça a comme fini, ça fait que ce n'était pas des amies [...] (Sonia)

Ce témoignage illustre également comment les rapports que certaines femmes entretiennent avec leurs pairs peuvent être présentés comme étant instrumentaux. Dans ce cas-ci, Sonia

qualifie maintenant ces femmes, qu'elle considérait auparavant comme étant sa « famille », de simples « connaissances ». Elle affirme ne plus leur faire « confiance », ce qui fait écho aux propos de plusieurs participants.

Les femmes des groupes témoins semblent être dans des situations où elles sont dépendantes d'un homme, et où leur consommation est soumise au contrôle de celui-ci. Elles mentionnent aussi avoir été victimes de violence et d'abus de la part d'un amant ou d'un ami. C'est le cas de Sonia. En plus d'avoir vécu de la violence de la part de son ex-conjoint, elle affirme avoir gardé un mauvais souvenir d'un autre homme qu'elle aurait fréquenté auparavant et qui l'« envoyée dans la prostitution ». C'est avec cet homme, qui lui « en a fait arracher » et qu'elle associe au « trouble », que Sonia aurait commencé à faire usage de drogues dures, à faire la « piqûre » :

Ben j'ai appris ça avec l'autre conjoint d'avant, il avait une grande gueule puis c'est avec lui que [...] il m'en a fait arracher, celui-là – parce que c'est lui qui m'a envoyée dans la prostitution, dans toutes ces ost [...] en tout cas, c'est avec lui que j'ai commencé la piqûre puis tout ça, mais il m'a montré par exemple à être capable de me débrouiller, parce que j'étais [...] t'sais, quand [...] j'avais jamais pris de drogue puis tout ça là moi, ça fait que lui il a été bon juste pour ça [...] puis celui-là ben il va avoir été bon juste pour l'argent [rire], parce que dans le fond, c'est plus de trouble. (Sonia)

Elle raconte s'être sortie de cette relation grâce à l'aide de son ex-conjoint qui était au départ un de ses clients. Ce dernier était également violent avec elle lorsqu'il était sous l'emprise de l'alcool et il lui manquait souvent de respect. Elle décrit sa relation avec lui en ces termes : « il m'a beaucoup aidée, mais il m'a beaucoup écrasée aussi à un moment donné, t'sais ».

L'histoire d'Étienne s'accorde avec celle de Marie-Hélène et des femmes ayant vécu de la violence de la part d'un homme. Il affirme avoir vécu avec une femme qui se considère « antidroge » quelques mois après le début de projet Chez Soi. Il entretenait une « bonne entente sexuelle » avec elle. Cependant, ils avaient des difficultés « au niveau social », car elle le dénigrait constamment à cause de son passé d'itinérant et de son statut de prestataire d'aide social. Il raconte qu'un soir, alors qu'ils préparaient une sauce, ils se seraient disputés, car elle voulait ajouter du vin dans le mélange. Il n'acceptait pas cette idée, car il n'aime pas le vin et qu'il voulait couper sa consommation d'alcool. Il dit qu'il aurait alors

réussi à la manipuler afin qu'elle lui donne de l'argent. Il serait alors sorti de l'appartement afin d'acheter et consommer de la cocaïne et de la bière. Une fois rentré chez elle, ils se seraient de nouveau « obstinés ». Il se serait alors senti de nouveau dénigré par elle et il la poussa. Elle tomba alors inanimée au sol et il quitta le logement pour aller boire de la bière. Étienne termine son récit en expliquant qu'il fut de nouveau envoyé en prison après qu'elle ait porté plainte et déformé les faits. Il dit qu'elle a fait croire aux autorités qu'elle n'était qu'une simple victime et il aurait donc été perçu par la « société » comme étant un « monstre » à cause de ses problèmes de consommation. À sa sortie de prison, il logea pendant quelques semaines chez une amie et il se retrouva de nouveau à la rue.

Tel qu'ils le soulevaient déjà lors de la première série d'entrevues, pour plusieurs participants des groupes témoins, la consommation de drogues et d'alcool est perçue comme une activité autour de laquelle ils peuvent socialiser avec des pairs. La consommation semblerait donc être perçue par certains participants comme une alternative à l'isolement. Il s'agit d'une dimension de la consommation qui fut peu développée par Benoit et Marie-Hélène. Toutes les personnes composant le sous-échantillon dans les groupes témoins, à l'exception d'Étienne, mentionnent consommer de la drogue avec d'autres personnes de la rue ou des voisins.

Le cas de David fait écho à ce que plusieurs membres des groupes expérimentaux disaient par rapport à l'ennui et à l'isolement ressentis en logement. Même s'il a logé chez une dame atteinte du cancer pour l'aider dans son quotidien pendant quelques mois, ce dernier affirme s'être « ennuyé » et s'être senti « dépressif ». Il croit qu'on peut devenir « dépendant » de la rue qu'il associe à un « vice » : « On souhaite toujours. Honnêtement, on souhaite toujours sortir de la rue, mais la rue, c'est un vice. C'est de la sortir de toi astheure. Après un certain temps, tu deviens dépendant. » Il espère qu'il sortira un jour de la rue, mais il admet qu'il aime y être, car il n'est jamais seul. Il explique que les gens qui vivent en logement sont « seuls » et ne font qu'« exister » : « T'es tout seul avec toi-même, ton appartement, ta T.V. Si t'as le câble. C'est quoi ? Tu vis plus, t'existes. » David s'était « habitué » à la vie à la rue, il ne supportait pas d'être « [tombé] tout seul entre quatre murs » pendant cette courte période :

Tu t'ennuyais de quoi? Je n'entendais personne autour de moi. Je suis habitué à entendre parler autour de moi. Plein de monde autour de moi. À avoir toujours plein de monde autour de moi. Là, je tombe tout seul entre quatre murs. Ça c'est la réalité. Et je ne suis pas tout seul comme ça. Tous les gars dans la rue depuis des années c'est comme ça qu'y vivent ça. On devient dépendant. (David)

Il croit que c'est pour cette raison que les « gars » retournent à la rue. Dans cet espace, chacun à une « place », ils peuvent « parler », « jouer » aux cartes, et ils ne sont « pas tous seuls le soir » : « C'est pour ça que la plupart du temps, les gars retournent dans la rue. Dans la rue, on se retrouve à une place, on est plusieurs. On se parle, on joue aux cartes. On n'est pas tout seul le soir. » Pour David, cela explique pourquoi la situation financière n'est pas la seule raison pour laquelle une personne peut être à la rue. Paradoxalement, il affirme que développer des amitiés dans ce « milieu » est « impossible »; il n'y a que des « connaissances ». David affirme que son rapport avec les autres personnes de la rue est caractérisé par l'« agressivité ». Pour illustrer ses propos, il raconte s'être fait attaquer par des personnes en situation d'itinérance en manque de drogue qui voulaient son argent. Ce qu'il dit au sujet de sa « méfiance » envers d'autres faits écho aux propos de certaines personnes des groupes témoins qui vivent dans la crainte de la violence. Malgré cela, David aurait des « connaissances » avec qui il boit de la bière. Cependant, il soutient être sélectif dans sa manière de nouer des amitiés afin d'éviter les consommateurs de drogues et les personnes qui lui semblent être dangereuses.

Comme mentionné plus haut, les deux femmes des groupes témoins du sous-échantillon ont réussi à se trouver un logement après leur admission au projet Chez Soi. Du coup, à l'exception de leurs partenaires, les seules personnes qui les accompagnent dans leur consommation sont des voisins. Marie-Hélène ne fait aucune mention des personnes de la rue, et Sonia affirme avoir coupé contact avec elles. Telles que les hommes, elles mentionnent se méfier des autres personnes. Sonia affirme qu'il est difficile de se rapprocher des personnes à la rue et de se faire des amis. Pour elle, ce sont plutôt des « connaissances » qu'on tisse comme lien à la rue, et non des « amis » :

Ben, pas des amis, mais des personnes [...] des connaissances, c'est tout. C'est pas mal ça. Ben, c'est parce que je m'étais fait des amis [dans un organisme], puis quand je suis partie [de cet organisme], ben encore là, quand tu vas à [ce même organisme] c'est parce que t'as des problèmes, ce n'est pas juste moi, ça fait que les autres aussi, ben ça a fait que ça a [...] il y a eu de la jalousie puis ça a fini là.

Sonia consommerait plutôt avec un jeune voisin avec qui elle échange de la drogue. Elle fait également mention de voisins consommateurs de méthadone, mais elle aurait eu des problèmes avec eux.

Consommation et pairs chez les participants des groupes expérimentaux

Nous avons vu dans les cas de René et d'Amélie que les changements relationnels depuis les 18 derniers mois leur ont permis de modifier leurs habitudes de consommation. Il semblerait que ce soit également le cas pour les autres participants des groupes expérimentaux. Plusieurs affirment avoir tissé des nouvelles amitiés et attribuent les changements dans leurs habitudes de consommation à cela. Toujours parmi ces groupes de personnes, les femmes rapportent avoir été contraintes par un homme à modifier leur consommation. Similaire au témoignage d'Amélie, Valérie aurait également ressenti de la pression de la part d'un homme pour modifier ses habitudes de consommation. Cependant, contrairement à celle-ci, elle aurait augmenté sa consommation pendant la période qu'elle entretenait cette relation. Après avoir recommencé son utilisation d'alcool pour faire face à ses crises d'anxiété, elle aurait cédé aux offres de consommer de la morphine de son colocataire qui avait parfois des comportements violents. Elle raconte que c'était lui qui décidait de la quantité à consommer, ce qui aurait mené à une overdose :

Ben, c'est ça là c'était euh [...] c'est ça, on prenait de la morphine [...] c'était pas moi qui pesait puis [...] je connais rien là-dedans, puis je veux pas rien connaître là-dedans non plus, mais c'est pas moi qui faisais mes shoots, mais euh [...] c'est ça, moi j'en demandais, j'étais pas plus fine [...] puis [bon, tu t'endors carré], tu souffres pas du tout du tout là, tu fais juste t'endormir, c'est très dangereux, [je sais pas si tu comprends] que c'est [...] le monde ils se réveillent pas là, c'est dangereux là je veux dire, une overdose [...] t'as pas de symptômes d'overdose, là. Ça fait que, non, ça j'ai trouvé [...] (Valérie)

Valérie souligne à quel point c'était son partenaire qui décidait pour elle : ce n'est pas elle qui « pesait » la morphine, elle ne « connaît rien là-dedans », et ce n'est pas elle qui faisait ses « shoots ». Elle explique que cette relation ne lui a pas permis de s'« améliorer » puisqu'elle aurait recommencé à consommer des drogues dures et à faire des « excès » à cause de cet

homme qui « essayait de [lui] transmettre [ses vices] », ce qui aurait eu des conséquences sur sa santé :

J'ai fait des excès, dans le sens que j'ai rencontré quelqu'un qui m'a pas nécessairement [...] qui avait des vices qu'il essayait de me transmettre, mettons, puis que moi j'ai pas voulu [...] en tout cas, ça fait que ça, point de vue santé, je ne peux pas dire que je me suis vraiment améliorée, par contre [...] C'est ça, j'ai attrapé l'hépatite C, j'ai peut-être des chances d'être guérie, il y a un 15 % de chance de guérir [...], mais là j'ai pris un rendez-vous à la clinique pour me soigner, là, pour faire un suivi puis me soigner éventuellement de ça. (Valérie)

Elle ajoute que le « manque » de drogue le rendait davantage violent. Il était également violent lorsqu'elle « ne [voulait] pas qu'il consomme ». Elle aurait même fait appel à la police à plusieurs reprises :

Ben la police, la police est venue quelques fois à la maison à cause de ce monsieur-là, justement, puis [...] Parce qu'il y a eu de la violence aussi, conjugale, puis tout ça [...] Parce que soit qu'il est en manque, j'essaie de le retenir, soit qu'il consomme puis je ne veux pas qu'il consomme, en tout cas, peu importe là, tout ce qui va avec ça [...] Ça fait que la police est venue plusieurs fois, puis c'est moi qui se faisais embarquer. Puis la dernière fois, c'était parce que j'ai retrouvé des seringues dans son sac, j'ai dit : « Venez le chercher, emmenez-le à l'hôpital, emmenez-le en thérapie, mais moi je suis plus capable. » Puis c'est moi que ça a commencé [avec ?] contre un policier, parce que j'ai voulu sauver ma peau puis sauver sa peau à lui aussi [...] (Valérie)

Même s'il était violent avec elle, Valérie a essayé de « sauver » cet homme. Elle a finalement réussi à se débarrasser de cette personne peu de temps avant de s'installer dans un nouvel appartement avec l'aide des intervenants du projet Chez Soi. Depuis le départ de cet homme, elle aurait recommencé à prendre ses médicaments pour traiter ses problèmes de santé mentale, et elle aurait cessé sa consommation.

En ce qui concerne les hommes du sous-échantillon faisant partie des groupes expérimentaux, un seul affirme avoir changé ses habitudes de consommation après avoir rencontré une nouvelle personne. Il s'agit de Sylvain, qui a diminué sa consommation, et qui raconte que l'obtention d'un logement lui a permis de nouer de nouvelles amitiés. Il affirme faire beaucoup d'activités telles que des promenades en bicyclette, cuisiner et assister à des spectacles de musique avec ses nouveaux amis. Il raconte aussi avoir croisé à une de ses réunions d'Alcooliques anonymes un ami rencontré dans un organisme pour personnes en

situation d'itinérance qu'il aurait décidé d'héberger pendant deux ou trois mois. Cette amitié aurait été bénéfique pour sa santé puisqu'il raconte avoir arrêté sa consommation d'alcool qui lui permettait de s'endormir et de faire face au sentiment de « solitude » :

vivre avec quelqu'un, c'est l'fun, parce que tu sens moins la solitude. Il y en a un de mes chums qui est venu rester, pas longtemps, mais deux-trois mois, puis on s'entendait ben. Lui de toute façon c'était un AA, ça fait qu'il ne consommait pas, moi je me suis mis à pas consommer, j'ai été quasiment deux mois sans consommer, puis aussitôt qu'il est parti [...]. (Sylvain)

Sylvain doit faire face au sentiment de solitude depuis qu'il est en logement et qu'il a décidé de se débarrasser de la majorité de ses anciens contacts de la rue.

Plusieurs participants des groupes expérimentaux parlent également de leur rapport avec les autres personnes en situation d'itinérance. Plusieurs d'entre eux (environ la moitié) disent s'être éloignés de leurs anciens contacts vivant encore à la rue afin de mieux contrôler leur consommation. C'est le cas de Sylvain qui affirme ne tolérer que les consommateurs de marijuana et d'alcool depuis qu'il est en logement :

Mais peut-être qu'aujourd'hui j'ai plus de misère on va dire à choisir [...] on va dire mes standards à moi là t'sais, sans avoir de jugement envers personne là, mais mes critères ils ont peut-être grimpé pas mal, t'sais. Puis sans être méchant là, sans être snob. Dans ce sens que je veux pas être avec des gens qui consomment tout le temps, puis qui consomment dans les drogues fortes, je tolère pas ça, puis je veux dire [...] même si le gars il fume un joint, ça c'est pas grave, mais s'il commence à en fumer trois puis quatre puis cinq en ligne, ben là m'a sûrement lui dire : écoute, je pense que, t'sais, si tu me [dors] dans la face puis que t'es plus capable d'articuler, là, on va laisser tomber ça [...] (Sylvain)

Depuis qu'il est en logement, il a plus de « misère » à « choisir » ses amitiés. Il dit que ses « standards » et ses « critères » de sélection ont « grimpé pas mal ». Il ne supporte plus les consommateurs de drogues dures. Nous allons maintenant voir comment les participants perçoivent leur rapport à la famille et à la consommation après 18 mois.

Liens familiaux et consommation après 18 mois pour les membres des groupes témoins et expérimentaux

L'analyse des entretiens suggère que l'obtention d'un logement fut pour certains participants des groupes expérimentaux l'occasion de renouer avec la famille et de s'éloigner des « chums » de consommations. Avant de nous pencher sur leurs récits, nous allons faire une brève analyse des récits des personnes des groupes témoins.

Nous avons vu avec Benoit et Marie-Hélène qu'il y a peu de changements positifs depuis les dix-huit derniers mois dans leur réseau familial selon leur propre perception. Il semblerait que ce serait également le cas des autres participants des groupes témoins. En effet, lorsqu'ils font référence à leur famille, ils en parlent en termes de perte, et ils sont également plusieurs à affirmer explicitement qu'ils préfèrent garder leurs distances pour ne pas révéler leur situation à la rue. Tout comme Marie-Hélène qui affirme vouloir se « tenir loin » de ses filles, car elle ne veut pas qu'ils sachent à quel point elle a « déboulé » et connu la « déchéance » à cause de sa consommation, Sonia dit ne plus avoir de contacts avec sa famille depuis qu'elle est « tombée » à la rue. De son côté, David n'aurait pas vu ses enfants depuis qu'il « s'est perdu » :

As-tu des enfants? Oui. Ils sont rendus grands. Ils ne savent pas où je suis rendu, ce que je fais. Je ne suis pas intéressé qu'ils le « savent ». Pis moi dans le temps, je travaillais, pis [...] *Est-ce que ça fait longtemps que tu leur as pas parlé, que tu les as vus ?* 1998. *Depuis que t'es dans la rue finalement.* Depuis que je me suis perdu. Pis je ne suis pas intéressé à les voir parce que je ne veux pas qu'ils sachent où je suis rendu, qu'est-ce qui se passe avec moi. Ce n'est pas intéressant. Je n'ai rien d'intéressant à leur montrer. (David)

André dit avoir « perdu » sa famille lorsqu'il était à la rue. Bref, il semblerait que les mots utilisés par les participants pour décrire leur rapport à leur famille traduisent aussi les sentiments désagréables qu'ils ressentent d'être à la rue. Lors de la deuxième série d'entrevues, peu de membres des groupes témoins ont développé sur leur rapport à leur famille.

Tout comme René et Amélie, les membres des groupes expérimentaux composant notre sous-échantillon parlent beaucoup de leur famille. Ceux-ci ont plutôt recours à des termes positifs pour parler de leur rapport à leur famille et pour décrire comment ils ont renoué

avec elle depuis les dix-huit derniers mois. À l'instar de René qui voulait renouer « tranquillement » avec sa famille pour regagner progressivement leur « confiance », Sylvain, affirme aussi que sa famille lui fait plus « confiance ». Il explique que sa relation avec sa famille s'est « replacée » et qu'il a l'impression qu'elle lui a « pardonnée » :

Est-ce qu'il y a d'autres choses qui ont changé dans votre vie depuis que vous êtes dans le projet? Oh ben il y a plusieurs choses [...] Style, je vois plus souvent ma famille. [...] ça m'a donné [...] en tout cas, un sentiment que ma famille m'a pardonné [...] ou ils n'ont pas compris de toute façon ce qui était arrivé au complet, eux autres, là [...] Mais ils m'ont donné un sentiment de confiance, puis de [...] t'sais, puis ils m'appellent souvent, puis j'ai plus de relations normales qu'un frère puis une sœur peuvent avoir [...] Puis avec ma mère, mon père, ça s'est replacé aussi. Il y a plusieurs choses qui se sont replacées au niveau familial à la suite de ça, là. (Sylvain)

Tel que René, Sylvain soulève également la question du regard des autres sur sa consommation et sur son passé à la rue. Dans son récit, il parle de la manière dont il se sentait à l'égard de sa famille lorsqu'il était à la rue et de ses appréhensions initiales à se rapprocher d'elle. En effet, il raconte avoir eu des craintes par rapport à la manière dont il serait perçu par sa famille s'il révélait trop son passé. Il se souvient avoir ressenti de la « peur » et de la « gêne » de « s'ouvrir » et de révéler ce qui « se passe vraiment à l'intérieur de [lui] », mais il avait également l'impression que c'était un passage nécessaire pour regagner la confiance de sa famille :

Je lui en ai parlé! Je lui en ai jasé, je me suis ouvert un peu plus, à la place de rester fermé. C'est ça finalement qui arrive, souvent, à ces gens-là, puis à moi aussi, c'est qu'on a une gêne de s'ouvrir, une gêne de dire ce qui se passe vraiment à l'intérieur de toi là, puis... « Arrête d'avoir peur de dire ce qui se passe en dedans de toi puis dis-le, t'sais, puis là ça va sûrement aider à placer les choses », puis c'est ça que j'ai fait. Ça n'a pas été facile, mais il a fallu que je le fasse. (Sylvain)

Les craintes de Sylvain d'être perçu négativement à cause de sa consommation font écho à ce qu'Étienne exprime sur son expérience en milieu hospitalier. Il s'agit d'une dimension qui ne fut pas soulevée par les personnes présentées au début du chapitre. Selon ce dernier, être perçu comme un « toxicomane » peut faire en sorte qu'un individu soit mis de côté : « Dès qu'ils voient le mot toxicomane sur ton papier, tu es fait, de A à Z, veut, veut pas ». Il soutient que

c'est pour cette raison que les docteurs le renvoyèrent de l'hôpital avant qu'il soit rétabli, et que ça soit difficile pour lui de trouver un logement : « Quand tu vois le mot toxicomane, c'est ben dur de débarrer la porte ». Il ajoute : « [...] ce n'est pas parce que tu es un toxicomane que tu n'es pas humain ». Les témoignages de ces hommes semblent avoir un point en commun : ils craignent d'être perçus en tant que « toxicomanes » plutôt que des « êtres humains » dignes de « confiance ». Cela nous permet de comprendre davantage ce qui motive certains membres des groupes témoins à garder leurs distances par rapport à leur famille. À cet égard, la réponse d'André lorsqu'il se fait demander s'il désire renouer avec ses enfants est éclairante : « À part de ça non, je n'ai pas de contacts. Mais je l'ai accepté, c'est tout. J'ai accepté de même. Je suis seul? Je suis seul. *That's it*. [...] être dans la rue, là, je ne serais pas capable. Non, je ne serais pas capable ». Il préfère avoir des nouvelles de ses enfants à travers sa sœur au lieu de s'exposer à leur regard.

Quant à lui, Jean (groupe expérimental), qui se définit comme « un gars qui boit », fait un retour dans le passé pour décrire les effets de la vie à la rue sur le plan relationnel. Il se souvient encore de l'époque où il fut obligé de se diriger vers un organisme pour personnes itinérantes après avoir « perdu » sa famille et son emploi dans la construction et après être « tombé » à la rue. Il raconte que pendant cette période, ses liens avec les membres de sa famille et ses amis s'estompèrent jusqu'à ce qu'il se retrouve « seul » :

Moi ce qui s'est produit c'est que j'ai perdu ma famille, pendant à peu près une vingtaine d'années. J'ai perdu ma famille, j'ai perdu mes sœurs, et tout ça. Et elles ne savaient pas où est-ce que j'étais, elles ne savaient pas où est-ce que je résidais. J'étais itinérant à cette époque-là. [...] Ben là moi ce qui s'est produit à moment donné c'est quand que tu tombes dans la rue, tu tombes tout seul han. Fait que j'ai perdu toute trace de, de, de, si tu veux, de gens que je connaissais là. Euh, alors, euh, au niveau des amis, m'a te dire que présentement j'en ai pas. (Jean)

Les mots qu'il utilise pour décrire son passé à la rue sont similaires à ceux utilisés par les membres des groupes témoins qui parlent aussi de « perte », de « chute » et de « tomber ». Il se souvient avoir commencé à consommer de l'alcool après être « tombé » à la rue et avoir tout « perdu ». Même s'il boit toujours de la bière quotidiennement, il affirme essayer de diminuer sa consommation en s'« extériorisant » et ainsi oublier ses problèmes. Son retour en logement et la diminution de sa consommation lui auraient permis de solidifier sa relation avec

sa sœur qui est maintenant très présente dans sa vie. Elle viendrait chez lui régulièrement afin de cuisiner avec lui. Elle aurait également aidé Jean à s'installer dans son nouveau logement en lui procurant des décorations, des cadres, des rideaux et de la vaisselle.

Santé mentale et consommation chez les participants des groupes témoins

Nous avons vu avec Benoit et Marie-Hélène qu'ils ont l'impression de ne pas avoir vécu une amélioration de leur santé mentale depuis les dix-huit derniers mois. C'est également le cas des autres participants des groupes témoins. Plusieurs d'entre eux affirment toujours consommer pour faire face à leurs problèmes de santé mentale depuis les dix-huit derniers mois. En plus du sentiment de « solitude » que plusieurs d'entre eux disent ressentir (nous avons vu précédemment que plusieurs répondants affirment n'avoir que des « connaissances » à la rue, et non des « amis », pour reprendre les termes de Sonia), ils parlent aussi de leurs problèmes de santé mentale en termes d'« anxiété », d'« inquiétude », de « nervosité » ou de « dépression ». Ils associent ces états mentaux aux difficultés de la vie à rue. Pour certains, la consommation de substances addictives permettrait de faire face à l'inquiétude liée à leur avenir ou à leur santé, pour d'autres, telle que David, ce serait plutôt un moyen de combattre le sentiment d'anxiété lorsqu'ils doivent être en présence d'autres personnes en situation d'itinérance. Pour André, qui se sent « nerveux » lorsqu'il pense à sa situation, l'alcool est un moyen de supporter la vie à la rue et de ne plus « penser » à ses « problèmes » :

[...] je sais plus quoi c'est faire, ostie, t'sais, je suis nerveux [...] **Nerveux?** Oh ouais, je suis nerveux, je suis plus ça où ça va y aller, t'sais, je sais plus qu'est-ce qui va m'arriver. **Comment vous voyez l'avenir?** Pfff [...] Si je n'ai pas un appartement là, l'avenir ne sera pas long. [...] Elle ne sera pas longue, l'avenir. Si je n'ai pas mon appartement, tout ça là, ça ne sera pas long ma vie là. Je peux plus rester dehors, puis ça, je le sais. Physiquement, je ne suis pas capable. J'aimerais de le faire, mais je suis plus capable de le faire. Faut que je me cache, mais t'sais, je n'aime pas ça. Ce n'est pas une vie ça [...] Ben comment ça se fait que je bois? Qu'est-ce que tu veux que je fasse? Tabarnak, je suis dans la rue. Câlisse, je bois, je bois [...] mes pensées vont [...], je pense plus à mes problèmes. Le lendemain j'en ai plus, là les problèmes sont encore là pareils, t'sais [...] (André)

André affirme se sentir inquiet par rapport à son avenir. Il est persuadé qu'il ne tiendra plus le coup pendant très longtemps s'il n'obtient pas un logement puisque sa santé se détériore. Il dit

ne plus se sentir « capable » de le faire. D'ailleurs, il affirme que tomber malade fut son pire moment depuis qu'il est dans le projet Chez Soi. Lorsque l'intervieweur lui demande comment il se sent pendant l'entrevue, André répond qu'il se sent malade et incapable de continuer à vivre à la rue. Il ajoute qu'il ne mange pas convenablement et qu'il a des douleurs au niveau des pieds. Il croit que l'obtention d'un logement lui permettra de réduire sa consommation d'alcool : « [...] dans mon appart, je ne boirais pas de même, oublie ça! Une fois de temps en temps, la fin de semaine, quelque chose comme ça là, mais [...] Je vais jouer de la musique un peu là, boire une couple de bières [...] À part de ça, non, j'en bois pas de même là [...] »

André a mis la lumière sur une dimension de la consommation qui n'a pas été développée par Benoit et Marie-Hélène : les sentiments négatifs qu'il ressent et qu'il essaye d'oublier avec de l'alcool sont directement liés aux conditions difficiles de la vie à la rue. David parle aussi de ses sentiments par rapport à sa vie à la rue qui n'est pas « reposante » :

Santé mentale, je trouve que je suis plus dépressif qu'avant. Je suis plus sujet à la dépression. On s'en fait avec rien. Quelqu'un va te dire de quoi, tu te mets à douter de la personne. On se met à avoir des bibittes. On imagine des choses, peut-être qu'elles ne sont pas véridiques, mais tu te les imagines pareil. Pis tu passes ta vie avec de la tension pis du stress, à mal dormir pis à mal manger. Ce n'est pas une vie reposante dans la rue. (David)

Il se sent plus « dépressif » qu'auparavant, il « doute » davantage des autres, il se met à avoir des « bibittes », à s'« imaginer » des choses, et il ressent plus de « tension » et de « stress » à la rue. André et David font ressortir le caractère usant de la rue sur la santé mentale. Les deux hommes ont l'impression que leur santé se dégrade tandis que les conditions matérielles de leur existence ne changent pas : « Ça a pas changé pantoute. **Ça reste la même?** Y'a rien d'autre à faire ».

Santé mentale et consommation chez les participants des groupes expérimentaux.

Nous avons vu dans les cas de René et d'Amélie que leur santé mentale semble s'être améliorée depuis les dix-huit derniers, même s'ils affirment devoir faire face à certaines émotions négatives telles que la « solitude » ou l'« ennui ». Il semblerait que ça soit également le cas pour les autres membres des groupes expérimentaux depuis leur admission au projet

Chez Soi. En effet, nous avons vu que plusieurs d'entre eux auraient décidé de diminuer leur consommation en s'éloignant du milieu de la rue et en lâchant leurs « magouilles », tel qu'affirme René, afin de regagner la confiance de leur famille. L'obtention d'un logement avec le projet Chez Soi occupe une place centrale dans les récits ces participants. Cependant, plusieurs d'entre eux affirment ressentir de la « solitude » à cause de leur nouvelle situation relationnelle. En effet, ils disent avoir coupé contact avec les gens de la rue. Certains disent consommer afin de faire face à ce sentiment. La question de la santé mentale est également abordée dans les récits en termes de « dépression », d'« inquiétude », d'« ennui », de « pensées suicidaires », et de « stress ». René affirme qu'un individu consomme afin d'« oublier » une situation difficile, et cesse lorsqu'il est « heureux ». Il disait qu'en appartement, le sentiment qu'il essayait surtout de « geler » est la « solitude » quant à lui, Jocelyn a également recours au mot « geler » pour qualifier son rapport à la drogue : « C'est plus important pour moi me geler que manger ». Il consomme aussi pour « geler » sa « solitude ». Il raconte rester enfermé chez lui à regarder la télévision et à écouter de la musique. Il est en bons termes avec son frère et sa sœur, mais il souffre psychologiquement, car il aimerait les voir plus souvent. Du coup, l'ennui serait difficile à supporter à un point tel qu'il songerait à quitter son logement et à abandonner le projet Chez Soi : « J'aimerais mieux vivre dans une tente que de vivre en appartement ». Il affirme ne plus être « capable » de rester enfermé chez lui, il est « tanné » d'être en logement :

D'ailleurs, j pense m'en aller du projet. [...]. Je ne sais pas. J'suis tanné de rester dans mon logement, on dirait que, ça fait un an que je suis ici, on dirait que je ne suis plus capable. *Pourquoi tu ressens ça?* Pourquoi je ressens ça? C'est quasiment une maladie mon affaire. Ah ok. T'sais, je ne suis pas capable de rester longtemps à la même place. [...] Ça me prend du changement de paysage, puis, euh, changement d'appartement, je ne sais pas, j'ai besoin de ça moi. (Jocelyn)

Lorsque l'intervieweur lui demanda si sa vie serait meilleure à la rue, Jocelyn répondit que ce genre de vie serait plus « agréable » pour lui, qu'il aurait moins « l'impression d'être dans [lui]-même » et qu'il serait moins « renfermé ». Il croit qu'il serait plus « occupé » et qu'il aurait plus de « contact avec le monde » :

Ben ça serait plus agréable. J'aurais plus l'impression d'être dans moi-même. J'serais moins porté d'être dans la tente, au lieu d'être renfermé dans un appartement, je serais tout le temps dehors, je resterais dans la tente pour manger,

me réchauffer l'hiver, des affaires de mêmes. J'serais plus occupé. Tandis qu'un appartement, je l'ai mon appartement, je paye le loyer à tous les moins, mais qu'est-ce que je fais, moi dans mon appartement là? Qu'est-ce qu'il faut que je fasse? Je n'ai rien à faire icitte là. Je n'ai aucun travail à faire. [...] T'as pas de communication ben, ben avec le monde tandis que quand t'es dehors, t'es tout le temps en contact avec le monde, t'a quelqu'un avec qui parler. (Jocelyn)

Paradoxalement, Jocelyn affirme qu'il ne veut pas développer des nouveaux liens, car il ne fait pas confiance aux autres. Malgré son désir de quitter son logement, Jocelyn dit aimer la liberté dont il jouit en appartement. Il dit pouvoir consommer et fumer sans se faire harceler par les policiers. Pour faire face aux sentiments d'ennui et de solitude, Jocelyn consommerait de la cocaïne. Il aimerait cesser sa consommation de stupéfiants, mais il ne sait pas comment y arriver ni quels moyens prendre pour atteindre son objectif. Lorsque l'intervieweur lui demande comment il entrevoit son avenir en logement, Jocelyn répond que ce sera un combat pour lui et que son avenir l'inquiète. Un autre répondant, Sylvain, partage une vision similaire à celle de Jocelyn et René sur la consommation et souligne l'importance de changements positifs dans la vie afin de diminuer l'usage de substances addictives. Pour lui, la « solitude » est le « problème de la consommation majeur des personnes ».

Pour Sylvain, la « peine » est aussi une raison pour laquelle les personnes consomment. Pour « décider » d'« arrêter », il faudrait que des changements positifs se produisent dans la vie du consommateur pour que celui-ci se sente plus « heureux » et qu'il sente qu'il y a une « une lumière un peu plus éclairée au bout du tunnel ». Sylvain raconte avoir cessé sa consommation d'alcool pendant trois mois lorsqu'il hébergea son ami. Il aurait recommencé après son départ afin de s'endormir et ne plus penser à son sentiment de solitude. Il mentionne également ressentir de l'inquiétude lorsqu'il pense à l'avenir du projet Chez Soi et à sa situation financière.

De son côté, Valérie consommait pour « calmer » ses crises d'anxiété liées à sa situation difficile avec son ex-copain qui abusait d'elle. Elle pense que cela l'enfermait dans un « cercle vicieux » : « je buvais quand même pas mal pour me calmer mes crises [...] t'sais, ça fait que j'étais dans un cercle vicieux qui était comme pas l'fun, là ».

Malgré le sentiment de solitude que certaines personnes ressentent, plusieurs membres des groupes expérimentaux affirment que leur santé mentale s'est améliorée depuis leur

admission au projet Chez Soi. C'est le cas de Jean qui essaye maintenant de « s'extérioriser » afin de diminuer sa consommation d'alcool. Il affirme se sentir plus en « paix », « plus calme », « moins nerveux », « moins anxieux », et « moins stressé » :

Euh, je suis devenu plus calme, moins nerveux, moins anxieux si tu veux là. Ouais. Moins stressé là, par rapport à avoir peur au lendemain tout le temps. Quand t'es dans la rue, t'as, t'as peur au lendemain : « qu'est-ce qui va se passer demain comment je vais arriver? » Alors, j'avais une certaine sécurité, euh, quand je suis arrivé sur l'aide sociale, en, à l'hôtel c'est ça. J'avais une certaine sécurité [...] monétaire si tu veux, tu sais. Alors ça faisait du bien ça. Je veux dire, de savoir que dans un mois, dans deux mois, dans trois mois, ben, on va être quand même toujours à la même place tu sais. Puis, on, on va être [...] finalement là, dans le confort plutôt que d'être dans la misère si tu veux là. (Jean)

Il attribue son meilleur état mental à une meilleure « sécurité financière », et à sa nouvelle vie dans le « confort » plutôt que dans la « misère ». Malgré les améliorations qu'il perçoit dans sa vie, il fut hospitalisé quelques mois auparavant à cause d'un excès d'alcool. Sa consommation d'alcool serait responsable de la « dégradation » de sa santé :

Mon [...] état de santé s'est dégradé un petit peu là. [...] Comparativement quand je suis arrivé la première journée dans le projet là si tu veux [...] C'est dû à l'alcool là, des problèmes. Moi j'étais dans la rue, je buvais dans la rue, et puis euh, je continue à boire finalement. (Jean)

Jean aurait également eu des « pensées suicidaires » et se serait senti « dépressif » pendant une période où il « manquait d'alcool » :

Pire moment c'est quand je suis arrivé à [dans cet organisme], il y a trois mois, il y a deux mois à peu près là Ok. Ah, j'avais, j'étais dépressif, tout ça, et puis, je manquais d'alcool et puis, euh, alors, euh, j'ai affaire, j'ai fait appel à ma sœur demeurant à Dorval. [...] Puis j'avais des pensées suicidaires à cette époque-là. J'avais des pensées de me jeter en bas du balcon et tout ça. (Jean)

Depuis son arrivée en logement, il n'a pas cessé de boire, mais il essaye de modérer sa consommation. Il affirme qu'il essaye maintenant de s'« extérioriser » et d'aller se promener à l'extérieur pour oublier ses problèmes et ainsi diminuer sa consommation d'alcool.

Soutien et consommation chez les membres des groupes témoins

En ce qui concerne le quotidien des participants des groupes témoins, il semblerait qu'il y a une continuité depuis les 18 derniers mois. L'évaluation que donnent les participants aux organismes qu'ils fréquentent est souvent liée aux relations qu'ils entretiennent avec les différents intervenants qui y travaillent. Certains mentionnent aussi avoir modifié leurs habitudes de consommation après avoir rencontré un intervenant ou fréquenté un organisme en particulier. Par exemple, lorsqu'il était encore en logement avec son ex-copine, Étienne avait commencé une thérapie basée sur l'approche de la réduction des méfaits. Il se souvient des résultats positifs et de l'intervenante qui l'accompagnait :

Puis c'est-tu assez curieux, à partir du moment qu'on a décidé d'y aller avec la réduction des méfaits, tabarouette, je me suis aperçu que je modérais! Au lieu de consommer trois fois par semaine, c'était rendu deux, à un moment donné c'était juste rendu une fois par semaine. Puis je lui ai dit à [mon intervenante], je lui ai dit : « wow, j'en reviens pas, crime, le progrès il est là! » Dès la minute que j'ai arrêté de dire à toutes les semaines, de répéter la même affaire, « j'arrête, je suis tanné, j'en peux plus », que j'ai décidé de dire « câline, je vais relaxer, je vais y aller avec la réduction des méfaits » puis arrêter, t'sais, de me taper sur la tête, ben câline, ça a fonctionné. ***Qu'est-ce que t'as fait... la réduction des méfaits, en fait, normalement c'est quoi pour toi?*** Ben, c'est comme [...] c'est comme l'annonce de la SAAQ, ouais, c'est comme l'annonce : « la modération a bien meilleur goût », ouais [rires]. (Étienne)

Grâce au soutien de son intervenante, il a réussi à « modérer » sa consommation. Sonia parle également en termes positifs d'une intervenante d'un organisme venant en aide aux utilisateurs de drogues :

Avec elle, quand tu la voyais, qu'est-ce qui t'aidait le plus, avec elle? Pour dire bien franchement, la travailleuse sociale à date que j'ai eue là... elle, c'est elle dans le fond... non, elle, elle m'a aidée [...] Oh, elle est adorable, elle. Quand je l'ai vu, je ne savais pas qu'elle était ici, hein [...] Mais c'est ça, elle, elle s'est occupée beaucoup de moi, je l'aimais elle, beaucoup. Je l'aime encore, mais je veux dire, elle ne peut pas s'occuper de moi comme avant [...] Ça, j'aimerais ça. [...] Elle, je l'aimait beaucoup. Tu vois, j'aurais juste besoin de ça moi, pour m'aider. (Sonia)

Sonia affirme « aimer » cette intervenante qui l'a « aidée » et qui s'est « occupée » d'elle. Elle ajoute avoir besoin de ce type de soutien pour « [s'] aider » elle-même.

Soutien et consommation chez les membres des groupes expérimentaux

Une dimension qui ne fut pas développée par René et Amélie est le lien entre le soutien et la consommation. Plusieurs membres des groupes expérimentaux ont une opinion positive des équipes d'intervenants du projet Chez Soi et associent leur sentiment de bien-être aux liens développés avec ceux-ci et au soutien qu'ils leur procurent depuis les dix-huit derniers mois. Dans les récits analysés, plusieurs d'entre eux soulèvent à de nombreuses reprises l'impact qu'ont eu les intervenants du projet Chez Soi et d'autres organismes sur leur consommation. Valérie se souvient de l'aide des intervenants du projet Chez Soi lorsqu'elle devait faire face à son colocataire violent qui l'avait fait replonger dans la consommation :

Euh, ben c'est ça, il y a eu beaucoup de plans d'intervention à cause du coloc [...] Ils m'ont aidée pour lui trouver une place pour que moi je puisse être tranquille, parce que j'étais pas sûre s'il travaillait trop fort là-dessus, là, puis c'était tout le temps, de mois en mois, qui ne finissaient plus de s'échelonner là, puis c'était de moins en moins agréable. Moi je commençais à être de plus en plus tannée, là. (Valérie)

Après s'être débarrassée de cet homme, l'obtention d'un nouveau logement Chez Soi lui a permis de se sentir plus « tranquille » et de mettre fin à sa consommation de drogues. Lorsque l'intervieweur lui demande quel fut son meilleur moment depuis son entrée au projet Chez Soi, Jocelyn répondit que ce fût lorsque les intervenants du projet Chez Soi, en particulier une infirmière, lui rendirent visite après une opération. Il dit être reconnaissant des efforts que font les intervenants pour l'aider à s'en sortir. Cependant, Jocelyn aimerait aussi avoir plus de visites de la part des intervenants.

De son côté, Jean affirme aussi avoir eu des expériences positives avec les intervenants du projet Chez Soi, mais il met plutôt l'accent sur l'aide reçue par les intervenants d'un organisme spécialisé en toxicomanie pour ses problèmes de consommation d'alcool. Il apprécie sa relation avec les intervenants de cet organisme qu'il visite une fois par semaine :

Ben c'est des gens qui euh, qui euh, qui travaillent pour finalement aider les gens à s'en sortir. [T'as] des problèmes de toxicomanie, des problèmes d'alcoolisme [...] de jeux, oui, des problèmes de jeu, là. Alors finalement, sont [...] très compétents, ils savent comment aborder [...] l'individu, puis [...] essayer de l'amener vers quelque chose de mieux si tu veux. (Jean)

Selon lui, ces intervenants peuvent vraiment « aider » les personnes dépendantes à « s'en sortir ». Il a l'impression qu'ils « savent comment aborder [...] l'individu » pour « l'amener vers quelque chose de mieux ».

Consommation et santé physique chez les membres des groupes témoins

Tel que Benoit et Marie-Hélène, la vie à la rue semble avoir des conséquences néfastes sur la santé physique des participants des groupes témoins. En effet, plusieurs d'entre eux affirment que celle-ci s'est détériorée pendant les 18 derniers mois et certains attribuent cela à leur consommation de drogues et d'alcool. C'est le cas d'Étienne qui dit être « magané à la grandeur » de son corps à cause de son usage de drogues :

Ça, tu dirais que c'est à cause de la consommation [...]? Oui, oui, oui, ça magane beaucoup. Étant donné que [...] ben le foie là, ça communique avec l'estomac puis les intestins, hein [...] ben moi je te dirais que c'est magané à la grandeur. Ce n'est pas pour rien d'ailleurs, même ici, j'ai des brûlements d'estomac, moi ça fait 15 ans que je prends une pilule le matin pour des brûlements d'estomac. (Étienne)

Quant à lui, André exprime également son inquiétude face à sa santé physique qui se dégrade depuis les 18 derniers mois, en particulier en ce qui concerne l'état de ses pieds. Ce dernier raconte s'être endormi, après avoir bu de la bière, à l'extérieur lors d'une nuit d'hiver et ses pieds auraient gelés. Il fut hospitalisé pour cette raison. Il doit donc vivre avec des engelures depuis plusieurs mois. Il souffrirait également d'eczéma et aurait de la difficulté à se nourrir convenablement. Il dit que l'eczéma lui cause des démangeaisons au niveau des jambes et qu'il doit se gratter pour se soulager. Cela aurait causé des saignements et il craint maintenant avoir des infections. Il espère que l'état de ses jambes et de ses pieds ne se détériorera pas, car il ne veut pas perdre l'usage de ses jambes. Malheureusement pour lui, il aurait dernièrement perdu son sac à dos avec tous les médicaments et les crèmes nécessaires pour traiter ses engelures et son eczéma. Tel que mentionné précédemment, il consommerait de l'alcool pour faire face à sa situation à la rue qu'il n'est plus « capable » de supporter.

Consommation et santé physique chez les membres des groupes expérimentaux

Le lien entre la consommation et la santé physique est peu développé par les membres des groupes expérimentaux. Deux types d'explications sont cependant soulevés par quelques participants. La première concerne les conséquences de la consommation d'alcool ou de drogue sur la santé, et la seconde porte sur l'impact des changements dans les habitudes de vie sur la consommation.

Dans notre sous-échantillon, Jean a recours au premier type d'explication. Depuis son arrivée en logement, il n'a pas cessé de boire, mais il essaye de modérer sa consommation. Il affirme qu'il essaye maintenant de s'« extérioriser » et d'aller se promener à l'extérieur pour oublier ses problèmes et ainsi diminuer sa consommation d'alcool. Néanmoins, il fut hospitalisé quelques mois plus tôt à cause d'un excès d'alcool. Sa consommation d'alcool serait responsable de la « dégradation » de sa santé :

Mon état de santé s'est dégradé un petit peu là. Ah ouin? Comparativement quand je suis arrivé la première journée dans le projet là si tu veux Ok. Oui, et pourquoi, pourquoi? Ben, c'est dû à l'alcool là, des problèmes. Moi j'étais dans la rue, je buvais dans la rue, et puis euh, je continue à boire finalement. (Jean)

Quant à lui, Sylvain affirme que la combinaison de son nouveau mode de vie avec sa prise de médicament et sa consommation de bière lui aurait fait prendre cinquante livres en dix-huit mois. Il ajoute que lorsqu'il vivait à la rue, il avait tendance à sauter des repas puisque la nourriture des missions n'était pas bonne.

Le deuxième type d'explication a été mobilisé par Valérie. Au lieu de consommer pour faire face à ses problèmes de santé mentale, Valérie aimerait faire plus d'activités physiques :

Pas vraiment, ça, c'est ma prochaine étape là, de faire de l'exercice, faire du yoga, faire de l'exercice à la maison. De la bicyclette – ça, faut que j'aille la chercher chez ma chum, ça, je m'ennuie ben gros de ça, ça, fait que, ça, ça va être plus à l'été prochain que [...] bicyclette, peut-être roller que je vais me remettre là. J'ai encore mes rollers, ça fait que je vais [...] Ça me prend une épaule pour m'accoter au cas-là, mais [rire] ça fait comme une couple d'années. (Valérie)

Ses nouvelles habitudes de vie lui permettent de s'attaquer à ses problèmes au lieu de consommer.

Finances et consommation pour les membres des groupes témoins.

Dans les récits analysés, l'aspect économique de la vie à la rue est soulevé par plusieurs participants des groupes témoins. Il s'agit également d'une dimension peu développée par les personnes que nous avons présentées précédemment. Tels qu'ils l'affirmaient lors de la première série d'entrevues, ils affirment toujours manquer de moyens pour financer leur consommation. Il semblerait toujours y avoir des différences entre les hommes et les femmes. Les hommes semblent bénéficier d'autonomie et de la possibilité de faire leurs propres choix en ce qui concerne la gestion de leurs moyens financiers. Par exemple, David parle aussi de ses habitudes de dépenses. Il dit qu'il avait l'habitude de dépenser l'argent qu'il recevait du gouvernement chaque mois en alcool et en jeux, mais qu'il essaye maintenant de se « modérer » depuis peu. Il aurait acheté des vêtements dernièrement au lieu de dépenser son argent en alcool. Malgré ses faibles revenus, il affirme qu'il veut économiser de l'argent afin de fêter le jour de l'an.

À l'inverse, depuis les dix-huit derniers mois, la situation des femmes semble être toujours marquée par le manque d'autonomie et l'absence de choix. Tel que mentionné précédemment, Marie-Hélène et Sonia paraissent être financièrement dépendantes à un ou plusieurs hommes et leur consommation semblerait être soumise aux décisions de ceux-ci. Le cas de Sonia illustre bien cela. Elle raconte s'être prostituée pour le compte de son ex-conjoint qui l'a initiée aux drogues dures. Celui-ci était violent avec elle, mais elle serait restée avec lui pour des raisons financières. Elle affirme qu'elle avait besoin d'argent pour soutenir sa consommation de drogues :

Je me suis toujours débrouillée avant, mais avant c'était la prostitution. Mais là il faut que j'essaie une autre affaire, que ce n'est pas [...] t'sais, quand t'es plus dans la drogue, c'est [...] L'argent n'est pas facile à faire, là, quand [...] Moi je pensais que t'as plus d'argent. Oui t'as plus d'argent quand tu te gèles plus, mais dans un autre sens t'en as moins, parce que tu [...] T'sais, quand tu *manages* pour de la drogue, tu la veux ta dope, t'sais, ça fait que tu trouves toujours de l'argent, tandis que là, il faut que tu fasses [...] il faut que tu marches drette [...] Puis c'est ça, puis moi ben j'y va dans qu'est-ce que je connais le plus. (Sonia)Elle dit toujours

s'être « débrouillée » auparavant, mais maintenant qu'elle essaye de changer ses habitudes de consommation, elle a plus de difficulté à « ménager » son argent. Cette période de sa vie a duré plusieurs mois jusqu'à ce qu'elle rencontre un client qui l'a aidée à se sortir de la

prostitution. Cet homme qui est devenu son nouveau conjoint lui aurait même payé une dette importante : « Parce qu'il m'a aidée beaucoup aussi, il a payé une dette que je serais pas en avant de toi ». Malheureusement pour Sonia, sa relation avec lui s'est rapidement détériorée. Elle raconte que cet homme est devenu contrôlant, qu'il avait des comportements violents à son égard et qu'elle se faisait battre régulièrement par lui lorsqu'il était ivre. Au moment de l'entrevue, sa relation qui a duré approximativement un an avait pris fin depuis deux semaines. Sonia affirme qu'elle avait perdu sa liberté avec cet homme :

Ça m'a fait... c'est ça, ça fait deux semaines, ça m'a fait voir que j'étais capable de me débrouiller, malgré que j'en arrachais parce qu'il m'avait laissée d'une façon que ce n'était pas correct, mais qu'est-ce que tu veux [...], mais j'étais plus libre, par exemple. Puis ça, la liberté, il y a rien de plus [...] bon, je le savais pas, que la liberté c'était si bon que ça. T'sais je veux dire, je ne pensais pas que j'étais si pognée que ça, t'sais. (Sonia)

Maintenant qu'elle n'est plus avec cet homme, elle a réalisé qu'elle peut se « débrouiller » seule. Elle préfère sa « liberté » actuelle à sa relation de dépendance à cet homme. Lorsque l'intervieweur lui demande comment elle se sent, Sonia répond qu'elle va « mal » puisqu'ils ne sont plus ensemble. Elle se demande si elle ne devrait pas retourner avec lui, mais elle affirme finalement préférer être célibataire et se « débrouiller » davantage que de « mourir » si elle retourne avec lui :

C'est [...] Non [...] Mais ça va mal parce qu'il est plus là [rire], mais [...] pas mal, mais je veux dire, il faut que je me débrouille, hein, puis je vais trouver une job [...] Mais j'ai le choix, hein, mais t'sais, je l'ai comme expliqué pas mal t'à l'heure, soit que je garde lui, puis je garde le [...], mais j'aime-tu mieux mourir puis[...] J'aime mieux être en vie puis peut-être me débrouiller plus, puis peut-être je vais être encore. (Sonia)

Elle ajoute : « Ouais [...] Ben là, ça fait que je me sens mieux, je le sais que je vais être mieux toute seule [...] euh, je ne penserais pas [...] je le sais pas s'il va changer assez pour que je continue, je ne pense pas. » Sonia explique qu'elle aimerait avoir un appartement avec le projet Chez Soi afin de ne plus dépendre de « personne » et être indépendante financièrement. Lorsque l'intervieweur lui demande quels seraient les avantages à avoir un logement financé, Sonia répondit :

Ben, plus de sous [...] plus de liberté, t'sais, plus de [...] que je suis capable de me payer un café, je suis pas dépendante de personne, de moi-même, c'est tout. C'est ça que ça ferait. [...] Ce serait gros, déjà, d'être pas dépendant de personne. Parce que moi je dépends de [...] j'ai tout dépendu de tout dans ma vie, hein [...] Ouais, je suis tannée de dépendre de tout, ça fait que je dépendrais [...] je dépendrais encore un petit peu des affaires, comme peut-être de [?] une fois, ou pour le panier de Noël ou quelque chose, mais je parle [...] je n'aurais pas à me [concentrer] comme j'ai fait dans les derniers temps, tu comprends? C'est ça. (Sonia)

Pour elle, avoir un appartement lui permettrait d'avoir « plus de sous », qu'elle associe à « plus de liberté » et à ne plus être « dépendante de personne ». Elle affirme en avoir assez de « dépendre » de « tout ». Au moment de l'entrevue, Sonia affirme ressentir de l'angoisse, car elle sait que son ex-conjoint l'attend.

Finances et consommation pour les membres des groupes expérimentaux.

Dans les récits analysés, l'aspect économique de la vie en logement est rarement soulevé par les participants des groupes expérimentaux. Contrairement aux membres des groupes témoins, ceux-ci ne semblent pas avoir de souci d'argent. Par contre, ils s'inquiètent de leur avenir en logement et de la pérennité du projet Chez Soi. Leurs inquiétudes se concentrent principalement autour de leur nouvelle vie en logement et de leur relation avec la famille. Il n'y a que René qui parle de ses finances lorsqu'il affirme dédier plus d'argent dans son alimentation.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de soulever les différents types d'explications concernant l'usage de substances addictives dans le discours des participants. Nous avons pu constater que les membres des groupes expérimentaux et des groupes témoins ne parlent pas de la même manière de leur consommation. Le discours des premiers s'articule principalement autour des thèmes du logement et de la famille. Depuis les dix-huit derniers mois, leur situation en termes de logement, de relations et de santé mentale semble s'améliorer malgré quelques difficultés telles que la « solitude » ou l'« ennui ». Le discours des membres des groupes témoins est

principalement axé sur leur vie à la rue et la relation avec les pairs depuis les dix-huit derniers mois. Leur consommation semblerait être liée au cadre plus large de leurs expériences quotidiennes. Il semblerait que la majorité d'entre eux connaissent une dégradation de leurs conditions de vie. Afin de faire face aux problèmes relationnels et à la détérioration de leur santé mentale et physique qu'ils vivent depuis les 18 derniers mois, plusieurs d'entre eux consomment de la drogue ou de l'alcool.

Il faut comprendre le rapport des participants à leur famille, à leurs pairs et à leur santé mentale et physique afin d'appréhender leurs perceptions de la consommation, que celle-ci soit considérée comme une « dépendance » ou non par eux. Il est donc difficile d'isoler un facteur en particulier puisqu'il est, au niveau du discours, lié aux autres. Un facteur important dans les récits de vie des participants n'ayant pas reçu de logement subventionné est l'influence qu'exercent les « chums » de consommation. Même si plusieurs répondants disent que leur rapport avec ces derniers est marqué par la méfiance, ils seraient plusieurs à consommer avec eux afin de ne pas se sentir seuls. Certains participants affirment que leur usage de drogues et d'alcool mine leur situation financière, ce qui ferait en sorte qu'ils soient inquiets. En outre, plusieurs personnes disent aussi être inquiètes par rapport à leur santé qui se dégrade. Bref, cela soulève la question de la santé mentale, qui est dépeinte en termes d'« anxiété », d'« inquiétude », de « nervosité » ou de « dépression » par les participants. Plusieurs personnes disent consommer afin de faire face à ces émotions.

Certains participants des groupes expérimentaux ayant repris contact avec leur famille parlent de leurs hésitations initiales à renouer avec celle-ci. Ils affirment avoir eu des craintes par rapport à la manière dont ils seraient perçus par leur famille s'ils révélaient trop leur passé d'itinérant ou d'usage de drogues. Si certains participants des groupes témoins disent être « tombés » ou « déboulés » à la rue, ou avoir connu la « déchéance », certains participants des groupes expérimentaux disent le contraire. Pour ceux-ci, il faut « remonter la côte », les « échelons » et les « escaliers » afin de retrouver la « confiance » de la famille. Pour certains d'entre eux, cela signifie de diminuer leur consommation en s'éloignant des « connaissances » de la rue avec qui ils entretenaient parfois des rapports distants ou instrumentaux. Dans le discours des participants, cela aurait pour conséquence de devoir affronter la solitude qu'ils pouvaient éviter lorsqu'ils étaient à la rue en compagnie de leurs « chums » de consommation.

Ils auraient donc recours à des substances addictives afin de « geler » ou « oublier » cette émotion. Cependant, certains disent maintenant vouloir « gérer » leurs émotions afin de diminuer leur consommation, tandis que d'autres, tels que Valérie, essaieraient plutôt de se débarrasser des sources de sentiments négatifs.

À travers la perception qu'en ont les participants, il semblerait donc y avoir une dynamique de consommation que le projet Chez Soi a pu transformer jusqu'à un certain point. Celui-ci aurait permis de restructurer le réseau de relations des participants en leur offrant la possibilité d'avoir un logement subventionné, et ainsi pouvoir s'éloigner de l'étiquette de « toxicomane » qui faisait en sorte que certains préfèrent se « tenir loin » de leur famille. Malgré cela, certains individus des groupes expérimentaux continueraient à consommer, mais pour faire face aux émotions ou aux difficultés de leur vie en logement.

Chapitre 8 : Retour sur la littérature

L'analyse des trajectoires de vie élaborée aux sixième et septième chapitres nous a permis de saisir comment les participants du projet Chez Soi perçoivent leur consommation et comment la perception des participants des groupes expérimentaux s'est transformée à la suite de l'intervention du projet Chez Soi sur les conditions matérielles et relationnelles. Les participants du projet Chez Soi ont soulevé plusieurs éléments sur leur consommation en lien avec leur famille, leurs pairs, leur santé mentale et physique, et leur relation avec les intervenants. Certains de ces éléments convergent avec le point de vue des auteurs consultés tandis que d'autres semblent apporter un nouveau regard sur la question. À la lumière des éléments soulevés dans notre analyse des récits de vie, nous allons faire un retour sur la littérature pour éclairer notre question de départ de ce mémoire : comment les participants du projet Chez Soi perçoivent leurs problèmes de consommation? Nous répondrons également aux questions suivantes : quelle est la contribution des savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi à la compréhension de la toxicomanie? Quels liens peut-on faire entre la perception des participants et la littérature consultée? Avant de faire la mise en parallèle entre les récits de vie et la littérature consultée, nous allons faire un bref rappel de la divergence entre les approches sociologiques et les modèles biologique et psychologique.

Le point de vue des auteurs : les divergences entre les modèles explicatifs

Les chapitres consacrés à la littérature nous ont permis de saisir la complexité de la question de départ de ce mémoire. Les auteurs consultés ont élaboré des théories pour expliquer les conditions qui mènent des individus à consommer des substances toxicomanogènes et comment ces conditions peuvent maintenir ceux-ci dans l'univers de la drogue. Il semblerait y avoir des divergences entre les différents modèles explicatifs qui peuvent se situer entre deux pôles principaux : dans le premier, la consommation prend source à partir de facteurs individuels; dans le second, ce sont les conditions sociales qui créent le terreau propice à l'usage de drogues. Cette dichotomie est incarnée par la divergence entre les modèles sociologiques et les modèles psychologique et biologique.

Itinérance et usage de drogues

Puisqu'il s'agit un des thèmes principaux de ce mémoire, diverses dynamiques entourant l'itinérance et l'usage de drogues furent présentées au premier chapitre. Après avoir fait un survol des théories macrosociologiques pour expliquer le lien entre la pauvreté extrême, la diminution des opportunités et l'usage de substances addictives (Merton, 1938; Bourgois, 1992; Currie, 1993), des théories sur l'usure des liens sociaux et la disqualification sociale furent présentées. Les approches de Paugam (1991, 2005) et de Dequire et Jovelin (2007) nous permettent de comprendre comment l'usage de substances toxicomanogènes s'insère dans le parcours de vie de certaines personnes en voie de marginalisation sociale, et comment cette pratique a une incidence sur leur vie relationnelle. Pour Paugam (1991, 2005), lorsque les « handicaps » sociaux s'accumulent, les individus peuvent vivre l'étape ultime du processus de disqualification sociale, la « rupture » sociale. Cette étape est « le produit d'une accumulation d'échecs qui a conduit à une forte marginalisation » (Paugam, 2005 : 10) et coïncide avec l'absence de liens stables avec la famille. Pour cet auteur, ces personnes, qui n'ont plus « aucun espoir de s'en sortir véritablement » et qui se sentent « inutiles à la société » (Paugam 2009 :64), finissent par rechercher « dans l'ivresse la compensation à leurs malheurs ou à leurs échecs » (Paugam 2009 :64). Elles s'abandonneraient alors à la drogue et à l'alcool.

Par la suite, la thématique de la souffrance sociale en lien avec l'itinérance et la toxicomanie (Lamoureux, 2001), ainsi que les enjeux lui étant plus généralement liés ont été explorés. Pour Lamoureux (2001), un individu peut ressentir de la « souffrance sociale » lorsqu'elle est étiquetée et discriminée. Des étiquettes connotées négativement telle que « toxicomane », les privent « de toute forme d'individualité ou de subjectivation » (Lamoureux, 2001 : 34) et les exposent donc à des rapports sociaux inégalitaires. Pour Furtos (2005), les individus vivant ce type de situation peuvent s'auto-exclure et s'« anesthésier » avec de la drogue ou de l'alcool afin d'éviter la souffrance. Ce dernier a d'ailleurs exploré le domaine de la santé mentale en lien avec l'itinérance en abordant le « syndrome d'autoexclusion » (2007). Il se caractérise par la négation de soi et qui présenterait des caractéristiques similaires à la schizophrénie.

À la lecture des auteurs consultés dans cette section, nous pouvons constater que l'itinérance est principalement abordée à partir d'explications sociologiques, mais que certains auteurs tels que Lamoureux (2001), Parizot, (2003), Furtos (2005, 2007), et Plante (2007) s'intéressent aussi aux conséquences psychologiques de la pauvreté et de la marginalisation.

La divergence entre les modèles sociologiques et les modèles psychologiques et biologiques.

Au deuxième chapitre, plusieurs explications attribuant l'usage de substances toxicomanogènes au social ont été présentées. Bien que divergentes sur plusieurs points, ces théories ont en commun la position que les conditions sociales sont un facteur causal à la source de la consommation de drogues. Les auteurs sélectionnés avancent deux types d'explication : les explications d'ordre macrosociologique et microsociologique. Les auteurs ayant recours au premier type d'approche mobilisent des explications de type structurel. Ils avancent que les structures sociales peuvent être inégalitaires, et que, par conséquent des barrières à l'accès aux opportunités d'ascension sociale se dressent devant les individus, ce qui mènerait certaines personnes à se tourner vers la drogue. Selon Merton (1938, 1949) et Cloward et Ohlin (1960), pour comprendre les comportements de retrait (*retreatism*) tel que la toxicomanie, il faut s'intéresser à l'idéologie dominante pour laquelle la réussite sociale est associée à l'accumulation de richesses, ainsi qu'à la structure sociale « rigide » qui limite les opportunités d'ascension sociale. Lorsqu'un individu n'a plus d'opportunités d'ascension sociale, il se tournerait alors vers les drogues pour faire face au sentiment d'échec.

Quant aux auteurs mobilisant la théorie critique, ils expliquent la genèse et la consommation de drogues en faisant ressortir les facteurs structurels qui pèsent sur les individus et les communautés et qui engendrent des inégalités socioéconomiques. Être en situation de domination peut diminuer les opportunités de s'insérer dans une vie « conventionnelle », et augmenter les possibilités de tomber dans la drogue (Bourgois, 1992; Currie, 1993; Murphy et Rosenbaum, 1997). Cela se traduit de différentes manières. Pour Currie, le chômage s'accompagne de la perte du sentiment d'utilité chez les individus, ce qui affaiblit les familles et les communautés et, ultimement, crée un terreau propice à la

prolifération de l'utilisation de drogues. Pour Bourgois, il ne s'agit pas seulement d'une question de pauvreté; il faut également tenir compte des facteurs ethniques et culturels afin de comprendre comment certains groupes peuvent s'insérer dans l'univers de la drogue pour résister à l'oppression. Selon Bourgois, cet univers permettrait aux individus faisant partie de certaines communautés ethniques de s'enrichir sans subir de la discrimination. Néanmoins, peu d'entre eux réussiraient à percer dans ce milieu et finiraient donc par tomber dans la « défonce » ou la dépression. Pour Murphy et Rosenbaum, l'initiation, la continuation et la cessation de la consommation sont modelées par divers paramètres. En effet, en comparant les histoires de vie de personnes issues de différents milieux sociaux, ces auteurs ont remarqué que la classe, l'ethnicité et le genre font en sorte que certains individus aient plus ou moins la possibilité de faire des choix de vie (*life options*) et que cela les exposerait donc davantage au milieu où la consommation de crack est présente. Enfin, dans sa théorie, Chantraine (2004) conçoit l'utilisation de substances addictives comme faisant partie d'un « engrenage » dans lequel l'individu est pris. Pour cet auteur, l'usage de drogues restructure le quotidien et le réseau relationnel d'un individu, ce qui a pour conséquence de l'enfermer davantage dans un engrenage qui peut éventuellement le mener en prison.

Les explications de type microsociologiques sont principalement axées sur l'individu en interaction avec son milieu. Elles mettent l'accent sur l'influence des pairs sur l'individu au cours des différentes étapes qui constituent le processus menant celui-ci à user des substances addictives. Chez Lindesmith et Becker (1953, 1963) et Lindesmith (1938, 1964), l'utilisateur de drogues néophyte a besoin de l'aide des usagers expérimentés afin de reconnaître et interpréter les effets des substances consommées. L'entourage permet à l'individu d'acquérir les « symboles significatifs » lui permettant d'interpréter son expérience avec la drogue. Chez Preble et Casey (1969) ainsi que Feldman (1968), l'usager de drogues vaque à ses occupations quotidiennes comme n'importe quel autre acteur et ses activités s'insèrent dans un univers codé qui dicte à ses membres ce qui est acceptable. Celui-ci serait stimulé par sa « carrière » d'utilisateur de drogue et sa consommation serait le résultat de conditions sociales limitant l'accès à une carrière non-déviant. Preble et Casey arrivent à un constat similaire à celui de Merton (1949) et des théoriciens de la sociologie critique: l'usage et la vente de drogue

apparaissent lorsque des conditions sociales défavorables diminuent les chances de développer une carrière dans le monde « ordinaire ».

Certains auteurs présentés au deuxième chapitre ont élaboré des théories qui se rapprochent de la psychologie. C'est le cas de Bennet (1986) et de Gottfredson et Hirschi (1990) qui se concentrent sur l'individu et laissent de côté les explications de type structurel ou interactionniste. Le premier, qui s'inscrit dans la théorie du choix rationnel, se base sur les concepts de « rationality », « decision making » et « choice » pour expliquer comment les personnes déviantes sont « self-determining, deliberative, and responsible for their actions » (Bennet, 1986 : 84). Pour les seconds, qui représentent la théorie du *self-control*, l'individu est un être impulsif qui manque de maîtrise de soi et qui recherche le plaisir.

De leur côté, les auteurs ayant élaboré des modèles psychologiques et biologiques se concentrent sur les facteurs individuels pouvant mener une personne à consommer des substances addictives. En psychologie, plusieurs auteurs (Ausubel, 1980; Wurmser 1980; Kaplan 1980) affirment que les personnes ayant des personnalités « inadéquates » sont prédisposées à développer des dépendances. Ausubel soutient que certains individus développent le « syndrome de la personnalité inadéquate » car ils ont reçu une mauvaise éducation parentale pendant l'enfance. Ils consommeraient donc afin de combler des lacunes individuelles développées pendant cette période de leur vie, mais aussi pour bénéficier des propriétés adaptatives que les substances psychotropes peuvent induire. Pour Wurmser, l'origine du problème réside également dans l'éducation parentale et les utilisateurs de drogues consommeraient afin de se débarrasser d'émotions indésirables. Enfin, pour Kaplan, qui associe l'exclusion sociale et les problèmes de santé mentale, les substances addictives permettraient plutôt de remédier à une faible estime de soi. D'autres auteurs (Jessor et Jessor, 1980), considèrent que les usagers de drogues sont mus par la volonté de prendre des risques et de s'opposer au conformisme. Faisant le lien entre les dimensions psychologiques et biologiques, les adeptes de la théorie du conditionnement opérant expliquent le processus de dépendance par les effets renforçateurs que procurent les sensations euphorisantes des drogues. La substance consommée produirait un effet de renforcement positif qui stimule les circuits neuronaux de plaisir (Godard et Tillement, 1984) ou qui produit une « satisfaction cérébrale » intense (Richard, 2007) en activant les neurones à dopamine du circuit de

récompense. Cette activation produirait une sensation de bien-être et la disparition temporaire des maux psychologiques. Plusieurs auteurs (McAulliffe et Gordon, 1980; Bejerot, 1980; Wikler, 1980; Godard et Tillement, 1984) situent la dépendance physique dans un processus plus large qui inclut également la dépendance psychique que produisent les substances toxicomanogènes. Cette dernière serait un renforçateur supplémentaire qui pousserait l'individu à consommer dans le but de supprimer les symptômes de sevrage. Pour certains auteurs (McAulliffe et Gordon, 1980; Bejerot, 1980; Godard et Tillement, 1984), certains facteurs sociaux peuvent également jouer un rôle plus ou moins secondaire dans le processus de dépendance. Toujours au troisième chapitre, mais quant aux explications biologiques, nous avons présenté la théorie sur la génétique comme facteur prédisposant aux dépendances. Les défenseurs de cette approche (Goodwin 1979, Schuckit 1980, Foround *et al.*, 2010) soutiennent que certains individus ont plus de chances de développer une dépendance si certains gènes sont présents dans leur structure génétique. Sans avoir approfondi à ce sujet, les auteurs consultés mentionnent que l'interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux contribue au développement d'une dépendance. Enfin, certains auteurs consultés (Dole et Nyswander, 1980) sont d'avis que les dépendances sont le résultat d'un déséquilibre du métabolisme chez les consommateurs.

En somme, la tension entre les modèles sociologiques par rapport aux modèles psychologiques et biologiques prend source dans l'explication que les auteurs ont élaborée sur l'origine de l'usage de substances addictives. Les approches biopsychosociales constituent une tentative de résoudre cette dichotomie.

Les approches biopsychosociales

Les approches biopsychosociales présentées au quatrième chapitre peuvent être perçues comme une tentative d'aller au-delà de la tension entre les modèles sociologiques et les modèles psychologiques et biologiques. Les auteurs se réclamant de l'interdisciplinarité ont intégré les dimensions sociologique, psychologique et biologique dans des systèmes cohérents pour expliquer ce qui mène un individu à consommer des substances addictives.

Au quatrième chapitre, différentes variantes de l'approche biopsychosociale furent exposés. Certains auteurs consultés (Huba *et al.*, 1980; van Dijk, 1980;) affirment que les principales théories en biologie en psychologie et en sociologie n'expliquent qu'une seule facette de l'usage de substances addictives en occultant les deux autres, et qu'il faudrait plutôt intégrer les trois approches en un seul système cohérent. Ils ont donc développé des théories multidisciplinaires en mettant en relief les interactions entre les différentes dimensions et en essayant d'élargir les champs que couvrent chacune d'entre elles. Pour ces auteurs, l'usage de substances addictives s'insère dans un processus plus large qui implique des facteurs tels que la génétique, la personnalité, les humeurs, l'effet des substances addictives, le stress environnemental, la pression des pairs, les attentes sociales et parfois les conditions sociales. Cependant, tel que mentionné au quatrième chapitre, en raison de l'époque à laquelle elles furent élaborées, ces théories ne tiennent pas compte du contexte actuel de l'univers de la toxicomanie.

Des auteurs plus récents (Griffiths, 2005; Buckner *et al.*, 2013; Highland *et al.*, 2013) utilisent des explications de l'ordre de la santé mentale ou de la génétique pour expliquer l'usage et l'abus de drogues. Griffiths (2005) se rapproche des théories comportementales présentées au deuxième chapitre, Buckner *et al.* (2013) s'intéressent au lien entre anxiété sociale et problèmes de consommation, et Highland *et al.* (2013) se concentrent sur les gènes pouvant mener un individu à user de substances addictives comme stratégie d'adaptation (*coping mechanism*). Même si ces auteurs ont intégré la dimension sociologique dans leur cadre d'analyse, leurs modèles théoriques restent fortement imprégnés de la psychologie et de la biologie.

Mise en parallèle

Dans cette section, nous mettrons en parallèle la littérature consultée et la perception des participants du projet Chez Soi. Cela nous permettra de retourner sur notre question principale : en intervenant sur les conditions matérielles et relationnelles avec le projet Chez Soi, comment se transforme la perception de la consommation des participants du projet Chez Soi? Dans cette section, nous répondrons également aux questions suivantes : quels liens peut-

on faire entre la perception des participants et la littérature consultée? Quelle est la contribution des savoirs expérimentiels des participants du projet Chez Soi à la compréhension de la toxicomanie?

Les positions des auteurs consultés et des participants vont se trouver en face-à-face afin de répondre à nos questions de recherche. La position de Griffiths (2005) selon laquelle la perception des consommateurs de drogue doit être mise de l'avant pour avoir une vision plus complète de la toxicomanie, est-elle valide? L'objectif est de mettre en parallèle les savoirs scientifiques soulevés dans les chapitres consacrés à la littérature et les savoirs expérimentiels des membres des groupes expérimentaux et témoins, en se demandant si ces formes de savoirs divergent ou convergent. Est-ce que les savoirs expérimentiels ne font qu'écho à ce qui existe dans la littérature consultée ou introduisent-ils d'autres éléments qui ne sont pas présents dans cette littérature?

Liens avec les approches sociologique, psychologique et biologique.

Il est possible d'établir plusieurs liens entre la littérature consultée et les récits de vie des participants. Il semblerait que lorsque ceux-ci parlent des causes sociales qui sous-tendent leur consommation, leurs discours se rapprochent de certaines théories microsociologiques et des théories psychologiques qui intègrent une dimension sociale. Les auteurs ayant développé ces types d'approche écrivent sur des thèmes que les participants ont également soulevés dans leurs histoires de vie. Par exemple, il semblerait y avoir une convergence entre la littérature consultée et les récits de vie en ce qui a trait à l'influence des pairs sur la consommation. En effet, dans le groupe témoin, le cas d'une femme démontre comment l'un de ses ex-conjoints l'a initié à la « piqûre » et comment celui-ci lui a montré à l'utiliser : « [...] c'est avec lui que j'ai commencé la piqûre puis tout ça, mais il m'a montré par exemple à être capable de me débrouiller, parce que j'étais... t'sais, quand... j'avais jamais pris de drogue puis tout ça là moi, ça fait que lui il a été bon juste pour ça ». Son cas illustre les constats de Becker (1953, 1963) sur la nécessité pour les usagers néophytes d'avoir les conseils d'un consommateur expérimenté pour apprendre à utiliser et à apprécier une substance.

L'influence qu'ont les pairs dans la vie des participants ne s'arrête pas à l'initiation de la prise d'une substance. En effet, plusieurs membres des groupes témoins perçoivent la consommation comme une activité autour de laquelle ils peuvent socialiser et se sentir moins isolés. Même si certains d'entre eux affirment que la nature des liens qu'ils tissent avec les autres personnes de la rue est parfois distante ou conflictuelle, David souligne l'importance de ces relations dans la vie quotidienne en affirmant qu'ultimement, les « gars » finissent par retourner à la rue car ils ont besoin de la présence des autres. Cette dimension sociale de l'itinérance soulevée par ce participant n'est pas mentionnée dans la littérature consultée. Dans celle-ci, en particulier dans les écrits de Paugam (2005, 2009) sur la disqualification sociale, l'individu est maintenu à la rue, car il a accumulé les « handicaps » et qu'il est en situation de rupture sociale. La pauvreté extrême est définie principalement en termes de pertes et de désocialisation, et la consommation est perçue comme une échappatoire permettant de supporter ses propres échecs. Or, le discours de David, qui fait écho aux opinions soulevées par quelques participants, dont certains des groupes expérimentaux, nous permet de nuancer les propos avancés par Paugam. Il met l'accent sur l'importance des rapports sociaux à la rue qui peuvent parfois être vécus positivement et où la consommation est perçue comme une activité de socialisation et non uniquement la conséquence de la désocialisation.

Le thème de l'exclusion sociale soulève la question de la stigmatisation et de la « souffrance sociale ». Dans son entrevue, Marie-Hélène mentionne également que ses filles ne veulent plus la voir puisque leur père lui aurait apposé une étiquette négative. En effet, elle raconte en pleurant qu'il leur aurait fait croire qu'elle est une « pauvre petite madame fuckée » sur l'aide sociale qui consomme de la drogue. Étienne parle également du regard condescendant d'une proche qui le dénigrait constamment à cause de son passé d'itinérant et de son statut de bénéficiaire d'aide sociale. Bien que les participants ne développent pas en profondeur l'aspect de la stigmatisation, leurs témoignages peuvent être mis en parallèle avec les écrits de Lamoureux (2001) et de McAll *et al* (2012). Ceux-ci soutiennent que stigmatiser un groupe de personnes équivaut à leur attribuer une étiquette connotée négativement qui prive l'individu de son identité propre et de son histoire au regard des autres. Pour Lamoureux (2001), l'individu stigmatisé vivrait de la « souffrance sociale » et cela peut être vécu comme une forme de violence.

Notre analyse apporte un éclairage différent à ce que les auteurs mobilisés disent au sujet de l'intervention. Dans la littérature consultée, les intervenants sont perçus comme étant des « entrepreneurs de la morale » selon l'expression de Becker (1963). Ce sont des personnes qui « ont le souci d'amener les autres à se conduire "bien" » (Becker, 1963 :172), pour leur propre bien. Dans le cas de l'usage de drogues, Richard et MacLaurin (2011) affirment que certains types d'intervention visent l'« éradication des pratiques à risques ». D'autres auteurs (Bellot, Rivard et Greissler, 2010) les considèrent comme un moyen de « diaboliser » l'expérience de rue des personnes en situation itinérance pour les pousser à adopter des comportements qui cadrent avec les normes dominantes. Or, quand on se place du point de vue des participants des groupes expérimentaux, l'intervention semble plutôt positive. Ceux-ci témoignent des effets bénéfiques de l'intervention sur leur consommation et disent apprécier l'écoute et l'appui des équipes d'intervenants du Projet Chez Soi. Certains participants semblent également être surpris de la tolérance qu'on les intervenants à l'égard de leur consommation.

Toujours au niveau des explications concernant les aspects sociaux de la consommation, notre recherche soulève des éléments qui ont été peu traités dans la littérature consultée. Il s'agit de la dimension genrée de la consommation. Murphy et Rosenbaum (1997) ont soulevé cette question, mais en la croisant avec les rapports de classe et d'ethnicité. À l'instar de ces auteures, notre analyse nous a également permis de remarquer l'existence d'une consommation féminine qui se caractérise par la « dépendance » d'une femme à un homme. Celui-ci contrôlerait plusieurs aspects de la consommation de celle-ci tels que l'achat de la substance, la quantité à user, et la préparation de celle-ci. Toutes les femmes de notre sous-échantillon affirment avoir été dans une relation de ce type, et toutes disent également avoir subi des abus et de la violence de la part de ces hommes. Ce qui démarque les femmes des groupes expérimentaux par rapport à celles des groupes témoins, c'est que les premières bénéficient d'une plus grande indépendance financière grâce à la subvention de logement dont elles disposent dans le projet Chez Soi. Cela semblerait être un facteur important puisqu'elles ne dépendent pas d'un homme pour leur survie et pourraient donc s'en départir, comme l'a d'ailleurs fait l'une des participantes. Cela dit, les deux femmes des groupes expérimentaux composant notre sous-échantillon relatent être victimes de violence psychologique ou

physique de la part d'un proche. Les femmes des groupes témoins sont exposées à un dilemme : rester en logement avec un homme dont elles dépendent, ou risquer de retourner à la rue et de fréquenter les organismes, et donc se retrouver face à de nouvelles difficultés. Ces résultats sont similaires aux constats de Murphy et Rosenbaum (1997) qui affirment que les femmes ayant plus de ressources matérielles et familiales peuvent mieux contrôler leur consommation que celles qui n'en disposent pas. La conception du logement est également différente dans les deux groupes. Pour les femmes des groupes expérimentaux, le logement semble être perçu comme un lieu de repos et de protection, tandis que pour les femmes des groupes témoins, il s'agit d'un espace où elles vivent de la violence physique et émotionnelle.

Il est moins facile de trouver des liens entre les conceptions psychologiques de l'usage de drogues présentes dans les histoires de vies et dans la littérature strictement psychologique présentée au deuxième chapitre. Dans leurs histoires de vie, les participants disent consommer pour faire face à des sentiments tels que l'anxiété, l'inquiétude et le stress. Ces émotions négatives semblent trouver leurs origines dans les problèmes de la vie quotidienne qui sont différents selon le groupe d'appartenance du participant. Pour les auteurs consultés, dont Ausubel (1980), Wurmser (1980), Richard (2007), l'individu consommerait également pour faire face à des émotions négatives. Cependant, l'origine du problème ne résiderait pas dans la vie quotidienne du consommateur, mais plutôt en lui-même puisqu'il souffrirait d'un « ego defect » selon l'expression de Wurmser (1980) ou d'un « déficit interne » selon les mots de Rossier *et al.* (2009). Il peut s'agir de problèmes d'inadaptation, d'estime de soi ou de personnalité. Néanmoins, selon Renaud (1984), ces auteurs négligent la dimension sociale de l'usage de drogues. Les histoires de vie des participants du projet Chez Soi confirment la critique de celui-ci envers les auteurs qui cantonnent la consommation à un problème individuel.

Nous constatons qu'il est également difficile d'établir des liens entre les conceptions du biologique des auteurs consultés et celles des participants. Ceux-ci soulèvent peu la dimension biologique, si ce n'est que pour parler de leurs problèmes de santé en lien avec leur consommation. Il s'agit souvent de problèmes de santé auxquels les répondants doivent faire face dans leur quotidien. Certaines personnes, telles que Benoit (groupe témoin), affirment consommer pour faire face à la souffrance physique. Cela rejoint la thèse de l'automédication

de Rossier *et al.* (2009). D'autres individus parlent plutôt des conséquences néfastes de leur consommation sur leur santé, ce qui vient ainsi appuyer la théorie de van Dijk (1980) sur les conséquences de la consommation sur le « métabolisme ». Bien que plusieurs participants abordent les problèmes de dépendances de leurs parents, aucun d'entre eux ne mobilise d'explications de type génétique.

Chez les participants des groupes témoins, la dimension biologique est présente dans leur discours, mais elle se limite aux problèmes de santé physique et à l'aspect physique de la dépendance. D'ailleurs, ils établissent un lien avec la santé mentale. L'utilisation de substances addictives est donc perçue par les participants comme étant un moyen pour faire face aux sentiments négatifs causés par leur état de santé. Cela est notamment présent chez les participants des groupes témoins qui sont toujours confrontés aux difficultés de la vie à la rue. Par exemple, un répondant, qui dit être « magané à la grandeur » de son corps à cause de son usage drogues, consomme car il serait « inquiet » par rapport à ses problèmes d'estomac causés par sa mauvaise alimentation.

Liens avec les approches biopsychosociales.

Tel que nous l'avons soulevé au quatrième chapitre, la majorité des auteurs consultés ont recours à des théories ayant un point de vue disciplinaire donné pour expliquer les causes de l'usage de drogues et d'alcool. La plupart d'entre eux se penchent en particulier sur la dimension biologique, psychologique ou sociologique de l'usage de substances addictives en occultant les deux autres. Or, dans leur discours, les participants ont recours à des explications qui ont de multiples causes et qui touchent ces trois dimensions. Cela est aussi la caractéristique principale des approches multidisciplinaires présentées au quatrième chapitre où l'accent est mis sur l'interaction entre le social, le psychologique et le biologique. À la lumière de ce qui précède, comment les explications des participants peuvent-elles éclairer une approche multidisciplinaire?

Dans la littérature consultée, les approches développées par Huba *et al.* (1980) et van Dijk (1980) élargissent les champs que couvre chaque dimension pour y inclure des éléments

tels que la santé et les ressources économiques. Cela correspond avec les résultats de notre analyse où plusieurs participants font référence à leur situation économique et à leur état de santé physique. Cependant, ces auteurs n'ont pas suffisamment développé les thèmes de la santé et des finances pour que nous soyons en mesure d'élaborer davantage sur ces thèmes. Ces auteurs présentent également l'usage de drogues en termes de processus, ce qui nous permet de comprendre comment les dimensions sociologique, psychologique et biologique interagissent. Ce cadre d'analyse a l'inconvénient d'être relativement fermé et d'imposer des catégories à l'avance. Ces grilles d'analyse ne concordent donc pas avec la nature de notre recherche puisque nous nous intéressons à la perception des participants qui est fluide, et qui ne se prête donc pas à ce type de lecture.

Une approche plus récente, celle de Griffiths (2005), nous semble davantage appropriée pour comprendre la perception de consommateurs de drogues. En effet, l'auteur suggère qu'il faut s'intéresser à la parole des individus et à leurs expériences subjectives si on veut faire usage d'une approche biopsychosociale. Pour l'auteur, celle-ci doit donc être flexible, réflexive et intégrative. Griffiths encourage donc les chercheurs à développer des théories biopsychosociales en se basant sur six composantes (voir le troisième chapitre) qui permettraient de comprendre les différentes dimensions de l'usage de substances addictives et leur interaction. Des études plus récentes confirment la position de Griffiths quant à l'avantage d'avoir un cadre flexible pouvant être adapté à l'objet d'études. Par exemple, Buckner *et al.* (2013), qui se penchent sur la consommation et l'anxiété sociale, ont développé un modèle biopsychosocial qui leur permet de comprendre l'interaction de ces dimensions dans le discours de leurs répondants. Quant à eux, Highland *et al.* (2013), qui avancent des constats similaires à ceux de Griffiths (2005), combinent une approche génétique à une perspective compréhensive pour comprendre quels sont les liens entre la présence de problèmes de consommation chez un individu, les abus qu'il a pu vivre pendant son enfance et son adolescence, et ses vulnérabilités génétiques.

Nous avons établi des parallèles entre la littérature consultée et notre analyse des récits de vie. Toutefois, il semblerait que les savoirs expérientiels des participants nous permettent d'approfondir davantage notre compréhension de la consommation en lien avec les approches prenant en compte les dimensions biologique, psychologique et sociologique.

Les explications fournies par les participants ont généralement tendance à être mises en relation avec d'autres types d'explications et celles-ci tendent à se renforcer mutuellement, expliquant le maintien de l'individu dans la consommation. Dans cette optique, la consommation est présentée comme étant un phénomène multicausal qui tire ses sources de différentes dimensions. Inversement, la consommation peut aussi renforcer les causes biologiques, psychologiques et sociologiques qui l'alimentent initialement selon la perception qu'en ont les participants, car celle-ci leur causerait des sentiments négatifs et produirait davantage d'exclusion sociale. Elle s'apparenterait à un engrenage dans lequel les participants sont enfermés. Il ne s'agirait donc pas d'un enfermement dû seulement à la dépendance physique à une substance, mais aussi à divers éléments de nature relationnelle : les situations conflictuelles ou la distance vis-à-vis de la famille; les rapports sociaux inégalitaires vécus par les femmes; les relations avec les « gars de la rue » pour les membres des groupes témoins ou avec les voisins pour les membres des groupes expérimentaux; et les relations avec les intervenants. Il y a aussi des éléments liés à la santé physique et à la santé mentale. Dans tous les cas, plusieurs participants disent ressentir des émotions négatives liés à ces éléments composant leur quotidien. Ils disent vivre de la « solitude », de l'« ennui », de l'« anxiété », de l'« inquiétude », de la « nervosité » ou de la « dépression ». Ils vont donc consommer pour se sentir mieux ou pour « geler » les émotions négatives.

Pour les personnes des groupes témoins, la consommation serait aussi par la suite une source de sentiments négatifs et elle contribuerait à l'exclusion sociale. Cette dernière est de nature relationnelle et s'exprimerait à travers le regard des autres, selon la perception des participants. Cela accentue la dynamique d'enfermement dans la consommation. Certaines personnes disent avoir des craintes d'être perçues négativement à cause de leur consommation. Un répondant témoigne des difficultés qui accompagnent l'étiquette de « toxicomane » et de la discrimination qui en découle : « Dès qu'ils voient le mot toxicomane sur ton papier, tu es fait, de A à Z, veut, veut pas. [...] Quand tu vois le mot toxicomane, c'est ben dure de débarrer la porte ». Il ajoute : « [...] ce n'est pas parce que tu es un toxicomane que tu n'es pas humain ». Selon cette personne, être étiqueté comme un « toxicomane » bloque l'accès au logement, au système de santé, et a surtout un impact négatif sur les rapports sociaux. Pour les participants,

être perçu comme un toxicomane engendrerait de la souffrance et la consommation viendrait de nouveau « geler » les émotions ressenties.

Pour ressentir moins d'émotions négatives par rapport à l'étiquette de toxicomane, certains participants préfèrent s'auto-exclure et éviter tout contact avec la famille. C'est le cas d'une répondante qui affirme : « Elles ne savent pas comment j'ai déboulé, comment j'ai connu la déchéance, c'est assez pour vouloir me tenir loin. » Cependant, cette stratégie maintient aussi les participants dans l'engrenage de la consommation, car elle ne les empêcherait pas de ressentir des émotions négatives telles que la « solitude » qui nourrissent leur consommation.

En somme, cette dynamique de consommation ou cet engrenage dans lequel sont insérés les participants des groupes témoins renforcerait leurs habitudes de consommation et participerait à leur enfermement à la rue. Les conditions matérielles et relationnelles dans lesquelles vivent ces personnes ne leur permettent donc pas de modifier leurs habitudes de consommation.

Tel que l'analyse des trajectoires de vie des membres des groupes expérimentaux le suggère, le projet Chez Soi semble modifier les habitudes de consommation des participants en intervenant sur les conditions matérielles et relationnelles qui peuvent les inciter à consommer, et donc à les sortir, jusqu'à un certain point, de l'engrenage de la consommation. Cela permettrait aux participants, selon leur perspective, de mieux « gérer » leurs émotions, et de diminuer ou arrêter leur consommation. À cet égard, les propos d'un répondant sont éclairants: « [...] quand ça va mal, bien je cherche à m'en retourner vers la drogue, ou tu sais, libérer l'esprit au plus vite, pour geler cette affaire-là, mais à cette heure, j'essaye de plus gérer ça, sans consommer trop. »

Le projet Chez Soi permettrait donc d'ouvrir une brèche dans la dynamique de consommation des participants selon eux. Il s'agirait d'un grain de sable dans l'engrenage de la consommation qui offrirait la possibilité aux participants de changer les conditions relationnelles et matérielles de leur vie. L'aspect relationnel est également prédominant dans le discours des participants des groupes expérimentaux. Pour certains d'entre eux, le projet Chez Soi fut l'occasion de s'éloigner des « gars » de la rue avec qui ils consommaient. Un

répondant dit que ses « standards » et ses « critères » de sélection ont « grimé pas mal » depuis son admission au projet Chez Soi. Il ne supporte plus les consommateurs de drogues dures. Une personne du groupe expérimental a préféré s'éloigner géographiquement du centre-ville de Montréal dans l'objectif de s'éloigner des consommateurs de drogue. D'ailleurs, plusieurs membres des groupes témoins ont affirmé que pour mettre fin à leur consommation, il faudrait absolument s'éloigner du milieu de la rue.

En parallèle, plusieurs membres des groupes expérimentaux disent ressentir des sentiments positifs, car ils auraient renoué avec leur famille. Cela leur permettrait aussi de diminuer leur consommation. Le rôle de celle-ci est également vu comme étant important, car les participants ont l'impression que le regard qu'elle porte sur eux n'est plus négatif. Par exemple, un répondant affirme que sa famille ne l'exclut plus, car il aurait « tranquillement » diminué sa consommation de drogue, et « lâché [ses] magouilles ». Il pense que cette décision a fait en sorte qu'ils lui fassent à nouveau « confiance ».

Bref, les participants des groupes expérimentaux ont l'impression que le projet Chez Soi leur a permis de modifier leurs habitudes de consommation en les faisant sortir, jusqu'à un certain point, de l'engrenage dans lequel ils étaient pris lorsqu'ils vivaient à la rue. Certains d'entre eux continuent de consommer de manière contrôlée tel un répondant qui a préféré cesser la consommation de substances qu'il considère dangereuses, mais poursuivre celles qu'il peut mieux gérer : « Je bois encore de la bière, mais tout le reste j'ai bien diminué [tel que] la coke [...] ».

Les femmes des groupes expérimentaux semblent avoir une perception différente de l'engrenage de la consommation. En effet, contrairement aux hommes, elles éprouveraient davantage de difficulté à se sortir des dynamiques qui renforcent leurs habitudes de consommation. Cela s'expliquerait par le fait que certaines d'entre elles sont prises dans des rapports sociaux inégalitaires avec un homme qui leur impose de consommer. Même après l'obtention d'un logement, plusieurs de ces femmes affirment être soumises à un proche qui exerce une influence négative sur leurs habitudes de consommation. C'est le cas d'une femme qui affirme que son colocataire violent lui a mis de la pression pour commencer à consommer de la morphine. Celui-ci l'aurait poussée à commettre des « excès » et essaye « de [lui]

transmettre [ses vices] ». L'engrenage de la consommation pour les femmes du projet Chez Soi semble donc être renforcé par les rapports de genre.

D'ailleurs, il est intéressant de mentionner que des travaux empiriques récents (Brochu et *al.* 2014; Roy et *al.* 2008) ont soulevés la question de la toxicomanie à partir de la perspective des usagers de drogues. Ces travaux se penchent sur la parole des personnes vivant des problèmes de toxicomanie et nous permettent également de constater que celle-ci est soulevée à partir d'explications sociologique, psychologique et biologique dans le discours de ces personnes. Par exemple, Brochu et *al.* (2014) affirment que les usagers de drogues consomment pour plusieurs raisons. En effet, d'un point de vue relationnel, ils seraient exposés à plusieurs incitatifs tel que l'entourage et les occasions de consommer (des célébrations). D'un point de vue émotionnel, certaines substances leurs permettraient de gérer des émotions telles que la colère ou la tristesse, ou pour faire face à des événements difficiles (deuils ou séparations). D'ailleurs, ce sont ces mêmes raisons qui maintiennent ces personnes dans la consommation. Brochu et *al.* (2014) font également mention des problèmes judiciaires comme faisant obstacle à la cessation de la consommation. De leur côté, Roy et *al.* affirment que des facteurs tels que la pauvreté, les difficultés scolaires et la rupture avec les institutions d'enseignement primaire ou l'intégration dans une sous-culture où la consommation de drogue est bien perçue, peuvent mener une jeune personne à s'insérer dans un parcours déviant pouvant la mener à la rue et à la consommation. Ces textes soulèvent des explications qui sont mobilisées par les participants du projet Chez Soi et les auteurs consultés.

Forces et limites de la recherche

Ce mémoire constitue un apport à la compréhension de la toxicomanie en mettant en lumière les parcours de vie d'utilisateurs de drogues à partir de leur propre perception. Les récits de vie de ces personnes sont riches de savoirs expérientiels et sont par conséquent une des forces de cette recherche.

Cela étant dit, cette recherche comporte certaines limites. Tout d'abord, selon Kaufmann (2008), une critique étant souvent faite aux entrevues semi-dirigées est qu'elles

peuvent manquer de rigueur. Les détracteurs de cette méthode se demandent comment s'assurer de la validité scientifique des résultats. Selon l'auteur, cette critique est légitime, mais elle serait souvent mal posée étant donné qu'il y aurait une « incompréhension du mode particulier de construction de l'objet » (Kaufmann, 2008 : 27). Pour l'auteur, lorsqu'on s'intéresse à la perception des individus tels que nous le faisons dans le cadre de cette recherche, cette méthode aurait l'avantage de mettre en lumière des univers socio-symboliques auxquels le chercheur n'aurait pas pensé initialement. Il ajoute que les individus « ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus [...] » (Kaufmann, 2008 : 26). En somme, l'entretien semi-dirigé peut nous permettre de comprendre la perception de la consommation des participants du projet Chez Soi et d'appréhender leurs savoirs expérientiels.

Une autre limite se situe au niveau de la posture du chercheur dans le cadre du projet Chez Soi. Puisque la relation d'enquête est une relation sociale comme les autres, cela signifie que le rapport entre les deux acteurs peut être inégalitaire. Selon Bourdieu, cette relation est caractérisée d'une double dissymétrie. La première est due au fait que c'est l'enquêteur qui détermine les « règles du jeu » et que c'est également ce dernier qui définit les objectifs de l'entretien, le plus souvent sans négociation préalable (Bourdieu, 1993). Dominique Schnapper illustre bien cette idée en affirmant « qu'une relation dans laquelle l'un est en droit et en position d'interroger l'autre, crée par elle-même une situation d'inégalité » (Schnapper, 1999 : 55). La première dissymétrie est redoublée par une « dissymétrie sociale » à chaque fois que « l'enquêteur occupe une position supérieure à l'enquêté dans la hiérarchie des différentes espèces de capital, du capital culturel notamment » (Bourdieu, 1993 : 905). D'autres biais peuvent également s'insérer dans une recherche. Serge Paugam en identifie deux autres : l'interviewé peut essayer de devenir ce que l'enquêteur a envie d'entendre et adapter son discours; et il peut aussi essayer de plaire à ce dernier et faire « bonne figure » pour donner une impression positive à son interlocuteur. Il ajoute que dans certains cas, comme dans celui des personnes sans domicile fixe, l'enquêté peut communiquer un discours déjà construit, car il est habitué de raconter son histoire personnelle aux services d'action sociale afin d'obtenir de l'aide. Ces considérations sont d'une importance capitale puisque,

comme le rappelle Paugam, la relation d'enquête altère les résultats de l'enquête et soulève une question incontournable:

La relation d'enquête a ceci de particulier qu'elle confronte un enquêteur à un enquêté – ou à un groupe d'enquêtés – et qu'elle n'est pas de ce fait entièrement neutre et sans effet au regard de la connaissance qu'elle permet d'obtenir. La relation d'enquête constitue bien une interaction sociale parmi d'autres. La question principale qui se pose alors est de savoir comment enquêter sur la réalité sociale sans introduire, par le principe même de l'enquête, un biais ou, autrement dit, une modification involontaire et parfois inconsciente des faits sociaux étudiés. (Paugam, 2008 : 77)

Même si les entretiens furent menés par des intervieweurs professionnels, il est difficile de ne pas introduire des biais pouvant teinter le matériau récolté.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'il existe plusieurs liens entre la perception des participants du projet Chez Soi et la littérature consultée en ce qui concerne la consommation. La littérature permet de mettre en relief certaines dynamiques et elle enrichit notre compréhension de certaines facettes de la consommation. Cependant, ces savoirs sont souvent enfermés dans des frontières disciplinaires. Les auteurs sélectionnés ont opéré un découpage artificiel de la réalité en occultant certaines dimensions de la consommation.

De leur côté, les participants et leurs savoirs expérientiels nous apportent une compréhension plus large de la consommation, car ils sont de nature holistique. Ceux-ci avancent des explications qui sont multidimensionnelles et interreliées. Bien que la dimension relationnelle soit prédominante, la perception des participants du projet Chez Soi englobe aussi les dimensions psychologique et biologique. En contextualisant les éléments soulevés par les participants au sujet de leur consommation dans leurs histoires de vie, nous pouvons nous rendre compte que ceux-ci sont pris dans une sorte d'engrenage qui les enferme dans la consommation. Celle-ci est perçue par les participants comme étant un phénomène multicausal qui se renforce à cause des conditions matérielles et relationnelles dans lesquelles ils vivent. En effet, la consommation est renforcée par les causes sociologiques, psychologiques et

biologiques qui la sous-tendent, et à son tour, la consommation renforce également ces causes. Cette dynamique fait en sorte qu'il est difficile pour eux de changer leurs habitudes de consommation, ce qui contribue à les maintenir à la rue.

À partir de leur perception, le projet Chez Soi aurait permis à certains participants des groupes expérimentaux de modifier leurs habitudes de consommation en intervenant sur les conditions matérielles et relationnelles qui les maintiennent dans cet engrenage. En obtenant un logement, ces personnes auraient obtenu un espace où ils peuvent se sentir en sécurité, mais aussi s'éloigner des autres utilisateurs de substances addictives. Cela leur a permis aussi de renouer avec leur famille et de ne plus se sentir perçus comme étant des « toxicomanes ». L'impact des changements relationnels s'est fait ressentir sur leur santé mentale, et, ultimement, sur leur consommation qui a diminué selon eux dans la majorité des cas analysés.

Conclusion

Cette recherche nous a permis de comprendre l'apport des savoirs expérientiels à la compréhension de la toxicomanie. Notre intérêt pour la perception des participants du projet Chez Soi se base sur l'approche compréhensive d'Allué (1999) et de Griffiths (2005) où le regard qu'un acteur pose sur son expérience est mis de l'avant tout au long de la recherche. Selon Allué (1999), il faut « devenir l'autre » en s'intéressant à sa perception pour saisir un phénomène dans son entièreté et son intensité. Dans cette optique, l'intérêt d'avoir recours aux savoirs expérientiels permet au chercheur de plonger dans un univers qui lui est inconnu, sans faire violence à la parole des personnes qui participent à son étude. Pour Allué, cela est particulièrement important dans un contexte où souvent, la parole de ces personnes n'est pas prise en compte par les professionnels de la santé et où il peut y avoir des rapports sociaux de domination. Dans le même ordre d'idées, Griffiths (2005) invite les chercheurs à s'intéresser à la perception des consommateurs de drogues car selon lui, les dépendances sont vécues « subjectivement » par les individus. Ceux-ci les ressentent au niveau psychologique et physique, et perçoivent aussi l'effet de l'entourage sur leur consommation. Pour cet auteur, il est primordial de s'intéresser à la perception des individus pour avoir une compréhension plus holistique et réflexive des dépendances. Bref, le positionnement de ces auteurs suppose que la nature des savoirs expérientiels est différente de celles des savoirs scientifiques traditionnels, et que les premiers peuvent enrichir la compréhension d'un phénomène.

Quelle est la contribution des savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi à la compréhension de la toxicomanie? Contrairement à la plupart des auteurs consultés, lorsque les participants des groupes témoins et expérimentaux parlent de leur consommation, les frontières entre les dimensions sociologique, psychologique et biologique semblent poreuses. En effet, les explications avancées par ceux-ci sont interreliées et doivent être appréhendées ensemble pour comprendre leur rapport à la consommation. Cela dit, dans ces savoirs expérientiels, la dimension relationnelle semble prédominante, tout en étant souvent mise en lien avec les dimensions psychologique et biologique, et particulièrement avec la santé mentale. Inversement, lorsqu'ils parlent de l'aspect psychologique de leur consommation, ils font souvent des liens avec les dimensions sociales. Par exemple, les participants peuvent parler de leurs émotions face aux différentes relations qu'ils entretiennent

avec les pairs, la famille et les intervenants, en mettant l'accent sur comment la consommation vient répondre à certains besoins de nature psychologique ou sociale. Cette dimension est également exprimée par l'absence de relations significatives dans le quotidien. Par exemple, certains membres des groupes expérimentaux affirment « se geler » afin de faire face à l'« ennui » ou à la « solitude ». Un homme du groupe expérimental aurait même affirmé consommer, car il serait « tanné » d'être seul en appartement. Il ne se sentirait plus « capable » de rester « enfermé » et « isolé » chez lui. Lorsqu'il parle de ses émotions, il affirme qu'il aimerait voir davantage sa famille, mais aussi être plus « occupé » pour avoir plus de « contact avec le monde ».

Les savoirs expérientiels des participants du projet Chez Soi se caractérisent aussi par leur nature holistique, ce qui offre un contraste avec les savoirs académiques qui ont plutôt été construits de manière à cloisonner les dimensions biologique, psychologique et sociologique. Cela s'explique par la manière dont ces savoirs expérientiels sont construits à partir du vécu des participants. Il s'agit d'un savoir incorporé qui s'intègre dans le quotidien. Les participants ne dissèquent pas leurs expériences, mais les avancent plutôt comme un tout cohérent.

Les savoirs expérientiels des participants sont issus de la pratique. En effet, leur perception de la consommation est basée sur leur connaissance du milieu de la consommation, que ce soit en lien avec la pratique en tant que telle ou la manière de gérer les relations avec les pairs. Cela se traduit au niveau du langage. Par exemple, certains participants vont parler de « cuire » de la drogue, de « *puffer* » ou de se « piquer ». Ils vont aussi parler des « gars de la rue », des « chums », du « monde du milieu » ou du « monde normal » pour qualifier les différentes personnes qui composent leur quotidien. Dans la plupart des cas, les participants attribuent une émotion à ces mots pour décrire leur rapport à ces personnes : il peut s'agir de la « méfiance » ou au contraire de la « confiance », en passant par la « jalousie » ou l'« agressivité ». Ces connaissances permettent aux participants de naviguer dans l'univers de la drogue.

Ces savoirs expérientiels sont fondés sur les situations spécifiques vécues par les personnes et l'ensemble de ces expériences nous permet d'avoir une vue globale enrichie par la diversité de leur parcours. La richesse de ces savoirs tient aussi du fait que l'expérience de

la toxicomanie est vécue différemment selon le genre. En effet, les femmes des groupes expérimentaux semblent avoir davantage de difficulté à modifier leurs habitudes de consommation, car elles sont prises dans des rapports sociaux inégalitaires avec des hommes qui leur imposent la consommation ou, pour reprendre les termes d'une participante, leur « [transmettent] leurs vices ». D'ailleurs, il faut mentionner que la réflexion amorcée dans ce mémoire au sujet de la consommation des femmes et de leurs savoirs expérientiels pourrait être davantage approfondie dans le cadre d'une recherche ultérieure. En d'autres termes, considérant la spécificité de leur parcours et les formes d'oppression qu'elles vivent dans le quotidien, comment les savoirs expérientiels des femmes consommatrices pourraient enrichir la compréhension du rôle joué par la toxicomanie dans les parcours de vie marqués par des rapports de domination?

De leur côté, les savoirs académiques sont souvent construits de manière à compartimenter les dimensions biologique, psychologique et sociologique. Ces dimensions peuvent être mises en relation à travers la théorie, mais ils n'atteignent pas le degré de cohérence des savoirs expérientiels, ni le caractère dynamique de ceux-ci. Cette compartimentation est en partie renforcée par le fait que, contrairement au langage utilisé par les participants du projet Chez Soi qui est plus partagé entre eux et ancré dans le quotidien, celui de la recherche a tendance à varier d'une discipline à l'autre. L'expertise des chercheurs est marquée d'une certaine distance, tandis que les participants ont éprouvé la réalité de la consommation. En somme, les savoirs expérientiels et académiques donnent une lecture différente de la même réalité.

Comment conjuguer ces deux formes de savoir ayant une lecture différente de la consommation? Ces deux formes de savoir renvoient à des univers socio-symboliques différents et à des manières d'interpréter la réalité qui divergent sur plusieurs points. Le défi réside dans la création d'espaces où ces savoirs pourraient se rencontrer sans se faire violence et où les savoirs expérientiels occuperont une place importante. Tel qu'Allué (1999) le suggère, cet exercice nécessitera qu'on porte attention aux rapports sociaux inégalitaires, en s'assurant que la parole des participants ne soit pas mise de côté.

La réflexion amorcée dans ce mémoire pourrait être enrichie en prenant en compte d'autres formes de savoir. En effet, au-delà de l'apport des savoirs expérientiels à la compréhension de la toxicomanie, ceux-ci coexistent avec les savoirs issus de l'intervention. Dans cette optique, comment les savoirs expérientiels peuvent enrichir les pratiques d'intervention auprès des consommateurs de drogues? Considérant que ce mémoire est basé sur un projet d'intervention auprès de personnes en situation d'itinérance, cette question nécessite davantage de réflexion, surtout dans un contexte où l'« approche par programme », qui tend à compartimenter les différentes dimensions de la vie d'un individu, prime sur une approche holiste qui peut « agir sur toutes les dimensions de la vie de la personne » (Godrie, Rose, *et al.*, 2015)

Enfin, ce mémoire soulève une autre question concernant la richesse des savoirs expérientiels et la compréhension de la toxicomanie. Considérant le développement de l'itinérance autochtone depuis le début des années 2000 à Montréal (Penafiel, 2015), comment les savoirs expérientiels issus de ces populations pourraient enrichir la compréhension de ces trajectoires de vie marquées par la consommation?

Nous estimons qu'il est important d'avoir recours aux savoirs expérientiels afin de déconstruire certains préjugés qui touchent les personnes en situation d'itinérance, notamment dans un contexte où les obstacles à l'accès aux soins portent préjudice à ces personnes. Les propos d'un participant des groupes témoins sont révélateurs : « Quand tu vois le mot toxicomane, c'est ben dure de débarrer la porte [...] ce n'est pas parce que tu es un toxicomane que tu n'es pas humain ».

Bibliographie

- ALLUÉ, M., « La douleur en direct », *Anthropologie et Sociétés*, v.23 n°2, 1999, p.117-137.
- ARON, R., *Les sociétés modernes*, Paris, PUF, Quadrige-Grands textes, 2005.
- AUSUBEL, D.P., « An interactional approach to narcotic addiction » dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p.p. 4-7.
- BECKER H.S. (1963), *Outsiders*, New-York, The Free Press, traduction française : *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.
- BECKER H.S., « Becoming a marijuana user », *American Journal of Sociology*, v.59, n°3, 1953, p. 235-243.
- BECKER H.S., *Comment parler de la société*, Paris, Éditions La Découverte, 2009.
- BEJEROT, N., « Addiction to pleasure: A biological and social psychological theory of addiction », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 246-255.
- BELLOT C., ROVARD J., GREISLER E., « L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue », *Criminologie*, v.43, n°1, 2010, p. 171-198.
- BENNETT T., « A decision-making approach to opioid addiction », in CORNISH D.B. et CLARKE R.V. (dir.), *The Reasoning Criminal. Rational Choice Perspectives on Offending*, New-York, Springer-Verlag, 1986.
- BERGERON H., *Sociologie de la drogue*, Paris, Éditions La Découverte, 2009.
- BERTAUX, D., *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 2010.
- BIERNACKI, P., *Pathways From Heroin Addiction. Recovery Without Treatment*, Philadelphia, Temple University Press, 1986.

BIHR, A., « L'idéologie néolibérale », *Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, v.30, 2011, pp.43-56.

BLANCHET A., A. GOTMAN, *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Nathan, 1992.

BOURDIEU, P., *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1993.

BOURGEAULT G., « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : Peut-il en être autrement? À quelles conditions? », *Nouvelles pratiques sociale*, v.16, n° 2, 2003, p.92-105.

BOURGOIS, P., « Une nuit dans une "shooting gallery" [Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem] », *Actes de la recherche en sciences sociales : numéro spécial : Économie et morale*, v.94, n°1, 1992, p. 59-78.

BOURGOIS, P., *In search of respect: selling crack in El Barrio*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

BROCHU, S., LANDRY, M., BERTRAND, K., BRUNELLE, N., & PATENAUDE, C. *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services, la perspective des personnes toxicomanes*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval, 2014.

BROUSSE C., FIRDION J-M, MARPSAT M., *Les sans-domicile*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Repères, 2008.

BUCKNER, J.D., R.G. HEIMBERG, A.H. ECKER, C. VINCI, «A biopsychosocial model of social anxiety and substance use», *Depression and anxiety*, v.30, n°3, 2013, p. 276-284.

CASTEL R. (dir.), *Les Sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*, Paris, MIRE, 1992.

CHANTEAU O., POIRIER M., MARCIL F., GUAY J., « La transition à la vie adulte », dans ROY S. et HURTUBISE R. (dir), *L'itinérance en questions*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociale, 2007, pp. 233-249.

CLOWARD R.A., OHLIN L.E., *Delinquency and Opportunity: A theory of Delinquent Gang*, New-York, The Free Press of Glencoe, 1960.

CURRIE, E., *Reckoning: Drugs, the Cities, and the American Future*, New-York, Hing and Wang, 1993.

DEQUIRE, A-F., JOVELIN E., « Des jeunes dans la tourmente. Les jeunes sans domicile fixe à l'épreuve de la rue », *Pensée plurielle*, v.1, n°14, 2007, p. 125-147.

DOLE, V.P., NYSWANDER, M.E., « Methadone maintenance: A theoretical perspective », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 256-261.

DUMONT M-L., « Sur le seuil », *Revue du CREMIS*, v.4, N°3, 2011.

FELDMAN H.W., « Ideological Support to becoming and Remaining a Heroin Addict », *Journal of Health and Social Behavior*, v.9, n°2, 1968, p.131-139.

FOROUND, T., EDENBERG, H.J., CRABBE, J.C., « Genetic Research. Who is at risk for alcoholism? », *Alcohol Research and Health*, v.33, n°1- 2, 2010, p. 64-75.

FORTIER, J., M.-F. THIBAudeau., P. CAMPEAU, « Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants à Montréal : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions », *Nouvelles pratiques sociales*, v.11, n°1, 1998, p. 43-68.

FOUCAULT, M., *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris. Gallimard. 1966.

FREUD, S., « Malaise dans la civilisation », *Revue française de psychanalyse*, v.7, n°4, 1934, p. 692.

FURTOS, J., « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'idées*, n°11, 2007, p.24-33

FURTOS, J., C. LAVAL., *La santé mentale en actes : de la clinique ai politique*, Ramonville, Éditions Ères, 2005.

- GODARD, J., TILLEMENT, J-P., « Essai d'interprétation physiopathologique de la dépendance » dans REYNAUD, M., *Les toxicomanies*, Maloine, S.A Éditeur, 1984, p.95-109.
- GODRIE, B., ROSE, M.-C., *et al.*, « Rencontre entre le social et la santé: Les inégalités sociales et le positionnement des acteurs », *Revue du CREMIS*, v.8, n°2, 2015, p.16-27.
- GOODE, E., « The Sociology of Drug Use », dans BRYANT C.D., PECK D.L., *21st Century Sociology: A Reference Handbook*, New-York, SAGE Publications, 2007, p. 415-424.
- GOODE, E., *Drugs in American Society: 7th edition*, New-York, McGraw-Hill Education, 2007, p. 58-88.
- GOODWIN, D.W., « Alcoholism and heredity. A Review and Hypothesis », *Arch Gen Psychiatry*, v.36, n°1, 1979, p. 57-61.
- GOTTFREDSON, M.R., HIRSCHI, T., *A General Theory Of Crime*, California, Stanford University Press, 1990.
- GRIFFITHS, M., « A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework », *Journal of Substance Use*, v.10, n°4, 2005, p.191-197.
- HIGHLAND, K.B., L.C. HERSCHL, A. KLANECKY, D.E. MCCHARGUE, « Biopsychosocial Pathways to Alcohol-Related Problems », *The American Journal on Addictions*, v.22, n°4, 2013, p. 366-372.
- HIRSCHI, T., *Causes of Delinquency*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1969.
- HUBA, G.J, J.A WINGARD., et P.M. BENTLER, « Framework for an Interactive Theory of Drug Use», dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 95-101
- HURTUBISE, R., « L'invention au quotidien », *Revue du CREMIS*, v.4, n° 2, 2011, p. 51-55.
- JAMOULLE, P., PANUNZI-ROGER N., « Enquête de terrain auprès d'usagers de drogues », *Psychotropes*, v.7, n°3, 2001, p. 31-48.

JESSOR, R., JESSOR, S., « A social-psychological framework for studying drug use », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 102-109.

KAPLAN, H.B., « Self-esteem and self-derogation theory of drug abuse », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 128-131.

KAUFMAN, J.-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2008.

LAMOUREUX J., « Marges et citoyenneté », *Sociologie et sociétés*, v.33, n°2, 2001, p.29-47.

LAUZON P., « Acteurs de leur démarche », *Revue du CREMIS*, v.4, n°4, 2011, p.4-9.

LIEBERHERR, F., « L'entretien, un lieu sociologique », *Revue suisse de sociologie*, v.9. n°2, 1983, pp. 391-406.

LINDESMITH A.R., « A sociological theory of drug addiction », *American Journal of Sociology*, v.63, n°4, 1938, p.593-613.

LINDESMITH A.R., GAGNON J.H., « Anomie and drug addiction », dans CLINARD M.B. (dir.), *Anomie and Deviant Behavior : A discussion and Critique*, New-York, The Free Press of Glencoe, 1964.

MANZAGOL, C., *La mondialisation. Données, mécanismes et enjeux*. Paris, Armand Colin, 2011.

MARTUCELLI, D., « Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne? Pour quoi, pour qui, comment? », *Sociologie et Sociétés*, v.61, n°1, 2009, p.15-33.

MAYER, N., « L'entretien sociologique selon Pierre Bourdieu. Analyse critique de La misère du monde », *Revue française de sociologie*, v.35, n°1-2, 1995, p. 355-370.

MCALL, C., « De l'individu et de sa liberté », *Sociologie et sociétés*, v.41, n°1, 2009, p.177-194.

MCALL, C., AWAD, J., DESGAGNÉS, J-Y., GAGNÉ, J., GODRIE, B., KEAYS, N., PLANTE, M-C., STOETZEL, N., *Au-delà du préjugé. Trajectoires de vie, pauvreté et santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2012.

MCALL, C., P.-L. LUPIEN, A. RODE, M. GUTIERREZ, Premier rapport sur les récits de vie, Montréal. Rapport de recherche dans le cadre du Projet Chez Soi. CREMIS, 2012.

MCAULLIFE, W.E., GORDON, R.A., « Reinforcement and the combination of effects: summary of a theory of opiate addiction », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 137-141.

MERTON R.K., « Social Structure and Anomie », *American Sociological Review*, v.3, n°5, 1938, p. 672-682.

MERTON R.K., *Social theory and social structure*, New-York, The Free Press, 1949.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Ensemble : pour éviter la rue et en sortir. Politique nationale de lutte contre l'itinérance*. 2014. Consulté le 9 août 2014, URL : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-846-03F.pdf>

MURPHY, S.B., ROSEBAUM, M., « Two Women Who Used Cocaine Too Much. Class, Race, Gender, Crack, and Coke. » dans REINARMAN, C., LEVINE H.G., *Crack in America. Demon drugs and social justice*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1997.

NADEAU, L., BIRON, C., *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1998.

PARIZOT I., *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2003.

PAUGAM S., *La disqualification sociale*, Paris, PUF, Quadrige, 2009.

PAUGAM S. *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, Le Lien social, 2005.

PENAFIEL, M., « La Maison autochtone de Montréal », *Revue du CREMIS*, v.8, n°2, 2015, p.4-8.

PICHON, P., FRANCO, B., FIRDION, J-M., MARPSAT, M., ROY, S., SOULET, M-H., *SDF, Sans-Abri, Itinérant. Oser la comparaison*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2008.

PIRES, A., « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans POUPART, J., *et al.*, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1997.

PLANTE, M-C, « Les maux de la psychiatrie face à l'itinérance », dans ROY S., HURTUBISE R. (dir), *L'itinérance en questions*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociale, 2007, p.217-230.

POIRIER, M., « Les savoirs acquis dans la rue », *Revue du CREMIS*, v.5, n°3, 2012.

PREBLE E., CASEY J.J., « Taking care of business », *International Journal of the Addiction*, v.4, n°1, 1969, p.1-24.

REINARMAN, C., WALDORF, D., MURPHY, S.B., LEVINE H.G., « The contingent Call of the Pipe. Bingeing and Addiction Among Heavy Cocaine Smokers. » dans REINARMAN, C., LEVINE H.G., *Crack in America. Demon drugs and social justice*, Berkeley and Los Angeles University of California Press, 1997.

REYNAUD, M., *Les toxicomanies*, Maloine S.A Éditeur, 1984.

RICHARD G., MACLAURIN C., « Entre deux mondes », *Revue du CREMIS*, Vol.4, No. 4, 2011.

RICHARD, D., *Tristes paradis. Psychologie des addictions et toxicomanies*. Paris, Larousse, 2007.

ROBINS, L.N., « The natural history of drug abuse », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, pp. 215-224.

RODE A., « L'éloignement des services publics. Contraintes et sens critique », *Revue du CREMIS*. V.4, n°3, 2011.

ROSSIER V. *et al.*, « La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes », *Psychothérapies*, v.29, n°2, 2009, p. 91-99.

ROY, S. et R. HURTUBISE. *La lutte à l'itinérance. Une responsabilité collective qui nécessite un leadership de l'État*. Mémoire présenté à la commission parlementaire sur l'itinérance organisée par la Commission des Affaires sociales du Gouvernement du Québec. 2008.

ROY, S., NONNA, E., HALEY, N., « Transition to injection drug use among street youth—A qualitative analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, Vol 94, 2008

SAVOIE-ZAJC, L., « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide », *Recherches qualitatives : Hors-Série*, n°5, 2007, p. 99-111.

SCHNAPPER, D., *La compréhension sociologie*, Paris, PUF, 1999.

SCHUCKIT, M.A. « A theory of alcohol and drug abuse: a genetic approach », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 297-302.

TOURAINÉ, A., *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde d'aujourd'hui*, Paris, Fayard, 2007.

VAN DIJK, W.K., « Biological, Psychogenic, and Sociogenic Factors in Drug Dependence », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 164-173.

WURMSER, L., « Drug use as a protective system », dans *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, NIDA Research Monograph, 1980, p. 71-75.

Annexe 1

GUIDE D'ENTREVUE

SUR LES HISTOIRES DE VIE

pour le début du projet «Chez-soi»

2 novembre, 2009

Introduction

[Compléter formulaire de consentement]

Cette entrevue est une opportunité pour vous de raconter vos expériences de vie à la rue et dans les refuges ainsi qu'avec le système de soins en santé mentale. Nous sommes intéressés à connaître votre vie avant et après votre arrivée à la rue ou dans les refuges. Certaines de ces questions ont déjà fait l'objet d'entrevues préalables. La présente entrevue vous donne l'opportunité de partager ces expériences avec nous et de parler de votre vie dans vos propres mots. Ceci nous aidera à mieux comprendre le fonctionnement du projet afin d'améliorer les vies des personnes qui ont été sans domicile.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin. L'entrevue prend normalement une heure et demie à peu près, mais c'est comme vous voulez. Si vous le désirez, on pourra prendre une pause à un moment donné. Votre participation est bien sûr complètement volontaire. Vous pouvez décider de ne pas participer ou de ne pas continuer l'entrevue en tout temps, ou de ne pas répondre à certaines questions. Votre décision de participer ou non n'aura pas d'effet sur les services et le soutien que vous recevez. Certaines des questions pourraient vous sembler sensibles ou dérangeantes. Nous procéderons seulement si vous vous sentez confortable.

Nous sommes intéressés à vous entendre sur votre vie. Cependant s'il vous plaît garder à l'esprit qu'il s'agit d'une entrevue à des fins de recherche en non pas une entrevue clinique ou thérapeutique. Si vous avez des préoccupations ou des questions concernant les ressources ou le soutien, nous serons en mesure de vous fournir de l'information après l'entrevue.

Nous assurons la confidentialité de vos propos. Votre nom ne sera relié de quelque façon que ce soit à vos réponses. Vous recevrez un résumé écrit des résultats à la fin du projet. Avez-vous des questions avant de commencer? Je vais allumer l'enregistreuse maintenant – est-ce que ça va toujours pour vous?

Première partie: Histoire de vie à la rue et dans les refuges

J'aimerais vous entendre sur vos expériences de logement. Je vais vous poser quelques questions à ce sujet.

Thème 1: Chemins menant à la perte du domicile (ou à des conditions de logement précaires)

a. La vie avant la perte du domicile

Parlez-moi, si vous voulez bien, de votre vie avant d'arriver à la rue ou dans les refuges. Comment était votre vie à ce moment-là?

Parlez-moi de la première maison ou appartement dont vous vous souvenez.

(Approfondir: ce qui a permis à la personne de rester dans ce logement)

b. Ce qui a contribué à la perte du domicile

J'aimerais vous entendre sur la première fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile

(Approfondir : expériences qui ont contribué au fait de se retrouver à la rue ou dans un refuge [par exemple, relations sociales, pauvreté, santé, exclusion, exigences liées à la médication, consommation, hospitalisation, etc.]

c. Être sans domicile de manière récurrente

Avez-vous été sans domicile plus d'une fois? Si oui, en pensant à ces différentes expériences, parlez-moi des obstacles qui rendent difficile le fait de trouver et de garder un logement.

d. L'expérience la plus récente d'être sans domicile

Maintenant j'aimerais que vous me parliez de votre expérience la plus récente d'être sans domicile.

(Approfondir : comment le logement le plus récent a été trouvé/perdu; expériences liées au fait de vivre à la rue ou dans un refuge; ce qui rend difficile le fait de trouver un logement)

Thème 2: La vie à la rue ou dans les refuges

Maintenant, parlez-moi de votre vie depuis votre arrivée à la rue ou dans les refuges

a. Une journée typique

D'abord, racontez-moi une journée typique. Par exemple, si la journée d'hier était typique, racontez-moi ce que vous avez fait pendant la journée.

(Approfondir : où la personne a dormi, endroits visités, personnes rencontrées, la nature des rencontres; etc.)

b. Services, soutiens, organismes communautaires

J'aimerais que vous me parliez des services, soutiens, organismes communautaires que vous avez utilisés depuis que vous êtes à la rue ou dans les refuges

(Approfondir: nature, types de services, soutiens, organismes communautaires les plus et les moins utiles (ex, services, famille, amis, église); engagement dans la communauté tout en vivant à la rue ou dans les refuges?).

c. Expériences de logement

Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de vos expériences de logement (en lien avec des conditions précaires de logement).

(Approfondir : endroits habités (qualité sécurité, soutien); rapports avec propriétaires, gestionnaires de logement, voisins; expériences de stigmatisation ou discrimination en lien avec les services et le logement; expériences positives)

d. La vision du logement dans l'avenir

Maintenant, parlez-moi de ce que vous aimeriez avoir comme conditions de logement dans l'avenir et de comment vous pourriez y arriver.

(Approfondir : la signification pour la personne d'un «chez-soi»; situation de logement idéale (occupation individuelle ou partagée, rapports au propriétaire; endroit; sécurité); défis à relever pour y arriver.)

[Pour les participants à un des groupes expérimentaux en logement:

Qu'est-ce que vous pensez du projet d'intervention «Chez-soi» dans lequel vous êtes impliqué?

(Approfondir: espoirs, craintes, défis)]

e. La vie à la rue ou dans les refuges

J'aimerais vous poser quelques questions générales sur votre vie à la rue et dans les refuges

Comment votre vie a-t-elle changé depuis votre arrivée à la rue ou dans les refuges?

(Approfondir: sentiments au sujet de soi-même, ses rapports avec autrui, avec la famille, les amis; santé, engagement dans la communauté, pauvreté, stigmatisation, dépendances)

Qu'est-ce qui a été le plus dur depuis l'arrivée à la rue et dans les refuges?

(Approfondir : sentiments, rapports avec famille, amis; travail, santé, engagement dans la communauté, stigmatisation, dépendances);

Qu'est-ce qui permet de garder le cap?

(Approfondir: ce que la personne aime faire le plus)

Thème 3: Expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés

Dans cette partie de l'entrevue, j'aimerais vous entendre davantage sur vos expériences en lien avec la santé mentale ainsi qu'avec le système de soins en santé mentale

a. Premières expériences

D'abord, parlez-moi de la première fois que vous aviez l'impression qu'il y avait quelque chose de différent, quelque chose qui n'allait pas comme il faut.

(Approfondir: comment a été la vie à ce moment-là? sentiments à l'égard de soi-même, (rapports, famille, amis, santé physique, engagement dans la communauté, pauvreté stigmatisation, dépendances)

b. Expériences en lien avec le système de soins en santé mentale

Quelles ont été vos expériences d'aide en lien avec le système de soins en santé mentale? J'aimerais vous entendre sur vos rapports avec les professionnels et intervenants en santé mentale.

(Approfondir: premières expériences; expériences avec les services de santé mentale et les intervenants depuis; expériences actuelles; est-ce que les besoins ont été satisfaits? Traitements injustes ou inadéquats?; changements ou améliorations proposés).

c. Rétablissement

Que voudrait dire «rétablissement» (ou «guérison») dans votre situation?

De quel genre de soutien auriez-vous besoin afin de vous rétablir ou de vous guérir?

Deuxième partie: Un des meilleurs et pires moments de votre vie ainsi qu'un point tournant

Dans cette dernière partie de l'entrevue, j'aimerais vous entendre sur certains des moments-clé de votre vie. Je vais vous demander de raconter ce que vous considérez être un des meilleurs et pires moments de votre vie, ainsi qu'un point tournant où les choses ont changé pour vous. Où aimeriez-vous commencer : avec un des meilleurs moments, un des pires, ou un point tournant?⁹?

Note pour les intervieweurs: [Faire en sorte que toutes les questions suivantes soient abordées, particulièrement celles en lien avec l'impact et ce que dit l'expérience au sujet de la personne. Ne pas interrompre la description de l'événement. Plutôt demander des informations supplémentaires au besoin, après que le participant ait complété la description initiale de l'événement].

a. Meilleur moment

J'aimerais que vous me racontiez ce que vous pensez être une des meilleurs moments de votre vie. Par exemple, un moment de votre vie où vous avez vécu des sentiments très positifs, comme la joie, l'excitation, le bonheur, la paix intérieure. Est-ce qu'un événement ou un temps en particulier vous vient à l'esprit? Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

b. Pire moment

(Note à l'intervieweur: vérifier au besoin avec la personne si elle a déjà parlé d'un pire moment, tout particulièrement si ce qu'elle a raconté à ce sujet semble traumatisant; cependant, c'est la personne qui choisit ce dont elle veut parler en lien avec ce thème)

⁹ Si le participant a déjà raconté une histoire en lien avec un meilleur ou pire moment de sa vie, ainsi qu'un point tournant, nul besoin de le faire répéter cette histoire à la fin de l'entrevue. Cependant, il faut être sûr que ces moments racontés sont effectivement parmi les meilleurs et les pires moments, ou les points tournants. Il ne faut pas présumer que c'est le cas.

Réfléchissez sur votre vie et essayez de vous souvenir d'une expérience spécifique ou d'un événement où ça allait vraiment mal; où il y avait peut-être des sentiments de profonde tristesse, de peur, d'angoisse, de terreur, de désespoir, de culpabilité, ou de honte. Un moment qui pourrait vous apparaître comme une des pires de votre vie. Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

c. Un point tournant

En réfléchissant sur votre vie, est-ce qu'il y a des «points tournants» qui vous viennent à l'esprit? Il pourrait s'agir de moments où vous avez vécu un changement important.

*Si **oui**, s'il vous plaît choisir un point tournant important. Si **non**, décrivez le moment de votre vie où il y a eu un changement qui s'approche le plus d'un point tournant.*

Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

Pour terminer l'entrevue

- *Comment vous sentez-vous en ce moment?*
- *Est-ce qu'il y a quelque chose que je devrais savoir concernant l'impact sur vous du fait d'être sans domicile et dont nous n'avons pas parlé?*
- *Quels sont vos plans pour l'avenir*
- *Qu'est-ce que vous avez pensé de l'entrevue?*
- *Est-ce que vous vous êtes senti à l'aise avec le déroulement de l'entrevue?*
- *Est-ce que l'entrevue pourrait être améliorée?*

- *Est-ce que vous avez des questions pour moi?*

Merci beaucoup d'avoir participé à cette entrevue. J'apprécie votre volonté de partager votre histoire avec moi – il s'agit d'une partie importante du projet.

Annexe 2

GUIDE D'ENTREVUE DE SUIVI SUR LES RÉCITS DE VIE

PROJET CHEZ SOI/AT HOME de la CSMC

après 18 mois

Introduction

[Compléter le formulaire de consentement]

Cette entrevue est une occasion pour vous de raconter ce qui vous est arrivé durant la dernière année. Nous sommes intéressés à en savoir plus sur vos expériences de vie, les changements personnels qui se sont produits, votre logement et les mesures de soutiens qui vous sont utiles. Certaines de ces questions ont déjà été explorées lors de d'autres entrevues. Cette entrevue vous offre l'occasion de partager ces expériences avec nous et de parler de votre vie en vos propres mots. Ceci nous aidera à mieux comprendre comment le projet permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui ont été sans domicile.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin. L'entrevue prend normalement à peu près une heure et demie : mais elle peut être plus courte ou plus longue, tout dépendant de vous. Si vous le désirez, on pourra arrêter et prendre une ou des pauses. Votre participation est bien sûr complètement volontaire. Vous pouvez décider de ne pas participer ou d'arrêter l'entrevue en tout temps, ou de ne pas répondre à certaines questions. Votre décision de participer ou non n'aura pas d'effet sur les services et le soutien que vous recevez. Certaines des questions pourraient vous sembler délicates ou dérangeantes. Vous pouvez y répondre que si vous vous sentez confortable de le faire.

Nous sommes intéressés à vous entendre sur votre vie. Cependant, veuillez garder à l'esprit qu'il s'agit d'une entrevue à des fins de recherche en non pas une entrevue clinique ou thérapeutique. Si vous avez des préoccupations ou des questions concernant les ressources ou le soutien dont vous pourriez avoir besoin, nous serons en mesure de vous fournir de l'information après l'entrevue.

Nous vous assurons de la confidentialité de vos propos. Votre nom ne pourra être relié d'aucune à vos réponses. Vous recevrez un résumé écrit des résultats à la fin du projet. Avez-vous des questions avant de commencer? Je vais démarrer l'enregistreuse maintenant – est-ce que ça va toujours pour vous?

PREMIÈRE PARTIE: HISTOIRE DE VIE LORS LES 18 DERNIERS MOIS

J'aimerais vous entendre parler de vos expériences au cours de la dernière année ... Je vais vous poser quelques questions à ce sujet.

Thème 1: Les changements de vie, une journée typique

a. Les changements de vie

1. Tout d'abord, parlez-moi de votre vie durant la dernière année.
2. Quelles ont été vos conditions de logement durant la dernière année?

b. Une journée typique

1. Racontez-moi une journée ordinaire, ce que vous faites au cours d'une journée ordinaire. Par exemple, si la journée d'hier était typique, racontez-moi comment s'est déroulée votre journée.
 - a. Qu'avez-vous fait?
 - b. Quels endroits avez-vous visités?
 - c. Quelles personnes avez-vous rencontrées?
2. Est-ce que les activités que vous faites dans une journée ordinaire ont changé au cours de la dernière année?
 - a. Pourquoi pensez-vous que ça a changé?
 - b. Quels sont vos endroits préférés dans la communauté?
 - À ces endroits, que faites-vous?
 - Combien de fois y allez-vous? (À quelle fréquence?)
 - c. Avec quelle facilité ou difficulté vous déplacez-vous dans votre communauté ?
 - d. Avec qui passez-vous du temps dans la communauté habituellement?
 - e. Parlez-moi des expériences de discrimination ou de stigmatisation que vous avez vécues dans la communauté au cours de la dernière année.

Thème 2: Le rétablissement / la santé mentale/ le bien-être, les relations, les conditions matérielles

a. Le rétablissement, la santé mentale, et le bien-être

1. Parlez-moi, si vous le voulez bien, des changements personnels survenus durant la dernière année au niveau de votre santé ou de votre mieux-être.
2. Qu'est-ce qui a favorisé votre santé ou votre mieux-être durant la dernière année? Qu'est-ce qui vous permet de garder le cap?
3. Quelles difficultés ont représenté un obstacle pour votre santé ou votre mieux-être durant la dernière année?
4. Quels problèmes de santé mentale éprouviez-vous au début du projet Chez Soi? Comment avez-vous géré/fait face à ces problèmes durant la dernière année?

b. Les relations interpersonnelles / le soutien social

1. Parlez-moi un peu de vos relations avec les autres durant la dernière année. Y a-t-il eu des changements majeurs dans vos relations avec les autres durant cette période?
 - a. Changements dans les relations avec famille, amis ou connaissances (y compris les relations nouvelles ou renouées)
 - b. Changements dans le sens de communauté
 - c. Changements dans les sentiments de stigmatisation
2. Durant la dernière année, dans votre communauté, à qui avez-vous pu faire confiance? Sur qui avez-vous pu compter?
 - a. De quelles façons vous ont-ils offert leur appui?

Pour les participants qui sont parents Pour les participants qui NE SONT PAS parents, passer à la section c : Les conditions matérielles

- b. Comment l'instabilité de logement a-t-elle eu un impact sur votre rôle en tant que mère/père?
- c. (Cette question devrait seulement être posée aux parents qui ont obtenu un logement) Comment une situation de logement stable a-t-elle eu un impact sur votre rôle en tant que mère/père?

c. Les conditions matérielles

1. Parlez-moi de votre situation financière. Est-ce que votre situation financière s'est améliorée, est restée la même ou s'est détériorée au cours de la dernière

année?

- a. Approfondir : la nature des changements
2. Parlez-moi un peu de vos responsabilités financières? Comment avez-vous géré ces responsabilités?
 3. Comment êtes-vous arrivé à vous nourrir au cours de la dernière année?
 - a. Approfondir : la qualité de l'alimentation et l'accès à la nourriture

Thème 3: Le logement

Pour les participants des groupes contrôles (traitement usuel) qui ont réussi à obtenir un logement :

1. Comment avez-vous trouvé votre logement actuel?
2. Que pensez-vous de votre logement?
 - a. Vie privée
 - b. Qualité
 - c. Emplacement
 - d. Choix
3. Qu'aimez-vous le plus de votre logement? Qu'aimez-vous le moins de votre logement?
4. Selon vous, quelles sont vos responsabilités en tant que locataire ?
5. Quelles ont été vos expériences avec votre propriétaire?
6. Aimez-vous votre quartier? (Qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas?)
7. Qu'est-ce qui vous a aidé à garder votre appartement? Quels sont les défis pour garder votre appartement?
8. Y a-t-il quelque chose de l'itinérance ou d'être sans-abri qui vous manque? Qui vous manque de votre vie avant d'obtenir un logement?

Pour tous les participants des groupes contrôles (traitement usuel):

1. Qu'aimez-vous le plus de votre condition de logement? **(N.B. Il se peut que cette question ne soit pas appropriée pour les participants qui vivent toujours à la rue ou dans un refuge)**
2. Qu'aimez-vous le moins de votre condition de logement?
3. Si vous n'êtes pas logé, quels sont les défis auxquels vous êtes confrontés présentement?

Pour les participants des groupes expérimentaux *Housing First*:

1. Que pensez-vous du logement que vous avez obtenu par l'entremise du Projet Chez Soi?
 - a. Vie privée
 - b. Qualité
 - c. Emplacement
 - d. Choix
2. Comment avez-vous choisi votre appartement?
 - a. Avez-vous accepté le premier appartement qui vous a été présenté ? Pourquoi ou pourquoi pas?
 - b. Prendriez-vous la même décision aujourd'hui ? Pourquoi ou pourquoi pas?
3. Qu'aimez-vous le plus de votre logement? Qu'aimez-vous le moins de votre logement?
4. Selon vous, quelles sont vos responsabilités en tant que locataire ?
5. Selon vous, quelles sont les responsabilités du projet Chez Soi?
6. Quelles ont été vos expériences avec votre propriétaire?
7. Aimez-vous votre quartier?
8. Qu'est-ce qui vous a aidé à garder votre appartement?
9. Quels sont les défis pour garder votre appartement?
10. Y a-t-il quelque chose de l'itinérance ou d'être sans-abri qui vous manque? Qui vous manque de votre vie avant d'obtenir un logement?

Thème 4: Les services de santé mentale

***Section diffère selon le groupe de clientèle (SI, SIV, traitement usuel)**

J'aimerais vous entendre parler de vos expériences en lien avec les personnes travaillant dans le réseau de la santé mentale au cours de la dernière année. Parlez-moi du soutien et des interventions que vous avez reçus de la part d'intervenants en santé mentale au cours de la dernière année.

Pour les clients SI [ACT] :

1. Services/soutien reçus de la part de l'équipe

- a. Quels services offerts dans la dernière année ont été les plus utiles?
- b. Quels services offerts dans la dernière année ont été les moins utiles?
- c. Quels autres services avez-vous utilisés durant la dernière année? Quels ont été vos expériences avec ceux-ci?
 - Relations avec les intervenants
 - Expériences avec la médication
 - Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

2. Soutien clinique, c.-à-d. soins ou traitements hospitaliers reçus de l'extérieur de l'équipe

- a. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le plus utiles?
- b. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le moins utiles?
 - Relations avec les intervenants
 - Expériences avec la médication
 - Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

3. Autres services communautaires reçus de l'extérieur de l'équipe

N.B. Cette information pourrait être disponible grâce à l'inventaire des services donc l'entrevue qualitative serait utilisée pour approfondir les données existantes plutôt que de poser cette question de nouveau

a. Parlez-moi de vos expériences avec des personnes travaillant à l'extérieur du réseau des services de santé au cours de la dernière année.

- Relations avec les intervenants
- Expériences avec la médication
- Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

Pour les clients SIV [ICM] :

1. Services reçus directement de la part de leur intervenant en suivi communautaire

a. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le plus utiles?

b. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le moins inutiles?

- Relations avec les intervenants
- Expériences avec la médication
- Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

2. Services communautaires offerts par l'intermédiaire de leur intervenant en suivi communautaire

a. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le plus utiles?

b. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le moins inutiles?

- Relations avec les intervenants

- Expériences avec la médication
- Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

3. Soins ou traitements hospitaliers reçus de l'extérieur de l'équipe

Parlez-moi de vos expériences avec des personnes travaillant à l'extérieur du réseau des services de santé au cours de la dernière année.

- a. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le plus utiles?
- b. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le moins inutiles?
 - Relations avec les intervenants
 - Expériences avec la médication
 - Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

Pour les participants du traitement usuel

1. Services de santé mentale/ soutien reçus

- a. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le plus utiles?
- b. Quels sont les aspects ou éléments des services de santé mentale utilisés durant la dernière année qui vous ont été le moins inutiles?
 - Relations avec les intervenants
 - Expériences avec la médication
 - Types d'interventions et de mesures de soutien offerts

Thème 5: Les espoirs pour l'avenir

a. Un projet d'avenir

1. Quels sont vos plans ou projets pour les prochains mois ou l'avenir?
 - a. Plans et projets qui touchent la vie sociale / les relations
 - b. Plans et projets qui touchent le travail / l'école / la profession
 - c. Autres plans et projets personnels
2. Qu'avez-vous besoin pour que vous réalisiez vos plans ou projets d'avenir?

b. La vision du logement dans l'avenir

Maintenant, parlez-moi de ce que vous aimeriez avoir comme logement dans l'avenir et de comment vous pourriez y arriver.

- a. Conditions de logement idéales
- b. Défis à relever pour y accéder
- c. Animaux domestiques

DEUXIÈME PARTIE: UN MEILLEUR MOMENT, UN PIRE MOMENTS AINSI QU'UN POINT TOURNANT

Dans cette dernière partie de l'entrevue, j'aimerais vous entendre sur les moments-clé de la dernière année. Je vais vous demander de raconter ce que vous considérez être le meilleur et le pire moment survenus lors de la dernière année, ainsi qu'un point tournant où les choses ont changé pour vous. Par quoi aimeriez-vous commencer : le meilleur moment, le pire ou le point tournant?¹⁰?

Note pour les intervieweurs: [Faire en sorte que toutes les sous-questions soient abordées, particulièrement celles sur l'impact et ce que l'expérience dit au sujet de la personne. Ne pas interrompre la description de l'événement. Plutôt demander des informations complémentaires au besoin, après que le participant ait complété la description initiale de l'événement].

a. Le meilleur moment

J'aimerais que vous me racontiez ce que vous pensez être **le meilleur moment dans votre vie lors de la dernière année**. . Est-ce qu'un événement ou un moment en particulier vous vient à l'esprit?

Décrivez-le en détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse bien le comprendre en détail. Ça pourrait être un moment durant la dernière année où vous avez vécu des sentiments très positifs, comme la joie, l'excitation, le bonheur, la paix intérieure

- a. **Qu'est-ce** qui est arrivé au juste? **Où** et **quand**? **Qui** a été impliqué?
- b. Quels étaient vos **pensées** et vos **sentiments**?
- c. Pourquoi s'agit-il un **événement important** pour vous?
- d. Quel a été **l'impact** de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

b. Le pire moment

(Note pour l'intervieweur: vérifier au besoin avec la personne si elle a déjà parlé d'un pire moment, tout particulièrement si ce qu'elle a raconté à ce sujet semble traumatisant; cependant, c'est la personne qui choisit ce dont elle veut parler en lien avec ce thème)

¹⁰ Si le participant a déjà raconté une histoire en lien avec un meilleur ou pire moment, ainsi qu'un point tournant, nul besoin de le faire répéter cette histoire à la fin de l'entrevue. Cependant, il faut être sûr que ces moments racontés sont effectivement parmi les meilleurs et les pires moments, ou les points tournants. Il ne faut pas présumer que c'est le cas.

Réfléchissez sur la dernière année et essayez de vous souvenir d'une expérience spécifique ou d'un événement où ça allait vraiment mal. Il se peut qu'il s'agisse pour vous du **pire moment de votre vie survenu lors de la dernière année**. Y a-t-il un pire moment qui vous vient à l'esprit?

Décrivez-le en détail. Il y avait peut-être des sentiments de profonde tristesse, de peur, d'angoisse, de terreur, de désespoir, de culpabilité, ou de honte. Pareillement, racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte.

- a. **Qu'est-ce** qui est arrivé au juste? **Où** et **quand**? **Qui** a été impliqué?
- b. Quels étaient vos **pensées et vos sentiments**?
- c. Pourquoi s'agit-il un **événement important** pour vous?
- d. Quel a été **l'impact** de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

c. Un point tournant

En réfléchissant sur votre vie durant la dernière année, j'aimerais que vous songiez à un moment où vous avez vécu un changement important. Est-ce qu'il y a un «point tournant» qui vous vient à l'esprit?

Décrivez-le pour moi dans le détail. Il pourrait s'agir d'un moment en particulier où vous avez vécu un changement ou alors quand vous avez changé de quelconque façon. Pareillement, racontez-moi ce qui a mené à cet événement.

- a. **Qu'est-ce** qui est arrivé au juste? **Où** et **quand**? **Qui** a été impliqué?
- b. Quels étaient vos **pensées et vos sentiments**?
- c. Pourquoi s'agit-il un **événement important** pour vous?
- d. Quel a été **l'impact** de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

Pour terminer l'entrevue

- Comment vous sentez-vous en ce moment?
- Est-ce qu'il y a quelque chose que je devrais savoir concernant l'impact d'avoir été sans domicile et dont nous n'avons pas parlé?
- Quels sont vos plans pour l'avenir?

- comment avez-vous trouvé l'entrevue?
- Est-ce que vous vous êtes senti à l'aise avec le déroulement de l'entrevue?
- Avez-vous des suggestions pour améliorer cette entrevue ?
- Avez-vous des questions pour moi?

Merci beaucoup d'avoir participé à cette entrevue. J'apprécie votre volonté de partager votre histoire avec moi – il s'agit d'une partie importante du projet.

