

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES FORMES DE DÉPENDANCES  
MARGINALES, DE LEURS IMPACTS ET DES BESOINS PARMIS LES  
PERSONNES CONCERNÉES : ENJEUX DE L'INTERVENTION SOCIALE.

PAR  
VIVIANE MUNROE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ POUR RÉPONDRE  
À L'UNE DES EXIGENCES DE LA MAÎTRISE  
EN SERVICE SOCIAL

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
UNIVERSITÉ LAURENTIENNE  
SUDBURY (ONTARIO) CANADA

## REMERCIEMENTS

Beaucoup de temps s'est écoulé depuis les premières inspirations de poursuivre des études supérieures au niveau de la Maîtrise en service social. C'est grâce à la détermination et à l'appui et à l'encouragement de nombreuses personnes, tout au long de ma vie et de ce processus, que la réalisation de ce mémoire fut possible. Dans les lignes qui suivent, je prendrai l'occasion de remercier ceux et celles qui ont fait partie de mon cheminement et qui ont contribué à la réalisation de ce projet.

Pour commencer, je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma Directrice de mémoire Dre Myriam Bals. Par son grand dévouement à l'éducation, elle a accepté de me superviser et elle a consacré de nombreuses heures de son temps à me diriger, à m'encadrer et à me conseiller. Je tiens aussi à remercier Dr Adje Van de Sande d'avoir accepté de bon cœur d'être second lecteur en plein déroulement de la phase de rédaction. Je veux notamment exprimer ma gratitude aux participants de cette recherche qui ont donné de leur temps et qui se sont exprimés si ouvertement. Ainsi, un grand merci à Grace Family Church de sa générosité de m'offrir gratuitement un bureau aux fins des entrevues.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à tous les professeurs et les collègues qui par leur présence, leurs expériences partagées, leur soutien et leurs défis, ont enrichi mes réflexions critiques lors de ma trajectoire à la maîtrise. Merci à Dr Michel-André Beauvolsk, qui m'a prêté une oreille attentive et a été à l'écoute, son énergie positive et son feedback, ce qui a grandement aidé à remonter mon moral et à me réorienter, lorsque j'en ai eu besoin. Merci Pierre, mon collègue à la Maîtrise, pour ton intérêt pour mon travail et tes nombreux encouragements. En dépit des obstacles, nous avons travaillé fort et nous avons réussi. Nous voici tous les deux à la fin de la scolarité à la Maîtrise!

Enfin, je remercie ma famille et tous mes ami(e)s que j'aime tant... Merci à mes chers défunts parents et à mon ami Brian. Vous êtes toujours avec moi, tout près de mon cœur. Merci à mes chers enfants Shane et Dean. Je vous aime grand comme le ciel ! Mon cher frère Joe et mes chères sœurs Sue, Julie et Lucy, merci à vous de croire en mes capacités d'atteindre mes buts. Ma chère marraine Rachel, je vous remercie infiniment de m'aimer et de m'appuyer comme une maman. Je dois aussi ma reconnaissance à mes ami(e)s Louise, Nicole, Darcelle, Derek et Kirk pour leur sincère amitié et soutien. Yves et Lloyd, merci à vous d'être venus à mon secours à plusieurs reprises, surtout lorsque la technologie me posait de grands défis.

## RÉSUMÉ

Ce mémoire de maîtrise en service social vise à explorer l'expérience vécue des dépendances marginales, des impacts et des besoins des personnes concernées. Le concept de dépendance marginale est ici élaboré pour tenir compte des différentes formes de dépendances comportementales, non basées sur la consommation de substances, qui demeurent sujettes à la controverse dans la littérature et parmi les praticiens de divers domaines. Par leur non reconnaissance officielle, les dépendances comportementales sont rarement prises en compte par les cliniciens et dans les traitements et se situent donc à la marge des services de traitement financés.

À partir de la perspective du travail social, et par l'intermédiaire de la méthode qualitative et des approches biopsychosociale, narrative, phénoménologique et de l'outil de Potter-Efron (2004), douze entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'adultes en mesure de partager leurs expériences personnelles et professionnelles au sujet de l'expérience vécue de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances marginales chez soi-même et /ou dans son environnement social. Les résultats des entrevues ont été soumis à une analyse de contenu.

Les principaux résultats de la recherche révèlent que vivre soi-même avec une ou plusieurs dépendances marginales, ou vivre auprès de personnes aux prises avec une addiction ou une dépendance aux substances, engendre le stress, le trauma, les abus de types variés et la désintégration relationnelle et familiale. La famille d'origine, la famille de progéniture et les relations intimes sont particulièrement affectées par les addictions et les dépendances marginales de toutes sortes. Ce sont des malaises familiaux et il y a un grand besoin d'intervenir auprès des membres de la famille, en plus du client.

Pour réduire les écarts dans les services, il faut d'abord résoudre les formalités d'accès aux services et les problèmes systémiques, afin qu'il soit facile d'accéder à des services abordables et offertes à toutes les personnes qui en ont besoin. Pour intervenir, les travailleurs sociaux doivent se doter d'une approche éclectique, pluraliste (du Plessis, 2014) et adopter une vision plus englobante et inclusive qui tient compte des aspects personnels et sociaux de la personne, et s'assurer d'engager l'individu et son réseau dans le traitement de ces problèmes, en leur donnant l'espace de s'exprimer, car ils sont les experts de leur souffrance.

**Mots-clés** : dépendances, dépendances marginales, dépendances comportementales, toxicomanie, addiction, codépendance, les enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ATD) et les dépendances affectives et sexuelles

## ABSTRACT

This Masters of social work research study aims to explore the lived experience of marginalized dependencies, its impacts and the needs of concerned individuals. The concept of marginalized dependencies was coined to take into account the different forms of behavioral dependencies that are not based on the consumption of substances and remain a controversial issue within the literature and among clinicians from various fields. Due to their lack of recognition, behavioral dependencies are rarely taken into account and therefore they are at the margins of financed treatment services.

Stemming from a social work perspective and within the framework of the qualitative method and the biopsychosocial, narrative, phenomenological approaches and Potter-Efron's tool (2004), twelve semi-guided interviews were conducted with adults who were able to share about their personal and professional experiences with the topic of the lived experience of addiction and marginalized dependencies within themselves and/or in their social environment. The results of the interviews were analysed using content analysis.

The main results of the research revealed that living with one or many marginalized dependencies, or living in the proximity of a person struggling with an addiction or substance dependence, leads to stress, trauma, various forms of abuse and relationship and family breakdown. The family of origin, the family of procreation and intimate relationships are particularly affected by addiction and marginalized dependencies of all forms. These issues are family (dis)eases and there is a great need to intervene with family members, not only the client.

To reduce the gaps in services, it is necessary to resolve the formalities to access services and the systemic problems, in order to facilitate the access of affordable services to ensure that services are offered to all individuals in need. To intervene, social workers must use an eclectic, pluralist approach (du Plessis, 2014) and adopt a more global and inclusive vision, ensuring to engage the individuals and their social network in the treatment of these problems, thus giving them the space for expression, as they are the experts of their suffering.

**Key words:** dependency, marginalized dependencies, behavioral addiction, « toxicomania », addiction, codependence, adult children of alcoholics, addiction, dysfunction (ACOA) and relational and sexual dependencies

## TABLE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES SCHÉMAS

### Tableau :

Tableau 1. Tableau récapitulatif des symboles et acronymes des éléments descriptifs de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autres et de leurs manifestations.....	70
Tableau 2. Expériences vécues et manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autres.....	73
Tableau 3. Grille d'analyse de l'identification des dépendances marginales par les participants.....	75
Tableau 4. Identification des dépendances marginales par les participants .....	84

### Figures :

Figure 1. « The Anger Pie » - L'outil de Potter-Efron (2004) .....	55
Figure 2. Les contextes sociaux d'exposition des participants à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances.....	91

### Schémas :

Schéma 1. Schéma conceptuel.....	36
Schéma 2. La complexité des dépendances marginales et des multiples impacts qui en découlent .....	194

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	i
RÉSUMÉ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES SCHÉMAS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES .....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 Problématique.....	6
1.1        Le survol historique du contexte des comportements excessifs et déséquilibrés .....	6
1.2        Les buts de la recherche .....	17
1.3        La double pertinence de cette recherche .....	17
CHAPITRE 2 Cadre conceptuel .....	20
2.1        Définitions des concepts centraux .....	20
2.2        Toxicomanie.....	20
2.3        Addiction.....	21
2.4        Dépendance .....	22
2.5        Définitions des trois concepts centraux.....	23
2.5.1    Concept 1 - Les dépendances marginales : les dépendances comportementales.....	24
2.5.2    Concept 2 - Les impacts des dépendances marginales ou comportementales.....	30
2.5.3    Concept 3 - Les personnes concernées par les dépendances marginales ou les dépendances comportementales .....	32
2.6        Délimitation et définition des concepts et dimensions à l'étude .....	32
2.7        Description du schéma conceptuel .....	34
2.8        Synthèse critique de la littérature sur le sujet de recherche et ses principaux concepts.....	37
2.9        L'addiction et les dépendances comportementales .....	37
2.9.1    Codépendance .....	43

2.9.2	Les enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ATD)	44
2.9.3	Les dépendances affectives, amoureuses et les dépendances sexuelles	46
2.10	Réflexion critique et synthèse conclusive des écrits	50
2.11	Choix de l'approche ou de l'orientation théorique pertinente de l'inscription de la recherche dans le paradigme épistémologique	52
2.11.1	L'approche biopsychosociale	52
2.11.2	L'approche phénoménologique	56
2.11.3	L'approche narrative	57
CHAPITRE 3	Cadre méthodologique	58
3.1	Une recherche qualitative	58
3.2	Population à l'étude	59
3.3	Technique d'échantillonnage et les méthodes de recrutement	59
3.4	Techniques et instruments de cueillette	61
3.5	Techniques d'analyse	62
3.6	Considérations éthiques de la recherche	63
CHAPITRE 4	Présentation des données	65
4.1	Déroulement des entrevues et la cueillette de données	66
4.2	Profil des participants	67
4.3	Le vécu de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance avec substances	68
4.3.1	Description de l'échantillon par rapport à l'expérience vécue et les manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances	70
4.4	Le vécu des dépendances marginales : les dépendances sans substance ou comportementales	73
4.4.1	L'analyse de l'identification des dépendances marginales par les participants	74
4.4.2	Les dépendances marginales sont multiples et coexistent	76
4.5	L'expérience d'être exposé à une situation d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance dans l'entourage	85
4.6	L'opinion des participants sur l'influence des dépendances avec substances par rapport aux dépendances sans substance	92

4.6.1	La biologie : les gènes, la génétique, l'ADN, l'épigénétique et la neurochimie influencent l'addiction et les dépendances de toutes sortes.....	93
4.6.2	L'addiction et les dépendances de toutes sortes peuvent se transférer, se substituer et se remplacer : ce sont des solutions.....	94
4.6.3	L'addiction et la dépendance sont des mécanismes de défense pour gérer / éviter les émotions pénibles et surmonter le trauma et l'abus.....	95
4.7	L'analyse des impacts des formes de dépendances marginales sur la vie des personnes concernées .....	97
4.7.1	Les impacts personnels et familiaux de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec et sans substance .....	98
4.7.2	Vivre auprès d'une personne dépendante engendre notamment des impacts émotionnels, physiques, relationnels et familiaux.....	103
4.7.3	Les impacts sur l'éducation.....	108
4.7.4	Les impacts sur la socialisation.....	110
4.7.5	Les impacts du trauma et de l'abus .....	111
4.7.6	Les facteurs qui peuvent créer ou ne pas créer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance .....	114
4.8	Le sens attribué à l'expérience personnelle d'addiction et à l'expérience professionnelle de traitement et d'intervention .....	115
4.8.1	Le sens donné à l'expérience d'être dans une relation avec une personne aux prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance .....	118
4.8.2	Perceptions sur l'existence d'une transmission intergénérationnelle de l'addiction, de la toxicomanie ou des dépendances avec ou sans substance .....	122
4.9	L'évaluation des besoins des personnes concernées en matière d'intervention sociale.....	126
4.9.1	Perceptions sur la conception professionnelle et officielle données à l'addiction, à la toxicomanie et à la dépendance.....	127
4.9.2	L'expérience vécue en matière de demande d'aide ou d'offre de service de traitements professionnels .....	130
4.10	L'examen des perspectives de solutions auprès des personnes concernées. ....	138
4.10.1	L'existence ou non des services pour adresser les dépendances sans substance....	138
4.10.2	La création nécessaire de programmes et de services supplémentaires, plus spécialisés.....	141

4.10.3	La formation plus spécialisée des intervenants dans le domaine non exploré des dépendances sans substance .....	143
4.10.4	La nécessité d'une sensibilisation et conscientisation de la famille, de l'entourage et du public général sur les dépendances sans substance (marginales) pour contrer les impacts biopsychosociaux .....	144
4.11	Synthèse des résultats .....	147
4.11.1	Les principaux résultats sur le vécu de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances .....	147
4.11.2	Les principaux résultats sur l'identification des différentes formes de dépendances marginales .....	149
4.11.3	La codépendance et les enfants adultes de familles : ATD - ce sont des dépendances marginales floues qui se chevauchent .....	151
4.11.4	Les principaux résultats par rapport au concept des dépendances affectives/ relationnelles .....	154
4.11.5	Les principaux résultats par rapport au concept de dépendances sexuelles .....	155
4.11.6	Les principaux résultats par rapport aux différentes formes de dépendances marginales – la catégorie « autre » .....	159
4.11.7	Les principaux résultats sur les impacts des dépendances marginales .....	165
4.11.8	L'examen critique des perspectives de solutions .....	172
CHAPITRE 5	Discussion, implications et recommandations pour la profession .....	176
5.1	Nos expériences professionnelles .....	176
5.1.1	Les concordances entre nos expériences professionnelles et les résultats de cette recherche .....	177
5.1.2	Les similitudes avec les résultats de cette recherche .....	180
5.1.3	Peu ou pas de services : les implications pour la profession .....	181
5.1.4	Recommandations pour la pratique : une approche biopsychosociale, individuelle et familiale et des approches plus holistiques et alternatives .....	183
5.1.5	Forces et limites de la recherche et nouvelles pistes de réflexion .....	186
	CONCLUSION .....	188
	BIBLIOGRAPHIE .....	197
	ANNEXE 1 : Annonce .....	207
	ANNEXE 2 : Lettre d'explication de l'étude et formulaire de consentement .....	209

ANNEXE 3 : Liste de ressources disponibles et coordonnées.....	214
ANNEXE 4 : Guide d'entrevue .....	215
ANNEXE 5 : Interview Guide .....	220
ANNEXE 6 : Profil des participants .....	225
ANNEXE 7 : L'expérience vécue et les manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances .....	226

## INTRODUCTION

Notre expérience auprès des personnes aux prises avec l'addiction, la toxicomanie et la dépendance de toutes les sortes, nous a révélé le caractère ravageur et funeste de ces phénomènes qui engendrent des bouleversements et des impacts à de multiples niveaux, tant pour l'individu que pour son réseau social (transgénérationnel) et même la société. En fait, nous avons témoigné que ces phénomènes prennent diverses formes, se vivent à intensités variées et de façon unique selon les particularités qui les accompagnent. C'est ainsi que les impacts de ces phénomènes sont également uniques bien qu'il s'observe qu'il y a des impacts communs sur le bien-être physiologique, psychologique et social qui ont tendance à s'imprégner dans toutes les facettes de la vie. En plus d'affecter au niveau de la santé physiologique, de l'état d'âme et des comportements, ces phénomènes donnent notamment lieu à des impacts au niveau de la famille, des relations, de l'éducation, de l'emploi et de la loi. De plus, ces impacts peuvent perdurer pour des générations.

Notre expérience dans le nord de l'Ontario, dans le traitement de ces phénomènes, nous a montré, toutefois, qu'il y a des enjeux considérables qui s'observent dans l'intervention de ces phénomènes. Nous avons remarqué que la consommation des substances psychotropes est particulièrement considérée comme des addictions, des toxicomanies et des dépendances légitimes qui sont dignes de traitement et que le traitement des impacts auprès du système social est plutôt rare. Ainsi, le traitement repose fondamentalement sur les principes du modèle médical, qui caractérise ces phénomènes comme des « maladies » et intervient auprès de l'individu, basé sur une intervention brève, fondée sur le sevrage de la consommation. Malheureusement, ces interventions sont trop étroites pour tenir compte de la complexité de ces phénomènes et de leurs impacts profonds sur le réseau social. Ceux et celles qui ne s'identifient pas être aux prises avec des substances psychotropes comme telles n'ont que très peu ou pas d'accès aux services spécialisés en matière de traitement. L'offre des services se fait principalement sur la base de la consommation des substances, bien que nos

observations professionnelles, dans le contexte du traitement de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance, aient révélé que la consommation de substances psychotropes - telle que l'alcool, la drogue et les médicaments - n'est qu'une activité parmi de nombreuses actions et opérations humaines qui peuvent se manifester de façons analogues à l'activité addictive, toxicomane ou dépendante liée à la consommation des substances psychotropes. Elles impliquent notamment des impacts qui en sont aussi importants et profonds. Par conséquent, ces dernières ne font que très peu ou pas l'objet de reconnaissance et, par ce fait, ne font d'abord pas partie des troubles ou problèmes qui sont traités par le système qui préconise de traiter l'addiction, la toxicomanie et la dépendance. Les problèmes d'addiction, de toxicomanie et de dépendance qui sont avant tout considérés sont ceux qui sont liés à la consommation de substances psychotropes et le traitement met généralement l'emphase sur l'individu qui en est aux prises sans traiter les impacts survenus au niveau du réseau social (microsystème et mésosystème<sup>1</sup>) ou d'aborder d'autres manifestations autres que celles relatives aux substances.

Contrairement à la toxicomanie qui est reconnue, ces dépendances non basées sur des substances sont celles qui sont à la marge des services offerts en matière de traitement de l'addiction en ce qu'elles ne sont pas reconnues officiellement. Elles sont ici considérées marginales en raison non seulement du manque de leur prise en charge thérapeutique, mais aussi de la pénurie de services de traitement adaptés aux besoins des personnes qui en sont affectées. La plupart des formes de dépendances prises en compte sur le plan thérapeutique et sur celui de la prestation des services de traitement sont en majorité les dépendances basées sur la consommation de drogue et d'alcool de toutes sortes. En considérant la nature des effets physiques et mentaux des formes de dépendances liées à l'alcool, aux drogues et aux problèmes de santé publique qui en

---

<sup>1</sup> Les termes « microsystème » et « mésosystème » sont puisés de *la théorie écologique du développement humain* de Bronfenbrenner. Le microsystème réfère à un ensemble d'individus où il y a des relations interpersonnelles vécues dans un contexte particulier tandis que le mésosystème se définit comme un ensemble de microsystèmes en interrelation (Absil, 2012).

découlent, elles se trouvent donc immédiatement réclamées par la paternité du modèle biomédical qui se donne pour justification l'existence d'un substratum anatomophysiologique ou pathologique qui serait sous-jacent à l'émergence et à l'évolution de ces formes de ces toxicomanies.

Intervenir en tant que travailleuse sociale dans le contexte du traitement de ces phénomènes en général depuis 2001, nous a permis de constater l'ampleur social et les caractères insidieux de différentes formes d'addiction, de toxicomanie et de dépendances qui ne sont pas basées sur des substances comme telles et, notamment, la rareté des interventions dans ce domaine précis combinée à la pénurie de services spécifiques s'adressant aux besoins des personnes qui sont concernées. Notre constat professionnel d'un tel vide a suggéré la nécessité d'envisager et d'entreprendre la réalisation d'une recherche exploratoire sur le sujet des addictions ou des dépendances sans substance que nous désignerons par le néologisme « dépendances marginales », ou addictions marginales, qui sera utilisé ici en tant que synonyme.

D'abord, l'objet de recherche qui est au centre de ce projet a trait à la problématique des *dépendances marginales*. Partant des concepts de la toxicomanie, de l'addiction et de la dépendance, nous avons voulu par la présente étude qualitative, explorer certaines formes de dépendances marginales, leurs impacts et les besoins parmi les personnes concernées, en vue de mieux cerner les enjeux de l'intervention sociale dans ce domaine. Au départ, nous avons entamé la codépendance, les enfants adultes de familles toxicomanes, alcooliques, dépendantes ou dysfonctionnelles, les dépendances et les addictions affectives, amoureuses, sexuelles, ou autres.

Dans la littérature canadienne, les définitions proposées par certains auteurs s'avèrent pertinentes avec notre entendement du concept des dépendances marginales. En effet, selon le Dr. Gabor Maté :

Any passion can become an addiction; but then how to distinguish between the two? *The central question is: who's in charge, the individual or their behavior?* It's possible to rule a passion, but an obsessive passion that a person is unable to rule is an addiction. And the addiction is the repeated

behavior that a person keeps engaging in, even though he knows it harms himself or others. How it looks *externally* is irrelevant. The key issue is a person's internal relationship to the passion and its related behaviors... If in doubt, ask yourself one simple question: given the harm you're doing to yourself and others, are you willing to stop? If not, you're addicted. And if you're unable to renounce the behavior or to keep your pledge when you do, you're addicted. (Maté, 2009, p. 109)

C'est cette passion obsessionnelle, incontrôlable par la personne concernée, qui constitue le facteur déterminant des dépendances marginales basées sur la compulsion, des dépendances affectives ou relationnelles ou des dépendances envers des objets de consommation marchande ou sexuelle. *C'est l'ensemble de ces dépendances que nous appelons dépendances marginales car, elles ne font pas l'objet du discours officiel en matière d'offre de services, de prises en charge thérapeutique et d'interventions sociales spécifiques.* Bruce Alexander (2008) s'inscrit dans la même perspective de définition que Maté, tout en y ajoutant une importante dimension qui est nécessaire à prendre en compte. Il s'agit du système sociétal qui, selon l'auteur, constitue la source productrice des multiples formes d'addictions, de toxicomanie et de dépendances visant à combler chez les individus une crise et un vide existentiel.

Cette recherche est composée de cinq chapitres. Le chapitre 1 comprend la problématique, qui est composée d'un survol historique du contexte des comportements excessifs et déséquilibrés, et de la description de l'objet de recherche, de ses objectifs général et spécifiques et de sa pertinence. Le chapitre 2 est le cadre conceptuel qui comprend la définition des concepts à l'étude, la délimitation des dimensions à l'étude, l'état des connaissances sur les concepts à l'étude, une réflexion critique sur la littérature et le choix de l'orientation théorique. Le chapitre 3 présente le cadre méthodologique qui décrit le type de recherche, la population à l'étude, les diverses techniques d'échantillonnage, de cueillette de données et d'analyse. Le chapitre 4 porte sur le déroulement des entrevues et la cueillette de données, le profil des participants et les résultats de l'analyse thématique. Le chapitre 5 présente une interprétation des données et une discussion synthétique et critique des principaux résultats. Enfin, en guise de

conclusion, nous présentons une synthèse des principaux constats de la recherche et des pistes de réflexion pour l'intervention sociale la plus appropriée.

## CHAPITRE 1

### Problématique

#### 1.1 Le survol historique du contexte des comportements excessifs et déséquilibrés

Le phénomène des comportements excessifs et déséquilibrés, caractérisé par des préoccupations intempérantes menant à la perte de contrôle chez l'individu était le sujet d'écrits bien avant l'avènement des sciences de la médecine et de la psychiatrie (Trouessin, 2015). Comme Alexander (2008) l'a démontré, la notion de perte de contrôle liée aux comportements excessifs était documentée dans les écrits des anciens philosophes et théologiens. Il y a près de 24 siècles, dans son œuvre *La République* (dont la première édition fut en 315 avant J.C.), Platon utilisait le concept de *passions maîtresses* pour décrire les comportements excessifs, tandis que dans les textes théologiques de St-Augustin, datant du XVI<sup>ème</sup> siècle, l'expression *plaisirs intenses* était employée pour décrire ses luttes personnelles avec l'envie et le sevrage au sexe, à l'amour et à l'alcool (Alexander, 2008). Tel que Trouessin (2015) l'explique, il y avait une valeur morale associée avec le phénomène de comportements excessifs faisait en sorte qu'il soit perçu comme un trouble « [...] axé sur l'idée d'une responsabilité individuelle et d'une faiblesse de l'individu face aux désirs. » (Trouessin, 2015, p. 2). Cette dernière perspective a laissé des impressions durables sur la perception occidentale relative au phénomène de l'addiction, lui attribuant un caractère de *choix*, basé sur les notions du déterminisme et de la libre volonté (Alexander, 2008).

Pour comprendre l'histoire de la consommation excessive des substances psychotropes, notamment l'alcool, il faut tenir compte de son évolution influencée par les divers facteurs socio-culturels, économiques et politiques de leur époque (Brisson, 1999). Tel que Brisson (1999) le décrit, la découverte de l'alcool - par le processus de fermentation de substances - a vu le jour à travers le monde il y a près de neuf mille ans, et les écrits portant sur les effets pernicioseux de l'usage abusif de cette substance et de ses effets nocifs remontent aux textes romains, grecs et égyptiens de l'antiquité, bien que ce

n'est qu'à la fin de l'époque du Moyen Âge européen, avec la manufacture et la distribution de masse des produits alcooliques que les troubles liés à la consommation de l'alcool ont commencé à être identifiés comme un problème social dans la sphère publique (Brisson, 1988). Alexander (2008), adoptant une perspective interdisciplinaire, retrace aussi la consommation de substances aux écrits des anciens romains et grecs, en décrivant que la consommation se faisait durant des célébrations parmi certains groupes et que les gens s'adonnaient à l'ivresse, mais il propose que l'addiction est plutôt un phénomène social et politique qui se manifeste lorsqu'une civilisation se retrouve en déclin et en désordres qui mènent à la dislocation<sup>2</sup>. Il fait référence à l'effondrement de l'Empire athénien et à l'effondrement de l'Empire romain comme des époques historiques caractérisées par d'importantes transformations politiques et sociales, bien qu'il m'est surtout l'accent sur l'apparition de la société de marché libre, qui a émergé au cours des années 1600 en Angleterre et qui s'est répandue au travers de l'Europe, s'étendant jusqu'aux États-Unis au cours des années 1700. Il explique de cette époque coïncide avec la reconnaissance dans les écrits de la consommation de substances en tant que problématique voire même atteignant des niveaux épidémiques. Il remarque que ces transformations économiques, occasionnant l'époque de la révolution agricole « enclosures », et plus tard l'époque de la révolution industrielle, ont grandement changé le train de la vie et engendré beaucoup de souffrance telles la pauvreté, la famine, la guerre et l'injustice. Alexander (2008) soutient que c'est la société de marché libre qui engendre la dislocation et que l'addiction en est le résultat. Il conclut d'abord qu'il y a une relation causale entre la dislocation et l'addiction dès le début de l'avènement de la société de libre marché.

---

<sup>2</sup> La dislocation : selon Alexander (2008), la dislocation est la décomposition de toutes formes de traditions, de valeurs, de coutumes et de cohésion sociale, ce qui crée un genre de vide ou une pauvreté d'esprit. Pour Alexander, l'addiction et l'alcoolisme sont des dérivés inévitables de la modernité puisqu'au cœur de la modernité réside l'économie de libre marché, ce qui produit d'énormes richesses matérielles et d'innovations technologiques au détriment des richesses humaines.

Bien que la consommation de l'alcool ait atteint une épidémie au travers de la plupart de l'Europe au cours des années 1700, selon White (1998), c'est particulièrement entre les années 1790 et 1830, que le fléau de la consommation de l'alcool - ou *la folie du gin*<sup>3</sup> - au sein de la société américaine s'est révélée en tant que problème social et de santé publique. Ceci a d'abord mené à la création de politiques et de pressions pour tenter de contrôler la situation. C'est ainsi que le mouvement de tempérance américain a pris racine et que toute une vague de médecins commença à s'intéresser à la problématique de la consommation de l'alcool (White, 1998).

Le mouvement de tempérance – social et politique – était des regroupements de personnes formés de membres du clergé et de féministes militantes, inspirés par la croyance que l'alcool était une substance maléfique et que la consommation était responsable pour plusieurs malaises sociétaux (AAS, 2003). Ce mouvement, bien que diversifié, s'est répandu au travers de plusieurs régions du monde et son objectif était de conscientiser sur les méfaits de la consommation de l'alcool (Room, 1993). Selon Levine (2013), au moins neuf *cultures de tempérance*<sup>4</sup> - ou les sociétés concernées par la consommation de l'alcool et de ses impacts - se retracent aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle Zélande, en Scandinavie (Suède, Norvège et en Islande) ; les États-Unis étant reconnus comme ayant l'un des mouvements le plus notable et durable qui a mené à l'adoption de la prohibition complète de l'alcool au niveau national en 1919 (Levine, 1993 ; Alexander, 2008). Le mouvement de tempérance qui a vu le jour au Canada en 1827, plus particulièrement en Nouvelle-Écosse et à Montréal, fut largement influencé par le mouvement de tempérance américain, bien qu'au Canada, le mouvement pour la prohibition, a surtout conduit au développement de la réglementation et des lois régissant la fabrication, la distribution et la consommation de l'alcool (Historica Canada, 2013). Par conséquent, les lois de la

---

<sup>3</sup> « Gin craze »

<sup>4</sup> « The term temperance culture, is used here to refer to those societies, which in the nineteenth and early twentieth centuries, had large, enduring temperance movements. » (Levine, 1993, p. 2)

prohibition ne sont pas parvenues à remédier au problème d'alcool, puisqu'à l'inverse, la clandestinité et le commerce illégal sont survenus. En fait, c'est pendant la prohibition des années 1920 à 1933, que la famille Bronfman<sup>5</sup>, située à Montréal, fit fortune par la fabrication et la distribution du whisky exporté, particulièrement, aux États-Unis (Historica Canada, 2013).

En recensant les écrits sur l'histoire du traitement de la consommation excessive de l'alcool, il s'observe qu'il y a une abondance de littérature à ce sujet qui présente, selon l'époque et l'endroit d'origine, une variété de concepts et de perspectives de traitement, ayant évolué au fil du temps (Brisson, 1988 ; Goodman, 1990 ; White, 1998 ; Alexander, 2008 ; Maté, 2009 ; Suissa, 2009). Il semblerait, toutefois, que peu importe l'origine ou l'époque de la littérature, il y ait consensus sur le point de vue que le traitement de la consommation excessive de l'alcool est passé d'une approche moraliste à une perspective de médicalisation. « Cela fait à peine deux siècles que les addictions ne sont plus exclusivement pensées à l'intérieur d'un cadre moral [...] » (Trouessin, 2015, p. 2). D'abord, marquée par l'avènement de la médecine, de la psychologie et du mouvement social, la doctrine imposant que les troubles de comportements excessifs soient des troubles de volonté morale, a évolué conduisant au paradigme médical reconnaissant que la consommation excessive de l'alcool est plutôt une pathologie d'ordre physiologique, neurologique et psychologique (Trouessin, 2015). Certains auteurs, tels que White (1998) et Valleur et Valea (2002), indiquent que c'est vers 1785, à l'époque des études de Benjamin Rush, un médecin américain, que la consommation excessive d'alcool fut conceptualisée en tant qu'une maladie héréditaire ou acquise (White, 1999), et que plus tard, vers 1850, Magnus Huss, un médecin suédois, a introduit le concept « *alcoolisme* » (Valleur et Valea, 2002) - donnant d'abord naissance au « *disease concept of addiction* » et au fondement du champ médical de l'addiction. C'est avec l'adoption de cette nouvelle façon de concevoir la consommation

---

<sup>5</sup> Le lecteur qui s'intéresse à l'histoire de la famille Bronfman lors de la prohibition peut consulter le site web Historica Canada, 2013

excessive de l'alcool comme une maladie physique, qu'est survenue la notion du traitement médical et de la création d'institutions spéciales – asiles, maisons de refuge, en vue de traiter ce problème par diverses thérapies - aux drogues, thérapies d'aversion, l'hydrothérapie et la stimulation électrique (White, 1999). Selon White (2005), en 1895, juste aux États-Unis, il y avait des centaines d'institutions conçues pour traiter la consommation excessive d'alcool, cependant, pour des raisons politiques, économiques et éthiques, plusieurs de ces institutions ont fermé les portes et, en 1925, celles-ci étaient devenues plutôt rares.

En tant que réponse au traitement inadéquat de l'alcoolisme, au cours des années 1930, dans la période de l'après-guerre, fortement influencé par la médecine, la psychologie, la psychanalyse, le christianisme et les éléments fondamentaux de la philosophie de tempérance, le mouvement d'*Alcooliques Anonymes* a pris racine aux États-Unis (Levine, 2013) sous l'influence du groupe Oxford, un mouvement religieux et populaire aux États-Unis et à l'Europe au début du 20<sup>e</sup> siècle, qui pratiquait l'amélioration de soi en s'adonnant à des stratégies telles que l'inventaire de soi, l'admission des torts, la réparation, la prière, la méditation et le partage de ce message aux autres personnes aux prises avec la consommation excessive de l'alcool. (Alcoholic Anonymous World Services Inc., 2018). C'est en fait de la rencontre d'un homme d'affaires du nom de Bill W. et d'un médecin du nom de Dr. Bob qu'est née, en 1935, la notion du groupe *Alcooliques Anonymes* et qu'au cours des quatre prochaines années, ces deux copains combinèrent leurs efforts dans l'objectif d'aider les autres à atteindre la sobriété, un jour à la fois (Hazelden Betty Ford Foundation, 2018). Quatre ans plus tard, la première version du livre « Alcoholic Anonymous », décrivant les 12 étapes du programme de rétablissement fut publiée (Alcoholic Anonymous, 1976). Dans les premiers jours des rencontres d'*Alcooliques Anonymes*, les épouses des alcooliques qui fréquentaient les groupes se retrouvaient souvent rassemblées en attente de leurs partenaires et se rendirent compte au travers de leurs dialogues qu'elles aussi avaient subi les effets de l'alcoolisme engendrés par la consommation de leurs époux (Al-Anon Family Groups, 1997). D'abord, c'est en parallèle et à l'image du mouvement

d'Alcooliques Anonymes, que le premier groupe d'*Al-Anon* a été créé (Humphreys et Kaskytas, 2009). Toutefois, ce n'est qu'en 1951 que le groupe *Al-Anon Family Group* fut officiellement formé par Lois W., l'épouse de Bill W. et d'autres femmes ayant des conjoints membres du mouvement d'*Alcooliques Anonymes*, et que ce groupe est aujourd'hui considéré comme étant la première organisation ayant reconnu les effets pathologiques de l'alcoolisme chez les membres de la famille (Haaken, 1993). En 1957, le groupe *Alateen* fut créé pour les membres d'*Al-Anon* âgés de 12 à 19 ans (Savannah Area Al-anon and Alateen, 2017). Plus tard, en 1977, le concept « *Adult Children* » a émergé pour référer aux membres d'*Alateen* qui avaient atteint l'âge adulte, et en 1978, le groupe « *Adult Children of Alcoholics* » a vu le jour (Adult Children Of Alcoholics World Services Organisation, 2007).

C'est d'abord vers la fin du XXe siècle que les recherches scientifiques portant sur l'alcoolisme ont commencé à mettre l'emphase sur le phénomène des dépendances sans substance, puisqu'ils observaient que l'usage abusif des substances avait des effets notables chez les femmes et les enfants de ceux et celles qui étaient à proximité avec un individu aux prises avec une dépendance aux substances (Cullen, 1999 ; Harkness, 2003). Bien que le programme *Al-Anon* existait formellement depuis déjà près d'une trentaine d'années, pour agir en tant que soutien pour les membres de la famille perturbée par l'alcoolisme, au tournant des années 1980, tout un ensemble de groupes anonymes, créés à l'image du mouvement d'*Alcooliques Anonymes*, a commencé à émerger (Levine 1993). C'est ainsi que plusieurs écrits ont vu le jour sur la notion de dépendances comportementales, ce qui est corollaire avec l'émergence des concepts co-alcoolique et codépendance (Hoenigmann-Lion et Whitehead, 2006). De plus, des services en matière de toxicomanie et de thérapie familiale, ainsi que plusieurs autres groupes d'entraide anonymes tels que *Codépendances Anonymes (CoDA)* et *Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (D.A.S.A.)*, ont commencé à apparaître pour intervenir auprès des personnes affectées par la consommation excessive des produits psychotropes d'un proche et auprès d'individus portés à s'engager dans des activités sexuelles de façon addictive (White, 2005). C'était alors la naissance de l'intervention sociale auprès

du réseau social de la personne aux prises avec une consommation problématique de substances, ainsi que l'avènement de l'intervention en matière des dépendances sans substance. Au fil du temps, tout un vocabulaire et une variété de théories se sont développés pour parler du comportement excessif en tant que processus, plutôt qu'un phénomène déclenché par la catalyse de la rencontre de la substance chimique dans le corps. D'abord, plusieurs autres formes de dépendances comportementales sont apparues dans la littérature pour distinguer des comportements excessifs, non pas liés à une substance psychotrope, mais aux activités pratiquées dans la vie quotidienne (Valleur et Velea, 2002). Parmi la longue liste d'activités du quotidien se retrouvent les dépendances comportementales concernant le sexe, la pornographie, l'amour, les relations, le travail, l'alimentation, l'activité technologique - le jeu vidéo, le surf de l'internet - même le magasinage compulsif.

En dépit des nombreuses recherches en matière de toxicomanie et de santé mentale portant sur la notion de dépendance comportementale, celle-ci demeure un sujet controversé et ambiguë, en raison du manque de consensus concernant la nature et la conceptualisation de ce phénomène (Dufour et collab., 2014). D'une part, pour les détenteurs de la psychologie, les comportements dépendants relèvent plutôt d'un trouble psychiatrique lié à l'impulsivité (Sellman, 2016). Toutefois, pour les cliniciens et les chercheurs des champs de la toxicomanie, ou de l'addictologie comme désignée en France (Suissa, 2009), ce phénomène est plutôt perçu comme un mécanisme d'adaptation surinvesti, c'est-à-dire une dépendance ou une addiction comportementale (Goyette et Nadeau, 2014). Même, depuis longtemps, les chercheurs des domaines de la psychologie et du traitement de l'addiction se sont critiqués sur la nature et la cause de la dépendance aux substances psychotropes ou de l'addiction, sans arriver à un terrain d'entente. Comme le débat de « l'œuf et de la poule », beaucoup d'emphase était mise sur la reconnaissance de ce qui était survenu en premier, soit la dépendance ou le trouble de santé mentale. C'est alors, pour permettre un accord entre ces deux domaines, qu'au tournant des années 2000, l'expression *trouble concomitant* (TC) est devenue d'usage courant pour améliorer l'accès aux traitements, en caractérisant une personne souffrant

d'un trouble de santé mentale simultanément d'une toxicomanie (CAMH, 2002). Cependant, le phénomène d'addiction sans substance demeure un sujet de grands débats (Valleur, 2005 ; Black, 2013 ; Sinclair et collab., 2016).

À l'heure actuelle, seul le jeu pathologique (le gambling) est considéré comme une dépendance comportementale officielle dans la nosologie du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-V (Dufour, 2014 ; Starcevic, 2016). En observant le communiqué actuel affiché sur le site web du Centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada, les statistiques démontrent que chaque année, 1 Canadien sur 5 sera aux prises avec des affections mentales ou un problème d'addiction, et qu'un sur 2 aura un trouble de santé mentale par le temps qu'il atteigne l'âge de 40 ans (CAMH, 2008). Étant donné que les dépendances comportementales sont marginales en raison du manque de consensus, il est difficile d'estimer l'ampleur des autres formes de dépendances comportementales. Les statistiques disponibles par rapport aux dépendances comportementales portent sur le jeu problématique. Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale, en Ontario, « [...] 2,6% des adultes courent un risque modéré d'avoir un problème de jeu et 0,8 % ont un problème de jeu, soit 3,4 % de personnes touchées [...], ce qui correspond à la moyenne, comparativement à d'autres régions du monde. » (CAMH, 2010, p. 6). Ainsi, d'après une étude menée auprès des élèves de la province de l'Ontario, âgés entre 15 à 17 ans, approximativement « [...] 2,8 % (environ 29 000 élèves) ont un problème de jeu [...] » et « [...] 3,9 % sont touchés par le jeu problématique » (CAMH, 2010, p. 6). Considérant la prévalence des troubles de santé mentale et des toxicomanies, il semble donc juste d'avancer que les troubles concomitants s'avèrent un problème de grande envergure au Canada et que de nombreuses personnes et familles en sont affectées.

Puisque les autres formes de dépendances comportementales manquent de reconnaissance par le système de traitement et qu'elles sont à la marge des services disponibles, il est impossible de préciser leur prévalence. Cependant, à la lumière des taux élevés de la toxicomanie et des troubles de santé mentale - soient les troubles

concomitants - nous pouvons être portés à croire que le taux de dépendances comportementales serait élevé, si les statistiques en tenaient compte. Étant donné que les dépendances comportementales ne sont pas reconnues, elles ne sont pas incluses dans l'offre des prestations de services des centres de rétablissement pour l'addiction. Présentement, à Sudbury (Ontario), seules les personnes s'identifiant avec un trouble de dépendance aux produits psychotropes peuvent faire demande pour un séjour dans un programme de traitement résidentiel (NE LHIN, 2016). Ainsi, d'après nos observations, le centre Camillus à Elliot Lake est le seul programme résidentiel dans la région du nord de l'Ontario qui offre un programme pour aborder les dépendances affectives en lien avec la toxicomanie d'un proche. Considérant le grand nombre d'écrits portant sur la question des dépendances comportementales (Semaille, 2009 ; Giugliano, 2013 ; Dufour et collab., 2014 ; Trouessin, 2015 ; Grant et collab., 2010 ; Potenza, 2006 ; Guillou-Landréat et collab., 2012 ; Valleur et Valéa, 2002 ; Alavi, 2012), nous avons tendance à croire que ce phénomène est d'une actualité brûlante et que de nombreuses personnes sont concernées sans qu'elles aient accès à des services de soutien et d'appui pour la prise en charge de ces difficultés. Ceci pose des défis et des enjeux importants pour le bien-être de la population et pour l'intervention clinique et sociale de ces troubles difficilement identifiables.

En tant que travailleuse sociale en intervention directe à Sudbury depuis le tournant des années 2000, nous avons observé de près les problèmes de toxicomanie et de santé mentale auprès d'individus âgés de 16 ans et plus. Ce faisant, nous avons pris connaissance des multiples facteurs qui engendrent les comportements dépendants, ainsi que des innombrables conséquences néfastes qui en découlent, tant pour l'individu se présentant pour des services que pour ses proches. Ce que nous avons souvent observé en travail clinique est qu'au cours de leur suivi, un nombre élevé de client(e)s distinguait qu'ils(elles) avaient éprouvé plusieurs autres comportements dépendants, en plus de la toxicomanie, et que ceux-ci s'étaient déclenchés bien avant qu'ils s'adonnent à l'usage des substances psychotropes. De plus, souvent les client(e)s rapportaient qu'ils(elles) avaient vécu des traumatismes précoces, et qu'au sein de leur famille d'origine, ils

avaient soit un parent ou un grand-parent qui était aux prises avec une dépendance à une substance psychotrope, avec une autre forme de comportement excessif quelconque semblable à une toxicomanie ou à un trouble de santé mentale.

Vers 2008, consciente des écarts dans les services en matière de toxicomanie en ce qui concerne particulièrement les dépendances affectives, nous avons entrepris d'élaborer un atelier éducatif axé sur la notion d'enfants adultes de familles alcooliques, toxicomanes et dysfonctionnelles, les relations saines, l'amélioration de l'estime de soi, et les principes de rétablissement pour promouvoir la prise en charge de ces problèmes. Cet atelier permettait de recevoir jusqu'à 20 participantes pendant 2 heures, au cours d'une période s'écoulant sur 6 semaines. Cependant, en raison du mandat de l'agence, seules les femmes qui s'identifiaient avec une toxicomanie pouvaient s'inscrire à cet atelier. Deux jours après la diffusion de l'annonce publicitaire pour cet atelier au travers des agences de services sociaux à Sudbury, les vingt espaces réservés pour ce programme étaient remplis. Malheureusement, plusieurs femmes ayant fait demande pour y assister, ne purent participer à cet atelier, parce qu'elles ne s'identifiaient pas être aux prises avec une dépendance aux substances, bien qu'il était évident, d'après ce qu'elles avaient partagé concernant leur désir de s'inscrire à l'atelier, qu'elles souffraient tout de même de dépendance sans substance et qu'elles avaient subi des impacts importants liés à l'abus de substance auprès d'un proche. Même, dans les deux semaines suivant le début de cet atelier, plusieurs femmes contactèrent l'agence pour obtenir des informations et demandèrent de s'inscrire sur la liste d'attente pour la prochaine séance. Ceci semble confirmer qu'à Sudbury il y a une demande et un besoin réel pour ce genre de service permettant d'intervenir auprès d'individus aux prises d'une dépendance affective quelconque. Mais ils ne peuvent être offerts, dans la mesure où cette problématique de codépendance n'est pas encore reconnue et donc pas encore financée.

D'après nos observations et nos expériences sur le terrain, nous constatons qu'il y a des écarts considérables qui se révèlent dans les services à Sudbury, ce qui pose des enjeux importants pour le bien-être de la population et pour l'intervention du phénomène

des dépendances comportementales et de l'addiction en général. Avec la pénurie de données pour évaluer la dimension du problème de dépendances comportementales, il est impossible de vérifier nos observations par rapport à la carence de services pour tenir compte de ce phénomène. Si l'étendue de ce problème est aussi importante que nos observations nous le suggèrent, le phénomène des dépendances comportementales en serait un de grande envergure. Ainsi, avec la fermeture du Family Enrichment Centre en 2015, une agence qui offrait des services de counseling général et certains programmes spécifiques pour les personnes et les familles perturbées par l'alcoolisme et la toxicomanie d'un proche, nous pouvons avancer avec raison que les écarts dans les services soient plus grands qu'ils l'étaient avant la fermeture du centre. C'est donc à partir de ce raisonnement inductif et des raisons sociales que nous avons soulevés que nous justifions l'importance d'une étude exploratoire portant sur le vécu des dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins parmi les personnes concernées.

Ce sujet d'étude nous intéresse personnellement, puisque nous avons fait la connaissance de bon nombre de personnes à l'extérieur du système des services sociaux, qui ont souffert des traumatismes et des nombreux impacts d'importance, à cause de la toxicomanie au niveau de leur famille d'origine et/ou au sein d'une relation intime. L'expérience de vivre de telles situations mène à des réactions de stress et ces personnes vivent souvent des enjeux et des défis importants pendant de longues années. Bien que nous ayons remarqué que ces personnes paraissent souvent résilientes et efficaces, nous avons observé qu'elles s'adonnaient parfois aux substances psychotropes pour gérer le stress, bien qu'à d'autres temps, il se manifestait chez elles des comportements dépendants analogues à une addiction, sans qu'elles consomment de produits psychotropes. Par conséquent, ces personnes avaient du mal à comprendre leurs comportements excessifs et à reconnaître la profondeur des impacts psychosociaux qu'elles avaient subis en raison de l'addiction d'un proche. Sans la reconnaissance de ces troubles ou d'un langage pour en parler, le comportement excessif se perpétue et ces

personnes souffrent souvent dans le silence et n'ont pas accès à des services appropriés pour la prise en charge de leurs difficultés.

C'est alors, à la lumière de ce que nous avons posé en tant que problématique, que nous entreprenons une étude exploratoire qui consiste à savoir : Quel est le vécu des dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins parmi les personnes concernées?

## **1.2 Les buts de la recherche**

Notre recherche comprend un objectif général et trois objectifs spécifiques. L'objectif général vise à :

- Comprendre le vécu des différentes formes de dépendances marginales parmi les personnes concernées.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- Analyser les impacts des formes de dépendance marginales sur la vie des personnes concernées.
- Évaluer les besoins des personnes concernées en matière d'intervention sociale.
- Examiner les perspectives de solutions auprès des personnes concernées.

## **1.3 La double pertinence de cette recherche**

Nous discuterons prochainement de la double pertinence de notre sujet de recherche, ce qui permettra, d'une part, d'en souligner la pertinence théorique et, d'autre part, d'en démontrer sa pertinence pratique et sociale.

En recensant les écrits sur cette problématique, nous avons remarqué qu'il y a une abondance de littérature à travers différentes perspectives multidisciplinaires portant sur la dépendance des substances, et que, malgré cette pléthore, très peu de recherches qualitatives sont menées directement auprès de la population affectée par les

dépendances comportementales (Starcevic, 2016). Bien que nous ayons trouvé des recherches décrivant les impacts de l'addiction auprès de l'individu et de son réseau social, et qu'en général elles s'entendent pour dire que la toxicomanie est un problème tenace qui crée des impacts importants, peu d'emphase est mise sur des stratégies concrètes de prise en charge de ces problèmes dans les services disponibles à la population concernée. Beaucoup d'emphase est mise sur le traitement de l'individu aux prises avec la toxicomanie et, ce dernier, est considéré comme un « malade », puisque la dépendance ou l'addiction s'appréhende comme une maladie. En majorité, les recherches sur les dépendances comportementales ont fait leur parution avant l'époque de la publication du DSM-V, en 2013, et elles se concentrent plus particulièrement sur la conceptualisation de la dépendance comportementale, de son étiologie et de sa nosologie. Enfin, nous avons constaté qu'il y a une pénurie d'études en travail social portant sur cette problématique, et nous avons réalisé qu'il n'y a pas de recherche axée spécifiquement sur le contexte de la population sudburoise.

Notre projet de recherche a de la pertinence théorique pour le travail social car, tout en s'appuyant sur les théories en vigueur dans ce domaine et en adoptant une approche biopsychosociale, notre réflexion portera sur une critique du discours dominant du modèle médical qui semble poser le plus grand enjeu pour l'intervention sociale de ce problème. Mais selon le modèle médical, la toxicomanie est perçue comme une maladie, tandis que les dépendances comportementales, telles que la codépendance, les enfants adultes d'alcooliques et la majorité des dépendances sans substance, ne sont pas codifiées.

Cette étude vise à explorer le vécu des dépendances marginales, des impacts et des besoins parmi les personnes concernées. Les personnes concernées couvrent la population qui s'identifie comme étant perturbée par les dépendances marginales ou la toxicomanie d'un proche, et qui n'a peu ou pas d'accès à des services spécialisés dans la région de Sudbury pour répondre à ces problèmes. Ainsi, d'autres personnes concernées sont les intervenants de la région de Sudbury qui, sans doute, doivent envisager

fréquemment ces problèmes. Cette recherche a donc des bénéfices pour les participants de l'étude en ce qu'elle propose de leur donner une voix en vue de promouvoir l'autonomisation, la mobilisation communautaire et notamment la solidarité. En cherchant à élucider s'il existe des écarts dans les services, ce projet se tâche de préconiser le fonctionnement efficace des systèmes sociaux. Les retombées pratiques et sociales de nos résultats sont donc destinées aux participants qui en seront les premiers bénéficiers. Notre recherche consistera de l'évaluation des besoins de cette population par rapport aux dépendances marginales ce qui permettra de mieux saisir le contexte et l'ampleur de ce problème tout en cherchant auprès de ce groupe quelles sont leurs perspectives de solutions. À cette fin, nos résultats pourraient contribuer à une meilleure compréhension de ce que vivent ces gens pour trouver des solutions collectives pour prescrire des changements dans l'intérêt de la population. Nous souhaitons que les résultats puissent donner lieu à certains types de collaboration afin d'assurer l'inclusion du traitement de ces problèmes dans la prestation des services. Afin de vulgariser les résultats aux participant(e)s de cette étude, une copie du mémoire complété sera disponible à la bibliothèque J.N. Desmarais de l'Université Laurentienne.

## CHAPITRE 2

### Cadre conceptuel

#### 2.1 Définitions des concepts centraux

À la lumière de notre question de recherche et à sa double pertinence théorique et pratique et sociale, nous allons aborder le cadre conceptuel de notre recherche, ce qui permettra de définir les concepts centraux de notre étude. Afin de comprendre le contexte des dépendances comportementales, il est nécessaire de proposer les définitions des concepts de *toxicomanie*, d'*addiction* et de *dépendance* à travers ses différentes formes. Ces définitions sont importantes en raison des difficultés sémantiques que ces concepts posent du fait qu'ils peuvent souvent être perçus comme synonymes. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur l'ouvrage d'Alexander (2008) qui a fait une étude exhaustive sur le concept d'addiction. En second lieu, nous passerons à la définition et à la délimitation des concepts centraux et des dimensions à l'étude. Parmi les concepts centraux se retrouvent : les dépendances marginales, les impacts des dépendances marginales et les personnes concernées par les dépendances marginales.

#### 2.2 Toxicomanie

Le concept de « toxicomanie » est une traduction française pour le mot addiction et ce, particulièrement au Canada. L'usage du mot « addiction » au Canada est considéré comme un anglicisme, bien qu'il soit d'usage courant et acceptable ailleurs dans la langue française (Druide Informatique Inc., 2016). Les termes « toxicomanie » et « addiction » ont pendant longtemps été utilisés comme des synonymes ; cependant il y a des nuances.

Le mot « toxicomanie » sous-entend qu'il y a une substance toxique à la base ce qui crée une manie ou une dépendance pour l'individu qui est aux prises avec un produit toxique (Suissa, 2009). Pour sa part, le mot « addiction » est beaucoup plus étendu en ce

qu'il renvoie plutôt à la notion « *d'être aux prises avec* » quelque chose, et non pas forcément d'être aux prises avec la consommation d'une substance. Le mot addiction peut donc aussi référer à être aux prises avec d'autres poursuites<sup>6</sup>, telles qu'une activité, un objet ou une personne.

### 2.3 Addiction

Selon Alexander (2008), pour conceptualiser le mot « addiction », il faut partir de sa définition traditionnelle qui est puisée de la langue anglaise. Celle-ci réfère à un état d'esclavage. À partir de là, cet auteur formule quatre catégories qu'il énumère *addiction 1*, *addiction 2*, *addiction 3* et *addiction 4*. Ceci lui permet d'établir une définition inclusive de l'addiction et de discerner la multiplicité de sens qui peut être attribuée au mot addiction. En examinant les quatre définitions qu'il fournit, nous remarquons qu'il se sert de l'expression anglaise « *overwhelming involvement* ». Notons que l'expression *implication écrasante* sera utilisée dans ce travail, en tant que traduction, afin de prévenir l'anglicisme. Ceci n'a aucune intention de modifier le sens attribué par l'auteur. Passons maintenant au survol des définitions qu'il offre.

*Addiction 1*, signifie une implication écrasante avec des drogues ou de l'alcool qui est nuisible à la personne aux prises avec l'addiction et/ou à la société.

*Addiction 2*, comprend addiction 1, et il s'agit d'implications non écrasantes avec des drogues et/ou de l'alcool qui sont problématiques pour la personne aux prises avec l'addiction et/ou à la société.

*Addiction 3*, désigne une implication écrasante avec n'importe quelle poursuite, incluant, mais ne se limitant pas à la drogue et/ou à l'alcool, qui est nuisible à la personne aux prises avec l'addiction et/ou à la société.

---

<sup>6</sup> Poursuite : Dans son livre, Bruce Alexander (2008), se sert du mot « poursuit » en tant que synonyme pour le mot « habit » dans sa définition du mot « addiction ». Afin de ne pas modifier le sens qu'il attribue à sa définition, nous avons utilisé le mot « poursuite » en tant que traduction pour signifier l'action de poursuivre quelqu'un ou quelque chose.

*Addiction 4*, consiste en une implication écrasante avec n'importe quelle poursuite, qui n'est aucunement nuisible à la personne aux prises avec l'addiction ou à la société.

*Addiction 3*, tel qu'Alexander (2008) l'explique, n'est pas une habitude ordinaire. C'est une implication écrasante qui peut comprendre diverses poursuites, telles que le jeu au hasard (gambling), l'amour, le sexe, les relations, la quête du pouvoir, le fantasme, le zèle à la religion ou à la politique, le travail, la nourriture, les jeux vidéo, le surf de l'internet, la pornographie et le magasinage, etc., qui peuvent subjuguier, de façon consciente ou inconsciente, tous les aspects de la vie de la personne aux prises avec l'addiction, tant au plan intellectuel, émotionnel, comportemental, social et spirituel. Cette implication écrasante entraîne souvent le déni par rapport aux effets nuisibles qu'engendre l'addiction. Les cas d'addiction 3 ont tendance à être complexes et se constituent d'habitudes qui représentent un style de vie d'addiction. La sévérité de l'addiction 3 peut être examinée selon un continuum allant de léger, modéré ou sévère. Les cas sévères peuvent être entièrement écrasants et les conséquences ont tendance à s'observer de façon évidente. Bien souvent, les effets nuisibles sont tels que la personne ayant l'addiction blesse les autres et s'adonne à des activités risquées. L'addiction peut s'aggraver au point d'entraîner des répercussions irréversibles et même mener à la mort.

## **2.4 Dépendance**

En ce qui concerne le mot « dépendance », Alexander (2008), indique qu'il pose aussi des difficultés d'ordre sémantique en ce que l'usage synonyme fait exister des lacunes au niveau conceptuel. Cet auteur exprime qu'il y a une nette distinction entre les termes dépendance et addiction, ce qui mérite d'être clarifié. Le concept de « dépendance » diffère du mot addiction, car une personne peut être dépendante d'un médicament quelconque sans que celui-ci entraîne des problèmes. Ceci est observé chez les individus qui utilisent des médicaments, dans la mesure où ils en ont légitimement besoin pour contrer les obstacles qui les empêchent de fonctionner dans leur quotidien. De manière simpliste, on pourrait concevoir qu'une personne qui souffre d'une blessure

à la jambe est dépendante de béquilles pour se déplacer, bien que l'usage de béquilles ne soit pas problématique.

Comme nous avons pu le constater, Alexander (2008) reconnaît que l'addiction 3 incorpore toutes les formes d'addictions. Pour classer une poursuite en tant qu'addiction, elle doit entraîner une *implication écrasante* et causer des effets nuisibles, et ce, peu importe qu'elle s'agisse d'une substance ou autre. Étant donné la distinction des mots « toxicomanie » et « addiction », dorénavant au cours de notre étude, lorsque nous ferons l'usage du mot « toxicomanie », il sera utilisé spécifiquement pour désigner l'usage d'un produit psychotrope qui crée des dysfonctions. Le mot addiction d'autre part, sera utilisé dans son sens large pour renvoyer à la notion « *d'être aux prises avec* » quelque chose, sans que cette chose soit spécifiquement liée à la consommation d'une substance. Ainsi, notons qu'en dépit de la distinction que fait Alexander (2008) par rapport au concept de « dépendance », pour notre recherche, nous avons utilisé le terme « dépendance » en tant que synonyme « d'addiction », puisqu'il s'agit d'étudier les comportements dépendants qui engendrent la dysfonction. Précisons que la notion de *dysfonction* correspond à une sensation désagréable causée par un mauvais fonctionnement - soit le malaise, voire même une implication écrasante.

Passons maintenant à la définition des trois concepts centraux de notre étude : les dépendances marginales, les impacts et les personnes concernées.

## **2.5 Définitions des trois concepts centraux**

Dans ce qui suit, nous aborderons la définition des trois concepts centraux de l'étude qui sont les dépendances marginales - ou les dépendances comportementales, les impacts des dépendances marginales et les personnes concernées par les dépendances marginales.

### 2.5.1 Concept 1 - Les dépendances marginales : les dépendances comportementales

Comme nous l'avons mentionné, les dépendances marginales sont celles qui sont à la marge des services offerts en matière de traitement de l'addiction, car elles ne sont pas reconnues officiellement. Ces dépendances marginales sont les dépendances qui ne sont pas basées sur la consommation de substances psychotropes, mais plutôt sur d'autres comportements ou objets d'addiction. Bien qu'il soit impossible, dans les limites de ce mémoire de recherche, d'examiner toutes les formes de dépendances comportementales ou d'objets d'addiction, celles que nous avons examinées consistent en des dépendances comportementales, notamment la codépendance, les enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ADT), les dépendances affectives, amoureuses et sexuelles.

Tout d'abord, rappelons que le phénomène des dépendances comportementales demeure un sujet controversé depuis longtemps, parmi les chercheurs des diverses écoles de pensée, et plus particulièrement chez les professionnels des domaines de la médecine, de la psychologie et de la clinique. Bien que plusieurs publications aient, depuis les années 1990, porté sur les similarités et les différences entre les dépendances aux substances et les dépendances comportementales, à l'heure actuelle, il n'y a pas de définition absolue pour décrire ce phénomène, mais qu'en général « [...] *la souffrance, la perte de contrôle et de liberté, la compulsion, l'obsession et les conséquences vécues sont souvent au cœur du concept de dépendance* » (Dufour et collab., 2014, p. i).

En examinant les écrits sur le concept de dépendance comportementale, nous observons qu'il y a toute une variété de termes, de définitions et de caractéristiques proposés par les auteurs de diverses disciplines. Parmi les nombreux auteurs qui ont traité de ce phénomène, Goodman (1990), Griffiths (2005), Alexander (2008), Semaille (2009), Potenza (2010), Valleur (2012) et Grant (2013) ont chacun leurs propres descriptions de ce que constitue une dépendance comportementale. Ce que nous pouvons dégager, d'après les auteurs mentionnés-ci haut, est *qu'une dépendance*

*comportementale est un processus qui se produit indépendamment de substances toxiques, puisque c'est le système de récompenses qui mène à la dépendance ou à l'addiction.* Ce qui suit est une définition et une explication générale et succincte à partir de ces auteurs.

La dépendance comportementale peut se définir comme un processus caractérisé par l'action de s'engager dans une activité de façon répétée et habituelle qui, progressivement se transforme en besoin incontrôlable pour le sujet de s'en adonner ou de s'en passer. À mesure que cette activité se transforme en dépendance, le système de récompenses au niveau du cerveau exige de plus en plus de cette activité pour ressentir la sensation désirée ; alors, le sujet devra effectuer de plus nombreuses fois l'acte addictif, afin de reconstituer et de maintenir cette sensation. Ce comportement devient donc habituel et, au travers de ce processus d'accoutumance, l'activité ne sera plus utilisée pour les mêmes raisons qu'à ses débuts, mais plutôt pour combler un besoin indispensable pour le sujet, afin de l'assister à vivre son quotidien et à envisager ses difficultés. Lorsque la dépendance s'installe, l'activité, l'objet ou la personne (c'est-à-dire l'objet de l'addiction) devient une source nécessaire pour procurer une sensation de plaisir au sujet. Commencant souvent par une expérience sans caractère nocif à ses débuts et, progressivement, à mesure que se fixe la dépendance comportementale, le sujet consacrera de plus en plus de temps et d'énergie à l'engagement dans cette activité, s'intégrant dans plusieurs facettes de sa vie, ce qui résulte en déséquilibres. Ces déséquilibres engendrent toute une gamme de conséquences biologiques, psychologiques et sociales. Bien que le sujet puisse se rendre compte que ses comportements sont déséquilibrés et lui posent des problèmes, une fois que la dépendance s'installe, le sujet a du mal à s'en sortir, en dépit de la connaissance des conséquences et des risques pour lui et son réseau social. En bref, une dépendance comportementale est un processus récurrent, associé à une activité, qui a des multiples impacts, à intensités variées, pour le sujet et son environnement.

### 2.5.1.1 La codépendance

La codépendance est un terme qui a pris ses racines dans le champ de la toxicomanie au début des années 1980 (Harkness, 2003). Élaboré pour remplacer les divers concepts - co-alcoolique, para-alcoolique et facilitateur « enabler » - qui étaient des termes en usage à l'époque, le concept de codépendance était utilisé pour désigner les difficultés psychologiques, émotionnelles et comportementales se manifestant particulièrement chez les partenaires et, subséquemment, chez les enfants des personnes aux prises avec une toxicomanie (Cullen et Carr, 1999). Plus précisément, ce terme était utilisé pour référer à une trame (*pattern*) d'attitudes et de comportements observés chez les membres d'une famille dans laquelle il y avait quelqu'un aux prises avec une toxicomanie. Le comportement le plus caractéristique de la codépendance était la tendance à se surinvestir en aidant ou en facilitant la toxicomanie de l'autre. Selon cette conception, le terme codépendance assumait non seulement que la personne aux prises avec la dépendance à une substance était malade, mais que tout *le système familial* était malade, puisque le système était aux prises avec le besoin incontrôlable de prendre soin de la personne toxicomane (Hoenigmann-Lion et Whitehead, 2006). Toutefois, avec la popularité de ce concept, est venue l'émergence d'un nombre croissant de livres de développement personnel - tels que ceux de Melodie Beattie - et au mouvement de *Codépendance Anonyme*, ce qui a fait en sorte que le concept de codépendance s'est élargi et que sa définition originale a commencé à prendre plusieurs sens (Peled et Sacks, 2008), voire même s'étendre pour inclure n'importe quelle personne qui se retrouve dans une relation qui est physiquement et/ou émotionnellement nuisible (Hoenigmann-Lion et Whitehead, 2006). Par conséquent, l'extension exagérée de ce concept a mené à une définition floue de ce problème, ce qui a occasionné la critique que la notion de codépendance, en tant que trouble méritant un traitement, n'était qu'une fabrication dépravée pour des gains institutionnels (White, 2005).

### 2.5.1.2 Les enfants adultes de familles - alcooliques/toxicomanes/dysfonctionnelles (ATD)<sup>7</sup>

Dans son article sur les perspectives des effets intergénérationnels de l'addiction, White (2005) présente une échelle de temps décrivant l'ordre chronologique du mouvement social qui a mené à l'élaboration du concept d'enfants adultes de familles alcooliques. D'après cette perspective historique, l'étude des effets de l'addiction sur le système familial et sur le développement de l'enfant, ainsi que sur la transmission intergénérationnelle de l'addiction, remonte à près de deux siècles, à l'ère du mouvement de tempérance américain. Les premières recherches mettaient surtout l'emphase sur la vulnérabilité de transmission biologique ou génétique de l'addiction. À cette époque, plusieurs groupes de soutien ont commencé à émerger dans la société américaine particulièrement chez les femmes affectées par l'alcoolisme. C'est au cours des années 1930 que plusieurs groupes se sont rassemblés pour aboutir à l'établissement du mouvement *d'Alcooliques Anonymes* et, plus tard, vers les 1951, au mouvement *d'Al-Anon*. Au tournant de cette époque, les études sur les effets familiaux de l'addiction ont pris de l'ampleur et sont passées à travers une variété de stades menant à l'examen plus approfondi des effets psychosociaux prolongés sur les conjointes et sur les enfants de ces familles. Ce n'est qu'au cours des années 1950 que la conception moderne des effets de l'alcoolisme et des autres drogues sur le réseau social a vu le jour. La solution pour remédier aux effets de l'addiction qui en a découlé était qu'il fallait briser les cycles intergénérationnels des problèmes d'addiction. C'est donc à cette époque que l'addiction a commencé à être qualifiée de maladie familiale, et que les personnes perturbées par l'addiction familiale ont commencé à être impliquées dans le traitement. Dans les années 1980, les personnes affectées par l'addiction étaient maintenant perçues en tant que patientes en soi, puisqu'elles avaient souffert d'une condition qui méritait un traitement.

---

<sup>7</sup> ADT : Dans la majorité des textes anglais l'acronyme « ACA ou ACOA » est utilisé pour faire référence au concept « Adult Children of Alcoholics » ou *E.A.D.A* traduit en français, toutefois pour notre étude nous utiliserons le sigle « ATD » pour référer aux enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes et dysfonctionnels.

C'est d'abord à cette époque qu'est né le concept d'enfants d'adultes de familles alcooliques (E.A.D.A.), pour signifier une personne adulte qui avait, lors de son enfance, subi du tort, en raison de l'alcoolisme au sein de la famille d'origine (White, 2005 ; Hamburg, 2007).

À ses débuts, le concept d'enfants adultes de familles alcooliques (E.A.D.A.) ou « Adult Children of Alcoholics » (ACOA, ACA), en anglais, désignait spécifiquement une personne adulte issue d'une famille où un parent, ou les deux, étaient aux prises avec l'alcoolisme (Geringer-Woitz, 2002). Toutefois, vers 1983, avec la création du *National Association for Adult Children of Alcoholics*, une organisation américaine dédiée à l'éducation et à la mobilisation des personnes ayant subi des impacts au sein de leurs familles d'origine en raison de l'alcoolisme (Hamburg, 2007), l'information par rapport à ce problème s'est diffusée rapidement ; ce concept s'est élargi, pour tenir compte des autres effets aussi dévastateurs des autres formes d'addiction, et pour incorporer toute une variété de dysfonctions familiales liées aux troubles de santé mentale, d'excès de sévérité, d'abus mental ou physique, aux sévices de l'inceste, de parent manquant, de conflits entre parents ou entre parent et enfant et de manque de communication (Whitfield, 2006). C'est donc au fil du temps, que le concept d'enfants adultes s'est développé, pour incorporer les enfants adultes de familles perturbées par la dysfonction.

### **2.5.1.3 Les dépendances affectives, amoureuses et les dépendances sexuelles**

L'amour romantique est, depuis toujours, considéré comme une source de grands plaisirs et de grandes peines ayant le pouvoir de mener les gens à la folie. De nombreux écrits, poèmes, chansons, et médias ont décrit l'amour comme un phénomène intense comparable à l'addiction. En 1975, le psychosociologue Stanton Peele a tenté d'avancer que l'amour n'était pas seulement semblable à la toxicomanie, mais qu'il en était l'équivalent, et donc une véritable addiction en soi (Valleur, 2005). Pour Peele, qui adoptait une perspective psychosociale axée sur l'adaptation et le style de vie, ce n'étaient pas les substances qui engendraient l'addiction ou la dépendance, mais plutôt le

processus ou la relation de l'individu envers l'objet d'addiction qui la déclenchait (Suissa, 2009). Cette perspective a posé un argument important contre le modèle médical de l'addiction et a mené à une autre façon de comprendre l'addiction : un processus, plutôt qu'une maladie. En outre, plusieurs choses - objets et activités - incluant l'amour et le sexe, pouvaient devenir des addictions (Valleur, 2005). C'est à partir de cette époque que bon nombre d'écrits, dans diverses disciplines, ont commencé à voir le jour pour expliquer le processus de l'addiction à l'amour et le sexe - qui est typiquement une activité se produisant au sein d'une relation amoureuse et passionnée.

C'est autour des années 1980, en parallèle avec les écrits portant sur les concepts de la codépendance et des enfants adultes, qu'en 1983, le livre de Patrick Carnes sur l'addiction sexuelle a fait son apparition (Semaille, 2009), et qu'en 1985, le livre « Women Who Love Too Much », de Robin Norwood, a fait sa parution (Valleur, 2005). D'après ces auteurs, l'amour et le sexe pouvaient se manifester en tant que problématiques, voire même être pathologiques pour certaines personnes.

Pour Norwood, les dépendances amoureuses ou affectives se manifestent de façons très diverses, et sont conçues comme le phénomène de *trop aimer*, ce qui s'explique particulièrement par l'expérience de vivre au sein d'une famille dysfonctionnelle, généralement perturbée par la toxicomanie. C'est ainsi, selon sa perspective, que les dépendances sexuelles peuvent s'associer avec les dépendances amoureuses (Norwood, 1985). Toutefois, pour Carnes (2001), la dépendance ou l'addiction sexuelle n'est pas particulièrement liée à l'amour. C'est un comportement sexuel hors de contrôle, qui se manifeste de façon persistante et obsessionnelle, qui implique l'incapacité de l'arrêter ou de le modérer, même en dépit d'efforts, et qui prend de plus en plus de place dans la vie du sujet, menant à la négligence importante des autres activités quotidiennes, ce qui résulte en conséquences sévères pour le sujet et pour son réseau social. Pour cet auteur, l'addiction sexuelle est semblable à la toxicomanie.

Bien que les dépendances comportementales liées à l'amour et le sexe ne soient pas reconnues comme des addictions officielles et qu'il y a beaucoup de controverse à ce

propos, les chercheurs se penchant sur les théories de l'attachement social ont avancé l'argument que ces activités peuvent se comprendre en tant qu'addictions comportementales, dans la mesure où celles-ci déclenchent tout un processus neurochimique dans le cerveau, engendrant une hausse de dopamine et des sentiments d'extase comparables, à l'effet altérant de certains psychotropes qui agissent sur le système de récompenses (Burkett et collab., 2012). Tel qu'expliqué par Fisher et collab. (2016), l'amour peut être compris en tant qu'une addiction naturelle, comparable à une dépendance aux substances, puisque l'amour passe par des processus semblables ; par exemple la préoccupation, les désirs insatiables, l'euphorie, la tolérance, et même le sevrage lorsqu'il y a une rupture dans la relation. D'après cette perspective, toutes les personnes qui ont eu l'expérience d'une peine d'amour sont en mesure d'imaginer la douleur du phénomène de sevrage qui se produit chez le toxicomane lorsqu'il se prive de sa substance addictive.

### **2.5.2 Concept 2 - Les impacts des dépendances marginales ou comportementales**

En observant le site du *Centre de la toxicomanie et de santé mentale du Canada* (CAMH), nous observons que les impacts des dépendances aux substances et des troubles de santé mentale sont généralement décrits comme semblables en ce qu'ils affectent l'individu, son réseau social et la société en général. Bien qu'il soit plus difficile de trouver des renseignements spécifiques portant sur les dépendances comportementales, il y a des informations par rapport aux impacts du jeu problématique. Nous pouvons dégager que les toxicomanies et les troubles de santé mentale sont généralement traités en tant que concomitants et que les renseignements à leur sujet indiquent que les impacts sont comparables. Que ce soit une addiction aux substances, une dépendance comportementale et/ou un trouble de santé mentale, les impacts sont souvent profonds et ressentis aux plans biologiques, psychologiques et sociaux. Communes à toutes addictions, les conséquences sont uniques à la situation particulière

que vivent l'individu, la famille et le réseau social. Lorsqu'il y a un trouble concomitant, c'est-à-dire un trouble de santé mentale qui existe simultanément, les impacts se multiplient.

Les drogues et l'alcool ayant leurs composés chimiques, les impacts de la consommation de ceux-ci sur l'individu s'avèrent souvent plus évidents. Étant donné que la plupart des substances sont illicites et sujettes à un contrôle social, ceci mène fréquemment à des conflits avec la loi, ce qui met de l'emphase sur la nature problématique du comportement. Les impacts des dépendances sans substance peuvent être aussi profonds et durables, bien que ceux-ci soient généralement plus difficiles à percevoir parce qu'ils sont en lien avec des activités habituelles du quotidien. Quoi qu'il en soit, n'importe quels comportements en excès peuvent mener à des déséquilibres pour l'individu et provoquer des réactions pour le système dans lequel il occupe une place. Les membres de la famille sont typiquement « les intervenants de première ligne » qui observent un problème auprès de leur proche et tentent donc d'intervenir. Les enfants qui vivent aux dépens de leurs parents, pour subvenir à leurs besoins dès la naissance jusqu'à ce qu'ils aient la capacité de se prendre en main, sont particulièrement vulnérables. Vivre dans un environnement chaotique et imprévisible est source de grand stress et d'insécurité, ce qui peut nuire à leur développement. La dépendance étant un phénomène complexe, tenace et caractérisé par un manque de contrôle, crée des conditions difficiles qui ont tendance à provoquer des sentiments d'impuissance. Le stress qui est reconnu comme un facteur qui déclenche le mécanisme de *lutte ou de fuite* pour assurer la survie de l'individu peut, en trop grande quantité, avoir l'effet opposé, contribuant à sa défaite. Il est un fait établi que le stress est un « tueur silencieux ».

La présence de troubles de santé mentale ou d'addiction engendre souvent des conséquences variées pour tous les membres d'une famille et chacun vit l'expérience différemment. D'après le Centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada (2006), le stress chronique, que peuvent engendrer ces troubles, a des impacts psychologiques, émotionnels et sociaux sur l'individu et la famille, et peut se répandre dans tous les aspects du quotidien : la santé, les relations familiales et sociales, l'emploi et la situation

économique. Les membres de la famille, qui se retrouvent dans un rôle d'aidant ou de responsable, semblent les plus affectés et ont des taux plus élevés de désordres d'anxiété. Ce sont aussi ceux qui ont plus de tendances à accéder à des services pour leurs propres troubles de santé mentale (CAMH, 2006, p. 3). Le développement des enfants de parents aux prises avec une addiction est souvent gêné et, fréquemment, ces enfants peuvent être plus portés à avoir des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de troubles de comportements et de difficultés scolaires (CAMH, 2006, p. 5).

### **2.5.3 Concept 3 - Les personnes concernées par les dépendances marginales ou les dépendances comportementales**

Étant donné que les statistiques canadiennes démontrent qu'un Canadien sur 5 sera aux prises avec des affections mentales ou un problème d'addiction (CAMH, 2008), il est évident que ces problèmes concernent de nombreuses personnes. D'après les données, les familles ayant des individus souffrant des troubles concomitants ont tendance à envisager de plus grandes difficultés à accéder aux services pour résoudre leurs difficultés, parce que les services en matière de toxicomanie et de santé mentale sont souvent divisés. Ceci accroît l'impact pour les familles concernées (CAMH, 2006, p. 5). Par ailleurs, les dépendances marginales ou comportementales concernent les professionnels de divers domaines, incluant les travailleurs sociaux, qui travaillent auprès des individus et de familles aux prises avec des troubles concomitants.

## **2.6 Délimitation et définition des concepts et dimensions à l'étude**

À la lumière de notre projet de recherche, qui est une étude exploratoire des formes de dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins parmi les personnes concernées, nous allons délimiter et définir les concepts et dimensions à l'étude. Par la suite, nous présenterons le schéma conceptuel et nous en fournirons une description.

En ce qui concerne cette recherche, le concept de codépendance est utilisé dans son sens plutôt original - traditionnel - avec une légère modification pour inclure les dépendances sans substance. Le concept est employé pour désigner le type de dépendance comportementale qui se manifeste chez une personne qui est en relation intime ou familiale avec quelqu'un qui est aux prises avec une toxicomanie ou une dépendance sans substance. Ce type de dépendance comportementale implique la préoccupation, l'obsession et la tendance à tenter de contrôler le comportement dépendant d'autrui. En bref, la codépendance réfère à une implication écrasante qui engendre la dysfonction à intensités variées.

Le concept d'enfants adultes est utilisé dans son sens large pour s'assurer de capter l'ensemble des enfants adultes perturbés par l'addiction et la dysfonction familiale en générale. Pour ce faire, nous avons porté une attention particulière sur le vécu des impacts subis au sein de la famille d'origine afin d'identifier la source de la dysfonction familiale, par exemple l'alcoolisme, la toxicomanie, les dépendances comportementales, les troubles de santé mentale, les abus psychologiques, physiques et sexuels et grosso modo, l'ensemble des excès de sévérité.

Bien qu'il soit peut-être difficile d'en faire la distinction, pour cette recherche nous avons tenté de distinguer les diverses formes de dépendances affectives, en les caractérisant soit de codépendance ou de dépendance affective / amoureuse. Pour en appréhender le sens, nous avons exploré les détails de l'expérience vécue des sujets, afin de constater comment ces dépendances affectives se manifestent et dans quels contextes elles se sont déroulées, dans le but de cibler les caractéristiques spécifiques de chacune. Parallèlement, en ce qui concerne les dépendances sexuelles, nous les avons observées sur la base de leurs manifestations et de leurs conséquences. Ce que nous tenterons de cerner sont les trames (patterns) et les implications écrasantes liées à divers types de relations et activités sexuelles.

Dans le contexte de cette recherche, les impacts des dépendances comportementales ont été observés dans leur ampleur, en examinant comment ils se

manifestent et quels aspects de la vie qu'ils affectent. Le schéma conceptuel que nous avons élaboré fait une liste détaillée des dimensions à l'étude.

Enfin, nous avons ciblé particulièrement les personnes aux prises avec une dépendance comportementale, les personnes affectées par la toxicomanie, les dépendances comportementales et les troubles de santé mentale d'un proche ; soit au sein d'une relation intime (présente ou passée) ou au sein de la famille d'origine ou autres formes de famille et de relations sociales. Comme nous avons constaté qu'il y a des écarts dans les services publics à Sudbury pour répondre à la question des dépendances marginales, nous soupçonnons qu'il y a des professionnels en relation d'aide qui doivent recevoir des demandes de services par des personnes concernées par ces problèmes. Nous reconnaissons d'abord que ces problèmes concernent aussi ces professionnels qui ont à intervenir auprès des individus, des couples et des familles.

En considérant notre objet de recherche qu'est le vécu des formes de dépendances marginales, nous aborderons la description du schéma conceptuel de la recherche au point 2.7 et nous examinerons le schéma conceptuel, ce qui permettra de présenter les dimensions à l'étude.

## **2.7 Description du schéma conceptuel**

En examinant le Schéma 1 : schéma conceptuel à la page suivante, nous remarquons à la marge de gauche, au centre du petit carré, les sous-concepts *addiction*, *toxicomanie* et *dépendance*. C'est à partir de ces concepts que nous avons élaboré le cadre conceptuel.

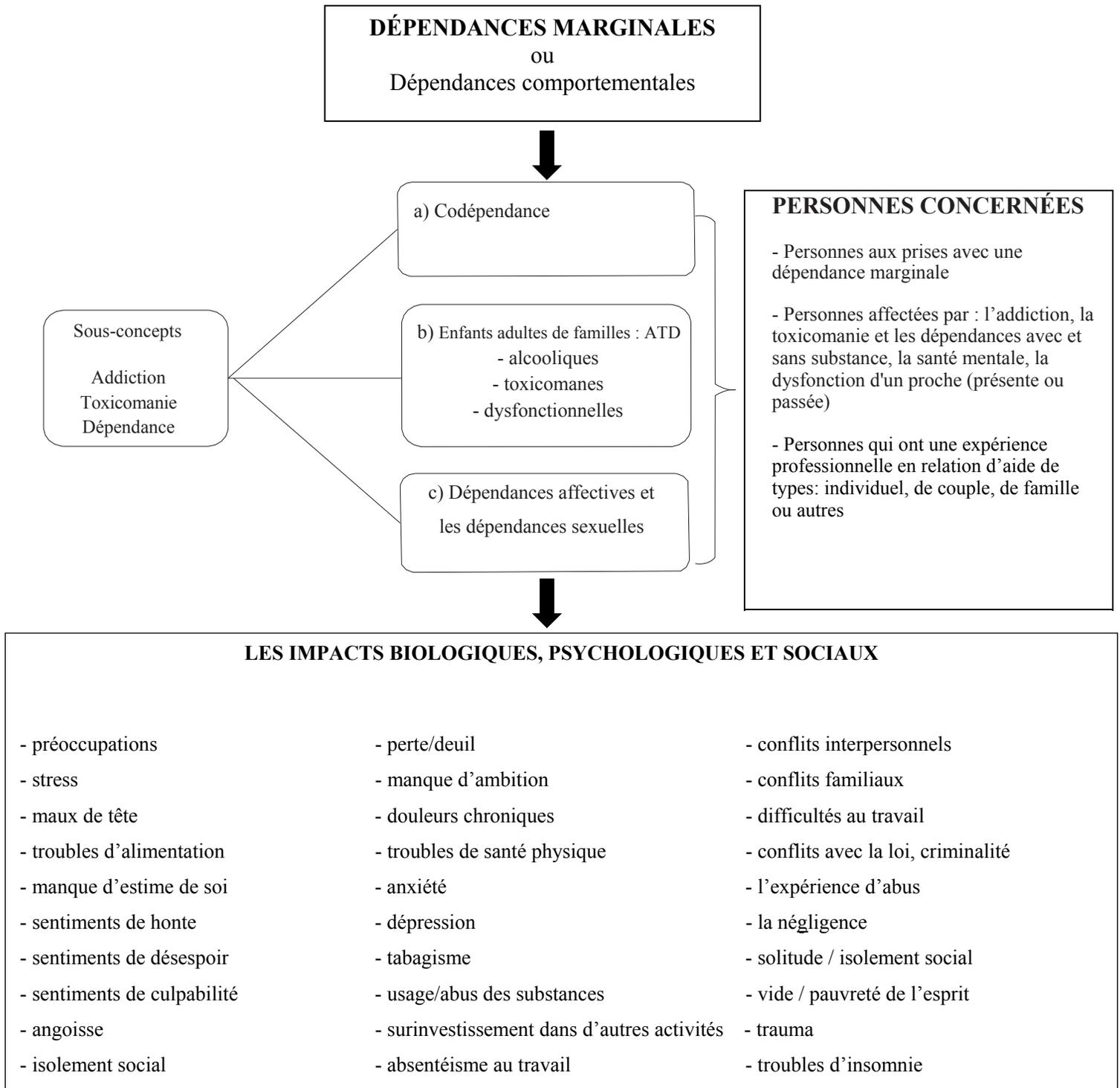
Dans le rectangle, centré au haut de la page sous le titre, nous avons mis en évidence le concept de dépendances marginales (en lettres majuscules et en caractère gras) qui, à l'aide d'une flèche pointant vers le bas, renvoie au concept de dépendances comportementales situé dans le même rectangle. Ces deux concepts sont centraux à l'étude. Ces concepts sont utilisés en tant que synonymes. À partir de ces concepts

centraux (dépendances marginales et dépendances comportementales), indiqués par une flèche pointant vers le bas, découlent les concepts : a) codépendance, b) enfants adultes de familles alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ATD), et c) dépendances affectives et sexuelles. Ceux-ci permettront de tenir compte de certaines formes de dépendances marginales. De ces concepts, encore avec une flèche pointant vers le bas, nous indiquons le deuxième concept central de l'étude, qui est celui des impacts (en lettres majuscules et en caractère gras), situé au sein du gros rectangle en bas de la page. Nous avons dressé une liste d'impacts d'ordre biologiques, psychologiques et sociaux s'étalant sur trois colonnes. Cette liste sert de point de repère pour faire l'analyse des impacts engendrés par les dépendances marginales.

Enfin, à la droite de l'illustration, mis en relief par une accolade, le rectangle moyen contient notre troisième concept central, qui est celui des personnes concernées (en lettres majuscules et en caractère gras). Ce concept nous permet de délimiter les personnes concernées par les dépendances marginales.

Passons maintenant à l'examen du schéma conceptuel et par la suite nous présenterons une synthèse critique de la littérature sur le sujet de recherche et de ses principaux concepts.

### Schéma 1 : Schéma conceptuel



## **2.8 Synthèse critique de la littérature sur le sujet de recherche et ses principaux concepts**

Tel que nous l'avons exposé dans le cadre conceptuel, les thèmes centraux de notre recherche sont les dépendances marginales, leurs impacts et les personnes concernées. En recensant les écrits sur les dépendances non basées sur les substances, nous constatons que ce thème est particulièrement lié aux concepts de la toxicomanie, de l'addiction et de la santé mentale. Ainsi, nous constatons que la littérature remonte de très loin, provenant de divers pays et de plusieurs disciplines, telles que la philosophie, la médecine, la psychologie, la toxicomanie et la thérapie familiale. Ce que nous remarquons, toutefois, c'est que la littérature sur les dépendances comportementales porte surtout sur les similitudes et les différences entre les dépendances aux substances et les dépendances comportementales, ainsi que sur les débats d'ordre conceptuel, épistémologique, étiologique, ontologique et théorique. Bien qu'il y ait peu de consensus en ce qui concerne les dépendances comportementales, la plupart des auteurs s'entendent sur le fait qu'il est nécessaire de faire avancer la recherche, afin de mieux comprendre ce phénomène, et d'améliorer les traitements possibles, ainsi que les stratégies de prévention. Ce qui suit permettra de faire un survol et une synthèse critique de la littérature portant sur les principaux concepts.

Étant donné qu'à la lumière de la littérature explorée en fonction de la définition des concepts centraux, le concept d'addiction comprend différentes formes de dépendance, y compris celles comportementales, nous avons donc regroupé ces deux concepts dans la recension des écrits.

## **2.9 L'addiction et les dépendances comportementales**

Dufour et collab. (2014), portant une vision plutôt clinique, présentent un survol historique du problème de jeux de hasard et du concept de dépendance comportementale. Tel qu'ils l'expliquent, un livre sur les jeux de hasard et d'argent remonte à 1561, dans les textes latins de Pascasius Justus (Juste Pâquier), médecin et

philosophe belge de la Renaissance, également considéré comme le père de la psychothérapie, et il décrivait ce comportement comme un trouble psychologique – ou une maladie - bien que Benjamin Rush, psychiatre américain, avait depuis 1784, été considéré comme le fondateur du concept de la consommation excessive de l'alcool en tant que maladie physique et psychologique (Techno-Science.Net, 2014). D'après ces auteurs, les études de Stanton Peel<sup>8</sup>, en 1975, qui décrivaient la société en tant qu'*addictogène*<sup>9</sup> et l'homme en tant qu'être naturellement dépendant<sup>10</sup>, a incité plusieurs chercheurs à passer à l'exploration du concept de dépendance comportementale en le comparant aux dépendances aux substances. En dépit de l'argument que le jeu de hasard pouvait être considéré comme une addiction, en raison des similitudes, lors de la publication du DSM-III, en 1980, ce problème a été intégré sous les critères de « troubles de l'impulsivité ». Bien que le débat au sujet des dépendances comportementales soit persistant, lors de la publication du DSM-V, en 2013, le problème de jeu a été inclus dans la même classe que les dépendances aux substances et, à présent, est la seule dépendance sans substance officiellement reconnue. De plus, les auteurs soulèvent qu'il est important d'adapter et de modifier l'approche pour le traitement du jeu pathologique, parce qu'en dépit des similarités avec les dépendances aux substances, il y a des différences (Dufour et collab., 2014).

Afin de procurer une base pour l'intégration de l'addiction dans la théorie et la pratique de la psychiatrie, Aviel Goodman (1990), un psychiatre américain, propose une définition de l'addiction et des critères diagnostiques dans des formats semblables à ceux dans le DSM-III-R. Il critique que l'usage du mot addiction dans le manuel de diagnostic est peu employé, bien que le traitement de l'addiction ait évolué à l'extérieur

---

<sup>8</sup> Stanton Peel est un psychologue, avocat, psychothérapeute et auteur américain de livres et articles sur le sujet de l'alcoolisme, l'addiction et le traitement de l'addiction. Il est reconnu pour son œuvre « Love and Addiction » (Kwee, 2007).

<sup>9</sup> Addictogène : réfère à la notion d'une « société de consommation, d'abondance et d'excès où la satiété devient un concept complexe [...] » (Dufour et collab., 2014, p.1).

<sup>10</sup> Naturellement dépendant : réfère à la notion que « [...] nous sommes tous naturellement fabriqués pour être dépendants. » (Dufour et collab., 2014).

du contexte de la psychiatrie. Il exprime que le manque de communication et de coopération entre les professionnels empêche le développement d'approches plus efficaces pour le traitement de l'addiction. Il définit l'addiction comme un processus ou un comportement qui a pour fonction de produire le plaisir et pour échapper à un inconfort interne, employé dans une trame caractérisée par le manque de contrôle et la continuité du comportement, en dépit des conséquences négatives. Il soutient que l'addiction est une dépendance et une compulsion avec des renforcements positifs et négatifs, et que les gens s'adonnent à l'addiction comme un moyen de s'adapter à leurs difficultés. Il propose des critères qu'il a formulés et avance qu'une approche intégrale, tenant compte des facteurs génétiques et environnementaux de l'individu, est nécessaire pour le traitement de l'addiction.

Pour Griffiths (2005), un psychologue anglais, qui a étudié le concept des comportements addictifs, particulièrement le désordre de « gambling », le « gaming » et les addictions à l'internet, au sexe et au travail, rapporte que les addictions ou les dépendances comportementales sont semblables et consistent d'un certain nombre de caractéristiques communes. Parmi les caractéristiques sont la préoccupation, la modification de l'humeur, la tolérance, les symptômes de sevrage, les conflits interpersonnels et la rechute. Il explique que, en raison des multiples facettes de l'addiction, l'approche biopsychosociale est la plus pratique, dans la mesure où elle tient compte des facteurs pharmacologiques, culturels, situationnels et personnels.

Semaille (2009), un médecin belge, s'appuyant sur la définition étendue de l'addiction élaborée par Goodman, critique l'usage du mot dépendance tel qu'utilisé dans les DSM-IV et le CIM-10 (Classification Internationale Des Maladies) comme étant trop étroit et ne tenant pas compte des addictions comportementales. Il souligne que plusieurs comportements peuvent faire partie d'une trajectoire addictive (les poly-addictions), et que les intervenants de première ligne, tout comme les médecins généralistes, devraient s'assurer de faire un examen global des comportements addictifs de leurs patients, afin de suggérer leurs prises en charge dans le but de prévenir la

rechute. Il présente une variété d'échelles de dépistage pour les addictions comportementales : les critères d'addiction de Goodman, le modèle cognitif de Beck et al., l'échelle SOGS (South Oaks Gambling screen), le Eight – test de Sullivan - le test de dépistage de l'addiction sexuelle de Carnes, et le test de dépistage de l'addiction au cybersexe.

Dans leur recherche Sinclair et collab. (2016), qui adoptent une approche de neurosciences comportementales, font une revue de la littérature sur les addictions comportementales et questionnent si le construit d'une telle catégorie est utile. Ils expliquent que le DSM-V a introduit une catégorie pour le jeu pathologique sous la rubrique des dépendances aux substances, mais qu'il est proposé de garder le jeu pathologique dans la classification des troubles d'impulsivité dans la CIM-11<sup>11</sup>. De plus, d'autres dépendances comportementales demeurent controversées, par exemple la cyberdépendance est une condition dans la section nécessitant des recherches plus approfondies. Ainsi, la proposition d'inclure le désordre d'hypersexualité est une condition qui a été abandonnée par le DSM-V bien qu'elle est proposée dans la CIM-11. Les auteurs indiquent qu'il y a peu de données pour démontrer la prévalence des dépendances comportementales et, selon eux, c'est en raison que celles-ci sont perçues comme plus rares, que les recherches sont peu subventionnées, qu'il est difficile de recruter suffisamment d'individus pour élaborer un échantillon de grande taille, et qu'il y a un manque de consensus sur la définition des désordres correspondants. Ils soulignent que l'avantage d'élaborer la catégorie d'usage de psychotropes pour inclure les dépendances comportementales mènerait possiblement à des évaluations et des traitements semblables ce qui pourrait améliorer la santé des individus qui en ont besoin. Par contre, il y a le risque que la médicalisation des dépendances comportementales mette trop d'emphasis sur l'individu et s'éloigne des systèmes sociaux, technologiques et financiers qui rendent les individus plus susceptibles de développer ces conditions. En conclusion, ils soulignent qu'il est nécessaire de faire avancer la recherche pour bien

---

<sup>11</sup> CIM – Classification Internationale des Maladies

délimiter et cerner ces désordres, afin de ne pas diagnostiquer en tant que pathologiques, des comportements qui sont « normaux ».

Trouessin (2015) fait une réflexion sur le phénomène des addictions sans substance. Elle explique que les nouvelles formes d'addictions qui émergent du champ de la toxicomanie remettent en question le modèle médical et le concept de neuroadaptation des produits chimiques. Elle soulève donc l'hypothèse que, si c'est le plaisir causé par un produit ou un comportement qui engendre l'addiction, dans ce cas, tout ce qui provoque du plaisir pourrait possiblement être addictif. Son objectif est de faire une analyse philosophique à partir de la notion de plaisir tel qu'élaboré par Platon, dans « *le Philèbe* », afin de comprendre l'addiction selon la notion de plaisir. En examinant les deux notions de plaisir selon Platon, elle identifie qu'il y a deux différents types de plaisirs ; les plaisirs purs et les plaisirs mélangés. Les plaisirs purs sont dénoués de toute douleur, tandis que les plaisirs mélangés sont entremêlés avec la douleur. Les plaisirs purs sont ceux qui sont liés à de belles choses dans la nature, par exemple, les couleurs vives. Cependant, les plaisirs mélangés peuvent s'imbriquer de sentiments de joie et de manque simultanément, par exemple, être en amour et ressentir un manque quand son amant n'est pas présent et le sentiment de hâte en attendant de le revoir. Pour faire son analyse, elle s'appuie sur la définition qu'elle puise de Michel Reynaud selon laquelle la « [...] *dépendance se définit comme le stade où l'envie est devenue besoin et l'addiction apparaît lorsque la souffrance prend le pas sur le plaisir* » (Trouessin, 2015, p. 11). D'après son analyse, elle conclut que ce qui donne du plaisir mélangé peut engendrer l'addiction, ce qui procure un point de vue alternatif de l'addiction selon lequel la souffrance précède l'addiction. En examinant les autres théories de diverses disciplines, concernant les causes de l'addiction comportementale, par exemple l'automédication, un trouble sous-jacent, la réponse d'adaptation en face d'une situation difficile, elle conçoit que sa notion de plaisirs mélangés s'inscrit dans chacune. D'après sa théorie, la plupart des addictions commencent avec le plaisir, mais, lorsque le plaisir devient douleur ou est dominé, il y a addiction.

Starcevic (2016), dans son article publié dans le journal de Psychiatrie de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, examine le concept de dépendance comportementale et avance l'argument que le cadre de l'addiction n'est qu'une approche pour comprendre les comportements perturbants. Il explique qu'en 2012 une revue complète a été lancée sur les comportements dépendants, et que trois livres furent publiés entre 2014 et 2016, ce qui lui semble remarquable étant donné que ces désordres ne sont pas reconnus officiellement. Selon lui, le déplacement du jeu problématique de la classe des troubles de l'impulsivité à la classe nouvelle de troubles reliés aux substances et aux troubles addictifs, a étayé la notion que la dépendance comportementale est un concept valide. En raison de ces développements, l'objectif de son argument est de contribuer au débat concernant les dépendances comportementales. D'après lui, le DSM-V a déjà une classe pour les désordres impulsifs et compulsifs, pour tenir compte des troubles de comportements répétés, alors ce n'est pas nécessaire d'en formuler d'autres. Il souligne que, depuis 2011, l'American Society of Addiction Medicine a modifié leur définition de l'addiction, et fait maintenant l'emploi de l'expression « behavioral engagement », ce qui a renforcé la notion d'addictions sans substance. Son point de vue est qu'il y a un risque que plusieurs comportements soient éventuellement interprétés comme addictifs, et que la liste de dépendances comportementales pourrait s'allonger à l'infini. Il explique que le DSM-V n'a pas accepté les autres dépendances comportementales, parce qu'il y avait un manque de consensus en ce qui concerne leur classification. Il suggère que les comportements dépendants pourraient être mieux compris, en tenant compte du contexte de l'individu, et qu'il serait donc plus bénéfique de tenter de comprendre les raisons pour lesquelles les individus s'engagent de façon répétée dans ces comportements et d'adapter l'approche thérapeutique en concordance. Il indique qu'il aurait de la valeur à mener des études qualitatives, pour mieux comprendre la fonction des comportements répétés et problématiques, et afin de tenir compte des facteurs contextuels qui sont souvent négligés.

### 2.9.1 Codépendance

Comme pour la notion de la dépendance comportementale, le concept de la codépendance a fait l'objet de plusieurs études et demeure un concept controversé. La plupart des études s'entendent pour dire que l'addiction au sein de la famille est source de grand stress pour le milieu et affecte l'ensemble du système familial, tout particulièrement le développement des enfants (Kelly et collab., 2005 ; Hall et collab., 2007 ; Schroeder et Kelley, 2008 ; Orford et collab., 2012 ; Schumm et collab., 2013 ; Schanche et collab., 2015 ; Usher et collab., 2015 ; Werner et Malterud, 2016).

Harkness (2003), un travailleur social clinique américain, intéressé à tester la validité de l'instrument *Idaho Codependency Scale*, a abordé une recherche afin d'examiner si la codépendance est un médiateur ou un modérateur des troubles médicaux. Pour ce faire, il présente un survol de la littérature sur la codépendance, en expliquant que le terme *codépendance* fut forgé par le champ de l'addiction pour désigner les attitudes et les comportements des conjoint(e)s et des enfants vivant dans une famille où il y a une personne aux prises avec des addictions aux substances. Ainsi, il cite Timmen Cermark - médecin américain, professeur en psychiatrie et président du *National Association for Adult Children of Alcoholics*, qui en 1984 proposa que la codépendance était une maladie nécessitant des critères de diagnostic, car le vécu de l'abus de substance au niveau de la famille d'origine crée la codépendance, qui est un mécanisme d'adaptation au stress qui prédispose - ou est plutôt *le médiateur* - de problèmes d'ordre médical. Par conséquent, Harkness (2003) soulève qu'en 1992, les recherches sur la codépendance de Fischer, Wampler, Lyness et Thomas, ont ébranlé les fondements empiriques du modèle médiateur de la codépendance de Cermark, étant donné que leur recherche a démontré qu'à l'inverse, la codépendance agissait comme un mécanisme de protection - ou *un modérateur* - de risques excessifs liés à la consommation de l'alcool. Afin d'examiner ces deux théories, - le modèle médiateur ou le modèle modérateur de la codépendance - Harkness (2003) a mené une étude auprès de dix participants adultes qui avaient soit un vécu de l'addiction au niveau de la famille

d'origine - ou chez soi-même - tout en examinant leurs auto-évaluations de leurs niveaux de santé et de satisfactions de leurs relations interpersonnelles. Les résultats de sa recherche ont démontré que conformes aux études de Cermark, la codépendance avait prédisposé certains participants à des troubles médicaux, bien que pour d'autres participants, la codépendance était un mécanisme d'adaptation - ou un modérateur - qui avait prévenu le développement de troubles de santé et, plus particulièrement, le développement d'un trouble lié à la consommation de substances. Il conclut d'abord qu'en raison de la petite taille de l'échantillon, qu'il a été impossible de déterminer si la codépendance est un médiateur ou un modérateur des troubles de santé et il suggère que l'étude soit reprise auprès d'un échantillon plus étendu.

D'autres auteurs critiquent et réfutent la validité du construit du concept de codépendance. Cullen (1999), qui a mené une étude sur la validité du concept de codépendance, en mesurant le niveau de codépendance auprès d'un groupe, avance que la codépendance est plutôt un problème commun à la majorité des familles dysfonctionnelles, et qu'elle n'est pas unique à la famille affectée par l'addiction. Selon Hoenigmann-Lion et Whitehead (2006), la codépendance est plutôt un trouble de personnalité dépendant, qui est déjà dans le DSM-IV, et ce concept a une connotation de blâme. Enfin, pour Peled et Sacks (2008), qui adoptent une perspective féministe, le concept de codépendance manque de preuves empiriques et est une étiquette pathologique négative qui n'est pas validée.

### **2.9.2 Les enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ATD)**

Les études, portant sur le concept d'enfants adultes et sur les effets de l'addiction au sein de la famille, sont beaucoup plus nombreuses et semblent moins controversées. Palmer (1999) a mené une étude qualitative auprès des enfants adultes, en adoptant une approche non pathologique axée sur le modèle différentiel de la résilience (DRM). D'après cette recherche, il est possible d'adhérer à une approche non pathologique, pour intervenir auprès de ce groupe, puisque le modèle présenté opère selon la perspective

qu'il soit normal de réagir au stress engendré au sein d'une famille affectée par l'addiction.

L'étude de Kelley et collab. (2005), utilisant la théorie de l'attachement, en menant une recherche auprès d'enfants adultes, a démontré que ce groupe avait plus de tendances à éprouver des comportements anxieux et évitant au sein de leurs relations intimes. Selon la recherche de Hall (2007), les enfants adultes sont plus vulnérables aux troubles d'ajustements sociaux et affectifs. Ainsi, une autre étude semblable a soulevé que les enfants adultes étaient plus à risque d'éprouver des troubles liés à la régulation de comportements (Shroeder et Kelly, 2008). Pour Schumm et collab. (2013), il est clair qu'il y a une association négative entre les comportements addictifs et le fonctionnement familial ; les comportements addictifs sont associés avec une variété de troubles de relations intimes et mènent à des troubles de comportements chez les enfants.

Plusieurs recherches ont porté sur l'importance de l'intervention auprès des membres de la famille affectée par l'addiction. Dans leur étude, Orford et collab. (2012) démontrent que le stress engendré par l'addiction au sein de la famille mène aux troubles de santé, et qu'environ un million d'individus en sont affectés, bien que ce groupe soit souvent négligé en matière de traitement. Leur étude procure un modèle d'intervention non pathologique, basé sur les effets de stress, pour intervenir auprès de cette population. En parallèle, Schanche et collab. (2015) indiquent qu'il y a peu d'interventions pour les membres de la famille affectés par l'addiction, et ils procurent deux modèles non pathologiques qui pourraient être utilisés pour intervenir. Ainsi, Landers et collab. (2013), effectuant une étude selon les théories de l'attachement et du système familial, démontrent comment le contexte familial peut fournir des informations pertinentes pour le traitement de la toxicomanie. La recherche procure des stratégies pour améliorer l'intervention auprès de la famille. Pour Werner (2016), trop de professionnels travaillant auprès des enfants et des adolescents ne cherchent pas à découvrir si l'addiction au sein de la famille est une source de perturbation. D'après cette étude qualitative, menée auprès d'enfants et d'adolescents ayant vécu l'expérience

d'addiction au sein de la famille, et ayant, dans le passé, eu un contact avec des professionnels, démontre que les participants ressentaient que les professionnels reconnaissaient rarement l'addiction au sein de la famille. Elle conclut qu'il est nécessaire qu'il y ait plus d'engagement et de collaboration de la part des professionnels qui travaillent auprès de ce groupe, afin de cerner le problème d'addiction.

### **2.9.3 Les dépendances affectives, amoureuses et les dépendances sexuelles**

Dans le cadre de cette recherche, le phénomène des dépendances affectives, amoureuses et sexuelles est articulé et combiné avec celui de l'addiction, qui semble les contenir et en constitue le déterminant fondamental qui les englobe. Nos observations et la littérature explorée révèlent que les dépendances affectives, amoureuses et sexuelles constituent un sujet de controverse qui perdure. Tel que Kwee (2007) et Alexander (2008) l'ont expliqué, Stanton Peel et son collègue Archie Brodsky, sont reconnus pour leur œuvre « Love and Addiction », qui fut publiée en 1975, près d'une décennie avant que d'autres chercheurs s'adonnent à l'examen du sexe, de l'amour et de l'attachement affectif sous l'angle de l'addiction. Pour ces derniers, l'addiction est une trame de comportements négatifs qui résulte d'un attachement excessif qui est surtout engendré par des expériences environnementales et sociales. Les addictions à l'amour et le sexe sont plutôt des troubles du vécu quotidien qui affectent de nombreuses personnes plutôt qu'un problème médical.

Pour Fisher et collab. (2016), les phases initiales de l'amour romantique intense présentent plusieurs symptômes en parallèles avec l'addiction aux substances, telles que l'euphorie, l'envie irrésistible, la tolérance et la dépendance émotionnelle et physique, le sevrage et la rechute. Selon ces chercheurs, l'amour romantique est une addiction naturelle, souvent positive, qui a évolué depuis près de 4 millions d'années chez les mammifères en tant que mécanisme de survie qui permet le lien de couple et la reproduction. D'après cette perspective, le sentiment intense de l'amour romantique partage les mêmes neurotransmetteurs de récompense, avec tout un éventail de substance et de dépendances comportementales. Par conséquent, tel qu'ils l'expliquent,

puisque l'addiction est perçue comme un désordre néfaste, bien que l'amour romantique soit souvent un état ou une expérience positive, ressentie par presque tous les humains, les chercheurs sont hésitants de catégoriser l'amour romantique en tant qu'une dépendance chimique ou comportementale. Cette recherche soulève, toutefois, que plusieurs psychologues ont tendance à croire que l'amour romantique peut devenir une addiction, bien que l'addiction est définie en tant qu'un désordre problématique et pathologique, et que l'amour est une expérience positive et non nuisible, dans la plupart des cas. Donc selon ces auteurs, peu importe la catégorisation diagnostique officielle, l'amour romantique devrait être considéré comme une addiction, c'est-à-dire une addiction positive, lorsque l'amour est approprié, réciproque et non toxique, et une addiction négative, quand les sentiments d'amour romantique sont socialement inappropriés, toxiques, non réciproques et rejetés. En guise de conclusion, les auteurs suggèrent que les cliniciens peuvent adapter leur approche thérapeutique, en se servant de stratégies semblables au traitement de l'addiction aux substances, afin d'intervenir auprès d'individus qui envisagent l'expérience négative de l'amour romantique ou, autrement dit, l'addiction à l'amour romantique.

L'article de Giugliano (2013), qui est paru avant la publication du DSM-V, indique que les comportements sexuels incontrôlables sont parfois perçus comme la compulsivité, l'impulsivité ou l'addiction. Toutefois, le DSM-V a abandonné l'ajout des troubles hypersexuels en tant que diagnostic officiel. Cet auteur décrit que les comportements sexuels incontrôlables sont souvent comparés à l'addiction, et que le manque de consensus et de terminologie, permettant un diagnostic pour ces troubles, pose des enjeux pour les cliniciens qui traitent les personnes qui s'identifient avec ce problème. Les dénominateurs communs qui régissent des dépendances affectives, amoureuses et sexuelles, comme des composantes de l'addiction, sont l'incontrôlabilité, la compulsivité et l'impulsivité.

En effet, dans son article, Farré et collab. (2015) effectue une étude comparative de l'addiction sexuelle et le jeu pathologique. L'étude fait un survol historique de la

notion de la sexualité incontrôlable en tant qu'addiction. Ils expliquent qu'Orford était le premier, en 1978, à introduire et à élaborer un cadre théorique et conceptuel pour décrire les comportements sexuels excessifs, en tant que catégorie distincte des formes de paraphilies<sup>12</sup> sexuelles. Lors de la publication du premier DSM, les comportements sexuels excessifs, sauf les paraphilies, étaient classés dans une catégorie à part comme désordres psychosexuels non spécifiés. Avec le DSM-III, les comportements sexuels, sauf les paraphilies, étaient classés dans la catégorie de désordres sexuels non spécifiés. L'addiction sexuelle était incluse comme un phénomène clinique. Par conséquent, en raison du manque de recherche empirique et de consensus pour valider les comportements sexuels en tant qu'addiction, la terminologie d'addiction sexuelle a été omise du DSM-IV. Ainsi, en raison du manque de consensus, lors de l'élaboration du DSM-V, les comportements sexuels excessifs n'ont pas été ajoutés en tant que diagnostic d'addiction sexuelle. L'addiction sexuelle a été plutôt classée avec d'autres conditions nécessitant plus de recherche. Gross modo, l'auteur démontre qu'il y a plusieurs similitudes entre les comportements sexuels excessifs et le jeu pathologique, bien qu'il y ait des différences. L'auteur est d'avis qu'il sera nécessaire d'étudier davantage le concept d'addiction sexuelle.

Les articles de du Plessis (2014) et de Suissa (2009), professeur en travail social, sont particulièrement en ligne avec notre recherche. Passons maintenant à la description de ceux-ci, et par la suite, nous aborderons une réflexion critique de la littérature.

Pour du Plessis (2014), l'addiction est un phénomène abstrait et complexe qui ne peut être appréhendé dans son ampleur qu'en adoptant une métathéorie, c'est-à-dire une méthodologie pluraliste. Pour ce faire, il présente un survol des huit modèles

---

<sup>12</sup> Paraphilie : est un concept à qui réfère à « [t]out comportement qui tend à rechercher, de façon préférentielle et répétitive, le plaisir sexuel dans des objets, des rituels ou des situations atypiques. La bestialité, l'exhibitionnisme, le fétichisme, la pédophilie, le sadisme, le voyeurisme sont des formes de paraphilie. » (Druide Informatique Inc., 2016)

typiquement utilisés en divers milieux pour aborder le phénomène de l'addiction, et il présente le modèle *Integral Methodological Pluralism (IMP)* pour l'observer dans ces multiples dimensions étiologique, ontologique et épistémologique. Tout en présentant un diagramme pour expliquer le modèle IMP, il procure un survol des huit perspectives typiquement utilisées pour aborder le phénomène de l'addiction en illustrant comment chacune de ces perspectives a tendance à omettre certaines facettes de l'addiction. Parmi les perspectives, il énumère la perspective génétique et physiologique, la perspective sociale et environnementale, la perspective de la personnalité et de l'intrapsychique, la perspective d'apprentissage social, la perspective behavioriste, la perspective de l'état altéré de la conscience ou de l'esprit, et la perspective d'un modèle composé - soit l'approche biopsychosociale. Cette dernière perspective, selon l'auteur, est la plus reconnue et complète, bien qu'elle n'arrive pas tout fait à expliquer comment chacune des composantes biologiques, psychologiques et sociales s'influencent.

Tout comme l'auteur précédent, Suissa (2009), est d'avis qu'une vision multifactorielle de l'addiction est nécessaire pour comprendre l'ampleur du problème d'addiction. Il présente un survol historique des diverses théories de l'addiction, et il porte une critique au modèle médical et aux autres modèles qui ont tendance à exclure les autres façons de concevoir l'addiction. L'auteur cite Stanton Peele, en appuyant sa thèse selon laquelle un modèle pathologique de l'addiction qui étiquette les gens pour la vie est trop étroit et néglige de tenir compte des facteurs macrocontextuels qui peuvent aussi servir d'explications pour l'addiction. Il souligne aussi que les réseaux familial et social de l'individu aux prises avec une addiction sont souvent négligés dans le traitement de l'addiction. Pour cet auteur, ce n'est qu'avec un rapprochement du modèle médical et du modèle social de l'addiction, pris en tant que des perspectives complémentaires, qu'il sera possible de résoudre le débat persistant entre les diverses disciplines qui traitent de l'addiction, ce qui mènerait à la réduction des écarts dans les services.

## 2.10 Réflexion critique et synthèse conclusive des écrits

Tel que nous l'avons constaté en faisant la revue de la littérature, le phénomène de l'addiction en est un d'ampleur et de complexité, qui est le sujet de grands débats depuis des siècles. Ainsi, le phénomène des dépendances comportementales est d'autant plus controversé qu'il nous paraît évident que ce manque de consensus crée des écarts dans les services. Comme nous avons pu le dégager, les auteurs s'entendent que l'addiction est un problème tenace et néfaste qui cause des impacts profonds pour l'individu, son réseau social, et tout particulièrement les enfants vulnérables. Par conséquent, en raison des désaccords entre les diverses disciplines, concernant l'ontologie, l'étiologie et l'épistémologie des dépendances comportementales, il n'y a pas une simple solution pour aborder ces problèmes. Ce n'est donc pas étonnant que nous ayons observé des écarts dans les services à Sudbury (Ontario).

Considérant qu'il est bien entendu que l'addiction a tendance à causer du stress chronique pour la famille, et plus particulièrement pour les partenaires et les enfants de la personne aux prises avec une addiction, nous sommes en accord avec les perspectives de du Plessis (2014) et de Suissa (2009), ainsi qu'avec celles des autres chercheurs qui se penchent vers une perspective intégrale qui tient compte des multiples dimensions de l'addiction et s'oriente vers un modèle qui pourrait aborder les divers impacts de l'addiction auprès du réseau social. Ceci étant dit, nous soulignons toutefois que nous n'adhérons pas à la notion qu'il faut créer toute une gamme de classifications pour diagnostiquer toute une variété de comportements excessifs. La médicalisation de ces problèmes risquerait d'engendrer d'autant plus d'oppression par le système, qui étiquette déjà de nombreuses personnes comme des malades, en leur procurant des posologies de remèdes pharmacologiques, et, souvent, sans tenir compte ou chercher à remédier aux facteurs extérieurs à l'individu qui mènent aux troubles de santé et d'addictions.

Certes, l'adhésion au modèle médical a toutefois permis d'établir un fondement pour la création de services sociaux en matière de programmation et d'appui financier

pour les personnes aux prises avec une addiction. Afin de mettre fin à la tension qui s'observe parmi les diverses disciplines, serait-il possible de substituer le mot « malaise » au terme « maladie » ? Pour préciser davantage, écrire ce mot en utilisant des parenthèses autour du mot *mal*, pour renforcer le sens de *(mal)aise*, pour désigner qu'il y a quelque chose qui n'est pas à l'aise chez l'individu qui est aux prises avec une addiction comportementale. Dans la langue anglaise, il est possible d'écrire « *(dis)ease* » pour maintenir ce même sens. D'après notre expérience sur le terrain, l'addiction est en fait un *(mal)aise*, et celle-ci est, dans la plupart des cas, engendrée par des circonstances extérieures à l'individu.

Étant donné que le financement de la majorité des programmes sociaux en matière de toxicomanie découle du Ministère de la Santé, il nous semble donc nécessaire de réfléchir à des moyens qui élargiraient l'étude de ce problème, afin de réorienter le financement vers une approche plus inclusive qui tiendrait compte de la nature sociale de l'addiction et du phénomène des dépendances comportementales. Il semblerait que nous n'avons pas un système de soin de la santé, mais plutôt un système de traitement des maladies puisqu'il faut nécessairement un diagnostic de maladie pour pouvoir accéder à des services pour améliorer ou maintenir sa santé. Il faudrait donc un travail de restructuration qui, tout en assurant le maintien de la qualité des services actuels, mettrait l'emphase sur le développement de services en matière de prévention, d'éducation et de prise en charge des problèmes qui sont à la marge des services actuels. Autrement dit, plutôt que de mettre toute l'énergie et les ressources à tenter de prouver quelle discipline est la plus appropriée pour traiter du problème d'addiction, et de se disputer sur la question de ce qu'est la dépendance comportementale et si elle est en fait un véritable problème digne de traitement, peut-être serait-il plus profitable, à long terme, de trouver des moyens pour s'entendre qu'il est impossible de comprendre « l'œuf » sans tenir compte de « la poule ». Cela pour dire que sans tenir compte de la personne dans son ensemble, c'est-à-dire considérer toutes ses dimensions - biologique, psychologique, affective, sexuelle, spirituelle, familiale et sociale - il est impossible d'intervenir de manière complète et adéquate. Dans cet ordre d'idée, il est nécessaire de

comprendre que seule la personne est l'experte de son problème et de ses solutions, et qu'il faudra une plus grande collaboration des systèmes, afin d'offrir des services plus efficaces et inclusifs en matière du traitement de l'addiction – avec et sans substance.

## **2.11 Choix de l'approche ou de l'orientation théorique pertinente de l'inscription de la recherche dans le paradigme épistémologique**

À la lumière du cadre conceptuel et de la revue de la littérature, nous discuterons du choix de l'approche ou de l'orientation théorique pertinente de l'inscription de la recherche dans le paradigme épistémologique approprié.

### **2.11.1 L'approche biopsychosociale**

Cette étude exploratoire cherche à savoir quel est le vécu des dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins parmi les personnes concernées. Puisque nous cherchons à comprendre le phénomène des dépendances marginales et le sens de l'expérience des personnes affectées, cette recherche a été inscrite dans le paradigme du modèle biopsychosocial. Ce modèle est le plus approprié, parce qu'il permet de comprendre et d'interpréter, non seulement le sens attribué à leur vécu par les personnes concernées, mais aussi le caractère complexe et holistique du phénomène des dépendances.

L'approche biopsychosociale a été développée par George Engel, en 1977, puisque le modèle biomédical de l'époque ne permettait pas de tenir compte de l'interaction des aspects psychosociaux et environnementaux qui affectent la santé (Gilbert, 2002). Plus tard, en 1987, Donovan et Wallace ont adapté cette approche pour aborder le caractère multidimensionnel de l'addiction, puisqu'ils ont reconnu que l'addiction ne peut être réduite à une seule cause, et que ce modèle permettrait de passer au dépistage de l'addiction plus rapidement et de planifier l'agencement du traitement avec l'individu (Sunshine Coast, 2017). Cette approche permet d'avoir une vue d'ensemble, puisqu'elle reconnaît l'interaction des composantes biologiques, psychologiques et sociales de la personne. Sur le plan biologique, elle permet de

constater les aspects physiologiques, tels que les gènes qui prédisposent l'individu à l'addiction. Sur le plan psychologique, elle permet d'observer les émotions, les sentiments, les processus mentaux et les comportements. Sur le plan social, elle tient compte de l'environnement et des contextes familial et social. Selon le centre Dollard Cormier (2010), l'approche biopsychosociale est un modèle efficace, puisqu'elle permet d'aborder la complexité de la toxicomanie. Cette approche permet de concevoir que le développement d'une dépendance, ainsi que ses conséquences, sont multidimensionnels. Bien qu'il n'y ait pas de mention comme telle de l'aspect spirituel de la personne, il est sous-entendu que, dans l'alliance de ces trois composantes, l'esprit est une partie intégrale. Bien qu'elle soit plutôt générale, puisqu'elle ne prescrit pas une méthode d'intervention structurée, cette approche permet de résoudre les dilemmes parmi les spécialistes de la médecine, les psychanalystes et le mouvement des alcooliques anonymes. Cette approche est appropriée pour notre projet de recherche, puisqu'elle est intégrale et permet d'incorporer l'aspect social qui est souvent négligé par d'autres approches. Puisque cette approche permet de tenir compte de la complexité de ce problème, elle favorise la collaboration interprofessionnelle en vue d'effectuer un travail commun.

Notre penchant sur l'approche biopsychosociale en tant que modalité guidant notre pratique clinique dans le domaine de l'addiction, fut grandement influencé, au début de notre carrière, par la découverte de l'œuvre du travailleur social Ronald Potter-Efron. Son livre : « *Angry all The Time, an Emergency Guide to Anger Control* » (Potter-Efron, 2004), porte sur le concept de la colère en le décrivant en tant qu'une émotion naturelle nécessaire à la survie, tout en soulignant qu'à l'autre bout du spectre, la colère, en trop et prolongée - c'est-à-dire en excès - engendre un stress dangereux qui a des impacts nuisibles à tous les niveaux de la vie et peut même causé la mort. Pour offrir au lecteur un guide pour la gestion de colère, l'auteur présente un outil, dans la forme d'un graphe circulaire, qu'il a intitulé « *The Anger Pie* » (p.17). Pour aborder les impacts de la

colère, ce graphe est divisé en 8 sections ou *niveaux de la vie*<sup>13</sup> qui, tout en tenant compte des éléments biopsychosociaux, va au-delà de cette perspective puisqu'il divise davantage les aspects biopsychosociaux et ajoute l'élément « *esprit* » parmi d'autres aspects qui sont souvent négligés dans l'intervention directe. L'auteur propose que ce graphe puisse facilement être adapté à d'autres contextes d'intervention, particulièrement en ce qui concerne le rétablissement de l'addiction. Nous avons reconnu depuis longtemps, que cet outil polyvalent procure une vue d'ensemble – holistique - qui s'adapte largement à la problématique des addictions, des toxicomanies et des dépendances de toutes les sortes, ce qui permet tant à l'intervenant qu'au système-client, de faire un examen profond du caractère multidimensionnel de ces problèmes et des facteurs complexes impliqués dans leurs éclosions, leurs évolutions et leurs interventions. Notre expérience clinique nous a montré la preuve de l'efficacité de cet outil auprès des personnes aux prises avec des addictions et des dépendances multivariées, puisqu'il présente un vaste cadre de repères pour aborder la compréhension de ces problèmes, tout en s'appuyant sur l'histoire vécue de la personne, de la famille ou du groupe faisant une demande d'aide d'intervention. En utilisant cet outil, il est possible de faire l'examen du problème d'après ce qu'exprime le système-client par rapport à son expérience vécue « d'être aux prises avec quelque chose » et de baser et de structurer l'intervention selon certains facteurs, notamment les besoins, les motivations, les capacités et les choix de rétablissement du client, en vue de l'aider à apporter des changements à sa situation. L'approche narrative rend possible de comprendre le problème selon la personne qui le vit et permet d'adapter l'approche selon les besoins exprimés. Bien que l'outil soit valable en raison de sa capacité d'intervenir en profondeur, il ne convient pas à tous les milieux d'intervention, car souvent l'intervention offerte est une intervention brève, de groupe, qui s'appuie sur les modalités du modèle médicale, ce qui néglige de tenir compte des multiples facettes de ces problèmes. D'abord nous avons choisi d'inclure cet outil dans notre recherche à la

---

<sup>13</sup> Niveaux de la vie : Dans son livre Potter-Efron (2004) utilise l'expression « *life areas* ».

Figure 1, puisque nous reconnaissons son utilité dans l'exploration du vécu des dépendances marginales et des impacts qu'elles engendrent. Passons maintenant à la présentation de l'outil de Potter-Efron (2004) et nous passerons ensuite à l'explication des approches phénoménologique et narrative qui sont complémentaires à l'approche biopsychosociale.

Figure 1. « The Anger Pie » - L'outil de Potter-Efron (2004)



Ci-haut, nous observons l'outil « The Anger Pie », tel que reproduit de la page 17 du livre « *Angry all The Time, an Emergency Guide to Anger Control* », par Potter-Efron (2004). Notons que nous avons choisi ici de présenter l'outil dans son état l'original, cependant, afin d'éviter l'anglicisme à mesure d'avancer dans notre projet, nous avons décidé de traduire les 8 niveaux de la vie du graphe en français. Les niveaux de la vie traduits sont : *Santé ; Famille ; Travail et éducation ; Financier ; Ami(e)s ; Loi ; Humeur et personnalité ; et Valeurs et esprit.*

### 2.11.2 L'approche phénoménologique

La portée holistique du modèle biopsychosocial nécessite ici d'autres approches complémentaires dont le rôle est d'éclairer les interactions complexes qui existent entre l'individu, l'environnement, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, en rapport avec l'expérience vécue des dépendances. C'est dans ce sens que l'approche phénoménologique de l'expérience des dépendances entre en relation de complémentarité avec le modèle biopsychosocial qui est en vigueur dans cette recherche. L'approche phénoménologique permet de comprendre le vécu expérientiel, les états d'âmes, de conscience, les perceptions, les représentations, les interprétations et le sens que les individus attribuent à leur propre expérience. Elle permet aussi de découvrir la capacité et les modalités par lesquelles les personnes attribuent des noms et identifient le phénomène de l'addiction auxquels ils sont confrontés. Cette expérience de nommer l'expérience vécue constitue le moyen par lequel les personnes sont capables de verbaliser, d'extérioriser et de s'approprier des contenus et des leçons à en tirer pour reconstruire de nouvelles perspectives de vie. Ces dimensions de la phénoménologie de l'expérience addictive s'intègrent bien dans les trois volets que sont le biologique, le psychologique et le social. Tel que cité par Meyor (2007) :

La phénoménologie est l'étude des structures de la conscience, ce qui inclut une corrélation entre les actes de la conscience et leur objet (compris dans son extension la plus générale possible et les divers styles et modalités de présence manifestés par la conscience. Étudier ces structures sous leurs aspects concrets et matériels (socialement, culturellement ancrés) revient à faire de la phénoménologie scientifique ; les étudier sous leurs aspects les plus fondamentaux et tenter d'atteindre leur sens ultime, universel, revient à faire de la phénoménologie philosophique. (Meyor, 2007, p. 108)

L'approche phénoménologique, en tant que démarche scientifique plutôt que philosophique, est celle qui correspond le plus pertinemment à l'orientation théorique de cette recherche. Le modèle biopsychosocial intègre la démarche phénoménologique qui

s'articule bien avec l'approche narrative à travers laquelle l'expression des phénomènes de consciences vécues par les personnes aux prises avec les dépendances non basées sur des substances, et permet de révéler les motivations sous-jacentes.

Les différentes dimensions, ainsi décrites, de l'approche phénoménologique de l'expérience addictive, repose sur l'utilisation de l'approche narrative, pour mieux les mettre en valeur dans cette étude, notamment dans la relation dialogique, interactive des entrevues individuelles, mais aussi de l'intervention sociale dans ce domaine. L'approche narrative constitue donc le support d'expression et d'application de la subjectivité des acteurs. L'approche narrative permet également, ici, de mieux articuler la pertinence réciproque qu'entretiennent l'approche phénoménologique et l'approche biopsychosociale.

### **2.11.3 L'approche narrative**

L'approche narrative telle que définie par Michael White et David Epston (Institut Repère, 2016), au début des années 1990, est une démarche qui privilégie la compréhension de l'identité de l'individu et la construction de sa réalité, ainsi que de ses relations, telles qu'il le raconte au travers de son histoire. Dans cette démarche, le problème est à l'extérieur de l'individu, et c'est l'individu qui est l'expert de son propre vécu et le principal acteur du changement de sa propre situation. À ses débuts, cette approche était particulièrement appliquée au domaine de la thérapie familiale, mais au fil du temps, elle a été mise en pratique dans divers contextes pour aborder une variété de problèmes, par exemple le trauma, les dépendances et le deuil. Cette approche favorise la collaboration, et sa méthodologie d'intervention est basée sur les théories de l'apprentissage. L'approche narrative va de pair avec la démarche phénoménologique, puisqu'elle permet de concevoir l'identité propre de chacun et de supprimer le discours dominant. Cette approche est donc appropriée pour comprendre le vécu des différentes formes de dépendances marginales, pour analyser leurs impacts, pour évaluer les besoins des personnes concernées et pour examiner les perspectives de solutions. Passons maintenant au chapitre 3 qui portera sur le cadre méthodologique de la recherche.

## CHAPITRE 3

### Cadre méthodologique

#### 3.1 Une recherche qualitative

À la lumière de la problématique, du phénomène à l'étude et des orientations épistémologique et théorique de notre recherche - dans le contexte d'une étude exploratoire portant sur le thème controversé des dépendances marginales -, nous avons opté pour une recherche qualitative. L'approche qualitative est pertinente ici, puisque l'étude porte sur l'exploration, la compréhension et la description d'un phénomène qui est nébuleux<sup>14</sup> et difficilement quantifiable. Selon Poupart et collab. (1997), la recherche de type qualitative « [...] a maintes fois été utilisée pour décrire une situation (recherche descriptive) ou explorer certaines questions (recherche exploratoire) que peut difficilement aborder le chercheur qui a recourt à des méthodes quantitatives. » (p.88) Puisque la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle a surtout pour but « [...] de comprendre une situation particulière propre à un contexte donné [...] » (Mongeau, 2011, p. 30). C'est ainsi que Mayer et collab. (2000) indiquent que « [...] la principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales. » (p.159). La méthode qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales [...] permettant une démarche interprétative » (Aubin-Auger, 2008, p. 143). Étant donné le manque de consensus dans la littérature par rapport à la notion de dépendance comportementale, la méthode qualitative permet d'abord de saisir le sens et d'interpréter, au travers de la description, du langage utilisé, des expériences vécues et des divers contextes des participants, quels sont ces comportements, répétés et problématiques, et comment ils se

---

<sup>14</sup> Nébuleux : est le terme qu'utilisent Terry Kellogg et Marvel Harrison (1990) pour décrire la complexité de la codépendance dans leur œuvre « Broken Toys, Broken Dreams – « *Understanding and Healing Boundaries, Codependence, Compulsive Behaviors and Family Relationships* ».

vivent par les personnes qui en sont concernées. Par l'intermédiaire du domaine du travail social et en s'appuyant sur les approches biopsychosociale, narrative et phénoménologique pour diriger la recherche, la méthode qualitative permet d'explorer auprès des personnes concernées, les diverses facettes de cette problématique dans l'optique « [...] de donner un sens à une situation encore relativement confuse ou à donner un nouveau sens à une situation mal comprise. » (Mongeau, 2011, p. 30).

### **3.2 Population à l'étude**

La population à l'étude dans le cadre de cette recherche est celle des adultes âgés de 18 ans et plus, qui habitaient dans la région de Sudbury (Ontario) et qui étaient en mesure de partager au sujet du vécu d'une expérience personnelle ou professionnelle avec le sujet de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances marginales. Les critères particuliers que nous avons ciblés sont donc :

- Être un individu âgé de 18 ans et plus qui habite dans la région de Sudbury (Ontario) ;
- Être en mesure de partager de ses expériences personnelles et professionnelles au sujet de l'expérience vécue de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances marginales, chez soi-même et /ou dans son environnement social ;
- Être en forme physique, émotive et en bon état d'âme pour participer à une entrevue individuelle, semi-dirigée, enregistrée par ordinateur portable (audio) d'une durée d'environ deux heures.

### **3.3 Technique d'échantillonnage et les méthodes de recrutement**

Étant donné que notre étude s'est déroulée dans le contexte d'une démarche qualitative, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage non probabiliste, par réseaux ou boule de neige, car cette technique permet « [...] au chercheur intéressé à étudier une problématique vécue dans une population très spéciale, de taille limitée, et connue seulement d'une minorité de personnes. » (Mayer et collab., 2000, p. 83).

D'autrement dit, nous cherchions « [...] des individus qui possèdent des caractéristiques communes » (Mongeau, 2008, p. 92), « à la différence des chercheurs quantitatifs qui recherchent de multiples cas décontextualisés et visent une représentativité statistique » (Miles et Huberman, 2003, p. 58). En raison de la nature sensible, voir même, tabou du thème de recherche, il aurait été autrement difficile à choisir des sujets. Ce type d'échantillonnage correspond à la perspective qualitative de la recherche, parce qu'il n'est pas basé sur le principe du hasard et de la probabilité, mais plutôt sur le choix conscient des caractéristiques des participant(e)s qui répondent aux critères de sélection de la recherche. « Il s'agit de recourir à des personnes qui peuvent suggérer le nom d'autres personnes susceptibles de participer à l'étude, qui, à leur tour, feront la même chose, etc., jusqu'à ce qu'un échantillon suffisant soit constitué » (Mayer et collab., 2000, p. 83).

Sur la base de notre expérience professionnelle, en tant que travailleuse sociale intervenant auprès de personnes aux prises avec les dépendances, les méthodes de recrutement que nous avons mis en œuvre étaient les suivantes :

- Affichage et diffusion d'une annonce (voir Annonce Annexe 1) à l'église Grace Family Church, 426 rue Burton, Sudbury, (Ontario). À noter que cette étude ne comporte pas d'affiliation avec Grace Family Church, mais le bureau professionnel et privé, où ont eu lieu la majorité des entrevues individuelles, fût fourni gratuitement à la chercheuse par cette église, étant donné que cette organisation croit au rétablissement de l'addiction de toutes sortes, et qu'elle fournit aussi un emplacement au sous-sol pour une variété de groupes d'entraide.

- Diffusion de l'annonce par courriel (utilisation du moteur de recherche Google pour cibler les praticiens de la sphère privée ; un courriel comportant l'annonce a été cheminé par adresse électronique). Dans le cas de praticien ou praticienne participant à cette recherche, la chercheuse pouvait faire l'entrevue à leur bureau privé.

Il n'y avait aucune rémunération financière ou autre incitatif de ce genre, ni d'influence d'ordre psychologique sur les participant(e)s. Aucun type de dossier professionnel n'a été utilisé pour repérer les participant(e)s.

### **3.4 Techniques et instruments de cueillette**

À la lumière de la nature qualitative de cette recherche, de son objectif général et de ses objectifs spécifiques, la méthode de collecte de données en vigueur dans cette étude est la technique d'entrevue semi-dirigée – ou semi-structurée. L'entrevue semi-dirigée comme technique de collecte de données qualitatives est reconnue comme l'une des plus populaires (Mayer et collab., 2000) et « [...] se distingue par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine [...] par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part » (Quivy et Campenhoudt, 1995, p. 94). En tant que technique de cueillette de données, l'entrevue semi-dirigée permet « [...] d'appréhender diverses dimensions, telles les attitudes et les valeurs [...] et demeure l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs donnent à leurs conduites, la façon dont ils se représentent le monde et la façon dont ils vivent leurs situations, les acteurs étant vus comme les mieux placés pour en parler » (Poupart et collab., 1997, p. 175). Cette méthode a pour instrument de collecte de données le guide d'entrevue semi-dirigée. Le guide d'entrevue semi-dirigé de notre recherche est composé de quatorze questions ouvertes, portant sur les concepts centraux et les caractéristiques du contenu à mesurer. Cet instrument nous a paru le plus approprié pour notre recherche, « [...] car il permet d'aborder les thèmes et les questions spécifiques identifiées à partir de notre cadre théorique, tout en restant ouverte aux éléments imprévus qui pourraient être apportés par les personnes. » (Mongeau, 2008, p. 97). Rappelons que les concepts principaux de la recherche sont les dépendances marginales, les impacts et les besoins des personnes concernées, et les sous-concepts sont l'addiction, la toxicomanie et les dépendances avec substances.

Pour s'assurer que les questions du guide d'entrevue soient claires et bien comprises par les participants, dans les semaines précédant les entrevues, nous avons

effectué un pré-test auprès de deux individus qui n'avaient que peu de connaissances sur la problématique à l'étude et qui n'avaient pas d'expérience professionnelle en relation d'aide. Ainsi, consciente du risque potentiel de ne pas pouvoir recruter suffisamment de participants francophones dans la limite de temps que nous avons accordée à la cueillette de données, nous avons décidé de traduire le guide d'entrevue en anglais. Nous avons notamment passé le guide d'entrevue au pré-test auprès de deux personnes unilingues qui ne parlaient que l'anglais. C'est d'abord grâce à cet exercice que nous avons reconnu la complexité du guide d'entrevue, en raison des nombreuses sous-catégories que comportaient certaines questions, et c'est pour cela que nous avons choisi de fournir une copie du guide d'entrevue à chacun des participants, afin qu'ils puissent le suivre au cours des entrevues. En raison du feedback que nous avons reçu lors des pré-tests du guide d'entrevue traduit, nous avons choisi de fournir une explication supplémentaire aux participants anglophones, en ce qui a rapport à la traduction du mot « toxicomanie », que nous avons choisi de le traduire à « toxic mania ». Pour consulter le guide d'entrevue ainsi que la version traduite en anglais, voir les Annexes 4 et 5.

### **3.5 Techniques d'analyse**

La technique d'analyse en vigueur dans cette étude est celle de l'analyse de contenu. Cette technique d'analyse de contenu a pour but d'inscrire la théorisation des données dans la double perspective du modèle biopsychosocial et du modèle phénoménologique dont le support d'application, lors des entrevues, a été la démarche narrative. « En service social, plusieurs recherches, particulièrement les recherches exploratoires et descriptives [...] sont davantage articulées autour de concepts interreliés qui permettent d'appréhender le phénomène à l'étude. » (Mayer et collab., 2000, p. 50). Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des étapes techniques de l'analyse de contenu telles que décrites par Mayer et collab. (2000). Dans un premier temps, nous avons préparé le matériel. La préparation du matériel, s'agissait de transcrire sous forme de verbatim, chacune des entrevues dans les plus brefs délais. À cette étape, nous avons

notamment supprimé toutes les informations personnelles qui risquaient d'identifier les participants. Par la suite, nous avons procédé à la pré-analyse qui consiste d'une lecture flottante initiale des verbatims et par la suite à plusieurs lectures approfondies permettant de se familiariser avec chacune des entrevues et d'examiner le corpus dans son ensemble. La technique d'analyse a procédé à d'une analyse composée qui comprend le processus de classification thématique des verbatim et des catégorisations de leur corpus. L'analyse de contenu thématique des données, « [...] s'agissait d'abord d'analyser la fréquence, l'ordre ou l'intensité de certains mots et de certaines phrases, expressions, faits et événements afin d'établir des unités de sens ou de thèmes. » (Mongeau, 2008, p. 105). Cette classification et catégorisation ont permis de dégager les unités de sens pertinentes au travail d'interprétation et de discussion des résultats (Blais et Martineau, 2006).

### **3.6 Considérations éthiques de la recherche**

Ce projet de recherche ayant été effectué auprès des êtres humains, conformément aux normes d'éthiques, avant de procéder avec le projet de recherche, une demande pour l'évaluation déontologique de la recherche a été soumise au Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne (CÉRUL) au début du mois d'octobre. Pour ce faire, nous avons préparé une lettre d'explication de l'étude qui consistait aussi d'un formulaire de consentement libre et éclairé permettant aux participants de signer pour indiquer leur accord de participer volontairement à la recherche (voir Annexe 2). Cette dernière procure les grandes lignes de l'étude, telles que la problématique, les buts, l'importance de la recherche, le choix des sujets, la participation volontaire, la confidentialité (assurance de l'anonymat lié à leur nom, à leur identité, à leur participation et aux informations recueillies), les avantages de participer, la capacité de se retirer de l'étude en tout temps, les risques et les inconforts potentiels et les démarches à entreprendre pour minimiser les risques.

En raison du thème sensible qu'est le vécu des expériences de dépendances multiformes, incluant celles qui ne sont pas souvent prises en compte par les services,

nous avons tenu compte de la possibilité des situations de reviviscence, de malaises psychologiques, émotionnels et d'inconfort. Conformément à l'éthique en recherche, nous avons donné aux participants une liste de ressources en santé mentale (voir Annexe 3). Les participants à cette recherche étaient des personnes vivant des situations de dépendance tant aux niveaux comportemental, relationnel, affectif et autre. Leur vécu de douloureuses dépendances n'est pas pris en compte dans le système institutionnel de prise en charge, de prévention et de traitement. En raison de l'absence de services adaptés à leurs conditions, il se pouvait que les participant(e)s éprouvent des états de désarroi dus au fait qu'ils/elles ne savent à qui s'adresser pour de l'aide. Ce désarroi, en matière de manque de recours, risquait de s'exprimer dans le cours des entrevues. Ces états de reviviscence pouvaient aussi être liés aux réactions que pouvaient éprouver les participants par rapport à la nécessité d'enregistrement des entrevues. Pour assurer le bien-être des participants et des participantes, et pour mieux les mettre à l'aise en vue de maximiser leur pleine capacité d'expression, avant chacune des entrevues, une préparation psychologique a été faite pour mieux mettre à l'aise, informer et rassurer les participant(e)s sur les données à enregistrer. Pour mieux prévenir les situations d'inconforts, de malaises psychologiques et émotionnels, liés à de possibles réviviscences, les attitudes suivantes étaient adoptées de la part de la chercheuse ; le respect et la validation de l'expérience du vécu psychologique et émotionnel des participants et la reconnaissance de leurs besoins. L'approbation autorisant à réaliser le projet a été émise le 22 novembre 2017.

Le cadre méthodologique étant maintenant établi, les données recueillies peuvent être présentées, ce qui fera l'objet du prochain chapitre.

## CHAPITRE 4

### Présentation des données

Dans ce chapitre, nous aborderons la présentation des résultats de notre recherche. Dans un premier temps, nous présenterons le déroulement des entrevues et le profil des participants. Puisque nous devons passer par les sous-concepts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec substances pour arriver au thème des dépendances marginales, en second lieu nous allons présenter les résultats de la première question qui a permis de tenir compte de l'expérience vécue des participants par rapport aux sous-concepts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec substances. Nous allons présenter et structurer les résultats de l'analyse thématique des entrevues, dans l'ordre chronologique de leur obtention, de façon à répondre à l'objectif général de la recherche qui est la compréhension du vécu des différentes formes de dépendances marginales parmi les personnes concernées et les trois objectifs spécifiques qui sont :

- 1) L'analyse des impacts des formes de dépendances marginales sur la vie des personnes concernées ;
- 2) L'évaluation des besoins des personnes concernées en matière d'intervention sociale ;
- 3) L'examen des perspectives de solution auprès des personnes concernées.

Pour illustrer concrètement les résultats de la recherche, nous avons présenté les données sous forme de descriptions, de tableaux, de figures, de grilles d'analyses et de plusieurs extraits d'entrevues. Passons prochainement à l'examen de ces données.

#### **4.1 Déroutement des entrevues et la cueillette de données**

Des entrevues durant de 50 à 115 minutes ont été réalisées à un bureau privé à l'église Grace Family Church, puisque cette organisation croit au rétablissement de l'addiction de toutes les sortes et fournit aussi un emplacement au sous-sol pour une variété de groupes d'entraide. Seulement, deux entrevues ont eu lieu au bureau professionnel des participantes. Lors de la rencontre de la chercheuse et de chaque participant(e), la chercheuse a fourni une copie de la lettre d'explication de l'étude et formulaire de consentement de la recherche. La chercheuse a discuté des points saillants de la recherche en suivant de près ce document afin de s'assurer que le participant et la participante soient bien informé(e)s et conscient(e)s des risques potentiels de leur participation. En cas de risques inattendus de la participation, les participant(e)s ont chacun(e) reçu une liste de ressources pour accéder à des services dans la communauté. Chacun a consenti de façon libre et éclairée à la participation et a signé un consentement.

Nous avons fourni une copie du guide d'entrevue à chacun des participants avant de débiter l'entrevue et nous avons expliqué que l'objet d'étude porte sur les thèmes des dépendances marginales, des dépendances sans substance et de l'addiction, la toxicomanie et les dépendances aux substances – alcool, drogues, médicaments ou autre(s) substance(s). La chercheuse a expliqué que le mot toxicomanie ou « toxic mania » - traduit en anglais - fait référence « à être aux prises avec une substance toxique ». Les participants ont choisi un pseudonyme. Étant donné les nombreuses sous-catégories parmi certaines des questions, le guide d'entrevue a servi de point de repère pour les participant(e)s durant les entrevues. Chacune des entrevues a été fixée et s'est déroulée au cours d'une période de deux semaines au mois de décembre 2017. Une difficulté qui s'est présentée lors des entrevues est le taux élevé d'annulations de rendez-vous. Ainsi, une autre difficulté que nous avons envisagée était le manque de disponibilité des intervenants professionnels. Toutefois, malgré cette difficulté, douze

participants se sont portés volontaires de participer pleinement en partageant ouvertement de leur vécu personnel et professionnel.

Tout au long de l'entrevue, la chercheuse s'est assurée de porter attention aux réactions de chaque participant(e). Bien qu'il n'y ait pas eu de réaction imprévue nécessitant d'arrêter l'entrevue, certains participants ont fait le commentaire que les questions étaient profondes et qu'elles exigeaient beaucoup de réflexion. Certains ont paru émotifs en répondant à certaines questions, particulièrement lorsque celles-ci impliquaient un partage à un niveau personnel par rapport à une relation intime. La chercheuse a aussi observé la fatigue chez certains participants à divers moments et ceci était surtout observable vers la fin de l'entrevue. À la fin de chaque entrevue, lorsque la chercheuse a demandé à chaque participant(e) dans quel état il et elle se retrouvait en quittant l'entrevue, tous ont exprimé qu'ils étaient en bon état d'âme, bien que certains ont partagé qu'ils se sentaient fatigués.

## **4.2 Profil des participants**

L'échantillon de notre étude est composé de 12 participants qui répondaient aux caractéristiques recherchées, c'est-à-dire d'être en mesure de partager leurs expériences personnelles et professionnelles au sujet de l'expérience vécue de la toxicomanie, de l'addiction (avec ou sans substance) et des dépendances marginales chez soi-même et / ou dans son environnement social. Afin de recueillir des données socio-démographiques telles que l'âge, l'identité de genre, le niveau d'instruction et le statut d'emploi, la chercheuse a administré un questionnaire au début de chaque entrevue.

Parmi les douze participants âgés entre 32 à 64 ans, 7 se sont identifiés en tant que femmes et 5 se sont identifiés comme étant hommes. L'âge moyen de l'échantillon était de 53 ans. L'âge moyen parmi les sept femmes était de 57 ans, tandis que l'âge moyen parmi les cinq hommes était de 47 ans. Tous les participants ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'instruction post-secondaire à l'exception d'un qui a reporté avoir un niveau d'instruction primaire. Parmi les participants, cinq ont indiqué qu'ils demeuraient

seuls. Une des participantes a élaboré en expliquant qu'elle avait un enfant à charge. Six des répondants ont indiqué qu'ils demeuraient en couple et une seule a répondu « autre », élaborant d'abord qu'elle vivait avec des colocataires. La majorité des participants a indiqué qu'ils travaillaient 40 heures et plus par semaine. Un participant était sans emploi bien qu'il était à la recherche d'emploi. Un autre participant était sans emploi et ne cherchait pas un emploi. Deux des participants ont répondu qu'ils n'étaient pas en mesure de travailler dû à une incapacité et deux étaient à la retraite. Chacune des entrevues a été complétée en anglais par choix du participant bien que certain(e)s étaient en mesure de parler en français. Les renseignements sociodémographiques sont présentés à l'Annexe 6 – profil des participants - pour permettre au lecteur d'en faire une vue d'ensemble. Soulignons encore que chaque participant a choisi son propre pseudonyme pour s'identifier en raison des enjeux de la confidentialité et de l'anonymat, alors les prénoms utilisés tout au long de l'étude sont fictifs.

#### **4.3 Le vécu de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance avec substances**

Compte tenu de la coexistence de multiples formes d'addictions avec et sans substances, avant d'aborder le concept des dépendances marginales, nous avons introduit les sous-thèmes de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec substances afin d'être en mesure de cerner les contextes personnel et professionnel des participants par rapport à la consommation de substance.

Avec la question 1, nous avons d'abord cherché auprès des participants s'ils avaient une expérience vécue, présente ou passée, personnelle ou professionnelle qui concerne la consommation de substances – soit alcool, drogues, médicaments ou autre - et de décrire ce vécu. Ceci a permis d'identifier les divers types d'addiction, de toxicomanie et dépendances aux substances déclarées par l'échantillon et de tenir compte des relations complexes qui existent entre l'individu, l'environnement, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en rapport avec l'expérience vécue des dépendances marginales. Pour faire l'analyse de l'expérience vécue et les manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances concernant la consommation de

substances, nous avons élaboré une grille d'analyse comportant six colonnes qui permettaient de repérer, de répartir et d'examiner certains éléments descriptifs et contextuels, en observant les manifestations qui en découlent. Les catégories établies dans la légende de cette grille pour tenir compte des éléments descriptifs furent chacune attribuée un symbole ou un acronyme, ceux-ci sont :

- À quel niveau - personnel (**Pr**) ou professionnel (**PF**) s'était manifestée l'expérience vécue ;
- Quand se manifestait l'expérience vécue : présentement ( $\rightarrow$ ) et / ou passée ( $\leftarrow$ ) ; à l'adolescence (**Ad**) et / ou à la vie adulte (**A**) ;
- L'expérience vécue : de l'addiction (**A**), de la toxicomanie (**T**), de la dépendance avec substance (**D**) ou autre (**AT**).

Nous avons aussi cherché quelle(s) substance(s) étaient impliquées dans le récit de l'expérience vécue selon les catégories suivantes :

- Alcool (**A**) ;
- Drogue (**D**) ;
- Médicament (**M**) ;
- Autre (**\*AT**) ;
- Aucune (**-**)

La catégorie Aucune (**-**) fut créée pour assurer de capter les participant(e)s qui ne s'identifiaient pas avec la consommation d'une substance comme telle. Le tableau suivant présente une récapitulation des symboles et acronymes des éléments descriptifs de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autres et de leurs manifestations.

**Tableau 1 : Tableau récapitulatif des symboles et acronymes des éléments descriptifs de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autres et de leurs manifestations.**

<i>Expériences vécues et manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autres</i>					
<b>Participants</b>	(Pr) Personnelle (PF) Professionnelle	(→) Présente (←) Passée (Ad) Adolescence (A) Adulte	(A) Addiction (T) Toxicomanie (D) Dépendance (AT) Autre	(A) Alcool (D) Drogue (M) Médicament (-) Aucun (*AT) Autre	Manifestations

#### **4.3.1 Description de l'échantillon par rapport à l'expérience vécue et les manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances**

À l'aide de la grille d'analyse précédemment présentée, nous avons examiné les réponses des douze participants, ce qui nous a permis d'établir une description des expériences vécues au travers des manifestations personnelles et des observations professionnelles racontées par les participants. Bien que ce ne soient pas tous les participants qui aient partagés longuement à la première question, il nous a été tout de même possible, en analysant le corpus, de repérer une panoplie de données. Le lecteur qui s'intéresse à un examen plus approfondi peut consulter l'Annexe 7, où se retrouve la grille d'analyse des éléments descriptifs et des manifestations de l'ensemble.

En examinant la grille d'analyse, nous constatons que tous les douze participants ont partagé à un niveau personnel. En analysant le corpus nous avons aussi découvert que six d'entre eux ont aussi une expérience professionnelle avec les sujets de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance. Chacun des douze participants a indiqué qu'ils avaient une expérience passée bien que seule une participante a déclaré qu'elle vivait présentement une situation de dépendance à un médicament. Huit des participants ont vécu l'expérience d'addiction au cours de leur adolescence tandis que tout l'échantillon a identifié une expérience qui s'est manifestée au cours de la vie

adulte. Six participants se sont servis du mot *addiction* pour parler de leur situation, aucun n'a utilisé le mot toxicomanie au départ<sup>15</sup> et trois ont parlé de la dépendance. Six des participants ont relaté le vécu d'une expérience avec des substances sans identifier les mots addiction, toxicomanie ou dépendance. C'est en fait la catégorie *autre* que nous avons utilisée dans notre légende qui a traité de ces informations.

La catégorie « autre » nous a parue importante puisqu'au cours des entrevues et de l'analyse des données, nous avons constaté que cinq participants avaient introduit le concept de « l'abus des substances ». Nous avons remarqué que Mia et Josephine ont indiqué qu'elles avaient abusé de l'alcool et de la drogue durant l'adolescence. De plus, cette dernière a partagé qu'elle avait aussi abusé de l'alcool au cours de sa vie adulte, lors de la séparation de son mari et que sa consommation abusive de l'alcool a duré près d'un an. Même, Jim a reporté « *alcohol abuse* » en parlant de son histoire personnelle passée. De même, Kimmy parle d'abus de l'alcool dans le passé et Amber parle d'avoir consommé de grandes quantités d'alcool pendant quelques semaines pour gérer le stress - « *coping mechanism* » - durant la rupture de relations intimes, bien qu'elle n'identifie pas précisément que sa consommation était abusive.

Par rapport aux substances impliquées, nous avons remarqué que huit des douze participants ont identifié la consommation de l'alcool en tant que substance de consommation problématique et que deux de ces huit participants identifiaient seulement la consommation de l'alcool. Parmi ces huit participants, six d'entre eux ont rapporté la consommation de l'alcool et de la drogue de types variés. Quatre parmi les douze participants ont aussi indiqué les médicaments prescrits en tant que substances consommées. Quatre des participantes avaient des substances « autres ». Tandis que trois de ces participants rapportaient la consommation de la nicotine, c'est-à-dire fumer des cigarettes, un autre participant a déclaré qu'il avait des addictions comportementales ; alors n'importe quoi, tels que la boisson gazeuse « Coca Cola », le

---

<sup>15</sup> Voir la page 116 : Jim explique le choix du mot « toxic mania ».

sucre ou la caféine, pouvait devenir une substance d'addiction. Dans le même courant, un autre participant a décrit avoir une personnalité addictive et qu'il avait des tendances de consommation excessive, même avant avoir consommé des substances stupéfiantes.

Seulement deux participants de l'échantillon n'ont pas identifié avoir une addiction, une toxicomanie ou une dépendance à une substance en tant que telle. Candy a répondu : « *Addiction to a substance, I don't think so, not a substance per se* ». Amber, pour sa part, a affirmé :

« You know, I really don't think I have, otherwise to alcohol or drugs unless I - and I wouldn't call this an addiction: but unless you consider during the demise of a relationship, where I may have for a few weeks, drank copious amounts of alcohol (participante rit aux éclats) and I wouldn't call that an addiction; it was just a coping mechanism. » (Amber)

**Tableau 2 : Expériences vécues et manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autre**

Le tableau 2 présente les résultats succincts de la grille d'analyse des éléments descriptifs de l'expérience vécue de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance aux substances.

<i>Expériences vécues et manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances et autre.</i>					
Participants	<i>(Pr) Personnelle (PF) Professionnelle</i>	<i>(→) Présente (←) Passée (Ad) Adolescence (A) Adulte</i>	<i>(A) Addiction (T) Toxicomanie (D) Dépendance (AT) Autre</i>	<i>(A) Alcool (D) Drogue (M) Médicament (-) Aucun (*AT) Autre</i>	Manifestations
Résultats	<i>(Pr) 12 (PF) 6</i>	<i>(→) 1 (←) 12 (Ad) 8 (A) 12</i>	<i>(A) 6 (T) 1 (D) 3 (AT) 6</i>	<i>(A) 8 (D) 6 (M) 4 (-) 2 (*AT) 7</i>	<b>(voir Annexe 7)</b>
<p><i>(AT) 6 = 4 abus de substances ; 1 pas une addiction comme telle ; 1 pour gérer le stress</i></p> <p><i>(*AT) 7 = 2 des addictions comportementales ; personnalité addictive n'importe quoi peut devenir objet d'addiction ; 3 nicotine, cigarettes, fumer ; 1 l'addiction aux non substances ; 1 vit l'expérience de l'addiction au travers de quelqu'un d'autre.</i></p>					

#### **4.4 Le vécu des dépendances marginales : les dépendances sans substance ou comportementales**

Afin de comprendre l'expérience vécue des différentes formes de dépendances marginales, la question 2 avait pour objectif d'explorer avec les participants s'ils vivaient présentement ou, si dans le passé, ils avaient vécu une expérience personnelle de dépendance sans substance. La liste de dépendances marginales préétablie dans le guide d'entrevue a servi de point de repère. La chercheuse a lu la question en référant à la liste et a invité les participants d'identifier et de décrire le type de dépendance

marginale dont il s'agissait. Parmi la liste de dépendances marginales se retrouvaient : a) la codépendance ; b) les enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes, dysfonctionnelles (ATD) ; c) les dépendances affectives / relationnelles ou sexuelles ; et d) autre. Avec la question 3, nous avons cherché à approfondir davantage sur la compréhension du vécu des dépendances marginales en invitant les participants à partager des manifestations vécues personnellement ou observées professionnellement. Ceci a permis de tenir compte des participants qui s'affirmaient selon leur expérience vécue professionnelle en relation d'aide.

#### **4.4.1 L'analyse de l'identification des dépendances marginales par les participants**

Pour analyser les données, nous avons élaboré une grille d'analyse contenant les catégories de la liste préétablie ainsi que certains critères qui s'y associent. Ceci a permis de tenir compte des réponses des participants en ce qui concerne les types de dépendances marginales identifiées, leurs fréquences et les niveaux auxquels elles ont été vécues.

Le tableau 3 à la page suivante représente la grille d'analyse que nous avons utilisée pour tenir compte de l'analyse de l'identification des dépendances marginales par les participants. En examinant cette grille, nous observons à la marge de gauche, la liste des différentes formes de dépendances marginales. Les chiffres de 1 à 12 énumérés au haut du tableau, au centre, dans le sens horizontal représentent chacun des participants. L'astérisque (\*) est le symbole que nous avons utilisé pour insérer dans les cases pour démarquer les dépendances marginales correspondantes aux participants qui les ont identifiées au niveau de leur vécu personnel. Le symbole (☒) a été utilisé pour insérer dans les cases pour indiquer les participants qui ont identifié des dépendances marginales qu'ils ont observées ailleurs que chez soi-même - c'est-à-dire auprès des gens dans la sphère familiale, sociale ou professionnelle. Nous reconnaissons cette catégorie par l'expression « observé au niveau du vécu d'autrui ».

À la droite du tableau, la dernière colonne intitulée « Total » est pour démontrer le taux d'identification de chacune des formes de dépendances marginales rapportées soit au niveau du vécu personnel (\*) ou observé au niveau du vécu d'autrui (□). À la gauche, au bas du tableau, il y a une rangée intitulée « Total » pour illustrer le taux de dépendances marginales identifiées par chacun des participants selon le niveau du vécu personnel (\*) ou observé au niveau du vécu d'autrui (□). Passons maintenant à l'observation de l'exemplaire de la grille d'analyse d'identification des dépendances marginales par les participants et nous passerons par la suite à la présentation des données.

**Tableau 3 : Grille d'analyse de l'identification des dépendances marginales par les participants**

	PARTICIPANTS - Personnes concernées												Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	*	□
<b>DÉPENDANCES MARGINALES - Comportementales</b>													*	□
<b>Codépendance</b>														
<b>Enfants adultes de familles :</b>														
<b>-alcooliques</b>														
<b>-toxicomanes</b>														
<b>-dysfonctionnelles</b>														
<b>Dépendances affectives/relationnelles</b>														
<b>Dépendances sexuelles</b>														
<b>AUTRES</b>														
<b>TOTAL</b>														
<b>LÉGENDE :</b>	* Dépendances marginales vécues au niveau personnel							□ Dépendances marginales observées au niveau du vécu d'autrui						

#### 4.4.2 Les dépendances marginales sont multiples et coexistent

En examinant la grille d'analyse conçue pour l'identification des dépendances marginales par les participants, nous constatons que les dépendances marginales existent ensemble et en même temps, en s'influençant l'une l'autre et donc elles prennent une multiplicité de formes. Chacun des participants a identifié une expérience personnelle par rapport aux dépendances sans substance et tous les participants ont identifié plus d'une des catégories de la liste de départ. De plus, nous observons que seule une participante – Amber - n'a pas identifié d'autres formes de dépendances marginales à part de celles dans la liste préétablie. En examinant le contexte et le contenu des propos des participants par rapport aux manifestations vécues, nous avons remarqué que plusieurs des participants ont aussi parlé de leurs observations au niveau du vécu d'autrui.

Parmi les douze participants, dix d'entre eux ont identifié la codépendance en tant que dépendance sans substance vécue personnellement. Seuls Jim et Josephine n'ont pas identifié la codépendance en tant que dépendance marginale chez soi. Avec la catégorie « Enfants adultes de familles », qui est répartie selon les trois sous-catégories - alcooliques, toxicomanes ou dysfonctionnelles - nous remarquons diverses tendances. Pour la sous-catégorie « Enfant adulte de familles alcooliques », dix participants, à l'exception de Greg et Mike, se sont identifiés. Candy et Walter sont les participants qui ont aussi identifié la catégorie « Enfants adultes de familles toxicomanes ». Enfin pour la sous-catégorie « Enfants adultes de familles dysfonctionnelles », onze participants - sauf Greg - se sont identifiés. L'examen des données du corpus démontre que Greg est le seul participant qui n'a aucunement identifié une dépendance marginale dans la liste de sous-catégories se rapportant aux « Enfants adultes de familles ».

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les dépendances marginales coexistent. Il nous a donc été quoique difficile de détacher les extraits des participants et de les distinguer les uns des autres puisqu'ils ont énumérés plus d'un type de dépendances

marginales et celles-ci se recoupent. Les extraits des propos des participants démontrent clairement la multiplicité des dépendances marginales. Pour Mia, la codépendance qu'elle a vécue dans ses relations intimes était en lien avec le fait d'être élevée dans une famille où l'alcoolisme était commun et que ceci l'a conditionné à croire que la consommation de l'alcool au quotidien était la « norme ». Elle a dit :

« Codependency, because alcoholism and dysfunction were in my family of origin. I never learned how to be happy. In my adolescence and my adult life, I was involved in many codependent relationships. I wasn't a happy a person. I didn't know what happiness was. The chaos of codependent relationships would steer me away from my goals. » (Mia)

Les propos de Kimmy sont semblables à ceux de Mia, quant au fait que la consommation excessive au niveau de sa famille d'origine est ce qui, selon elle, a déclenché la codépendance dès l'âge de 3 ou 4 ans. Elle a expliqué :

« For me, codependency started in my childhood. My mother was alcoholic and I am younger than my siblings by a number of years. My siblings were exposed to a long history of my mother's drinking prior to my birth. There was bootlegging happening in the home and my parents fought a lot. I spent many years trying to get my siblings to love each other. I would say that my codependency started as early as 3-4 years old because I felt abandoned when my older siblings left home. » (Kimmy)

Candy a notamment identifié être aux prises avec la codépendance et être enfant adulte de famille alcoolique, toxicomane et dysfonctionnelle. Elle a exprimé:

« I am codependent and adult child of alcoholism, addiction to medication and dysfunction. Being raised in a dysfunctional home with addiction, affected my decisions. There was trauma in my childhood. I left home at age 15. My mother was in a dysfunctional relationship and my step mom disliked us. As a result, I got into dysfunctional relationships and in the long run, it created addiction in my adult son. I was involved in relationships with people with substance abuse issues. I always tried to save them. It led to me forgetting about myself. I often wonder why I didn't become an alcoholic or an addict due to my past trauma. » (Candy)

Catherine a aussi parlé de la codépendance et de la notion d'enfant adulte de famille alcoolique. Elle a dit :

« Codependency and adult children. My mother grew up in an alcoholic and very dysfunctional home. My codependency is caused by that, as well as my daughter's addiction. I tried to care take her during her active addiction. »  
(Catherine)

Bien que Jim et Josephine n'aient pas parlé de la codépendance, ils ont tous les deux exprimé que leurs pères étaient alcooliques et qu'il y avait de la dysfonction au niveau de la famille d'origine. Jim a déclaré :

« ACOA. My father was a drinker. He lacked responsibility while drinking. It was dysfunctional. I guess I ended up being one too. » (Jim)

Josephine pour sa part a décrit :

« I would have to say that I'm an adult child of an alcoholic and from a dysfunctional home. Apparently, my father was alcoholic but I don't remember him as an alcoholic. I guess that's where my mother comes in. Her whole family drank. I guess I did experience that when I was young. But for me personally, I have always stayed away from alcohol. I was scared of it because of the messages I heard about the dangers of it. I dabbled in it a bit when I was a teenager but I stayed away from it for a long time. I didn't start to drink until my divorce and that lasted for about one year. » (Josephine)

En analysant les données en ce qui concerne la catégorie de dépendances affectives / relationnelles et sexuelles telle qu'élaborée à la question 2c) du guide d'entrevue, nous avons choisi de diviser cette catégorie en deux. Nous avons observé que quatre participants – Mia, Candy, Amber et Walter - ont chacun identifié les dépendances affectives / relationnelles et qu'ils avaient tendance de se servir du mot « codépendance », en tant que synonyme, pour illustrer une trame de relations répétées qui était de nature dysfonctionnelle, puisqu'il y avait une tendance à se retrouver en relation intime avec des personnes qui étaient aux prises avec la consommation de

substances. Toutefois, Walter est le seul participant parmi ces quatre qui a aussi parlé de dépendances sexuelles vécues simultanément. En ce qui concerne la dépendance affective / relationnelle, Amber a partagé :

« Dependency without substance for me is relational dependency or codependency. I am also an Adult child of an Alcoholic. There was alcoholism in my family and dysfunction while growing up. The codependency I experienced as an adult was bad. I had to have a relationship. I have put up with a lot in a relationship. It was painful. It was very hurtful. There was drinking on my partner's part and cheating. It would affect my work. Sometimes I would miss time from work which was difficult because I was a single mom. I was most codependent in the last relationship. It was emotionally abusive on his part. » (Amber)

Walter qui a partagé un propos semblable a notamment divulgué la composante de l'addiction sexuelle. Il a expliqué :

« Adult child of addiction because my parents were both alcoholic and addicted to drugs. For me codependency has been prevalent. I was never single for more than 3 months. I was married and divorced twice. In early recovery I dated many women. I had sex with many women. Sex, pornography and dating were to fulfill loneliness. I need to be aware of it to ensure that I do not enable or be a savior in relationships. » (Walter)

Dans l'ensemble, trois participants - Mike, Tornado et Greg - ont partagé plus spécifiquement de l'expérience personnelle vécue de la dépendance ou de l'addiction sexuelle, et leurs propos diffèrent de ceux de Walter puisqu'ils ne portaient aucunement sur l'affection ou la relation. Voici ce qu'a dit Mike :

« I can identify with codependency in relationships, Adult children of dysfunctional family because my father was obsessed with food but the sexual dependence stands out the most. Sexual dependence involved pornography, chasing women, seeking sexual relationships and having sex with other women during my marriage. The sex was never enough in my marriage. My sexual addiction involved the fantasy part of it. » (Mike)

Les propos de Tornado et de Greg portent aussi sur l'addiction sexuelle bien qu'ils diffèrent sensiblement de celui de Mike puisque comme Walter, ces derniers ont aussi mentionné que leur dépendance sexuelle a pris racine suite à l'arrêt de la consommation de substances. Tornado a expliqué :

« I struggled with sexual addiction after I stopped using drugs and alcohol. Sex and masturbation were ways of relieving and avoiding pain. It was also a way of lashing out; A way of facilitating aggression. » (Tornado)

Pour sa part, Greg a expliqué :

« I have had many codependent relationships. When I stopped using drugs and alcohol, I found myself engaging in sexual dependency. It was a way to have instant gratification. It was a replacement. Pardon my expression but in early recovery my experience of addiction to a non-substance was women. Women were masturbation tools. » (Greg)

La catégorie « autre » a permis d'énumérer toutes les autres formes de dépendances marginales soulevées par les participants qui ne figuraient pas dans la liste de départ. Pour répertorier ces formes de dépendances marginales, nous avons dressé une liste dans la catégorie préétablie « autre » telle qu'illustrée dans la grille d'identification des dépendances marginales. Dans la liste que nous avons dressée se retrouvent les sous-catégories : la suralimentation ; le sport / le sport télévisé ; l'exercice ; la masturbation ; la pornographie ; le « sexting » ; les « gadgets » / « les gismos » électroniques, les téléphones cellulaires intelligents, l'internet ; les médias sociaux (Facebook) ; l'éducation ; le bourreau de travail « workaholism », l'argent « Money », le magasinage compulsif « shopping ».

Parmi les participants, Candy, Catherine, Mike et Greg sont les quatre participants qui ont exprimé qu'ils s'adonnaient à la suralimentation. Candy a expliqué : « *When I quit smoking, I turned to eating. I think it was to fill a void. I have always bounced from one thing to the next.* » Ainsi, Catherine a décrit: « *I can identify with food*

*addiction or overeating. The food addiction was used to isolate.* » De plus, Greg a déclaré :

« Food addiction provided me an instant gratification. I did not have to deal with “me”. With eating, I could numb my feelings. I had no coping skills, so, in early recovery the feelings resurfaced but I did not have drugs to numb them. So, I would do something else whenever I felt that I needed to use something. It’s not healthy whenever I use something else as a replacement for other things. » (Greg)

Ainsi, Mike a aussi parlé de la suralimentation. Il a dit :

« I think I may have developed a food addiction from being in a dysfunctional family with my father who was obsessed with food. From morning to night he focused on food. He would talk about super time at breakfast and if the food wasn’t cooked just like he wanted it, he would complain about my mother’s cooking. Also, I have family members on my father’s side of the family who are highly addicted to chocolate. Though they are extremely over weight and diabetic and that doctors have told them to cut back on their chocolate consumption, they still need their chocolate fix. It is like an addiction for them because in spite of the negative consequences, they continue to indulge in it. » (Mike)

Le sport et le sport télévisé ont été soulevés par deux participants - Walter et Caroline. Walter a expliqué qu’il se consacrait excessivement à son sport favori et Caroline a déclaré que son père visionnait excessivement le sport télévisé lorsqu’il a cessé de boire. De plus, Greg a déclaré que l’exercice était notamment une façon de substituer lorsqu’il a cessé de consommer. Il a dit : « *I turned to working out also. It was a way to feel a rush and to avoid. It was a way to focus outside of myself.* »

Telle que nous l’avons vu plus tôt, lorsque nous avons présenté les données sur l’addiction sexuelle, la masturbation a été soulignée par deux participants - Tornado et Greg - en tant que dépendance marginale en lien avec l’addiction sexuelle. La pornographie a été soulignée par Mike et Walter bien que Josephine a de même expliqué que c’est son mari (homosexuel) qui avait tendance à s’y adonner. Elle a dit : « *Yeah, my husband probably had some kind of porn addiction. I found his collection of gay porn.* » Pour sa part, Caroline a exprimé que l’internet met la pornographie à la

portée de la main des gens et que depuis l'ère de l'internet, au cours des deux dernières décennies, qu'au niveau professionnel elle a observé de plus en plus de gens qui s'adonnent à la pornographie et que ceci cause des conflits familiaux. Elle a notamment expliqué que les « *gismos* » électroniques permettent le partage rapide d'images explicites, ce qui cause beaucoup de difficultés au niveau des relations des gens qu'elle rencontre en relation d'aide. Voici ce que Caroline a exprimé :

« For me, I can identify with Codependency, ACOA - Adult child of a dysfunctional family but overall I think that Addiction is generalized. Like Melodie Beattie stated, I believe that 90% of population is codependent. Codependency Anonymous groups weren't a good fit for me compared to Nicotine Anonymous. And ACOA groups were a better fit than CODA. As for other non-substance addiction, I see this all the time with my clients. It goes from gambling to other things. I have observed that many of my clients are on their electronic gizmos, so whatever it is, whether it's a Facebook addiction or other electronics, it has exploded in the last 5 Years. Easily accessible porn sites have been around since the beginning of the internet. I have encountered clients who have come to session because they were *sexting* their wife's girlfriends, flirting, sending explicit pictures and they got caught. They tend to say that they engaged in it because everybody is doing it. I've seen lots of this. Today, when I am working with my client's I work on addiction in general because addiction does not just involve sex addiction it involves sports addictions, Facebook – all kinds of things. I know that one addiction can move to another. » (Caroline)

Trois autres participants - Jim, Walter et Mia - ont souligné que l'usage des « *gadgets* », des appareils électroniques, des téléphones cellulaires intelligents et de l'internet sont aussi des objets à la source de tendances addictives. Pour Jim et Walter, leur propos ont porté sur leurs expériences personnelles. Jim a expliqué : « *As for a dependence to a non-substance, I would say the cell phone and Facebook. I spend a lot time on those but it does not have the major effects that alcohol did.* » De plus, Walter a ajouté : « *Sexting and social media were problems for me because they tied into my sexual addiction. I had to cut myself off of all of that.* » Le partage de Mia était plutôt général et ses observations étaient au niveau du vécu d'autrui, lorsqu'elle a exprimé :

« Human beings are becoming less and less human. They seriously hurt others through computerized systems and social media. And because they are behind a computer screen, they're able to do this. Social media is not a substance but there's a lot of addictions in all that computer stuff. Like even going on Facebook and checking often. People get lost in that. It's still an addiction. I don't know if you've heard of that but there are some people that go on social media and they just want to see how many people *liked* them. It's an addiction because it changes the chemistry of the brain though it is a non-substance. Social media is creating addiction in people. » (Mia)

Pour Mia et Walter même l'éducation était devenue une activité pratiquée de façon addictive pour eux. Lorsqu'ils ont porté leurs attentions sur l'éducation, cette activité est devenue compulsive. C'est aussi Walter qui a exprimé le concept « workaholic » que nous avons intitulé « bourreau de travail ». Il a expliqué que dans le passé, il mettait tellement d'emphase sur son travail, que souvent ce comportement prenait le dessus. Walter est aussi le participant qui a parlé de l'argent en tant qu'addiction. Enfin Kimmy, Mike et Tornado sont les trois participants qui ont parlé du magasinage compulsif ou le « shopping » en tant qu'activité addictive observée auprès des gens dans leur entourage.

Comme nous l'avons mentionné, les dépendances marginales existent ensemble et en même temps, en s'influençant l'une l'autre et donc, elles prennent une multiplicité de formes. Le Tableau 4 présente une vue d'ensemble succincte des formes de dépendances marginales identifiées par les participants incluant les nouvelles catégories qui ont émergé. Passons maintenant à l'examen de ce tableau.

Tableau 4 : Identification des dépendances marginales par les participants

	PARTICIPANTS - Personnes concernées												TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
<b>DÉPENDANCES MARGINALES - Comportementales</b>	Mia	Candy	Jim	Josephine	Kimmy	Amber	Mike	Tornado	Greg	Walter	Caroline	Catherine	*	□
<b>Codépendance</b>	*	*			*	*	*	*	* □	*	* □	*	10	2
<b>Enfants adultes de familles:</b>														
<b>-alcooliques</b>	*	*	*	*	*	*		*		*	*	* □	10	1
<b>-toxicomanes</b>		*								*			2	0
<b>-dysfonctionnelles</b>	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*	* □	11	1
<b>Dépendances affectives/relationnelles</b>	*	*				*				*			4	0
<b>Dépendances sexuelles</b>		□		□	□		*	*	*	*			4	3
<b>AUTRES</b>														
La suralimentation		*					* □		*			□	4	2
Le sport										*	□		1	1
L'exercice		*							*		*		3	0
La masturbation								*	*				2	0
La pornographie				□			*			*	□		2	2
Le « sexting »										*	□		1	1
Les « gadgets / gismos » électroniques, téléphones cellulaires, intelligents, l'internet	□		*							*	□		2	2
Les médias sociaux (Facebook)	□		*							*	□		2	2
L'éducation	*							□		*			2	1
Boureau de travail- « Workaholic »							□			* □			1	2
L'argent- « Money »										*			1	0
Le magasinage- « Shopping »					□		□	□					0	3
Le gambling			□						□	□	□		0	4
<b>TOTAL</b>	<b>5* 2□</b>	<b>7* 1□</b>	<b>4* 1□</b>	<b>2* 2□</b>	<b>3* 2□</b>	<b>4*</b>	<b>5* 3□</b>	<b>5* 2□</b>	<b>5* 2□</b>	<b>14* 2□</b>	<b>4* 7□</b>	<b>4* 3□</b>		

**LÉGENDE**

\* Dépendances marginales vécues au niveau personnel

□ Dépendances marginales observées au niveau du vécu d'autrui

#### **4.5 L'expérience d'être exposé à une situation d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance dans l'entourage**

Avec la question 4, nous avons cherché à savoir si les participants avaient, au cours de leur vie, été exposés à une situation d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance dans leur entourage et de décrire de leur situation d'exposition selon une grande liste d'items alphabétisés de *a* à *h* qui tenait compte d'un ensemble de milieux où une personne pourrait potentiellement vivre l'expérience d'exposition à ces phénomènes. À cet effet, nous avons d'abord demandé aux participants de décrire leur expérience à l'égard des contextes de : a) la famille d'origine ; b) la famille d'accueil ; c) la famille de progéniture ; d) la famille recomposée ; e) relations intimes ; f) réseau social ; g) la relation professionnelle ; h) tout autre environnement. Pour analyser l'expérience d'exposition, nous avons examiné l'ensemble des milieux tels que répertoriés dans notre liste en cherchant la fréquence d'identification par les participants.

Les résultats démontrent que tous les participants ont répondu qu'ils avaient été exposés à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances à de multiples niveaux. Au niveau de la famille d'origine, la majorité des douze participants, soit un ensemble de dix, ont vécu une situation d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance dans leur famille d'origine. Parmi ceux-ci, sept d'entre eux avaient un de leurs parents biologiques qui avait une tendance à la consommation d'une substance tandis que pour les autres trois participants, ce sont les deux parents qui ont été cités comme ayant un problème de consommation de substances. En examinant ces données de plus près, nous avons aussi remarqué que six participants ont déclaré que c'est leur mère qui souffrait de l'addiction bien que quatre participants aient identifié leur père.

Seul un participant a abordé le thème de la famille d'accueil. D'après le partage de Walter, qui était le parent au sein de cette famille d'accueil, son expérience vécue a impliqué l'observation des impacts de la consommation des substances sur la famille d'origine des enfants qu'il accueillait. Pour neuf participants, c'est au niveau de la famille de progéniture auprès de leurs enfants adultes où ils ont vécu l'expérience

d'addiction, de toxicomanie et de dépendance. Sept de ces neuf participants ont aussi déclaré que l'autre parent biologique de leurs enfants avait aussi une tendance vers la consommation excessive de substance. De plus, trois participants ont identifié l'environnement de la famille recomposée. Amber a été exposée à l'addiction de l'enfant adolescent d'un partenaire lors de sa relation. Candy a parlé surtout de l'exposition de l'addiction d'un de ses partenaires dans le contexte de sa famille et des impacts sur les enfants. Tornado, pour sa part, a raconté une histoire émouvante où il a exprimé la culpabilité par rapport à son comportement auprès de la fillette d'une de ses partenaires lors de son addiction. Voici ce qu'il a dit :

« I met a woman with 3 kids, she had a little girl - that blond haired and blue eyed little girl was a cry baby. I was nasty to her. When I was drinking that little kid never dared cry because she'd be sent to her room. I had no patience for that. I was still in the throes of my addiction. She was one of my first amends when I sobered up. » (Tornado)

Sept participants ont partagé par rapport à être exposés à des situations de consommation de substances au sein de leurs relations intimes. Les expériences vécues à ce niveau étaient très variées, toutefois pour la majorité d'entre eux, il y a des similarités dans leur propos puisque leurs récits ont impliqué des trames où ils se sont retrouvés, de façons répétées, dans des relations intimes dans lesquelles il y avait des difficultés relationnelles engendrées par l'addiction, la toxicomanie et de la dépendance à une substance de la part de leurs partenaires. Mia, pour sa part, a exprimé cet énoncé lorsqu'elle a dit : « *I had repeated relationships with toxic people.* » C'est ainsi que Candy a affirmé : « *I have been involved with many addicted partners* », et qu'Amber avoue : « *Boyfriends – I had three relationships with alcoholic partners.* » Même Walter a déclaré : « *The mother of my son – my first wife had alcohol problems and my second marriage partner had addiction issues.* » Bien que le récit de Josephine implique aussi une situation d'addiction au sein d'une relation de couple, ce qu'elle a partagé se détache des autres participants, car sa relation avec son mari était de longue durée et,

selon son explication, mentir était l'addiction principale de son mari. Josephine a expliqué :

« The addiction that was my husband - my ex-husband... lying about his sexual identity led to addictions... He had a drinking problem, a cocaine problem due to lying about being gay... His lying was to hide his sexual identity; it led to addictions, he had a hard time living with it. He got caught up into the drugs and alcohol. » (Josephine)

En ce qui concerne les expériences vécues dans le réseau social, quatre participants ont narré par rapport à l'exposition à ce niveau. Kimmy a répondu :

« Social network, oh God who doesn't live in a social network where there's not some forms of addiction, it's out there -everywhere you look. No one is blind to it. » (Kimmy)

Pour Jim, il a été exposé à la consommation d'alcool auprès de ses collègues de travail puisqu'ils se rendent souvent au bar après le travail. C'est semblable pour Tornado, car en plus de rapporter qu'il fréquentait souvent les clubs de danseuses, il était exposé à l'addiction au travail auprès de ses collègues. Il a expliqué :

« I was in the roofing business for 20 years, and I had 30 men working for me in my early twenties and we were all addicted - every one of us. Going to work, was like going to a party, we drank all day long. So my employees, we drank the same, every day and did drugs. » (Jim)

Pour sa part, Greg a exprimé qu'il est en congé de maladie depuis quelque temps car son domaine de travail entraîne certains facteurs déclencheurs (l'isolement et l'ennui) qui pourraient nuire à son rétablissement. Il a expliqué que son travail l'expose à l'addiction, à l'abus des substances et, plus particulièrement, à la consommation de l'alcool. Il a décrit :

« ...a lot of substance abuse, a lot of alcohol abuse, and you just see it; especially the guys on the road a lot, they're not spending time with their family when up north, there ain't much contact with your family, so a lot of guys will just use the drugs and the alcohol to cope. » (Greg)

C'est ainsi que Greg a élaboré davantage en expliquant :

« ...when I was using, everybody that I hung out with was using drugs, - were drug addicts. It's pretty amazing how people can learn to function in their dysfunction, and that's what happens in the drug culture and the social networking of the drug culture. » (Greg)

Dans le même ordre d'idée, Mike a exprimé :

« When I used substances, everyone around me used drugs and alcohol in my circle; I surrounded myself with addictive people - I was drawn to them; if they didn't have some kind of addiction, I was not interested. » (Mike)

Parmi les sept participants qui ont parlé de l'exposition à une situation d'addiction, de toxicomanie et de dépendance au niveau de la sphère professionnelle, Mia, qui occupe un poste de bénévole auprès des personnes se rétablissant de troubles de santé mentale et d'addiction, avance que :

« I do volunteer work in mental health and addiction because I feel I have some wisdom now - being in recovery for so long... I put myself in that (poste de bénévole) because it's first of all safe in that environment to be around people - it's not like outside where you may not. I don't have the support by myself. I become a co-dependent outside of that environment. In my volunteer work, I'm a recovered person that can help somebody because there's that safety. » (Mia)

En ce qui concerne les six autres, ils rapportent que leur exposition à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances s'agit d'une expérience de travail en relation d'aide auprès des gens ayant des addictions de types variés. Kimmy, Mike, Tornado, Greg, Walter et Caroline ont commenté là-dessus. Quant à Kimmy, elle a répliqué : « *Professional, yes, most definitely - as a counselor for several years, helping women with sexual abuse issues. A lot of my clients came in with those experiences.* » Mike, pour sa part, est retourné aux études au cours de son rétablissement et s'est dirigé dans un emploi où il a travaillé auprès des jeunes en tant qu'intervenant dans un foyer

d'accueil pour les adolescents. Le travail auprès des employés et du milieu de travail est le type d'emploi dans lequel Tornado et Greg s'inscrivaient. Enfin, Walter et Caroline étaient exposés à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances auprès de leurs clients en counseling individuel et de groupe. Walter a partagé : « *Professional relationships, yes. I've had professional people that I've had the opportunity to see, to work with; to actually see their codependency and workaholism - as I call it.* » Notamment, Caroline a parlé de son travail en indiquant :

« ... work – yeah, professional relationships, well it's part of my clientele. I do have a lot of clients smoking in my environment. I do have a lot of people drinking, many, many people are on Facebook or electronics. Most people cannot live without their electronics nowadays. And it's not supposed to get better. It may not even be recognized - ever. » (Caroline)

Enfin, six participants ont aussi parlé d'autres milieux d'influence environnementaux. Pour certains – peu importe l'appellation - l'addiction, la toxicomanie et la dépendance sont répandues dans la société et se retrouvent partout. Les paroles de Kimmy ont bien explicité ce thème en disant :

« All other environments...you can't look around you without having some form of dependencies, whether its dependencies on chemicals or whether it's dependencies on - it could be shopping, it can be anything... There's addictions everywhere. » (Kimmy)

De plus, Caroline a exprimé :

« Every addiction, toxic-mania or whatever that I've witnessed - it's always, always, always a solution. Addiction always starts as a solution for something and then it turns into something people cannot let go of. They become stuck in that solution. The solution runs their life. Like Facebook was a very good thing to connect people but some people, many people, cannot live without Facebook right now. » (Caroline)

Deux participants ont parlé de l'exposition à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances en fréquentant des groupes d'entraide anonymes. Selon Greg :

« I don't hang out with many people who use anymore, but I do hang out with drug addicts that are in recovery and even with that, you can see some dysfunction, coping skills aren't the greatest, we're learning as we go. »  
(Greg)

Par ailleurs, Walter a affirmé que :

« All other environmental influences: Go to an AA or an NA meeting if you want to see addiction at its finest early on in recovery; Definitely I have been exposed there a lot and we all go to these things for a reason and I understand today just because we're at a meeting doesn't mean we're well, it means we're working on getting well. » (Walter)

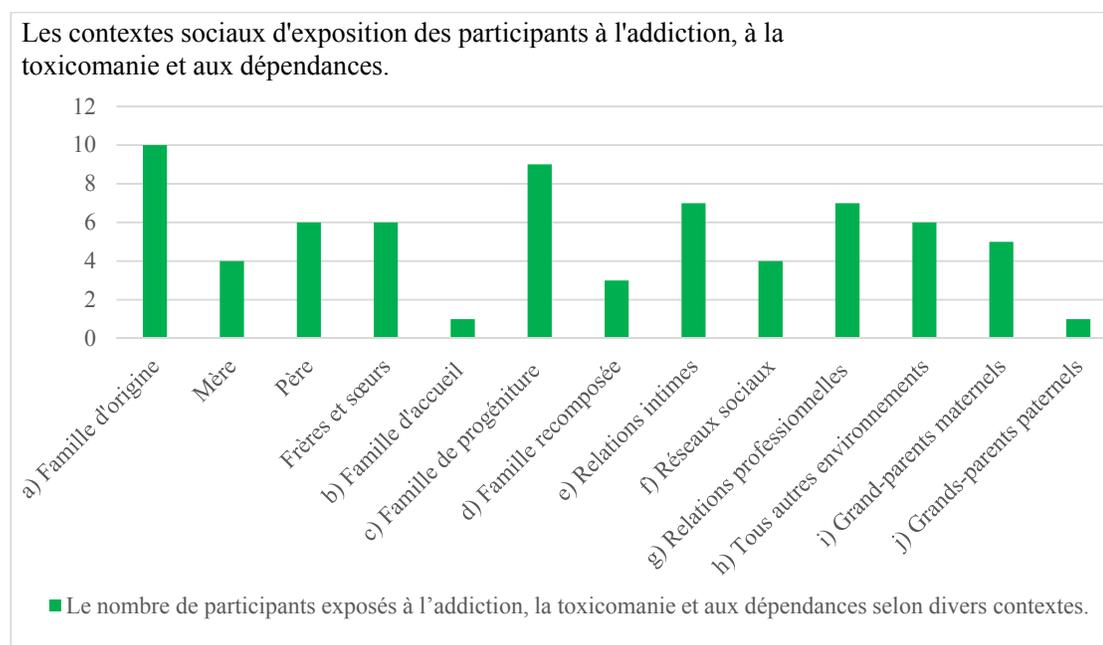
Étant donné qu'au cours des entrevues, nous avons aussi remarqué que six participants ont aussi identifié que leurs grands-parents maternel ou paternel avaient des troubles d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance, nous avons tenu compte de la famille étendue en ajoutant les catégories i) *grands-parents maternels* et j) *grands-parents paternels* à notre liste d'items alphabétisés de départ. Grâce au partage ouvert des participants, nous avons pu aussi identifier que six des participants ont affirmé qu'au niveau de la famille d'origine soit leurs frères ou sœurs avaient vécu l'expérience d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance. D'abord nous avons choisi d'inclure trois sous-catégories – *mère, père, frères et sœurs* - à la grande catégorie de famille d'origine.

Pour observer les contextes sociaux d'exposition à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances nous avons préparé un graphique en barres à la Figure 2 pour mettre en évidence les résultats de l'analyse des contextes sociaux d'exposition à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances tels qu'identifiés par l'échantillon. À la droite du graphique, soit l'axe vertical, les douze chiffres représentent le nombre de participants. Au bas, l'axe horizontal du graphique désigne les huit items de la liste alphabétisée de

départ avec les ajouts des cinq autres catégories qui ont émergé au cours de l'analyse. C'est ainsi les barres verticales opaques qui montrent le taux d'exposition parmi les participants de l'étude selon les divers milieux où ils ont vécu l'expérience d'exposition.

L'examen du graphique en barres montre que tous les participants ont été exposés à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances, et ce, dans la majorité des contextes sociaux dressés dans la liste.

**Figure 2. Les contextes sociaux d'exposition des participants à l'addiction, à la toxicomanie et aux dépendances**



#### **4.6 L'opinion des participants sur l'influence des dépendances avec substances par rapport aux dépendances sans substance**

Notre cinquième question du guide d'entrevue portait sur l'opinion des participants par rapport à l'influence des dépendances avec substance(s) sur les dépendances sans substance. Tous les participants étaient d'avis qu'une dépendance avec substance pourrait influencer une dépendance sans substance et la majorité ont précisé et appuyé leurs propos en dirigeant leur regard sur leurs expériences vécues. Seul un participant a répondu à la question de façon peu approfondie. Bien que les opinions par rapport à l'influence d'une dépendance à une substance à une dépendance sans substance, parmi les participants il y avait des thèmes communs qui sont ressortis. Passons maintenant à l'examen des résultats.

Jim est le seul qui a répondu à la question de façon peu approfondie en disant :

« Well, I suppose you they could go hand in hand. I guess a dependency to a substance could perhaps influence the dependency without a substance or magnetizes it in some way... Maybe, but not necessarily... You can have one without the other - like you can have a dependency on a non-substance but it doesn't necessarily mean that you have to be dependent to an actual substance in that sense of the term. » (Jim)

Bien que ce dernier soit plutôt hésitant et qu'il n'ait pas puisé dans son expérience vécue pour expliquer son point de vue, il a tout de même affirmé le potentiel qu'il y ait un lien entre les dépendances aux substances et les dépendances sans substance, ou à l'inverse, et que le concept de substance peut référer à autre chose qu'une substance en tant que telle.

#### 4.6.1 La biologie : les gènes, la génétique, l'ADN, l'épigénétique et la neurochimie influencent l'addiction et les dépendances de toutes sortes

Six participants ont fait référence à l'aspect biologique et génétique dans leurs familles en parlant de l'éclosion et de l'évolution de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance. Mia a expliqué que ses parents étaient alcooliques, ce qui a engendré ses tendances addictives. Ainsi Candy et Greg avancent la notion de gènes pour expliquer le phénomène. Pour Candy, l'ADN <sup>16</sup> joue un rôle important dans le développement des addictions de toutes sortes. Elle a expliqué en décrivant que le père de ses enfants avait des addictions et même si elle s'est séparée de lui pour protéger ses enfants et qu'il n'était aucunement impliqué dans leur vie, son fils a quand même développé une addiction au cours de son adolescence. Greg a affirmé que, selon lui, c'est génétique et dans les gènes, bien que le phénomène d'addiction, puisse sauter une génération et apparaître chez les descendants de la personne exposée. Il a ainsi ajouté la composante familiale pour expliquer le phénomène en disant que : « *It evolves in families, more there is using in the family more future generations will struggle with addiction.* » D'après Kimmy, l'addiction, la toxicomanie et la dépendance sont neurobiologiques, épigénétiques, voire même sociales, qui ont une influence sur l'être - même avant qu'il arrive au monde. C'est ainsi qu'elle s'est prononcée, en affirmant :

« Well, that's what my whole life has been about... It started with my mother and the addiction from my mother went to some of my siblings, including myself... directly with a substance and then later without a substance in areas of codependency and other things like that... So definitely! I would have to say it starts in utero... before utero, generationally... It does the whole gamut... It progresses. My mother's addiction started with her father, her father's started with - I don't know. But her father was an alcoholic and had issues, and basically would drink and rape his daughters; so that carried on in her life where in order to be able to deal with her issues, she started drinking. And then, it continued onto me, where in order for me to deal with the sexual

---

<sup>16</sup> Acide désoxyribonucléique

abuse that I experienced as a child, I started drinking. And it continued to my kids. » (Kimmy)

Enfin, Mike a soulevé l'aspect neurochimique (l'adrénaline) impliqué dans ses comportements addictifs. Il a indiqué que :

« For me, it's still that addictive behavior. A behavior that leads to the other. It's that same type of behavior where I couldn't just have a Coca-Cola, I had to have 15 Coca-Colas and not even realize that it was just one after another. I behaved in certain ways because I needed that behavior for the adrenaline. » (Mike)

#### **4.6.2 L'addiction et les dépendances de toutes sortes peuvent se transférer, se substituer et se remplacer : ce sont des solutions**

Tel que décrit dans le passage précédent, certains participants ont expliqué qu'il y a un phénomène de transfère ou de remplacement qui se produit entre les dépendances avec substances et sans substance et qu'ils l'ont surtout observé suite à l'interruption de la consommation de substance. Selon Walter :

« Addiction to drugs and alcohol definitely manifested into many other worlds such as sexual behavior, such as codependency. I believe that the dependency on the substance starts other dependencies. Once you get clean or sober, you basically just transfer all those defense mechanisms. Once I came off drugs and alcohol, I definitely transferred everything over - the sexual components, to the codependency components. The evolution of it was just so much quicker, but it didn't take 20 years for me to identify. It was very clear and it was very prevalent, it was really quick to progress. » (Walter)

C'est ainsi que Candy qui avait plus tôt affirmé qu'elle n'avait pas de trouble de substances comme telles a exprimé :

« I try to find other things in my life and what I do is, become dependent on that or addicted to it. I have to do it so much that I actually don't realize that I'm trying to replace something with something else. Like smoking, that's an addiction. I quit smoking so I started eating more. That became my addiction and I was gaining too much weight so I needed to go to the gym then that became my addiction. I went to the gym every day, every day, every day, and

it was just one thing being replaced with another thing which had nothing to do with drugs, nothing to do with alcohol. Whether it's a healthy choice or not, I get into it and then it becomes unhealthy for me. » (Candy)

C'est avec cette perspective de « transfert » que Caroline a expliqué que lorsque son père a cessé de consommer de l'alcool, il s'est adonné par la suite au sexe et au visionnement excessif de sports télévisés. Elle a souligné que les gens ont besoin de solutions à leurs problèmes. Selon ses observations professionnelles, l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes sortes jouent le rôle de solutions pour résoudre aux problèmes internes des gens. Pour appuyer son propos, elle a cité la notion de « positive addictions » du psychiatre William Glasser.

De même, pour Amber, l'addiction à la drogue et à l'alcool mène à la dysfonction des relations intimes, ce qui a pour effet d'engendrer la codépendance. C'est en parallèle que Mia a exprimé que : « *Someone with an addiction can pull in, influence someone else.* » De surcroît Mike a indiqué : « *All these behaviors for me were all intertwined. All the behaviors all revert back and are part and parcel of that addictive behavior.* »

#### **4.6.3 L'addiction et la dépendance sont des mécanismes de défense pour gérer / éviter les émotions pénibles et surmonter le trauma et l'abus**

L'addiction et la dépendance en tant que des mécanismes de défenses pour gérer / éviter les émotions pénibles et surmonter le trauma et l'abus sont des notions qui ont été soulevées par sept participants. Mia, Josephine, Kimmy, Mike, Tornado, Walter et Catherine ont tous abordé leurs réponses en portant leurs regards sur les impacts du trauma et de l'abus en tant que phénomènes explicatifs de l'éclosion et de l'évolution des troubles addictifs. Pour Mia, il y avait beaucoup d'abus émotionnels dans sa famille et qu'en raison de ceci elle a cru pendant longtemps que la consommation excessive de l'alcool et le chaos dans les relations étaient la norme. Pour Josephine, son mari n'était

pas en mesure de divulguer et d'envisager sa sexualité (son homosexualité) alors il s'est adonné au mensonge pour protéger son secret, ce qui a mené à sa consommation de substances et à l'abus, et à la rupture familiale. Comme nous l'avons déjà souligné, Kimmy a vécu l'abus sexuel dans son enfance. D'après l'explication de Mike, il a passé beaucoup de temps à ne pas comprendre l'origine de ses tendances addictives ; il l'a appris plus tard, durant son rétablissement, en discutant avec sa mère, qu'il avait subi de la négligence lorsqu'il était un nourrisson, parce qu'elle souffrait de dépression post-partum, et que son père avait une obsession avec la nourriture et qu'il était toujours parti à l'extérieur, puisqu'il était un bourreau de travail qui travaillait de longues heures et qu'il participait loyalement aux clubs sociaux. Selon Tornado, l'addiction à l'alcool et à la drogue était le résultat de son incapacité de gérer ses émotions. Les expériences d'abus physiques et sexuels et les carences affectives l'ont empêché de s'épanouir. Tel qu'il l'a expliqué :

« I had a lots of trauma as a young boy and as a young teenager. Drugs and alcohol took all my trauma away. So, with addiction, I stopped growing emotionally. The drugs and alcohol made it easier to maneuver through all those things, made it easier just to function and just be somewhat normal even though it wasn't at the forefront of my mind that I was traumatized.»  
(Tornado)

Pour d'autres, l'addiction, la toxicomanie et les dépendances sont perçues comme des moyens de s'évader et de gérer les douleurs affectives. C'est ce que Catherine a exprimé :

« Abuse opened the door to my daughter's addiction. It increased from that point on for her, she self-medicated to get rid of the pain, to feel normal, accepted. » (Catherine)

#### 4.7 L'analyse des impacts des formes de dépendances marginales sur la vie des personnes concernées

Aux questions 6, 7 et 8 du guide d'entrevue, le thème des impacts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec et sans substance sur le vécu des participants a été exploré.

Pour ce faire, à la question 6, nous avons d'abord amorcé le thème des impacts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec et sans substance au niveau de la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Par la suite, avec la question 7, nous avons fait l'examen des impacts vécus par les participants par rapport à l'expérience relationnelle vécue auprès des individus aux prises avec une dépendance, et ce à partir des niveaux personnel, familial, social et professionnel. Enfin, à la question 8, nous avons invité les participants à se prononcer sur les impacts de l'addiction et des dépendances par rapport à l'éducation et à la socialisation et de discuter des éléments du trauma et de l'abus de toutes sortes en tant que facteurs de prédisposition.

L'analyse des impacts de l'expérience vécue de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance sans substance a révélé que la moitié de l'échantillon, soit six participants ont indiqué que l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes sortes affectent toutes les sphères de la vie. Ce sont particulièrement Jim, Kimmy, Mike, Tornado, Greg et Walter qui ont discuté des impacts à tous les niveaux. Jim a déclaré : « *With alcohol, everything was affected.* » Kimmy, pour sa part, a exprimé : « *All of these, it affects in every way.* » Mike a ainsi expliqué : « *Personal, relational, emotional, psychological, physical – they affected all areas.* » Parallèlement, Tornado qui a répondu - « *Yes to everything* », a décrit que, lors de sa dépendance, il ne parvenait pas à être une personne authentique. Il a expliqué que :

« *Living in a world of dependency was so unauthentic for me, it hijacked everything that I really wanted, everything was so disjointed, nothing worked. It was like driving around with flat tires every day.* » (Tornado)

D'autre part, Greg a divulgué : « *With substances, it impacts every aspects of life, at the end there was no quality of life, it brought me to a suicidal place.* » Enfin, Walter a dit : « *Body, mind and spirit – everything was messed because of using.* »

Bien que la moitié de l'échantillon ait répondu que tous les aspects de la vie étaient affectés par l'addiction, la toxicomanie et les dépendances avec et sans substances, pour la majorité des participants les impacts aux niveaux personnel et familial étaient les plus précisés au cours des entrevues. Bien que les récits racontés par les participants fussent uniques, l'analyse a permis de percevoir des thèmes communs. Parmi les impacts répertoriés, nous avons saisi que l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes sortes avaient engendré des impacts personnels profonds affectant le développement, les émotions, l'estime de soi, la confiance, la volonté, le fonctionnement quotidien, la santé physique et mentale, les relations et les ressources financières. De même, les histoires narrées portant sur les impacts concernant la vie familiale étaient aussi bien individuelles, bien que l'analyse a soulevé que l'éloignement, la séparation familiale, l'isolement, la dislocation, la fragmentation, la violence et l'abus étaient des thèmes centraux auprès des participants. Les passages suivants présenteront l'expérience vécue des impacts personnels et familiaux tels que racontés par les participants.

#### **4.7.1 Les impacts personnels et familiaux de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec et sans substance**

Selon Mia, le fait d'être élevée dans une famille où la consommation de l'alcool était partagée par plusieurs a fait en sorte qu'elle croyait que ce mode de vie était la norme. Tout au long de sa vie, elle s'est retrouvée dans des milieux où les gens consommaient de l'alcool et, elle a même marié un homme alcoolique. En raison de la consommation excessive d'alcool de son mari, elle a fini par divorcer de lui et elle a élevé ses deux enfants en tant qu'une mère seule. Elle a expliqué :

« I used substances to de-stress. I see now how dysfunctional it was. Recovery has made me aware. I raised my children as a single mom and I had

to be a superwoman but I couldn't juggle it all. I realize I didn't show my kids enough affection because I was over worked. Currently, I'm in recovery - I don't use. My current relationships are with non-users. I can relate to both addictions with or without substance. Romance is a dysfunction for me. »  
(Mia)

Pour Candy, l'addiction au niveau de sa famille d'origine l'a poussée à s'éloigner de sa famille d'origine dès l'âge de quinze ans. Lorsqu'elle est partie, elle s'est accotée avec un homme et elle a commencé une famille. En peu de temps, elle a découvert que son partenaire avait des addictions et qu'il était physiquement et émotionnellement abusif. Pour protéger ses jeunes enfants des ravages de l'addiction, elle a choisi de le laisser et de déménager à un endroit à l'écart de lui et de sa famille d'origine. Toutefois, ceci n'a pas eu l'effet qu'elle désirait. Elle a élaboré :

« Because of addiction in my family, I left home at age 15. I moved geographically – I believed that moving, creating distance, was going to change everything, but it didn't. I function well on the outside, but emotionally, I fall apart. I don't share. I have a fear of judgement. I refuse to see counsellors. I don't want to go through the painful process. I'm afraid of what would happen. I want to be in control. I adapted with being alone. I adapted as a single mom. I find it hard to be real. I fear honesty. I seek approval and acceptance. » (Candy)

Jim qui a décrit qu'il souffrait d'alcoolisme a partagé qu'il a dépensé beaucoup d'argent sur l'alcool et que ses relations personnelles et familiales étaient grandement affectées. Il a partagé :

« It was a major financial cost. I had mood swings. I couldn't parent properly - I had no time. Also, I did things while drunk then I couldn't remember the next day. It caused conflict and inner conflict. There could have been better things to do. I couldn't drive because of drinking. » (Jim)

Bien que Candy se soit écartée de sa famille d'origine en raison de l'addiction au niveau de la famille, pour Josephine sa consommation abusive de drogue pendant son adolescence a été la cause de conflits avec sa mère, puis de son départ de sa famille

d'origine. Pendant longtemps, elle et sa mère n'ont eu aucune communication. Bien qu'avec le temps, elles aient renoué leur relation, Josephine s'est retrouvée dans une relation conjugale et familiale avec un homme qui n'était pas honnête par rapport à sa sexualité. Selon elle, il était homosexuel et il mentait de façon addictive. Il préservait son intimité par rapport à sa propension sexuelle, ce qui l'a amené à consommer de la cocaïne et de l'alcool pour gérer son conflit interne. Comme Josephine l'a expliqué :

« My experience with husband was about him lying about his sexual identity and there was no counseling. Nobody took the time to realize the impact on the kids. It affected them emotionally and socially. My husband never showed the children affection. It had a huge impact on the children. The kids couldn't trust anybody. The kids have seen a lot. My son developed PTSD and later he was addicted to pot. » (Josephine)

D'après Kimmy, elle ne pouvait pas dire « non » à personne parce qu'elle n'avait pas de frontières personnelles. Elle voulait être aimée et acceptée par tout le monde. L'alcoolisme au sein de sa famille d'origine a fait en sorte que la consommation de l'alcool était la norme dès l'âge de l'adolescence jusqu'à l'âge de 24 ans, jusqu'au jour où son mari lui a dit qu'elle ressemblait à sa mère lorsqu'elle buvait. Ce commentaire était la catalyse qui a mis fin à sa consommation. Mais ce ne fût pas la fin de son comportement addictif et problématique. D'autres choses se sont produites pour elle. Selon les propos de Kimmy :

« At age 24 years, I quit drinking and then there was alcohol recovery. But at 34, I had a break-down. I suffered from anxiety and agoraphobia. I didn't want to take the prescribed medication because I feared addiction. It took 4 years to recover from the issues of my past sexual abuse but to this day I struggle with codependency. » (Kimmy)

L'expérience d'Amber était un peu différente, bien qu'elle ait décelé des thèmes semblables. Selon elle, l'addiction au sein de la famille d'origine et de ses relations intimes a créé l'éloignement de sa famille d'origine et des difficultés d'estime de soi et des sentiments d'insécurité. Bien qu'elle ait fumé des cigarettes par le passé, fumer ne

lui causait pas vraiment des ennuis, sauf être dans le besoin de prendre des pauses pour fumer. L'expérience de sa codépendance, par conséquent, était le pire. La vie était misérable pour elle. D'après son partage elle a dit :

« I was needy. It was wretched. There was estrangement with my family because of their issue. I was insecure. The issues with my son, I felt that I had caused that. The impacts of codependency on my development was two pronged. I could only rely on myself. I couldn't ask for help. I feel I never developed skills to ask for help or to be interdependent with people. I kept separate and apart from people. I always felt I had to be the best at everything. Relationships were not reciprocated. I had high expectations therefore I always felt let down. It was hurtful - frustrating. » (Amber)

Mike, qui a relaté que la consommation de substance était son problème, a indiqué que :

« I escaped reality. I mistreated people. In terms of family dysfunction, I had a tendency to avoid. Using was an escape. I mistreated my parents and loved ones. I had hidden agendas in my relationships. I avoided social interactions that don't involve drugs and alcohol. I avoided professional interactions. In terms of jobs, I held myself back because it didn't involve drugs / alcohol. My emotions were - rage, anger. I wanted my fix; lashing out create issues - you procrastinate; it has a snow-ball effect. It brings on depression, feelings of uselessness. When using, lots of time is invested in finding drugs, getting high - your personal potential is gone. » (Mike)

Le récit de Tornado a exprimé que l'impact sur son estime de soi était primordial et qu'il a passé beaucoup de temps à faire semblant. Il a raconté : « *Dependency stopped me from being real; I faked everything to look good on the outside.* » Ainsi, Greg a aussi exprimé des difficultés au niveau personnel. Il a dit : « *There were no coping skills. There was isolation. It wasn't until I finally dealt with my core issues – the issues that led to addiction, that I was able to get quality of life.* » D'ailleurs, Walter a parlé de confiance, et a partagé que :

« My family was very shattered. I was emotionally stunted for many years. Because of abandonment, I had severe trust issues, there was a fear of being alone. I still have trust issues but with years of recovery, I'm pretty high

functioning. I later went on to work in the field and as a professional, I noticed that clients with addiction do the same. » (Walter)

En abordant le thème des impacts, Caroline a fait référence à sa santé physique en décrivant les impacts de sa consommation de cigarettes tandis qu'elle a partagé de la dislocation de sa famille d'origine qui était un autre impact important de l'addiction.

Elle a expliqué :

« Addictions made it a dangerous environment for me and my child. I've been estranged from my family of origin for 20+ years. My child does not know her grand-parents. » (Caroline)

De plus, d'après sa perspective professionnelle elle a ajouté :

« Addiction affects intimacy. Many people are not present. People don't know how to deal with inner difficulties and frustration. They need a quick fix – that's addiction. » (Caroline)

Comparativement, Catherine a partagé par rapport à la vie personnelle et familiale, en partageant des impacts de l'addiction de sa fille. Voici ce qu'elle a narré :

« My daughter's addiction brought dysfunction to the home. Things were often volatile. There was often conflict. It affected me emotionally and physically. It affected relationships and daily functioning. The increased stress brought on physical health issues. It affected the family. I was always trying to resolve issues with my daughter such as seeking psychiatrists and psychologists, crisis centres, counselling. Our lives revolved around the addiction. It took a lot of time away from the other children and caused a lot of disruption. It affected our income, our resources. It was a mess. » (Catherine)

#### **4.7.2 Vivre auprès d'une personne dépendante engendre notamment des impacts émotionnels, physiques, relationnels et familiaux**

En ce qui consiste des impacts vécus auprès des individus aux prises avec l'addiction, la toxicomanie ou les dépendances dans toutes leurs formes, les réponses des participants étaient variées, bien que la plupart des participants aient affirmé qu'ils avaient été affectés au niveau de leurs émotions, de leur état physique, de leurs comportements et de leurs relations intimes et familiales. En fait, ce que nous avons découvert c'est que les impacts vécus en raison de sa propre addiction, toxicomanie ou dépendance, sont semblables aux impacts vécus indirectement par ceux et celles qui sont impliqués dans une relation quelconque avec des individus aux prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance.

Parmi les participants qui ont porté leurs regards sur les impacts émotionnels, physiques et comportementaux engendrés par l'expérience de vivre dans un contexte où il y a une personne aux prises avec l'addiction, la toxicomanie et la dépendance, cette expérience mène à la dépression, à l'inquiétude, à l'isolement, à la gêne, à l'anxiété, au manque de confiance, à l'épuisement et au doute. C'est ainsi que vivre dans ces contextes a tendance à nuire à la santé physique, au fonctionnement quotidien et donne lieu à des comportements surinvestis. Les passages suivants évoquent clairement les impacts émotionnels, physiques et comportementaux. Par rapport à cette question, Candy a dit :

« I get into over care. I try too hard. It leaves me open to depression, loneliness, putting myself second and being worried. I forget the rest of the people in my life and I focus on the addict. It's hard to separate everything I go through when I'm supporting or I have somebody addicted in my life - it affects everyone. I focus more on one person, therefore it isolates me from the rest of the family. I have also let my health go. I've become sick. Sometimes I don't sleep. I avoid social events because I don't want to be around happy people. » (Candy)

C'est ainsi que Kimmy, en parlant des impacts émotionnels et comportementaux a indiqué :

« Personally, I would say it induces anxiety and self-image issues – and all the things that create codependency. » (Kimmy)

De même, Walter a ajouté :

« Personally, it's hard to regain trust. It was hard to become emotionally honest. » (Walter)

Dans le même ordre d'idées Mia a exprimé :

« It was embarrassing. It was more trouble having him in my life than not. He acted like a teenager. He was immature psychologically and needy. He always wanted attention and affection. » (Mia)

Mike a ainsi parlé des impacts au niveau des émotions lorsqu'il a partagé :

« In the past, I just didn't have time for that kind of behavior so I didn't deal with it. I found it draining. I was very critical of dependent people. I had no patience, no compassion and no empathy. I found it aggravating to be around people with dependencies. » (Mike)

De même Amber a répondu :

« It made me bitter. There were big inequities. I had to over function. I don't ever want a dependent person in my life. I am tired of being over-functioning.» (Amber)

Jim a aussi partagé qu'il y a ressenti l'épuisement en tant qu'impact. De plus, il a souligné l'impact financier. Il a énoncé :

« When both parties use (substances) they get burned out. There is nobody to be responsible. There are also the impacts of enabling and trying to control the addiction. And another thing - it's expensive. » (Jim)

Caroline, qui a travaillé auprès de personnes aux prises d'une addiction, d'une toxicomanie ou d'une dépendance, a exprimé qu'être en présence de ces individus donne lieu à beaucoup de questionnements. Elle a expliqué :

« Addiction requires one to always have to question oneself because people with addictions always look at life through fogged glasses - through their own solutions. I have seen enough manifestations of addiction, toxic- mania and dependence to know when it is in my face - I can see it. » (Caroline)

Tornado et Greg ont porté le dialogue plus précisément sur les impacts vécus au niveau des relations intimes. Tornado a décrit que lorsqu'il était lui-même aux prises de son addiction, il a eu plusieurs relations intimes avec des personnes dépendantes et ceci lui permettait une certaine marge de manœuvre ou de contrôle dans ses relations. Avec le rétablissement, il fait maintenant des choix différents. Il a élaboré que :

« When using, I was involved in many dependant relationships. It was flattering to me but it was also a way to control. When it got really dependent I could run away. I used it as an excuse for me to go - to bolt. Therefore I used it as an asset and a liability to get my needs met. Now that I'm in recovery, I am in a different place. I can now recognize dependence in relationships. I recognize that it's not mine. It is bad at times, because people can hide dependency pretty good for a long time, but when it's out, those are sad days. Today, I am not making the same choices. » (Tornado)

Greg s'est aussi retrouvé dans un certain nombre de relations intimes auprès de personnes aux prises avec des addictions, il a aussi élaboré en expliquant comment il réussit présentement à surmonter les impacts qui surviennent dans ses relations. Il a expliqué :

« It's hard. I dated addicts who are using and also clean and in recovery. It's hard on me personally but I know what I've done to my personal relationships when using and not using. I learned in my journey. If I'm dating or somebody is dating me, they can't own my baggage. They can support me, but they cannot own my baggage. I learned through trial and error but it's hard. » (Greg)

En ce qui concerne les impacts vécus au niveau de la famille, deux répondants ont élucidé leurs expériences en présentant des analogies. Catherine, pour sa part, a dit :

« It throws you into a chaotic kind of lifestyle. It affects the family because it's like throwing a stone in a pond – there are ripple effects. It affects everyone in the family - whether they know directly or indirectly. The other children suffer because of it and the other relationships suffer. Everyone suffers. You can't really be the family unit, as you want to be, because of the person with the addiction. It throws everything off course. But in the end, it really pushes you to see what your values are and how you can resolve the issues as a whole – as a family unit. » (Catherine)

D'autre part, Jim ainsi procurant une analogie, a décrit :

« Living with someone having an addiction, it's kind of like a hurricane cycle at some points within the home. The children are exposed to the conflict and the using. » (Jim)

Kimmy, est maintenant en mesure de reconnaître les impacts que l'addiction, la toxicomanie et les dépendances ont eus sur ses enfants. Elle a expliqué :

« I see how the past has affected my children. My daughter struggles with anxiety but not substance use. My son however took the direction of substance abuse – I'm not saying that I caused it, but it's there. It follows down the line. My mother, my grandfather, my son's father were alcoholics. I struggled with drinking and also codependency and in spite of the past work I did on my codependency, when my son got caught up with addiction, it brought me right back to all my codependent behaviors. In spite of the past work on myself, I felt responsible for him and his behavior. I didn't feel there were people there for me when I was caught up with my issues so my intention was to be there for him – to fix it, to make it better. Addiction is definitely devastating. It destroys lives and it runs in families. » (Kimmy)

Ce que Caroline a partagé donne aussi l'image des impacts intergénérationnels au niveau familial. Elle a exprimé :

« People live in these situations and grow up and reproduce. People reproduce what they know. That's why I have taught my child about recovery. »  
(Caroline)

Greg, pour sa part, a expliqué qu'il a dû mettre des frontières claires et rigides en place avec sa famille d'origine, afin de maintenir son rétablissement. Tel qu'il l'a exprimé :

« In order to stay clean and sober, I had to set strong boundaries with my family regarding my recovery. I was straight up in instructing them to never offer me drugs or alcohol because I don't drink and I don't do drug. I expect people to respect that. I have learned to earn my family's trust again. » (Greg)

Toutefois, pour Walter, il n'a pas pu renouer ses relations familiales car ses frères et sœurs s'adonnent encore à l'usage et à la vente des drogues illicites. Il a expliqué :

« My family and I have nothing in common anymore. They are still caught up in their addictions. I had to remove myself. I have chosen to be honest with son so at least he will know about the dangers of using. I have learned to be fully honest also with my current partner because not being fully honest in the past caused relationships to fail. » (Walter)

Enfin, pour examiner les impacts de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance dans toutes leurs formes, nous avons demandé aux participants de parler des impacts qu'ils avaient vécus personnellement ou qu'ils avaient observés professionnellement auprès de leurs clients en ce qui concerne : l'éducation, la socialisation et les traumatismes et les abus de toutes dimensions - psychologique, émotionnelles, physiques, privations ou de carences affectives et toutes formes d'abus. De plus, nous avons cherché à comprendre quels facteurs pouvaient créer ou ne pas créer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance.

### 4.7.3 Les impacts sur l'éducation

Les réponses des participants par rapport aux impacts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances sur l'éducation étaient diversifiées bien que certains propos semblables soient ressortis. Pour certains participants, le manque de motivation, l'attitude et l'abandon des études étaient les impacts les plus prononcés.

Ainsi, Tornado a relaté: « *When in a space of active addiction, it affected my motivation and my commitment. I couldn't stay true to what I wanted to do.* » Jim a décrit : « *There is an attitude that comes with using. You have a kind of "know it all attitude".* » Dans le même sens, s'exprimant sur une attitude défavorable à l'éducation, Mike a déclaré :

« In school, I scored high on I.Q tests but performance didn't match. I hated school, I hated people. I couldn't be bothered with focusing on my education. I didn't want to hear anything about it. » (Mike)

Kimmy a exprimé :

« It is almost impossible to continue the education process so a lot of kids /people are leaving school. I quit school in grade 11 because I couldn't cope with school. I felt like I didn't fit in. Like I didn't belong anywhere. My son quit school in grade 11. He eventually finished grade 12 but didn't continue. » (Kimmy)

Notamment, Walter a expliqué :

« In 1992, I lost my education because of addiction. I quit in my second year of university. » (Walter)

Catherine qui a aussi élaboré sur ce point a dit :

« On an educational level, it didn't affect me but it affected my daughter. She quit school at the age of 15. It set her back for years. » (Catherine)

Caroline, pour sa part, n'a pas vécu l'expérience personnelle d'abandonner les études ; toutefois, elle est du même avis que l'addiction mène souvent au décrochage scolaire.

Elle a toutefois ajouté que ce n'est pas toujours le cas, car il y a des personnes éduquées qui utilisent des drogues pour étudier et se retrouvent aux prises avec des addictions. Selon ses observations professionnelles, elle a rapporté :

« So many people when addicted quit school but some use drugs to study. I have often seen this in therapy. There are many professionals with addiction and they don't want to go to public places for therapy. » (Caroline)

Conforme avec le propos de Caroline, Greg a exprimé que l'addiction parvient à affecter les gens peu importe leur niveau d'éducation. Sur ce point il a dit :

« Addicts have a wide range of education. Addiction crosses every line. I have met lawyers and doctors with addictions. There is a broad spectrum of addiction and various types of addicts. » (Greg)

Pour une participante, l'addiction a eu des impacts financiers sur l'éducation de sa fille ce qui a engendré des facteurs de stress importants. Josephine a déclaré :

« My daughter's father reneged on his promise to help pay for her braces. She was in college. It affected her education because she had a hard time concentrating. He changed his mind about helping her because it was interfering with his monthly pot supply. » (Josephine)

Pour d'autres participants, l'éducation au niveau scolaire et au niveau plus général était l'élément prépondérant pour contrer les impacts négatifs de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances de toutes sortes. C'est ainsi que Mia a expliqué :

« The impacts of addiction prevented me from realizing my dreams but I turned to education and spiritual things happened. I felt guided to finding out more about myself. It led to self-discovery and to recovery. But I had to be aware, because I started to develop an addiction to school. »

Candy a aussi parlé de l'importance de l'éducation. Elle a indiqué :

« I think education is key. Anyone with an addiction or a dependency requires education so they can understand. I turned to Al-Anon because I knew I

needed to talk to someone. It was ok. I know now that the problem was that I was codependent. » (Candy)

De plus, Amber a ajouté : « *I had to excel. I was a single mom all my life. I had to work hard in school and get an education.* » Même Walter a indiqué : « *I decided to go back when I was in recovery. It was difficult at first because of using my memory was horrible and I had to re-train brain with the use of different learning techniques.* » Enfin, Catherine a énoncé qu'elle avait beaucoup appris par rapport à l'addiction, en raison de son expérience vécue auprès de sa fille.

#### 4.7.4 Les impacts sur la socialisation

En abordant la question sur les impacts sur la socialisation plusieurs points de vue ont émergé. Pour quatre participants, lorsqu'il y a une addiction, une toxicomanie ou une dépendance quelconque, il y a une tendance de se retrouver parmi un groupe de personnes qui s'adonnent aussi à la consommation de substances ou aux comportements dépendants. Kimmy a bien exprimé cette notion, lorsqu'elle a partagé :

« People will socialize with people they have things in common with. When I started drinking, I was using with people who also drank. » (Kimmy)

Caroline, avec un propos semblable a déclaré: « *You choose your buddies who fit your lifestyle.* » Ainsi pour Mike et Mia, leur vie sociale tournait au tour des personnes qui consommaient. Mike a dit :

« I did not socializing with anybody except addicts and people striving for the same thing, just to get high - all day. Even in the work situation. » (Mike)

De plus, Mia a expliqué :

« It provided a social life. It was my world because I was surrounded by users when I using. I didn't have role models of people in recovery until 19 years ago. » (Mia)

Et même, Catherine qui parlait de sa fille a précisé :

« Socializing was almost nil for my daughter. Socializing was all based on the addiction - to feed the addiction. » (Catherine)

D'autre part, Candy a souligné qu'il y a des risques de rechute lorsque son fils fréquente des groupes d'entraide anonymes. Tel qu'elle l'a décrit :

« Sometimes even in A.A. and N.A, those social interactions create problems for my son because those social interactions are with other addicts. Some people are still using and he gets the urge around them. » (Candy)

Le propos de Kimmy par rapport aux impacts sur la socialisation a révélé un élément qui n'est pas ressorti parmi les autres participants. Pour elle, sa socialisation au sein d'une famille d'origine, où la consommation de l'alcool et les conflits familiaux étaient des événements quotidiens, a eu des impacts sur sa capacité de socialiser ses enfants, car elle n'avait pas les outils pour leur apprendre comment résoudre des conflits de façon adéquate. Elle a divulgué :

« I always stopped my kids from fighting because I tried to control it. I couldn't stand it because of how I grew up. I recognize now that my kids never learned to communicate effectively or to resolve conflict. » (Kimmy)

#### **4.7.5 Les impacts du trauma et de l'abus**

Tous les participants ont élaboré sur les impacts du trauma et de l'abus. La majorité des participants a parlé de leurs propres expériences qui impliquaient le trauma et l'abus, bien que d'autres aient relaté des expériences dont ils avaient été témoins.

Pour certains participants, le trauma et l'abus étaient des facteurs déclencheurs de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances. Par exemple, Mia a exprimé :

« In the past, I was totally shattered – the *me* part. In my dysfunctional family, there was always criticism. I also had abusive relationships with alcoholics. When I was emotionally hurt, I would grab something to numb the pain. I used alcohol to function. » (Mia)

De même, Mike a indiqué :

« I realized that using was to escape from past trauma – physical and emotional abuse - and I also believe that other addicts are also running away from something traumatic. » (Mike)

Tornado parlant du trauma et de l'abus qu'il a vécu a partagé :

« I was abused as a child and teenager. There was physical and sexual abuse. Drug and alcohol made it okay. It numbed me. It made me feel normal and functional - until I was sober again, then it was back. » (Tornado)

Walter a expliqué :

« In terms of trauma, I experienced sexual, emotional, psychological; physical abuse and there was a lack of nurturing. Mom left and dad landed in jail. I was abandoned at the age of 14 and I ended up on the street. There was nobody to take care of me. I developed quickly. I tried to apply for welfare but because I didn't have an address, I was refused. So I started to sell drugs as an "up yours" to the government. I never felt good enough. I became addicted to alcohol, to drugs and to money. Once I sobered up, the trauma escalated. I was emotionally stunted. » (Walter)

Greg en parlant de son trauma et de ses observations auprès des personnes aux prises d'addiction a élaboré :

« It took a long time for me to realize it, but I was not nurtured by my father - not validated. Something was wrong inside of me. I was using to cope. I have also used codependency to cope and to numb myself. With street addicts and working girls there is a lot of psychological and physical trauma. That's the reason they are still using. It is hard to seek treatment because there is so much traumas. They don't trust anybody. They just want to numb. I would say about 80-90% of addicts have some kind of trauma. » (Greg)

Parallèlement, Caroline a souligné les carences affectives. Elle a exprimé :

« There was no nurturing from my mother. When I quit smoking, I had to deal with that. When people are deprived of needs, people seek solutions. It's a cycle. » (Caroline)

Pour Amber, l'alcoolisme au sein de sa famille d'origine a engendré l'abus et les carences affectives. Selon elle, ses expériences ont fait en sorte qu'elle se retrouve dans des relations abusives. Comme effets, à présent elle n'a pas la capacité de se laisser aimer et elle est seule. Elle a déclaré :

« Today I don't tolerate abuse, yelling, screaming in any relationship because I grew-up with a lot of that and it is still really traumatic. Because of the abuse and the lack of nurturing, I tend to not let myself be nurtured. I was in a relationship with a fellow who was nurturing but I could not receive it. I couldn't appreciate it. » (Amber)

C'est semblable pour Jim, mais sa situation diffère puisque pour lui, c'est sa consommation qui a causé le trauma. Il a dit :

« A lot of traumatic things happen during blackouts and you tend to remember your actions after the fact. You start hating yourself for that and have bad feelings for affecting others. It use to eat away me. » (Jim)

Catherine, Josephine et Candy ont discuté plus particulièrement des expériences d'addiction auprès de leurs enfants adultes. Catherine a dit :

« My daughter was not in the right mind. Emotionally, she was off the charts. She was out of control. When using there are psychological ramifications - for all the people involved, not just the person with addiction. Her addiction created an unsafe environment because there were sometimes the physical impacts of her anger - fits of rage. There was police involvement. » (Catherine)

Josephine en discutant de ses enfants a expliqué :

« When my son was 5 years old he saved my life. His father had become violent and was choking me when I discovered he was gay. My son seen a lot

of violence in the home. My son has a hard time trusting people. He didn't get the proper therapy and developed a substance abuse problem. As for my daughter, to this day she won't talk to her father. When he broke the deal to help pay for her braces, it affected her psychologically and emotionally. It traumatized her knowing that drugs were more important than her. » (Josephine)

Enfin, en parlant de son fils, Candy a répondu : « *If my son experiences any kind of trauma it can be a trigger for him to want to use again. Even a relationship break-up is a trauma.* » (Candy)

#### **4.7.6 Les facteurs qui peuvent créer ou ne pas créer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance**

À la fin de la huitième question, nous avons cherché auprès des participants ce qu'ils pensaient par rapport aux facteurs qui pourraient créer ou ne pas créer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance. Bien que seulement sept des participants aient fourni une réponse à cette question, nous avons pu tout de même dégager des similarités. Selon Jim, le fait d'être exposé à l'addiction, à la toxicomanie, aux dépendances et à l'abus de toutes sortes au sein de la famille peut créer une prédisposition à répéter ce comportement. Jim a indiqué : « *Monkey see, monkey do.* » Semblable à Jim, Caroline a décrit que les gens ont la tendance à reproduire ce qu'ils apprennent en famille. Les autres six participants ont affirmé avec conviction que le trauma, l'abus et les carences affectives peuvent définitivement engendrer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance. Candy a expliqué :

« Someone who has experienced abuse, trauma, have unmet needs or is already dependent. They almost look at something else to be dependent on. It takes the place of the other. I've become the addict without the substance abuse. » (Candy)

En d'autres termes, Tornado a répondu :

« Absolutely, when there is unresolved trauma, nobody is off the hook. You are going to lean on something whether it is eating or education. » (Tornado)

Ainsi Mike a exprimé :

« Using was to escape from past trauma... and other addicts are also running away from something traumatic. » (Mike)

D'ailleurs, la réplique de Kimmy était : « *It could be alcohol, drugs or dependence without substance. People will use these to deal with trauma - to cope.* » Amber a aussi expliqué que les carences affectives l'ont menée à sa tendance vers la codépendance. Elle a partagé :

« For the longest time, I didn't know how to nurture myself, to self-soothe in a healthy way hence why I was codependent. I am now beginning to nurture myself and to self-soothe in a healthy way. I'm now beginning to trust myself, to trust my judgement and trust my decisions. » (Amber)

Enfin, pour appuyer son propos, Caroline s'est appuyée sur la philosophie de Tony Robbins, un adepte de la psychologie positive. Elle a affirmé :

« Many people with addiction have psychological trauma and have experienced abused and it has not been addressed. If we have something that is a need, that needs to be tended to. If not, it's going to create something. » (Caroline)

#### **4.8 Le sens attribué à l'expérience personnelle d'addiction et à l'expérience professionnelle de traitement et d'intervention**

Afin de comprendre le sens que les participants attribuent à leurs expériences personnelles et professionnelles de traitement et d'intervention de l'addiction, de la toxicomanie ou de la dépendance, nous avons cherché à savoir comment ils interprétaient leurs expériences et de partager quel mot - addiction, toxicomanie ou dépendance - décrivait le mieux leur expérience.

Parmi les douze participants, la plupart d'entre eux ont répondu à cette question en fournissant un aperçu de leur expérience vécue bien que seule une participante n'ait pas élaboré davantage, en exprimant tout simplement que les mots addiction et dépendance étaient les plus pertinents pour décrire son vécu. De plus, Josephine qui a rapporté être présentement aux prises avec une dépendance aux opiacés prescrits pour la douleur chronique, a verbalisé qu'elle aurait besoin d'une intervention médicale pour se sevrer de ce médicament. Pour la majorité des participants, maintenant qu'ils sont en rétablissement et qu'ils ont surmonté leurs expériences pénibles, ils sont en mesure de mettre l'emphase sur les aspects positifs de leurs expériences vécues. Les extraits de Mia, Jim, Amber, Mike, Walter, Tornado et Caroline mettent en évidence ce regard positif. Mia a exprimé :

« To have an addiction and to come out of it has given me meaning. It is who I have become. It has given me life. Treatment was a transformation. I was born again 19 years ago. It was amazing. » (Mia)

Pour sa part, Jim a préféré de se servir des mots « recovery » et « toxic mania » pour décrire son expérience. Il a expliqué :

« I kind of want to say *Recovery*. I was down in the dumps at one time and here I am now. It is possible to get out of it but it's not easy. It depends on the environment, all factors and who and what's around you. I attended treatment 3 years ago. In the past, it was ugly and a major problem. Toxic -mania describes the setting. How everything is spinning out of control. It's manic, it's toxicity. » (Jim)

D'autre part, Amber a commencé son discours de façon négative toutefois à mesure de partager, son ton est devenu plus positif. Elle a exprimé :

« It *sucks*<sup>17</sup>; it has no meaning. It has been nothing but negative in my life. I've been attending meetings for 5 years. I am more introspective, more self-aware, more so in the last 5 years, so if that's the meaning – admitting and finally realizing I am codependent, then it's given me the opportunity to increase my self-awareness and to understand life from a different perspective. » (Amber)

Selon Mike, tous les mots s'appliquent à son expérience. Il a décrit qu'après plusieurs années de consommer toute une variété de substances - alcool, drogues, médicaments - qu'au cours des années 1990, il a fait le mauvais choix de consommer trop de médicaments pour la dépression et il s'est retrouvé en état de psychose qui a nécessité l'hospitalisation psychiatrique pendant plusieurs mois. En parlant de son expérience de traitement, il a partagé qu'il ne s'entendait pas toujours avec les professionnels qui le traitaient bien que son expérience ait fini par être positive. Voici ce qu'il a exprimé :

« All the words apply. I attended treatment and had professional intervention. I spent time in a psychiatric ward. I was open to people who had personal experience. I argued with doctors and professionals who didn't seem compassionate. Later on in my recovery, I went back to school and I have worked in the helping field with people. I'm always trying to help others. » (Mike)

Le récit de Walter est semblable à celui de Mike en ce qu'il a aussi fait l'expérience du traitement et qu'il a, par la suite, poursuivi des études dans le domaine de la relation d'aide. Il a expliqué :

« The word addiction best describes my experience. I was a *pig addict*. I always wanted more. After alcohol and drugs it continued. I had many partners. I went to treatment. It really opened my eyes. I am very grateful for treatment. I went back to school and later became a professional in the field. » (Walter)

---

<sup>17</sup> *Sucks*: est l'expression qu'a utilisée la participante pour exprimer son insatisfaction par rapport à son expérience vécue de codépendance dans ses relations intimes.

Tornado, qui a aussi utilisé le mot addiction pour décrire son expérience, s'est aussi retrouvé dans la profession de la relation d'aide plus tard dans sa vie. Selon lui, l'intervention précoce est idéale même si les gens ne sont pas intéressés au départ. Il a partagé :

« Intervention and treatment is needed at the earliest possible time because you can burry a seed in somebody. At 21 years old, I attended my first A.A. meeting but I wasn't interested. Seven years later, I went back to the same meeting and got sober. » (Tornado)

Enfin, bien que Caroline n'ait pas identifié un mot en particulier pour décrire son expérience, elle a quand même relaté qu'elle perçoit du positif de ses expériences difficiles du passé. Elle a déclaré :

« I will be repeating a cliché, but I am grateful for my own experience because I would not understand clients. I wouldn't be the mother I am, the person I am, had I not gone through all of this. I have worked on myself and I understand intimacy. » (Caroline)

#### **4.8.1 Le sens donné à l'expérience d'être dans une relation avec une personne aux prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance**

Afin de comprendre l'expérience vécue d'être en relation avec une personne aux prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance, nous avons demandé aux participants quels sens ils attribuaient à leur expérience et de décrire ce vécu. Parmi les douze participants, six ont décrit cette expérience en tant que négative, tandis que les autres six ont attribué de la valeur à leurs expériences, en dépit des difficultés du passé.

Pour Mia, être en relation avec un partenaire alcoolique était horrible, puisqu'il y avait toujours du chaos et du drame dans le foyer. Elle cherchait toujours à contrôler sa consommation. Elle a choisi de se séparer et d'élever ses enfants en tant que mère seule. Voici ce qu'elle a expliqué :

« It was horrible. It was (sa relation avec son mari alcoolique) always chaos and drama. He would do things – stay out all night, come home beat up, blame me for not coming home because he said he was afraid of me. I didn't want to be this person that had control over him. I just wanted to raise my girls. I was

responsible to them. I was going to have a family life and I tried to give them everything that my parents never gave me. I was giving them love by taking care of them and being functional but now I know there wasn't enough love and affection there was a lot of just functioning. » (Mia)

Semblable à Mia, Candy était dans une relation avec un homme qui consommait des substances. Cependant, Candy a rapporté qu'elle comprend maintenant qu'elle s'est retrouvée dans cette relation, parce qu'elle cherchait de s'échapper du foyer dysfonctionnel de sa famille d'origine. Ainsi, la relation était abusive. Comme Mia, elle s'est séparée pour prendre soin de ses jeunes enfants. Elle a exprimé :

« The father of my children was an alcoholic and a drug addict. What I experienced with him was an escape for me because I was young. I was the figure there who he hit and abused. He relied on me - I think to be his punching bag; to be his personal slave. I gave everything I had to him at a young age. I could have easily turned to drugs and alcohol but I didn't make that choice. I had children and I tried to concentrate on keeping them safe. In order to leave the relationship, I had to become independent and to move away. I feared that my children would be raised in addiction and abuse. I will never tolerate physical abuse again but strangely, I gravitate towards the same kinds of relationships and people. » (Candy)

Le propos d'Amber se rapproche de celui de Candy en ce qu'elle affirme qu'elle est intolérante. Pour Amber toutefois, elle n'arrive pas à trouver aucune valeur dans ses expériences relationnelles. Elle a énoncé :

« Those relationships have no significance or meaning. You can't have a relationship with alcoholics because alcoholics only have a relationship with the bottle; So, I give no significance or meaning to any relationship I had with an alcoholic. It didn't promote growth -It did otherwise. It held me back. It made me feel guilty, powerless, hurt; It was terrible. I would never do it again! » (Amber)

Josephine, qui a marié un homme qui n'était pas en mesure d'exprimer ouvertement ses tendances homosexuelles et qui, selon elle, s'est adonné aux mensonges

et à la consommation de toutes sortes de drogues pour s'évader de la réalité, a confessé que sa vie était en désordre. Elle a dit :

« My relationship, my family, my life became a mess. It involved watching my ex-husband become a compulsive liar to protect his identity and watching him struggle with everything – pot, drinking and crack. Yeah! It was a big mess. I hope he learns to be truthful, to be happy. Really, that's what I wish for him. » (Josephine)

Bien que Jim lui-même souffrait d'alcoolisme, il était dans une relation avec une femme qui consommait aussi. Après être allé au centre de traitement, il a choisi de changer son style de vie, et a essayé de renouer sa relation avec elle. Toutefois, elle n'était pas aussi sérieuse que lui, par rapport au rétablissement de la consommation de substances et ceci lui causait de l'angoisse. Il avait peur. Il a précisé : « *I was always wondering. Always wondering if she would go back to using. If the monster in the closet would lash out again.* »

Même si Kimmy a vécu l'expérience d'addiction au sein de sa famille d'origine et au sein de sa relation avec le père de ses enfants, son discours a porté particulièrement sur l'expérience vécue auprès de son fils adulte qui a passé près de 10 ans aux prises avec la consommation de substances. Les mots qu'elle a utilisés pour décrire son expérience étaient : chaotique, destructif et cauchemar. Elle a expliqué :

« When I think about my son and his 10 year addiction, I remember the chaos, the destruction in the family. It started with one person and it affected everyone. His sister and father walked out of his life. For me, it brought back the whole codependency thing. Somebody needed to be there for him. I helped him. My daughter stopped talking to me. I was spending all my time trying to be there for him - trying to fix it, to make it better. It affected my marriage. He came to live with me and my husband. It got bad. I had to ask him to leave. It was a nightmare. There wasn't any support for me. Everyone told me I had to let him go. » (Kimmy)

Bien que les propos des six participants précédents aient laissé paraître des sentiments négatifs par rapport à l'expérience d'être en relation avec une personne aux

prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance, les expressions de Mike, Greg, Catherine, Caroline, Tornado et Walter ont mis l'emphase sur les aspects positifs de l'expérience vécue. Pour Mike, il a une certaine appréciation pour son vécu, car il a de l'utilité dans la mesure où il peut aider à son prochain. Il a exprimé :

« I feel understanding, empathy, compassion, support. I don't judge. I encourage people. I can share my personal experience with them and advise people that this state is temporary. It doesn't have to last forever. Even the bad issues in my life have made me the person I am today. I can almost appreciate the bad. When I help others face their addictions, it gives me a sense fulfillment to see that time wasn't wasted. Today that time has become purposeful. » (Mike)

Greg aussi a parlé d'aider aux gens qui sont aux prises avec l'addiction. Il a expliqué :

« I always relate my experience. I believe that my experience helps others to know that anybody can change. Today, I help addicts to live in the solution. I am grateful to live in Canada where there is treatment. If you want help, it's there. You gotta get out and get the help. It's tough. » (Greg)

Notamment Catherine perçoit que son expérience est utile, valable et peut servir aux autres. Voici ce qu'elle a partagé :

« From beginning to end, this is experience which is still unfolding, as bad as it was, has helped to see addiction in other people and to help them in their journey. It has been very meaningful because I have compassion for people who are going through similar things. I don't know a quarter of what other people are going through but there is such a need for people to connect with the right people to get the help they need. So, if with my experience I can lead other people to the help they need, it's worthwhile. » (Catherine)

De même Caroline a expliqué :

« When it's a client, I'm always learning from them to help other clients. Addiction is addiction. Dependencies are the same at the basis. It all starts with codependency or the equivalent. I am very glad to have the spirituality as a personal and professional experience. I'm caring and detached. Enlightenment best describes my situation. I'm a lot more enlightened

because I found recovery. I am an old timer. I believe in the essence of the 12 steps for whatever a person is recovering from. All three are true - addiction, dependency, toxic mania. » (Caroline)

Tornado aussi a discuté par rapport à aider aux autres. Il a expliqué qu'il a vécu l'expérience d'être auprès de certains membres de sa famille qui étaient aux prises avec l'alcool et qu'il a ressenti de la frustration en tentant de les aider. Il a rapporté que de ces jours il ne ressent plus l'angoisse aiguë et que son attitude est différente en ce qui concerne venir en aide aux autres. Il a déclaré :

« I spent years trying to help others, to show them there is another way. Back then it sucked. It was frustrating watching my father drink himself to death, and many family members – outside of my siblings. It was sad but I'm not so sad anymore. I know now either they didn't get the help they needed or they didn't want help. I have a whole different attitude today. I'll do what I can but I will not work harder than you. It sucks in the beginning. I can listen but I will not do the work. It's easier today. I don't want to enable anybody - no rescuing today. » (Tornado)

Pour Walter, la relation auprès des personnes aux prises avec l'addiction et la dépendance a de la valeur puisque c'est un rappel constant de son expérience vécue d'addiction. Il a énoncé :

« It is valuable because it is a constant reminder, for the grace of God, I use to be there. I have love and understanding. I know addiction is very real. I have empathy towards the person. I start every day by thanking God. » (Walter)

#### **4.8.2 Perceptions sur l'existence d'une transmission intergénérationnelle de l'addiction, de la toxicomanie ou des dépendances avec ou sans substance**

Tous les participants ont déclaré qu'ils perçoivent qu'il y a une transmission intergénérationnelle de l'addiction, de la toxicomanie ou des dépendances avec ou sans substance et la majorité ont justifié leurs perceptions en offrant une explication basées sur leurs expériences personnelles et professionnelles.

Bien que Mia ait tout simplement exprimé qu'elle croit qu'il y a une transmission intergénérationnelle, et qu'elle souhaite que la prochaine génération soit plus consciente, Candy a décrit que selon ses expériences auprès de sa famille, il y a une transmission d'une génération à l'autre et, ce même en ce qui a rapport à la codépendance et au choix de partenaires. Elle a expliqué :

« Yes, there is. I've seen it in my own family with and without substances. I have seen it in my son, the father of my children has a long generation of alcoholics – it's huge. There is countless people, parent's, fathers, grandfathers, great grandfathers that have been alcoholics and the women that become codependent to some of those men have adversely, sort of almost inherently passed on that kind of idea that this is how you deal with it. Me and my mother have always been a victim of choices with bad men. Although I swore I would never be like my mother, I believe I'm very much like my mother in the decisions that I've made and not turn to alcohol or drugs, but I'm very much my mother. » (Candy)

Comme Candy, Amber aussi a exprimé qu'il y avait la possibilité qu'elle aurait développé une addiction à l'alcool et aux drogues, et qu'elle croit que ceci est transmis par les gènes et par la modélisation de comportement. Elle a énoncé :

« My father was an alcoholic and my brothers - one still is. I could have been a serious alcoholic or drug addict. I have a really addictive personality and the only thing that has really stopped me from developing that is that I always had to take care of myself and I have a certain pride. I really don't want to be the drunk in the gutter. It's in my genes, it's powerful and that's the role models I saw for many years growing up. » (Amber)

D'après le propos de Jim, il y a aussi une transmission qui se fait par l'apprentissage. Il a dit :

« I'd say, that yeah it exists. For example, if one of the parents was a big gambler or something I would imagine the child would be more prone to want to try that, in terms of non-substance. With regards to substance –totally yes. The parents can have a big influence there according to my own personal experience. » (Jim)

Tornado a aussi indiqué qu'il croit qu'il y a une transmission intergénérationnelle qui se fait au travers de l'apprentissage. Il a indiqué :

« Yes, I think that there's a generational transmission. It's been my experience. I think you live with what you learn. When it's tough, something's going to happen to you. You're going to get involved somewhere. I don't think anybody is off the hook. » (Tornado)

De Même, Catherine était de l'opinion que l'addiction peut se transmettre d'une génération à l'autre, bien qu'elle ne sache pas si la transmission est biologique ou relative à l'expérience. Elle a expliqué :

« Yes. I do believe that there is an intergenerational transmission. I'm not sure if it's totally biological or if it's experiential or how that works technically but I have seen it in generation to generation. And even if it's alcohol, it can show up as something else in the next generation. It doesn't have to be alcohol - it can be food, it can be sex addiction, it can be whatever but there's that kind of addictive behavior in the family setting. » (Catherine)

Pour sa part, Walter a partagé que selon ses connaissances il ne pense pas que la notion de transmission intergénérationnelle a été prouvée bien que selon ses expériences au niveau de sa famille, il croit que la socialisation est un facteur de transmission. Il souligne aussi que le trauma est un élément important. Il a indiqué :

« I don't believe it's actually been proven but I do believe that there is an intergenerational transmission of addiction. I saw my family get drunk every single night. In my professional experience, I can also correlate a large percentage of people who would come into the office had a background of addiction. They also had a background of many different traumas. » (Walter)

De plus, Mike a soulevé la notion de trauma dans son propos, tout en décrivant que c'est un comportement addictif qui est transmis de façon intergénérationnelle. Il a explicité :

« Absolutely. It will pass on from one generation to the next. There is all kinds of addictive behaviors and more than just substances. It could be drugs or alcohol, pornography, Coca-Cola, chocolate, shopping, working. From one generation to the next, most type of addictive behaviors will cause trauma in the next generation. There will be behavioral issues that are very similar to an addictive behavior. It's all inner wounds - hurts, traumas, neglect that carried on. It's a ripple effect. Unless it's stopped or there is some kind of intervention to break it, it will continue. Unless someone in that family seeks professional help, to bring attention to these behaviors and start moving in a different direction, it will just carry on. » (Mike)

Pour sa part, Josephine est d'avis qu'il y a une transmission intergénérationnelle, mais que, cependant, il y a des exceptions, car les gens peuvent choisir leurs comportements. Elle a notamment exprimé que le trauma est un facteur déclencheur. Il a partagé :

« Yes. I think so. But at the same time it could turn the other way. If you have an alcoholic father, it doesn't mean you have to become an alcoholic. But, in some cases, when you live that life for so long, it's what you know. My mom's family all drank but my mom barely touched any alcohol. That was a choice that she made. I believe, that if something more traumatic could happen, that could definitely trigger it. » (Josephine)

D'après Greg, la codépendance et les comportements addictifs sont transmis par l'apprentissage, tandis que l'addiction aux substances est surtout génétique. Il a décrit :

« I believe there is an intergeneration transmission - with codependency also. If you had a codependent mother or father and you watch them as a child, chances are that you're going to pick up some of those tendencies - wanting to fix, to be the people pleaser, all those things. With drugs and alcohol, I believe it's passed through the genes. It might skip some generations, but I believe that if it was somewhere in the family, somewhere down the road somebody suffers from some sort of addiction. It could be drugs, but it could be other things too - gambling, sex, whatever. The thing is how many people are willing to admit it. Same thing with the codependency. Codependency is more widespread than people tend to believe. I believe we all suffer from a little bit of codependency, but some people are extreme. » (Greg)

Kimmy a affirmé qu'il y absolument une transmission intergénérationnelle et que la transmission se fait à tous les niveaux. Elle a aussi souligné la génétique comme facteur dans la transmission. Elle a dit :

« It's in our DNA. It's planted. It's imprinted. It's all of it. It's definitely intergenerational and it does carry through. When I look at my grandfather's behaviors - his addictions to alcohol and his sexual addictions, I see that went down to my mother and her sisters and brothers and came down to my family. As everything continued, other things still showed up in areas of our lives. Even to my father. My father didn't drink and didn't smoke but he had a lot of anxiety. I carry that in me and my daughter carries that also. » (Kimmy)

Enfin, Caroline aussi a relevé qu'il y toutes sortes de facteurs qui peuvent engendrer la transmission des addictions, des toxicomanies et des dépendances avec et sans substances. Elle a affirmé : « *Yes, yes, yes! With or without substance, from cellular memory to cultural, to raising a child.* »

#### **4.9 L'évaluation des besoins des personnes concernées en matière d'intervention sociale**

Les questions 12, 13 et 14 du guide d'entrevue avaient pour but d'évaluer les besoins des personnes concernées en matière d'intervention. Dans ce qui suit, nous examinons ce qu'ont dit les participants par rapport à leurs perceptions sur la conception officielle et professionnelle données à l'addiction, à la toxicomanie et à la dépendance, à leurs expériences de fournir ou de chercher de l'aide ou un traitement professionnels et à leurs perspectives, à leurs recommandations, à leurs suggestions et à leurs alternatives de solution pour une meilleure prise en charge des dépendances marginales.

#### 4.9.1 Perceptions sur la conception professionnelle et officielle données à l'addiction, à la toxicomanie et à la dépendance

Afin de comprendre les perceptions sur la conception professionnelle et officielle données à l'addiction, la toxicomanie et la dépendance, c'est-à-dire à la définition, à la description et aux façons de les percevoir, avec la question 12, nous avons demandé aux participants de partager leurs opinions à partir de leurs expériences personnelles et de leurs observations. Seulement 11 participants ont répondu à cette question. Lors de l'entretien avec Tornado, cette question a été manquée.

Parmi les répondants, seulement Jim a exprimé qu'il s'accorde avec la conception professionnelle et officielle données à l'addiction, à la toxicomanie et à la dépendance. Il a énoncé : « *I suppose that they got it on the mark. I think they are on point.* » Pour ce qui est des autres participants, ils ont surtout fourni leur propres façons de percevoir et ont émis qu'il y a des carences ou des stratégies erronées en ce qui concerne le traitement de ces problèmes. Selon Candy, l'addiction de son fils était engendrée par le trouble de stress post-traumatique et que ses expériences dans la communauté par rapport au traitement n'étaient pas des meilleurs. Elle a expliqué :

« My son's addiction was PTSD and it was also part of his DNA. He was predisposed. His mental health issues related to the reason why he is actually in trouble with the law. Some of the experiences in the community were not positive ones. It wasn't such a good experience. There needs to be help for families. » (Candy)

Pour Kimmy c'est le trauma qui laisse une profonde empreinte et devient stocké dans l'ADN qui mène à l'addiction. De plus, les addictions peuvent prendre une variété de formes. Elle a indiqué :

« It's trauma based. Each generation experiences trauma - wounded pieces of DNA. It shows up as anxiety, emotional things, psychological effects such as overeating, sexuality, etc. .» (Kimmy)

Amber parle surtout de l'addiction ou de la dépendance en tant qu'une déficience ou un vide au niveau de l'esprit humain. Elle a décrit :

« It's a deficiency in the human spirit. The individual can't meet their needs. They can't nurture the self therefore there is a hole to fill. People sometimes turn to drugs and alcohol because it helps them to feel powerful, to feel good, to take the pain away. It's a lack for sure. » (Amber)

En parallèle, Mike a expliqué que peu importe la terminologie utilisée pour le désigner, que l'addiction est un vide d'esprit et que les gens se servent de toutes sortes de choses pour remplir ce vide. Il a dit :

« You can change the wording but it's the same thing – addiction is filling a void, your soul, your spirit. People fill voids with all kinds of things. We don't know how to fill it. We just keep searching if we can't fill the void. I found God and that's what I needed. » (Mike)

Comme Mike, Caroline a aussi affirmé que toutes sortes de choses, incluant les groupes d'entraide, peuvent devenir des addictions bien qu'il y a certaines choses qui sont plus problématiques que d'autres. Selon elle, plusieurs professionnels nient l'addiction, et ce, surtout chez ceux qui n'ont pas vécu l'expérience d'addiction. Elle a avancé qu'il faut accepter qu'il y ait toute une étendue d'addiction. Elle a exprimé :

« Professionals in the field need to acknowledge and stop denying addiction. I had a professor who used to say that AA is only another addiction. Some professional are in denial – it's clear that they don't understand what they are talking about. How addiction, toxic mania or dependency is treated depends on whether or not people accept it and they went through their own experiences. » (Caroline)

Cinq participants ont surtout critiqué comment l'addiction est traitée dans la société. Pour deux participants, le système actuel a trop tendance à prescrire des médicaments dans le traitement. D'une part, pour Greg, les médicaments sont trop prescrits et il n'a pas suffisamment d'aide au niveau psychologique. Il a énoncé :

« *There is too much med prescribing and there is not enough psychological help. There needs to be psychologists involved to deal with core issues.* » De même, Walter a exprimé qu'il perçoit l'addiction comme un symptôme, et qu'il ne croit pas au traitement médicamenteux de l'addiction. Il a partagé :

« Drugs and alcohol addiction are a symptom. There needs to be people who understand. I believe in the abstinence model. I am not a fan of replacement therapy such as Suboxone or Methadone. » (Walter)

Pour Mia, Josephine et Catherine, il y a un besoin pour plus de programmation pour traiter l'addiction. Pour Mia, il n'y avait pas assez de services abordables pour l'appuyer dans son rétablissement une fois qu'elle a arrêté de consommer. Elle aurait aimé profiter d'un appui continu. Elle a expliqué :

« There needs to be more programs for ongoing recovery after substance use is gone. I needed help to become more whole. I couldn't keep growing in recovery. I needed to grow the stunted part. I wasn't satisfied with counselling. More funding is needed for growing and healing. » (Mia)

Josephine a aussi souligné ce point. Elle a dit : « *There needs to be more programs as to what causes addiction - for treating the victims and the effects on families and kids.* » De plus, Catherine a ajouté qu'il y a un besoin pour un traitement plus intense, individuel, abordable et accessible à tous, qui permettrait de remonter à la source du problème. Elle a décrit :

« I believe there isn't enough help out there for people with addiction or for the family of people with addiction. It is not easily accessible to the average person. There are wait times therefore people can't get the help when they need it. So the help is limited. It is expensive and it's not individual enough therefore it doesn't allow to go to the root of problems. It is just dealing with the addiction and not going to its root. » (Catherine)

#### 4.9.2 L'expérience vécue en matière de demande d'aide ou d'offre de service de traitements professionnels

Bien qu'avec la question précédente les participants aient commencé à s'exprimer par rapport au traitement de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance, en demandant aux participants de partager plus particulièrement par rapport à leur expériences en matière de demande d'aide ou d'offre de service de traitement professionnel, avec la question 13, ils ont approfondi davantage à ce sujet. Selon Jim, son expérience était positive. Il existait des services et bien que ceux-ci aient été bénéfiques, il révèle toutefois qu'il croit qu'il y a un besoin pour plus d'éducation, de conscientisation et de services, en ce qui concerne d'autres types de dépendances, et que le développement de services en matière d'établissement de réseaux d'appui, serait particulièrement bénéfiques et que la formation devrait être plus spécialisée, afin de pouvoir identifier l'origine du problème. Il a expliqué :

« My personal experience was good, it was beneficial, it helped. There needs to be education and awareness for other types of dependencies - more social programs for people – more of a *social network* because people in full blown addiction are disconnected. The training needs to be more specialized to be able to pinpoint where the problems lie and to help the person that way. »  
(Jim)

Bien qu'elle soit reconnaissante de l'appui qu'elle a reçu, Mia a déclaré que le counselling et l'intervention qui existaient à l'époque où elle a débuté son rétablissement n'était pas assez profond, car son trauma et ses addictions émotionnelles n'ont n'a pas été considérés. Il n'y a pas eu d'exploration par rapport à sa famille d'origine et d'abord elle a continué la trame malsaine de relations. Elle aurait eu besoin d'une approche qui la dirige dans l'exploration plus profonde. Elle pense que les centres de traitement ont leur façon d'aborder le problème. Elle a divulgué :

« I am grateful for the help I did receive but there needs to be help for people once they come out of treatment to deal with other dependencies that act like substances. Counselling wasn't deep enough. It didn't look at my past traumas

and it didn't treat my emotional addiction and trauma. It didn't help with family of origin. It wasn't available to help me grow emotionally. Counselling didn't help to detect my ongoing cycles of unhealthy relationships. Centres have their set things so they couldn't take me further. » (Mia)

Tout comme Mia, Josephine a expliqué qu'à l'époque où elle a cherché des services de counselling, il n'y avait pas de services pour l'aider avec le problème qu'elle vivait avec son mari qui mentait pour cacher ses tendances homosexuelles. D'après elle, le counselling qu'elle a reçu n'était pas assez profond pour travailler sur le problème, et que les professionnels devraient tenir compte des deux côtés de l'addiction – ce qui se produit chez la personne avec l'addiction et ce qui se produit au niveau de la famille chez les partenaires et les enfants. Elle a dit :

« Training of professionals is important so that they can understand it from both sides. It would help to better raise the kids - to helps parents to better parent. I did see counselors but they never got to the root of the problem. More training is needed so that they can understand it from both sides. Also there is a need for more awareness for families and the public. People need to realize that they may have an addiction within themselves that they may not even realize it. It would be good to have better programs to promote a better understanding of it. » (Josephine)

D'après Amber, son expérience à un programme qui traite de la codépendance était positive, mais lorsqu'elle a vécu l'aliénation avec son petit-fils et qu'elle s'est retrouvée en état de crise, il a été très difficile d'accéder à un service en raison de la durée de l'attente. Elle a partagé :

« It has been my experience to seek a counsellor at the end of a relationship. I also had a good experience with some counsellors. One had experience in 12-step programs and she had a good handle on dependency. But what I have noticed is that some counsellors lack in their experience –or bedside manner. Maybe I expect more guidance from a counsellor. Also, I think some professionals direct clients to the wrong places. Too many narcissistic people are directed to CODA meetings (codependency anonymous) and other self-help groups and they are not getting help for their narcissism. I had a good

experience when I attended a codependency program in Elliot Lake. »  
(Amber)

Selon Candy, lorsqu'elle avait besoin de services, elle ne savait pas où chercher l'aide, et elle s'est retrouvée à un groupe d'Al-Anon, bien qu'elle n'ait pas ressenti qu'il y avait un endroit qui permettait de l'aider à traiter la codépendance qu'elle vivait avec son fils qui était aux prises avec la drogue. Elle a affirmé qu'elle croit qu'il a un besoin pour plus de services pour les gens qui ne souffrent pas spécifiquement de l'addiction à l'alcool et à la drogue, mais qui sont notamment aux prises avec d'autres choses telles que la codépendance. De plus, elle a signalé l'importance de l'éducation et de la conscientisation des impacts sur l'estime de soi et le fonctionnement familial. Voici ce qu'elle a dit :

« I went to Al-Anon but it didn't address me personally. There was no room to work on the codependency that I was experiencing with my son. There is a need for services that would provide assistance to individuals that don't suffer from the addiction to the drugs or alcohol but have those addictions to others things for example codependency or other. Education and more programs would be needed to raise awareness to lessen the impact of dysfunctions and dysfunctional families – for those children whose parents were alcoholic. I had issues with relationships, with self-esteem and lack of confidence. I was afraid of being judged. There needs to be more awareness about the other forms of addictions because it is passed onto loves ones. It affects others. »  
(Candy)

Pour Kimmy l'expérience était semblable, car elle aussi s'est retrouvée à Al-Anon, et elle ne ressentait pas une appartenance à ce groupe d'entraide, car il traite plus spécifiquement de la consommation d'alcool chez un proche, et que son fils était plutôt aux prises avec les opiacés. Elle a expliqué qu'il y a un besoin pour des groupes d'entraide qui traitent de l'addiction de façon plus générale, ainsi que des services qui abordent le traitement de la famille. Elle a partagé :

« I don't know of any group for families. The resources are not there for families. There is no support or acknowledgement for what families are going

through. I tried Al-Anon but that group tends to deal more specifically with alcohol and they don't want to hear the word drugs. I went to the annual Narcotics Anonymous camp out for a sense of hope. I did that for a week every summer for 10 years but that wasn't enough. There isn't enough education for families. But 12-step programs are not for everyone. Some people need one to one counselling. Education is needed. People who have lived through it need to come forward and be the ones to offer some ideas around what they needed. I was never asked what I needed. Being judged is the biggest fear of talking about it. There is stigma for individuals, families and groups and there is still the idea that there's a certain population that fall into addiction. Addiction doesn't choose. » (Kimmy)

Catherine a aussi relevé des points communs. Elle a partagé qu'il y avait des longues listes d'attentes pour accéder aux services individuelles, et qu'il n'y avait pas assez de services communautaires pour aider sa fille dans sa réintégration sociale. Elle a exprimé :

« There wasn't not enough services for my daughter's issues. Yes, there individual counselling but the wait times was a great issue. She would have needed more help her with the hands on stuff such as social integration. There's things like A.A. but if a person is already isolating themselves, there's got to be a way - a community based thing, to help with reintroducing them to a social life. I certainly agree that there is a need for more education as a preventative measure. More education in our schools to help young people to know what to look for. Also, more family education is needed because most families have experienced addictions or codependency but they don't even realize it - they're just in the chaos of it. They don't realize why these things are happening. Raising awareness for the families and public in general regarding dependencies would help to inform people how addiction and dependencies can affect a family and how it can go from generation to generation. Had we known more when we were going through this, we would have probably got through it a little bit better than we did on our own. » (Catherine)

Walter a aussi avancé que les services professionnels qui existent sont inadéquats pour traiter le problème d'addiction, car il n'y a pas suffisamment de programmes pour aider la famille et que, selon sa perception, l'addiction est un malaise familial. Pour lui, la famille a tendance à développer la codépendance envers le membre de la famille qui

est aux prises avec la consommation de substances, et d'abord l'addiction se perpétue. Ainsi, il a décrit que les groupes d'entraide anonymes, tels que *Alcooliques Anonymes*, *Narcotiques Anonymes* et *Codépendance Anonymes*, ne sont pas facilités par des professionnels ; l'aide est alors limitée. Il a indiqué que les services disponibles sont plutôt des services de dépannage et qu'il y a un manque de personnes qualifiées dans le domaine, et que la formation devrait impliquer une expérience pratique. Voici ce qu'il a décrit :

« I believe that they don't have a proper program in place because addiction is a family disease. I don't think there's enough services towards the family members because the family members have developed a codependency towards the person suffering from the substance abuse issues so the merry-go-round continues to happen. There is not enough education out there or groups to help professionally. There are many groups such as A.A., N.A. and CoDa but all these places are not facilitated by professional people, so it gets very lost in the message. I believe there's not enough quality people out there to be doing the job correctly. There is just way too many Band-Aid solutions. Often times, you have people who have a little bit of education who are not addressing the whole problem. There is absolutely a need for the creation of additional services that are more specialized to address the needs of adult children of alcoholics and other addiction issues such as codependency, sex, gambling and even computer and texting that are happening in our society. The persons should not only graduate from a university or college program to work in the field. They should also be trained at the street level to start so that they can see what they're really dealing with. » (Walter)

Greg a reflété les paroles de Walter car, selon son expérience, le système de traitement de l'addiction en Ontario n'est qu'une solution de dépannage. Il a décrit que le système actuel est inadéquat pour aborder la question d'addiction, car seuls les rendez-vous psychiatriques sont couverts par l'assurance maladie publique, et que les psychiatres ont tendance à prescrire des médicaments, plutôt que traiter les questions fondamentales. Afin d'entamer les questions fondamentales à la source de son addiction, c'était le service psychothérapeutique d'un psychologue qui lui a été le plus bénéfique. Il a partagé :

« Self-help meeting such as A.A., N.A, CoDa are helpful but the biggest problem that I have observed is that there is not enough psychological help for people addicted to drug or struggling with codependency. In Ontario, it's a Band-Aid solution. Psychiatrists are covered by OHIP so drug addicts go see a psychiatrist and they are given a bunch of meds – antidepressant or whatever. They are just basically given a drug to deal with a drug problem. In my experience a psychologist was able to help deal with my core issues and to work through my traumas. I've seen big growth in myself when I went in to see a psychologist. I did CBT- cognitive behavioral therapy and CPT- cognitive processing therapy and those two combined have helped me to process things differently, to curb my behaviors and to be aware of how I'm thinking, feeling and behaving. Just telling someone to not drink and they will be okay doesn't help. There needs to be more aftercare for people once they have completed a treatment program. » (Greg)

Selon le propos de Tornado il y a un grand besoin pour plus de thérapie individuelle offerte par des individus qualifiés qui ont notamment une expérience personnelle vécue de rétablissement de longue durée. Il ne croit pas que les programmes ambulants de courte durée qui s'étendent sur seulement quelques semaines, pendant quelques heures par jour, sont efficaces. Afin d'améliorer le système de traitement, il a souligné qu'il faut redéfinir le concept de l'accompagnement afin d'instaurer plus de travail de liaison particulièrement au début du rétablissement, car les personnes qui sont aux prises avec des addictions ont du mal à gérer leurs émotions et leurs pensées. De plus, il a exprimé que, d'après ces expériences professionnelles, les interventions de guérison fondées sur les enseignements et les traditions indigènes sont aussi bénéfiques. Il a dit :

« There needs to be a lot more one on one. There needs to be closer relationships between the people that are addicted and the people that are working in the field. There is a need for a different kind of model. I think that people with an experience of addiction to drugs and alcohol who are not only trained in the field but who are in recovery - and I think for a long period of time - are the most effective helpers. I don't believe that an outpatient treatment approach that runs over the course of a couple of weeks, for only a few hours a day, is effective. One of the things that is missing is around the concept of support. Support needs to be redefined. My first sponsor reached out to me on a regular basis for the first year of my recovery. He was wise

because he knew that if I was alone with my thoughts for too long that I was going to be in trouble because I didn't know to deal with my thoughts and feelings. With regards to the creation of additional services, if there is one success story that I know of, it was when I was a prison worker back in the late 80's early 90's. There was an opportunity for the First Nations Community to take over the care and supervision of Aboriginal offenders upon sentencing and there were some communities that were chosen to build healing lodges. I also think it is important to raise awareness for families and the public in general but it has been my experience that advertising doesn't do much because people don't generally seek help until they encounter a serious issue then all of a sudden they are awake. » (Tornado)

Caroline, qui a aussi une expérience professionnelle en relation d'aide, a précisé qu'il n'y a pas de traitement dans le nord pour adresser l'addiction sexuelle et d'abord, il n'y a que très peu de professionnels qui abordent le thème de la sexualité, étant donné que c'est encore de nos jours, un sujet tabou. Elle fournit un survol historique du traitement de l'addiction à partir du début de sa carrière et elle a relevé les nombreuses transformations qui ont eu lieu au niveau du système qui le traite. De plus, elle a ainsi exprimé, comme certains des autres participants, que les listes d'attente pour accéder aux services de traitement sont longues, parfois s'écoulant jusqu'à 6 mois et que les intervenants des services publics sont souvent mal rémunérés et que les services privés sont très dispendieux et inaccessibles à plusieurs personnes. De plus, comme Tornado, elle ne croit pas que les campagnes de conscientisation auraient trop d'effets, car, selon son expérience clinique, la plupart des gens nient leur addiction, leur toxicomanie ou leur dépendance et, d'abord, ils ne sollicitent pas de l'aide, jusqu'à ce qu'ils aient une crise ou qu'ils atteignent le plus bas point. Elle a expliqué :

« There are no services in the north when it comes to sex addiction. Sex remains a very taboo subject and most social workers, doctors and the like, have no specialized training on the topic of sexuality or specialised training in the unexplored field of dependency without substance. When I started in the field, thirty some years ago, people could be in treatment for 28 days or more. Because of government cut backs, the duration of treatment decreased to 21 days and then it shifted towards the notion of outpatient treatment and group therapy. Some places have advocated for longer treatment stays and, in recent years, the duration of treatment increased up to 5-6 weeks but unfortunately

sometimes the wait lists are so long that people are waiting for 6 months and have time to die before they have a chance to be admitted. Also, there's not enough money. Generally, people who can afford private practitioners are those who work and have access to an EAP program. As well, many people who work in the field in publicly funded agencies are often underpaid. And in terms of raising awareness for families and the public in general, that would be great but it won't work because people are in denial and generally it has to hurt and they need to hit their bottom before seeking support. » (Caroline)

Mike est de l'opinion qu'il y a des services dans la communauté, bien qu'il reconnaisse qu'il y a aussi des écarts en ce qui concerne les services pour certains groupes d'âge et la pénurie de professionnels formés pour adresser certaines problématiques, particulièrement en ce qui a trait à l'addiction sexuelle et à l'addiction au magasinage. Ainsi, il croit que plusieurs personnes ne sont pas informées des services qui sont disponibles car, comme Caroline, il souligne que les gens ont plutôt tendance à se chercher de l'aide lorsqu'ils sont à plat ou qu'un événement dramatique leur est arrivé. Il a aussi ajouté que trop d'emphase est mise sur la modification du vocabulaire et des étiquettes et que personne ne bénéficie de cette approche. Il a indiqué que les mesures devraient plutôt se concentrer sur les causes profondes de l'addiction telles que le trauma et de promouvoir des solutions en cherchant auprès des personnes qui en sont aux prises, car cette approche privilégie la dimension humaine. Enfin, il a énoncé que nous sommes chanceux de vivre au Canada, puisqu'il y a des services et des professionnels qui s'intéressent au bien-être des concitoyens. Voici ce qu'il a partagé :

« I believe there is a lack of knowledge about the services that are available. Unless a person is down and out, or something dramatic happens where finally they are almost forced to seek help, the average person struggling is not aware of half the services that are available to them. Sometimes there are services that are lacking where there may be certain age groups that aren't being taken care of and they are slipping through the cracks. However, some services are lacking, as there are not enough trained professional people to deal with the issues, for example sex addiction and shopping addiction. I also believe that policy makers and service providers are not listening to the people that are actually troubled. All the services need to come together to focus on

the similarities of helping people and quit focussing on changing the wording, the definitions, the meanings of addiction, the titles of things or even the letterheads. Too much energy and resources are wasted on trying to put a label on what happened instead of focusing on why it happened. Nobody benefits from this. Addiction needs to be addressed where the problem stems from - where it roots. But ultimately, I believe we are very fortunate to live in Canada where there are services and people that are trying to help others. »  
(Mike)

#### **4.10 L'examen des perspectives de solutions auprès des personnes concernées.**

Rendus à la dernière question de l'entretien – soit la question 14, plusieurs participants semblaient fatigués et ils ont exprimé qu'ils risquaient de se répéter en fournissant leurs perspectives, leurs recommandations, leurs suggestions et leurs alternatives pour une meilleure prise en charge des dépendances sans substance.

##### **4.10.1 L'existence ou non des services pour adresser les dépendances sans substance**

En ce qui a rapport à l'existence ou non des services pour adresser les dépendances sans substance, la majorité des participants ont déclaré qu'ils ne croyaient pas qu'il y a présentement des services professionnels pour gérer cette problématique. Mia a expliqué que les centres de traitement devraient au moins parler des dépendances sans substance, même si ce n'est qu'un bref survol, parce que lors de son séjour au centre de traitement près de vingt ans passés, elle était en quête d'épanouissement, bien qu'il n'y a eu aucune mention au sujet des dépendances comportementales, telles que la codépendance, la dépendance affective et la notion d'enfants adultes de famille alcooliques. Beaucoup de temps s'est d'abord écoulé avant qu'elle se rende compte qu'il y avait une trame de relations intimes dysfonctionnelles qui, selon elle, était une continuité de son trauma précoce qui se manifestait sous formes de dépendances affectives et comportementales.

Candy a aussi exprimé qu'il a une pénurie de services pour aborder la question des dépendances sans substance car, en dépit de sa recherche active de services pour ses tendances *codépendantes*, elle n'a rien trouvé sauf des groupes d'entraide anonymes qui n'arrivaient pas à répondre à ses besoins. Elle a suggéré que si quelqu'un menait un sondage plus étendu portant sur les dépendances marginales à Sudbury, il y aurait probablement un taux étonnant de personnes affectées. D'après sa perspective, il est nécessaire d'aborder une discussion ouverte sur les dépendances marginales, afin de les reconnaître dans l'objectif de contrer le stigma qui crée des barrières dans l'accès des services. Conformément à cela, Josephine a répété qu'il n'y avait pas de services disponibles lorsqu'elle et son mari ont vécu leurs difficultés par rapport à sa sexualité et à ses addictions clandestines. Avec un meilleur appui provenant des services professionnels pour sa famille, elle croit qu'elle aurait développé une meilleure compréhension des enjeux et que la communication ouverte aurait facilité l'acceptation de la réalité.

Kimmy a aussi évoqué qu'il faut adopter des moyens plus propices pour gérer la crise d'addiction de toutes sortes qui se manifeste dans la société. Selon elle, les professionnels des diverses perspectives, telles que les tenants de la médecine et les travailleurs sociaux, devraient travailler ensemble, afin d'accommoder un environnement inclusif, plus accessible aux membres de la famille qui ont été affectés par l'addiction des autres et qui souffrent également en raison de leurs tendances addictives qui n'impliquent pas nécessairement l'ingestion de substances. Par ailleurs, Walter a rapporté qu'il n'y a pas suffisamment de services pour aider les familles. Sa recommandation est donc une approche plus proactive de la part des intervenants, car il est grand temps de sortir des sentiers battus qui ne tiennent pas compte du noyau familial. D'après son point de vue, l'addiction est dévastatrice et mène à la désintégration familiale ; il est donc nécessaire d'adopter des stratégies pour intervenir auprès des membres de la famille, et ce, en parallèle avec le traitement même de la personne aux prises avec l'addiction aux substances.

Notamment Greg a divulgué qu'au cours des 1980 et 1990, il y avait un centre de traitement à Elliot Lake qui avait un programme conçu pour les membres de la famille des personnes aux prises avec l'addiction. Il a expliqué que sa mère a fréquenté ce programme et que ceci l'avait grandement aidée à se remettre des impacts qu'elle a subis auprès de lui, lorsqu'il était activement aux prises avec son addiction aux drogues. Il a suggéré que d'autres centres de traitement devraient s'inspirer de ce modèle et que le gouvernement devrait défrayer les coûts. Il a expliqué que puisque l'addiction au niveau de la famille engendre beaucoup de stress, les coûts à court terme seraient compensés par les économies à long terme, car il y aurait sans doute un déclin des autres questions liées à la santé.

Seulement trois participants ont porté le regard sur la nature et la qualité des interventions et leurs réponses étaient quoique vagues. D'une part, Walter a partagé qu'il croit qu'il y a un besoin pour la formation de professionnels qui sont en mesure d'être empathiques par rapport à toute la gamme des addictions et des dépendances. Caroline a tout simplement exprimé que l'éducation est primordiale car, selon elle aussi, il y a, en fait, toutes sortes d'addiction qui sont souvent négligées. Ainsi, Catherine aimerait voir plus d'éducation au niveau des écoles et de la communauté, ainsi que la création de services accessibles et abordables, afin que les gens puissent recevoir de l'aide dans les plus brefs délais.

En ce qui concerne l'aspect de la relation intervenants et clients, seuls Walter et Caroline ont élaboré. Selon Walter, les professionnels ont besoin d'être aussi honnêtes qu'ils demandent de leurs clients. Caroline toutefois a exprimé qu'elle a tendance à s'entendre mieux avec des individus qui sont engagés dans l'action et qui veulent s'épanouir. Elle a développé davantage en expliquant qu'elle croit dans l'énoncé de Melodie Beattie, un auteur qui a écrit longuement au sujet de l'addiction et de la codépendance, en avançant qu'environ 90% de la population a un problème d'addiction présent ou passé quelconque, le problème n'étant pas forcément l'addiction mais plutôt s'il y aura un rétablissement ou non.

#### 4.10.2 La création nécessaire de programmes et de services supplémentaires, plus spécialisés

Pour la moitié de l'échantillon – Mia, Candy, Kimmy, Walter, Caroline, Catherine - il y aurait un besoin pour la création nécessaire de programmes et de services supplémentaires, plus spécialisés. D'après Mia, il aurait été bénéfique pour elle d'apprendre au sujet des notions de codépendance et d'enfants adultes de famille alcooliques, pendant son séjour au centre de traitement près de vingt ans passés. Elle a expliqué qu'elle comprend maintenant, grâce à ce qu'elle a appris du livre « Women Who Love too Much », de Robin Norwood, qu'elle est une personne qui a vécu des sévices pendant son enfance. Elle a décrit :

« The necessary creation of additional services and programs more specialized: Absolutely! "Women Who Love too Much", this is where I discovered that *me* - this person who had really suffered a lot in life, emotionally my whole life. I was with alcoholics – narcissists. I had no idea. I thought that was life. That's all I knew. Back then, I just thought, that's how people are. » (Mia)

Candy aussi a élaboré sur ce point. Elle a expliqué :

« The creation of more specialized services for sure. Specifically, because we're all over the place. We're everywhere. And sadly, some of us don't make it. Some of us - and when I say that - I mean people who have gone through being codependent. Sometimes they don't make it. And why don't they make it? Because there's no services for the family to go to find support, so that they can heal, so they can be treated. We have to open our eyes to the reality that the family suffers too. People react. We don't have to be alcoholics and addicts to have issues and have dependencies and that needs to be acknowledged. There's a need for help. There's a need for support and acknowledgement for individuals. Just look at the news every day, you see it. It's a culture. » (Candy)

Ainsi, Kimmy a déclaré :

« There is a need for more specialized services for family members. We need to educate the family and our children rather than having it come from a place of fear so that they can recognize what's going on within them and where it's

coming from rather than just promoting that drugs are bad or that drugs kill or whatever. People need to hear that they're not alone in the things that they feel and experience. There needs to be more work on an individual basis. Allowing people to talk through the things that they need to talk about and accepting them without judgement. We're not dealing with this drug crisis and substance abuse issues in a good way. We need to do it together from a medical perspective to a social work perspective. We need to create an environment to educate people. We need a new way to be able to deal with trauma and the intergenerational trauma. » (Kimmy)

Comme Kimmy, Walter est aussi d'avis qu'il y a un besoin pour la création de services plus spécialisés. Il a dit :

« Absolutely. There is a need for the creation of additional, more specialized programs and services. There is not enough ACOA workshops, there's not enough CoDa workshops, there's not enough family seminars. And, I don't think there is not enough professional people that are specialised. The current system is just not working. I go into meetings on a weekly basis and I see how these treatment centers that cost nearly \$30,000 don't work. People relapse anyway. Why is that? Because we continue to do the same circle and the same program - the same stuff. It's time to start thinking outside of the box. The programs need to teach more life skills, because as I stated before, alcohol, drugs, sexahol, workahol, what all it is, those are symptoms of the main problem. They have life issues. So, I have no idea why treatment programs aren't spending more time teaching life skills and why it's taking so long to actually incorporate any of these things, if they are even incorporated. » (Walter)

De même, Caroline croit qu'il y a un besoin pour la création de programmes plus spécialisés. Elle a exprimé :

« We need the creation of programs and services in the field. We need to be extensive. Like, I don't know right now where to send a client with a Facebook addiction. Do you know anywhere in Ontario, in Canada or in North America? There is nowhere to refer these clients. I have researched it. » (Caroline)

Enfin, Catherine s'est aussi prononcée sur la nécessité de créer des services et des programmes plus spécialisés. Elle a affirmé :

« I see addiction increasing as we go. Definitely, there is a need for the creation of additional more specialized programs and services. I would like to see OHIP cover counselling and therapy services accessible for individuals and for families like we have for our physical needs. Our physical needs are being treated but what about our other needs - like, social and psychological? » (Catherine)

#### **4.10.3 La formation plus spécialisée des intervenants dans le domaine non exploré des dépendances sans substance**

La formation plus spécialisée des intervenants dans le domaine non exploré des dépendances sans substance a été soulevée par 4 participants – Greg, Walter, Caroline et Amber. Selon Greg, les intervenants devraient mettre plus d'emphase sur les dépendances sans substance, particulièrement la codépendance. Il a exprimé : « *There should be more therapists out there that focus on the codependency part of addiction.* » Walter aussi a décrit que la formation d'intervenants plus spécialisés est nécessaire. De plus, il a souligné l'importance d'éduquer les intervenants par rapport aux risques de burn-out. Il a expliqué :

« If we're going to do it right, then I believe that we needs to address this at the education level. We need to be having more people in the field, actually thinking outside the box. Education that promotes critical thinking. Also, I truly believe that there's also a self-care component that need to be taught. The professionals need to learn to practice self-care, because eventually they can become unwell. I can say that from personal experience. » (Walter)

Pour sa part, Caroline a répondu avec un peu de sarcasme, lorsqu'elle a dit:

« In terms of specialized training of professionals in the unexplored field of dependency without substance, well I think that they should at the least have 3 hours of training to be exposed to this! Ideally, I think they should all complete a real course. » (Caroline)

Enfin, Amber critique les intervenants qui ne connaissent pas le contexte des groupes d'entraide et qui réfèrent les clients à des groupes d'entraide qui ne sont pas bien adaptés à leurs besoins. Elle a expliqué :

« Professionals need to refer people to the right service or provide them with the right service and not just say “off you go to this program or that program”. People who are narcissistic or struggle with borderline personality disorders don't get much out of going to a codependency group, because that is not their issue. Some people really need some serious help and they're not going to get it at a 12-step program because a 12-step program does not provide any professional help. » (Amber)

#### **4.10.4 La nécessité d'une sensibilisation et conscientisation de la famille, de l'entourage et du public général sur les dépendances sans substance (marginales) pour contrer les impacts biopsychosociaux**

Six participants - Josephine, Mike, Jim, Walter, Tornado et Caroline - ont exprimé la nécessité d'une sensibilisation et d'une conscientisation de la famille, de l'entourage et du public général sur les dépendances sans substance, pour contrer les impacts biopsychosociaux.

Selon, Josephine, conscientiser par rapport aux dépendances sans substance, pourrait se faire au travers des médias. Elle a exprimé :

« There could be more commercials or newspaper articles about addictions to non-substances, to let the public be aware that they can be addicted without it being an actual substance. That way, maybe they would go talk with a counsellor and realize it and make some changes. If you don't know, then you don't know. So why even bother to try? » (Josephine)

Catherine, comme Josephine, a souligné le besoin d'avoir plus d'éducation par rapport aux dépendances avec et sans substances. Elle a énoncé :

« I would like to see more education - in our schools and in our communities. There is a need for more hands on stuff, more access and affordability for people to get the actual help that they need. » (Catherine)

D'après Mike, la société a besoin de reconnaître que les dépendances sans substance sont en principe une addiction comme les autres types qui impliquent des substances. Il a déclaré :

« It needs to be recognized and understood that even if it is a dependence without a substance, that there is still an underlying substance. It is just a different category than drugs or alcohol. From my experience, there was always some form of substance. It was a behavior that was taking the place of reality. Someone might say that if a person is addicted to cocaine it's a very terrible issue that affects everything in their life - the family, the relationships, the social, however the next person may have a shopping addiction that is not looked at in same the depth or having the same interference with life or family, yet that person with the shopping addiction may be doing more harm to their family than the person with the cocaine addiction. It's the behavior that needs to be focused on and addiction need to be put under one umbrella. Any type of substance or behavior that is used to escape reality is a problem that needs to be recognized and addressed. There'd be more benefit to society if the focus was on the behaviors that go with the addiction. The behavior needs to be addressed, and if there isn't someone there to bring it to your attention and the addictive behavior is not addressed, there'll always be another addiction to replace it. We cannot just focus on the drugs or the alcohol, because it is missing the point of what brought that person to the substance use. Addiction is to fill a void and there are many things that can be used to fill that void including shopping at the Buck Store and over indulging in chocolate. » (Mike)

Les paroles de Jim sont semblables à celles de Mike, puisqu'il a dit : « *Raising awareness is important because a substance doesn't necessarily always mean a substance per se.* » Toutefois, il ajoute une perspective nouvelle. Selon lui, il serait bénéfique de créer un réseau social qui permettrait aux gens de se réintégrer au plan social, parce qu'il souffrait de dislocation en raison de son addiction et, au cours de son rétablissement, il a eu du mal à s'épanouir au plan social. Il a expliqué :

« More awareness would definitely be a good thing. In my case, I was disconnected and nobody was offering any kind of "reconnection service" after I completed treatment. I could stay sober but I still felt lost. Many times people are disconnected and they need a place to recreate themselves to be able to get out of the addictive lifestyle - almost like a friendship network of

some sort, where they could be around people who are also wanting to change their lifestyles. They can meet a bunch of people who want to change their lifestyle and they can just go do other things together instead. Like a service of some sorts, something is offered where it's activities, but people can get together and do things and they're organized. Almost like AA, but different. More like a type of friendship and activity network. » (Jim)

Pour Tornado, il n'y a pas de réponse facile quant aux solutions. En répondant à cette question, il a fait référence à la société d'aujourd'hui en comparaison aux époques de son grand-père et de son père. Ainsi, il souligne qu'une partie du problème est dû au manque de conscience qu'ont les gens et aux enjeux qui existent, car certaines disciplines professent être les avatars du domaine de traitement. Voici ce qu'il a rapporté :

« I don't think there is an easy way. I don't think it's ever been easy. I think it was harder before we had all these resources in our community. I think about when my grandfather and my father were alcoholics. I think it was tougher than it is now. I think it's easier because there's so many resources out there. But are we using them? And are people aware that there's something wrong with them or their family? When something bad happens, that's when it wakes people up for a while. I think that we've gone so far into addictions, dependencies and codependency - things that make us feel good for the short-term, as opposed to doing the work within ourselves and finding our authenticity so that we can get long-term benefits. Another thing, I don't think there is enough room on the mountain for us all to hold hands and sing Kumbaya. I just don't think the mountain's big enough. I'm tired of people thinking they get it when they don't get it. We're just so disconnected today, so disconnected! » (Tornado)

À cela, Caroline a ajouté l'élément du déni, qui, selon elle, est central à toute toxicomanie, addiction ou dépendance. Elle a expliqué :

« As for the necessity of raising awareness for families and the public in general regarding dependencies, I think we need to do this but it only works for people who are ready and they know that it exists. Denial is the hallmark of addiction, codependency and toxic-mania. People have to decide. Bell did a lot of work promoting mental health and that is trendy now. As for recovery, if recovery ever becomes trendy, it will be more attractive. But people, including professionals need to break through their denial. So for me, it's a

lost battle in some ways. That's why I choose to work with people who are in action. I believe in this. » (Caroline)

#### **4.11 Synthèse des résultats**

Après avoir présenté le riche verbatim des participants, nous allons faire une synthèse de leurs réponses et démontrer comment elles répondent aux questions de la présente recherche.

##### **4.11.1 Les principaux résultats sur le vécu de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances**

Bien que l'objectif principal de la recherche fût de comprendre le vécu des différentes formes de dépendances marginales, pour y arriver, nous sommes passés par les sous-concepts de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances, puisque, dès le départ, nous avons constaté qu'il était impossible de les découper des autres formes de dépendances sans substance. Ceci a permis de distinguer cette variable par rapport à l'exploration des dépendances marginales. Les principaux résultats ont montré que tous les participants sauf une<sup>18</sup>, ont déclaré avoir vécu l'expérience d'addiction à une substance par le passé, bien que celle-ci a tout de même exprimé qu'elle avait eu recours à l'alcool à divers moments de sa vie pour gérer le stress. Parmi les substances citées, l'alcool était la substance prédominante identifiée par les participants, bien que les drogues et les médicaments, tels que les opiacés et le cannabis, aient aussi été soulignés à plusieurs reprises. Certains participants ne s'identifiaient pas avec une addiction aux substances illicites, mais ils reconnaissaient quand même que fumer des cigarettes avait été une dépendance pour eux dans le passé. Nous avons notamment remarqué que les participants ont introduit les concepts d'abus de substances, d'addictions comportementales et de personnalité addictive.

---

<sup>18</sup> Amber

Bien que les principaux résultats dégagés de l'analyse aient permis de reconnaître les diverses substances impliquées dans les addictions, cette exploration a de plus permis d'observer que tous les participants ont notamment parlé d'expériences vécues relatives au fait de fréquenter des personnes qui éprouvaient des difficultés<sup>19</sup> avec la consommation de substances. Ces histoires narrées par les participants étaient des récits particulièrement expressifs et émotifs, abondamment dépeints de douloureuses expériences et épreuves vécues auprès de personnes qui leur étaient proches - au sein de la famille d'origine, de la famille de progéniture et des relations intimes. D'autres participants ont aussi abordé la description de leurs expériences vécues d'addiction, de toxicomanie et d'addiction dans le contexte de leur travail professionnel – présent ou passé - tandis que d'autres ont adopté un regard plus étendu, se rapportant au contexte plus vaste de la société en général. Les manifestations de ces addictions, toxicomanies et dépendances aux substances, telles que partagées par les participants lors des entrevues, étaient uniques en soi, bien qu'elles partagent des éléments communs qui consistaient en la consommation excessive chez soi ou autrui qui causaient des conséquences notables aux niveaux biologique, psychologique et social, et qui avaient des impacts profonds, perturbateurs sur le fonctionnement personnel et familial. Seul un participant<sup>20</sup> se distingue des autres, puisqu'il n'a pas relaté être exposé à l'addiction durant sa petite enfance. Ce dernier, toutefois, a partagé au cours de l'entrevue qu'il reconnaissait que son besoin profond d'être accepté par son père était à la base de sa propension d'addictions et de dépendances marginales. Alors qu'une participante<sup>21</sup> a exprimé qu'elle n'avait pas eu l'expérience d'observer l'addiction chez ses parents, elle a davantage élaboré qu'elle reconnaissait maintenant, ayant vécu l'expérience d'addiction

---

<sup>19</sup> Difficultés : Ici, l'usage du mot *difficultés* se rapporte aux concepts d'addiction, de toxicomanie et de dépendances aux substances sans que ceux en soient spécifiés.

<sup>20</sup> Référez au *Tableau 4 : Identification des dépendances marginales par les participants* qui laissent paraître que Greg n'a aucunement identifié le concept « d'enfants adultes de familles : alcooliques, toxicomanes ou dysfonctionnelles » .

<sup>21</sup> Catherine

auprès de sa fille, qu'il y avait un long historique d'addiction qui avait perduré au fil du temps, au travers des générations à partir de son grand-père maternel.

En bref, les participants ont majoritairement identifié qu'ils avaient été marqués par l'addiction, la toxicomanie et les dépendances aux substances auprès de parents ou de grands-parents aux prises avec la consommation de psychotropes et que ces expériences avaient engendré des conséquences nuisibles au fonctionnement idéal de l'environnement familial, et que la dysfonction semblait se manifester chez plusieurs générations sur une base biologique, psychologique et sociale. Tout comme dans la revue de littérature (Maté, 2009 ; Alexander, 2008 ; Burkett et Young, 2012 ; Décamps et collab., 2010 ; Norwood, 1985 ; Orford et collab., 2013 ; Werner et Malterud, 2016 ; Harkness, 2003), nous constatons qu'il existe des relations complexes entre l'individu, l'environnement, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en rapport avec l'expérience vécue de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec et sans substances. Ce qui suit abordera spécifiquement l'objectif spécifique de la présente recherche, qui est de comprendre les différentes formes de dépendances marginales, ce qui montre le lien avec la revue de la littérature ; les dépendances marginales peuvent se comprendre comme des phénomènes abstraits, complexes et multiples qui coexistent avec les addictions, les toxicomanies et les dépendances aux substances (du Plessis, 2014).

#### **4.11.2 Les principaux résultats sur l'identification des différentes formes de dépendances marginales**

Afin de répondre à l'objectif général qui est de comprendre les différentes formes de dépendances marginales vécues par les personnes concernées, nous avons procédé de façon à ne pas fournir d'explications préalables aux participants de ce que nous entendions par les concepts de codépendance, d'enfants adultes de familles - alcooliques, de toxicomanies, de dysfonction - et des dépendances affectives, relationnelles ou sexuelles. Nous avons adopté cette démarche, car nous voulions recueillir des données brutes provenant des participants, sans le risque de biaiser leur

entendement. Cette façon de procéder laissait une grande marge de manœuvre aux participants, pour choisir le ou les termes qui s'appliquaient le mieux à leur situation et de décrire les manifestations selon leur propre vécu. L'ajout de la catégorie « autre », a notamment permis d'être inclusif et de donner la libre expression aux participants d'identifier par eux-mêmes et d'expliquer comment se vivaient ces expériences. Ceci se justifie étant donné que nous avons choisi l'approche phénoménologique et l'approche non-oppressive de la narrative, qui s'arriment bien avec les idéologies du service social (Williams et Baumgartner, 2014).

En ce qui concerne l'exploration du vécu des différentes formes de dépendances marginales, nous l'avons analysée en utilisant comme outil une grille d'identification des dépendances marginales au Tableau 4. L'analyse s'est basée sur l'expérience vécue personnellement par les participants et/ou observée chez autrui, dans le cadre de leur activité professionnelle. Les principaux résultats dégagés de la catégorisation des diverses formes de dépendances marginales vécues par les participants dans leur vie personnelle ont permis de prendre conscience des tendances particulières de l'échantillon. Nous avons constaté que tous les participants ont identifié une ou plusieurs des différentes formes de dépendances marginales, telles qu'énumérées dans la liste de départ, et que même plusieurs autres formes de dépendances marginales furent soulevées.

L'examen des principaux résultats, a démontré qu'au niveau personnel, le concept d'enfants adultes de familles dysfonctionnelles se situait au premier rang parmi les participants de l'échantillon, alors que la catégorie de codépendance et la catégorie d'enfants de familles alcooliques avaient des taux en concordance parfaite et se situaient au deuxième rang. Étant donné qu'un nombre équivalent de participants se sont prononcés sur les dépendances affectives/relationnelles et les dépendances sexuelles, et que ces formes de dépendances marginales se vivaient de manières bien variées chez les participants, nous avons estimé au cours de l'analyse qu'il était essentiel de subdiviser cette catégorie en deux, car au départ, nous les avons regroupées et ceci ne se justifiait

plus. C'est alors au troisième rang que les dépendances affectives/ relationnelles et les dépendances sexuelles se sont retrouvées. Pour ce qui est des dépendances marginales vécues auprès d'autrui, les dépendances sexuelles se sont retrouvées au premier rang. Bien que quatre participants aient parlé du gambling, cette forme de dépendance marginale fut particulièrement, citée à titre d'exemple plutôt que de relever d'une expérience vécue comme telle.

#### **4.11.3 La codépendance et les enfants adultes de familles : ATD - ce sont des dépendances marginales floues qui se chevauchent**

Les principaux résultats sur le concept de la codépendance ont démontré qu'il y avait une grande pluralité dans les propos des participants, et, souvent, il a été plutôt difficile de délimiter la codépendance des autres formes de dépendances marginales telles que le concept d'enfants de familles dysfonctionnelles. Pour certains, le concept d'enfants de familles dysfonctionnelles était synonyme avec les concepts d'enfants de familles alcooliques et toxicomanes, et pour d'autres, le concept de codépendance était simultanément utilisé par les répondants, pour référer à la dysfonction familiale engendrée par l'addiction, la toxicomanie, les dépendances de toutes les sortes, voire même les troubles de santé, du trauma et de l'abus. Pour d'autres encore, le concept de codépendance était utilisé pour référer à des difficultés au niveau des relations de couple et était considéré comme un synonyme pour le concept de dépendances affectives / relationnelles, alors que pour d'autres participants, le concept de codépendance était utilisé surtout dans son sens original et traditionnel pour référer au phénomène qui se produit dans le contexte familial où la consommation de substances est une source considérable de stress à divers niveaux tels que la biochimie, la neurologie, l'émotion, le financier et le spirituel (Cermak, 1986 ). Deux participantes <sup>22</sup> ont même souligné que les phénomènes de la codépendance et les enfants de familles ATD s'agrippent même

---

<sup>22</sup> Kimmy et Caroline

avant la naissance, au niveau cellulaire, dans les cas où une mère enceinte vit le stress de l'addiction au cours de sa grossesse. Autrement dit, le milieu familial perturbé et conditionné par les addictions, les toxicomanies et les dépendances a déjà un impact sur le fœtus. Le trauma et les abus physiques, émotifs et sexuels au niveau de la famille d'origine étaient des composantes significatives à la base de leurs narrations sur le vécu de ces dépendances marginales. Cette notion de transmission épigénétique, telle que racontée par les participants, concorde avec les propos du Dr. Gabor Maté (2009), qui a mis beaucoup d'emphase sur la neurobiologie et l'environnement comme causes fondamentales de l'éclosion des addictions de toutes les sortes et des troubles de santé mentale. Pour la plupart des participants, la codépendance était définie comme un phénomène qui s'était déclenché à un âge précoce au sein de familles aux prises avec des addictions, des toxicomanies et des dépendances, qui s'avérait comme des *patterns* relationnels qui s'étaient reproduits et perpétués tout au long de la vie adulte au sein de la majorité de leurs relations. Dans un autre ordre d'idée, certains participants, particulièrement ceux en relation avec des individus aux prises avec des addictions, des toxicomanies et des dépendances aux substances, ont expliqué que leur codépendance se manifestait en tant qu'un besoin intense qui les propulsait à protéger, à encadrer et à contrôler le comportement de leurs êtres chers, tels que leurs partenaires et leurs enfants, afin de réduire les impacts et les conséquences potentiels qui risqueraient de causer des bouleversements individuels et au sein de l'environnement familial. C'est alors, selon cette perspective de la codépendance, qu'un certain nombre de participants ont déclaré que leurs tendances codépendantes, bien qu'elles fussent perçues comme maladaptées à l'époque des entrevues, étaient initialement envisagées comme des actes de compassion et de prise en charge s'étendant à l'extérieur des paramètres du rôle parental habituel<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Habituel : il s'agit d'éclairer que le rôle parental *habituel*, que nous proposons de définir ici, est celui qui s'applique dans la société canadienne et s'explique par les politiques qui régissent que l'individu, âgé de 18 ans et plus, est considéré comme un adulte et non plus un enfant, relevant de la responsabilité parentale. Les individus, âgés de 16 ans et plus peuvent quitter le foyer parental, sans qu'un parent puisse exercer un contrôle légal sur eux. Il est à noter qu'il y a une variété de définitions et de prescriptions de la loi par rapport aux notions d'enfants et d'adultes, et qu'elles diffèrent considérablement d'un milieu

Avec cela, certains ont même conclu que la codépendance est un phénomène tout à fait courant, voir même *normal*, qui se produit, puisque l'être humain naît dépendant, incapable de survivre sans le souci d'un adulte et que, lorsque les besoins de l'être ne sont pas comblés, l'être est poussé à, consciemment ou inconsciemment, graviter envers quelqu'un ou quelque chose pour remédier à leurs lacunes. En lien avec la littérature (Whitfield, 2006), nous avons remarqué que le concept d'enfants adultes ATD fut largement utilisé par les participants pour tenir compte d'une variété de formes d'addiction avec et sans substances, particulièrement en ce qui a rapport aux addictions telles que le sport télévisé<sup>24</sup>, les dépendances sexuelles<sup>25</sup>, bourreau de travail et la suralimentation<sup>26</sup>, et les effets d'abus, de traumatismes et de négligence vécus au sein d'une famille d'origine ou de procréation où il y a des dysfonctions familiales liées aux troubles de santé mentale, d'excès de sévérité, d'abus mental ou physique, aux sévices de l'inceste, du parent manquant, etc.

Enfant adulte de famille : ATD est surtout une identité que se donnent les personnes qui ont une expérience vécue en tant qu'enfant dans un foyer, où la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments, était vécue auprès d'un parent. Souvent ces enfants ont aussi un grand-parent qui avait des propensions vers les substances, alors que les parents biologiques ne manifestent pas l'addiction aux substances comme telle. Certaines personnes considèrent même que vivre dans ces foyers où l'un des parents est resté fidèle à la relation chaotique et douloureuse fait en sorte qu'ils sont des enfants de familles dysfonctionnelles. D'après les résultats, la codépendance et le concept d'enfants adultes de famille ATD se chevauchent et une même personne peut s'identifier à ces deux formes de dépendances marginales. Ainsi, cette personne pourrait même se reconnaître parmi plusieurs formes de dépendances

---

géographique à un autre, d'une culture à une autre, d'une époque à une autre, etc. D'abord, soulignons que l'usage de l'expression *rôle parental habituel* est à proscrire à l'extérieur du cadre de cette recherche.

<sup>24</sup> Caroline

<sup>25</sup> Caroline, Kimmy

<sup>26</sup> Mike

marginales simultanément ou même passer d'une forme de dépendance à une autre. Tel que nous l'avons vu de façon évidente parmi les participants de cet échantillon, en lien avec la revue de littérature (Woititz, 2002 ; Whitfield, 2006 ; Hymphreys, 1996 ; Gustafson et collab. 2012 ; Alexander, 2008 ; Kelley et collab. 2005 ; Palmer, 1997 ; Hall et Webster, 2002), c'est que la notion d'*enfants adultes* s'applique avant tout à une personne issue d'une famille où il y a eu l'expérience vécue de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de la dépendance ou d'une dysfonction quelconque.

#### **4.11.4 Les principaux résultats par rapport au concept des dépendances affectives/ relationnelles**

Les principaux résultats, eu égard aux dépendances affectives / relationnelles, comme nous l'avons mentionné auparavant, ont laissé paraître que celles-ci étaient souvent confondues par les participants. Dans certains cas, ils s'en servaient pour expliquer l'expérience vécue de dépendances affectives/ relationnelles, qu'ils illustraient en tant que des trames de relations répétées, qui étaient de nature dysfonctionnelle, vécue dans le contexte des relations intimes amoureuses, bien qu'à d'autres moments, ils étaient portés à substituer le concept de codépendance pour particulariser ce même phénomène. Partant de cette observation, nous avons examiné de plus près cette catégorie de dépendances marginales, et, de ce fait, nous avons pu repérer de subtiles nuances qui les détachent de la codépendance originale ou traditionnelle de Cermark (2006). Ce qui démarque les dépendances affectives/ relationnelles de la codépendance traditionnelle semble être le caractère d'*amour romantique*, ce qui donne lieu à des variables à part, à l'égard de la notion de sexualité et de la notion de couple - avec ou sans enfants. Les résultats de notre analyse, nous a permis d'observer que les notions de sexualité et de couple impliquent des enjeux importants. Tandis que les propos de certains des participants<sup>27</sup> aient mis en évidence le vécu de douleurs émotives, liées à

---

<sup>27</sup> Mia, Candy, Amber, Walter

l'ennui, au besoin intense de vivre en relation de couple, à l'insatisfaction du choix d'une relation, à la frustration par rapport au manque de responsabilité de la part des partenaires, à l'infidélité, à la colère, au chaos et aux diverses formes d'abus, pour d'autres participants, l'emphase était plutôt mise sur les effets de la rupture relationnelle sur la famille de progéniture. Par exemple, nous avons observé que ce sont particulièrement les femmes<sup>28</sup> qui ont parlé du stress engendré par la décomposition familiale qui impliquent des responsabilités additionnelles, des obstacles financiers et notamment des difficultés psychosociales infligées aux enfants. De pair avec les propos de Robin Norwood (1985), qui a conçu la notion de *trop aimer* dans son livre « Ces femmes qui aiment trop » (Norwood, 1985), les dépendances amoureuses ou affectives se manifestent de façons très diverses, et s'explique particulièrement par l'expérience de vivre au sein d'une famille dysfonctionnelle, généralement perturbée par la toxicomanie. C'est ainsi, selon sa perspective, que les dépendances sexuelles peuvent s'associer avec les dépendances amoureuses. Par conséquent, son livre porte principalement sur les femmes qui aiment trop et, ici, un des participants<sup>29</sup> s'affirmant sur la notion de dépendances affective/relationnel était un homme.

#### **4.11.5 Les principaux résultats par rapport au concept de dépendances sexuelles**

Étant donné qu'au cours de l'analyse, nous avons remarqué qu'il y ait différentes formes de dépendances sexuelles, nous avons reconnu la nécessité de créer une catégorie distincte pour en tenir compte. Les principaux résultats portant sur les dépendances sexuelles ont démontré que les notions de relation et d'affectivité<sup>30</sup> sont parfois des composantes intégrales de ces dépendances, bien qu'il y ait notamment d'autres formes de dépendances sexuelles qui sont complètement dépourvues de relation ou d'affection.

---

<sup>28</sup> Mia, Amber, Candy, Josephine

<sup>29</sup> Walter

<sup>30</sup> Walter s'est prononcé sur les dépendances sexuelles en lien avec la notion de relation et d'affectivité.

En ce qui concerne cet échantillon, il y avait un nombre plus élevé de participants<sup>31</sup> qui se sont prononcés à cet égard. Pour ces participants, les dépendances sexuelles impliquaient la recherche de femmes pour s'adonner aux rapports sexuels, l'infidélité, la pornographie, la masturbation, le fantasme et les désirs sexuels insatiables. Ainsi, ce genre de dépendances sexuelles impliquaient, notamment, l'objectivation du corps de la femme, et étaient perçues par les participants en tant que des moyens de substitution à la consommation d'une substance quelconque, afin de soulager ou d'éviter la douleur, pour extérioriser l'agression et donner une ruée<sup>32</sup> d'adrénaline. Parallèlement, ces résultats s'alignent avec les écrits de Patrick Carnes (2001), qui a souligné que la dépendance ou l'addiction sexuelle n'est pas particulièrement liée à l'amour. C'est un comportement sexuel hors de contrôle, qui se manifeste de façon persistante et obsessive, qui implique l'incapacité de l'arrêter ou de le modérer, même en dépit d'efforts, et qui prend de plus en plus de place dans la vie du sujet, menant à la négligence importante des autres activités quotidiennes, ce qui résulte en conséquences sévères pour le sujet et pour son réseau social. Pour cet auteur, l'addiction sexuelle est semblable à la toxicomanie.

#### **4.11.5.1 La masturbation, la pornographie et le « sexting<sup>33</sup> »**

La masturbation, la pornographie et le sexting sont des concepts qui sont ressortis et qui furent répertoriés dans la catégorie *autre* au cours de l'analyse, bien que nous reconnaissons que ces formes de dépendances marginales font partie intégrale des dépendances ou addictions sexuelles. Les principaux résultats démontrent que deux participants<sup>34</sup> avaient vécu personnellement l'expérience de s'adonner excessivement à la masturbation et que cette activité permettait une libération soudaine de tension. Deux

---

<sup>31</sup> Mike, Tornado, Greg se sont prononcés sur les dépendances sexuelles dépourvues de relation de d'affection.

<sup>32</sup> « Adrenaline rush »

<sup>33</sup> Sexting : une communication de nature sexuelle qui se caractérise par la transmission de messages (textos, médias sociaux) par l'entremise de téléphones cellulaires ou d'appareils électroniques.

<sup>34</sup> Tornado et Greg

autres participants<sup>35</sup> s'engageaient dans le visionnement de la pornographie, car cette activité leur offrait un passe-temps qui leur permettait d'éviter leur réalité en vivant le fantasme. C'était alors un comportement pour satisfaire à un objectif. D'après Burkett et collab. (2012), tenant de la théorie de l'attachement social, ces activités peuvent se comprendre en tant qu'addictions comportementales, dans la mesure où celles-ci déclenchent tout un processus neurochimique dans le cerveau, engendrant une hausse de dopamine et des sentiments d'extase comparables, à l'effet altérant de certains psychotropes qui agissent sur le système de récompenses.

Deux autres participantes<sup>36</sup> ont aussi identifié la pornographie en tant de dépendances marginales, cependant le vécu de cette dépendance marginale était décrit sur la base de l'expérience vécue auprès d'autrui. Une conjointe qui a vécue l'expérience pénible de faire la découverte de la collection de pornographie homosexuelle de son mari, a conclu que le visionnement addictif de la pornographie de son mari coexistait avec ses autres addictions - consommation de substances et mensonge addictif – et était pour lui un moyen d'envisager sa réalité sexuelle confuse et secrète. Ce vécu de dépendances marginales auprès de son mari était un événement bouleversant et évolutif qui a abouti dans la violence et la rupture familiale, laissant des impacts profonds variés, de longue durée, sur tous les membres de la famille. Par conséquent, à l'époque où cet événement douloureux s'est produit pour cette participante et sa jeune famille, il y a près de 25 ans passés, le phénomène de l'homosexualité était encore extrêmement tabou dans la société. En dépit du fait qu'elle demeurait dans le sud de l'Ontario à ce moment-là, et qu'elle ait fait une recherche active pour recevoir de l'aide professionnelle afin de surmonter le choc, elle n'a pas ressenti qu'il avait des services ou des professionnels pour s'occuper spécifiquement de ce qu'elle et sa famille vivaient. Alors qu'au cours de la revue de la littérature nous n'avons pas trouvé d'écrits portant spécifiquement sur cette dimension, nous avons tout de même constaté que Stephanie Carnes (2011), la fille

---

<sup>35</sup> Mike et Walter

<sup>36</sup> Josephine, Caroline

du Dr. Patrick Carnes, a particulièrement écrit sur la notion de trauma par rapport à la découverte de l'infidélité liée à l'addiction sexuelle d'un partenaire, mais pas par rapport à son homosexualité cachée.

L'autre participante, qui a partagé selon son expérience professionnelle en relation d'aide, a notamment parlé de l'addiction à la pornographie en tant que phénomène qui cause des conflits familiaux. Elle a observé en pratique clinique que de plus en plus de gens se présentent en thérapie de couple en raison d'une addiction à la pornographie et d'autres comportements sexuels addictifs qui créent des conflits relationnels. Elle a décrit que cette hausse d'addictions sexuelles dans la société est, selon elle, directement liée aux transformations technologiques qui ont éclaté au cours des derniers vingt ans. L'internet et les « *gismos* » électroniques rendent la pornographie accessible et facilitent la communication de nature sexuelle. C'est surtout le « sexting » qui lui paraît comme l'addiction sexuelle la plus perturbatrice, puisque bon nombre de couples se présentent en thérapie en raison d'une infidélité, parce qu'un des partenaires s'est fait prendre par l'autre à communiquer sexuellement et à partager des images sexuellement explicites avec d'autres personnes. Notamment, le sexting, comme dépendance marginale, est un phénomène banalisé par les gens. Ceux et celles qui se font prendre dans l'acte du sexting ont souvent tendance à ne pas concevoir que leurs actions étaient infidèles à leurs relations et justifient leurs actions en exprimant que *tout le monde le fait*. L'article de Goyette et Nadeau (2014) appuie la perspective de cette participante ayant une expérience professionnelle en relation d'aide. Selon ces auteurs québécois, qui ont une expérience clinique dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, la cyberdépendance sexuelle est un problème du 21<sup>e</sup> siècle qui, jusqu'à présent, n'est pas reconnue officiellement, bien que l'évidence clinique démontre que c'est un problème courant qui s'observe en pratique clinique.

#### 4.11.6 Les principaux résultats par rapport aux différentes formes de dépendances marginales – la catégorie « autre »

Au cours de l'étude, la catégorie « autre » a permis de tenir compte de toutes les autres formes de dépendances marginales identifiées par les participants qui ne figuraient pas dans la liste de départ. Le tableau 4, portant sur l'identification des dépendances marginales, a mis en évidence les principaux résultats. Comme nous l'avons vu ci-haut, la masturbation, la pornographie et le sexting étaient des formes de dépendances marginales qui étaient listées dans la catégorie *autre*, bien qu'il nous ait paru nécessaire de les traiter dans la section portant sur les dépendances sexuelles. L'exploration des dépendances marginales auprès des participants a révélé que la suralimentation, le sport/le sport télévisé, l'exercice, les « gadgets » / « les gismos » électroniques, les téléphones cellulaires intelligents, l'internet, les médias sociaux (Facebook), l'éducation, le travail « workaholism », l'argent et le magasinage compulsif, sont encore d'autres formes de dépendances marginales identifiées. Passons à l'examen des principaux résultats de ces dernières.

##### 1. La suralimentation

Les quatre participants<sup>37</sup> qui ont identifié la suralimentation comme dépendance marginale ont utilisé les mots « food addiction » et « overeating », pour désigner leurs comportements excessifs par rapport à la consommation de nourriture. Pour ceux-ci, il semblerait que la surconsommation était un moyen de substitution à une autre substance ou un autre comportement addictif. La suralimentation, comme comportement de substitution, permettait d'avoir le sentiment de *gratification instantanée*<sup>38</sup> qui apaisait

---

<sup>37</sup> Candy, Catherine, Mike et Greg

<sup>38</sup> « Instant gratification »

l'émotion ou même l'engourdissement<sup>39</sup>. Pour sa part, Greg a explicitement indiqué que sa surconsommation de nourriture était un moyen de substitution à sa consommation de drogue, tout comme l'activité physique à laquelle il s'était notamment adonné au même moment. Bien que nous n'ayons pas exploré plus profondément cette forme de dépendance marginale avec les participants, lors des entrevues semi-dirigées, nous avons tout de même observé certaines tendances auprès de ces participants, en rapport avec la notion de suralimentation. Dans un premier temps, nous avons constaté que les quatre participants qui ont identifié cette forme de dépendance marginale n'étaient visiblement pas en surpoids. Pour deux des participantes<sup>40</sup>, il semblerait que leur tendance à se suralimenter coïncidait avec l'interruption du tabagisme (ce qui est très courant pour compenser la perte du tabac). La suralimentation était possiblement passagère au début de leur rétablissement. L'autre participante<sup>41</sup> a spécifiquement déclaré qu'elle s'est adonnée à l'exercice obsessionnel lorsqu'elle s'est rendue compte qu'elle prenait du poids après l'arrêt de son comportement de fumer la cigarette. Une autre participante<sup>42</sup> a exprimé toutefois, que sa tendance à suralimenter se produisait surtout en tant que mécanisme pour s'isoler. Nous pouvons soupçonner qu'elle est devenue consciente de son comportement, lorsqu'elle participait à des groupes d'entraide, et qu'elle ait pu courber cette tendance à suralimenter avant qu'elle devienne hors de contrôle.

Le milieu familial a aussi été souligné dans la description de la suralimentation par un des participants<sup>43</sup> qui s'est exprimé longuement sur la dysfonction familiale qu'il a observée chez son père, qui avait une préoccupation obsessionnelle avec la nourriture et de sa préparation. La boisson gazeuse – *Coca-cola* - et le chocolat étaient spécifiquement cités comme des substances de consommation problématiques dans son discours. D'abord, que la boisson gazeuse était vue comme un substitut addictif pour d'autres

---

<sup>39</sup> « To numb emotions »

<sup>40</sup> Candy, Catherine

<sup>41</sup> Candy

<sup>42</sup> Catherine

<sup>43</sup> Mike

substances, il a élaboré en expliquant que la consommation du chocolat était une addiction pour certains membres de sa famille étendue paternelle. Il a partagé que ces membres de la famille consommaient de grandes quantités de chocolat et qu'ils souffraient de troubles de santé. Cependant, en dépit des avertissements de leur médecin, concernant l'obésité et le diabète, ils ne suivaient pas les consignes et s'adonnaient tout de même à la consommation, en dépit des risques. Pour ce qui est de l'addiction à la consommation de nourriture, selon une étude canadienne menée au Nouveau-Brunswick sur le concept de cette forme d'addiction, indépendamment des prédispositions génétiques et des influences environnementales, la suralimentation est un facteur prépondérant responsable de la prévalence de l'obésité (Pardis et collab., 2013).

## **2. Le sport, le sport télévisé et l'exercice**

Le sport, le sport télévisé et l'exercice excessif furent identifiés par trois participants<sup>44</sup> comme étant des addictions vécues par eux-mêmes et/ou observées chez les autres. Ces dépendances marginales étaient expliquées comme des activités pratiquées excessivement, et qui étaient problématiques puisqu'elles occupaient beaucoup de temps, au détriment des autres activités du quotidien. L'analyse des données a démontré que ces formes de dépendances marginales sont notamment comprises comme des substituts pour remplacer une autre addiction. Les descriptions des participants variaient sensiblement. Le sport télévisé était décrit comme un phénomène qui s'est révélé comme une addiction, après la discontinuation de l'alcool. L'exercice était notamment employé comme un substitut pour remplacer ou pour combler un vide de quelque sorte, engendré par la détresse qu'occasionnait l'interruption de la consommation de drogue.

S'adonner à ces activités de façon addictive était d'abord perçu comme un mécanisme qui donnait une charge d'adrénaline et un moyen permettant de se détacher

---

<sup>44</sup> Walter et Caroline

de soi et d'éviter ses émotions et sa réalité. Bien que nous n'ayons pas exploré cette forme de dépendance marginale de plus près, selon Lichtenstein et collab. (2013), l'addiction à l'exercice se caractérise par un montant croissant de temps consacré aux activités physiques ou sportives qui prennent préséance sur d'autres aspects de la vie. Tel que les auteurs l'expliquent, dès 1976, l'exercice était considéré comme une *addiction positive* par William Glasser. Les auteurs reconnaissent toutefois, qu'il y a des extrêmes quant à l'addiction à l'exercice et au sport et que, dans certains cas, ces activités pourraient engendrer des conséquences néfastes, particulièrement quand la compétition et les activités de sports dangereux sont impliqués (le sport de contact tel que le football, le parachutisme, etc.). D'après notre exploration superficielle, il ne paraîtrait pas que les participants s'impliquent dans le sport dangereux, par conséquent, avec une exploration plus profonde, peut-être que nous aurions découvert des dimensions différentes. Dans ces cas, il paraîtrait que l'addiction au sport, au sport télévisé et à l'exercice étaient plutôt des substituts pour d'autres comportements dépendants. Avec plus de recherche, peut-être aurions-nous découvert que ces addictions étaient surtout des addictions positives.

### **3. L'usage des « *gadgets* », des appareils électroniques, des téléphones cellulaires intelligents, de l'internet et des médias sociaux**

Parmi les quatre participants<sup>45</sup> qui ont identifié l'usage des « *gadgets* », des appareils électroniques, des téléphones cellulaires intelligents et de l'internet, comme des objets à la source de tendances addictives, les réponses étaient bien variées. Tel qu'expliqué auparavant, pour certains, l'usage de la technologie était en lien avec les dépendances sexuelles qu'ils vivaient ou avaient observées chez les autres. Par conséquent, bien que la consommation de la technologie vécue chez soi ou observée chez les autres était considérée comme problématique, les impacts furent perçus comme

---

<sup>45</sup> Walter, Jim, Mia, Caroline

moindre, en comparaison à d'autres formes d'addictions, telle que la consommation de l'alcool. Pour ces participants, la consommation de la technologie telle que les médias sociaux - comme *Facebook* était en général une habitude addictive, puisqu'elle prenait souvent une place importante dans la routine quotidienne et beaucoup de temps – était une addiction car tout le temps qui lui était consacré l'était au détriment d'autres activités plus productives de la vie quotidienne. La consommation de la technologie était notamment expliquée comme une forme de dépendance, car les gens investissaient trop de temps dans cette activité et, ce faisant, se servaient de la technologie pour se détacher de leur réalité. Étant donné que la transmission technologique est instantanée, la consommation de la technologie était considérée comme ayant le potentiel d'engendrer des altérations neurochimiques, ce qui explique leur caractère addictif. D'après la littérature sur le concept des addictions à l'internet, au Facebook et aux médias sociaux, Griffiths (2012) critique l'échelle de mesure *Facebook Addiction Scale* qu'Andreassen (2012) a élaboré. Selon lui cette échelle de mesure est trop étroite pour prendre en compte tous les raisons qui incitent les gens de se préoccuper avec cette technologie. Par exemple, il décrit que pour certains, c'est la plateforme de *Facebook* qui les attire, pour d'autres c'est la capacité d'envoyer des messages à travers *Messenger* rapidement à plusieurs personnes, de se servir du téléphone cellulaire, mais pour d'autres, il se peut que ce soient les jeux vidéo comme *Farmville*. Griffiths (2012) a une perception selon laquelle il y a une variété de façons de concevoir l'addiction technologique, et que le concept d'addiction au *gaming* est un autre aspect de ce type d'addiction qui requiert plus de recherche. L'article d'Oliviera (2018), paru dans *The Canadian Press* en avril dernier, a en fait porté sur le débat de désigner le jeu vidéo en tant qu'une addiction. Selon l'article, l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) allait ajouter le désordre du jeu vidéo<sup>46</sup> dans la prochaine version de la Classification Internationale des Maladies – (CIM-11). Dans ce contexte, ce désordre sera défini comme une trame de comportements caractérisés par le contrôle affaibli envers le jeu, augmentation du temps

---

<sup>46</sup> « Gaming disorder »

consacré à l'activité du jeu, au détriment des autres activités quotidiennes, et la continuation du jeu en dépit des effets négatifs.

#### **4. L'éducation, le « bourreau de travail », l'argent, le magasinage compulsif et le gambling**

En ce qui concerne l'éducation identifiée en tant qu'activité de dépendance, deux participants<sup>47</sup> ont décrit qu'ils avaient tellement porté leur attention sur l'éducation que c'était devenu une activité compulsive, bien que s'éduquer soit généralement considéré comme une activité positive. Dans les cas expliqués par les participants, l'éducation était utilisée pour se recréer au cours de leur rétablissement, alors qu'ils reconnaissaient que l'investissement de leur temps aux études était parfois au détriment des autres activités quotidiennes de leur vie. Selon un autre participant<sup>48</sup>, l'éducation peut être une dépendance, particulièrement quand les gens s'en servent comme un masque pour dissimuler un trouble d'estime de soi. Les gens se cachent d'abord derrière leur diplôme pour lutter contre un problème d'estime de soi. C'est ainsi que d'autres participants<sup>49</sup> ont identifié le travail comme étant une forme de dépendance semblable, dans la mesure où elle fournissait un moyen de combler des sentiments d'insuffisance personnelle, et que, dans le processus, d'autres aspects de la vie étaient négligés. En tant que bourreau de travail, l'un participant<sup>50</sup> a clairement décrit le père de Mike était souvent absent de la maison et ne participait d'abord pas pleinement à la vie familiale. Alors, encore cette forme de dépendance peut être interprétée comme négative pour le bon fonctionnement de la famille. Pour ce qui est de l'argent, celui-ci était étroitement lié avec la notion de bourreau de travail. L'argent en tant que dépendance était aussi lié à la notion de magasinage compulsif qui a été identifiée par trois participants<sup>51</sup>. Leurs expressions

---

<sup>47</sup> Mia et Walter

<sup>48</sup> Tornado

<sup>49</sup> Walter et Mike

<sup>50</sup> Mike

<sup>51</sup> Kimmy, Mike et Tornado

étaient semblables, car l'activité de magasiner était perçue comme une dépendance, quand les gens s'en servent comme un moyen de remplir un vide par l'accumulation d'objets matériels. Enfin, quatre participants<sup>52</sup> ont identifié que le gambling était une dépendance sans substance qu'ils avaient observé chez autrui, alors qu'ils n'ont pas trop élaboré sur eux. Ils l'ont surtout souligné pour justifier qu'il y a des parallèles entre les addictions aux substances et les dépendances sans substance psychotrope. Selon notre interprétation, l'éducation et le travail pourraient être des *addictions positives* et utilisés comme des solutions de compensations, mais, en d'autres temps, si l'activité était en excès, au détriment d'autres activités quotidiennes, ceci pourrait être considéré comme tous les autres extrêmes.

#### **4.11.7 Les principaux résultats sur les impacts des dépendances marginales**

Tout d'abord, notons que dès le début de la recherche, basée sur nos expériences professionnelles vécues dans le domaine du traitement des addictions, nous avons par l'intermédiaire d'un remue-méninge, élaboré une grande liste d'impacts d'ordre biologiques, psychologiques et sociaux, qui a eu pour objectif d'agir en tant que schéma conceptuel pour amorcer et délimiter le concept des impacts. Le schéma conceptuel tel que présenté au chapitre 2, nous a munis d'un guide pour examiner les impacts.

Les principaux résultats sur les impacts des dépendances marginales ont révélé qu'il est impossible de parler des impacts des dépendances marginales sans tenir compte des impacts des addictions, des toxicomanies et des dépendances aux substances – elles sont indissociables. Tel que nous l'avons vu, tous les participants ont partagé de l'expérience vécue d'addiction, de toxicomanie et de dépendances aux substances et tous se sont exprimés sur le vécu des impacts au niveau personnel et observé auprès d'autrui. Pour la moitié des répondants, les addictions et les dépendances de toutes les sortent

---

<sup>52</sup> Jim, Greg, Walter, Caroline

affectent toutes les sphères de la vie à des niveaux variés, en fonction de la situation particulière. Tous les participants perçoivent que les addictions, les toxicomanies et les dépendances aux substances engendrent typiquement des impacts profonds qui sont ressentis aux plans biologiques, psychologiques et sociaux et qui mènent à la dysfonction familiale. L'analyse démontre que selon les participants, les addictions, les toxicomanies et les dépendances aux substances engendrent des dépendances marginales et, vice versa, les dépendances marginales influencent les addictions aux substances. Nous avons découvert que les impacts vécus en raison de sa propre addiction, toxicomanie ou dépendance aux substances, sont perçus en tant que semblables aux impacts vécus indirectement par ceux et celles qui sont impliqués dans une relation quelconque avec des individus aux prises avec une addiction, une toxicomanie ou une dépendance.

#### **4.11.7.1 Les impacts de l'exposition à l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances avec substances**

En ce qui consiste des impacts vécus auprès des individus aux prises avec l'addiction, la toxicomanie ou les dépendances dans toutes leurs formes, les réponses des participants étaient variées, bien que la plupart aient affirmé qu'ils avaient été affectés aux niveaux personnel et familial. La majorité des participants a indiqué qu'ils avaient été exposés à l'addiction et aux dépendances avec substances dès un âge précoce au sein de leur famille d'origine. Plusieurs ont même élaboré en identifiant que ces addictions et dépendances aux substances étaient présentes chez certains enfants de leurs familles d'origines et que ces phénomènes remontaient même à la génération de leurs grands-parents. Certaines participantes ont souligné que même s'ils avaient cherché à s'échapper du foyer dysfonctionnel de leur famille d'origine, qu'ils avaient été portés à se retrouver en relations intimes avec des personnes qui étaient aux prises avec la consommation de substances. Certains ont décrit qu'ils ont commencé des familles avec des partenaires qui étaient aux prises avec la consommation de substances et, qu'en dépit

de rompre leurs relations afin de protéger leurs enfants, que l'addiction et les dépendances avaient eu des impacts importants chez leurs enfants, voire même engendrer l'addiction chez eux.

Les impacts vécus par les participants étaient ressentis par rapport à leurs émotions, à leur état physique, à leurs comportements et à leurs relations intimes et familiales. Parmi les participants qui ont porté leurs regards sur les impacts émotionnels, physiques et comportementaux engendrés par l'expérience de vivre dans un contexte où il y a une personne aux prises avec l'addiction, la toxicomanie et la dépendance, cette expérience a mené à des réactions de stress, à la dépression, à l'inquiétude, à l'isolement, à la rupture, à la gêne, à l'anxiété, au manque de confiance, à l'épuisement, au manque de sommeil, au doute, aux conflits, au trauma et à la perte. Certaines participantes ont souligné que la socialisation de leurs enfants était inadéquate. En raison de leur préoccupation avec une surcharge de responsabilité, comme chef de familles monoparentales, elles n'avaient pas suffisamment passé du temps de qualité avec leurs enfants pour leur montrer de l'affection. Même, certaines se culpabilisaient, car elles reconnaissaient qu'elles n'avaient pas les outils pour apprendre à leurs enfants comment résoudre des conflits. Être socialisés et vivre dans ces contextes, a d'abord tendance à gêner le développement, à nuire au fonctionnement quotidien et à donner lieu à des comportements surinvestis. Ces comportements surinvestis peuvent prendre diverses formes. Pour certains participants, se surinvestir prenait la forme de consommer des substances, cependant, pour d'autres se surinvestir signifiait la compulsivité d'aider ou de contrôler les personnes aux prises avec des addictions. La codépendance s'est donc développée afin de survivre dans ces milieux instables. Être enfant au sein de ces familles aux prises avec des addictions, toxicomanies et dépendances de toutes les sortes donne lieu à des expériences de trauma, d'abus et de carences affectives qui, selon les participants, peuvent définitivement engendrer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance.

Tous les participants ont déclaré qu'ils perçoivent qu'il y a une transmission intergénérationnelle de l'addiction, de la toxicomanie ou des dépendances avec ou sans substance et la majorité ont justifié leurs perceptions en offrant une explication basée sur leurs expériences personnelles et professionnelles. Alors que la majorité des participants aient reconnu la transmission génétiques comme un facteur d'influence dans la genèse des addictions, tous les participants ont reconnu que le fait d'être exposé à l'addiction, à la toxicomanie, aux dépendances et à l'abus de toutes les sortes au sein de la famille, peut créer une prédisposition chez les individus à répéter ce comportement. Il y a du chaos et du drame dans les foyers où l'addiction, la toxicomanie et les dépendances aux substances sont présentes. Les gens ont la tendance à reproduire ce qu'ils apprennent en famille. Même lorsque les participants se sont enfuis du foyer dysfonctionnel de la famille d'origine, plusieurs se sont souvent retrouvés dans une relation intime, où la consommation de substances était présente. Lorsqu'il y a une addiction, une toxicomanie ou une dépendance quelconque, il y a une tendance de se retrouver parmi un groupe de personnes qui s'adonnent aussi à ces comportements. Il paraît que c'est un moyen qui comble un besoin d'appartenance. Grosso modo, les addictions, les toxicomanies et les dépendances au sein de la famille sont vues comme des phénomènes destructifs qui fragilisent les relations et qui causent des conflits et des ruptures familiales qui perdurent au travers des générations.

#### **4.11.7.2 Les impacts sur l'éducation et les impacts de diverses formes d'abus et des carences affectives**

En ce qui concerne les impacts sur l'éducation, un grand nombre de participants, ont tendance à croire que l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes les sortes peuvent affecter la motivation des gens à s'éduquer. L'abandon des études était un

impact prononcé parmi les participants sauf une<sup>53</sup>, qui a souligné que la consommation de certaines substances est parfois un moyen qu'utilisent les étudiants pour affronter les pressions qui surviennent de ce rôle. Tous les participants ont élaboré sur les impacts du trauma et de l'abus. La majorité des participants a parlé de leurs propres expériences de trauma et d'abus vécus au sein de leurs familles d'origine, alors que d'autres aient relaté des expériences dont ils avaient témoigné auprès d'autrui. L'abus émotif, la négligence, les carences affectives, les agressions physiques et sexuelles étaient des thèmes communs. Pour tous les participants, le trauma, l'abus et les carences affectives peuvent sans doute engendrer une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance. Plusieurs ont même affirmé que le trauma et l'abus étaient des facteurs déclencheurs de leurs propres troubles d'addiction, de toxicomanie et des dépendances avec et sans substances.

#### **4.11.7.3 L'addiction, la toxicomanie et les dépendances avec et sans substance ont des répercussions sur l'ensemble du réseau**

Que ce soit une addiction aux substances, une dépendance comportementale et/ou un trouble de santé mentale, les impacts sont souvent profonds et ressentis aux plans biologique, psychologique, social et même spirituel. C'est comme jeter une pierre à l'eau, il y a un effet de réaction qui se répand dans toutes les sphères de la vie<sup>54</sup>. Communes à toutes addictions, les conséquences sont uniques à la situation particulière que vivent l'individu, la famille et le réseau social. Lorsqu'il y a un trouble concomitant, c'est-à-dire un trouble de santé mentale qui existe simultanément, les impacts se multiplient. Parmi les impacts répertoriés, nous avons saisi que l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes sortes avaient engendré des impacts personnels profonds affectant le développement, les émotions, l'estime de soi, la confiance, la

---

<sup>53</sup> Caroline

<sup>54</sup> Catherine

volonté, le fonctionnement quotidien, la santé physique et mentale, les relations et les ressources financières. Les histoires narrées portant sur les impacts concernant la vie familiale étaient grandement individuelles et l'analyse a soulevé que l'éloignement, la séparation familiale, l'isolement, la dislocation, la fragmentation, la violence et l'abus étaient des thèmes centraux parmi les participants.

#### **4.11.7.4 Les principaux résultats sur l'évaluation des besoins en matière d'intervention sociale**

Afin d'évaluer les besoins des personnes concernées en matière d'intervention, nous avons examiné les propos des participants par rapport à leurs perceptions sur la conception officielle et professionnelle données à l'addiction, à la toxicomanie et à la dépendance et à leurs expériences de fournir ou de chercher de l'aide ou un traitement professionnels. Pour ce qui est des perceptions sur la conception professionnelle et officielle données à l'addiction, la toxicomanie et la dépendance, seul<sup>55</sup> un participant était d'accord. Pour ce qui est des autres participants, ils ont surtout fourni leur propres façons de percevoir et ont émis qu'il y a des carences ou des stratégies erronées en ce qui concerne le traitement de ces problèmes. Bien qu'en général les participants aient exprimé de la gratitude pour les services qu'ils ont reçus et qu'ils sont reconnaissants que le Canada a un système en place pour traiter les addictions, ils s'entendent pour dire qu'il y a un grand besoin pour une approche qui permettrait une évaluation plus approfondie, puisque les addictions, les toxicomanies et les dépendances sans substance peuvent prendre une variété de formes et les traumatismes au niveau de la famille d'origine sont souvent sous-jacents à ces problèmes. Il y aurait notamment un besoin pour plus d'éducation et de la de conscientisation des impacts sur l'estime de soi et le fonctionnement familial. D'autres ont soulevé que ces problèmes émergent parce qu'ils sont des moyens de combler une déficience ou un vide au niveau de l'esprit humain, alors au niveau de l'intervention, il y a un besoin d'intervenir assez profondément pour

---

<sup>55</sup> Jim

repérer quelles sont les carences que vivent les individus qui s'adonnent aux comportements dépendants. C'est ainsi que les personnes concernées par ces problèmes suggèrent qu'il y a toute une étendue d'addictions et de dépendances de toutes les sortes, alors il faut cesser de nier l'ampleur et la diversité de celles-ci afin d'empêcher de se faire prendre dans les enjeux conceptuels.

Près de la moitié des participants a critiqué comment l'addiction est traitée dans la société. La perception est que le système actuel a trop tendance à prescrire des médicaments dans le traitement et qu'il n'y a pas suffisamment d'aide psychosociale pour traiter les questions fondamentales<sup>56</sup>. Étant donné que la prescription de médicaments ne revête pas du rôle du psychologue, il y aurait un besoin de faciliter l'accès aux services de psychologues. Dans le même ordre d'idée, un autre besoin qui est ressortie de l'évaluation est qu'il serait nécessaire d'avoir plus de programmation et services de counseling abordables pour explorer les racines de ces problèmes et d'appuyer les gens tout au long de leur rétablissement, même une fois que la consommation de substances ait cessée. C'est d'abord qu'il y aurait un besoin d'investir des fonds dans ces services afin de les rendre accessibles à tous. Pour d'autres participants, les services professionnels qui existent sont inadéquats pour traiter le problème d'addiction, car il n'y a pas suffisamment de programmes pour aider la famille et l'addiction est perçue comme un malaise familial. La famille a tendance à développer la codépendance envers le membre de la famille qui est aux prises avec la consommation de substances, et d'abord l'addiction se perpétue. Il y d'abord un besoin de traiter les membres de la famille de ceux qui sont aux prises avec des addictions et des dépendances de toutes les sortes, puisque ceux-ci sont des problèmes qui se manifestent dans le contexte de la famille et souvent se sont les partenaires et les enfants qui en sont particulièrement affectés.

Bon nombre de participants se sont prononcés sur le besoin pour plus d'éducation, de conscientisation et de services, en ce qui concerne d'autres types de

---

<sup>56</sup> « Cores issues »

dépendances, et que le développement de services en matière d'établissement de réseaux d'appui, serait particulièrement bénéfiques et que la formation des professionnels devrait être plus spécialisée, afin de pouvoir identifier chez l'individu, ce qui est à l'origine du problème d'addiction. Ainsi, il y a un grand besoin pour plus de thérapie individuelle offerte par des individus qualifiés qui ont notamment une expérience personnelle vécue de rétablissement de longue durée. Afin d'améliorer le système de traitement, il a été souligné qu'il faut redéfinir le concept de l'accompagnement afin d'instaurer plus de travail de liaison particulièrement au début du rétablissement des personnes, car celles-ci sont aux prises avec des addictions, et ceci implique qu'elles ont probablement du mal à gérer leurs émotions et leurs pensées. L'importance des groupes d'entraide a été relevée à plusieurs reprises, cependant certains ont critiqué que ces groupes, bien qu'ils agissent en tant que réseau social, ils ne permettent pas l'examen aussi profond que permettrait l'intervention individuelle et professionnelle. De plus, les participants ont notamment reconnu qu'il y a des longues listes d'attentes pour accéder aux services individuels et qu'il n'y a pas assez de services communautaires.

Le besoin d'incorporer l'approche holistique relevant des enseignements et les traditions indigènes, a aussi été souligné et décrite comme une intervention bénéfique et nécessaire pour l'intervention. Enfin, les principaux résultats de l'évaluation des besoins en matière d'intervention sociale, ont démontré qu'il y a un besoin pour plus de services pour les gens qui ne souffrent pas spécifiquement de l'addiction à l'alcool et à la drogue, mais qui sont notamment aux prises avec d'autres choses telles que la codépendance, les enfants adultes de familles, les dépendances relationnelles, les dépendances sexuelles et toutes autres formes de dépendances marginales.

#### **4.11.8 L'examen critique des perspectives de solutions**

Le dernier objectif de ce mémoire est d'examiner les perspectives, les recommandations, les suggestions et les alternatives de solutions chez les personnes concernées pour une meilleure prise en charge des dépendances marginales. Étant donné

la complexité du guide d'entrevue et de l'énergie que l'entretien a requis des participants, plusieurs des participants étaient épuisés vers la fin de l'entrevue et n'ont pas tellement offert d'informations nouvelles de ce qu'ils avaient déjà fourni par rapport aux besoins en matière d'intervention. Les principaux résultats qui découlent de l'examen des perspectives de solutions ont démontré que les participants croient qu'il y a trop d'emphase mise sur la modification du vocabulaire et des étiquettes attribuées aux phénomènes des addictions, des toxicomanies et des dépendances de toutes les sortes, et que personne ne bénéficie de cette approche. Au travers des propos des participants, une recommandation qui a ressortie est qu'il faut cesser de nier l'existence des dépendances sans substance afin de les traiter. Le déni fait en sorte qu'il y a des écarts dans les services. En ce qui concerne les écarts dans les services, il fut exprimé qu'il y a une pénurie de professionnels formés pour adresser certaines problématiques, particulièrement en ce qui a trait à l'addiction sexuelle. Il n'y a pas de traitement dans le nord pour adresser l'addiction sexuelle et d'abord, il n'y a que très peu de professionnels qui abordent le thème de la sexualité, étant donné que c'est encore de nos jours, un sujet tabou. Il y a donc un besoin pour la formation de professionnels qui sont en mesure d'être empathiques par rapport à toute la gamme d'addictions et de dépendances.

Il a été soulevé à maintes reprises qu'il y a un manque d'appui et de traitement pour les membres de la famille. Les membres de la famille ont besoin d'être reconnus parce qu'ils ont aussi besoin d'aide puisqu'ils réagissent aux systèmes dysfonctionnels. Il y a donc la nécessité de sensibiliser et conscientiser la famille, l'entourage et le public général sur les dépendances sans substances (marginales) pour contrer les impacts biopsychosociaux. Il est recommandé d'aborder une discussion ouverte sur les dépendances marginales afin de les reconnaître dans l'objectif de contrer le stigma qui crée des barrières dans l'accès des services. Une perspective de solution serait de former des intervenants plus proactifs, car c'est grand le temps de sortir des sentiers battus qui ne tiennent pas compte du noyau familial.

D'après les perspectives des participants, il est nécessaire d'adopter des stratégies pour intervenir auprès des membres de la famille, et ce, surtout en parallèle avec le traitement même de la personne aux prises avec l'addiction aux substances. Les centres de traitement devraient au moins parler des dépendances sans substance, même si ce n'est qu'un bref survol. D'autres centres de traitement pourraient s'inspirer du modèle de traitement qu'offre le programme de traitement à Elliot Lake et le gouvernement devrait défrayer les coûts, puisque les troubles d'ordres psychologique et social sont aussi importants que les troubles physiques. Ceci étant dit, cet investissement se justifie, étant donné que l'addiction au niveau de la famille engendre beaucoup de stress, alors les coûts à long court terme seraient compensés par les économies à long terme, puisqu'il y aurait sans doute un déclin des autres questions liées à la santé.

Selon les participants, il faut adopter des moyens plus propices pour gérer la crise d'addiction de toutes sortes qui se manifeste dans la société. Les mesures de prises en charge devraient plutôt se concentrer sur les causes profondes de l'addiction telles que le trauma et de promouvoir des solutions en cherchant auprès des personnes qui en sont aux prises car cette approche privilégie la dimension humaine.

Une recommandation importante qui ressort est que les diverses disciplines devraient cesser de se professer comme les avatars du domaine du traitement. Les professionnels des diverses perspectives telles que les tenants de la médecine et les travailleurs sociaux devraient travailler ensemble, afin d'accommoder un environnement inclusif, plus accessible aux membres de la famille qui ont été affectés par l'addiction des autres et qui souffrent également en raison de leur tendances addictives qui n'impliquent pas nécessairement l'ingestion de substances.

Une alternative de prise en charge qui a été suggérée était la création d'un réseau social qui permettrait aux gens de se réintégrer au plan social étant donné la dislocation que causent l'addiction, la toxicomanie et les dépendances de toutes les sortes. Ce genre de traitement social serait différent des groupes d'entraide puisqu'il permettrait aux gens de s'impliquer parmi d'autres personnes dans le but commun de se recréer au plan

social, sans que l'emphase soit forcément mise sur le modèle médical, mais plutôt sur la réintégration, afin de s'épanouir au plan social. Les addictions sont multiples, complexes et prennent une variété de formes, alors une dernière alternative proposée est d'accepter l'ampleur de ce problème et de se concentrer sur la notion de rétablissement pour la rendre à la mode.

## CHAPITRE 5

### **Discussion, implications et recommandations pour la profession**

Rappelons que ce mémoire, qui est de nature qualitative et exploratoire, s'est intéressé au vécu des dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins des personnes concernées, avec, pour objectifs spécifiques, d'analyser les impacts des formes de dépendance marginales, d'évaluer les besoins en matière d'intervention sociale, et d'examiner les perspectives de solutions. Il est ancré dans notre connaissance de ces problématiques en tant que travailleuse sociale.

L'interprétation des données, partant de leur analyse, a pour but d'inscrire leur conceptualisation et la réflexion théorique qu'ils suggèrent dans le paradigme biopsychosocial en combinaison avec l'approche phénoménologique. Pour ce qui est de l'approche narrative, elle a été mise en valeur et appliquée au processus des entrevues, en vue de permettre la pleine expression des opinions des participants sur leurs expériences vécues, leurs émotions, leurs représentations, leurs perceptions et, enfin, leurs alternatives de solutions.

Ce chapitre sera donc une discussion et une synthèse critique des résultats, les implications et les recommandations pour la profession et se terminera enfin en discutant des limites et des forces de la recherche.

#### **5.1 Nos expériences professionnelles**

Tel que nous l'avons expliqué dans l'élaboration de la problématique de cette recherche, nos expériences en tant que travailleuse sociale en intervention directe dans le contexte du traitement de l'addiction et des troubles concomitants, nous ont permis d'observer des comportements dépendants qui sont semblables à ceux qui sont directement liés à l'usage des substances, en ce qu'ils ont de multiples facteurs similaires qui les engendrent et d'innombrables conséquences analogues qui en découlent - tant pour l'individu, que pour ses proches. Par exemple, nous avons

remarqué qu'il y avait un nombre élevé d'individus qui distinguait qu'ils avaient éprouvé plusieurs autres comportements dépendants, en plus de la toxicomanie, et que, souvent, ces dépendances sans substance s'étaient déclenchées même avant qu'ils s'adonnent à l'usage des substances psychotropes. De même, nous avons observé que lorsque certains clients avaient vécu la rechute et se retrouvaient de nouveau en counseling, très souvent ils étaient en mesure d'identifier qu'ils avaient vécu certains comportements dépendants précurseurs, parfois, des mois avant le retour à la consommation de substance. C'est ainsi, qu'au travers de nos expériences dans ce domaine, auprès des personnes aux prises avec des substances, que nous avons pris connaissance de l'ampleur du réseau de personnes affectées par l'addiction aux substances d'un autre – des mères, des pères, des enfants, des frères, des sœurs, des grands-parents et des amoureux... Nous avons, notamment, constaté qu'il y avait des individus qui ne consommaient presque pas, ou pas du tout de substances, bien qu'ils identifiaient qu'ils vivaient quand même des problèmes d'addictions eux-mêmes, ou bien qu'ils les vivaient dans leurs relations auprès de personnes qui en étaient aux prises. De même, nous avons remarqué, qu'il y a certaines autres formes d'addictions ou de dépendances, plus discrètes, qui n'impliquent pas la consommation de substances, mais qu'elles engendrent également des conséquences notables chez l'individu et la famille. C'est particulièrement ce que nous avons observé auprès des gens qui s'identifient être aux prises avec la codépendance, le syndrome d'enfants adultes de familles : ATD et les dépendances relationnelles, amoureuses et sexuelles. Cependant, ces formes de dépendances manquent aussi de reconnaissance et se retrouvent à l'écart des services financés. C'est alors, pour explorer les dépendances à la marge des services existants que nous avons entrepris cette recherche.

### **5.1.1 Les concordances entre nos expériences professionnelles et les résultats de cette recherche**

Les principaux résultats de la recherche ont démontré que les dépendances marginales sont perçues comme des mécanismes de défense pour gérer / éviter les

émotions pénibles et le stress, et pour surmonter le trauma et l'abus. Les dépendances marginales peuvent aussi être comprises comme étant des manifestations qui peuvent se transférer, se substituer et se remplacer. Plusieurs sont ceux et celles qui comprennent les dépendances marginales comme des solutions à des dilemmes quelconques, par exemple, pour combler un vide.

L'opinion commune est qu'il y a de nombreux facteurs qui influencent la genèse, l'éclosion et l'évolution des dépendances marginales. À cet effet, il est entendu que les dépendances avec substances peuvent influencer le développement des dépendances sans substance. Par ailleurs, les gènes, l'ADN, l'épigénétique, la neurochimie et le transgénérationnel sont des facteurs qui influencent l'addiction et les dépendances de toutes les sortes. Les personnes qui sont exposées aux addictions des autres, particulièrement durant la petite enfance au sein de la famille d'origine, sont plus susceptibles d'avoir subi des traumas et des sévices dans la famille d'origine. Les expériences vécues dans le milieu familial mènent parfois à l'entendement que les comportements excessifs et, l'addiction, en général, est la norme. Pour d'autres, toutefois, la réaction est de s'écarter de ce milieu, pour s'évader du chaos ou de la dysfonction familiale. Une jeune personne, sans contrôle sur le choix de quitter son environnement familial, en est surtout vulnérable et est souvent la victime des circonstances. Lorsqu'il y a un autre parent dans le foyer, parfois il est aussi impliqué dans la consommation de substances. À d'autres temps, il prend la relève du fonctionnement quotidien familial. Plus l'autre parent a les capacités affaiblies par la consommation de substances, plus les conséquences se manifestent, créant alors des bouleversements à multiples niveaux pour le système familial. Pour vivre dans ces systèmes, nous avons observé que ceux et celles qui sont marqués par la consommation de substances dans ces milieux familiaux ont tendance à adopter des comportements compulsifs et impulsifs semblables aux addictions avec substances. Comme les résultats de cette recherche l'ont démontré, la codépendance et le concept des enfants de familles ATD sont des phénomènes qui s'enchevêtrent avec les problèmes liés avec la

consommation de substances, et les conséquences peuvent perdurer pour des générations.

L'analyse des impacts des dépendances marginales, plus particulièrement en ce qui concerne la codépendance, les enfants adultes de familles ATD, les dépendances affectives et sexuelles, a permis d'observer que le vécu de ces différentes formes de dépendances a tendance à impliquer de nombreux effets néfastes, pour ceux et celles qui les vivent et pour ceux qui vivent auprès de ces personnes. Tel que nous l'avons vu, ces dépendances engendrent des impacts qui ont tendance à s'imprégner dans tous les aspects de la vie : la santé, la famille, le travail et l'éducation, les finances, les amitiés, la loi, l'humeur et la personnalité.

En concordance avec nos expériences professionnelles, les résultats de la recherche ont démontré, de façon évidente, que la famille d'origine, la famille de progéniture et les relations intimes sont particulièrement affectées par les addictions et les dépendances marginales de toutes les sortes. Nous pouvons conclure, d'après cette analyse, que vivre soi-même avec une - ou plusieurs - dépendances marginales, ou vivre auprès de personnes aux prises avec une addiction ou une dépendance aux substances, engendre le stress, le trauma, les abus de types variés – physique, émotif, sexuel - et la désintégration relationnelle et familiale qui aboutit, entre autres, à la séparation, au divorce et aux ruptures relationnelles et familiales. Étant donné les impacts soulevés dans le contexte de la famille et des relations intimes, ce n'est donc pas étonnant que ces problèmes s'appréhendent en tant que malaises familiaux, et qu'il y ait un grand besoin d'intervenir auprès des membres de la famille. Plusieurs autres impacts furent notamment soulevés par les participants, par exemple : la perte, la diminution de l'estime de soi, la préoccupation, l'insomnie, l'isolement social, l'angoisse et les conflits de types variés. Le besoin de protéger les enfants est un thème commun cité parmi les participants qui ont abandonné des relations dysfonctionnelles. Ces participantes ont surtout exprimé de la culpabilité, par rapport à leur choix de partenaires, jugeant parfois sévèrement comment elles avaient élevé leurs enfants. Conformément à nos expériences

dans le domaine du traitement de ces problèmes, les résultats ont démontré que les participants ont reconnu qu'il y a un besoin d'intervenir de façon plus approfondie, afin de repérer les carences que vivent les individus qui s'adonnent aux comportements dépendants.

### **5.1.2 Les similitudes avec les résultats de cette recherche**

En parallèle avec nos expériences professionnelles et la revue de la littérature, les résultats de la recherche démontrent aussi que les phénomènes d'addictions, avec et sans substances, se déclenchent bien souvent en raison d'un vécu dans un environnement stressant, ou suite à des événements ou des épreuves difficiles. La majorité des participants a vécu des traumatismes précoces et, au sein de leur famille d'origine, ils ont un parent ou un grand-parent qui était aux prises avec une dépendance à une substance psychotrope, avec une autre forme de comportement excessif quelconque semblable à une toxicomanie ou à un trouble de santé mentale. Les addictions et les dépendances de toutes les sortes semblent d'abord être des phénomènes transgénérationnels complexes qui ne peuvent pas être simplement réduits à une maladie biologique. Il y a, notamment, des dimensions psychosociales et existentielles qui sont impliquées dans l'équation complexe. Les dépendances marginales sont des réalités changeantes qui peuvent se déclencher, à tout moment, au cours de la vie, bien que les situations de stress, de vulnérabilité et d'impuissance dans lesquelles se retrouve l'individu s'avèrent des catalyseurs importants du cycle de la dépendance.

Il y a plusieurs approches pour aborder le phénomène de l'addiction aux substances, cependant l'approche médicale est la prédominante, bien qu'elle présente des limites. L'approche médicale a tendance à ne pas tenir compte des nombreux facteurs qui déclenchent l'éclosion de ces problèmes. Elle ne permet pas, non plus, de constater la résilience qu'ont les personnes qui ont vécu dans ces environnements. À la lumière de nos expériences, de la recension des écrits et des résultats, qui démontrent

qu'il y a peu de services pour les personnes qui ne s'identifient pas avec d'addictions aux substances, mais plutôt des dépendances marginales, nous reconnaissons qu'il est alors essentiel d'identifier les besoins et les motivations qui sont à la source de la relation entre l'individu et l'objet de sa dépendance, car ceux-ci servent en tant qu'explications. Il va de soi que les motivations permettent de comprendre pourquoi certains individus sont plus portés que d'autres à développer une dépendance. Ceci étant dit, les individus qui sont motivés par le plaisir semblent moins aux prises avec la dépendance que ceux qui sont motivés par la fuite de sentiments négatifs. C'est plus particulièrement présent, lorsque la dépendance est motivée par le besoin de diminuer la souffrance des émotions négatives et indésirables, que l'individu est plus porté à ne pas pouvoir adopter des solutions dénuées de dépendance. Il se retrouve donc aux prises dans le cycle de la dépendance. L'usage d'une substance ou d'un comportement devient alors une source de sentiments agréables artificiels, pour l'individu et, en l'absence de cette source illusoire, qui engendre une fuite momentanée des sentiments qu'il cherche à fuir, il devra reproduire de nouveau le cycle de la dépendance ; chevauchant de sentiments agréables à des sentiments indésirables, en s'adonnant de façon répétée à l'objet de la dépendance.

### **5.1.3 Peu ou pas de services : les implications pour la profession**

Par conséquent, en dépit des ravages de l'addiction dans les milieux familiaux et au sein des relations interpersonnelles, il a été souligné par les participants qu'il n'y avait que très peu de services professionnels disponibles pour ces personnes, même lorsqu'elles identifiaient être aux prises avec la codépendance ou le syndrome d'enfant adulte, puisque les services de traitement de l'addiction sont conçus majoritairement pour ceux et celles qui sont aux prises avec la consommation de substances. Par contre, bien que les codépendances sans substance soient largement connues par les professionnels qui œuvrent dans la sphère du traitement de l'addiction, elles ne sont pas reconnues officiellement par le Ministère de la Santé qui octroient les subventions, et, par conséquent, elles ne sont pas financées, comme si elles n'étaient donc pas dignes de

traitement, alors que leurs conséquences sur les personnes, leur famille et la société ne sont pas négligeables. Nos constatations ont conclu que le réseau social est rarement impliqué dans l'offre de services.

La codification de l'addiction, de la toxicomanie et de la dépendance, comme maladies, fait que celles-ci sont traitées par le système de santé ; elles sont donc médicalisées. La codépendance et les enfants adultes de familles ATD ne sont pas reconnus officiellement dans la nosologie médicale, et les dépendances sans substance continuent d'être à la source de grands débats dans la littérature et, voire même, au niveau de la pratique parmi les professionnels, mais pas encore au niveau du Ministère ou de potentiels bailleurs de fonds. Étant donné les résultats, qui ont clairement démontré le nombre élevé de participants s'identifiant aux dépendances marginales, l'étendue des impacts de ces dernières et des besoins exprimés par les personnes qui en sont aux prises, il paraîtrait que ces phénomènes sont des problèmes réels dans la société. Pourtant, en raison de leur non-reconnaissance, ils ne sont toujours pas traités ; plusieurs participants ont souligné le besoin de services pour régler ces difficultés.

Ceci expose des enjeux importants pour la profession du travail social. D'une part, sans la reconnaissance officielle des dépendances sans substance, elles sont en marge des services de traitement. D'autre part, les étiqueter et les traiter en tant que maladies, comporte, notamment, des risques, puisque cette approche réduirait les dépendances marginales à un phénomène pathologique individuel, ce qui n'est pas le cas. En outre, le fait d'être étiqueté peut motiver le maintien du cycle de la dépendance. Par exemple, les messages du discours dominant transmis publiquement peuvent agir en tant que renforcements négatifs, au sein de la société qui est de plus en plus axée sur l'idéologie individualiste de la compétition et de la performance (Alexander, 2008), ce qui a souvent pour effet de créer des écarts et, donc, l'exclusion sociale, donnant lieu à un environnement fertile pour l'établissement d'une dépendance, créant ainsi un cercle vicieux.

Dans ce contexte particulier, le rôle des travailleurs sociaux est d'appuyer les individus et les familles aux prises avec des dépendances de toutes les sortes, à confronter les obstacles et les défis ainsi que les injustices sociales, afin d'extérioriser les motivations qui alimentent le cycle de la dépendance. Comme les résultats l'ont démontré, les participant-e-s qui développent une compréhension de ces problèmes sont plus portés à s'en remettre. Le travail social doit alors se focaliser sur la restauration du contrôle qu'ont les gens sur leur vie personnelle, leurs environnements (réseaux familial et social) et de leurs statuts d'acteurs sociaux. Le rôle du travailleur social et de la place du travail social est alors une tentative d'aider les gens à se réapproprier leur pouvoir individuel, et de dénoncer l'emprise du modèle médical qui n'offre qu'une explication et une compréhension limitées de la situation, et qui étiquette les personnes de malades, et ce souvent pour le reste de leur vie.

#### **5.1.4 Recommandations pour la pratique : une approche biopsychosociale, individuelle et familiale et des approches plus holistiques et alternatives**

Les résultats démontrent que les participants suggèrent des modifications importantes du réseau des services pour traiter les questions fondamentales liées aux addictions et aux dépendances marginales et de leurs impacts. D'après bon nombre de participants, le contexte organisationnel de traitement des addictions n'arrive pas à rejoindre l'ensemble de la clientèle, étant donné que les membres de la famille et les dépendances marginales sont rarement considérés dans le traitement. Pour réduire les écarts dans les services, il faut d'abord réduire les formalités d'accès aux services et résoudre les problèmes systémiques, afin qu'il soit facile d'accéder à des services abordables et offertes à toutes les personnes qui en ont besoin. Une approche unique ne convient pas pour aborder la complexité du problème des addictions et des dépendances aux non substances. En fait, l'approche médicale n'est qu'une perspective parmi plusieurs autres. Tout comme plusieurs chercheurs l'ont mentionné (Maté, 2009 ; Suissa, 2009 ; Alexander, 2008 ; Hall et collab., 2002 ; Goyette et Nadeau, 2014 ; Harkness,

2003 ; Kelley et collab., 2005 ; Lander et collab., 2013 ; Larkin et collab., 2006 ; Orford et collab., 2013), les professionnels des diverses perspectives, tels que les tenants de la médecine et les travailleurs sociaux, devraient travailler ensemble, afin de créer un environnement inclusif, plus accessible aux membres de la famille qui ont été affectés par l'addiction des autres, et qui souffrent également en raison de leur tendances addictives qui n'impliquent pas nécessairement l'ingestion de substances.

Pour la prise en charge de ces problèmes, les participants ont également suggéré les bénéfices des interventions psychosociale, individuelle et familiale, parce qu'elles privilégient l'exploration des traumatismes et des circonstances sous-jacentes des addictions et mènent à la conscientisation. Soulignons que nous appuyons cette approche, parce qu'elle n'attribue pas nécessairement une *étiquette* de maladie à ces problèmes. Lors d'une évaluation initiale, les intervenants sociaux devraient évaluer les circonstances qui mènent le client à chercher un traitement ou une thérapie. Souvent, ces personnes sont à la recherche d'aide pour leurs proches, qui sont aux prises des addictions aux substances, alors qu'elles sont notamment affectées par ces problèmes et qu'elles ont aussi besoin d'appui. L'évaluation devrait être suffisamment exhaustive pour passer en revue l'histoire de la famille et examiner les interactions complexes entre les composantes physique, psychologique, familiale et social (Griffiths, 2005). Cette exploration des besoins permettra d'établir une cible d'intervention.

Il est nécessaire de reconnaître la grande diversité des dépendances qui existent et d'adopter un regard pluraliste qui permettrait de tenir compte du contexte familial, social et environnemental d'où proviennent les dépendances dans toutes leurs formes (du Plessis, 2014). Avec un rapprochement du modèle médical et du modèle psychosocial de la dépendance, pris en tant que perspectives complémentaires, il sera alors possible d'incorporer les multiples éléments physiques, mentaux, spirituels, sociaux et culturels de la vie individuelle et sociale, qui mèneraient bien à résoudre le débat persistant entre les diverses disciplines qui traitent de la dépendance, ce qui aurait pour effet d'adopter un outil plus propice à la prise en charge de ces problèmes (Suissa, 2009). Ceci nécessiterait, notamment, la formation de travailleurs sociaux ayant des approches

ouvertes et éclectiques, capables d'accueillir sans jugement la souffrance des personnes et d'adopter une vision plus englobante et inclusive qui tienne compte des aspects personnels et sociaux de la personne, et qui s'assurent d'engager l'individu et son réseau dans l'intervention de ces problèmes, en leur donnant l'espace de s'exprimer ; cela leur permettrait d'extérioriser le problème, étant donné qu'ils sont les experts de leur souffrance. L'intervention brève (environ 10 séances maximum) ne semble pas arriver à entamer ces problèmes profonds qui se manifestent au fil du temps. Plutôt que de mettre l'emphase sur la fragilité des personnes qui souffrent de ces difficultés, l'intervention devrait être orientée sur leur capacité de résilience, la réintégration sociale et l'*empowerment*, afin d'aider celles et ceux qui sont aux prises avec ces dépendances marginales à s'épanouir et à se concentrer sur la notion de rétablissement. Notamment, cette approche pourrait réduire le potentiel iatrogène<sup>57</sup> des interventions médicales.

Tel nous l'avons vu, l'approche basée sur les groupes d'entraide par les pairs existe depuis longtemps et est ancrée dans l'histoire des premiers traitements de l'alcoolisme et de l'addiction de toutes les sortes. Tout en permettant une plus grande capacité au groupe de s'autodéterminer, elle protège, sous le couvert de l'anonymat. En mettant l'emphase sur la communautarisation, elle revient aux concepts de don, d'humanisation et de bénévolat qui étaient des principes fondamentaux du travail social d'antan qui valorise l'entraide et la solidarité. Plusieurs des participants de cette recherche se sont exprimés sur les bienfaits de cette approche. Cependant, la principale critique, était que ce type d'approche exclut l'appui des intervenants professionnels.

Ceci étant dit, quelques recommandations seraient d'avoir des tables rondes avec les personnes concernées par ces problèmes, au cours desquelles celles-ci peuvent discuter de ces problèmes, en vue d'arriver à un accord ou à un consensus avec les systèmes de services.

---

<sup>57</sup> L'adjectif « iatrogène » réfère à la notion que la médecine, le médecin, les intervenants et les interventions eux-mêmes engendrent la maladie. Le concept de « l'iatrogénèse » fut élargi par Ivan Illich, en 1974, dans son livre « Medical Nemesis ».

Pour confronter les débats d'ordre conceptuels, l'adoption d'approches alternatives pourraient diminuer les écarts dans les services. Les approches alternatives sont semblables à l'approche basée sur l'entraide. Ces deux types d'approches privilégient l'autodétermination et agissent en tant que des moyens d'améliorer l'intégration sociale dans la mesure qu'elles créent une atmosphère d'appartenance et valorisent l'expérience vécue. Dans le cas des approches alternatives, souvent elles sont mises en place par des intervenants qui croient à la communautarisation et qui reconnaissent un écart dans les services, particulièrement en raison de compressions budgétaires. Les approches alternatives peuvent prendre une variété de formes, par exemple l'art, le yoga, la musicothérapie, les ateliers de créativité, etc. En bref, ce sont des méthodes de créer des lieux de rencontre pour des individus, afin de se rassembler pour participer à une activité collective. Les modèles alternatifs, favorisent la créativité et mettent l'emphase sur les ressources, les forces et la résilience de la personne (St-Amand, 2001).

Des approches novatrices, permettant la mobilité des intervenants sociaux sur le terrain au sein des familles et des groupes concernés par ces problèmes, seraient notamment recommandées, puisque le système-client n'a pas à se conformer aux interventions traditionnelles, mais c'est plutôt l'intervention et les intervenants qui ont à s'adapter à leurs besoins.

### **5.1.5 Forces et limites de la recherche et nouvelles pistes de réflexion**

Cette étude, qui a cherché à comprendre le vécu des dépendances marginales, offre un éclairage sur le phénomène des dépendances sans substance qui, jusqu'à présent, demeure un sujet controversé parmi les tenants des diverses disciplines. Alors que cette recherche, comme toute étude comprend ses forces et ses limites, elle parvient à contribuer au débat concernant les dépendances comportementales et aux connaissances pratiques dans l'intervention clinique des problèmes d'addiction et des dépendances marginales.

Avec l'appui des approches phénoménologique, narrative et biopsychosociale, il a été possible de jeter un vaste regard sur le phénomène des dépendances marginales. Quant à l'étendue des résultats de l'analyse, elle permet de constater que plusieurs facteurs sont en cause, dans l'éclosion et l'évolution des dépendances marginales, et qu'elles sont complexes et multidimensionnelles. Ces problèmes sont perçus à la fois comme des phénomènes biologiques, psychologiques, sociaux – voire même existentiels.

Par conséquent, dans les limites de temps pour accomplir ce projet de mémoire, il a été impossible d'explicitier en profondeur toutes les dimensions du phénomène des dépendances marginales, bien qu'il offre des pistes de réflexion pour des recherches ultérieures, plus approfondies, qui tiendraient compte des systèmes complexes qui entrent en jeu dans ces problèmes.

## CONCLUSION

Rencontrant tous ses objectifs et répondant à toutes les questions initiales, l'une des forces de cette recherche est sans doute l'authenticité et la grande capacité d'expression des participants, ce qui a mené à la richesse d'un vaste éventail de données touchant à diverses facettes de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances. Nous soupçonnons que c'est grâce aux niveaux de conscientisation et de rétablissement des participants, qu'ils aient pu dévoiler si ouvertement, leurs pensées, leurs émotions et leurs actions par rapport à leurs douloureuses expériences vécues d'addictions et de dépendances personnelles et celles d'autrui. Tel que Starcevic (2016) l'a indiqué, il y a de la valeur à mener des études qualitatives, pour mieux comprendre la fonction des comportements répétés et problématiques, et pour tenir compte des facteurs contextuels qui sont souvent négligés. Les récits des participants mettent en évidence la souffrance, tant individuelle que collective, et démontrent la nécessité d'intervenir au niveau du contexte familial, et non seulement individuel, puisque différentes formes de dépendances marginales coexistent dans ce milieu, et que les résultats démontrent clairement que cet environnement est souvent négligé dans la prise en charge de ces problèmes.

Cette étude a certes permis de reconnaître la complexité et les enjeux qu'engendrent les dépendances marginales pour l'individu et son réseau intime, ainsi que pour les intervenants sociaux qui entrent en relation d'aide avec ces personnes. Il est clair que, en dépit du manque de consensus sur le phénomène des dépendances sans substance, ce sont des réalités pénibles répandues dans la société. Ceci étant dit, malgré les désaccords au niveau conceptuel, pour l'intervenant social, ceci énonce la nécessité d'adapter l'approche thérapeutique en concordance. Une meilleure connaissance de cette problématique de l'addiction, qui est un phénomène globalisé (Alexander, 2008), favorise d'abord la collaboration entre ceux qui vivent ces dépendances et ceux qui interviennent dans le système de soin, peu importe qu'ils soient des travailleurs sociaux, des cliniciens en toxicomanie et en santé mentale ou des praticiens de la sphère privée.

Rétrospectivement, en ce qui a trait à la méthode, nous reconnaissons que l'apport de l'approche systémique (Amiguet et Julier, 1996) permettrait de dépasser le niveau de l'exploration, ce qui permettrait de mieux cerner les nombreux systèmes qui entrent en ligne de compte.

La taille restreinte de l'échantillon est une autre limite de la recherche et empêche toute généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Par contre, la qualité des témoignages approfondis en fait sa force. De même, notons, la forte composition de personnes âgées de 50 ans qui ont constitué l'échantillon, ce qui n'est pas représentatif des populations touchées : les adolescents et les adultes des autres groupes d'âge. Malgré ceci, il a été possible d'explorer une variété de différentes formes de dépendances marginales. En dépit de l'ensemble des renseignements recueillis, plusieurs questions demeurent encore sans réponse et plusieurs avenues sont encore inexplorées. En raison de l'entrevue semi-dirigée, qui n'a pas cherché à interroger au-delà du guide d'entrevue initial, certaines formes de dépendances marginales, particulièrement en ce qui a rapport au sexe, ne furent observées que superficiellement. En effet, ce mémoire, déjà très complet, n'est pas une thèse de doctorat, mais une recherche de maîtrise.

Il serait pertinent, pour les prochaines recherches, d'effectuer une étude plus approfondie, auprès d'un plus grand échantillon, au travers de divers groupes d'âge, tout en mettant l'emphase sur les dépendances qui impliquent l'aspect de la sexualité. Ainsi, des études visant à examiner les perceptives des intervenants seraient une piste de recherche intéressante. Étant donné le caractère transgénérationnel de ces problèmes, qui a aussi été soulevé au cours de l'analyse par divers participants, il serait notamment pertinent de mener une étude longitudinale qui permettrait d'apporter plus de précisions sur le cheminement des personnes qui sont aux prises avec ces problèmes.

Il ressort que des intervenants doivent recevoir les formations nécessaires, sachant que les approches les plus pertinentes sont celles qui permettent de tenir compte de la personne dans son ensemble, en considérant toutes ses dimensions - biologique, psychologique, affective, sexuelle, spirituelle, familiale et sociale. Plusieurs comportements peuvent faire partie d'une trajectoire addictive (les poly-addictions) et les intervenants de première ligne, de divers domaines, devraient s'assurer de faire un examen global des comportements addictifs de leurs clients, afin d'intervenir de manière complète et adéquate dans la prévention et le traitement des addictions et des dépendances dans toutes leurs formes.

L'évaluation des besoins de cette population par rapport aux dépendances marginales a démontré qu'elles sont en fait des véritables problèmes dignes de traitement et qu'il serait profitable, à long terme, de trouver des moyens pour s'entendre sur une approche plus inclusive qui tiendrait compte de la nature sociale de l'addiction et des dépendances comportementales. Nous reconnaissons que la médicalisation de ces problèmes risquerait d'engendrer d'autant plus d'oppression par le système, qui étiquette déjà de nombreuses personnes comme des malades, en leur procurant des posologies de remèdes pharmacologiques, et, souvent, sans tenir compte ou chercher à remédier aux facteurs extérieurs à l'individu qui mènent aux troubles de santé et d'addictions. Il faut une plus grande collaboration des systèmes, afin d'offrir des services plus efficaces et inclusifs en matière du traitement de l'addiction – avec et sans substance. Tout en assurant le maintien de la qualité des services actuels, ceci nécessiterait un travail de restructuration qui dirigerait le regard vers d'autres systèmes pour mettre l'emphase sur le développement de services en matière de prévention, d'éducation et de prise en charge de ces problèmes qui sont à la marge des services actuels. Il est donc nécessaire de réfléchir à des moyens qui élargiraient l'étude de ces problèmes, afin de réorienter le financement.

Nous souhaitons que les résultats de cette recherche puissent donner lieu à certains types de collaboration afin d'assurer l'inclusion du traitement de ces problèmes dans la prestation des services. La profession du travail social, par sa grande diversité, place particulièrement bien les travailleurs sociaux pour intervenir dans la complexité des dépendances marginales, puisque l'intervention peut se faire à divers niveaux : micro-social, méso-social et macro-social.

Nos expériences professionnelles en intervention directe dans le contexte du traitement de ces problèmes, ainsi que les résultats de cette recherche, mettent en évidence le caractère complexe et enchevêtré des addictions et des dépendances dans leurs multiples formes, ainsi que les innombrables implications et répercussions que ces phénomènes engendrent. Les écarts dans les services sont notamment observables et les impacts personnels et sociaux sont irréfutables. Nier les dépendances marginales ne fait que leur permettre de se perpétuer. Il faut d'abord préconiser le fonctionnement efficace des systèmes sociaux afin d'intervenir à une plus grande échelle pour assurer l'inclusion de toutes les personnes concernées par celles-ci.

Afin d'éliminer les écarts actuels, les travailleurs sociaux et les cliniciens peuvent adapter leur approche thérapeutique, en se servant de stratégies semblables au traitement de l'addiction aux substances. L'outil de Potter-Efron (2004) offre des repères et des pistes de réflexion pour l'intervenant. En tenant compte des nombreux éléments et des aspects de la vie qu'impliquent les addictions et les dépendances marginales, cet outil permet aussi de guider la pratique de l'intervention indirecte. Le travailleur social qui comprend l'ampleur et le caractère multidimensionnel des dépendances marginales, peut intervenir de façon à « [...] établir un dialogue avec les rationalités officielles des gouvernements et de leurs emprises sur les services sociaux et sur les organismes subventionnaires [...] » (Amiguet et Julier, 1996, p. 55), pour revendiquer une réforme qui permettrait de reconnaître et de prendre en charge les dépendances marginales.

En retenant le modèle systémique et les approches biopsychosociale, phénoménologique et narrative qui sont fondamentales à cette recherche, en guise de

conclusion, nous avons élaboré le schéma 2, à partir de l'outil de Potter-Efron (2004), afin d'illustrer notre entendement de la complexité des dépendances marginales et des multiples impacts qui en découlent. C'est cette complexité qui justifie le motif d'un casse-tête à l'arrière-plan du graphe, divisé en huit sections, pour représenter les diverses facettes de la vie : *Santé ; Famille ; Travail et éducation ; Financier ; Ami(e)s ; Loi ; Humeur et personnalité ; et Valeurs et esprit* (Potter-Efron, 2004).

Au centre du schéma, il y a une seule pièce du casse-tête qui représente l'individu. Cette pièce singulière est alors superposée à une plus grosse pièce circulaire, comportant trois onglets, qui l'imbrique au centre du casse-tête parmi huit pièces de couleurs foncées qui l'entoure. Cette pièce circulaire représente l'environnement familial d'origine de l'individu qui s'insère au sein de huit pièces de couleur foncé qui représente les huit aspects de la vie. Ceci tente d'illustrer la notion « *du un dans le tout* »<sup>58</sup>.

Les huit pièces de couleurs plus foncées qui représentent la famille d'origine parmi les huit aspects de la vie, s'associent d'abord à seize autres pièces plus pâles qui représentent l'environnement des relations intimes et la famille de progéniture. Il y a un rayonnement toujours plus croissant de pièces, qui se déteignent à mesure que le cercle s'agrandit, symbolisant le système plus grand qui entoure l'individu et la famille, allant du particulier au général. Le prochain rayon plus pâle, qui comporte vingt-quatre pièces, représente l'environnement du réseau social et le rayon extérieur, encore plus pâle, comprenant aussi 24 pièces, représente la sphère professionnelle.

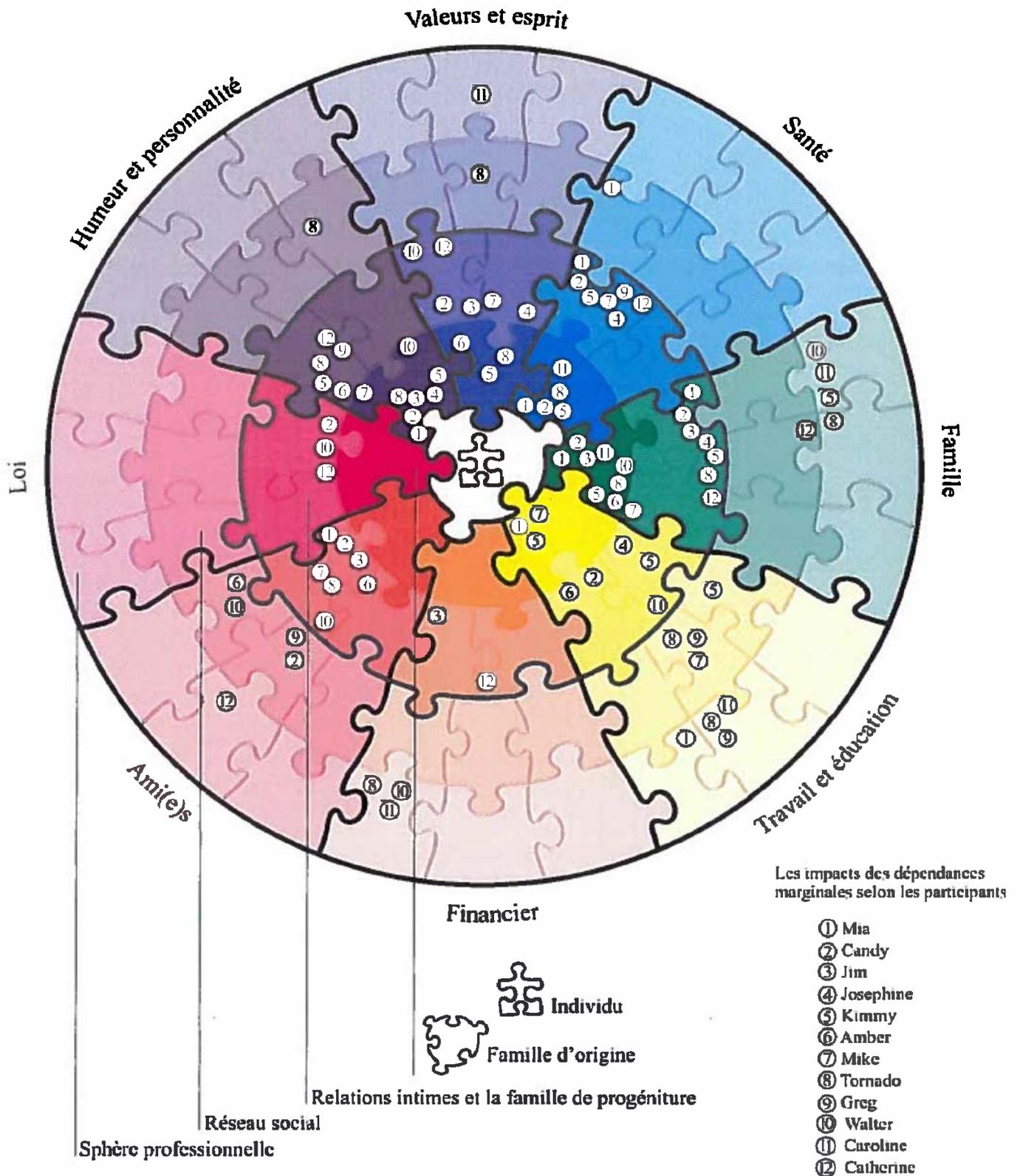
Afin d'illustrer les impacts des dépendances marginales, nous avons maintenu les chiffres correspondants aux 12 participants, en leur attribuant chacun un symbole (identifier dans la légende) afin de les situer sur les axes qui concordent avec les impacts qu'ils ont identifiés. Le produit final de ce schéma, qui a permis d'insérer les

---

<sup>58</sup> « Du *un* dans le tout » réfère à la notion que l'individu a un monde personnel qui s'insère dans un monde - ou contexte - social.

participants dans le grand ordre des choses, démontre clairement que les impacts des dépendances marginales sont multiples et se répandent au travers de tous les aspects de la vie. Examinons maintenant le schéma 2.

**Schéma 2 : La complexité des dépendances marginales et des multiples impacts qui en découlent**



L'observation du schéma 2 démontre que les addictions et les dépendances marginales ne peuvent pas simplement se réduire à une maladie. Les addictions, les toxicomanies et les dépendances marginales sont des phénomènes multidimensionnels qui éclosent, évoluent et s'imprègnent dans diverses facettes de la vie. La santé est un huitième (1/8<sup>e</sup>) de cet ensemble. Notamment, le schéma 2 permet une vue d'ensemble des impacts biopsychosociaux et spirituels des dépendances marginales identifiées par les participants. Les impacts des dépendances marginales sont particulièrement répandus dans les relations familiales et intimes. L'image d'un tel graphe permet de représenter une vision plutôt « wholistic » et « holistic »<sup>59</sup> qui met en évidence que les addictions et les dépendances marginales sont en relations étroites et indissociables et qu'il est nécessaire d'aborder ces phénomènes selon une perspective plus étendue et non pas se limiter au modèle médical pour comprendre tous les maux de la vie.

Tout en s'éloignant du modèle médical pour traiter les dépendances marginales, cet outil peut être utile aux intervenants sociaux, car tout en offrant une vue d'ensemble de la complexité des dépendances marginales, il offre une autre façon de percevoir les dépendances marginales et des repères pour de nouvelles pistes de réflexion. Nous souhaitons que cette recherche ouvre les yeux aux potentiels bailleurs de fonds et contribue ainsi aux changements nécessaires dans les pratiques sociales pour répondre aux besoins spécifiques et multiples de ces personnes et de celles sur lesquelles leurs problèmes ont un impact négatif. En fait, l'approche systémique « [...] fait passer d'un modèle moralisant réparateur à un modèle explicatif-relieur : il n'y a plus de fous,

---

<sup>59</sup> D'après le site web *English Language & Usage Stack Exchange* les mots « wholistic » and « holistic » ont deux sens différents mais sont aussi semblables. Voici les définitions qu'il offre : « Wholistic refers to the whole, a whole item or whole body of a person or thing. The word defines the consideration of the entire structure or makeup, which includes the body, mind and the spirit in the case of a human being. The word holistic is connected to holism, which focuses on the total entity and the interdependence of the diverse parts of this totality. Holistic has to do with the healing systems that are considered alternative like homeopathy and Ayurveda that deal with the human body as an interconnected whole. ». <https://english.stackexchange.com/questions/139505/wholistic-vs-holistic>

d'alcooliques, d'abuseurs, de fainéants, de mauvais parents, de fugueurs, etc., mais des personnes qui dans un certain contexte se conduisent d'une certaine façon. » (Amiguet et Julier, 1996, p. 10). Ces nouvelles pistes de recherche et d'intervention sociale ont pour but de mettre en valeur la nécessité de prise en charge des besoins spécifiques des personnes concernées par les dépendances marginales sur le plan de la recherche, de l'intervention et de l'implémentation de services réellement adaptées à cette population vulnérable.

Dans cette optique, la nécessité de promouvoir des services préventifs, thérapeutiques et de nouvelles stratégies de prévention revêt une importance pratique capitale qui bénéficierait grandement à cette population et, par ricochet, à la société en général, car elle est aussi affectée par les impacts négatifs, comme le montre clairement le schéma 2.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABSIL, D. et collab. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé*, réf. du 30 avril 2018, <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>.
- ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS WORLD SERVICES ORGANISATION. (2007). *The Twelve Steps of Adult Children*, Torrance, CA.
- AL-ANON FAMILY GROUPS. (1997). *Paths to Recovery - Al-non's Steps, Traditions and Concepts*, Canada.
- ALAVI, Seyyed Salman et collab. (2011). « Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views ». *International Journal of Preventive Medicine*, Vol. 3, No. 4, p. 290-294.
- ALBRECHT, Ulrike, Nina Ellen KIRSCHNER, Sabine M. GRÜSSER. (2007). « Diagnostic instruments for behavioral addiction: an overview ». *Psychosoc Med.*, Vol. 4, Doc 11.
- ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. (1976). *Alcoholics Anonymous*, Third Edition, New York.
- ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. (2018). Over 80 years of Growth, réf. du 10 juin 2018, [https://www.aa.org/pages/en\\_US/aa-timeline](https://www.aa.org/pages/en_US/aa-timeline).
- ALEXANDER, Bruce K. (2008). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford University Press.
- AMERICAN ANTIQUARIAN SOCIETY (AAS). (2003). *Temperance Reform in the Early 19<sup>th</sup> Century*, réf. du 15 avril 2018, <http://www.teachushistory.org/Temperance/forteachers.htm>.
- AMIGUET, Oliver et Claude JULIER. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social*, Genève : Ies
- ANDREASSEN, Cecile. (2012). « Development of a Facebook Addiction Scale ». *Psychological Report*. Vol. 2, No. 110, p. 501-517.

- AUBIN-AUGER, Isabelle et collab. (2008). « Introduction à la recherche qualitative ». *Exercer la revue française de la médecine*, Vol. 19, no. 84, p. 42-145.
- BHATIA, Manjeet Singh. (2010). « Behavioral Addiction: an Independent New Diagnostic Category? ». *Delphi Psychiatry Journal*, Vol. 13 No. 2.
- BLACK, Donald W. MD. (2013). « Behavioral Addictions as a Way to Classify Behaviors ». *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 58, No. 5, p. 249-251
- BLAIS, M. et S. MARTINEAU, (2006). *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*. Recherches qualitatives, 26(2), p.1-18.
- BRISSON, Pierre. (1988). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Gaëtan Morin éditeur ltée. Montréal.
- BURKETT, James P., et Larry J. YOUNG. (2012). « The Behavioral, Anatomical and Pharmacological Parallels between Social Attachment, Love and Addiction ». *Psychopharmacology*, 224, p.1-26.
- CAMH. (2008). *Mental Illness and Addictions: Facts and Statistics*, réf. du 15 mars. 2017,  
[http://www.camh.ca/en/hospital/about\\_camh/newsroom/for\\_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx](http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx).
- CAMH. (2006). *Caring Together: Families as Partners in the Mental Health and Addiction System*, réf. du 15 mars. 2017,  
[http://www.camh.ca/en/hospital/about\\_camh/influencing\\_public\\_policy/public\\_policy\\_submissions/mental\\_health\\_and\\_addictions/Documents/Caring%20Together%20%20BW%20Final.pdf](http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/public_policy_submissions/mental_health_and_addictions/Documents/Caring%20Together%20%20BW%20Final.pdf).
- CARNES, Patrick. (2001). *Out of the Shadows: understanding Sexual Addiction*, Hazelden Publishing.
- CARNES, Stephanie. (2011). *Mending a Shattered Heart: A Guide for Partners of Sex Addicts*. Gentle Path Press. Arizona.
- CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (2002). *Information*, réf. du 20 février 2017,  
[http://www.reseaufranco.com/fr/renseignements\\_sur\\_la\\_toxicomanie\\_et\\_la\\_sante\\_mentale/les\\_troubles\\_concomitants/index.html](http://www.reseaufranco.com/fr/renseignements_sur_la_toxicomanie_et_la_sante_mentale/les_troubles_concomitants/index.html).
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. (2009). *Troubles concomitants, Toxicomanie au Canada*.

- CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (2010). *Dépendances comportementales : introduction - ProblemGambling.ca*, réf. du 1 mars 2017, <https://www.problemgambling.ca/.../Dépendancescomportementale>.
- CENTRE DOLLARD-CORMIER. (2010), *Institut universitaire sur les dépendances - Avis sur l'approche biopsychosociale*, réf. du 20 janvier 2010, [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Avis\\_approche\\_biopsychosociale.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Avis_approche_biopsychosociale.pdf).
- CERMARK, Timmen. (1986). « Diagnostic Criteria for Codependency ». *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 18, No. 1, p.15-20.
- CULLEN, James & Alan CARR. (1999). « Codependence: An Empirical Study from a Systemic Perspective ». *Contemporary Family Therapy*, Vol. 21, No. 4, p.505-526.
- DÉCAMPS, G. et collab. (2010). « Élaboration du Questionnaire de mesure de l'intensité des conduites addictives (QMICA) : évaluation des addictions et co-addictions avec et sans substance ». *Société française de psychologie*, Vol. 55, p. 279-294.
- DO, Kim Lien. (2003). « L'exploration du dialogue de Bohm comme approche d'apprentissage : une recherche collaborative. Chapitre 2 : les cadres épistémologique, théorique et conceptuel. », réf. du 14 février, 2017, <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/20640/ch03.html#d0e1394>.
- DRUIDE INFORMATIQUE INC. (2016). Antidote 9. Montréal (Québec) [www.druide.com](http://www.druide.com).
- DUFOUR, Magali et collab. (2014). « Mot de présentation : jeu, enjeux et société (2) ». *Drogues, santé et société*, Vol. 13, No. 1, p. i-vi.
- DU PLESSIS, Guy Pierre. (2014). « An Integral Ontology of Addiction, A multiple Object as a Continuum of Ontological Complexity ». *Journal of Integral Theory and Practice*, Vol. 9, No. 1, p. 38-54.
- ENGLISH LANGUAGE & USAGE STACK EXCHANGE (2018). réf. du 30 juillet 2018, <https://english.stackexchange.com/questions/139505/wholistic-vs-holistic>
- EVANS, A.C., Lamb, R & W.L WHITE. (2014). « Promoting Intergenerational Resilience and Recovery: Policy, Clinical, and Recovery Support Strategies to Alter the Intergenerational Transmission of Alcohol, Drug, and Related Problems ». Philadelphia: Department of Behavioral Health and Intellectual disability Services, réf du 14 fév. 2017, [www.williamwhitepapers.com](http://www.williamwhitepapers.com).

- FARRE, J.M. et collab. (2015). « Sex Addiction and Gambling Disorder ». *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 56. p. 59-68.
- FISHER, Helen et collab. (2016). « Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other ». *Frontiers in Psychology*, Vol. 7, article 687, p.1-10.
- GERINGER-WOITITZ, Janet, Ed.D. (2002). *Adult Children of Alcoholics at Home, at Work and in Love. The complete ACOA sourcebook*, Healthy communications Inc.
- GILBERT, Paul. (2002). « Understanding the Biopsychosocial approach: Conceptualization ». *Clinical Psychology*, Vol. 14, p. 13-17.
- GIUGLIANO, J.R. (2013). « L'addiction sexuelle comme diagnostic de santé mentale: une association possible ». *Sexologies*, Vol. 22, p. 109-111.
- GOODMAN, Aviel. (1990). « Addiction Definition and Implications ». *British Journal of Addiction*, Vol. 85, p. 1403-1408.
- GOYETTE, Mathieu et Louise NADEAU. (2014). « Cyberdépendance sexuelle-un problème à la frontière de la dépendance et de la sexualité ». *Psychologie Québec*, Vol. 31, No. 2, p. 32-35.
- GRANT, Jon E. et collab. (2010). « Introduction to Behavioral Addictions ». *Drug Alcohol Abuse*, Vol. 36, No. 5, p. 233-241.
- GRIFFITHS, M.D. (2012). « Facebook Addiction: Concerns, Criticism and Recommendations –A Response to Andreaseen and Colleagues ». *Psychological Reports*. Vol. 110, No. 2, p. 518-520.
- GRIFFITHS, M.D. (2004). « Conceptualizing Addiction: The case on a Complex Systems Account ». *Addiction Research Theory*, Vol. 12, No. 2, p. 99-102.
- GRIFFITHS, M.D. (2005). «The Biopsychosocial Approach to Addiction ». *Psyke&Logos*, Vol. 26, p. 9-26.
- GUILLOU-LANDRÉAT et collab. (2012). « Addictions comportementales ». *La presse médicale*, Tome 41, No. 12, p. 1271-1275.
- GUSTAFSON, David H. et collab. (2012). « The Effects of a Computer-based Intervention on Adult Children of Alcoholics ». *Journal of Addiction Medicine*, Vol. 6. No. 1, p. 24-28.
- HAAKEN, Janice. (1993). « From Al-Anon to ACOA: Codependence and the Reconstruction of Caregiving ». *Signs*, Vol 18, No. 2, p. 321-345.

- HALL, Cathy W. & Raymond E. WEBSTER. (2002). « Traumatic Symptomology Characteristics of Adult Children of Alcoholics ». *Journal of Drug Education*, Vol. 32, No. 2, p. 195-211.
- HALL, Cathy W. & Raymond E. WEBSTER. (2007). « Multiple Stressors and Adjustment among Adult Children of Alcoholics ». *Addiction Research Theory*, Vol. 15, No. 2, p. 425-434.
- HAMBURG, Joseph V. (2007). « Standing at Dysfunction Junction: Bruce Springsteen as ACOA ». *Interdisciplinary Literary Studies*, Vol. 9, No. 1, p. 119-138.
- HARKNESS, Daniel. (2003). « To Have and to Hold: Codependency as a Mediator or Moderator of the Relationship Between Substance Abuse in the Family of Origin and Adult Offspring Medical Problems ». *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 35, No. 2, p. 261-270.
- HAZELDEN BETTY FORD FOUNDATION. *AA celebrates its origin-Bill W.'s meeting with Dr. Bob*, réf. du 15 mars. 2018  
<http://www.hazelden.org/web/public/has00522.page>.
- HISTORICA CANADA. (2013). *The Temperance Movement in Canada*, article par Graeme Decarie, réf. du le 11 mai, 2018 <https://www.historicacanada.ca/>
- HISTORICA CANADA. (2013). *Bronfman Family*, article par Christopher G. Curtis, réf. du 12 juin, 2018  
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/bronfman-family/>
- HOENIGMANN-LION, Natalie et George WHITEHEAD. (2006). « The Relationship between Codependency and Borderline and Dependent Personality Traits ». *Alcoholism Quarterly*, Vol. 24, No. 4, p.55-77.
- HUMPHREYS, Keith. (1996). « World View Change in Adult Children of Alcoholics/Al-Anon, Self-Help Groups: Reconstructing the Alcoholic Family ». *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol. 46, No. 2, p. 255-263.
- HUMPHREYS, Keith, Lee Ann KASKUTAS. (2009). « World views of Alcoholics Anonymous, Women for Sobriety, and Adult Children of Alcoholics/ Al-Anon Mutual Help Groups », réf. du 11 mai 2017,  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/16066359509005240>
- INSTITUT REPÈRE. (2016). *Qu'est-ce que l'approche narrative ? Une démarche vers un renouveau identitaire*, réf. du 14 février 2017, <http://www.institut-repere.com/Institut-Repere/qu-est-ce-que-l-approche-narrative.html>
- KELLEY, Michelle et collab. (2005). « Retrospective Reports of Parenting Received in their Families of Origin; Relationships to Adult Attachment in Adult Children of Alcoholics ». *Addictive Behaviors*, Vol. 30, p. 1479-1495.

- KELLOGG, Terry et Marvel HARRISON. (1990). *Broken Toys Broken Dreams – Understanding and Healing Boundaries, Codependence, Compulsive Behaviors and Family Relationships*, Brat Publishing.
- KWEE, Alex W. (2007). *Constructing Addiction from Experience and Context: Peele and Brodsky's Love and Addiction Revisited*, réf du juin 15 2018, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10720160701480535?scroll=top&needAccess=true>
- LANDER, Laura, Janie HOWSARE, Marilyn BYRNE. (2013). « The Impact of Substance Use Disorder on Families and Children: From Theory to Practice ». *Soc Work public Health*, 28(0), p. 194-205.
- LARKIN, Micheal, Richard T. A. WOOD and Mark D. GRIFFITHS. (2006). « Towards Addiction as Relationship ». *Addiction Research and Theory*. Vol. 14. No 3. p. 207-215.
- LEVINE, Harry G. (1993). *Temperance Cultures: Concern about Alcohol as a Problem in Nordic and English-speaking Cultures*, réf du 11 mai 2018, [https://www.researchgate.net/publication/295903644\\_Temperance\\_Cultures\\_Concern\\_About\\_Alcohol\\_as\\_a\\_Problem\\_in\\_Nordic\\_and\\_English-speaking\\_Cultures](https://www.researchgate.net/publication/295903644_Temperance_Cultures_Concern_About_Alcohol_as_a_Problem_in_Nordic_and_English-speaking_Cultures).
- LICHTENSTEIN Mia Beck et collab. (2013). *Exercise Addiction in Team Sport and Individual Sport: Prevalences and Validation of the Exercise Addiction Inventory*, réf. du 15 juin 2018, [https://www.researchgate.net/profile/Mia\\_Lichtenstein2/publication/262838975\\_Exercise\\_addiction\\_in\\_team\\_sport\\_and\\_individual\\_sport\\_Prevalences\\_and\\_validation\\_of\\_the\\_exercise\\_addiction\\_inventory/links/54edcd230cf272fc6d22549c/Exercise-addiction-in-team-sport-and-individual-sport-Prevalences-and-validation-of-the-exercise-addiction-inventory.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mia_Lichtenstein2/publication/262838975_Exercise_addiction_in_team_sport_and_individual_sport_Prevalences_and_validation_of_the_exercise_addiction_inventory/links/54edcd230cf272fc6d22549c/Exercise-addiction-in-team-sport-and-individual-sport-Prevalences-and-validation-of-the-exercise-addiction-inventory.pdf).1-7.
- MATE, Gabor. (2009). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Toronto. Vintage Canada.
- MAYER, Robert et collab. (2000). *Méthodes de recherche en intervention social*. Gaetan Morin éditeurs. Québec. Canada.
- MEYOR, Catherine. (2007). *Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique*, réf. du 23 octobre 2017 [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v4/RQ-HS-4-Numero-complet.pdf#page=105](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v4/RQ-HS-4-Numero-complet.pdf#page=105)

- MILES, M.B. et A.M. HUBERMAN. (2003). *L'analyse des données qualitatives*. 2e édition. Paris. De Boeck.
- MONGEAU, Pierre. (2011). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté Jeans & Côté Tenue de soirée*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- NORWOOD, Robin. (1985). *Women Who Love Too Much*. Simon and Schuster, Inc. New York, NY.
- ORFORD, Jim et collab. (2013). « Addiction in the Family is a Major but Neglected Contributor to Global Burden of Adult Ill-health ». *Social Science & Medicine*, Vol. 78, p. 70-77.
- PARDIS, Pendram et collab. (2013). Food Addiction: Its Prevalence and Significant Association with Obesity in the General Population, réf. du 14 février 2017, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074832>.
- PALMER, Nancy. (1997). « Resilience in Adult Children of Alcoholics ». *Health & Social Work*, Vol. 22, No. 3, p. 201-209.
- PELED, Einat, Ilna SACKS. (2008). « The Self-Perception of Women Who Live With an Alcoholic Partner: Dialoging with Deviance, Strength, and Self-Fulfillment ». *Family Relations*, Vol. 57, p. 390-403.
- POUPART, Jean et collab. (1997). *La recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaetan Morin éditeurs. Québec. Canada
- POTENZA, Marc. (2010). « Non Substance and Substance Addiction ». *Addiction*, Vol. 104, No. 6, p. 1016-1017.
- POTTER-EFRON, Ronald. (2004). *Angry all The Time, an Emergency Guide to Anger Control*. New Harbringer Publications Inc. Oakland. CA
- QUIVY, Raymond et Luc Van CAMPENHOUDT. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, Paris.
- ROOM, Robin. (1993). *Alcoholics Anonymous as a Social Movement*, Addiction Research Foundation, réf. du 11 mai 2018, <https://www.robinroom.net/alcoanon.htm>
- SAVANNAH AREA AL-ANON AND ALATEEN. (2017). History of Alateen, réf. du 22 mai 2018, [http://www.savannahalanon.com/history\\_of\\_alateen.htm](http://www.savannahalanon.com/history_of_alateen.htm)

- SCHANKE SELBEKK, Anne, HILDEGUNN SAGVAAG & Halvor FAUSKE. (2015). « Addiction, Families and Treatment: A Critical Realist Search for Theories that can Improve Practice ». *Addiction Research & Theory*, Vol. 23, No. 3, p. 196-204.
- SCHROEDER, Valarie et Michelle L. KELLEY. (2008). « The Influence of Family Factors on the Executive Functioning of Adult Children of Alcoholics in College ». *Family Relations*, Vol. 57, p. 404-414.
- SCHUMM, Jeremiah et collab. (2013). « Families and Addiction ». *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*, Vol. 1: principles of Addiction, p. 303-312.
- SELLMAN, Doug. (2016). « Behavioural Health Disorders Rather than Behavioural Addictions ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 50, No. 8, p. 805-808.
- SEMAILLE, Pascale. (2009). « Nouvelles formes de l'addiction ». *Revue Med Brux.*, Vol. 30, p. 335-357.
- SIMON, Roland, Robert WEST. (2015). « Models of Addiction and Types of Interventions: An Integrative Look ». *International Journal of Alcohol and Drug Research*, Vol., No. 1, p. 13-20.
- SINCLAIR, Heidi, Christine LOCHNER, Dan J. STEIN. (2016). « Behavioral Addiction: a Useful Construct? ». *Current Behavioral Neuroscience Reports*, Vol.3, p. 43-48.
- ST-AMAND, Nérée (2001) « Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social ». *Reflète*, Vol. 7, No. 2, p. 30-74.
- STARCEVIC, Vladan. (2016). « Behavioral Addiction: A Challenge for Psychopathology and Psychiatric Nosology ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol 50, No. 8. 721-725.
- SUISSA, Amnon Jacob. (2009). « Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance selon Stanton Peele ». *Drogues, santé et société*, Vol. 8. No 2, pp. 75-108.
- SUNSHINE COAST HEALTH CENTRE –A Non 12-Step model. (2017). *Addiction as a Chronic, Biopsychosocial Phenomenon*, réf. du 15 mars 2017, <https://www.sunshinecoasthealthcentre.ca/?s=biopsychosocial+model>
- TECHNO-SCIENCE.NET. (2014). *Le jeu pathologique a été désigné comme une maladie dès 1561*, réf du 15 juin 2018, <https://www.techno-science.net/?onglet=news&news=12584>

- THE CANADIAN PRESS. (4 avril 2018). *The Debate over Calling video Game Addiction a Disease*, réf. du 4 avril 2018, <https://www.therecord.com/news-story/8372321-the-debate-over-calling-video-game-addiction-a-disease/>
- TROUESSIN, Mélanie. (2015). *Tout peut-il être objet d'addiction?*, réf. du 15 janvier 2017, [https://www.researchgate.net/profile/Melanie\\_Trouessin/publication/275891812\\_Tout\\_peut-il\\_etre\\_objet\\_d%27addiction\\_La\\_notion\\_de\\_plaisir\\_face\\_aux\\_addictions\\_comportementales/links/554902670cf2ebfd8e3ad56d/Tout-peut-il-etre-objet-daddiction-La-notion-de-plaisir-face-aux-addictions-comportementales.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Melanie_Trouessin/publication/275891812_Tout_peut-il_etre_objet_d%27addiction_La_notion_de_plaisir_face_aux_addictions_comportementales/links/554902670cf2ebfd8e3ad56d/Tout-peut-il-etre-objet-daddiction-La-notion-de-plaisir-face-aux-addictions-comportementales.pdf)
- USHER, Amilia M. Kelly E. MCSHANE et Candice DWYER. (2015). « A realistic review of family-base interventions for children of substance abusing parents » Usher et al. *Systematic Reviews*. Vol. 4, No. 177, p. 1-12.
- VALLEUR, Marc, Dan VELEA. (2002). « Les addictions sans drogue(s) ». *Revue Toxibase*, No. 6. p. 1-15.
- VALLEUR, Marc. (2012). *Définir l'addiction : questions épistémologiques, conséquences politiques*, réf. du 15 janvier 2017, <http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/>
- VALLEUR, Marc. (2005). « Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques ». *L'information psychiatrique*. Vol. 81. No. 5. P.423-428.
- VIRGO PLANNING CONSULTANTS -NORTH EAST LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK. (2016). « NE LHIN Addiction Services Review » Toronto, Ontario, p. 306.
- WALTERS, Glenn D., Alice A. GILBERT. (2000). « Defining Addiction: Contrasting views of Clients and Experts ». *Addiction Research*, Vol. 8, No. 3, p. 211-220.
- WERNER, Anne & Kirsty MALTERUD. (2016). « Encounters with Service Professionals Experienced by Children from Families with Alcohol Problems: A Qualitative Interview Study ». *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 44, p. 663-670.
- WHITE, W. L. (1999). « A Lost world of Addiction Treatment ». *Counselor*, Vol. 17 No. 2, p.1-29, réf. du 15 février, 2017, [https://www.researchgate.net/publication/265272040\\_A\\_Lost\\_World\\_of\\_Addiction\\_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/265272040_A_Lost_World_of_Addiction_Treatment)
- WHITE, W. (2005). « Fire in the Family: Historical Perspective on the Intergenerational Effects of Addiction ». *Counselor*, Vol. 6 No. 1, p.20-25

- WHITE, W. (1998). *Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems
- WHITE, W. (2014). *The New Republic on a Binge*, réf du 15 février, 2017, <http://www.williamwhitepapers.com>
- WHITFIELD, Charles L., M.D. (2006). *Healing the Child Within. Discovery and Recovery for Adult Children of Dysfunctional Families*. Healthy Communications.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2010). *Global Strategy To Reduce The Harmful Use of Alcohol*, réf. du 15 juin 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931\\_eng.pdf;jsessionid=7A30C2A6B89EE04EF59D0CCC6C3E02B3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessionid=7A30C2A6B89EE04EF59D0CCC6C3E02B3?sequence=1)
- WILLIAMS, Dean et Barbara BAUMGARTNER. (2014). « Standing on the Shoulders of Giants: Narrative practices in Support of Frontline Community Work with Homelessness, Mental Health, and Substance Use ». *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. Vol. 5. No 2. p. 240-257.
- WOITITZ, Janet. (2002). *The Complete ACOA Sourcebook: Adult Children of Alcoholics at Home, at Work and in Love*. Healthy Communications in Deerfield Beach Florida

## ANNEXE 1 : Annonce



### **ATTENTION: PARTICIPANT(E)S RECHERCHÉ(E)S**

**Titre:** « Étude exploratoire des formes de dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins des personnes concernées: enjeux de l'intervention sociale. »

**Chercheuse :** Viviane Munroe, étudiante à la Maîtrise en service social à L'université Laurentienne.

---

Je suis à la recherche de participant(e)s volontaires pour une étude qualitative qui vise à compléter un mémoire en service social.

- **Êtes-vous :** Individu âgé de 18 ans et plus qui demeure dans la région de Sudbury?
  - qui a eu une expérience personnelle ou professionnelle avec le sujet de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances (de types comportementale, affectif, relationnel, par exemple : la codépendance, les enfants adultes de famille alcooliques, les dépendances affectives, les dépendances sexuelles, etc.)?
- **Êtes-vous** en mesure de partager de votre expérience vécue?
- **Êtes-vous** en forme physique, émotif et en bon état d'âme de participer?

**Votre participation s'agira:** d'une (1) entrevue individuelle, enregistrées (audio), d'une durée d'environ deux heures, entre les heures de 8h00 à 19h00, à un bureau privé, situé à 426 avenue Burton, Sudbury.

Votre participation permettra de mieux comprendre et de contribuer à l'avancement des connaissances sur le vécu des dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins des personnes concernées afin d'examiner les enjeux de l'intervention sociale.

La confidentialité et l'anonymat de tous les participant(e)s seront respectés! De plus vous êtes libres de vous retirer en tout temps.

Pour de plus ample informations ou pour donner votre nom à cette recherche, veuillez communiquer avec :

Viviane Munroe, étudiante à la Maîtrise en service social  
[vm\\_munroe@laurentienne](mailto:vm_munroe@laurentienne)

**Vous pouvez aussi communiquer avec Myriam Bals (première lectrice), 705-675-1151 poste # 5039 [mbals@laurentian.ca](mailto:mbals@laurentian.ca)**

Merci de votre collaboration!

## ANNEXE 2 : Lettre d'explication de l'étude et formulaire de consentement



Je me nomme Viviane Munroe, étudiante au programme de maîtrise à l'école de service social de L'Université laurentienne. Dans le cadre de ce programme de maîtrise, l'exigence est de réaliser un mémoire d'étude sur un sujet précis de recherche. La recherche que j'ai entreprise est intitulée : « **Étude exploratoire des formes de dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins des personnes concernées: enjeux de l'intervention sociale.** »

### Objectif:

Cette recherche porte sur l'exploration du vécu des **dépendances marginales**.

Ce que nous entendons par les **dépendances marginales** ce sont les dépendances de type affectif, relationnel, comportemental, non basé sur les substances par ex : la codépendance, les enfants adultes de familles alcooliques/d'addiction, les dépendances affectives, les dépendances sexuelles, etc. .

### Cette étude comporte quatre objectifs :

1. Comprendre le vécu des différentes formes de dépendances marginales parmi les personnes concernées;
2. Analyser les impacts des formes de dépendance marginales sur la vie des personnes concernées;
3. Évaluer les besoins des personnes concernées en matière d'intervention sociale;
4. Examiner les perspectives de solutions auprès des personnes concernées;

### Population à l'étude:

La population à l'étude est constituée d'individus âgés de 18 ans et plus qui habitent dans la région de Sudbury, (Ontario). Les critères particuliers de sélection des participant(e)s sont :

- 1) Être individu âgés de 18 ans et plus qui a une expérience personnelle ou professionnelle avec le sujet de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances marginales.

- 2) Être en mesure de partager aux niveaux personnelle ou / et professionnelle par rapport à l'expérience vécue de la toxicomanie, de l'addiction et des dépendances marginales chez soi-même et/ou de son environnement social
- 3) Être en forme physique, émotif et en bonne état d'âme de participer à une entrevue individuelle, semi-dirigée, enregistrée par ordinateur portable (audio) d'une durée d'environ (2) deux heures.

### **Participation à la recherche :**

La participation à cette recherche est complètement volontaire.

La participation consiste de passer à une entrevue semi-dirigée, enregistrée par ordinateur portable (audio) d'une durée d'environ deux heures, à un bureau professionnel et privé, situé à l'église Grace Family Church, à l'adresse : 426 avenue Burton, Sudbury, (Ontario). Les entrevues auront lieu entre les heures de 8h00 et 19h00.

### **Confidentialité et les limites de la confidentialité:**

En aucun cas, la participation des participant(e)s et les informations transmises par les participant(e)s ne seront communiquées sauf dans les conditions énumérées ci-dessous :

1. *Que le (la) participant(e) divulgue un plan suicidaire ou d'homicide ;*
2. *Que le (la) participant(e) divulgue des faits par rapport à la sécurité et / ou au bien-être d'un enfant ;*
3. *Que la chercheuse reçoit une demande officielle d'information précises provenant de la cour au sujet du (de la) participant(e) ;*

### **Sécurité des données :**

Les entrevues seront enregistrées (audio) par l'ordinateur portable de la chercheuse. L'ordinateur de la chercheuse comprend un mot de passe. L'enregistrement audio des entrevues sera sauvegardé sur une clé USB nécessitant aussi un mot de passe et «encryptions». Le contenu des entrevues sera transcrit sous forme de verbatim, où seul le code identificateur et le pseudonyme « nickname » du (de la) participant(e) paraîtra. Les données de cette recherche (enregistrement audio des entrevues sur la clé USB (encodée) et les copies-papier des verbatim) seront entreposées à la résidence de la chercheuse et seront rangées dans un cabinet fermé à clé. Les renseignements personnels et les données de cette recherche seront conservés jusqu'à la complétion des exigences du grade universitaire de la Maîtrise en service social. Par la suite, ceux-ci seront détruits électroniquement et les copies-papiers seront déchiquetés. Une copie du mémoire complété sera disponible à la bibliothèque J.N. Desmarais de l'Université Laurentienne.

Le résumé des résultats de la recherche sera mis à la disposition des participants et sera disponible à Grace Family Church.

**Avantages, inconvénients :**

En choisissant de participer à cette recherche, il sera possible de contribuer à l'avancement des connaissances sur le vécu et les impacts des dépendances marginales et des besoins des personnes concernées en matière d'intervention. La compréhension et la connaissance de ce vécu des personnes en matière de ces dépendances sont indispensables à la redéfinition nécessaire de nouvelles pistes de recherche et de stratégies pertinentes d'intervention sociale aptes à répondre aux réels besoins ressentis par ces individus.

Il est aussi possible que le questionnaire éveille des émotions ou des sentiments d'inconfort liés aux expériences antérieures des participants. Afin d'assurer le bien-être psychologiques de ceux-ci, une liste de ressources disponibles dans la région de Sudbury leur sera offert. En tout temps, au cours de l'entrevue, si le (la) participant(e) ressent des souvenirs émouvants ou désagréables, ils et elles n'ont qu'à informer la chercheuse pour prendre une pause, arrêter l'entrevue ou se faire référer à l'intervention de crise à l'hôpital Horizon Santé Nord, de Sudbury, si le besoin s'en fait sentir.

Il est à noter que les participant(e)s peuvent se retirer de cette recherche à tous moment sans conséquence pour eux (elles).

**Précautions à prendre:**

En cas d'expression de crise où la participant(e) divulgue un plan suicidaire, les mesures d'intervention à temps consistent de la part de la chercheuse de communiquer immédiatement avec l'hôpital Horizon Santé Nord, 41 rue lac Ramsey, Sudbury, en composant le 705-675-4760. Le cas échéant, le « Mobile Crisis Team », de la ville du grand Sudbury qui est disponible 7 jours par semaine, entre les heures de 10h et 22h pourrait se rendre au (à la) participant(e). Dans les cas de divulgation d'un plan d'homicide, la police de la ville du Grand Sudbury sera contactée par la chercheuse. Ainsi, dans le cas de divulgation de faits par rapport à la sécurité et ou au bien-être d'un enfant, la chercheuse a un devoir de communiquer avec la Société de l'aide à l'enfance des districts de Sudbury et du Manitoulin.

**Recrutement :**

Pour cette recherche notre technique d'échantillonnage est de type par réseaux et boule de neige. Les méthodes de recrutement que nous mettons en œuvre sont les suivantes:

- Affichage d'annonce à l'église Grace Family Church, 426 avenue Burton, Sudbury, ON

- Diffusion de l'annonce par courriel (utilisation du moteur de recherche Google pour cibler les praticiens de la sphère privée); un courriel comportant l'annonce sera cheminé par adresse électronique

### **La procédure de l'entrevue:**

Avant le début de chaque entrevue, une **lettre d'explication de l'étude et formulaire de consentement** sera fournie et discutée avec chaque participant(e). La chercheuse répondra de façon satisfaisante à toutes questions posées par les participant(e)s. Elle obtiendra le consentement volontaire et éclairé de chaque participant(e) qui signera à la page 4 de cette lettre et il et elle en recevra une copie. À ce moment, chaque participant(e) recevra un numéro d'identification anonyme et choisira un pseudonyme «nickname» qui assurera la confidentialité des données et l'anonymat des participant(e)s lors de l'analyse des résultats.

La première étape de l'entrevue consistera de remplir une fiche de questions démographiques (profil) et par la suite de procéder à poser les questions ouvertes, telle qu'énumérés dans le guide d'entrevue. Les thèmes de l'entrevue porteront la toxicomanie, l'addiction et les dépendances marginales.

### **Personnes contacts :**

En tout temps, les participant(e)s peuvent communiquer avec les personnes ci-dessous mentionnées pour toute question concernant la présente recherche.

Viviane Munroe, BSS, TSI, (chercheuse, étudiante à la Maîtrise en service social).  
vr\_munroe@laurentian.ca,

Myriam Bals Ph. D. (première lectrice), MBals@laurentian.ca

En cas de plaintes ou problèmes éthiques potentiels sur l'étude elle-même, les participant(e)s peuvent communiquer avec Stéphanie Harris, agente d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne, en composant le 705-675-1151, poste 3681 ou (sans frais) 1-800-461-4030 ou ethics@laurentian.ca.

**J'accepte de participer à la recherche qualitative « Étude exploratoire des formes de dépendances marginales, de leurs impacts et des besoins des personnes concernées: enjeux de l'intervention sociale. » Cette participation inclue une entrevue enregistrée d'une durée d'environ deux (2) heures.**

**J'accepte que mon entrevue soit enregistrée.**

- Une copie de la lettre d'explication de l'étude et formulaire de consentement signé et une liste de ressources disponibles sont remises au (à la) participant(e).**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 2017

Témoïn: \_\_\_\_\_

**ANNEXE 3 : Liste de ressources disponibles et coordonnées**

- Horizon Santé-Nord  
41, rue Ramsey Lake  
Sudbury, ON  
(705) 523-7100 ou 1-866-469-0822 (gratuit)
  
- Horizon Santé-Nord (campus rue Cedar)  
*Intervention en cas de crise*  
« Mobile Crisis Team », de la ville du grand Sudbury (disponible 7 jours par semaine,  
entre les heures de 10h et 22h)  
127, rue Cedar  
Sudbury, ON  
(705) 675-4760 ou 1-877-841-1101 (gratuit)
  
- Horizon Santé-Nord (campus rue Cedar)  
*Centre de santé mentale et de toxicomanie*  
127, rue Cedar  
Sudbury, ON  
(705) 523-4988
  
- Ligne d'aide sur la santé mentale  
1-866-531-2600 (gratuite)
  
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)  
111, rue Elm, bureau 100  
Sudbury, ON  
(705) 675-7252 ou 1-866-285-2642 (gratuit)

## ANNEXE 4 : Guide d'entrevue

### Données socio-démographiques :

Code du sujet : \_\_\_\_\_ Pseudonyme « Nickname » : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

### *Identité de genre :*

*Indiquez comment vous vous identifiez :*

- Homme
- Femme
- Transgenre
- Genre non-binaire
- Préférence de m'identifier comme \_\_\_\_\_
- Je ne veux pas répondre

**Vous vivez :**  seul(e)  en couple  autre \_\_\_\_\_

### Niveau d'instruction :

- Primaire
- Secondaire
- Post-secondaire -(collège, université)
- Je ne veux pas répondre*

### Laquelle de ces catégories décrit le mieux votre statut d'emploi?

- Employé, je travaille 40 heures et plus par semaine
- Employé, je travaille 1-39 heure(s) par semaine
- Je ne suis pas employé(e), je cherche un emploi
- Je ne suis pas employé(e), je ne cherche pas un emploi
- À la retraite
- Pas en mesure de travailler, Incapacité

## THÈME 1: Dépendances marginales, les dépendances comportementales

Sous-thèmes: addiction, toxicomanie, dépendance, dépendances sans substance

1. Vivez-vous actuellement ou avez-vous vécu par le passé, une addiction, une toxicomanie ou une dépendance à une substance quelconque (alcool, drogue, médicament ou autre(s) substance(s) Pouvez-vous nous raconter de cette expérience :
  - a) Ses manifestations vécues personnellement
  - b) Ses manifestations observées professionnellement
  - c) Autres
  
2. Avec-vous vécu personnellement (présentement et ou par le passé), une dépendance sans substance, c'est-à-dire non pas liée à une substance (alcool, drogue, médicament)? Décrivez le type de dépendance dont il s'agit?
  - a) la codépendance
  - b) les enfants adultes de familles:
    - alcooliques
    - toxicomanes
    - dysfonctionnelles
  - c) les dépendances affectives / relationnelles et sexuelles
  - d) autres \_\_\_\_\_
  
3. Pouvez-vous partager de vos expériences?
  - a) Ses manifestations vécues personnellement
  - b) Ses manifestations observées professionnellement
  - c) Autres
  
4. Au cours de votre vie, avez-vous été exposé(e) à une situation d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance dans votre entourage, c'est-à-dire au sein :
  - a) de la famille d'origine
  - b) de la famille d'accueil
  - c) de la famille de progéniture
  - d) de la famille recomposée
  - e) d'une relation intime
  - f) de votre réseau social
  - g) d'une relation professionnelle
  - h) de tout autre milieu d'influence? Racontez-nous...

5. Selon vous, quelle influence une dépendance avec substance(s) peut avoir sur une dépendance sans substance c'est-à-dire :
  - a) Sur leur genèse (naissance, création, ses débuts)
  - b) Sur leur évolution (comment elles progressent)
  - c) Sur leur intervention (comment elles sont adressées, traitées)

## **THÈME 2: Impacts**

6. Quels sont les impacts de votre expérience d'addiction, de toxicomanie ou de dépendance sans substance sur votre vie sur le plan :
  - a) personnel (relationnel, émotif, psychologique, physique)
  - b) familial
  - c) social
  - d) professionnel
  - e) de votre développement
  - f) de votre intégration
  - g) de votre sociabilité
  - h) de votre qualité de relation
  - i) de votre fonctionnement
  - j) de votre adaptation
  - k) de votre productivité
  - l) de votre rendement/performance
  
7. Quels sont les impacts (a, b, c, d) d'être en relation avec une personne dépendante?
  - a) personnels
  - b) familiaux
  - c) sociaux
  - d) professionnels
  
8. Parlez-nous des impacts suivants vécus par vous personnellement ou professionnellement par vos clients en ce qui concerne :
  - a) l'éducation
  - b) la socialisation
  - c) le traumatisme :
    - c.1) psychologique

- c.2) émotionnel
- c.3) physique
- c.4) les expériences de privation ou de carences affectives (« lack of nurturing »)
- c.5) les formes d'abus et de violence

Dites-nous comment ces facteurs peuvent créer (ou non) une prédisposition vers la dépendance avec ou sans substance.

### **THÈME 3: Personnes concernées**

9. Quel sens donnez-vous à votre propre expérience:

- a) personnelle d'addiction
- b) professionnelle de traitement et d'intervention

(Par exemple quel mot décrit mieux votre expérience personnelle /professionnelle : addiction toxicomanie, dépendance?)

10. Quel sens donnez-vous à votre expérience vécue d'être dans une relation avec une personne qui est présentement ou par le passé aux prises d'une addiction, d'une toxicomanie ou d'une dépendance? Décrivez nous cette expérience.

11. Selon votre expérience personnelle et professionnelle, pensez-vous qu'il y existe une transmission intergénérationnelle de l'addiction, de la toxicomanie ou des dépendances avec ou sans substance? Décrivez dans un cas ou un autre.

12. D'après votre expérience personnelle et de vos propres observations quels sont vos opinions de la conception professionnelle et officielle qui est donnée à l'addiction, la toxicomanie et la dépendance?

13. Racontez-nous de vos expériences en matière de (fournir)/de demander de l'aide ou un traitement professionnel concernant:

- a) l'existence ou non de services
- b) la nature et la qualité des interventions
- c) la relation professionnelle/clients
- d) la création nécessaire de services supplémentaires, plus spécialisés
- e) la formation plus spécialisée des intervenants dans le domaine non exploré des dépendances sans substance

- f) la création de programmes nécessaires dans le domaine
  - g) la nécessité d'une sensibilisation et conscientisation de la famille, de l'entourage et du public général sur les dépendances sans substance (marginales) pour contrer les impacts biopsychosociaux
- 14) Quelles sont vos perspectives, recommandations, suggestions et alternatives pour une meilleure prise en charge des dépendances sans substance (marginales) par rapport à :
- a) l'existence ou non de services
  - b) la nature et la qualité des interventions
  - c) la relation intervenant/clients
  - d) la création nécessaire de services supplémentaires, plus spécialisés
  - e) la formation plus spécialisée des intervenants dans le domaine non exploré des dépendances sans substances
  - f) la création de programmes nécessaires dans le domaine
  - g) la nécessité d'une sensibilisation et conscientisation de la famille, de l'entourage et du public général sur les dépendances sans substances (marginales) pour contrer les impacts biopsychosociaux

**ANNEXE 5 : Interview Guide****Socio-demographic data:**

Participant code: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_

**Gender identity:**

*Indicate how you identify yourself:*

- Male
- Female
- Transgender*
- Non binary gender*
- Prefer to identify as* \_\_\_\_\_
- I would rather not respond*

**You live:**  alone  as a couple  other \_\_\_\_\_

**Level of education:**

- Primary
- Secondary
- Post-secondary (college, university)
- Other: \_\_\_\_\_
- Rather not say

**Which category best describes your employment status?**

- Employed, I work 40 hours + per week
- Employed, I work 1-39 hours per week
- I am not employed, I am job searching
- I am not employed, I am not job searching
- Retired
- I cannot work, disabled

## THEME 1: Marginalized Dependency, Behavioral Dependency

Sub-themes: addiction, « toxic mania », dependency, dependency without substance

1. Are you currently experiencing or have you, in the past, experienced an addiction, « toxic mania » or a dependency to some kind of substance (alcohol, drugs, medication or other substance(s)). Can you recount your experience?
  - a) Its manifestations experienced personally
  - b) Its manifestations observed professionally
  - c) Other
  
2. Have you personally experienced (presently or in the past), a dependency without substance, that is to say, non-related to the use of a substance (alcohol, drugs, medication or other substance(s))? Describe the type of dependency it involves.
  - a) Codependence
  - b) Adult children of \_\_\_\_\_ family:
    - Alcoholic
    - Addicted
    - Dysfunctional
  - c) Affective/relational or sexual dependence
  - d) Other \_\_\_\_\_
  
3. Can you share about this experience?
  - a) Its manifestations experienced personally
  - b) Its manifestations observed professionally
  - c) Other
  
4. During your life, have you been exposed to a situation of addiction, « toxic mania » or dependency in your environment, that is to say within your :
  - a) family of origin (family you were born in)
  - b) foster family (family placed in, adopted in)
  - c) family of procreation (your biological family)
  - d) recomposed family
  - e) intimate relationship

- f) social network
- g) professional relationship
- h) all other environmental influences...please describe

5. According to you, what influence can a dependency to a substance have on a dependency without a substance with regards to:

- a) Its genesis (its birth, its creation, how it started)
- d) Its evolution (how it progressed)
- e) Its intervention (how it was addressed, treated)

## **THEME 2: Impacts**

6. What are the impacts of your experience of addiction, « toxic mania » or dependency without substance on your life on the following levels :

- a) personal (relational, emotional, psychological, physical)
- b) family
- c) social
- d) professional
- e) of your development
- f) of your integration
- g) of your sociability
- h) of the quality of your relations
- i) of your functioning
- j) of your adaptation
- k) of your productivity
- l) of your performance

7. What are the (a, b, c, d) impacts of being involved with a dependent person?

- a) personal
- b) familial
- c) social
- d) professional

8. Talk to us about the following impacts of addiction/dependency experienced personally or professionally by your clients with regards to:

- a) education
- b) socialisation

- c) trauma :
  - c.1) psychological
  - c.2) emotional
  - c.3) physical
  - c.4) the experiences of deprivation or affective lacks (lack of nurturing)
  - c.5) forms of abuse and violence

Tell us how those factors can (or not) create a predisposition to dependency with or without substances.

### **THEME 3: Concerned individuals**

9. Which meaning do you give to your own experience of:

- a) personal addiction
- b) professional treatment and intervention

(For example, which word best describes your personal/professional experience: addiction, « toxic mania » or dependency?

10. What significance (meaning) do you give to your experience of being in a relationship with a person who is currently struggling or who has, in the past, struggled with an addiction, « toxic mania » or dependency? Describe this experience.

11) According to your personal and professional experience, do you think there exists an intergenerational transmission of addiction, «toxic mania» or dependency with or without substance? Describe either way.

12. From your personal experience and your own observations, what are your opinions of the professional and official conception (definition/ description/way of seeing) given to addiction, «toxic mania » and dependency?

13. Tell us about your experiences with regards to (providing)/ seeking help or professional treatment with regards to:

- a) The existence or not of services
- b) The nature and quality of intervention
- c) The professional /client relationship
- d) The necessary creation of additional services, more specialised
- e) Specialised training of professionals in the non-explored field of dependency without substance
- f) The creation of necessary programs in the field
- g) The necessity of raising awareness for families and the public in general regarding dependencies without substance (marginalised dependencies) to counter the bio-psychosocial impacts

14) What are your perspectives, recommendations, suggestions and alternatives regarding improving the management of dependencies without substances in the areas of:

- a) The existence or not of services
- b) The nature and quality of intervention
- c) The relation professional/client
- d) The necessary creation of additional services, more specialised
- e) Specialised training of professionals in the non-explored field of dependency without substance
- f) The creation of necessary programs in the field
- g) The necessity of raising awareness for families and the public in general regarding dependencies without substance (marginalised dependencies) to counter the bio-psychosocial impacts

### ANNEXE 6 : Profil des participants

Participants	Âge	Identité de genre	Situation de vie: Seul(e), en couple, autre	Niveau d'instruction	Statut d'emploi
#1 Mia	60	Femme	Seule	Université	Employée 40 heures +
#2 Candy	51	Femme	Seule	Collège	Employée 40 heures +
#3 Jim	32	Homme	En couple	Collège	Pas employé, cherche
#4 Josephine	50	Femme	Autre - colocataire	Collège	Pas en mesure de travailler, Incapacité
#5 Kimmy	62	Femme	En couple	Collège	Employée 40 heures +
#6 Amber	64	Femme	Seule	Université	À la retraite
#7 Mike	53	Homme	En couple	Collège	pas employé(e), ne cherche pas un emploi
#8 Tornado	57	Homme	En couple	Université	Employé 40 heures +
#9 Greg	50	Homme	Seul	Primaire	Pas en mesure de travailler, Incapacité
#10 Walter	44	Homme	En couple	Université	Employée 40 heures et +
#11 Caroline	55	Femme	Seule -avec enfant	Université	Employée 40 heures et +
#12 Catherine	59	Femme	En couple	Collège	À la retraite

## ANNEXE 7 : L'expérience vécue et les manifestations de l'addiction, de la toxicomanie et des dépendances aux substances

Participants	(Pr) Personnelle (PF) Professionnelle	(→) Présente (←) Passée (Ad) Adolescence (A) Adulte	(A) Addiction (T) Toxicomanie (D) Dépendance (AT) Autre	(A) Alcool (D) Drogue (M) Médicament (-) Aucun (*AT) Autre	Manifestations
#1 Mia	(Pr)	(←) (Ad) (A)	(AT)	(A) (D) (*AT)	- Abus de l'alcool et de la drogue lors de l'adolescence ; parents étaient alcooliques ; alcoolisme durant la vie adulte ; s'abstient de la consommation de substance depuis 19ans ; rapporte l'addiction aux non substances ; Présentement en « recovery »
#2 Candy	(Pr)	(←) (Ad) (A)	(AT) (A)	(-) (*AT)	- Présentement pas une addiction à une substance comme telle ; par le passé avait une addiction à la cigarette ; a cessé de fumer depuis quelques années
#3 Jim	(Pr)	(←) (A)	(AT) (T)	(A)	- Abus de l'alcool quotidien par le passé ; difficultés familiales en raison de la consommation ; a fréquenté un centre de traitement par le passé ; présentement trois ans de sobriété
#4 Josephine	(Pr)	(←) (→) (Ad) (A)	(AT) (D)	(A) (D) (M)	- Abus de l'alcool et de la drogue lors de l'adolescence ; usage abusif de l'alcool après la séparation de son conjoint ; présentement dépendante d'un médicament prescrit en raison d'une douleur chronique causée par la Fibromyalgie
#5 Kimmy	(Pr) (PF)	(←) (Ad) (A)	(AT)	(A) (*AT)	- Abus de substance (alcool) par le passé ; présentement elle vit l'expérience de l'addiction au travers de quelqu'un d'autre (son fils adulte vit l'expérience d'une addiction)
#6 Amber	(Pr)	(←) (A)	(AT)	(-)	- Rapporte avoir consommé de l'alcool pour gérer le stress durant des ruptures de relations intimes
#7 Mike	(Pr) (PF)	(←) (Ad) (A)	(A)	(A) (D) (M) (*AT)	- addictions comportementales par le passé ; n'importe quoi peut devenir objet d'addiction pour lui, par ex., la liqueur « Coca Cola » -15 cannettes par jour, les médicaments, la cigarette, l'opium, LSD, le sucre, la caféine, etc. ; il a vendu des drogues par le passé ; il avait des tendances vers l'abus physique et émotionnel colère et agressivité ; la consommation de drogue lui permettait d'évader la réalité ; présentement en « recovery »
#8 Tornado	(Pr) (PF)	(←) (Ad) (A)	(A)	(A) (D)	- Rapporte l'addiction à l'alcool et à la drogue entre l'âge de 12 ans à 28ans ; aucune addiction aux médicaments prescrits ; il est présentement et depuis 20 ans un éducateur dans une organisation professionnelle qui traite du sujet des drogues et l'alcool ; en « recovery » depuis 29ans
#9 Greg	(Pr) (PF)	(←) (A)	(A)	(A) (D) (M)	-Se dit un « recovering addict » ; addiction à l'alcool, la drogue (particulièrement les opiacés) ; il s'est adonné aux substances injectées ; en « recovery » depuis 20 ans ;
#10 Walter	(Pr) (PF)	(←) (Ad) (A)	(A)	(A) (D) (M) (*AT)	-Se dit une personne avec une personnalité addictive qui avait des tendances d'excès même avant de commencer à consommer des substances stupéfiantes ; rapporte que l'ennui était à l'origine de ces tendances d'addiction ; il est « en recovery » depuis plus de 10ans ; a une expérience professionnelle passée en relation d'aide auprès des individus ayant des addictions à des substances et des non substances par ex. « gadgets électroniques », les médias sociaux, les ordinateurs ; rapporte qu'il a observé que l'origine de l'addiction est souvent le trauma précoce ; il croit que la plupart des gens ont des addictions de formes variées
#11 Caroline	(Pr) (PF)	(←) (Ad) (A)	(A)	(*AT)	- A commencé à fumer la cigarette à l'âge de 12 ans ; fumer était une façon de gérer l'abus au domicile ; elle a subi l'abus sexuel lors de l'enfance dans son domicile ; son père était aux prises avec l'alcoolisme ; lorsque son père a arrêté de consommer l'alcool, il s'est adonné à d'autres comportements addictifs tels que le sexe et le sport télévisé ; elle a participé à un groupe d'entraide (Nicotine Anonyme) ; s'abstient de fumer depuis l'âge de 33 ans ; se dit en « recovery »
#12 Catherine	(Pr)	(←) (A)	(D)	(*AT)	-Dépendance à la cigarette pendant 15ans ; a fréquenté un cours ; s'abstient de fumer depuis plus de 10 ans
Total	(Pr) 12 (PF) 6	(→) 1 (←) 12 (Ad) 8 (A) 12	(A) 6 (T) 0 (D) 2 (AT) 6	(A) 8 (D) 6 (M) 4 (-) 2 (*AT) 7	(AT) 6 = 4-abus de substances; 1-pas une addiction comme telle; 1-pour gérer le stress (*AT) 7 = 2 -des addictions comportementales, personnalité addictive n'importe quoi peut devenir objet d'addiction; 3-nicotine, cigarettes, fumer, 1- l'addiction aux non substances; 1- vit l'expérience de l'addiction au travers de quelqu'un d'autre

