

Fonds des Affections Respiratoires a.s.b.l  
Fédération Wallonie-Bruxelles

**TABAGISME ET POLYCONSOMMATION CHEZ LE JEUNE  
ADULTE :  
RÔLE DE L'HISTOIRE TRAUMATIQUE DANS L'ENFANCE  
ET DE LA DYSREGULATION EMOTIONNELLE**

Mémoire réalisé dans le cadre de la  
FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE  
Coordonnée par le FARES

Par **SCHOUMACKER AMANDINE**, psychologue de formation

Encadré par **M. SCHREIDEN LUC**

## ***Remerciements***

Je tiens à remercier M. Luc SCHREIDEN d'avoir accepté de m'encadrer pour ce travail de mémoire auquel j'accorde un intérêt particulier. Merci pour nos échanges enrichissants, votre disponibilité et votre soutien.

Je remercie les membres du jury pour leur relecture et l'intérêt qu'ils porteront à ce travail.

Enfin, un grand merci à tous les participants de l'étude d'avoir pris part à l'étude et d'avoir donné de leur temps pour faire avancer la recherche à ce sujet.

## ***Résumé***

Les expériences traumatiques de l'enfance ont d'importantes répercussions sur le développement cognitif et neurobiologique ainsi que sur la santé mentale et physique d'un individu tout au long de sa vie. Les personnes maltraitées durant l'enfance sont particulièrement à risque de développer un comportement addictif. Sans facteurs de protection autour d'elles, l'exposition répétée à un stress toxique peut les conduire à adopter certaines stratégies adaptatives telles que l'usage de substances psychoactives. Or, à terme, l'abus de drogues a des conséquences néfastes sur la santé physique et psychique mais peut également avoir d'importantes répercussions au niveau social. L'installation de ces comportements délétères pour la santé débute généralement à l'adolescence et peuvent s'ancrer durant la période de vie du jeune adulte (18-29 ans). Cette période charnière est marquée par de nombreuses transitions pour ces jeunes adultes et représente une phase critique pour les trajectoires de vie futures. Ainsi, il convient d'identifier au plus tôt les problématiques d'abus de substances au sein de cette population, mais surtout de considérer le potentiel lien avec des antécédents de maltraitance durant l'enfance dans nos pratiques. C'est dans ce contexte que cette étude se propose d'explorer le rôle de l'histoire traumatique dans l'enfance et de la dysrégulation émotionnelle dans l'abus du tabac et d'autres substances psychoactives chez de jeunes adultes.

**Mots-clés :** expériences négatives vécues durant l'enfance, dysrégulation des émotions, tabagisme, polyconsommation, jeunes adultes.

## *Liste des abréviations*

- **ACE** : Adverse Childhood Events (= Expériences Négatives de l'Enfance)
- **DERS** : Difficulties in Emotion Regulation Scale
- **DEP-ADO** : DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents
- Dysrégulation et dérégulation émotionnelle seront employés comme des synonymes.

## *Table des matières*

<i>Remerciements</i> .....	<b>2</b>
<i>Résumé</i> .....	<b>3</b>
<i>Liste des abréviations</i> .....	<b>4</b>
<i>Table des matières</i> .....	<b>5</b>
<i>Apports théoriques</i> .....	<b>6</b>
<i>Hypothèses</i> .....	<b>21</b>
<i>Méthodologie</i> .....	<b>22</b>
<i>Résultats</i> .....	<b>25</b>
<i>Discussion</i> .....	<b>35</b>
<i>Limites et biais éventuels</i> .....	<b>42</b>
<i>Conclusion et perspectives</i> .....	<b>43</b>
<i>Bibliographie</i> .....	<b>45</b>
<i>Annexes</i> .....	<b>53</b>

## *Apports théoriques*

### *I. Qu'est-ce que l'adversité dans l'enfance ?*

*Terminologie* : Adverse Childhood Events ou ACE (acronyme) est le terme consacré à l'international pour désigner le fait de se retrouver confronté à des situations stressantes / des événements potentiellement marquants et traumatiques durant l'enfance et l'adolescence (jusqu'à 18 ans) (Felitti et al., 1998). Kalmakis et Chandler (2014) ont porté un regard critique sur le flou terminologique et conceptuel qui existe autour des ACE. Certains termes connexes « childhood abuse », « childhood neglect », « childhood maltreatment », « childhood trauma » ou encore « childhood violence » ont pu créer une ambiguïté par rapport au concept d'ACE.

*Définition* : En investiguant la littérature (n=128), ces auteurs ont cherché à clarifier la signification de ce concept repris par de multiples auteurs depuis l'étude princeps de Felitti sur le sujet. Les ACE peuvent ainsi être définis comme « des événements vécus durant l'enfance, de sévérité variable et souvent chroniques, survenant dans l'environnement familial ou social d'un enfant, qui causent un préjudice ou de la détresse » (Kalmakis & Chandler, 2014).

*Type d'événements* : Ils renvoient aux mauvais traitements que subit un enfant et englobent les violences qu'elles soient physiques, sexuelles et psychologiques ainsi que la négligence de ses besoins de base (physiques, de santé, éducatifs, etc). Ce qui constitue le socle de ce que représente la maltraitance infantile comme défini par l'Organisation Mondiale de la Santé <sup>1</sup> (OMS, 2020).

Mais la problématique des ACE ne se limite pas qu'à ces aspects. Ainsi, la toxicomanie, l'incarcération, les troubles mentaux et le suicide de l'un ou de ses parents ou le fait d'être témoin de violences conjugales au sein du foyer familial sont autant de dysfonctionnements familiaux auxquels peut être exposé l'enfant dans son environnement et qui font partie des ACE (Felitti et al., 1998).

---

<sup>1</sup> La maltraitance s'entend « de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (OMS, 2020)

*Précisions sur les violences et les négligences* : Selon la fondation Action Enfance, on peut distinguer les mauvais traitements par commission qui représentent des actes ou des comportements intentionnels et commis (= violences) et les mauvais traitements par omission qui se traduisent par des actes ou comportements absents (= négligences) (*Action France*, s. d.).

Les définitions des différents types de violences ont été reprises sur le site de la fondation Action Enfance (*Action Enfance*, s. d.) :

- Les violences physiques renvoient à « l’usage délibéré et non accidentel de la force contre un enfant, de telle manière que l’enfant soit blessé ou risque de l’être : frapper (à la main ou avec un objet), battre, donner des coups de pied, de poing, mordre, brûler, empoisonner, faire suffoquer, étrangler, secouer, jeter, noyer, fabriquer des symptômes, induire délibérément une maladie... » ;
- Les violences sexuelles concernent « l’utilisation du corps d’un enfant à des fins sexuelles. L’abus sexuel comprend le fait de forcer ou inciter un enfant à prendre part à des activités sexuelles, y compris la prostitution, que l’enfant ait conscience ou non de ce qui arrive. Ces activités peuvent comprendre un contact, pénétratif ou non. Elles peuvent inclure des activités sans contact, comme le fait d’amener les enfants à regarder des activités sexuelles ou à regarder/produire des images sexuelles, ou à encourager les enfants à avoir des comportements sexuels inadaptés » ;
- Les violences psychologiques sont des « actes en général répétitifs comprenant les menaces verbales, l’isolement social, l’intimidation ou le fait d’imposer couramment à l’enfant des exigences déraisonnables (par rapport à son âge, son niveau de développement...), de le terroriser, de l’exploiter (travail, mendicité...), de l’exposer au danger, à la violence (par exemple commise par un parent sur l’autre parent ou sur un autre enfant)... ».

Quant à la négligence, il s’agit d’un échec à pourvoir aux besoins de base de l’enfant sur les plans physique, éducatif ou affectif et psychologique.

*Ce qui caractérise spécifiquement les ACE* : Comme le précise Tarquinio (2020), « les conséquences de la maltraitance précoce sont d'autant plus redoutables qu'il existe une fragilité spécifique de l'enfant ». L'enfant fait face à « une triple impossibilité » : « D'abord, il lui est impossible d'échapper à sa famille ou à son environnement maltraitant, ensuite il se retrouve dans l'impossibilité d'identifier le caractère anormal de ce qu'il vit et donc de dénoncer, voire d'accuser ceux qui lui font du mal. Enfin, il ne peut disposer de l'aide nécessaire pour s'échapper et être protégé » (Tarquinio, 2020).

L'étude de Felitti et ses collaborateurs (1998) est l'une des premières recherches ayant mis en évidence les impacts à long terme liés à ces traumatismes de l'enfance (Felitti et al., 1998). La prochaine partie nous permettra de présenter les différentes recherches qui ont suivies cette étude princeps.

## ***II. Quels liens entre les événements négatifs vécus durant l'enfance et les problématiques se développant dans la vie de l'individu ?***

### **2.1) Les conséquences sur la santé physique**

Dans le cadre d'une revue de la littérature conduite par Kalmakis et Chandler, un total de 42 études sur le sujet a été examiné. De cette analyse, il ressort que les événements négatifs vécus durant l'enfant sont associés à des maladies pulmonaires (notamment la BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) et cardiovasculaires, des pathologies auto-immunes ainsi qu'à des troubles du sommeil et à des maux de têtes fréquents (Kalmakis & Chandler, 2015).

Une méta-analyse récente s'appuyant sur 96 études a montré que la survenue de maladies gastro-intestinales, de cardiopathies ischémiques, d'affections respiratoires, d'accidents vasculaires cérébraux, de douleurs chroniques, de céphalées, de problèmes de sommeil et de fractures est significativement plus fréquente chez les personnes ayant vécu de multiples événements négatifs durant leur enfance (Petruccelli et al., 2019). Il existe également une forte association entre les ACE et les décès prématurés (Kalmakis & Chandler, 2015).

### **2.2) Les impacts au niveau psychologique et l'engagement dans des comportements à risque**

Le lien entre les ACE et l'altération de la santé psychique a été démontré à travers de nombreuses études. La synthèse des 42 études met en évidence que les adultes avec un passé d'ACE sont plus susceptibles de développer des troubles anxio-dépressifs, de souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique mais également d'être en proie à des addictions (Kalmakis & Chandler, 2015).

Une méta-analyse incluant 124 études a conclu à une relation causale entre l'exposition à des violences psychologiques et de la négligence et le risque de dépression, d'abus de substances, de tentatives de suicide, d'infections sexuellement transmissibles et de comportements sexuels à risque (Norman et al., 2012).

Globalement le risque serait encore plus important pour la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, le trouble de la personnalité borderline et l'abus de substances. Chez les individus avec un passé d'ACE, les troubles se développent plus tôt dans la vie, sont plus sévères, peuvent s'accompagner de comorbidités et atteignent certaines limites dans les prises en charge (Herzog & Schmahl, 2018).

**On voit que les comportements à risque tels que fumer, consommer de l'alcool et d'autres substances psychoactives sont plus fréquents parmi cette population et notamment durant des périodes considérées à risque comme à l'adolescence et pendant la grossesse (Kalmakis & Chandler, 2014).**

Dans l'une des rares études portant spécifiquement sur le lien entre ACE et consommation tabagique, Anda et ses collaborateurs (1999) indiquent que 63% de son échantillon\* a déclaré avoir subi au moins un type d'événement stressant durant leur enfance (\*n= 9215 adultes, dont la moyenne d'âge était de 55 ans pour les femmes et 58 ans pour les hommes). Les résultats de leur étude laissent apparaître une relation importante et progressive entre le nombre d'ACE reporté et le comportement tabagique. Cela signifie qu'une personne ayant vécu de multiples expériences néfastes durant son enfance (5 et + en se basant sur le questionnaire de Felitti) avait un comportement tabagique plus précoce, plus fréquent et plus important. Les auteurs constatent également que le pourcentage de participants qui déclaraient s'être senties déprimées et tristes au cours de l'année passée se révélait plus élevé chez les fumeurs que les non-fumeurs et augmentait avec le nombre d'ACE (Anda et al., 1999).

Le lien entre les ACE et ses conséquences sur le plan somatique et psychique a fait l'objet de multiples études, mais il existe des manques en ce qui concerne les mécanismes explicatifs qui sous-tendent ce lien. La prochaine partie y sera consacrée.

### ***III. Quels sont les mécanismes explicatifs sous-jacents ?***

#### ***1. Le développement « normal » du cerveau chez le jeune adulte***

Le cortex préfrontal est une zone du cerveau particulièrement évoluée et sollicitée chez l'homme qui se situe à l'avant du cerveau (*INSHEA*, s. d.). La prise de décision, le contrôle exécutif et le raisonnement sont des compétences propres au cortex préfrontal. Cette région intervient également dans le contrôle rationnel des émotions et des impulsions provenant de l'amygdale qui constitue le centre de nos émotions.

Alors que l'amygdale est fonctionnel dès la naissance, le cortex préfrontal est la dernière partie du cerveau atteignant sa pleine maturité après l'âge de 20 ans (*INSHEA*, s. d.). Cette découverte a permis d'apporter un éclairage sur les comportements à l'œuvre à l'adolescence qui tendent à être caractérisés par une impulsivité excessive, une recherche de sensations et un engagement dans des conduites à risques. Une des hypothèses explicatives renvoie à la présence d'un déficit du contrôle cognitif due à l'immaturité du cortex préfrontal qui permettrait au système limbique et au système de récompense d'être des systèmes prédominants durant cette période (Dayan & Guillery-Girard, 2011).

La maturation du cortex préfrontal va de pair avec le développement des fonctions exécutives qui sont des compétences cognitives d'une importance fondamentale car elles nous permettent d'agir de façon organisé et contrôlé pour atteindre un but. Les scientifiques en évoquent trois qui seraient essentielles : la mémoire de travail (retenir et organiser les informations), le contrôle inhibiteur (inhiber les distractions pour rester concentrer sur nos tâches, contrôler nos émotions et impulsions) et la flexibilité cognitive (ajuster nos stratégies et nos actions dès que cela s'avère nécessaire). (Alvarez, s. d.). Le fait d'avoir une bonne mémoire de travail, une bonne maîtrise de nous-mêmes et d'être capable de flexibilité nous permet de fonctionner dans ce monde doté de complexités (Alvarez, s. d.). Les fonctions exécutives nous rendent capable d'adapter notre comportement face à des situations nouvelles et dans différents contextes mais également de l'ajuster selon nos besoins et les buts que nous poursuivons (Volle & Levy, 2014).

Ces compétences étant encore en développement chez les jeunes adultes (âge intermédiaire entre l'adolescence et l'âge adulte), ces derniers sont plus enclins que les

adultes à faire preuve d'impulsivité dans leurs décisions et donc davantage susceptibles d'adopter des comportements problématiques comme fumer, consommer de l'alcool ou d'autres drogues ou prendre des risques au niveau sexuel.

Alors que certains auteurs indiquent que les jeunes adultes restent encore sensibles à la récompense et au plaisir immédiat par rapport aux adultes (Mizrahi, 2018), d'autres auteurs ont mis en évidence que les jeunes adultes seraient plus attentifs aux coûts par comparaison aux adolescents (Cauffman et al., 2010). C'est donc que le cortex préfrontal suit son chemin pour arriver doucement à maturité.

Comme nous l'avons vu, le cortex préfrontal joue un rôle prédominant dans la régulation des émotions et des impulsions. Comme différentes structures du cerveau, son fonctionnement peut être altéré chez des enfants et adolescents ayant été soumis à d'importants facteurs de stress dans leur environnement.

Cette prochaine partie s'attachera à exposer les différents impacts du stress précoce et chronique de l'enfant sur le cerveau et sur les fonctions cognitives et affectives et aura pour objectif d'exposer les différences qui peuvent exister chez enfant et un adulte (ou jeune adulte) ayant vécu des événements à caractère traumatique durant son enfance.

## ***2. Les effets du stress précoce sur le développement du cerveau et les fonctions cognitives et affectives***

Lorsque que l'enfant se retrouve malgré lui exposé à des événements stressants qui dépasse ses ressources adaptatives et sa capacité de faire face, il est alors soumis à des phases de stress intenses, prolongées et répétées (Pechtel & Pizzagalli, 2011).

Alors que le stress aigu est adaptatif, le stress chronique conduit à une sur-activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ce stress précoce vient mettre à mal l'équilibre psychique de l'enfant et altérer le développement de son cerveau. Il produit des conséquences physiologiques et neurobiologiques notables et entraîne des changements profonds et durables dans différentes régions et circuits du cerveau (Anda et al., 2006) (Pechtel & Pizzagalli, 2011).

Il a été démontré que les ACE peuvent affecter l'intégrité de plusieurs régions cérébrales, dont le cortex préfrontal, l'hippocampe, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur, le corps calleux et le cervelet (Hart & Rubia, 2012).

Malgré des résultats parfois contradictoires, certaines études rapportent des altérations cérébrales chez des individus maltraités (soit auprès d'enfants, soit auprès d'adultes donc à posteriori). On retrouve des déficits dans le volume du cortex frontal, de l'hippocampe, de l'amygdale, du corps calleux, du cortex cingulaire antérieur, du cervelet ainsi que des anomalies de la substance blanche. Certaines altérations sont susceptibles d'être liées au syndrome de stress post traumatique engendré par le vécu de ces événements difficiles. Enfin, ce qu'on peut également observer est la présence de dysfonctionnements au niveau de la connectivité neuronale affectant la communication entre les différentes aires cérébrales (Hart & Rubia, 2012).

Il a été admis que différents facteurs comme le type et la fréquence des violences et des négligences ainsi que l'âge de l'enfant lorsque l'(les) événement(s) est ou (sont) survenu(s) interviendraient dans la nature de ces séquelles. Par exemple, une étude d'Andersen et ses collaborateurs montrent qu'au sein d'une population de femmes ayant subi des abus sexuels entre 3 et 5 ans était associé un rétrécissement du volume de l'hippocampe alors celles en ayant été victimes entre 9 et 10 ans et 11 et 14 ans présentaient des anomalies au niveau du corps calleux et du cortex préfrontal (Pechtel & Pizzagalli, 2011).

Il reste encore beaucoup d'étapes à franchir pour comprendre comment les ACE impactent le développement des régions cérébrales et des circuits neuronaux et les répercussions affectives et cognitives qui sont associées à ces séquelles, mais les résultats obtenus par les chercheurs sont plus qu'encourageants.

Sur le plan cognitif, des études comparatives ont mis en évidence des différences significatives au niveau du quotient intellectuel et des capacités cognitives chez les enfants traumatisés souffrant ou non d'un syndrome post-traumatique et institutionnalisés. On retrouve des difficultés de langage, de mémoire, d'apprentissage ainsi que des déficits de l'attention.

On observe également un dysfonctionnement des fonctions exécutives (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Une revue de la littérature faisant la synthèse des résultats de 36 études portant sur les ACE et les fonctions exécutives, a été conduite par Lund et ses collaborateurs (2020). Des difficultés d'attention, de mémoire de travail, de flexibilité cognitive et du contrôle inhibiteur ont été retrouvés dans plusieurs des études. Hogdon et ses collaborateurs (2018) font état d'une altération des processus métacognitifs et d'une faible régulation comportementale (e.g. cette dernière renvoie à la capacité d'un individu à moduler de façon appropriée ses réponses émotionnelles et comportementales et comprend les fonctions d'inhibition, de flexibilité, de contrôle émotionnel et de contrôle de soi) (Lund et al., 2020).

Du point de vue affectif, il ressort que :

- Le système dopaminergique directement impliqué dans le traitement des récompenses apparaît dysfonctionnel chez les adultes maltraités. Une étude longitudinale menée par Dillon et ses collaborateurs (2009) soutient ce constat en observant une baisse de l'activité des noyaux gris centraux avec une moindre réactivité lors de la phase d'anticipation d'une récompense (par ex. un gain d'argent). On ne retrouve pas les mêmes conclusions à la réception de la récompense. D'après les auteurs, cette faible réactivité aux signaux annonciateurs d'une récompense pourrait être lié à deux séquelles, soit un comportement anhédonique, soit un comportement compensatoire (recherche de récompense). Le dérèglement de ce système peut accroître le risque d'abus de substance (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Vis-à-vis de la dépendance au tabac, Pechtel & Pizzagalli (2011) en s'appuyant sur le travail de Kenny et Markou (2006) proposent l'hypothèse qui suit : « Étant donné que la nicotine est un puissant modulateur du système de récompense du cerveau (Kenny & Markou, 2006), il est possible que la consommation de tabac soit une tentative d'automédication pour améliorer les symptômes anhédoniques » (Pechtel & Pizzagalli, 2011).
- Le rôle que prend le cortex préfrontal et le cortex cingulaire antérieur a été reconnu comme primordial dans la régulation des émotions. De plus, chez des enfants non maltraités, une bonne régulation des émotions désagréables est liée à une activité plus ralentie de l'amygdale (Pechtel & Pizzagalli, 2011). L'amygdale a une fonction essentielle

pour notre survie car cette région du cerveau nous permet d'identifier et de répondre à la menace (McCrorry et al., 2017). Ce qu'on observe chez les enfants maltraités est une amygdale plus importante en terme de volume associé à une réactivité émotionnelle accrue face à des stimuli négatifs. D'autres études montrent des altérations dans un groupe de régions et de circuits cérébraux associé à la régulation des émotions et au contrôle exécutif, à savoir l'amygdale, le cortex préfrontal latéral et le cortex cingulaire antérieur. Des altérations ont également été repérés dans le cortex préfrontal dorsolatéral (régulation cognitive des affects) et l'hippocampe (réponse au stress) (McCrorry et al., 2017). Chez ces enfants, se développent d'importants problèmes dans la régulation de leurs émotions qui perdurent dans le temps même lorsque les personnes ne sont plus en contact avec l'environnement défaillant et insécurisant (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Une méta-analyse a décelé une hyperactivité de l'amygdale face à des stimuli émotionnels chez des adultes maltraités. Le gyrus temporal supérieur, le gyrus parahippocampique et l'insula était également hyperactivé (Hein & Monk, 2017). Toutes ces parties du cerveau font partie du système limbique qui constitue notre cerveau émotionnel. On a constaté que le dérèglement de l'amygdale et de l'insula antérieure serait impliqué dans le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété, les troubles de l'humeur, le trouble de la personnalité borderline et l'addiction (→ ce qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de ce travail) (McCrorry et al., 2017). Le risque de souffrir de troubles est important chez les individus maltraités (Herzog & Schmahl, 2018).

Nous allons à présent nous centrer plus spécifiquement sur la dysrégulation des émotions et les études qui ont été menées à ce sujet.

#### *IV. La dysrégulation des émotions*

Une régulation émotionnelle inadaptée pourrait partiellement expliquer le comportement d'abus de substances chez des individus ayant été confrontés à des ACE. Les rares études existantes à ce sujet sont celles de Wolff et ses collaborateurs (2016), Espeleta et ses collaborateurs et De La Torre (2020) (Wolff et al., 2016) (Espeleta et al., 2018) (De La Torre, 2020).

La régulation émotionnelle renvoie aux « processus que les individus emploient pour influencer quelles émotions ils ont, quand ils les ont et comment ils les éprouvent et expriment » (Krauth-Gruber, 2009). Elle concerne les stratégies que les personnes mettent en œuvre afin d'accroître, maintenir ou diminuer l'intensité d'émotions agréables ou désagréables (Philippot, 2011). Les processus de régulation émotionnelle peuvent être soit contrôlés, soit automatiques (Korb, 2019).

Cependant, comme le précisent Anne et ses collaborateurs (Anne et al., 2016), « à force d'être répétés, ces processus s'automatisent car peu coûteux en terme de ressources investies [...]. Avec les sujets addicts, cette automatisation peut être néfaste à l'individu du fait qu'elle rend tout changement dispendieux et difficile » (Anne et al., 2016).

Il a été suggéré que les personnes ayant le plus de mal à gérer leurs émotions sont celles qui présentent une réactivité émotionnelle élevée et des capacités de régulation faibles. Bradley et ses collaborateurs présupposent qu'un déficit de la régulation émotionnelle serait liée à une difficulté à affronter les émotions négatives (Anne et al., 2016).

Les individus avec un passé d'adversité sont plus susceptibles de connaître des niveaux importants de dérégulation émotionnelle et donc plus enclins à user de stratégies inadaptées et à présenter des comportements impulsifs pour faire face aux émotions intenses (positives et négatives) qui les traversent (Espeleta et al., 2018) (De La Torre, 2020).

Le faible degré de contrôle qu'un individu a sur ses réponses émotionnelles, son impulsivité et ses tendances à l'évitement conduisent à un risque accru de recourir de façon répétée à des stratégies dysfonctionnelles comme l'usage de substances psychoactives en vue d'atténuer ou d'éviter des affects négatifs (Anne et al., 2016).

Non seulement, les ACE peuvent causer des difficultés dans la capacité à gérer et contrôler ses émotions mais en plus, ce que l'on retrouve dans la littérature, c'est que la dérégulation des émotions va influencer l'usage de substances et maintenir la personne dans son comportement addictif (Anne et al., 2016).

D'ailleurs, chez les jeunes adultes, la recherche a démontré qu'un score plus élevé d'ACE est associé à un risque accru d'adopter des comportements délétères pour la santé et de présenter des problématiques d'abus de substances persistant à l'âge adulte (Espeleta et al., 2018) (De La Torre, 2020). Or, l'addiction est à l'origine de nombreuses difficultés dans la vie d'un individu (problèmes de santé, d'ordre personnels, sociaux, familiaux, financiers, etc.).

Encore très peu d'études ont exploré ce lien entre ACE, dérégulation des émotions et abus de substances mais les premières études apparaissent prometteuses. Suite aux résultats de son étude, De La Torre (2020) préconise d'aider les étudiants avec un passé d'adversité à comprendre la façon dont les ACE et la dérégulation des émotions influencent leurs comportements à risque. Elle recommande également d'évaluer de manière plus systématique les compétences d'autorégulation émotionnelle et de mettre à disposition des interventions adaptées pour les développer et les renforcer dans le but de prévenir l'installation de comportements addictifs chez les jeunes adultes (i.e. population d'étudiants dans le cadre de sa recherche) (De La Torre, 2020).

En conclusion, il apparaît nécessaire d'outiller les personnes avec un passé de maltraitance afin qu'elles parviennent à mieux gérer leurs émotions et à davantage maîtriser leurs impulsions et qu'elles puissent disposer de stratégies plus saines et moins dysfonctionnelles lorsqu'elles sont en proie à des ressentis intenses et envahissants.

La dernière partie de ce cadre théorique sera consacrée aux enjeux de la période de vie du jeune adulte et aux différentes recherches investiguant l'usage de substances psychoactives chez de jeunes adultes ayant été confrontés à des événements de nature traumatique durant l'enfance.

## ***V. Les spécificités de la période de vie du jeune adulte, la consommation de substances et la polyconsommation chez les jeunes adultes avec un passé d'adversité***

La période entre la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte a été reconnue comme une étape à part entière dans le développement de l'individu (Arnett, 2000). Arnett (2000) est l'un des premiers auteurs à avoir théoriser cette passerelle entre la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte, qu'il nomme « l'émergence de l'âge adulte » (Arnett, 2000).

Cette phase est considérée comme critique par les chercheurs car elle oriente les trajectoires futures et le devenir en tant qu'adulte. La littérature scientifique situe généralement cette période entre l'âge de 18 et 25 ans, mais plusieurs auteurs considèrent désormais que le passage à l'âge adulte arriverait vers l'âge de 29 ans voire 30 ans (N.B : cela semble principalement lié aux nombreuses évolutions sociales que nous avons connues ces dernières décennies).

On constate durant cette étape de vie que les jeunes adultes sont confrontés à d'importantes transitions et font face à de nombreux remaniements dans leur vie (e.g. quitter le domicile parental, faire des études, trouver un travail, devenir indépendant financièrement, etc).

Comme le spécifient Wendland et ses collaborateurs (2016) dans leur article, les ruptures avec la vie d'enfant, le doute et la peur d'échouer dans la vie d'adulte, les nombreux changements identitaires qui marquent cette période de la vie, sont autant de facteurs de vulnérabilité qui les rendent particulièrement enclins à adopter des comportements à risque (Wendland et al., 2016).

Le risque est décuplé chez les jeunes adultes avec un passé d'adversité durant l'enfance. Wendland et ses collaborateurs (2016) admettent que « quelque que soit l'âge auquel l'enfant ou l'adolescent a subi de la maltraitance, et qu'elle qu'en soit la forme, l'individu aura une plus forte probabilité de consommer des substances licites et illicites entre 18 et 25 ans ».

En outre, ils précisent que « la plupart des jeunes ayant subi une forme de maltraitance ont plus de risques de développer des polyconsommations, et ce notamment au début de l'âge

adulte » (Wendland et al., 2016). On observe d'ailleurs, suite aux résultats du Baromètre Santé Jeunes (2013), qu'il existe un pic de polyconsommation entre 20 et 26 ans (Beck & Richard, 2013, cité dans Wendland et al., 2016).

D'après les études citées dans la revue de littérature de Wendland et ses collaborateurs (2016), il apparaît que :

- Une étude prospective a montré que les violences physiques, sexuelles et psychologiques et la négligence augmentait le risque d'usage de substances psychoactives chez le jeune adulte (Smith et al., 2005).
- Les résultats d'une autre étude ont mis en évidence qu'un passé d'adversité dans l'enfance était significativement lié à une consommation accrue d'alcool et de cannabis chez les étudiants (Longman-Mills et al., 2013).
- Dans une étude longitudinale et rétrospective, les jeunes adultes qui ont subi des maltraitances physiques dans leur enfance étaient 96% à présenter des problématiques d'abus de substances (drogues illicites) (Huang et al., 2011).
- Dans une autre recherche, on observe que des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance chez des jeunes femmes adultes est associée à un risque significativement accru de dépendance à la nicotine et l'alcool (Nelson et al., 2002).
- Une autre étude rétrospective a retrouvé une association forte et significative entre le fait d'être confronté durant l'enfance ou l'adolescence à de multiples et de graves abus et l'initiation précoce au tabagisme (avant l'âge de 14 ans) (Jun et al., 2008). Or, ce que l'on constate est que la précocité de l'expérimentation tabagique est un facteur prédictif de l'installation de la consommation et de la sévérité de la dépendance (Beck et al., 2007). On observe que les adolescents qui ont expérimentés très tôt le tabac sont pour une grande majorité les adolescents qui fumeront des cigarettes quotidiennement lorsqu'ils seront de jeunes adultes (NCCDPHP(US) Office on Smoking and Health, 2014).

- Enfin, une étude australienne a montré que « les conséquences pour les jeunes adultes seraient plus sévères lorsque la maltraitance commence tôt dans leur vie ou se poursuit à l'adolescence que lorsqu'elle débuté plus tôt dans leur vie et qu'elle ne s'est pas poursuivie » (Stewart et al., 2008).

Dans le cadre de ce mémoire, l'objectif sera (1) d'explorer l'implication de l'histoire traumatique dans l'enfance et (2) de facteurs de vulnérabilité psychologique dans l'abus du tabac et d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis et autres drogues illicites) parmi les jeunes adultes. Plus précisément, elle vise à examiner le rôle que peut jouer la régulation émotionnelle.

## *Hypothèses*

Au regard de l'objectif de cette recherche, les hypothèses testées seront les suivantes :

- 1) Les jeunes adultes fumeurs seront significativement plus nombreux à reporter avoir subi des maltraitances durant leur enfance par comparaison à de jeunes adultes non-fumeurs.
- 2) Les difficultés de régulation émotionnelle seront significativement plus importantes chez les jeunes adultes fumeurs par comparaison aux non-fumeurs.

Parmi la population des jeunes adultes fumeurs :

- 3) Les jeunes adultes fumeurs ayant des problématiques évidentes ou en émergence liés à d'autres consommations seront significativement plus nombreux à reporter des maltraitances durant leur enfance par comparaison à de jeunes adultes fumeurs qui ne présentent pas de problématiques en lien avec d'autres types de consommations.
- 4) Les difficultés de régulation émotionnelle seront significativement plus importantes chez les jeunes adultes ayant des problématiques évidentes ou en émergence liés à d'autres consommations par comparaison à de jeunes adultes fumeurs qui ne présentent pas de problématiques en lien avec d'autres types de consommations.
- 5) Les maltraitances subies durant l'enfance et la difficulté dans la régulation des émotions seront associées positivement à la fréquence et à l'intensité de la consommation tabagique et à la sévérité de la dépendance ainsi qu'à une consommation problématique avec d'autres types de produits parmi les jeunes adultes fumeurs.

## ***Méthodologie***

### *Type d'étude*

Cette étude emploie une méthodologie quantitative via la passation de différentes échelles.

### *Population*

L'étude a porté sur une population de jeunes adultes tout-venant. Le seul critère d'inclusion était d'être âgé entre 18 et 29 ans car cette tranche d'âge correspond à la période de vie du jeune adulte dans la littérature. Les participants qui ont répondu au questionnaire en ayant indiqué avoir un âge supérieur à 29 ans ont été exclus de l'analyse de nos résultats.

Les participants ont été majoritairement recrutés à distance via les réseaux sociaux. Pour garantir la confidentialité et l'anonymat, aucune donnée permettant d'identifier les participants n'a été recueillie. Avant de répondre aux questions, les participants qui acceptaient de prendre part à l'étude ont pu prendre connaissance de la lettre d'information placée en page d'introduction du questionnaire.

### *Recueil des données et outils de mesure*

Les participants pouvaient soit choisir de répondre en ligne, soit demander à répondre au questionnaire lors d'un entretien téléphonique. Tous les participants ont choisi de participer à l'étude en répondant aux questions en ligne. Les participants ont répondu à des questions portant sur les données socio-démographiques (âge, genre, situation professionnelle, etc.), le comportement tabagique, l'usage d'autres substances psychoactives et les variables étudiées en lien avec ces consommations (e.g. événements négatifs vécus dans l'enfance et régulation des émotions) (voir annexe 1). L'ensemble des données a été recueillie à l'aide du logiciel Google Forms.

→ Les échelles présentées ci-dessous ont été proposées aux participants :

Variable	Échelle	Validation	Items	Sous-dimensions	Score et interprétation
Les maltraitances subies durant l'enfance	Adverse Childhood Experience Questionnaire	Felitti et al., 1998 (Felitti et al., 1998)	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violences émotionnelles (1 item)</li> <li>- Violences physiques et sexuelles (2 items)</li> <li>- Négligences physiques et émotionnelles (2 items)</li> <li>- Parent alcoolique ou toxicomane (1 item)</li> <li>- Mère victime de violences (1 item)</li> <li>- Membre de la famille en prison (1 item)</li> <li>- Membre de la famille atteint d'une maladie mentale (1 item)</li> <li>- L'absence d'un parent après le divorce, un décès ou un abandon (1 item)</li> </ul>	Le questionnaire ACE permet d'évaluer le nombre total d'expériences négatives vécues durant l'enfance.
La régulation émotionnelle	Difficulties in Emotion Regulation Scale – French version (DERS-F)	Dan-Glauser et Scherer, 2013 (Dan-Glauser & Scherer, 2013)	36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de conscience émotionnelle (6 items)</li> <li>- Manque de clarté émotionnelle (5 items)</li> <li>- Difficultés à contrôler les comportements impulsifs (6 items)</li> <li>- Manque d'acceptation émotionnelle (6 items)</li> <li>- Difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives (5 items)</li> <li>- Accès limité à des stratégies de régulation des émotions (8 items)</li> </ul>	Plus le score est élevé, plus le sujet présente des difficultés dans la régulation de ses émotions. Le score global varie de 36 à 180.
La consommation de tabac	Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)	Heatherton et al., 1991 (Heatherton et al., 1991)	6		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-2 : pas de dépendance</li> <li>▪ 3-4 : dépendance faible</li> <li>▪ 5-6 : dépendance moyenne</li> <li>▪ 7-10 : dépendance forte</li> </ul>
La consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues illicites	Dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents (DEP-ADO)	Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron et Brunelle, 2004 (Landry et al., 2004) (Bernard et al., 2005)	6		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-13 : aucun problème évident</li> <li>▪ 14-19 : Problème en émergence</li> <li>▪ 20 et + : Problème évident</li> </ul>

### Analyse des données

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel de statistiques open-source JAMOVI (version 1.6.23). Des analyses uni-variées ont été effectuées pour décrire les caractéristiques de notre échantillon (variables sociodémographiques, etc.). Ci-dessous, le tableau précisant les tests statistiques qui ont été effectués pour chaque hypothèse :

<b>Hypothèse</b>	<b>Test statistique</b>
H1	TEST T
H2	TEST T
H3	ANOVA
H4	ANOVA
H5	CORRELATION
H6	REGRESSION LINEAIRE
H7	REGRESSION LINEAIRE

## ***Résultats***

Les résultats obtenus suite aux réponses apportées par nos participants à notre questionnaire en ligne seront décrits dans cette partie, cela nous conduira à confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ.

### Les caractéristiques de l'ensemble des participants :

- Au total, 48 participants ont pris part à l'étude. La moyenne d'âge est de 23,8 ans. Le participant le moins âgé a 18 ans, le plus âgé a 29 ans.
- L'échantillon est composé en majorité de femmes. Elles sont 35 à avoir participé à l'étude, contre 11 hommes. 2 personnes ont été déclarés « genderfluid » et « autre » à la question concernant le genre.
- 50% des participants ont déclaré être étudiants, 14 participants ont un emploi à temps plein, 5 ont un emploi à temps partiel et 2 sont sans emploi.

### Le comportement tabagique :

- 20 participants ont déclaré fumer quotidiennement, et 28 n'ont jamais fumé.
- La moyenne d'âge de la première cigarette parmi les fumeurs quotidiens est 14,8 ans. L'âge minimum de la première cigarette est 11 ans, l'âge maximum est 18 ans.
- L'âge moyen de début de la consommation quotidienne est 17,3 ans. L'âge minimum est 14, l'âge maximum est 26 ans.
- Le participant qui fume depuis le plus longtemps fume depuis 15 ans. Le participant qui fume depuis le moins longtemps fume depuis 1 an. La moyenne est de 7,89 ans.

- Parmi les 20 consommateurs quotidiens de cigarettes, 10 participants ont déclaré en fumer 10 ou moins par jour et 10 ont répondu en fumer 11 à 20 par jour.
- D'après les résultats au test de Fagerström, le niveau moyen de dépendance à la nicotine chez nos fumeurs quotidiens est 2,65 (=dépendance faible). Le minimum est 0 (absence de dépendance), le maximum est 7 (=dépendance forte).

La fréquence de consommation d'autres substances psychoactives :

- Dans l'ensemble de l'échantillon (n=48), à la question 1 de la grille DEP-ADO « au cours de 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? », les participants sont :
  - 18,8% (n=9) à consommer de l'alcool trois fois et plus par semaine ;
  - 10,4% (n=5) à consommer du cannabis tous les jours ;
  - 14,6% (n=7) à prendre de la cocaïne, 10,4% (n=5) des hallucinogènes, 4,2% (n=2) des amphétamines ou du speed à l'occasion.
- A la question 2a de la grille DEP-ADO « au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? » (1 fois par semaine pendant un mois) :
  - 26 (54,2%) participants ont répondu « oui »
  - 22 (45,8%) ont répondu « non »
- Lorsque nous avons demandé aux participants de préciser quel(s) type(s) de produits :
  - 20 ont indiqué de l'alcool, 10 du cannabis, 1 de la cocaïne, 1 de la colle/du solvant, 2 des hallucinogènes, 2 des amphétamines/du speed et 2 des médicaments de type barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin,

- A la question 2b de la grille DEP-ADO « à quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool / une ou des drogues ? » :
  - La moyenne d'âge pour l'alcool est 17,7 ans. L'âge minimum est 15 ans, l'âge maximum est 26 ans.
  - La moyenne d'âge pour les autres drogues est 17,5. L'âge minimum est 14 ans, l'âge maximum est 22 ans.

#### Les différents profils issus des résultats à la grille DEP-ADO :

D'après la grille d'interprétation des résultats au questionnaire DEP-ADO évaluant les consommations problématiques avec l'alcool et d'autres drogues :

- Sur les 20 fumeurs, 13 fumeurs (soit 65% du groupe des fumeurs) ont un problème évident avec d'autres types de produits et 4 fumeurs (soit 20%) ont un problème en émergence.
- Sur les 28 non-fumeurs, 21 non-fumeurs (soit 75% du groupe des non-fumeurs) n'ont aucun problème évident avec d'autres types de produits.

#### Les événements négatifs vécus durant l'enfance :

En tenant compte des participants qui n'ont pas souhaité répondre à certaines des questions du questionnaire ACE, au sein de notre échantillon :

- 34% (n=16) évoquent des violences psychologiques ; 17% (n=8) des violences physiques ; 10,4% (n=5) des violences physiques à leur encontre de la part de leur mère ou de leur belle-mère ; 10,4% (n=5) des abus sexuels.
- 31,9% (n=15) évoquent des négligences sur le plan affectif ; 35,4% (n=17) des participants ont vu leurs parents divorcer ou se séparer avant l'âge de leurs 18 ans. Une seule personne a évoqué des négligences envers ses besoins de base (alimentaires, physiques, médicaux...).

- Les participants sont 23,4% (n=11) à avoir vécu avec un parent ou un adulte à la maison dépendant à l'alcool ou souffrant de toxicomanie ; 44,7% (n=21) avec parent ou un adulte à la maison souffrant d'une dépression ou d'une maladie mentale ou ayant tenté de se suicider. Une seule personne a déclaré qu'un membre de son foyer familial a été en prison.

Concernant les hypothèses de cette étude :

- **H1 : Les jeunes adultes fumeurs seront significativement plus nombreux à reporter avoir subi des maltraitances durant leur enfance par comparaison à de jeunes adultes non-fumeurs.**

*Tableau 1 : différence entre les fumeurs quotidiens et non-fumeurs concernant le score ACE*

	<b>Statut tabagique</b>	<b>N</b>	<b>Moyenne</b>
<b>ACE_total</b>	Je fume quotidiennement	20	2,80
	Je n'ai jamais fumé	28	1,57

  

<b>Test-T</b>	<b>Différence de moyenne</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	1,23	2,17	0,035

Dans notre échantillon, nous observons une différence par rapport au score total d'ACE entre les fumeurs quotidiens ( $\bar{X} = 2,80$ ) et les non-fumeurs ( $\bar{X} = 1,57$ ). Les fumeurs quotidiens ont déclaré avoir vécu davantage d'événements négatifs durant leur enfance que les non-fumeurs.

La différence entre les moyennes est de 1,23. Le test de Student nous permet de dire que cette différence est significative ( $t=2,17$ ) avec  $p>0,05$ .

**Nous pouvons conclure sur le fait que les fumeurs quotidiens ont un score d'ACE significativement plus élevé par rapport aux non-fumeurs.**

Analyses complémentaires :

- Dans notre échantillon, nous observons une différence significative entre les fumeurs quotidiens et non-fumeurs concernant les « violences physiques » ( $P=0,042$ ) et la « séparation des parents » ( $P=0,0002$ ).

- **H2 : Les difficultés de régulation émotionnelle seront significativement plus importantes chez les jeunes adultes fumeurs par comparaison aux non-fumeurs.**

*Tableau 2 : différence entre les fumeurs quotidiens et non-fumeurs concernant le score total de régulation émotionnelle*

	<b>Statut tabagique</b>	<b>N</b>	<b>Moyenne</b>
<b>DERS</b>	Je fume quotidiennement	20	90,1
	Je n'ai jamais fumé	28	84,8

  

<b>Test-T</b>	<b>Différence de moyenne</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	5,31	0,708	0,483

A première vue, nous observons une différence concernant la moyenne à l'échelle de régulation émotionnelle entre les fumeurs quotidiens ( $\bar{X} = 90,1$ ) et les non-fumeurs ( $\bar{X} = 84,1$ ).

La différence de moyenne est de 5,31. Le test de Student nous permet de dire que cette différence n'est pas significative ( $t=0,708$ ) avec  $p>0,05$ .

Nous ne pouvons pas conclure sur le fait que les difficultés de régulation des émotions sont plus importantes chez les fumeurs quotidiens par rapport aux non-fumeurs.

#### Analyses complémentaires :

- Dans notre échantillon, nous observons aucune différence significative entre les fumeurs quotidiens et non-fumeurs aux sous-échelles de la DERS (clarté, conscience, impulsion, non-acceptation, but et stratégies).

- **H3 : Les jeunes adultes fumeurs ayant des problématiques évidentes ou en émergence liées à d'autres consommations seront significativement plus nombreux à reporter des maltraitances durant leur enfance par comparaison à de jeunes adultes fumeurs qui ne présentent pas de problématiques en lien avec d'autres types de consommations.**

Les variables sont les suivantes :

- Le score total à l'échelle DEP-ADO (DEpistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents) permettant de classifier les participants en trois groupes : aucun problème de consommation (score de 13 ou moins), problème en émergence (entre 14 et 19) et problème évident (20 et plus).
- Le score total d'ACE

*Tableau 3 : différence entre les trois groupes issus de la DEP-ADO et le score total d'ACE chez les fumeurs quotidiens*

<b>ANOVA</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	0,640	0,54

<b>Post Hoc Tests</b>	<b>Différence de moyenne</b>	<b>Ptukey</b>
Aucun problème – problème en émergence	-1,917	0,576
Aucun problème – problème évident	-1,667	0,554
Problème en émergence – problème évident	0,250	0,983

Les différences parmi les trois groupes (aucun problème, problème en émergence, problème évident) concernant le score d'ACE ne sont pas significatives avec  $F=0,640$  et  $p>0,05$ .

- **H4 : Les difficultés de régulation émotionnelle seront significativement plus importantes chez les jeunes adultes ayant des problématiques évidentes ou en émergence liées à d'autres consommations par comparaison à de jeunes adultes fumeurs qui ne présentent pas de problématiques en lien avec d'autres types de consommations.**

Les variables sont les suivantes :

- Le score total à l'échelle DEP-ADO permettant de classier les participants en trois groupes : aucun problème (score de 13 ou moins), problème en émergence (entre 14 et 19) et problème évident (20 et plus).
- Le score total de difficultés de régulation émotionnelle (DERS)

*Tableau 4 : différence entre les trois groupes issus de la DEP-ADO et le score total de difficultés de régulation émotionnelle chez les fumeurs quotidiens*

<b>ANOVA</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	2,14	0,148

<b>Post Hoc Tests</b>	<b>Différence de moyenne</b>	<b>Ptukey</b>
Aucun problème – problème en émergence	-43,8	0,139
Aucun problème – problème évident	-31,3	0,227
Problème en émergence – problème évident	12,4	0,729

Les différences parmi les trois groupes (aucun problème, problème en émergence, problème évident) concernant le score total de difficultés de régulation émotionnelle ne sont pas significatives avec  $F=2,14$  et  $p>0,05$ .

- **H5 : Les maltraitances subies durant l'enfance et la dysrégulation émotionnelle seront associées positivement à la fréquence et à l'intensité de la consommation tabagique et à la sévérité de la dépendance ainsi qu'à une consommation problématique avec d'autres types de produits parmi les jeunes adultes fumeurs.**

Au sein de notre échantillon, nous ne retrouvons aucune corrélation significative entre les ACE, les difficultés de régulation des émotions, la fréquence et l'intensité de la consommation tabagique, la sévérité de la dépendance à la nicotine et une consommation problématique avec d'autres types de produits.

*Tableau 5 : Lien entre les ACE, les difficultés de régulation émotionnelle, la fréquence et l'intensité de la consommation tabagique, la sévérité de la dépendance et une consommation problématique avec d'autres types de produits*

		Scoretotal_ders	Ace_total	nbcigarettesparjour	SommeFag	Total_depado
Scoretotal_ders	Pearson's r	—				
	p-value	—				
Ace_total	Pearson's r	0.318	—			
	p-value	0.171	—			
nbcigarettesparjour	Pearson's r	-0.007	-0.382	—		
	p-value	0.977	0.097	—		
SommeFag	Pearson's r	0.036	-0.155	0.832	***	—
	p-value	0.880	0.514	< .001	—	
Total_depado	Pearson's r	-0.210	-0.110	-0.212	-0.358	—
	p-value	0.373	0.643	0.369	0.122	—

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

- **Comparaison du score total DEP-ADO selon le statut tabagique\*profil DEP-ADO :**

Une analyse de la variance et un test post-hoc ont été effectués. Nous observons une différence significative entre le groupe des fumeurs ayant des problèmes évidents avec d'autres types de consommations et le groupe des non-fumeurs n'ayant pas de problème avec d'autres types de produits.

La différence de moyenne de  $-39,23$  nous permet de dire que cette différence est significative avec  $p < 0,01$ .

La prochaine partie sera l'occasion d'apporter des éléments de réflexion en s'appuyant sur les résultats que nous avons obtenus et la littérature.

## *Discussion*

Dans le cadre de notre travail, notre objectif était d'étudier le rôle des événements négatifs vécus durant l'enfance et de la dérégulation émotionnelle dans le comportement tabagique et l'usage d'autres substances psychoactives dans une population de jeunes adultes fumeurs quotidiens.

### **1. Le rôle des expériences négatives de l'enfance dans le comportement tabagique**

Dans notre recherche, le score total d'ACE est apparu significativement plus élevé chez les fumeurs par comparaison aux non-fumeurs. Ce résultat signifie que les fumeurs (n=20) ont reporté avoir vécu davantage d'expériences négatives durant leur enfance par rapport aux non-fumeurs (n=28). Ce résultat confirme, comme le suggéraient déjà des études de plus grande ampleur, l'importance de prendre cette dimension en compte.

Contrairement à ce que nous avons supposé, nous n'avons pas retrouvé de liens significatifs entre le score total d'ACE et la fréquence de la consommation tabagique et la sévérité de la dépendance au sein de notre population de fumeurs.

De précédentes études ont entrepris d'analyser la relation entre les ACE et le comportement tabagique :

- L'étude d'Anda et ses collaborateurs (1999) incluant 9.215 participants a permis de démontrer un lien entre le vécu de multiples expériences néfastes durant l'enfance (5 événements et +) et un comportement tabagique précoce, fréquent et important (Anda et al., 1999).
- L'étude de Ford et ses collaborateurs (2011) incluant un nombre considérable de participants (> 25.000) a permis de démontrer que chaque type d'ACE était significativement associé au tabagisme et que le nombre d'ACE (5 événements et +) jouait un rôle prédominant dans le statut tabagique actuel des personnes interrogées (Ford et al., 2011).

- L'étude de Edwards et ses collaborateurs (2007) incluant des participants fumeurs (> 17.000) atteints de pathologies liées au tabagisme a permis de révéler un lien significatif entre les ACE et la persistance du tabagisme malgré la maladie (Edwards et al., 2007).

*Dans la pratique du tabacologue :*

Considérant cette relation, il apparaît pertinent de sensibiliser les futurs et actuels tabacologues à saisir le rôle que peuvent jouer les expériences négatives durant l'enfance dans le développement et le maintien du tabagisme ainsi que de conduites à risque pour la santé.

Cela permettrait aux tabacologues et également aux autres professionnels qui gravitent autour des patients fumeurs de donner une place à cette réalité dans leurs consultations.

Un questionnaire même minimal, et le cas échéant une exploration des événements négatifs vécus durant l'enfance dans les entretiens permettrait, en cas de nécessité, d'orienter les patients concernés vers des professionnels dont c'est la compétence afin qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement adapté face à ces problématiques. Une complémentarité entre le travail du tabacologue et l'intervention du psychologue pourrait être plus solidement envisagée et se révéler pertinente pour les patients.

Le questionnaire ACE semble être un outil adapté pour le dépistage de ces événements et pourrait s'intégrer aisément à la pratique des tabacologues formés pour l'utiliser.

Les freins auxquels on peut s'attendre sont de deux ordres. D'une part, investiguer ces événements de vie dans ce type de consultation pourrait être perçu comme intrusif par le patient. D'autre part, le tabacologue pourrait ne pas se sentir à l'aise d'aborder ces questions. Il est donc important que les intervenants en tabacologie soient préparés à :

- Se sentir suffisamment à l'aise pour poser une question minimale ;
- Accueillir l'évocation de ces événements difficiles lorsque cela se présente ;
- Formuler la question de savoir si leurs patients ont trouvé un endroit où ils peuvent traiter leurs souffrances passées ;
- Les orienter si cela n'est pas le cas vers une personne de confiance.

Au fond, l'accompagnement de ces personnes dont le psychisme a été fragilisé et impacté par ces expériences précoces a toute son importance afin de pouvoir envisager des changements de vie durables, comme l'arrêt définitif du tabac. Une étude portant sur les ACE et l'arrêt du tabac a démontré une différence entre les fumeurs qui rechutent rapidement après leur arrêt et ceux qui réussissent à rester abstinents, il a été établi que les fumeurs qui rechutent sont plus nombreux à avoir rapporté des événements négatifs durant leur enfance que les fumeurs qui maintiennent leur abstinence (Lemieux et al., 2016).

## **2. La polyconsommation**

Nos hypothèses concernant la polyconsommation parmi notre groupe de fumeurs n'ont pas été confirmées.

- Nous n'avons pas trouvé de différences significatives chez les participants ayant un problème évident, un problème en émergence ou n'ayant pas de problème avec d'autres types de consommations concernant les ACE même si les chiffres tendent dans le sens de notre hypothèse.
- Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre les ACE et une consommation problématique de substances autre que le tabac.

A notre connaissance, il n'existe aucune recherche portant spécifiquement sur les ACE et la polyconsommation au sein d'une population de fumeurs. En revanche, la méta-analyse de Norman et ses collaborateurs (2012) et la revue de littérature de Kalmakis et Chandler (2015) citées dans notre partie théorique démontre un lien global et significatif entre les ACE et l'abus de substances (Norman et al., 2012) (Kalmakis & Chandler, 2015).

D'après les résultats au questionnaire DEP-ADO, nous avons pu constater que le groupe des jeunes adultes fumeurs étaient 65% à avoir un problème évident lié à d'autres types de consommations et 20% à avoir un problème en émergence alors que sur les 28 jeunes adultes non-fumeurs, 75% n'avaient aucune problématique avec d'autres types de produits. Nous avons alors effectué une analyse complémentaire qui nous a permis d'observer une différence

significative entre le groupe des fumeurs ayant des problèmes évidents avec d'autres types de consommations et le groupe des non-fumeurs n'ayant aucun problème avec d'autres types de produits.

Nos données concordent avec de précédents résultats issus de diverses études mettant en évidence que 60% des fumeurs connaissent un abus d'alcool ou de drogue (principalement le cannabis) et une addiction à l'un ou l'autre, contre 19% des non-fumeurs. Le risque de consommer une autre substance est cinq fois plus élevée chez les fumeurs. L'association tabac-cannabis serait majoritaire et concernerait 11,6% des jeunes de 20-24 ans. On constate aujourd'hui dans les services d'addictologie que les patients sont plus jeunes, polyaddicts et présentent des troubles d'ordre psychopathologique qui sont des freins à l'arrêt des substances dont fait partie le tabac (Cottencin & Vannimendus, 2017).

*Dans la pratique du tabacologue :*

Lors des consultations, il est effectivement primordial d'identifier d'autres types de consommations à risque que ce soit des drogues licites ou illicites en parallèle du comportement tabagique et de dépister la présence de troubles anxieux et dépressifs (c.f. échelle HAD) afin de pouvoir offrir une prise en charge qui soit adaptée dans le cas de patients polyconsommateurs.

### **3. La place de la régulation des émotions**

Nos hypothèses concernant la régulation émotionnelle n'ont pas été confirmées. Nous n'avons pas retrouvé de liens significatifs entre les difficultés de régulation des émotions et les ACE, la fréquence de la consommation tabagique, la sévérité de la dépendance et une consommation problématique avec d'autres types de substances au sein de notre groupe de fumeurs.

Nous avons également effectué des analyses complémentaires concernant la régulation émotionnelle en comparant les fumeurs ayant évoqué avoir été confrontés ou non à des expériences négatives durant leur enfance, mais à nouveau la différence n'était pas significative.

A notre connaissance, il n'existe aucune recherche portant spécifiquement sur le rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle dans la relation entre ACE et comportement tabagique. Dans son étude auprès d'étudiants, De La Torre (2020) a mené des analyses sur la base d'un score total de plusieurs comportements à risque (incluant l'usage problématique de tabac, d'alcool et d'autres drogues ainsi que les risques au niveau sexuel). Elle a montré que les ACE étaient positivement corrélées à la dysrégulation émotionnelle et aux comportements à risque et que la dysrégulation émotionnelle était positivement corrélée aux comportements à risque. Elle a pu mettre en évidence que la dysrégulation émotionnelle constituait un médiateur de la relation entre les ACE et les comportements à risque (De La Torre, 2020). Concernant cette relation causale, Wolff (2016) préconise d'être prudent car il est possible que l'abus de substances ait pu dans certains cas influencer sur la dérégulation des émotions à posteriori (Wolff et al., 2016).

Nous avons observé une différence entre le groupe de fumeurs et de non-fumeurs concernant la régulation émotionnelle. Il s'est avéré que les fumeurs avaient plus de difficultés de régulation émotionnelle par rapport aux non-fumeurs. L'écart va bien dans le sens attendu mais n'est pas statistiquement significatif.

D'autres études sont parvenues à démontrer que la dysrégulation émotionnelle était largement impliquée dans l'initiation et le maintien du tabagisme. Par exemple, l'étude de Faulkner et ses collaborateurs (2020) menée auprès de 37 participants (âgés entre 16 et 21 ans) a mis en évidence que comparé à des non-fumeurs (n=19), les fumeurs (n=18) avaient davantage de difficultés dans la régulation de leurs émotions. Constatant cette différence, ils ont ensuite effectué des analyses à partir des différentes sous-échelles de la DERS et ont constaté un manque de clarté émotionnelle significativement plus important chez les fumeurs par comparaison aux non-fumeurs. Ces auteurs ont également montré que la connectivité entre l'amygdale et le gyrus frontal inférieur gauche était plus faible chez les fumeurs (Faulkner et al., 2020). La recherche menée par Zvolensky et ses collaborateurs (2019) a permis de souligner le lien existant entre les difficultés de régulation des émotions et le niveau de dépendance (Zvolensky et al., 2019). Enfin, une étude de Magar, Phillips et Hosie (2008) auprès d'étudiants a montré qu'une faible autorégulation émotionnelle était un facteur prédictif de l'engagement dans des comportements à risque, et plus spécifiquement concernant le fait de fumer des cigarettes (Magar et al., 2008). MacIntyre (2018) précise que l'hypothèse selon laquelle les individus fument afin de faire face à leurs difficultés de

régulation des émotions et en vue de diminuer ou supprimer les affects négatifs a été confirmée dans le cadre de plusieurs études. L'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées ont été associées à une initiation tabagique précoce, au craving et à un taux de rechute plus important (MacIntyre, 2018).

*Dans la pratique du tabacologue :*

Il serait pertinent d'intégrer le questionnaire DERS dans les consultations de tabacologie dans l'objectif :

- D'évaluer et d'identifier précisément les difficultés de régulation émotionnelle des patients pour chacune des dimensions :
  - Manque de conscience émotionnelle : cette dimension porte sur le fait d'avoir conscience de ce qu'on ressent et d'être attentif à ses propres émotions ;
  - Manque de clarté émotionnelle : cette dimension renvoie au fait qu'un individu connaît et est au clair avec ses propres émotions ;
  - Manque d'acceptation émotionnelle : cette dimension fait référence à la difficulté à accepter sa propre détresse émotionnelle ;
  - Difficulté à contrôler des comportements impulsifs : cette dimension concerne la difficulté à garder le contrôle de son comportement en présence d'émotions négatives ;
  - Difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers un but : cette dimension s'apparente à la difficulté à se concentrer et/ou accomplir des tâches en présence d'émotions négatives ;
  - Accès limité à des stratégies de régulation des émotions : cette dimension renvoie à la croyance qu'il n'y a pas grand-chose à faire pour réguler ses émotions lorsque l'on est contrarié.
  
- D'adapter la consultation et de mettre à disposition des interventions spécifiques afin de développer les compétences de régulation émotionnelle et d'outiller les patients pour qu'ils puissent disposer de stratégies de régulation plus saines et efficaces face à leurs émotions négatives.

La régulation des émotions peut notamment être travaillée dans le cadre de la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la thérapie centrée sur les émotions (TCE).

#### **4. L'accompagnement de jeunes adultes ayant un passé d'adversité**

Nous souhaitons évoquer un exemple de programme d'intervention créé par Cameron et ses collaborateurs (2018) et développé spécifiquement pour tenter de réduire les conséquences liées aux ACE chez des individus présentant une détresse émotionnelle importante en travaillant sur les compétences émotionnelles et sociales.

Le programme se centre sur l'amélioration des compétences de régulation des émotions, de la conscience de soi, de la résilience et des techniques de résolution de problèmes. Il comporte 12 sessions hebdomadaires réparties sur 12 semaines et se situe dans le cadre d'un travail de groupe.

Les auteurs ont effectué une évaluation avant et après l'intervention pour observer les évolutions au niveau de la régulation émotionnelle, la résilience, les difficultés émotionnelles (e.g. le stress perçu, l'humeur et les symptômes dépressifs), la qualité de vie et les symptômes physiques ainsi que les jours de maladie des participants.

L'intervention apparaît prometteuse au regard des premiers résultats. En effet, on constate chez les participants une amélioration au niveau de la régulation émotionnelle, de la résilience, du bien-être, de certaines dimensions de la qualité de vie et des symptômes physiques ainsi que des jours de maladie (Cameron et al., 2018).

### ***Limites et biais éventuels***

Il existe différentes limites et biais apparus lors de la réalisation de cette étude et à considérer pour de futures études. Malgré de nombreuses relances pour recruter plus de participants, la taille de l'échantillon est trop faible (n=48). L'étude aurait pu compter un plus grand nombre de fumeurs pour équilibrer les deux groupes de fumeurs (n=20) vs. non-fumeurs (n=28). De plus, le nombre de participants femmes (n=35) est bien plus élevé que celui des hommes (n=13). De plus, l'étude se déroulait sur la base du volontariat par le biais des réseaux sociaux. Sans certaines précautions, ces biais ne permettent pas une généralisation des résultats mis en évidence dans notre échantillon.

## ***Conclusion et perspectives***

Faisant l'objet de multiples recherches depuis quelques années, l'adversité dans l'enfance a été reconnue comme un important facteur de risque dans la trajectoire de vie des individus.

A travers notre revue de la littérature, nous avons pu appréhender les nombreux impacts que les ACE peuvent engendrer sur le développement cérébral et socio-émotionnel de l'enfant et de l'adolescent et observer que ces expériences précoces peuvent d'une manière ou d'une autre laisser des traces dans la vie de l'adulte ayant été fragilisé par le vécu de ces événements.

Dans le cadre de cette étude, nous avons souhaité explorer le rôle que peuvent jouer les ACE et les difficultés de régulation émotionnelle dans le comportement tabagique et la polyconsommation chez de jeunes adultes, afin que ces aspects soient intégrés dans le champ de la tabacologie. Nos résultats nous ont permis de constater que le vécu d'expériences négatives durant leur enfance apparaît plus important chez les fumeurs par rapport à des non-fumeurs.

Par ailleurs, d'autres études dont la plupart sont citées dans ce travail de mémoire, ont mis en évidence que les jeunes adultes victimes de maltraitance ou de négligence sont plus enclins à s'engager dans des comportements à risque et à consommer des substances licites et illicites. C'est pourquoi, à la suite à ce travail, nous pouvons démontrer l'importance de sensibiliser les tabacologues à ce sujet afin que les personnes en ayant souffert puissent au minimum être entendues et orientées au plus tôt afin de bénéficier d'un accompagnement adapté.

Dans notre échantillon, 73% des participants ont déclaré avoir vécu au moins une expérience négative durant leur enfance, qu'elle s'apparente de la maltraitance ou à de la négligence, soit la majorité des participants. Ainsi, ces données soulignent l'importance de l'accompagnement du jeune adulte qui rappelons-le est particulièrement vulnérable et en pleine transition vers l'âge adulte, mais ce résultat nous fait prendre conscience des efforts que nous devons fournir en termes de prévention précoce afin de protéger les enfants et d'éviter des conséquences parfois dramatiques.

Cette étude ouvre des perspectives. Ce travail pourrait inclure un nombre plus important de participants et intégrer d'autres variables pouvant expliquer la relation entre ACE et abus de substances, comme les schémas précoces inadaptés, le style d'attachement mais également le syndrome de stress post-traumatique consécutifs au vécu de ces événements difficiles durant l'enfance, qui n'ont pas fait l'objet d'analyses dans ce travail.

## ***Bibliographie***

- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *JAMA*, *282*(17), 1652-1658.  
<https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256*(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anne, D., Turner, S., Batel, P., Darbéda, S., Kalamarides, S., Lejoyeux, M., & DUMONT Anne. (2016). Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, *38*(1), 71-77.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*(5), 469-480.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Beck, F., Godeau, E., Legleye, S., & Spilka, S. (2007). [Drug consumptions by the young adolescents : 1. Epidemiological data]. *Medecine Sciences: M/S*, *23*(12), 1162-1168.  
<https://doi.org/10.1051/medsci/200723121162>
- BECK, F., & RICHARD, J. B. (2013). *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. INPES. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents : A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*, *10*(6), 385-395. <https://doi.org/10.1080/14659890412331333050>

- Cameron, L. D., Carroll, P., & Hamilton, W. K. (2018). Evaluation of an intervention promoting emotion regulation skills for adults with persisting distress due to adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 79, 423-433.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.002>
- Cauffman, E., Shulman, E. P., Steinberg, L., Claus, E., Banich, M. T., Graham, S., & Woolard, J. (2010). Age differences in affective decision making as indexed by performance on the Iowa Gambling Task. *Developmental Psychology*, 46(1), 193-207.  
<https://doi.org/10.1037/a0016128>
- Cortex préfrontal | Tous à l'école.* (s. d.). Consulté 17 octobre 2021, à l'adresse  
<https://www.tousalecole.fr/glossaire/cortex-pr%C3%A9frontal>
- Cottencin, O., & Vannimendus, C. (s. d.). *Tabagisme et comorbidités addictives : Facteurs limitants à l'arrêt du tabac.* 4.
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) : Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
- Dayan, J., & Guillery-Girard, B. (2011). Conduites adolescentes et développement cérébral : Psychanalyse et neurosciences. *Adolescence*, T. 29 n°3(3), 479-515.
- De La Torre, I. (2020). *Mediating role of emotion dysregulation in adverse childhood experiences and health risk behaviors.* <https://shareok.org/handle/11244/329419>
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Gu, D., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2007). Adverse Childhood Experiences and Smoking Persistence in Adults with Smoking-Related Symptoms and Illness. *The Permanente Journal*, 11(2), 5-13.
- Espeleta, H. C., Brett, E. I., Ridings, L. E., Leavens, E. L. S., & Mullins, L. L. (2018). Childhood adversity and adult health-risk behaviors : Examining the roles of emotion

- dysregulation and urgency. *Child Abuse & Neglect*, 82, 92-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.027>
- Faulkner, P., Dean, A. C., Ghahremani, D. G., & London, E. D. (2020). Neural Basis of Smoking-Related Difficulties in Emotion Regulation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(7), 409-416. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa015>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C., & Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53(3), 188-193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.015>
- Hart, H., & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse : A critical review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 52. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hein, T. C., & Monk, C. S. (2017). Research Review : Neural response to threat in children, adolescents, and adults after child maltreatment - a quantitative meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(3), 222-230.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12651>

- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Frontiers in Psychiatry, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00420>
- Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., Malcolm, S., & Prado, G. (2011). The Long-term Effects of Childhood Maltreatment Experiences on Subsequent Illicit Drug Use and Drug-related Problems in Young Adulthood. *Addictive behaviors, 36*(1-2), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.09.001>
- Jun, H.-J., Rich-Edwards, J. W., Boynton-Jarrett, R., Austin, S. B., Frazier, A. L., & Wright, R. J. (2008). Child abuse and smoking among young women : The importance of severity, accumulation, and timing. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 43*(1), 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.12.003>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences : Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing, 70*(7), 1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences : A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(8), 457-465. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215>
- Kenny, P. J., & Markou, A. (2006). Nicotine Self-Administration Acutely Activates Brain Reward Systems and Induces a Long-Lasting Increase in Reward Sensitivity. *Neuropsychopharmacology, 31*(6), 1203-1211. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300905>
- Korb, S. (2019). *Chapitre 8. La régulation des émotions*. Dunod. <https://www.cairn.info/traité-de-psychologie-des-émotions--9782100793273-page-259.htm>
- Krauth-Gruber, S. (2009). *La régulation des émotions. 4, 8*.

- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : Développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3. <https://doi.org/10.7202/010517ar>
- Lemieux, A., Olson, L., Nakajima, M., Schulberg, L., & al'Absi, M. (2016). Life adversity is associated with smoking relapse after a quit attempt. *Addictive behaviors*, 60, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.017>
- Longman-Mills, S., González, W. Y., Meléndez, M. O., García, M. R., Gómez, J. D., Juárez, C. G., Martínez, E. A., Peñalba, S. J., Pizzanelli, E. M., Solórzano, L. I., Wright, M. G. M., Cumsille, F., De La Haye, W., Sapag, J. C., Khenti, A., Hamilton, H. A., Erickson, P. G., Brands, B., Flam-Zalcman, R., ... Mann, R. E. (2013). Exploring child maltreatment and its relationship to alcohol and cannabis use in selected Latin American and Caribbean countries. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.002>
- Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 29(2), 73-86.
- Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse Childhood Experiences and Executive Function Difficulties in Children : A Systematic Review. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104485. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485>
- MacIntyre, J.M. (2018). Emotion Regulation and Smoking : An Ecological Momentary Assesment Study. *Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, 20814*.
- Magar, E. C. E., Phillips, L. H., & Hosie, J. A. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.014>

*Maltraitance des enfants.* (s. d.). Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

McCrory, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2017). Annual Research Review : Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(4), 338-357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress : A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes : Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

*Où commence la maltraitance infantile ?* (s. d.). ACTION ENFANCE. Consulté 2 novembre 2021, à l'adresse <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/ou-commence-la-maltraitance-infantile/>

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of Early Life Stress on Cognitive and Affective Function : An Integrated Review of Human Literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>

- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes : A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Philippot, P. (2011). Chapitre 5. La régulation émotionnelle. *PSY-Emotion, intervention, sante, 2e éd.*, 115-156.
- Smith, C. A., Ireland, T. O., & Thornberry, T. P. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1099-1119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.02.011>
- Stewart, A., Livingston, M., & Dennison, S. (2008). Transitions and turning points : Examining the links between child maltreatment and juvenile offending. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.011>
- Tarquinio, C. (2020). Focus sur la problématique de l'adversité vécue dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences). *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4, 100180. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100180>
- Viewcontent.pdf*. (s. d.). Consulté 18 octobre 2021, à l'adresse <https://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1129&context=pib>
- Volle, E., & Levy, R. (2014). Rôle du cortex préfrontal dans l'adaptation comportementale chez l'homme. *médecine/sciences*, 30(02), 179-185. <https://doi.org/10.1051/medsci/20143002016>
- Wendland, J., Lebert-Charron, A., Oliveira, C., & Boujut, E. (2016). Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances à risque chez les jeunes adultes. *L'Évolution Psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.06.011>
- Wolff, S., Holl, J., Stopsack, M., Arens, E. A., Höcker, A., Staben, K. A., Hiller, P., Klein, M., Schäfer, I., Barnow, S., & Group, the C. S. (2016). Does Emotion Dysregulation

Mediate the Relationship between Early Maltreatment and Later Substance  
Dependence? Findings of the CANSAS Study. *European Addiction Research*, 22(6),  
292-300. <https://doi.org/10.1159/000447397>

Zvolensky, M. J., Shepherd, J. M., Bakhshaie, J., Garey, L., Viana, A. G., & Peraza, N.  
(2019). Emotion dysregulation and cigarette dependence, perceptions of quitting, and  
problems during quit attempts among Spanish-speaking Latinx adult smokers.  
*Addictive Behaviors*, 96, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.002>

## *Annexes*

Annexe 1 : Lettre d'information et questionnaire mis en ligne

# Étude sur les événements négatifs vécus dans l'enfance, l'usage de substances psychoactives et la gestion des émotions

Bonjour,

Je vous remercie vivement d'avoir cliqué sur ce lien et de participer volontairement à cette étude menée dans le cadre de mon mémoire en tabacologie et réalisée en lien avec le Fonds des Affections Respiratoires asbl, association sans but lucratif, située à Namur en Belgique. Le FARES se consacre à la lutte contre la tuberculose, à la prévention et à la gestion du tabagisme, et à l'information sur d'autres affections respiratoires chroniques.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de ma formation en tabacologie et vise à mieux comprendre les facteurs pouvant contribuer à l'usage de substances psychoactives. Plus précisément, cette étude cherche à étudier le rôle des événements négatifs vécus durant l'enfance et des difficultés de régulation des émotions dans la consommation de tabac et/ou d'autres drogues.

Cette recherche s'adresse à toute personne âgée entre 18 et 29 ans, sans pré-requis (e.g. vous pouvez participer à cette étude si vous consommez occasionnellement ou régulièrement des substances psychoactives ou si vous n'en consommez pas).

Votre aide est précieuse pour faire avancer la recherche à ce sujet. Les résultats de cette étude devrait permettre de contribuer à l'amélioration des programmes de préventions et d'interventions en addictologie et ainsi proposer une prise en charge plus adaptée aux jeunes adultes.

Le questionnaire dure environ 10 à 15 minutes. Vous pouvez choisir de répondre en ligne ou demander à répondre au questionnaire au cours d'un entretien téléphonique. Si vous ne souhaitez pas répondre en ligne, il suffit de le préciser ci-dessous. Dans ce cas, je vous proposerai de renseigner votre adresse mail et je vous recontacterai très prochainement afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique selon vos disponibilités.

Vos réponses à ce questionnaire demeureront anonymes et confidentielles. Les données recueillies seront uniquement exploitées à des fins statistiques dans le cadre de mes travaux de recherche en tabacologie. Vous êtes libre de participer ou non et vous disposez du droit de vous rétracter à n'importe quel moment sans justification.

Pour toutes questions, je reste à votre disposition à l'adresse mail suivante : [amandine.schoumacker@gmail.com](mailto:amandine.schoumacker@gmail.com). Si ce questionnaire a soulevé chez vous certains questionnements et que vous ressentez le besoin d'être orienté vers une structure médico-sociale adaptée à votre situation, n'hésitez pas à me contacter.

---

\*Obligatoire

1. Souhaitez-vous répondre aux questions : \*

*Une seule réponse possible.*

- En ligne *Passer à la question 4*
- Au cours d'un entretien téléphonique *Passer à la question 2*

Entretien  
téléphonique

Si vous souhaitez répondre au questionnaire au cours d'un entretien téléphonique, vous pouvez renseigner votre adresse mail ci-dessous et je vous recontacterai très prochainement afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique selon vos disponibilités.

2. Renseignez votre adresse mail : \*

---

3. *Une seule réponse possible.*

- Vous pouvez cliquer ici pour envoyer le formulaire

Données socio-démographiques

4. 1) Quel est votre âge ? \*

---

5. 2) Votre genre ? \*

---

6. 3) Quelle est votre nationalité ? \*

---

7. 4) Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Aucun diplôme
- Certificat d'études primaires (CEP), diplôme de fin d'études obligatoires
- CAP, BEP, BEPC, BEPS, Brevet élémentaire, Brevet des collèges
- Brevet de technicien, brevet professionnel, BEI, BEC, BEA
- Baccalauréat technologique ou professionnel
- Baccalauréat général
- BTS, DUT, DEST, DEUG, Licence
- Master
- Grande Ecole
- Doctorat
- Autre : \_\_\_\_\_

8. 5) Laquelle de ces catégories décrit le mieux votre situation professionnelle ? (il est possible de cocher plusieurs réponses qui correspondent à votre situation) \*

*Une seule réponse possible.*

- J'occupe un emploi à temps plein
- J'occupe un emploi à temps partiel
- Je suis étudiant(e) / en formation
- Actuellement, je suis au chômage
- Autre : \_\_\_\_\_

9. 6.1) Si vous êtes actuellement étudiant(e), quelle est votre filière d'étude (ex. droit, mathématiques, médecine,...) ?

\_\_\_\_\_

10. 6.2) Si vous êtes actuellement étudiant(e), en quelle année d'étude êtes-vous inscrit (ex. L1, M2,...) ?

---

11. 7.1) Exercez-vous ou avez-vous déjà exercé une profession ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

12. 7.2) Si oui, laquelle ?

---

13. 7.3) Si oui, quelle catégorie décrit le mieux votre profession actuelle ou la dernière profession que vous avez exercée ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Agriculteur

Artisan

Commerçant, industriel

Ouvrier

Employé

Cadre moyen (par ex. chef de service, de département,...)

Cadre supérieur (par ex. directeur, administrateur)

Profession libérale

Freelance, autre indépendant

14. 7.4) Si oui, quel est ou était le statut de cet emploi ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Indépendant

Apprentis

Stagiaires et contrats aidés

Emplois à durée limitée, CDD, contrats courts, saisonniers, vacataires, intérimaires, pigistes

Emplois à durée indéterminée, CDI ou fonctionnaire

Autre :  \_\_\_\_\_

15. 8.1) Avez-vous connu des périodes de chômage ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

16. 8.2) Si oui, de quelle durée au total ? (pourriez-vous préciser le nombre de mois ou d'années)

\_\_\_\_\_

17. 9) Quelle est votre situation conjugale ? \*

*Une seule réponse possible.*

Marié(e)

En couple (PACS, concubinage,...)

Divorcé(e) ou séparé(e)

Veuf(ve)

Célibataire

18. 10) Vivez-vous : \*

*Une seule réponse possible.*

- Seul(e)
- Chez vos parents
- Chez l'un de vos parents
- En couple
- En colocation
- Avec des amis
- Dans la famille (par ex. tante, frère, grands-parents...)

19. 11.1) Avez-vous des enfants ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20. 11.2) Combien ?

---

Consommation tabagique

21. 1) Fumez-vous actuellement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui, je fume quotidiennement *Passer à la question 29*
- Oui, je fume occasionnellement *Passer à la question 35*
- Non, mais j'ai déjà fumé et j'ai récemment arrêté (< 6 mois)  
*Passer à la question 35*
- Non, mais j'ai déjà fumé et j'ai arrêté il y a un moment déjà (> 6 mois)  
*Passer à la question 35*
- Non, je n'ai jamais fumé *Passer à la question 35*

22. 1.1) Si vous avez répondu "je fume quotidiennement" et "je fume occasionnellement" à la question précédente, depuis combien de temps fumez-vous ?

---

23. 1.2) Si vous avez répondu "je fume occasionnellement" à la question précédente, combien de cigarettes fumez-vous par semaine ?

---

24. 1.3) Si vous avez répondu "je fume occasionnellement" à la question précédente, combien de cigarettes fumez-vous par mois ?

---

25. 1.4) Si vous avez répondu "j'ai arrêté de fumer" à la question précédente, combien de temps avez-vous fumé (pourriez-vous préciser le nombre de mois ou d'années) ?

---

26. 1.5) Si vous avez répondu "j'ai arrêté de fumer" à la question précédente, combien de cigarettes fumiez-vous à l'époque où vous étiez fumeur(se) ? (pourriez-vous préciser le nombre de cigarettes par jour, par semaine ou par mois)

---

27. 2) A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

---

28. 3) A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? (vous pouvez passer à la question suivante si vous n'êtes pas concerné(e))

---

Dépendance à la  
nicotine

Si vous fumez actuellement des cigarettes TOUS LES JOURS, vous pouvez répondre aux questions ci-dessous :

29. 1) Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

*Une seule réponse possible.*

- Dans les 5 minutes
- 6 à 30 minutes
- 31 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

30. 2) Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex: cinéma, bibliothèque)

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

31. 3) A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

*Une seule réponse possible.*

La première de la journée

Une autre

32. 4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

*Une seule réponse possible.*

10 ou moins

11 à 20

21 à 30

31 ou plus

33. 5) Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

34. 6) Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Consommation d'alcool et autres substances psychoactives

35. 1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence ? \*

Plusieurs réponses possibles.

	Pas consommé	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colle/solvant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes (ex. LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines/speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. 2) Au cours de ta vie, as-tu consommé l'un de ces produits (ci-dessus) de façon régulière (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) ? (Si vous répondez "non" à cette question, passez directement à la question 5) \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

37. 2.1) Si oui, lesquels ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Alcool
- Cannabis
- Cocaïne
- Colle/solvant
- Hallucinogènes (ex. LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)
- Héroïne
- Amphétamines/speed
- Autre : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin

38. 2.2) A quel âge avez-vous commencé à consommer régulièrement de l'alcool ?

---

39. 2.3) A quel âge avez-vous commencé à consommer régulièrement une ou des drogues ?

---

40. 3) Au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà injecté des drogues ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

41. 4) Avez-vous consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

42. 4.1) Si oui, lesquels ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Alcool
- Cannabis
- Cocaïne
- Colle/solvant
- Hallucinogènes (ex. LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)
- Héroïne
- Amphétamines/speed
- Autre : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin

43. 7.1) Uniquement les femmes : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris 5 unités d'alcool ou plus (1 unité d'alcool = 1 verre standard) dans une même occasion :

---

44. 7.2) Uniquement les hommes : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris 5 unités d'alcool ou plus (1 unité d'alcool = 1 verre standard) dans une même occasion :

---

45. 7.3) Uniquement les hommes : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris 8 unités d'alcool ou plus (1 unité d'alcool = 1 verre standard) dans une même occasion :

---

46. 8) Au cours des 12 derniers mois, cela vous est-il arrivé :

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Votre consommation d'alcool ou de drogue a nui à votre santé physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, vous avez été blessé(e), etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez eu des difficultés psychologiques à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre consommation d'alcool ou de drogue a nui à vos relations avec votre famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de vos amitiés ou à votre relation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

amoureuse

---

Vous avez eu des difficultés dans vos études ou au travail à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)

---

Vous avez dépensé trop d'argent ou vous en avez perdu beaucoup à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue

---

Vous avez commis un geste délinquant alors que vous aviez consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne vous a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)

---

Vous avez pris des risques alors que vous aviez

consommé de  
l'alcool ou de la  
drogue (ex.:  
relations  
sexuelles non  
protégées ou  
invraisemblables  
à jeun, conduite  
d'un vélo ou  
activités  
sportives sous  
intoxication,  
etc.)

---

Vous avez eu  
l'impression que  
les mêmes  
quantités  
d'alcool ou de  
drogues avaient  
maintenant  
moins d'effet sur  
vous

Vous avez parlé  
de votre  
consommation  
d'alcool ou de  
drogues à un  
intervenant

---

Contexte de consommation des produits

47. Précisez ci-dessous dans quel(s) contexte(s) vous êtes amené(e) à consommer les substances psychoactives citées ci-dessous (plusieurs réponses par ligne sont possibles) : \*

Plusieurs réponses possibles.

	Non consommé	Seul(e)	Dans le cercle d'ami(e)s	Dans le milieu familial	Fêtes privées	Fêtes commerciales (ex. festivals, boîtes de nuit, concerts,...)	autres (préciser)
Tabac	<input type="checkbox"/>						
Alcool	<input type="checkbox"/>						
Cannabis	<input type="checkbox"/>						
Cocaïne	<input type="checkbox"/>						
Colle/solvant	<input type="checkbox"/>						
Hallucinogènes (ex. LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="checkbox"/>						
Héroïne	<input type="checkbox"/>						
Amphétamines/speed	<input type="checkbox"/>						
Autre : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin	<input type="checkbox"/>						

48. A quel fréquence fréquentez-vous ces différents milieux ? (plusieurs réponses par ligne sont possibles) \*

Plusieurs réponses possibles.

	Jamais	Parfois	Souvent	Régulièrement
Fêtes privées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fêtes commerciales (ex. festivals, boîtes de nuit, concerts,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fêtes alternatives (ex. rave party, free party,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fêtes ou événements culturels (ex. nouvel an, fête nationale du 14 juillet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les bars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fêtes ou événements musicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fêtes ou événements sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Événements négatifs vécus durant l'enfance

Au cours des 17 premières années de votre vie et avant l'anniversaire de vos 18 ans :

49. 1) Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent dit des injures, insulté, rabaisé ou humilié ? Ou agi d'une manière qui vous faisait craindre des blessures physiques ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

50. 2) Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose sur vous ? Ou frappé si fort que vous aviez des marques sur le corps ou que vous étiez blessé ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

51. 3) Un adulte ou une personne d'au moins 5 ans votre aîné, vous a-t-il touché ou caressé ou fais toucher leur corps de manière sexuelle ? Ou a tenté, ou obtenu des rapports sexuels (oral, anal, vaginal) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

52. 4) Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que personne dans votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez importante ou spéciale ? Ou les membres de votre famille ne faisaient pas attention les uns aux autres, ne se sentaient pas proches les uns des autres, ou ne se soutenaient pas mutuellement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

53. 5) Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que vous n'avez pas eu assez à manger, avez dû porter des vêtements sales, et n'aviez personne pour vous protéger ? Ou vos parents étaient trop ivres ou trop drogués pour prendre soin de vous ou vous emmener chez le médecin si vous en aviez besoin ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

54. 6) Vos parents sont-ils séparés ou ont-ils divorcés ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

55. 7) Est-ce que votre mère ou votre belle-mère a été souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée, ou reçu des objets jetés sur elle ? Ou parfois, souvent, ou très souvent reçu des coups de pied, été mordue, frappée avec le poing ou un objet contondant ? Ou frappé à plusieurs reprises au moins quelques minutes ou menacée avec un pistolet ou un couteau ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

56. 8) Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou toxicomane ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

57. 9) Est-ce qu'un membre du foyer a souffert de dépression ou de maladie mentale ? Ou est-ce qu'un membre de la maison a tenté de se suicider ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

58. 10) Est-ce qu'un membre du foyer a été en prison ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**Régulation  
des  
émotions**

Les questions qui suivent permettent d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.  
Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon celui qui vous correspond :

59. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Je comprends bien mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais attention à ce que je ressens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai des difficultés à donner du sens à mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais attention à mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sais exactement comment je me sens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends garde à ce que je ressens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je suis  
déconcerté(e)  
par ce que je  
ressens

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
prends en  
compte cette  
émotion

---

Quand je suis  
contrarié(e), le  
fait de ressentir  
un telle  
émotion me  
met en colère  
contre moi-  
même

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
suis  
embarrass(é)  
de ressentir  
une telle  
émotion

---

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
de la difficulté  
à terminer un  
travail

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
deviens  
incontrôlable

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
crois que je  
vais rester  
comme ça très  
longtemps

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
crois que je

---

vais bientôt me  
sentir  
déprimé(e)

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
crois que mes  
sentiments  
sont valables et  
importants

    

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
des difficultés  
à me  
concentrer sur  
d'autres choses

    

Quand je suis  
contrarié(e), je  
me sens  
incontrôlable

    

Quand je suis  
contrarié(e), je  
peux continuer  
à faire des  
choses

    

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
honte de  
ressentir une  
telle émotion

    

Quand je suis  
contrarié(e), je  
sais que je  
peux trouver un  
moyen pour  
enfin aller  
mieux

    

Quand je suis  
contrarié(e), je  
me sens  
désarmé(e)

    

Quand je suis

Quand je suis  
contrarié(e), je  
sens que je  
peux garder le  
contrôle de  
mes  
comportements

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
me sens  
coupable de  
ressentir une  
telle émotion

---

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
des difficultés  
à me  
concentrer

---

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
des difficultés  
à contrôler mon  
comportement

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
crois qu'il n'y a  
rien que je  
puisse faire  
pour me sentir  
mieux

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
m'en veux de  
ressentir une  
telle émotion

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
me sens  
vraiment mal

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
pense que me

---

complaire dans  
ces  
contrariétés est  
la seule chose  
à faire

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
perds le  
contrôle de  
mes  
comportements

---

Quand je suis  
contrarié(e), j'ai  
des difficultés  
à penser à  
autre chose

---

---

Quand je suis  
contrarié(e), je  
prends le  
temps de  
découvrir ce  
que je ressens  
vraiment

---

---

Quand je suis  
contrarié(e),  
cela prend du  
temps avant  
que je ne me  
sente mieux

---

---

Quand je suis  
contrarié(e),  
mes émotions  
prennent le  
dessus

---

---

Le questionnaire est terminé ! Je vous remercie pour votre contribution à cette étude.

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

