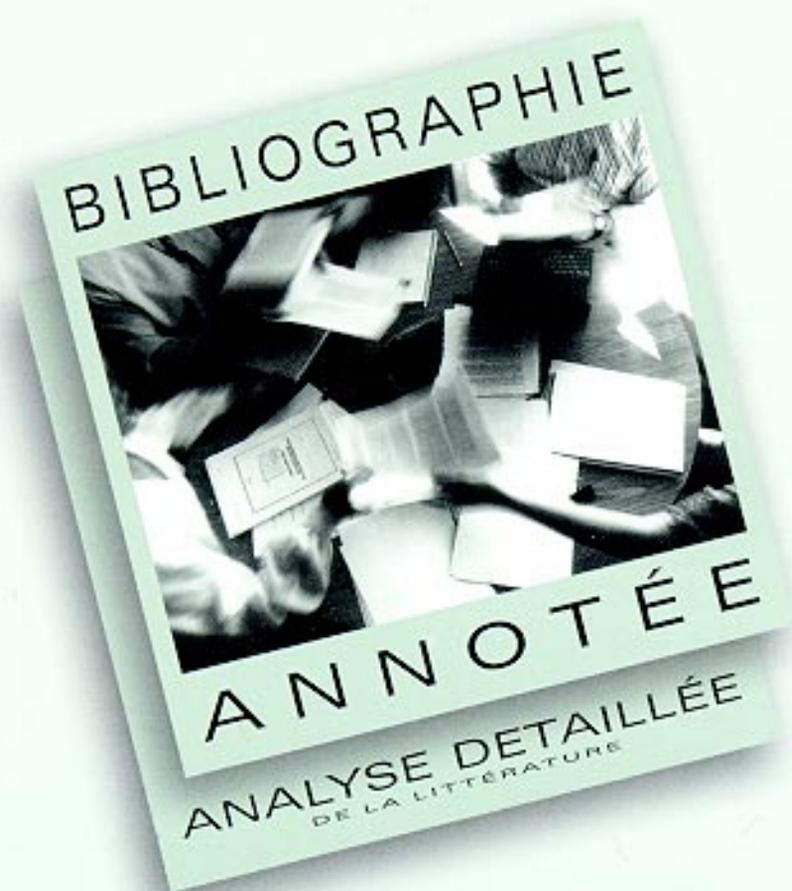


EXPLORER LES LIENS  
ENTRE LA SANTÉ  
MENTALE ET L'USAGE  
DE SUBSTANCES





Santé Health  
Canada Canada

# Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances

## SECTION I BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE



## SECTION II ANALYSE DÉTAILÉE DE LA LITTÉRATURE

Canada

 *stratégie  
canadienne  
antidrogue*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les  
Canadiennes à maintenir et à améliorer leur  
état de santé.

*Santé Canada*

Copies additionnelles disponibles auprès de :

Publications  
Santé Canada  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9

Téléphone : (613) 952-7266

Les points de vue exprimés dans cette  
publication sont ceux des auteurs, et ne  
reflètent pas nécessairement l'avis de Santé  
Canada.

Also available in English under the title  
"Exploring the Links Between Substance Use  
and Mental Health: An Annotated  
Bibliography and A Detailed Analysis"

Cat. No H39-360/2-1996F  
ISBN 0-662-80990-4

EXPLORER LES LIENS  
ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET  
L'USAGE DE SUBSTANCES

SECTION  
**I**

*Bibliographie annotée*

Rédigé en collaboration, pour Santé Canada, par :

Colleen Hood, Colin Mangham et Don McGuire  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Gillian Leigh  
Hôpital régional du Cap-Breton  
Sydney (Nouvelle-Écosse)

Adjoints de recherche : Nathalie Guérin et Harman Kochhar

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	7
DÉFINITIONS .....	13
I LITTÉRATURE SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN MATIÈRE D'USAGE DE SUBSTANCES	
A Usage de substances .....	15
B Dépendances à un comportement .....	53
II LITTÉRATURE SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE .....	60
III LITTÉRATURE SUR L'EXPLORATION DES LIENS ENTRE SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES .....	88
IV LITTÉRATURE SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT	
A Programmes de prévention .....	121
B Enjeux cliniques/traitement	
1. Dépendance <i>ou</i> maladie mentale .....	135
2. Dépendance <i>et</i> maladie mentale .....	149



# INTRODUCTION

## OBJET

La présente bibliographie annotée est le premier volet d'un projet en trois phases visant à explorer les liens et les relations entre santé mentale et usage de substances. Son objectif est de répertorier les publications récentes décrivant les aspects des deux domaines qui mettent en lumière des liens possibles. On y trouve des annotations d'articles, de rapports, d'ouvrages et de chapitres d'ouvrage abordant séparément certaines questions relevant de l'usage de substances et de la santé mentale, ainsi que d'articles dégageant explicitement les facteurs communs et les interrelations entre ces deux domaines. Ont également été incluses les publications sur la prévention et le traitement qui illustrent les liens et les relations possibles. Deux autres documents, une analyse détaillée de la littérature et un document de travail traitant de questions philosophiques et autres pertinentes, ont également été intégrés. Le présent projet constitue la première étape d'un processus ayant les buts suivants :

- a) permettre une meilleure compréhension des liens entre santé mentale et toxicomanie et une sensibilisation accrue à ces questions;
- b) dresser la liste des lacunes et des domaines qui requièrent une plus grande attention ou de nouvelles études ou recherches;
- c) aider les décideurs, les responsables des programmes et les prestataires de services, entre autres, à aborder les questions de la santé mentale et de l'usage de substances.

Les informations rassemblées grâce à ce projet devraient contribuer à orienter les programmes de prévention, les interventions de traitement, les initiatives de recherche et les politiques publiques. Dans le cadre du projet, on s'est intéressé à la relation sur une base bidirectionnelle; en d'autres termes, on a considéré aussi bien l'influence des facteurs reliés à la santé mentale sur l'usage de substances que les répercussions de l'usage de substances sur la santé mentale. Pour situer le contexte de la bibliographie, nous nous attarderons brièvement à ces questions et relations dans les sections qui suivent.

*Les informations rassemblées grâce à ce projet devraient contribuer à orienter les programmes de prévention, les interventions de traitement, les initiatives de recherche et les politiques publiques.*

## AVANT-PROPOS

Traditionnellement, les praticiens du domaine de la toxicomanie ont travaillé indépendamment des spécialistes de la santé mentale, et réciproquement. Ces deux sphères ont évolué séparément, chacune possédant ses propres fondements scientifiques et philosophiques et ses propres infrastructures, ou «systèmes de soins». Et pourtant, il existe de toute évidence

entre ces deux domaines de nombreuses interrelations. La santé mentale d'un individu et l'environnement dans lequel il évolue peuvent être modifiés par une consommation périodique ou continue de drogues à usage thérapeutique ou récréatif. De même, la mesure dans laquelle un individu consomme certaines drogues peut être déterminée par son état de santé mentale. Les incidences de la consommation de substances sur la santé mentale et vice-versa intéressent la majorité des Canadiens, que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan professionnel. Le mode de vie, le milieu de vie et le milieu de travail sont autant d'aspects touchés par cette relation. Si les Canadiens pouvaient mieux comprendre cette relation, ils pourraient réagir de manière plus appropriée lorsqu'ils sont confrontés à ses conséquences. Nous espérons qu'une meilleure compréhension permettra l'élaboration de politiques publiques qui tiendront davantage compte de ces questions, renforcera le rôle des services communautaires visant la santé mentale et la consommation de substances et accroîtra la capacité du public de voir à son propre intérêt.

## **INCIDENCES DE LA SANTÉ MENTALE SUR L'USAGE DE SUBSTANCES**

Les individus bien armés pour faire face au stress, qui disposent de solides réseaux de soutien social et qui ont un mode de vie sain ont probablement davantage tendance à faire un usage approprié des substances. La consommation de substances n'est alors que l'une des nombreuses stratégies dont dispose l'individu pour faire face. Cela laisserait entendre qu'il puisse exister une relation entre certains des facteurs prédisposants de la maladie mentale et l'usage de substances.

*La consommation de substances n'est alors que l'une des nombreuses stratégies dont dispose l'individu pour faire face.*

De nombreux problèmes considérés comme une menace de maladie mentale ont également été reliés à l'abus de substances, notamment le dysfonctionnement familial, la faible estime de soi, la capacité d'adaptation insuffisante et les réseaux de soutien social insuffisants. Il semble que bon nombre des caractéristiques associées à une mauvaise santé mentale servent à motiver l'individu à accroître sa dépendance vis-à-vis de l'usage de substances. D'après les ouvrages sur l'alcoolisme, un grand nombre d'individus boivent de l'alcool en formulant des attentes concrètes au chapitre du résultat escompté, par exemple relaxation, amélioration de l'aisance en société et de la confiance en soi. En fait, il ressort clairement des publications qu'une foule d'individus font «usage» de substances à des fins d'«auto-médication», pour soigner une maladie ou une perturbation mentale dont ils souffrent à ce moment-là.

## **INCIDENCES DE L'USAGE DE SUBSTANCES SUR LA SANTÉ MENTALE**

Traditionnellement, les Canadiens ont manifesté une attitude ambivalente vis-à-vis de l'usage de substances. Cela est particulièrement vrai dans le cas

de la consommation à des fins récréatives, et non médicales. L'usage de drogues pour améliorer le bien-être a été toléré à certaines époques et totalement banni à d'autres. La coutume ou la loi ont déterminé les quantités acceptables et les contextes appropriés pour la consommation, les personnes habilitées à consommer et les substances pouvant être consommées. Ces coutumes et ces lois changent en réponse à l'évolution des mœurs sociétales, mais aucune pratique particulière n'est jugée acceptable par l'ensemble de la population.

Ainsi, l'usage de substances dans le but d'altérer l'état de conscience et de procurer du plaisir, voire de soulager la douleur, peut être considéré avec mépris ou adopté avec enthousiasme. Une expérience de consommation de drogues peut être perçue comme le rituel d'une cérémonie dans un certain contexte, une intervention médicale dans un autre, un passe-temps agréable dans un troisième, ou encore comme un comportement antisocial et déviant dans un quatrième contexte. La situation de chaque utilisateur, le contexte de la consommation et l'acceptabilité sociale actuelle de la pratique sont autant de facteurs qui déterminent comment sera perçue une forme particulière de consommation de drogues.

Si la seule question de l'usage de substances n'est pas simple, celle des répercussions de cet usage sur la santé mentale est d'une complexité extrême. On considère souvent que l'usage non problématique de substances a des incidences positives sur la santé mentale, par exemple relaxation, plus grande aisance en société et libération temporaire par rapport aux responsabilités de la vie. Toutefois, ce style d'usage de substances peut avoir chez les individus des incidences très variables selon la situation, qui ne sont pas toujours positives (par exemple dépression accrue et retrait affectif ou social). Bien entendu, la consommation de substances, avec ou sans dépendance, peut avoir des effets dommageables sur la santé mentale non seulement pour l'utilisateur, mais aussi pour autrui. Par exemple, les relations entre abus d'alcool, alcoolisme, fonctionnement de la famille et violence familiale sont bien documentées, sans compter les conséquences telles que difficultés d'emploi, problèmes de relations familiales et interpersonnelles, mauvaise santé physique et manque de confiance en soi. Tous ces aspects contribuent à façonner la santé mentale globale.

*Bien entendu, la consommation de substances, avec ou sans dépendance, peut avoir des effets dommageables sur la santé mentale non seulement pour l'utilisateur, mais aussi pour autrui.*

Enfin, il faut considérer la question de la comorbidité, ou présence *concomitante* d'une maladie mentale diagnostiquée et d'une dépendance vis-à-vis d'une substance. Les individus souffrant de tels problèmes sont souvent traités dans des cadres où l'on ne s'attaque qu'à l'un des volets, en ignorant l'autre. Toutefois, on réalise de plus en plus l'importance de traiter de manière concurrente les deux aspects. Si la cooccurrence fréquente de problèmes de santé mentale et de l'abus de substances est reconnue depuis plusieurs décennies, la gravité et la complexité de ce problème semblent toutefois s'accroître, pour un certain nombre de raisons. Les individus toxicomanes semblent être exposés à un risque plus élevé de problèmes de santé mentale, et inversement.

Avant même de commencer à s'attaquer à de telles questions, il nous faut déterminer où en est actuellement la recherche en ce qui concerne les relations et les liens possibles entre ces deux domaines. C'est l'essence même de cette recherche que nous avons tenté de saisir dans la présente bibliographie annotée.

## **PRÉSENTATION**

La bibliographie est divisée en quatre sections; dans chacune sont présentés, par ordre alphabétique de nom d'auteur, les articles et les autres documents portant sur les mêmes questions et les mêmes idées, accompagnés d'annotations résumant l'essentiel de la teneur du document. Comme certains articles ont trait à de multiples domaines, ils peuvent apparaître dans plus d'une section. Afin de faciliter l'utilisation de la bibliographie, on a indexé les entrées par auteur et par domaine. Naturellement, chaque entrée apparaît dans l'index sous plusieurs rubriques. Dans les annotations, on retrouve les points saillants du document et ses conclusions ou observations importantes. Considérées globalement, les différentes sections et leur contenu devraient constituer une base permettant de discuter des liens entre les deux domaines sur les plans théorique et pratique. Toutefois, le lecteur ne doit pas oublier que la bibliographie, si elle peut aider à retrouver l'information, ne peut cependant pas remplacer totalement la consultation directe du document.

Les divisions de la bibliographie sont les suivantes :

**I. Littérature sur les facteurs de risque et de protection en matière d'usage de substances.** Dans cette section sont regroupés certains documents choisis où l'on explore les facteurs de risque et de protection reliés à l'usage de substances; il s'agit principalement d'articles sur les facteurs de risque d'ordre démographique, environnemental et psychosocial associés à l'usage de substances. Sont également inclus dans cette section les documents traitant des causes, de la prévalence et du traitement du jeu compulsif.

**II. Littérature sur les facteurs de risque et de protection en matière de santé mentale.**

La santé mentale constituant en soi un domaine très large et l'objectif global étant de répertorier les liens et les relations entre la santé mentale et l'usage de substances, on retrouve dans cette section les articles décrivant et illustrant par des exemples l'état des connaissances en la matière. On a notamment mis l'accent sur les facteurs de protection et de risque reliés à la maladie et à la santé mentale.

**III. Littérature sur l'exploration des liens entre santé mentale et usage de substances.** Dans cette section de la bibliographie sont présentés les documents où l'on explore la relation entre usage de substances et santé mentale sur une base bidirectionnelle, c'est-à-dire les incidences de l'usage de substances sur la santé mentale et celles de la santé mentale sur l'usage de substances. Si les rôles «positifs» de la consommation de substances

dans certains contextes et dans certaines conditions sont controversés et si les publications traitent davantage des incidences négatives que des effets positifs, on a cependant inclus certaines recherches et certains articles dans ce domaine afin de permettre une discussion exhaustive et équitable. Certaines des publications annotées concernent l'étude des liens entre usage de substances et santé affective, ou encore celle du rôle joué par l'usage de substances à titre de mécanisme d'adaptation. Ont également été inclus des documents sur le rôle de l'usage ou de l'abus de substances à titre de facteur causal ou de facteur de risque des problèmes mentaux ou émotionnels ou des troubles mentaux, ainsi que des articles répertoriant les liens possibles entre la maladie mentale ou les troubles mentaux diagnostiqués et l'abus de substances.

**IV. Littérature sur la prévention et le traitement.** Dans cette section ont été rassemblés des exemples de recherches et d'articles sur la prévention de l'usage ou l'abus de substances et sur la promotion de la santé mentale. Au chapitre du traitement, ont été inclus des documents décrivant les modalités de traitement de l'abus de substances et des troubles mentaux, ou des deux (par exemple, troubles mixtes), en insistant particulièrement sur celles qui mettent en relief des liens entre les deux domaines majeurs de la santé visés par la présente étude. Parmi ces approches de traitement figurent la prévention des rechutes, l'appui communautaire, l'apprentissage des aptitudes sociales et la maîtrise du stress. Dans le cas des publications sur les troubles mixtes, on a privilégié les articles traitant des coûts de ces troubles, tant sous l'angle des répercussions sur le système de santé que sous celui des conséquences sur la santé mentale.

*Parmi ces approches de traitement figurent la prévention des rechutes, l'appui communautaire, l'apprentissage des aptitudes sociales et la maîtrise du stress.*

## LIMITATIONS

Aucune bibliographie imprimée ne peut être exhaustive, ne serait-ce que pour la simple raison que paraissent chaque jour de nouvelles publications. On a examiné les publications traitant des facteurs reliés à la santé mentale et à l'abus de substances sur les plans tant individuel que collectif, comme on l'a fait pour les questions de la prévention et du traitement. En raison du nombre considérable de publications, il était impossible de passer en revue toutes les informations si l'on voulait produire un document lisible, ayant une longueur raisonnable. Par conséquent, l'objet de la présente bibliographie n'est pas de couvrir toutes les publications existantes, mais de présenter un corpus de sources qui illustre de manière exhaustive la portée des enjeux. En matière de choix des publications, l'erreur humaine et les préjugés conduisent inévitablement à l'omission de certains documents. Cela est particulièrement vrai dans le cas des rapports non publiés qui, s'ils sont souvent d'excellente qualité et d'une grande valeur informative, ne sont pas toujours indexés et intégrés aux bases de données traditionnelles.

## PARAMÈTRES DE RECHERCHE

Le relevé et la sélection des sources ont été effectués comme suit :

1. Des recherches ont été effectuées dans les bases de données informatiques (Psychlit, Medline, Sociofile, ERIC) à l'aide d'un large éventail de termes clés de recherche. Si la priorité a été accordée aux publications du Canada et des États-Unis, on a cependant retenu certains documents de l'étranger.
2. Plusieurs professionnels expérimentés dans le domaine de la santé mentale et de la consommation de substances au Canada ont formulé des suggestions en ce qui concerne les domaines à couvrir, les mots clés à utiliser pour orienter les recherches informatisées et les documents devant être inclus.
3. Des recherches de suivi ont été effectuées dans les listes de référence des documents obtenus aux étapes 1 et 2.

Lors de la recherche, on a privilégié les documents publiés au cours des dix dernières années, en insistant plus particulièrement sur les publications canadiennes et américaines, même si certains documents clés provenant de l'étranger sont inclus. Toutes les annotations sont en français; lorsque la source est anglophone, le titre est indiqué en anglais.

## DÉFINITIONS

Dans la présente bibliographie, on a employé les définitions suivantes :

**Santé mentale** est défini conformément à la définition donnée dans le document *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre* (Santé et Bien-être social Canada, 1988) :

«... la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale.» (p. 7).

**Usage de substance** : désigne la consommation de toute substance psychotrope, dont le tabac, l'alcool, les médicaments en vente libre et vendus sur ordonnance, les drogues illicites, les solvants et les produits pour inhalation. Cette consommation comprend aussi bien l'abstinence qu'une consommation occasionnelle ou régulière, une consommation fréquente et excessive, jusqu'à l'abus de substances.

**Abus de substance** : selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé dans son *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (Lexique sur les termes reliés à l'alcool et aux drogues) :

[Traduction] «[...] mode de consommation inapproprié, caractérisé par... la poursuite de la consommation, même si le sujet est conscient d'être en proie à un problème persistant ou récurrent d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique, qui est causé ou exacerbé par l'usage [ou par l'usage récidivant], dans des situations où celui-ci est physiquement dangereux (p. 4).

**Dépendance à un comportement** : compulsion à accomplir une action (par exemple le jeu) qui engendre des problèmes d'ordre médical ou financier et/ou qui devient incontrôlable, le non-accomplissement de cette action étant associé à une sensation de malaise.

**Facteurs de risque et de protection** : incluent les attributs qui semblent soit protéger les individus, soit les exposer à des risques accrus de troubles et de problèmes de santé mentale ou d'ordre émotionnel, ou encore de toxicomanie.

**Questions contextuelles** : dans le cadre du présent projet, il s'agit de questions spécifiques à une catégorie de la population. Ces catégories peuvent être les immigrants, les femmes, les jeunes à risque (incluant les enfants des rues), les personnes âgées et les Premières Nations. Comme les auteurs ne considèrent en général pas ces groupes de manière complètement isolée, on s'est efforcé d'inclure des publications tenant compte de ces catégories dans des contextes plus larges.



# LITTÉRATURE SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN MATIÈRE D'USAGE DE SUBSTANCES

## A. USAGE DE SUBSTANCES

ADRIAN, M.; LAYNE, N. ET WILLIAMS, R. T. (1991).

**Estimating the effect of native Indian population on county alcohol consumption: The example of Ontario.**

*The International Journal of the Addictions* 25 (5A et 6A): 731-765.

Dans cet article, on rend compte de recherches visant à mettre à l'épreuve les mesures quantitatives susceptibles d'être utilisées pour mesurer la consommation d'alcool par habitant chez les autochtones en Ontario, tout en tenant compte des paramètres économiques et sociodémographiques qui contribuent à l'existence de différences sur le plan de la consommation d'alcool. En s'appuyant sur les données fournies par la Régie des alcools de l'Ontario, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, on a fait enquête dans 48 comtés de l'Ontario. La consommation d'alcool est plus élevée chez les autochtones vivant dans les comtés du nord de l'Ontario que chez ceux vivant plus au sud. Le comportement des autochtones face à l'alcool semble être relié à la disponibilité et à l'accessibilité de l'alcool et la prévalence de la consommation par «crises» est plus élevée lorsque l'approvisionnement en alcool est irrégulier. La consommation d'alcool semble être reliée à l'ennui, à l'isolement et à la discrimination ressentis par bon nombre d'autochtones qui, selon les auteurs, font usage de l'alcool dans un but récréatif, en raison de la rareté des possibilités et des installations de loisir et de divertissement. Comme il semble exister un lien entre l'amélioration de la situation économique et la baisse de la consommation, il serait important, tant du point de vue de la recherche que de celui des politiques sociales, d'élaborer et de mettre en

oeuvre des stratégies visant à réduire le chômage et la pauvreté chez les autochtones canadiens.

ATKINSON, R.M. (1987).

**Alcohol problems of the elderly.**

*Alcohol and Alcoholism* 22 (4): 415-417.

Dans cet éditorial, l'auteur exhorte les membres des milieux médical et universitaire à entreprendre davantage de recherches dans le domaine de l'abus d'alcool par les personnes âgées, car on estime que 5 % des hommes américains âgés de 60 ans et plus abusent de l'alcool. De surcroît, selon les estimations faites par les professionnels de la santé mentale, les cas de consultation reliés à l'abus d'alcool sont au moins aussi courants que ceux ayant pour cause les cardiopathies, les troubles visuels et auditifs et l'hypertension. En plus d'étudier par quels mécanismes les maladies reliées à l'âge peuvent s'aggraver par l'abus d'alcool, il est nécessaire de caractériser les facteurs de risque de nature biologique, émotionnelle et psychosociale susceptibles de prédisposer les personnes âgées à l'abus d'alcool. Il faudrait également mieux comprendre les mécanismes de changement des habitudes de consommation d'alcool, en particulier chez les femmes et les aînés des couches socio-économiques supérieures; ces groupes sont souvent caractérisés par une plus grande stabilité familiale et sociale et des taux moins élevés de toxicomanie et d'abus d'alcool au niveau familial. Si l'on comprenait mieux les mécanismes par lesquels les habitudes de consommation d'alcool peuvent changer en réponse aux facteurs de risque et aux agents stressants à différents points du cycle de vie, on pourrait améliorer la rapidité et l'efficacité du diagnostic et du traitement de l'abus d'alcool chez les personnes âgées.

*Selon les estimations faites par les professionnels de la santé mentale, les cas de consultation reliés à l'abus d'alcool sont au moins aussi courants que ceux ayant pour cause les cardiopathies, les troubles visuels et auditifs et l'hypertension.*

BARBOR, T. F.; HOFMAN, M.; DELBOCA, F. K.; HESSELBROK, V.; MEYER, R. E.; DOLINSKY, Z. S. ET ROUNSAVILLE, B. (1992).

**Types of alcoholics, I: Evidence from an empirically derived typology based on the indicators of vulnerability and severity.**

*Archives of General Psychiatry* 49: 599-608.

Dans la présente étude, les auteurs ont identifié différents types d'alcooliques en s'appuyant sur la technique empirique de mise en grappes pour l'analyse des données. On a recruté 321 patients alcooliques (âge moyen : hommes = 39 ans, femmes = 37 ans) ayant un problème d'alcool déclaré depuis 7 à 15 ans. Pour les fins de l'étude, on s'est appuyé sur plusieurs techniques d'évaluation, tests de laboratoire et questionnaires d'auto-évaluation. Les

chercheurs ont sélectionné au préalable 17 variables considérées comme des indicateurs pertinents des facteurs de risque pré-morbidité, de la consommation pathologique d'alcool et d'autres substances, de la chronicité et des conséquences de la consommation d'alcool et des symptômes psychiatriques. Ces variables ont permis de distinguer plusieurs groupes par le biais de tests t; en fonction des résultats, l'échantillon a ensuite été subdivisé en deux types : le type A, caractérisé par une survenue plus tardive, moins de facteurs de risque liés à l'enfance, une dépendance moindre et des conséquences physiques et sociales de l'alcool moins importantes, et le type B, caractérisé par une survenue plus précoce, la présence de facteurs de risque liés à la famille et à l'enfance et par un degré de dépendance plus élevé. Les individus du type B sont plus jeunes et ont une situation professionnelle moins élevée que ceux du type A. Les alcooliques appartenant au type B redeviennent plus facilement des buveurs excessifs que ceux du type A.

BARNES, G. M. ET FARRELL, M. P. (1992).

**Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors.**

*Journal of Marriage and the Family* 54: 763-776.

Dans cette étude, on a comparé des familles de race noire (n = 211) et des familles de race blanche (n = 488) et on en a conclu que le soutien parental est une variable prédictive de la consommation d'alcool chez les adolescents. Les résultats démontrent clairement que la surveillance et le soutien des parents sont la clé de la prévention de la consommation d'alcool par les adolescents. Plusieurs notions communes (par exemple éducation de la mère, catégorie sociale, famille monoparentale, styles de discipline en relation avec l'augmentation de l'abus d'alcool) ne sont pas corroborées par la présente étude. Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pense généralement, les adolescents de race noire boivent moins que les adolescents de race blanche et présentent un niveau inférieur de déviance globale. Ce sont le soutien et la surveillance des parents qui ont la plus grande valeur prédictive, et non pas la structure familiale. En cas de difficultés au niveau des interactions parent-enfant, l'adolescent a davantage tendance à se tourner vers ses camarades avant de prendre une décision, ce qui accroît le risque d'usage de substances et d'autres problèmes de comportement.

*Les résultats démontrent clairement que la surveillance et le soutien des parents sont la clé de la prévention de la consommation d'alcool par les adolescents.*

BAUMANN, K.; FISHER, L.; BRYAN, E. ET CHENOWETH, R. (1985).

**Relationship between subjective expected utility and behavior: A longitudinal study of adolescent drinking behavior.**

*Journal of Studies on Alcohol* 46: 32-38.

Dans cette étude d'une durée d'un an portant sur un panel de 1 339 élèves de septième année, on s'est penché sur la relation entre la perception des rôles et des effets de l'alcool et le moment subséquent où les jeunes commencent à boire. Les jeunes ayant commencé à boire durant l'étude voient en général l'alcool comme un moyen de se sentir bien, d'être heureux ou d'oublier leurs problèmes.

*Les jeunes ayant commencé à boire durant l'étude voient en général l'alcool comme un moyen de se sentir bien, d'être heureux ou d'oublier leurs problèmes.*

BEAUCHAMP, S. ET BRUNET, J. P. (1994).

**Les motifs à l'initiation et à la surconsommation de psychotropes : Le point de vue d'adolescents délinquants.**

*Psychotropes* 8 (3): 91-101.

Cette étude avait pour objectif de déterminer les raisons associées à l'initiation de l'usage de drogues ou d'alcool par les jeunes adultes et les adolescents délinquants. Vingt adolescents ont participé à l'entrevue. Pour participer à l'étude, les sujets devaient notamment répondre aux critères suivants : avoir entre 15 et 18 ans, être considérés comme socialement ou effectivement mésadaptés, avoir consommé au moins une substance psychotrope moins d'un mois avant l'étude, être volontaire pour participer à l'étude et accepter de participer à des programmes de réadaptation à la fin du processus d'entrevue. La substance la plus consommée est le hachisch pour plus de la moitié des sujets de l'étude, l'alcool pour 20 % d'entre eux et la colle inhalée pour 5 %. Plus de 75 % des sujets déclarent consommer plusieurs substances simultanément, la combinaison alcool et cocaïne étant la plus fréquente. Les raisons avancées pour expliquer l'usage de substances sont divisées en deux catégories. Les raisons internes incluent le désir de ressentir un sentiment positif particulier ou de fuir certaines idées désagréables ou des événements de la vie négatifs. Parmi les raisons externes figurent les attentes de la famille ou des amis et le désir de participer à certaines activités. En règle générale, les sujets avancent des raisons externes pour expliquer leur première consommation de substances, par exemple le désir d'imiter leurs camarades et d'être accepté par eux. Les raisons internes sont plutôt invoquées pour justifier la poursuite de la consommation et de l'abus de substances, par exemple le désir d'oublier des incidents d'abus ou d'alcoolisme parental. En conclusion, indiquent les auteurs, compte tenu de la probabilité élevée pour un grand nombre d'étudiants de faire l'expérience de l'usage de substances, il pourrait être

réactionnaire de redouter que la majorité des jeunes connaissent des problèmes d'abus de substances. Toutefois, comme il semble exister un lien entre usage de substances et délinquance, les auteurs recommandent d'axer les programmes de recherche et d'intervention sur ce segment de la population estudiantine, chez qui la probabilité d'observer les effets négatifs de l'usage de substances est la plus élevée.

BEAUVAIS, F. (1992).

**Characteristics of Indian youth and drug use.**

*American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 5 (1): 51-67.

Cet article présente un vaste éventail de théories expliquant l'usage de drogues chez les jeunes autochtones, incluant les éléments culturels, la faiblesse génétique, le stress de l'acculturation, l'auto-médication et les théories psychosociales axées sur l'influence des pairs. La consommation de drogues semble être le plus fortement liée à l'usage de substances par les pairs, même si les influences familiales sont également très puissantes. Pour les adolescents autochtones, les facteurs de risque sont notamment les suivants : négligence de la famille, âge à la première intoxication, mauvais résultats scolaires, sanctions familiales insuffisantes contre la consommation de drogues, attitude positive vis-à-vis de l'usage de drogues, absence de figure paternelle à la maison et faible identification religieuse. Si l'on veut combattre l'usage de drogues chez les jeunes autochtones, il faudra créer des programmes qui tiennent compte non seulement des facteurs personnels et sociaux qui rendent ces jeunes vulnérables, mais aussi des caractéristiques de la collectivité qui favorisent un milieu où la consommation de drogues est élevée.

*La consommation de drogues semble être le plus fortement liée à l'usage de substances par les pairs, même si les influences familiales sont également très puissantes.*

BERTRAND, L. D. ET ABERNATHY, T. J. (1993).

**Predicting cigarette smoking among adolescents using cross-sectional and longitudinal approaches.**

*Journal of School Health* 63: 98-103.

Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent passer par la détermination des caractéristiques des enfants à risque, dont l'évaluation nécessite la collecte de données tant transversales que longitudinales. L'échantillon était constitué ici de 7 508 élèves de sixième année des écoles secondaires de Calgary. La cohorte a été analysée chaque année jusqu'à la neuvième année, à l'aide d'un questionnaire structuré d'auto-évaluation sur les comportements en matière de santé. Sur l'ensemble de la période, on a trouvé des concordances pour 3 567 élèves, qui ont constitué la base de données utilisée pour les analyses. En neuvième année, 19,7 % des garçons et 27 % des filles déclaraient fumer. À partir des

données fournies par les questionnaires, l'analyse a permis de dégager cinq facteurs, à savoir influence des pairs, confiance en soi, santé mentale, relations parent-enfant et activités de loisirs. D'après les résultats de l'analyse discriminante, les variables interpersonnelles, et plus particulièrement l'influence des pairs, constituent le meilleur paramètre prédictif de l'usage du tabac.

BOYLE, M. H.; OFFORD, D. R.; RACINE, Y. A.; FLEMING, J. E.; SZATMARI, P. ET LINKS, P. S. (1993).

**Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: Results from the Ontario Child Health Study follow-up.**

*Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34 (4): 535-544.

Dans cette étude, on se penche sur la valeur prédictive des troubles psychiatriques, des résultats scolaires, du fonctionnement de la cellule familiale et de son revenu pour les risques de consommation future de drogues chez les jeunes au Canada. Les données utilisées ont été collectées dans le cadre de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario réalisée en 1983, et de son suivi effectué en 1987. L'échantillon comprend 770 familles avec enfants pour lesquelles on dispose de données d'évaluation des enfants par l'enseignant, et de 872 familles pour lesquelles on dispose de données d'évaluation des enfants et de la famille. Pour recueillir les données, on s'est servi d'entrevues avec des femmes chefs de famille et des adolescents âgés de 12 à 16 ans, ainsi que de listes de contrôle des problèmes remplies par les enseignants des enfants de chaque famille. En ce qui concerne les troubles psychiatriques, les problèmes abordés incluaient les troubles du comportement, le déficit de la capacité d'attention et les troubles affectifs (anxiété et dépression). Pour évaluer l'abus de substances chez les adolescents, on a considéré l'usage du tabac, d'alcool, de marijuana et de drogues dures. Le rendement scolaire a été mesuré par les antécédents d'échec en classe ou d'enseignement correctif. Le dysfonctionnement familial a été mesuré à l'aide de l'instrument d'évaluation familiale de McMaster, tandis que l'on a évalué le revenu en examinant le revenu annuel familial total au cours de la dernière année. D'après les résultats, il existe une association positive entre les troubles du comportement évalués par l'enseignant et la consommation d'alcool et de drogues dures. On observe également un lien entre le faible revenu et le rendement scolaire insatisfaisant d'une part et, d'autre part, l'usage du tabac. L'étude n'a pas permis de mettre en lumière une relation entre l'usage de substances et le déficit de la capacité d'attention ou les troubles affectifs.

*D'après les résultats, il existe une association positive entre les troubles du comportement évalués par l'enseignant et la consommation d'alcool et de drogues dures.*

BROOK, J.; NOMURA, C. ET COHEN, P. (1988).

**A network of influences on adolescent drug involvement: Neighbourhood, school, peer, and family.**

*Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 115 (1): 123-145.

On a étudié la consommation de drogues chez les adolescents dans le contexte des variables reliées au voisinage et à l'école, ainsi que selon les influences des pairs et de la famille. On a interrogé 518 sujets âgés de 9 à 18 ans et leur mère aux États-Unis en vue de déterminer les interrelations entre ces nombreux facteurs. L'influence de la famille et celle des pairs sont les variables ayant l'impact le plus important.

BROOK, J.; WHITEMAN, M.; GORDON, A. S. ET COHEN, P. (1989).

**Changes in drug involvement: A longitudinal study of childhood and adolescent determinants.**

*Psychological Reports* 65: 707-726.

On a étudié les facteurs reliés à la personnalité et au comportement chez 653 enfants américains, à trois stades différents : entre 1 et 10 ans, entre 9 et 18 ans et entre 11 et 20 ans. À chaque stade, on a interviewé tant les enfants que leur mère. D'après les résultats, les facteurs prédictifs de la consommation de drogues sont le non-conformisme, la colère, la maîtrise insuffisante des émotions, l'insubordination et la tolérance de la déviance. Les facteurs prédictifs les plus puissants ont trait au non-conformisme. Le tempérament et la colère sont corrélés négativement à d'autres facteurs tels que la réussite et sont des facteurs prédictifs de la survenue précoce et de la poursuite de l'usage de drogues.

*D'après les résultats, les facteurs prédictifs de la consommation de drogues sont le non-conformisme, la colère, la maîtrise insuffisante des émotions, l'insubordination et la tolérance de la déviance.*

BROWN, P. ET SKIFFINGTON, E. (1987).

**Patterns of marijuana and alcohol use attitudes for Pennsylvania 11th graders.**

*International Journal of the Addictions* 22: 567-573.

Dans cette étude, on compare l'attitude à l'égard de l'alcool, évaluée selon un certain barème, avec les habitudes de consommation d'alcool de 3 568 adolescents de Pennsylvanie. Les attitudes face à la consommation d'alcool sont étroitement corrélées aux attitudes de consommation dans la réalité, ce qui n'est pas étonnant. Ce sont les abstinents qui manifestent l'attitude la plus négative vis-à-vis de l'alcool.

BROWN, S. A.; CHRISTIANSEN, B. A. ET GOLDMAS, M. S. (1987).

**The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies.**

*Journal of Studies on Alcohol* 48 (5): 483-491.

Dans cette étude, les auteurs évaluent l'efficacité d'un instrument destiné à mesurer les effets escomptés de l'alcool par les consommateurs. L'instrument a été évalué tant auprès des adultes que des adolescents. Les attentes recensées chez les adultes sont les suivantes : changements positifs globaux, stimulation sexuelle, plaisir physique et social, affirmation de soi accrue en société, détente et réduction de la tension, excitation et agression. Chez les adolescents, les attentes sont les suivantes : changements positifs globaux, changements de comportement en société, amélioration des capacités cognitives et motrices, stimulation sexuelle, diminution des capacités cognitives et motrices, excitation accrue, détente et réduction de la tension. Les conclusions de l'étude corroborent la valeur et la qualité de ces deux mesures des attentes et indiquent la possibilité d'une relation positive entre les attentes vis-à-vis de la consommation d'alcool, la consommation d'alcool et le comportement pendant la consommation.

CAMPEAU, N. (1989).

**La nicotine : Une autre dépendance chimique.**

*L'Intervenant* 6 (1): 10-11.

Dans cet article, les auteurs se penchent sur certains faits associés au tabagisme et analysent certains aspects nécessaires à la réussite du traitement et au renoncement au tabac. Sur le plan chimique, la cigarette contient de la nicotine (un stimulant) et de l'acétaldéhyde (un sédatif), substances qui ont la propriété de calmer tout en rendant simultanément plus alerte. Du fait de sa composition chimique, la cigarette agit au niveau de chacun des principaux systèmes de l'organisme. On sait que la nicotine possède un pouvoir toxicomanogène plus élevé que toute autre substance, incluant la cocaïne. Les symptômes de sevrage de la nicotine sont similaires à ceux d'autres substances, notamment anxiété, irritabilité, troubles de la concentration, instabilité émotionnelle et réduction du seuil de tolérance au stress. Le traitement se fait souvent en deux phases : une phase de désintoxication et une phase d'intervention comportementale où l'on enseigne des stratégies d'adaptation plus efficaces. Les polytoxicomanes sont encouragés à tout arrêter simultanément, afin de prévenir l'apparition de dépendances subséquentes. Dans le cadre de l'intervention comportementale, il faut inculquer notamment à l'individu de bonnes habitudes d'alimentation, car la probabilité d'un gain de poids est élevée chez les personnes qui arrêtent

de fumer. Les méthodes telles que les groupes «Smokers Anonymous» et l'acupuncture sont également efficaces pour faciliter le renoncement à la cigarette, car elles visent non seulement le volet physique, mais aussi le volet psychologique de la dépendance vis-à-vis de la nicotine.

CARLISLE-FRANK, P. (1991).

**Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: An alternate approach.**

*Journal of Psychology* 125 (4): 381-397.

Dans cet article, on examine le concept de locus de contrôle interne et externe et on se demande si les convictions personnelles à l'égard de ce contrôle jouent un rôle dans la consommation de substances. L'auteur note que les recherches n'ont pas permis de déterminer de manière concluante s'il existe un lien entre le locus de contrôle interne et l'usage ou l'abus de drogue. Elle propose une hypothèse explicative selon laquelle les individus n'ont pas une perception simple et homogène du contrôle personnel, mais plutôt un contrôle interne dans certains domaines et un contrôle externe dans d'autres. Dans de tels cas, l'individu peut en fait «faire l'apprentissage» du contrôle externe par l'expérience. L'auteur reconnaît que cette hypothèse doit être mise à l'épreuve de manière empirique.

*Elle propose une hypothèse explicative selon laquelle les individus n'ont pas une perception simple et homogène du contrôle personnel, mais plutôt un contrôle interne dans certains domaines et un contrôle externe dans d'autres.*

CARLSON, B. R. ET DAVIS, J. L. (1988).

**Demographic variables and recreational substance use among college students.**

*Journal of Drug Education* 18 (1): 71-79.

L'objet de cette étude était de répertorier les variables socio-démographiques susceptibles d'être le plus étroitement reliées à l'usage de substances dans un but récréatif par les étudiants. Huit cent trente-deux étudiants inscrits dans une grande université du sud-ouest des États-Unis ont rempli certaines sections choisies d'un questionnaire sur le bien-être et l'activité. Parmi les variables socio-démographiques associées à l'usage de substances, et en particulier à celui de la marijuana, on retrouve le fait d'être de sexe masculin, d'avoir une orientation politique libérale, un revenu parental élevé et une moyenne cumulative pondérée plus basse pendant les études secondaires. De plus, les données indiquent que les étudiants qui consomment actuellement de l'alcool ou qui fument des cigarettes sont plus susceptibles de faire l'expérience de la marijuana et, éventuellement, d'autres drogues illicites. Par conséquent, la consommation de marijuana étant associée à la consommation subséquente d'autres drogues illicites, il serait judicieux de multiplier les

efforts visant à décourager les étudiants de faire l'expérience de cette drogue dès le départ, afin de prévenir l'usage subséquent de drogues et les problèmes qui en découlent.

CARMODY, T. P.; BRISCHETTO, C. S.; MATARAZZO, J. D.; O'DONNELL, R. P. ET CONNOR, W. E. (1985).

**Co-occurrent use of cigarettes, alcohol, and coffee in healthy, community-living men and women.**

*Health Psychology* 4 (4): 323-335.

Dans cette étude, on a examiné la consommation de cigarettes, d'alcool et de café dans deux échantillons d'individus (un sous-échantillon masculin constitué de 226 sujets et un sous-échantillon féminin constitué de 245 sujets) par le biais d'un questionnaire d'auto-évaluation. Il ressort des résultats que les fumeurs et les ex-fumeurs ont davantage tendance à consommer des quantités supérieures d'alcool et de café. On note également une relation positive entre la consommation d'alcool et celle de café; en d'autres termes, les individus qui boivent plus d'alcool boivent également plus de café. En outre, le nombre de cigarettes fumées par jour est relié à la consommation d'alcool et de café chez les hommes.

*Il ressort des résultats que les fumeurs et les ex-fumeurs ont davantage tendance à consommer des quantités supérieures d'alcool et de café.*

CAROSELLI-KARINJA, M. (1985).

**Drug abuse and the elderly.**

*Journal of Psychosocial Nursing* 23 (6): 25-30.

Dans cet article, les auteurs analysent certaines des principales questions reliées à l'abus de drogues chez les personnes du troisième âge. Comme les personnes âgées consultent souvent plusieurs médecins pour un large éventail de maux, il n'est pas surprenant de constater qu'elle surconsomme souvent des médicaments vendus sur ordonnance et combinent parfois sans le savoir des produits pharmaceutiques pouvant réagir négativement l'un avec l'autre et mettre le patient en danger. Les personnes âgées ont également davantage tendance à pratiquer l'auto-médication par l'usage de médicaments en vente libre ou à consommer des psychotropes, par exemple des tranquillisants, afin de mieux supporter la solitude et la dépression qui apparaît souvent par suite d'une diminution de l'activité, du décès d'un membre de la famille ou d'un ami, de la perte d'autonomie, etc. Le problème de la consommation insuffisante de médicaments à cause de problèmes de mémoire ou de contraintes financières peut également avoir une incidence négative sur la santé des personnes du troisième âge; la consommation irrégulière de médicaments nécessaires peut elle aussi influencer sur leur santé physique et émotionnelle. Parmi les facteurs susceptibles de contribuer à éliminer l'abus de substances chez les personnes âgées

figurent les suivants : meilleure sensibilisation aux paramètres psychologiques, sociologiques et physiologiques associés à l'abus de drogue chez les personnes âgées et meilleure interaction entre ces dernières et leurs familles et leurs collectivités pour la promotion d'une vie sans drogue.

CARRUTHERS, C. ET HOOD, C. (1994).

**Alcohol use in leisure.**

*Journal of Leisurability* 21 (1): 3-12.

Dans cette publication, les auteurs explorent la relation entre les attentes vis-à-vis de la consommation d'alcool et les qualités de l'expérience du loisir. Selon les auteurs, bon nombre des qualités ou des changements auxquels s'attendent les individus en consommant de l'alcool sont reliées à des dimensions critiques de l'expérience du loisir. Les principales attentes associées à la consommation d'alcool sont les suivantes : changement d'humeur positif, confort social, détente et réduction de la tension, et excitation. On considère que ces attentes sont directement reliées aux loisirs en ce sens que l'humeur positive, le confort social, la détente et l'excitation sont aussi bien des conditions préalables que des résultats de la participation à des loisirs de qualité. De l'avis des auteurs, certains individus pourraient boire afin de tenter d'assimiler une situation ou une expérience à un loisir. On évoque également les répercussions de ces observations sur les programmes de prévention et de traitement.

CHABOT, R. (1978).

**La situation de la femme alcoolique au Québec.**

*Toxicomanies* 11: 131-141.

Dans cette analyse documentaire de la question de l'alcoolisme chez la femme, l'auteur détruit le mythe selon lequel l'homme et la femme auraient le même rapport aux aspects physiques, sociaux et psychologiques de l'abus d'alcool et de la toxicomanie. S'appuyant sur des statistiques selon lesquelles au moins 5 % de toute population donnée souffre d'alcoolisme, l'auteur juge réaliste d'évaluer le nombre de femmes alcooliques au Québec à au moins 50 000. Il affirme de plus qu'il est tout à fait probable que ce nombre soit plus élevé, en raison du nombre de femmes dont l'alcoolisme n'a pas été diagnostiqué mais qui souffrent des conséquences de l'abus d'alcool. Voici quelques-uns des nouveaux constats concernant l'alcoolisme chez la femme : 1) le risque d'intoxication et ses conséquences physiques sont similaires à ceux des hommes; 2) le ratio hommes/femmes souffrant d'alcoolisme est de 3 pour 1; 3) les père et époux des femmes alcooliques sont souvent eux-mêmes alcooliques; 4) les femmes ont plus tendance à consommer de l'alcool dans un but d'auto-médication, afin de soulager la

*Dans cette analyse documentaire de la question de l'alcoolisme chez la femme, l'auteur détruit le mythe selon lequel l'homme et la femme auraient le même rapport aux aspects physiques, sociaux et psychologiques de l'abus d'alcool et de la toxicomanie.*

douleur émotive associée au divorce, à la mort d'un être cher, au chômage, à une peine de coeur, etc.; 5) l'intoxication survient plus rapidement chez les femmes que les hommes, tout comme la dépendance, en raison de différences sur le plan chimique et physiologique; 6) les femmes qui commencent un traitement sont souvent plus détériorées physiquement et psychologiquement que leurs homologues masculins, souvent parce que leur alcoolisme est resté dissimulé pendant une période beaucoup plus longue.

CHEUNG, Y. W. (1990-91).

**Ethnicity and alcohol/drug use revisited: A framework for future research.**

*The International Journal of the Addictions* 25 (5A et 6A): 581-605.

Ce document de travail décrit les limitations des méthodes traditionnelles utilisées pour distinguer différents groupes ethniques et pour recueillir auprès des membres de ces groupes des informations sur leurs habitudes en matière d'usage de substances. Pour recueillir ces données, les deux principaux moyens sont les enquêtes auprès des toxicomanes reconnus et les études d'auto-évaluation dans l'ensemble de la population hors établissement. Toutefois, ces deux techniques présentent plusieurs limitations sur le plan méthodologique, et en particulier le risque de recueillir des informations biaisées ou inexactes en raison de l'impossibilité d'interroger les toxicomanes n'ayant fait l'objet d'aucun diagnostic, ou encore à cause d'une erreur personnelle, d'un oubli ou d'une sous-déclaration délibérée de la consommation de substances. En outre, bien souvent, la conceptualisation de l'ethnicité ne tient pas compte des facteurs et des influences au niveau tant individuel que communautaire. Cela ajoute encore à la difficulté d'évaluer le rôle joué par l'ethnicité dans l'apparition d'attitudes et de comportements conduisant à l'usage de substances. L'auteur souligne qu'il convient d'accorder une plus grande attention à ces questions si l'on veut que les recherches sur l'ethnicité et l'usage de substances donnent des résultats exacts et utiles.

*Bien souvent, la conceptualisation de l'ethnicité ne tient pas compte des facteurs et des influences au niveau tant individuel que communautaire.*

CHEUNG, Y. W. (1993).

**Approaches to ethnicity: Clearing roadblocks in the study of ethnicity and substance use.**

*The International Journal of the Addictions* 28 (12): 1209-1226.

Dans cet article, l'auteur répertorie et explore certaines des méthodes couramment utilisées pour définir le concept d'ethnicité et l'utiliser dans l'étude de l'usage de substances. Il décrit les difficultés associées à l'utilisation

du concept selon qu'il est défini par la race, le pays d'origine et l'identification symbolique à un groupe ou à une communauté culturelle en particulier. Selon les évaluations de l'auteur, il peut exister une multitude de différences au sein d'un groupe culturel ou racial donné en raison des variables démographiques, de la religion et de l'immigration, et il est impossible de donner une définition générique de l'ethnicité. Par conséquent, les personnes désireuses d'étudier la question de l'ethnicité et de l'usage de substances, ou encore de concevoir et de mettre en oeuvre des traitements et des interventions destinés à certains groupes ethniques, doivent opter pour une approche multi-intraculturelle qui tienne compte des différences, en théorie comme en pratique.

CLAYTON, R. ET RITTER, C. (1985).

**The epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents.**

*Advances in Alcohol and Substance Abuse* 4 (3-4): 69-97.

Dans cette étude majeure de l'épidémiologie, ou des causes et des profils de l'abus de substances chez les adolescents, on évoque les corrélats psychosociaux de la consommation d'alcool chez les adolescents et on décrit les aspects démographiques reliés aux profils de consommation. Par exemple, on note une atténuation des différences entre adolescents de sexe masculin et féminin sur le plan de la consommation d'alcool.

COOMBS, R. H. ET LANDSVERK, J. (1988).

**Parenting styles and substance use during childhood and adolescence.**

*Journal of Marriage and the Family* 50: 473-482.

Les auteurs se penchent sur la relation parent-jeune et sur son effet sur l'usage de substances auprès d'un échantillon de 443 jeunes (âgés de 9 à 17 ans). Dans cet échantillon, 112 sujets (11 % des 9 à 13 ans et 42 % des 14 à 17 ans) consomment des substances chaque jour, tandis que 159 s'en abstiennent. Parmi les consommateurs, 67,5 % affirment ne pas éprouver de tendresse à l'égard de leurs parents. Les non-consommateurs accordent plus d'importance à la bonne entente avec leurs parents et perçoivent ces derniers comme des modèles de comportement. Les parents des non-consommateurs encouragent et apprécient leurs enfants, sont conscients de l'importance de la confiance mutuelle et appliquent en général une discipline stricte. Les pères des non-consommateurs participent davantage aux activités familiales et sont plus proches de leurs enfants. Plutôt que de punir leurs enfants, les parents exercent leur autorité en imposant des

*Les parents des non-consommateurs encouragent et apprécient leurs enfants, sont conscients de l'importance de la confiance mutuelle et appliquent en général une discipline stricte.*

règles et en félicitant les enfants qui les respectent. Par opposition, les consommateurs sont issus de familles où les relations parent-enfant sont relâchées (en particulier avec le père) et où l'attitude des parents est froide et peu encourageante.

COOPER, M.; CORRADO, R.; KARLBERG, A. ET PELLETIER-ADAMS, L. (1992).

**Le suicide chez les autochtones de la Colombie-Britannique.**

Survot, *Santé mentale au Canada*, vol. 40, n° 3 : 20-25.

Dans cet article, on examine les résultats d'une étude sur le suicide chez les autochtones réalisée en Colombie-Britannique. Les principales conclusions sont les suivantes : les taux de suicide chez les autochtones vivant hors réserve sont comparables à ceux des populations non autochtones; le taux de suicide dans les réserves est souvent deux fois plus élevé que celui du reste de la population. Le suicide touche souvent les hommes jeunes ayant des antécédents personnels et familiaux de violence et d'abus d'alcool.

CORMIER, D. (1974).

**Inhibitions personnelles lors du passage du cannabis aux drogues fortes.**

*Toxicomanies* 7: 135-145.

L'objet de cette étude était d'examiner les différences sur le plan des inhibitions personnelles entre les consommateurs de cannabis et les consommateurs de drogues hautement toxicomanogènes, comme le LSD et la cocaïne. On a fait passer des tests à 108 étudiants du réseau scolaire du Québec, âgés de 16 à 23 ans, afin de mesurer leur degré d'anxiété, la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et leurs attitudes personnelles. D'après les résultats obtenus, les consommateurs de cannabis obtiennent un score qui les situe entre les participants ne consommant pas de drogue et ceux qui consomment des drogues hautement toxicomanogènes. La principale raison de ne pas faire l'expérience de drogues plus dures invoquée par les consommateurs de cannabis est leur peur de la stigmatisation sociale que pourrait engendrer un mépris total des moeurs de la société en ce qui concerne l'usage de drogues. Au chapitre de la perception de soi et de ses répercussions sur le comportement, les consommateurs de cannabis et de drogues dures affirment tous deux se sentir mésadaptés et avoir d'eux-mêmes une image négative, même si l'image négative de soi semble plus répandue chez les consommateurs de drogues dures que chez ceux de cannabis. Enfin, en ce qui concerne les attitudes personnelles, on n'observe pas de différence appréciable entre ceux qui consomment du cannabis et

*D'après les résultats obtenus, les consommateurs de cannabis obtiennent un score qui les situe entre les participants ne consommant pas de drogue et ceux qui consomment des drogues hautement toxicomanogènes.*

ceux qui s'en abstiennent. Toutefois, les premiers semblent avoir moins tendance à se rappeler leurs expériences passées désagréables et à consommer des drogues dans un but de compensation et d'auto-médication que ceux qui font usage de drogues au pouvoir toxicomanogène plus élevé.

DEFRONZO, J. ET PAWLAK, R. (1994).

**Gender differences in the determinants of smoking.**

*Journal of Drug Issues* 24 (3): 507-516.

Les auteurs de cette étude se penchent sur l'incidence des liens sociaux et des caractéristiques de l'enfance sur le comportement subséquent vis-à-vis du tabac, et examinent si ces facteurs touchent de manière différente les hommes et les femmes. Ils ont étudié des données recueillies auprès de 845 Américains ayant répondu à une enquête sociale générale pour le National Opinion Research Center. Les résultats mettent en évidence une corrélation négative entre l'éducation et le comportement face au tabac, tant chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne les facteurs dissuasifs les plus puissants à l'égard de la consommation de tabac, les convictions religieuses viennent au premier rang chez les femmes, tandis que la satisfaction au travail et la satisfaction financière arrivent en tête chez les hommes. Les antécédents d'abus sexuels subis au cours de l'enfance semblent favoriser le tabagisme chez les hommes seulement. Les auteurs avancent comme explication possible que les hommes pourraient être moins aptes à faire face au stress émotif et psychologique associé aux mauvais traitements subis dans l'enfance.

*résultats mettent en évidence une corrélation négative entre l'éducation et le comportement face au tabac, tant chez les hommes que chez les femmes.*

DENTON, S. E. ET KAMPFE, C. M. (1994).

**The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review.**

*Adolescence* 29: 475-495.

Dans cette recherche documentaire, on s'est attaché à la relation entre parents et adolescents et à son lien avec l'abus de substances chez les jeunes. Les auteurs divisent les publications en deux grandes catégories : 1) habitudes familiales de consommation de drogues et 2) atmosphère familiale. Dix-huit études sont passées en revue. Toutes font état d'une association positive entre les habitudes des parents en matière de consommation de drogues et celles des enfants. De même, les frères et soeurs plus jeunes semblent calquer leurs propres habitudes de consommation sur celles de leurs frères et soeurs plus âgés. Au chapitre de l'atmosphère familiale, la plupart des recherches indiquent qu'un nombre significatif de consommateurs de drogues ont été élevés dans des familles monoparentales.

DIELMAN, T.; LEECH, S.; LORENGER, A. ET HARVATH, W. (1984).

**Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions.**

*Adolescence* 19 (76): 935-950.

Les auteurs ont mené une étude transversale auprès de 611 élèves de cinquième et de sixième année en leur faisant remplir un questionnaire sur leurs attitudes et leur comportement en matière de santé et en leur posant des questions au sujet de leur comportement passé et présent et de leurs intentions futures vis-à-vis de la consommation de certaines drogues. Les résultats ne corroborent pas le bien-fondé de l'élaboration de programmes de prévention des toxicomanies basés sur le locus de contrôle interne ou sur l'amélioration de l'estime de soi.

ELIANY, M. (1991).

**Alcohol and drug use.**

*Canadian Social Trends* 20: 19-26.

Cet article fait état des conclusions de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAAD) réalisée en 1989 par Statistique Canada. L'échantillon était constitué de près de 12 000 Canadiens âgés de 15 ans et plus provenant des dix provinces. L'article résume les résultats en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues en vente libre et délivrées sur ordonnance. Pour chaque catégorie, les résultats sont présentés en relation avec la prévalence, les différences géographiques sur le plan des habitudes de consommation, les différences attribuables à l'âge et au sexe, la relation avec la situation socio-économique et les problèmes reliés à la consommation.

GRAHAM, K.; CARVER, V. ET BRETT, P. (1995).

**Alcohol and other drug use among older women: Results of a national survey.**

*Canadian Journal on Aging* (sous presse).

Dans ce rapport, on examine les habitudes de consommation de substances chez les femmes âgées de 65 ans et plus, en s'appuyant sur les données de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAAD) effectuée en 1989. Dans la catégorie de femmes étudiée, la consommation d'alcool est plus modérée que chez les femmes plus jeunes et on note une association entre niveau plus faible de consommation et convictions religieuses. Le tabagisme est relié à une santé moins bonne, à des réseaux de soutien social moins étendus et à l'usage d'autres substances. La consommation de

psychotropes délivrés sur ordonnance s'observe plus souvent chez les femmes veuves, soumises à un stress plus grand, dont le revenu est moins élevé et le soutien social moins fort. C'est chez les femmes plus jeunes que la consommation est la plus élevée. Il ressort des résultats qu'il pourrait s'agir du groupe sexe-âge où la consommation de psychotropes vendus sur ordonnance est la plus élevée.

GROENEVELD, J. ET SHAIN, M. (1989).

**Drug Use Among Victims of Physical and Sexual Abuse.**

Toronto: Addiction Research Foundation.

Dans ce rapport, on fait état des résultats du Projet de recherche sur la violence familiale, mené auprès des femmes de l'Ontario âgées de 18 ans et plus. Grâce à ce projet, on a pu dresser un profil des habitudes de consommation de substances chez les femmes. La prévalence la plus élevée de consommation de drogues licites (par exemple alcool, médicaments vendus sur ordonnance tels qu'anxiolytiques) a été observée chez les femmes qui sont actuellement ou ont été victimes de violence sexuelle ou physique.

HARVEY, R.; FOREST, C. ET MERCIER-TREMBLAY, C. (1977).

**Alcoolisme et activités de loisirs.**

*Toxicomanies* 10: 319-329.

L'objet de cette étude était d'examiner comment les alcooliques perçoivent et approchent leurs moments de loisirs et leurs expériences récréatives. Entre décembre 1976 et mai 1977, cent clients de sexe masculin admis à l'hôpital St-Charles de Joliette, au Québec, pour y être traités ont été priés de répondre à un questionnaire de 96 questions et de se prêter à une entrevue sur leurs activités de loisirs. Les activités de loisirs passives et sociales nécessitant un effort et en engagement moindre sont plus fréquemment citées que les activités récréatives ordinaires. Pour bon nombre des répondants, les loisirs et la récréation ne sont pas aussi importants pour leur santé, leur bonheur et leur bien-être que leur profession. Les activités récréatives qui permettent aux participants d'être proches de l'alcool ou d'en consommer, par exemple le jeu, la fréquentation de bars, de tavernes, de discothèques, etc., sont également des formes de loisirs extrêmement populaires. Les activités récréatives classiques telles que cinéma, carnaval, jardins zoologiques, café avec des amis et travail bénévole sont moins fréquemment citées. Les activités d'intérieur telles que mots croisés ou puzzles ou les sports en salle tels que boxe, judo et karaté, sont moins populaires. Les sports et les activités récréatives de plein air figurent parmi les activités les moins pratiquées. Compte tenu du

*Pour bon nombre des répondants, les loisirs et la récréation ne sont pas aussi importants pour leur santé, leur bonheur et leur bien-être que leur profession.*

fait que nombre des répondants ont un grand besoin d'une activité valorisante, comme on peut l'observer par leur éthique de travail, et affirment cependant avoir peu l'impression de se réaliser par le biais des activités de loisirs, les auteurs concluent en conseillant que l'on accorde une grande place aux sports et aux activités de plein air dans les programmes de traitement des alcooliques. Ainsi, ces derniers pourraient profiter davantage des plaisirs de la vie sans alcool, tout en améliorant leur santé physique et psychologique.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F. ET MILLER, J. Y. (1992).

**Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.**

*Psychological Bulletin* 112 (1): 64-105.

Dans cet article, on s'intéresse aux facteurs de risque et de protection associés à l'usage de substances chez les adolescents qui ont été mis en évidence dans les recherches, ainsi qu'à la manière dont ils peuvent influencer l'élaboration de programmes d'intervention destinés à ce groupe d'âge. On examine notamment les facteurs contextuels reliés à la consommation de substances, les facteurs individuels et interpersonnels, les stratégies et les programmes de prévention actuels qui tiennent compte de ces facteurs de risque précoces et les préoccupations sur le plan de la méthodologie vis-à-vis des recherches évaluant ces interventions. De l'avis des auteurs, il est nécessaire de mieux comprendre la relation entre les facteurs de risque et de protection et leur influence sur l'usage et l'abus de substances dans les programmes qui favorisent l'acquisition des aptitudes à la vie quotidienne, et en particulier des aptitudes intrapersonnelles et interpersonnelles. Cela pourrait être utile pour lutter contre le manque de confiance en soi et le sentiment d'isolement ressenti par bon nombre de jeunes toxicomanes. Toutefois, il a été démontré que les stratégies actuelles ont à tout le moins des effets à court terme sur l'usage de substances par ce groupe d'âge; il convient donc de persévérer dans leur mise en oeuvre et leur amélioration.

*Toutefois, il a été démontré que les stratégies actuelles ont à tout le moins des effets à court terme sur l'usage de substances par ce groupe d'âge; il convient donc de persévérer dans leur mise en oeuvre et leur amélioration.*

HAWKINS, J.; LISHNER, D.; CATALANO, R. ET HOWARD, M. (1985).

**Childhood predictors of adolescent substance abuse: Toward an empirically grounded theory.**

*Journal of Children in Contemporary Society* 12: 11-48.

Dans cet article fondamental, les auteurs proposent 12 facteurs de risque globaux qui constituent un modèle prédictif de l'abus de substances chez les adolescents. Les facteurs de risque clés incluent : usage de drogues dans

la famille, consommation de substances par les amis, échec scolaire, sentiment d'abandon par rapport à l'école, insuffisance des liens sociaux, non-respect des normes conventionnelles et début de la consommation à un âge précoce.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. (1990).

**Enquête promotion santé Canada : Rapport technique.**

Ottawa : Ministère des Approvisionnements et des Services.

Cette enquête nationale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de santé permet de dégager des tendances basées sur plusieurs variables démographiques telles que l'âge, la région, le sexe et le revenu. Les données relatives à la consommation d'alcool, de drogues et de tabac sont également incluses.

HEATH, D. B. (1990-91).

**Uses and misuses of the concept of ethnicity in alcohol studies: An essay in deconstruction.**

*The International Journal of the Addictions* 25 (5A and 6A): 607-628.

Dans cet article, on évalue l'importance de l'ethnicité à titre de variable dans les recherches sur l'usage et l'abus d'alcool dans notre société. De l'avis de l'auteur, si le concept d'ethnicité en général peut être utile pour classer ou catégoriser les différents types de convictions et de comportements vis-à-vis de l'alcool et pour en discuter, il n'en reste pas moins que les définitions de ce qu'est l'ethnicité et de la manière dont ces facteurs influent sur ces convictions et ces comportements ont été mal utilisées. L'auteur explore les lacunes que l'on crée en définissant l'ethnicité par un modèle bureaucratique, par un modèle biologique, par le patrimoine national ou par la religion dans l'étude de la consommation d'alcool, en s'arrêtant au risque de combiner plusieurs définitions de l'ethnicité en utilisant des variables de différents modèles. Par exemple, comparer le groupe hétérogène des catholiques romains au groupe spécifique des Mormons, ou comparer le groupe religieux des Juifs au regroupement national des Polonais ou des Italiens équivaut à comparer des pommes et des oranges. Selon l'hypothèse de l'auteur, les définitions de l'ethnicité couramment utilisées sont élaborées par des personnes qui entendent établir des classifications, sans aucune uniformité sur le plan de la base définitionnelle ou des critères distinctifs d'un chercheur à l'autre. Le concept d'ethnicité peut avoir une importance pour permettre de mieux comprendre les relations culturelles, religieuses et psychologiques vis-à-vis de la consommation d'alcool dans un groupe donné. Toutefois, il convient de définir l'ethnicité de

manière plus rigoureuse, en faisant appel à des variables plus homogènes afin d'éviter toute confusion.

HIBBARD, J. H. (1993).

**Social roles as predictors of cessation in a cohort of women smokers.**

*Women and Health* 12 (4): 71-80.

L'objectif de cette étude était d'examiner les agents stressants et les facteurs reliés au rôle social associés au tabagisme et à l'abandon subséquent de cette habitude chez les femmes. Cent soixante-huit femmes de l'Ouest des États-Unis ont répondu à un questionnaire postal visant à mesurer les variables reliées au rôle social telles que le rôle conjugal, parental et professionnel. Les rôles conjugal et parental, ainsi que le stress qui y est associé, semblent avoir peu d'influence sur l'abandon du tabagisme. Toutefois, les femmes éprouvant une plus grande satisfaction professionnelle et disposant de plus de ressources sociales et matérielles pour faire face au stress sont davantage susceptibles d'arrêter de fumer que celles dont la situation professionnelle est moins enviable et qui exercent moins de contrôle sur leur travail. Ce sont les femmes chefs de famille monoparentale qui constituent le groupe le plus susceptible de conserver ses habitudes de tabagisme pour faire face au stress de la vie quotidienne, ce qui illustre l'importance de disposer d'un soutien social pour cesser de fumer.

*Ce sont les femmes chefs de famille monoparentale qui constituent le groupe le plus susceptible de conserver ses habitudes de tabagisme pour faire face au stress de la vie quotidienne, ce qui illustre l'importance de disposer d'un soutien social pour cesser de fumer.*

HUGHES, S. O.; POWER, T. G. ET FRANCIS, D. J. (1992).

**Defining patterns of drinking in adolescence: A cluster analytic approach.**

*Journal of Studies on Alcohol* 53: 40-47.

Dans cet article, les auteurs font état des résultats d'une étude effectuée aux États-Unis, dont l'objectif était d'élaborer et de mettre à l'épreuve une méthode permettant de déterminer les habitudes de consommation d'alcool chez les adolescents. Parmi les 189 (85 garçons, 104 filles) élèves d'école secondaire étudiés, 84 % déclarent avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année. On a procédé à des analyses factorielles avec des rotations non orthogonales, de manière séparée, sur quatre paramètres de la consommation d'alcool : quantité et fréquence, contexte social, motifs de la consommation et conséquences de celle-ci. Les scores factoriels extraits des trois premières catégories ont servi à une analyse typologique et les profils de

consommation d'alcool ont été construits séparément pour les sujets de sexe masculin et féminin. L'analyse a permis de dégager quatre profils de consommation appropriée sur le plan social et trois profils de consommation problématique. Les profils de consommation problématique présentent des différences significatives sur le plan des motifs de la consommation et des conséquences de celle-ci et sont caractérisés comme suit : buveurs de sexe masculin à l'école, buveurs de sexe masculin solitaires/étrangers et buveurs de sexe féminin solitaires/à l'école.

JESSOR, R. (1987).

**Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking.**

*British Journal of Addiction* 82: 331-342.

Dans cet article théorique, l'auteur examine le cadre de la théorie des comportements déviants à titre d'explication de la consommation abusive ou à mauvais escient d'alcool et de drogues, et d'autres comportements déviants. Selon la principale hypothèse de la théorie des comportements déviants, les comportements face à l'alcool sont similaires à d'autres comportements acquis en ce sens qu'ils sont fonctionnels, intentionnels et déterminants dans l'atteinte des buts. «Les buts qui sont attachés à la consommation d'alcool, leur signification pour les buveurs, les différentes manières dont l'alcool est utilisé, et même les effets ressentis ou observés sont autant d'aspects déterminés par les normes et les attentes de la culture en général et par l'expérience en particulier d'un jeune dans le contexte le plus immédiat de la vie quotidienne» [Traduction] (p. 331). L'auteur passe ensuite en revue plusieurs études expérimentales qui ont utilisé ce cadre théorique, suggère des applications futures de la théorie et propose quelques orientations pour les recherches à venir.

JOHNSON, K. A. ET JENNISON, K. M. (1992).

**The drinking-smoking syndrome and social context.**

*The International Journal of the Addictions* 27 (7): 749-792.

Dans cette étude, les auteurs examinent la relation entre l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'affiliation et le contexte sociaux dans un échantillon national de 6 072 individus aux États-Unis. Selon l'hypothèse avancée par les auteurs, la combinaison alcool et nicotine engendre une réaction physiologique plus importante que celle engendrée par une de ces substances consommée isolément. Un tableau résume les publications récentes où est étudiée cette relation. Les auteurs répertorient également les motivations de la consommation de nicotine et d'alcool, à savoir facilitation des interactions sociales, soulagement du stress et de l'anxiété, affect plus positif et désir d'acceptation sociale. Les données utilisées dans cette étude

*Selon l'hypothèse avancée par les auteurs, la combinaison alcool et nicotine engendre une réaction physiologique plus importante que celle engendrée par une de ces substances consommée isolément. considérés séparément.*

sont extraites des General Social Surveys (1978, 1980, 1983 et 1984). Elles ont été recueillies par le biais d'entrevues personnelles dans le cadre desquelles on a posé des questions couvrant un large éventail de problèmes sociaux. Cette étude a permis de dégager trois grandes conclusions. En premier lieu, il ressort des résultats que les caractéristiques socio-démographiques des individus qui fument et consomment de l'alcool se rapprochent davantage de celles des individus qui boivent de manière excessive que de celles des fumeurs. Les premiers sont des individus célibataires qui appartiennent à la catégorie des cols blancs ou des professionnels, tandis que les derniers sont des cols bleus dont le niveau d'éducation est inférieur. Deuxièmement, les fumeurs ont beaucoup plus tendance à boire de manière excessive que les non-fumeurs, et les buveurs excessifs sont plus souvent des fumeurs que des non-fumeurs. Troisièmement, on observe que la relation entre la consommation de tabac et la consommation d'alcool est influencée par le contexte social. Selon les auteurs, les facteurs interpersonnels pourraient jouer un rôle plus important dans l'apparition et la persistance des comportements face à la boisson et au tabac que les attributs psychologiques ou individuels

*Les fumeurs ont beaucoup plus tendance à boire de manière excessive que les non-fumeurs, et les buveurs excessifs sont plus souvent des fumeurs que des non-fumeurs.*

KANDEL, D. ET ANDREWS, K. (1987).

**Processes of adolescent socialization by parents and peers.**

*The International Journal of the Addictions* 22: 319-342.

Cet article rapporte les résultats d'une étude longitudinale effectuée par les auteurs sur l'apparition et le maintien des habitudes de consommation de drogues, incluant l'alcool et le tabac, chez les adolescents de l'État de New York. Selon les résultats obtenus, les attitudes et les habitudes des camarades et des parents en matière de consommation sont les facteurs qui influencent le plus fortement la décision de consommer des substances ainsi que le type d'habitude de consommation.

KANDEL, D.; SIMCHA, F. O. ET DAVIES, M. (1986).

**Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood.**

*Journal of Drug Issues* 16 (1): 67-90.

Cette étude se penche sur les variables en cause dans la consommation prolongée de substances illicites et la délinquance de l'adolescence à l'âge adulte. Mille quatre adolescents inscrits dans des écoles publiques américaines ont été interviewés à plusieurs reprises sur une période de neuf ans, entre le moment où ils avaient de 15 à 16 ans et celui où ils atteignaient l'âge de 24 à 25 ans. Entre l'adolescence et l'âge adulte, la persistance de

la consommation de drogues illicites est plus fréquente que celle de la délinquance et s'observe plus souvent chez les sujets masculins que chez les sujets féminins. Chez les sujets masculins, la consommation précoce de drogues illicites est une variable prédictive de la poursuite de la consommation de drogues à l'âge adulte, tandis que chez les sujets féminins, la consommation précoce de drogues est un facteur prédictif de la délinquance à l'âge adulte. Toutefois, les taux de prévalence de l'agression interpersonnelle à l'âge adulte ne sont pas influencés par la consommation de drogues illicites à l'adolescence.

KROHN, M.; AKERS, R.; RADOSEVICH, M. ET LANZA-KADUCE, L. (1982).

**Norm qualities and adolescent drinking and drug behavior: The effects of norm quality and reference group on using and abusing alcohol and marijuana.**

*Journal of Drug Issues* 12: 343-359.

Les auteurs ont effectué une étude des effets prédictifs des groupes de référence normatifs sur la consommation de marijuana et d'alcool au sein d'un groupe important d'adolescents américains. D'après les résultats obtenus ici comme dans d'autres recherches, les auteurs proposent un modèle en débattant du rôle du climat normatif dans l'usage de substances. Le climat normatif est le résultat du jeu réciproque des attitudes, des valeurs et des comportements des amis, de la famille et des réseaux formels et informels. On décrit trois catégories de climats normatifs avec référence à la consommation de substances. Il s'agit du climat *proscriptif*, où la consommation n'est absolument pas autorisée, du climat *prescriptif*, où la consommation est autorisée dans certaines circonstances, et du climat *permissif*, où la consommation est autorisée sans l'exercice d'aucun contrôle.

LAFOREST, L. (1976).

**L'usage quotidien de l'alcool et du tabac: deux habitudes de vie liées au système d'interaction sociale.**

*Toxicomanies* 9: 73-79.

Dans cet éditorial, l'auteur s'appuie sur les informations recueillies dans le cadre de sa thèse de doctorat pour affirmer que l'approche médicale de la dépendance vis-à-vis de l'alcool et les traitements offerts par cette discipline sont sans fondement et inadéquats. Compte tenu du fait qu'il n'existe pas de cause physique spécifique et identifiable de l'alcoolisme, ni de traitement médical permettant de guérir de cette maladie, M. LaForest rejette le modèle médical de la dépendance, et affirme au contraire qu'il est plus important d'étudier les aspects généraux et spécifiques de la déviance

*L'auteur s'appuie sur les informations recueillies dans le cadre de sa thèse de doctorat pour affirmer que l'approche médicale de la dépendance vis-à-vis de l'alcool et les traitements offerts par cette discipline sont sans fondement et inadéquats.*

individuelle et sociale si l'on veut mieux comprendre le problème de l'alcoolisme. Après avoir étudié le comportement face à l'alcool de 519 chefs de famille et le comportement face au tabac de 656 étudiants au Québec, l'auteur affirme que les principales raisons données par les deux groupes pour expliquer leur consommation sont de nature sociologique. Parmi les principales raisons avancées pour justifier l'usage de substances en général figurent l'insatisfaction par rapport à l'économie, la perte d'emploi, le manque de mobilité géographique, l'insatisfaction des répondants vis-à-vis de leur statut socio-économique, etc. En ce qui concerne la consommation excessive et l'abus de substances, les principales raisons avancées par les deux groupes sont davantage d'ordre psychologique, notamment anomie, sentiment d'abandon et solitude. Par la suite, la propre tolérance de chaque individu vis-à-vis des normes régissant la déviance sociale influe sur la mesure dans laquelle il adopte des comportements déviants, par exemple agression physique et violence. Ainsi, dans le cadre d'un traitement efficace, on devrait s'intéresser à la déviance tant sociologique que psychologique influençant l'alcoolique et lui permettre de faire face plus efficacement à ces sources de conflit.

LEGGE, C. ET SHERLOCK, L. (1990-91).

**Perception of alcohol use and misuse in three ethnic communities: Implications for prevention programming.**

*The International Journal of the Addictions* 25 (5A et 6A): 629-653.

Cette étude avait pour objectif d'examiner le degré et l'étendue de la consommation d'alcool, les raisons de la consommation excessive et les conséquences négatives de la surconsommation au sein des communautés chinoise, indopakistanaise et latino-américaine résidant dans la province de Colombie-Britannique. Deux cent cinq membres de ces communautés, des jeunes et leurs parents, ont été interviewés. Les résultats mettent en lumière certaines différences entre les trois groupes sur le plan de la tolérance à l'alcool selon le sexe, de la perception des habitudes de consommation d'alcool et de la définition de l'alcoolisme, ainsi que sur celui des raisons de consommer des quantités excessives d'alcool. Parmi les similarités entre les groupes figurent une plus grande tolérance à la consommation et à la consommation excessive d'alcool chez les hommes, tandis que les femmes s'abstiennent souvent ou boivent peu ou rarement. Les conflits familiaux constituent le premier motif de consommation excessive d'alcool dans ces trois communautés et, si l'on reconnaît, au sein des groupes indo-pakistanaise et latino-américain, l'existence de problèmes d'alcoolisme, le refus de la famille et la résistance au traitement sont les premiers obstacles à la réadaptation. Ainsi, il semblerait que l'on puisse rendre plus efficace le traitement et la guérison des individus appartenant à l'une ou l'autre de

*Parmi les similarités entre les groupes figurent une plus grande tolérance à la consommation et à la consommation excessive d'alcool chez les hommes, tandis que les femmes s'abstiennent souvent ou boivent peu ou rarement.*

ces trois collectivités ethniques en accordant une plus large place au counselling en groupe et en famille.

LEIGH, G. (1985).

**Psychosocial factors in the etiology of substance abuse.**

In *Alcoholism and Substance Abuse: Strategies for Clinical Intervention*, eds. T. E. Bratter and G. G. Forrest, 3-48. New York: The Free Press.

Dans ce chapitre, on passe en revue un large éventail de facteurs qui exerceraient sur l'abus de substances une influence de nature biologique (génétique, biochimique, physiologique), culturelle (coutumes, moeurs, attitudes, politique sociale), intrapersonnelle (développement, personnalité, affect, cognition, sexe), interpersonnelle (sociale, familiale) et environnementale (conditionnement, apprentissage, événements de la vie). Pour chacune de ces catégories, présentée dans une sous-section distincte, l'on évoque la manière dont les facteurs peuvent varier sur le plan de la portée et de l'influence à différents stades de la consommation de drogue ou d'alcool. Les auteurs concluent le chapitre en évoquant les facteurs étiologiques et les répercussions sur le plan du traitement.

MANNING, T. M. (1991).

**Perceived family environment as a predictor of drug and alcohol usage among offspring.**

*Journal of Health Education* 22 (3): 144-149.

Dans cette étude américaine, les auteurs se penchent sur la relation entre l'atmosphère familiale et le rôle joué par les parents d'une part, et les habitudes de consommation de drogues d'autre part. D'après les publications, les individus issus de familles où le soutien est insuffisant et les conflits fréquents consomment davantage d'alcool et de drogues. Au total, 311 individus ont participé à cette étude en remplissant un questionnaire d'évaluation du milieu familial. Sur ces 311 individus, 200 étaient inscrits à un collège communautaire et 111 étaient pensionnaires dans un centre de traitement de la chimiodépendance. Les participants ont été répartis en trois groupes selon leur profil de consommation d'alcool et de drogues (groupe à faible consommation, groupe à consommation élevée et groupe des toxicomanes). On a ensuite comparé les groupes afin de mettre en évidence des différences sur le plan des scores obtenus pour l'évaluation du milieu familial. D'après les résultats, les individus du groupe à faible consommation ont une perception de leur famille significativement plus positive que ceux du groupe des toxicomanes. On note peu de différences significatives entre le groupe à faible consommation et le groupe à

consommation élevée. Les toxicomanes ont une perception très négative de leur famille; ils affirment avoir la sensation de ne pas avoir été désirés et d'être un fardeau pour leurs parents. Dans leur famille, les activités en commun sont rares, comme le sont en général les rapports étroits et la cohésion. On retrouve également chez les toxicomanes un nombre plus élevé de cas de violence physique et de consommation de substances dans la famille que dans le groupe des individus à faible consommation.

MILLAR, W. (1992).

**A trend to a healthier lifestyle: New data from the 1991 General Social Survey.**

*Canadian Social Trends 24: centre insert (no page numbers).*

Dans cet article sont résumés les résultats de l'Enquête sociale générale de 1991 en ce qui concerne le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique et le contrôle du poids. Il ressort des résultats que, d'une manière générale, les Canadiens fument moins, boivent moins et font davantage d'exercice qu'auparavant. Toutefois, en dépit de la chute générale du tabagisme, les taux d'usage du tabac chez les femmes sont en hausse, en particulier chez les femmes jeunes.

*Toutefois, en dépit de la chute générale du tabagisme, les taux d'usage du tabac chez les femmes sont en hausse, en particulier chez les femmes jeunes.*

NADEAU, L. (1984).

**Les caractéristiques psychosociales.**

*Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec. Monographies de psychologie, 85-116. Québec : Presses de l'Université du Québec.*

Dans ce chapitre de discussion, l'auteur explore certaines des caractéristiques psychosociales associées à l'alcoolisme chez les femmes. Les recherches ont montré que les femmes célibataires sont les plus susceptibles d'éprouver des problèmes d'alcoolisme; chez les femmes mariées, ce sont surtout celles qui appartiennent à la couche socio-économique supérieure qui deviennent alcooliques. Les femmes semblent davantage susceptibles de devenir alcooliques si l'un de leurs parents, et en particulier leur père, a eu des problèmes d'alcool. En outre, les femmes ayant des antécédents familiaux d'abus d'alcool sont plus susceptibles d'épouser un homme chez qui apparaîtra un problème de dépendance vis-à-vis de l'alcool, et sont également plus susceptibles de devenir codépendantes dans cette relation. S'il n'existe aucune preuve tangible indiquant une influence du cycle menstruel sur le comportement des femmes vis-à-vis de l'alcool, il a été démontré que celles croient en l'existence d'une relation, comme celles qui pensent souffrir d'un syndrome prémenstruel grave, font plus souvent état de problèmes d'abus d'alcool en relation avec leur cycle. Les femmes

alcooliques ont davantage tendance à manquer de confiance en elles que celles qui ne boivent pas ou que les hommes alcooliques. Les femmes qui boivent sont également plus susceptibles de souffrir de troubles psychiatriques (en particulier de la dépression) que celles qui ne boivent pas, et sont plus souvent hospitalisées à cause de ces troubles. Enfin, on enregistre chez les femmes alcooliques des taux de tentatives de suicide en général plus élevés que ceux des femmes qui ne boivent pas ou des hommes alcooliques. Au vu de ces résultats, il semblerait que l'expérience globale de l'alcoolisme soit plus difficile à supporter et plus nuisible pour la santé mentale chez les femmes que chez les hommes dans la société nord-américaine.

NADEAU, L. (1990).

**Les origines sociales de l'alcoolisme chez les femmes.**

*L'Intervenant* 6 (3) : 4-5.

Dans cet article sont résumés les résultats d'une thèse de doctorat dont le but était de déterminer si les femmes alcooliques sont plus susceptibles d'être confrontées à des événements de la vie particulièrement stressants avant de commencer à boire et de dégager les facteurs de risque pouvant les avoir rendues plus vulnérables à l'alcoolisme. Il ressort des résultats de l'étude que la plupart des femmes alcooliques en traitement ont commencé à boire à la suite d'un événement défavorable dans leur vie et que bon nombre d'entre elles ont eu une dépression déclenchée par ces mêmes événements. Pour la majorité des femmes étudiées, ce sont des problèmes liés à leur vie personnelle (en particulier d'ordre familial) qui les ont amenées à boire; les problèmes liés à leur travail et à leur carrière ont précipité leur inscription à un programme de traitement. C'est chez les femmes possédant des antécédents de négligence parentale ou d'alcoolisme parental, ou encore chez celles qui ont été victimes d'agression sexuelle, que l'on retrouve la plus forte tendance à l'apparition d'un problème de dépendance. Si l'on observe plus souvent la présence de la dépression et de troubles affectifs avant l'apparition du syndrome de chimiodépendance ou en réaction à celui-ci, on note chez la plupart des femmes une persistance de la dépression à l'issue du traitement. Comme bon nombre de femmes consomment de l'alcool à titre d'auto-médication, conclut l'auteur, il est nécessaire de s'attaquer aux problèmes psychologiques et émotionnels sous-jacents et aux facteurs de risque prédisposant les femmes à l'alcoolisme, si l'on veut qu'elles atteignent l'objectif de la sobriété sans rechute.

*C'est chez les femmes possédant des antécédents de négligence parentale ou d'alcoolisme parental, ou encore chez celles qui ont été victimes d'agression sexuelle, que l'on retrouve la plus forte tendance à l'apparition d'un problème de dépendance.*

NEWCOMBE, M. ET BENTLER, P. (1986).

**Frequency and sequence of drug use: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood.**

*Journal of Drug Education* 16: 101-120.

Selon les résultats de cette étude longitudinale, menée auprès d'adolescents et de jeunes adultes dans l'est des États-Unis, il se constitue durant l'adolescence des groupes d'usagers distincts qui sont renforcés par les parents, les familles et les pairs. Ces groupes sont les suivants : survenue précoce, forte consommation, survenue tardive, consommation plus modérée et quasi-abstinence ou abstinence absolue.

NEWMAN, I. M. ET WARD, J. M. (1989).

**The influence of parental attitude and behaviors on early adolescent cigarette smoking.**

*Journal of School Health* 59: 150-152.

Dans cette étude, les auteurs examinent l'influence de l'attitude parentale sur l'usage du tabac chez les adolescents. Les auteurs reproduisent les résultats obtenus lors d'une étude précédente sur la même question, mais au sein d'une population différente, et effectuent des comparaisons. Dans cette étude (n = 753), 18,5 % des adolescents sont des fumeurs; 66,2 % de ceux-ci déclarent qu'au moins un de leurs parents fume, par rapport à 46,8 % des non-fumeurs. En outre, lorsque les deux parents fument et ont une attitude négative vis-à-vis de l'usage du tabac par leurs enfants, 18,8 % seulement des adolescents fument. Les auteurs concluent que l'opposition manifestée par les parents exerce une influence sur le comportement vis-à-vis du tabac, que les parents fument ou pas. Ils suggèrent que le personnel des écoles demande aux parents de participer aux efforts pour diminuer le tabagisme chez les élèves.

*Les auteurs concluent que l'opposition manifestée par les parents exerce une influence sur le comportement vis-à-vis du tabac, que les parents fument ou pas.*

OLECKNO, W. ET BLACCONIERE, M. (1990).

**A multiple discriminant analysis of smoking status and health-related attitudes and behaviors.**

*American Journal of Preventive Medicine* 6 (6): 323-329.

Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé les comportements et les attitudes en matière de santé pour prédire la consommation de tabac auprès de 1 077 étudiants d'université dans le Midwest américain. Neuf attitudes et comportements ont été utilisés, notamment plusieurs autres comportements reliés à la santé, le soutien interpersonnel, la maîtrise du stress et la consommation de tabac ou de caféine. Il ressort notamment de l'étude que,

de manière globale, les femmes ont un comportement relié à la santé plus positif que les hommes en ce qui concerne le soutien interpersonnel, la responsabilité de la santé et la consommation d'alcool et de drogues, mais moins en ce qui concerne la maîtrise du stress. On observe chez les fumeurs moins de comportements reliés à la santé que chez les non-fumeurs. Les auteurs débattent des relations entre maîtrise du stress et tabagisme chez les femmes et suggèrent que, chez les fumeuses, la cigarette soit un mécanisme possible d'adaptation au stress.

PAGE, R. M. (1989).

**Shyness as a risk factor for adolescent substance use.**

*Journal of School Health* 59 (10): 432-435.

L'objet de cette étude était de déterminer si la timidité joue un rôle dans la consommation de substances par les adolescents. L'échantillon était constitué de 1 297 élèves d'écoles secondaires (neuvième à douzième année) issus de 14 écoles différentes. Les élèves ont rempli un questionnaire portant sur la consommation récente de substances (incluant alcool, tabac, cocaïne, marijuana, haschisch, LSD, PCP, mescaline, autres hallucinogènes, amphétamines et sédatifs) et évaluant également la timidité selon l'échelle de Cheek et Buss. Les élèves ont été répartis en trois groupes d'analyse selon les scores qu'ils avaient obtenus sur l'échelle de timidité : le groupe extrêmement timide, le groupe timide ou le groupe non timide. D'après les résultats, les garçons timides ont davantage tendance à consommer de la marijuana ou du haschisch, de la cocaïne, des amphétamines et des drogues hallucinogènes que les garçons non timides et que les filles, toutes catégories confondues. En règle générale, les garçons extrêmement timides sont plus susceptibles de consommer n'importe quel type de drogue que les garçons timides. Il est intéressant de constater que les mêmes types de relations n'ont pas été observés chez les filles. Les filles extrêmement timides sont moins susceptibles de boire de l'alcool que celles des deux autres groupes, mais ont davantage tendance à avoir consommé des amphétamines que les filles timides ou non timides. De l'avis de l'auteur, la timidité pourrait être un facteur important dans la consommation de drogues par les adolescents, en particulier pour ceux de sexe masculin. Cela s'expliquerait notamment par l'hypothèse selon laquelle la timidité est plus lourde à assumer pour les sujets de sexe masculin, qui ont donc tendance à consommer des drogues plus fréquemment pour surmonter ce problème; ou encore, les individus timides pourraient être plus vulnérables aux pressions exercées par les pairs pour s'intégrer au sein du groupe; ou encore, les individus timides, et les garçons en particulier, pourraient être attirés vers des groupes sociaux où la consommation de drogues est un comportement normatif.

*D'après les résultats, les garçons timides ont davantage tendance à consommer de la marijuana ou du haschisch, de la cocaïne, des amphétamines et des drogues hallucinogènes que les garçons non timides et que les filles, toutes catégories confondues.*

PAQUIN, P. (1988).

**Les jeunes, l'alcool et les drogues: valeurs, profils, problèmes.**

In *L'usage des drogues et la toxicomanie*, éd. P. Brisson, 253-268. Québec : Gaëtan Morin Éditeur.

Ce chapitre présente d'autres informations démographiques et caractéristiques importantes en ce qui concerne l'étude de l'usage de substances chez les adolescents. Dans bon nombre d'études, on examine les individus les plus exposés à l'usage abusif de substances, les raisons de cet usage abusif, les substances préférées et l'existence, le cas échéant, de différents types de consommateurs. Si ces études ont produit des résultats variables, il se dégage cependant certaines constantes. En premier lieu, il semble exister différents types de consommateurs, incluant les abstinents, les consommateurs dans un but exploratoire, les consommateurs occasionnels, les consommateurs réguliers, les consommateurs excessifs et les toxicomanes. Les principales substances consommées, par ordre décroissant, sont l'alcool, la cigarette, le cannabis, les drogues psychodysléptiques, la cocaïne, les stimulants, les tranquillisants, les solvants et l'héroïne. Si l'on sait que le taux de prévalence pour la consommation de toutes ces substances a augmenté au cours des dernières années, c'est l'usage de cocaïne et d'héroïne qui a connu la hausse la plus spectaculaire. Les principales raisons associées à la consommation de ces substances incluent les suivantes : éprouver des sentiments de plaisir et de détente, réduire la timidité, curiosité, imiter ses camarades, lutter contre l'ennui et oublier ses problèmes. Les facteurs qui semblent rendre les jeunes les plus vulnérables à la consommation de substances à mauvais escient incluent les suivants : ennui, insatisfaction de la vie, non-disponibilité d'autres options que la consommation de drogues pour les loisirs et les distractions, dysfonctionnement familial, consommation de substances par les camarades et d'autres membres de la famille et antécédents de comportement délinquant. L'adolescence étant une période particulièrement instable, caractérisée par le changement et l'incertitude, il est nécessaire de s'attaquer aux questions et aux problèmes de consommation de substances par ce groupe, non seulement à l'échelle individuelle, mais aussi en prenant en considération les rapports des adolescents avec les membres de leurs familles et leurs pairs. En effet, ce sont eux qui exercent souvent l'influence la plus déterminante sur les attitudes et le comportement des adolescents.

*Les principales raisons associées à la consommation de ces substances incluent les suivantes : éprouver des sentiments de plaisir et de détente, réduire la timidité, curiosité, imiter ses camarades, lutter contre l'ennui et oublier ses problèmes.*

PELLETIER, J. (1976).

**Problèmes liés à la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées.**

*Toxicomanies* 9: 121-143.

Dans cette analyse documentaire sur l'abus d'alcool chez les personnes âgées, on répertorie quatre paramètres principaux à considérer : le revenu à la retraite, la santé et le bien-être, les loisirs et les divertissements, et le logement. Les problèmes rencontrés dans l'un ou l'autre, ou dans l'ensemble de ces domaines sont des précurseurs de l'abus d'alcool. Il est nécessaire de faire la distinction entre les individus dont les problèmes d'alcoolisme se sont déclarés avant la retraite et ceux dont les problèmes ont commencé après, de même qu'entre les individus dont les difficultés physiques et cognitives résultent de la maladie et du vieillissement par opposition à ceux dont les mêmes difficultés sont attribuables à une consommation excessive d'alcool. Bon nombre d'adultes ne commencent à boire souvent ou beaucoup d'alcool qu'au troisième âge; ce comportement peut être une réaction à une inactivité accrue, à l'isolement et à la solitude en résultant. Les membres de la famille étant souvent incapables de détecter ou non disposés à reconnaître les problèmes d'alcoolisme rencontrés par leurs aînés, ces problèmes restent pour l'essentiel non traités. Lorsqu'un problème d'abus d'alcool ou de dépendance est détecté, le traitement offert par les spécialistes et les hôpitaux, souvent axé sur les problèmes des jeunes et des adultes d'âge moyen, sont en général inefficaces pour les adultes plus âgés. Toutefois, de l'avis de l'auteur, des programmes tels que celui des grands-parents «adoptifs», qui encouragent les interactions et l'apprentissage réciproques des enfants et des personnes âgées, et une plus grande participation des personnes âgées aux activités de bénévolat, pourraient réduire le sentiment de solitude et d'isolement et, partant, les aider à diminuer leur consommation d'alcool ou à cesser complètement de boire.

*Les membres de la famille étant souvent incapables de détecter ou non disposés à reconnaître les problèmes d'alcoolisme rencontrés par leurs aînés, ces problèmes restent pour l'essentiel non traités.*

RHODES, J. ET JASON, L. (1990).

**A social stress model of substance use.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (4): 395-401.

Dans cette étude, les auteurs s'appuient sur des informations sur les étudiants (n = 124) de deux écoles secondaires américaines en milieu urbain pour établir un enchaînement de causalités de l'usage de substances. Ont été pris en considération les facteurs déterminants possibles tels que l'estime de soi, les attitudes, le locus de contrôle, l'affirmation de soi, la cohésion et les relations familiales, ainsi que les facteurs démographiques. On a jugé que seuls l'affirmation de soi et les facteurs familiaux contribuaient de manière significative à titre de *facteurs de causalité* à l'enchaînement.

Un milieu et des relations familiales insatisfaisants et un manque d'affirmation de soi semblent accroître le risque d'usage de substances.

SCHROEDER, D.; LAFLIN, M. ET WEIS, D. (1993).

**Is there a relationship between self-esteem and drug use?**

*Journal of Drug Issues* 23 (4): 645-655.

Les auteurs s'attaquent à l'hypothèse souvent avancée selon laquelle l'estime de soi est un facteur de causalité significatif de l'abus de substances. En général, affirment-ils, seule une minime fraction de la variance de l'usage de drogues s'explique par les scores relatifs à l'estime de soi; de plus, à leur sens, les recherches à ce sujet sont souvent caractérisées par d'autres problèmes d'ordre statistique et par des hypothèses erronées sur la généralisation et l'interprétation des données.

SKINNER, H.; HOLT, S. ET ISRAEL, Y. (1981).

**Early identification of alcohol abuse: 1. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index.**

*Canadian Medical Association Journal* 124: 1141-1152.

S'il date quelque peu, cet article de synthèse fait cependant le point sur la recherche sur les facteurs psychosociaux reliés à l'abus d'alcool. On distingue les facteurs prédisposants sous-jacents, tels que les antécédents familiaux d'alcoolisme, l'impulsivité et le manque de confiance en soi, et les facteurs précipitants, qui peuvent déclencher une habitude d'abus d'alcool, incluant les événements stressants de la vie, des changements au sein des groupes de camarades et la disponibilité matérielle et économique de l'alcool. Les auteurs soulignent l'importance du rôle de ces facteurs psychosociaux, combinés aux signes de consommation problématique, dans la détection précoce de l'abus d'alcool et de l'alcoolisme.

*Les auteurs soulignent l'importance du rôle de ces facteurs psychosociaux, combinés aux signes de consommation problématique, dans la détection précoce de l'abus d'alcool et de l'alcoolisme.*

SMALL, S.; SILVERBERG, S. ET KERNS, D. (1993).

**Adolescents' perceptions of the costs and benefits of engaging in health-compromising behaviors.**

*Journal of Youth and Adolescence* 22 (1): 73-87.

Dans cette étude, on se demande si, aux yeux des adolescents, a) les coûts et b) les bienfaits des comportements potentiellement nocifs pour la santé, dont la consommation d'alcool, sont associés à la participation ou à l'abstinence. On a recueilli des données auprès de 2 244 élèves d'école secondaire dans le Wisconsin. Les adolescents adoptant des comportements à risque ne perçoivent pas les bienfaits de tels comportements de

manière significativement différente de celle des abstinentes; toutefois, ils en perçoivent les coûts différemment. Parmi les coûts étudiés, ont été notamment inclus les coûts sociaux, les coûts éthiques, le risque de sanction et les effets possibles sur la performance (scolaire, physique). Toutefois, l'étude transversale ne permet pas d'explorer les relations causales; la différence apparente sur le plan des attitudes vis-à-vis de l'alcool entre les abstinentes et les buveurs peut être l'origine ou la cause du choix de consommer ou de ne pas consommer d'alcool, ou être reliée à ce choix d'une manière quelconque.

SMART, R. ET ADLAF, E. (1991).

**Substance use and problems among Toronto street youth.**

*British Journal of Addiction* 86: 999-1010.

On a interrogé un échantillon de 145 jeunes adolescents de la rue sur leurs habitudes de consommation de drogues et comparé les données à celles d'autres populations des rues et à celles des populations traditionnelles. On observe que la consommation d'alcool est, chez ces adolescents, au moins trois fois plus élevée que la moyenne, tandis que la consommation d'autres drogues est au moins dix fois plus élevée. La consommation de drogues multiples est la norme dans ce groupe. Bon nombre de ces adolescents affirment avoir quitté leur domicile à cause de problèmes d'usage d'alcool dans la famille, en particulier par le père. Ces jeunes sont confrontés non seulement aux problèmes de la drogue, mais également à ceux des nécessités de base comme se nourrir, se loger et s'habiller. On observe chez un tiers d'entre eux des degrés élevés de dépression et près de la moitié ont fait des tentatives de suicide.

*Ces jeunes sont confrontés non seulement aux problèmes de la drogue, mais également à ceux des nécessités de base comme se nourrir, se loger et s'habiller.*

SMITH, M. J.; ABBEY, A. ET SCOTT, R. O. (1993).

**Reasons for drinking alcohol: Their relationship to psychosocial variables and alcohol consumption.**

*The International Journal of Addictions* 28 (9): 881-908.

Cette étude visait à évaluer les facteurs psychosociaux reliés aux motifs de la consommation d'alcool indiqués par les répondants eux-mêmes. Quatre raisons différentes de boire sont mises en évidence : pour faire face à la vie, pour être sociable, pour être plus sûr de soi en société et pour le plaisir. Les facteurs démographiques examinés qui ont un lien avec les raisons de boire sont les suivants : âge, sexe, contexte ethnique, niveau d'étude et état civil. Les facteurs psychosociaux qui ont été examinés sont les suivants : impulsivité, mesure dans laquelle le répondant est disposé à se déplacer pour se procurer de l'alcool, conformisme, stress, sentiment d'être obligé de boire en société, pression sociale et fréquence de la consommation d'alcool par

l'entourage. Les auteurs se sont également penchés sur la relation entre les raisons de boire et les habitudes de consommation d'alcool. Il ressort de l'étude que la raison «boire pour faire face» est le prédicteur le plus puissant des habitudes de consommation à haut risque (boire seul, consommer des quantités importantes à une fréquence élevée).

SOBELL, L.; SOBELL, M.; KOZLOWSKI, L. ET TONEATTO, T. (1990).

**Alcohol or tobacco research or alcohol and tobacco research.**

*British Journal of Addiction 85: 263-269.*

Dans cette étude, les chercheurs débattent des répercussions de la compartimentation qui a existé jusqu'ici entre les recherches sur l'alcool et les recherches sur le tabac, alors qu'en fait, les deux comportements sont hautement interreliés. Il existe de nombreux points communs entre l'abus d'alcool et l'usage du tabac, par exemple la tendance aux rechutes et les risques de problèmes de santé. On reconnaît cependant l'existence de différences, par exemple, le fait que l'usage du tabac soit plus susceptible de mener à la dépendance que la consommation d'alcool, et que le tabac soit jugé dangereux à tous les niveaux d'utilisation, tandis que cela n'est pas vrai pour l'alcool. Les auteurs avancent plusieurs raisons expliquant pourquoi les recherches devraient porter sur l'usage concurrent des deux substances, notamment que les fumeurs sont très souvent aussi des buveurs, que les buveurs excessifs sont souvent aussi des gros fumeurs et qu'il a été démontré de manière probante que la consommation concomitante des deux substances a des effets synergiques sur la santé, que la consommation du tabac ou l'abstinence chez les alcooliques en rétablissement semblent influencer sur l'issue du traitement, et que des facteurs psychosociaux similaires seraient reliés à la survenue de ces deux problèmes à l'adolescence.

*Il existe de nombreux points communs entre l'abus d'alcool et l'usage du tabac, par exemple la tendance aux rechutes et les risques de problèmes de santé.*

TORABI, M. ET VEENKER, C. (1986).

**An alcohol attitude scale for teenagers.**

*Journal of School Health 56: 96-100.*

S'appuyant sur les résultats d'une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents dans le Midwest américain, les auteurs rapportent que les attitudes vis-à-vis de la consommation d'alcool suivent étroitement les habitudes d'utilisation réelles.

TURNBULL, J. E. ET GOMBERG, E. S. L. (1991).

**The structure of drinking-related consequences in alcoholic women.**

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15 (1): 29-38.

Dans cette étude, les auteurs tentent de dégager des grappes de conséquences reliées à la consommation l'alcool pour les femmes alcooliques en traitement. L'échantillon était constitué de 254 femmes en traitement pour cause d'alcoolisme, qui ont répondu à une série de questions d'auto-évaluation. L'analyse a révélé la présence de grappes dans neuf domaines généraux : 1) retrait social (incluant intérêt croissant pour l'alcool et retrait des contextes sociaux non reliés à l'alcool); 2) sexualité (incluant perception et comportement sexuels); 3) effets précoces (incluant comportement et événements qui se sont produits dans les premiers stades de la phase alcoolique); 4) rôle maternel (incluant négligence et difficultés avec les enfants); 5) accidents (incluant accidents à la maison et accidents d'automobile et démêlés avec la police); 6) symptômes (incluant effets directement reliés à la consommation d'alcool); 7) travail; 8) maladie (incluant visites à l'hôpital, admission à l'urgence, maladie et hallucinations); 9) conflit relationnel (relié à des difficultés au niveau des relations primaires).

VERMETTE, G. (1988).

**L'abus d'alcool chez les personnes âgées : une réponse à leurs conditions de vie?**

In *L'usage des drogues et la toxicomanie*, éd. B. Brisson, 221-237. Québec : Gaëtan Morin Éditeur.

L'objet de ce chapitre est de promouvoir une meilleure compréhension du phénomène de la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Les chercheurs n'ont que récemment commencé à étudier pourquoi certains adultes ne se mettent à consommer des quantités excessives d'alcool que dans leurs dernières années, et à caractériser les symptômes de leurs problèmes de dépendance, dont la reconnaissance pourrait faciliter le diagnostic et le traitement. Dans notre société contemporaine, les personnes âgées sont placées dans une situation très différente de celle qui était la leur autrefois; notre époque est caractérisée par la place occupée par la jeunesse, l'individualité, l'indépendance, la réduction de la famille nucléaire et celle du soutien familial et social, le coût élevé de la vie et l'espérance de vie plus longue. Les aînés, et en particulier ceux qui sont à la retraite, sont souvent confrontés à l'inactivité, à l'isolement, à la solitude et à la pauvreté. Cette expérience extrêmement stressante et traumatisante peut les amener à pratiquer l'automédication en consommant des drogues et de

*Les aînés, et en particulier ceux qui sont à la retraite, sont souvent confrontés à l'inactivité, à l'isolement, à la solitude et à la pauvreté.*

l'alcool pour fuir l'ennui, l'isolement, l'anxiété et la dépression qu'ils connaissent souvent à la fin de leur vie.

Les études effectuées par les gouvernements du Québec et du Canada au cours des années ont montré que 10 à 20 % des personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être classées dans la catégorie des «buveurs excessifs», tandis que le taux de prévalence chez les femmes âgées est plus proche de 20 %. Parmi les symptômes associés aux problèmes d'alcool chez les personnes âgées, on note les suivants : symptômes de sevrage prononcés; dépendance psychologique vis-à-vis de l'alcool et incapacité de fonctionner sans consommer d'alcool; problèmes médicaux reliés à l'alcool, incluant cirrhose du foie, ulcères et problèmes cardio-vasculaires; difficultés financières et problèmes professionnels; problèmes avec les membres de la famille ou le conjoint; démêlés avec la justice et manifestation d'agressivité verbale ou physique. L'auteur met en garde contre un diagnostic trop hâtif de problèmes d'abus de substances chez les personnes âgées car, souvent, les symptômes susmentionnés peuvent être des indicateurs d'autres maladies non reliées à la consommation de substances, par exemple maladie d'Alzheimer ou dépression.

VITARO, F.; DOBKIN, P.; JANOSZ, M. ET PELLETIER, D. (1992).

**Enfants et adolescents à risque de toxicomanies.**

*Apprentissage et socialisation* 15 (2): 109-120.

Dans cet article, les auteurs passent en revue les publications sur les facteurs de risque qui prédisposent les enfants et les adolescents à l'abus de drogues et d'alcool. Les facteurs de risque répertoriés sont les suivants : âge à la première consommation de drogues, d'alcool ou de tabac, manque de résistance à la pression des camarades, problèmes de comportement, difficultés scolaires, manque de confiance en soi, capacité de communiquer insuffisante, manque de soutien social et antécédents familiaux de consommation et d'abus de substances. Les auteurs préconisent la mise en point d'un instrument de dépistage basé sur ces facteurs de risque, que l'on pourrait utiliser dans l'avenir pour identifier les jeunes chez qui risquent d'apparaître des problèmes de consommation de substances.

*Les auteurs préconisent la mise en point d'un instrument de dépistage basé sur ces facteurs de risque, que l'on pourrait utiliser dans l'avenir pour identifier les jeunes chez qui risquent d'apparaître des problèmes de consommation de substances.*

WEBSTER, R. A.; HUNTER, M. ET KEATS, J. A. (1994).

**Personality and socio-demographic influences on adolescents' substance use: A path analysis.**

*The International Journal of the Addictions* 29: 941-956.

Les auteurs décrivent l'influence des parents et des pairs sur le développement de certaines attitudes vis-à-vis de la consommation de drogues, en mettant à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle les adolescents ayant un

locus de contrôle externe et manquant de confiance en eux sont plus influencés par leurs pairs à boire et à fumer que ceux qui ont une meilleure estime de soi et un locus de contrôle interne. L'échantillon était constitué de 293 hommes et 244 femmes. Les résultats corroborent l'hypothèse de départ. En outre, on observe que les sujets plus jeunes sont davantage influencés par leurs pairs que les sujets plus âgés, en ce qui concerne la consommation. L'usage du tabac est davantage influencé par les pairs chez les filles que chez les garçons. Les sujets issus de familles à faible revenu ont davantage tendance à être influencés par leurs pairs.

WILSNACK, R. W. ET CHELOHA, R. (1987).

**Women's roles and problem drinking across the life span.**

*Social Problems* 34 (3): 231-148.

Dans cette étude, on examine l'expérience de la consommation d'alcool chez les femmes, dans plusieurs groupes d'âge et par rapport à plusieurs configurations de rôles. En s'appuyant sur les données obtenues lors d'une enquête nationale portant sur 917 femmes présentant différents profils de consommation d'alcool, les auteurs mettent en évidence l'existence d'habitudes de consommation d'alcool différentes selon le groupe d'âge. Chez les femmes âgées de 65 ans ou moins, les risques d'alcoolisme augmentent par suite de la privation d'un rôle donné, par exemple l'absence ou la perte du rôle conjugal, professionnel ou maternel. Chez les femmes âgées de 50 ans ou plus, l'existence de liens étroits avec d'autres personnes qui boivent semble avoir une incidence plus significative sur le comportement et les problèmes d'alcool.

*Chez les femmes âgées de 65 ans ou moins, les risques d'alcoolisme augmentent par suite de la privation d'un rôle donné, par exemple l'absence ou la perte du rôle conjugal, professionnel ou maternel.*

WILSNACK, R. W.; KLASSEN, A. D. ET WILSNACK, S. C. (1986).

**Retrospective analysis of lifetime changes in women's drinking history.**

*Advances in Alcohol and Substance Abuse* 5 (3): 9-28.

Cet article démontre l'utilité potentielle du recours aux études rétrospectives pour mieux comprendre l'expérience de la consommation d'alcool chez les femmes. En s'appuyant sur les données obtenues lors d'une enquête nationale menée en 1981 sur la consommation d'alcool chez les femmes, les auteurs ont pu mettre en lumière des informations sur l'âge comparé au moment de l'apparition du comportement alcoolique, les différentes conséquences de la consommation d'alcool, les problèmes de santé des femmes, l'évolution des expériences de consommation d'alcool tout au long de leur vie et la relation entre l'alcoolisme chez les femmes et la survenue de problèmes de dépression et de dysfonctionnement de l'appareil reproducteur.

WILSNACK, S. C. ET WILSNACK, R. W. (1991).

**Epidemiology of women's drinking.**

*Journal of Substance Abuse* 3 (2): 133-157.

Dans ce document de travail qui est aussi une analyse de littérature, les auteurs révèlent que les taux de prévalence globaux de la consommation d'alcool chez les femmes n'ont pas changé au Canada et aux États-Unis au cours des vingt dernières années. Toutefois, il semble exister dans la population certains sous-groupes où les taux de consommation sont en hausse. Ces groupes se distinguent les uns des autres par des variables telles que l'âge, l'ethnicité, le statut professionnel et matrimonial. De surcroît, la prévalence des problèmes d'alcool susceptibles d'être diagnostiqués semble augmenter, en particulier chez les jeunes femmes. Les facteurs apparemment associés à la consommation d'alcool par les femmes sont avant tout étroitement reliés à leur environnement social, en particulier le sexe des collègues de travail et le comportement face à l'alcool des personnes clés de leur entourage.

*De surcroît, la prévalence des problèmes d'alcool susceptibles d'être diagnostiqués semble augmenter, en particulier chez les jeunes femmes.*

YANDOW, V. (1989).

**Alcoholism in women.**

*Psychiatric Annals* 19 (15): 243-247.

Dans cet article, l'auteur se penche sur la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes aux États-Unis, indiquant qu'environ 60 % des femmes adultes boivent dans une certaine mesure. L'auteur rapporte également qu'environ 6 % des femmes adultes sont aux prises avec de graves problèmes d'alcoolisme, alors que ces femmes sont encore sous-représentées dans les programmes de traitement de l'alcoolisme. L'auteur fait ensuite une synthèse de diverses questions pertinentes pour la compréhension de l'abus d'alcool chez les femmes, incluant les suivantes : effets sur la procréation, facteurs génétiques, efforts de recherche, relations avec d'autres psychopathologies, effets sur la sexualité, minorités et questions relatives au traitement.

ZUCKER, R. A. (1978).

**Developmental aspects of drinking through the young adult years.**

In *Youths, Alcohol, and Social Policy*, eds. H. T. Blane and M. E. Chafetz, 91-146. New York: Plenum.

L'auteur passe en revue les aspects environnementaux et psychosociaux de la consommation d'alcool chez les adolescents et propose une structure organisationnelle en trois volets pour les influences sur le comportement

en matière de consommation d'alcool et de drogues, basée sur la théorie de l'apprentissage social. Selon le cadre de l'auteur, les trois sphères d'influence sont les influences socioculturelles et communautaires, les influences de la famille et des pairs et les influences intra-individuelles.

## **B. DÉPENDANCE À UN COMPORTEMENT**

BLAND, R. C.; NEWMAN, S. C.; ORN, H. ET STEBELSKY, G. (1993).

### **Epidemiology of pathological gambling in Edmonton.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 38 : 108-112.

Si les possibilités et les installations de jeux en Amérique du Nord ont connu un essor considérable au cours des dernières années, la majorité des individus qui jouent le font pour des raisons d'ordre social. Toutefois, il existe une sous-catégorie de la population dont le comportement face au jeu pose problème. Dans cet article, les auteurs ont rassemblé des données sur la prévalence du jeu pathologique en menant des interviews auprès de 7 214 résidants de l'Alberta entre 1983 et 1990. Trente des répondants ont été classés dans la catégorie des joueurs pathologiques, ce qui donne une prévalence à vie de 0,42 %; on a obtenu un taux de prévalence de 0,71 % pour les hommes et de 0,23 % pour les femmes. L'âge médian auquel commence le jeu compulsif est de 25 ans; peu d'individus deviennent des parieurs compulsifs après l'âge de 35 ans. Chez les personnes classées dans la catégorie des joueurs compulsifs, on note également une incidence plus élevée de cas d'ivresse, de tentative de suicide, de violence ou de négligence vis-à-vis des enfants et du conjoint et de chômage prolongé. On note également chez les joueurs pathologiques une incidence supérieure de troubles psychiatriques, notamment plus de troubles liés à la consommation de substances, de troubles affectifs et de troubles anxieux par rapport à leurs homologues non joueurs.

BRENNER, G. A. (1986).

### **Why do people gamble? Further Canadian evidence.**

*Journal of Gambling Behavior* 2 (2) : 121-129.

Pour donner suite à ses recherches antérieures sur les caractéristiques des acheteurs de billets de loterie, l'auteur a recueilli des données auprès de 93 gagnants et groupes d'acheteurs de billets de loterie canadiens, afin de déterminer pour quelles raisons ils jouent. Il ressort des résultats que les acheteurs se tournent vers l'achat de billets de loterie lorsqu'ils vivent des situations difficiles, sur lesquelles ils n'ont pas de prise. Par ailleurs, il semble exister peu de corrélations entre la criminalité et l'achat de billets de loterie.

*Il ressort des résultats que les acheteurs se tournent vers l'achat de billets de loterie lorsqu'ils vivent des situations difficiles, sur lesquelles ils n'ont pas de prise.*

DIXEY, R. (1987).

**It's a great feeling when you win: Women and bingo.**

*Leisure Studies* 6 : 199-214.

Dans cette analyse documentaire sur le recours au bingo à titre d'activité récréative au Royaume-Uni, l'auteur tente d'explorer certaines des variables qui expliquent la popularité de cette activité, surtout chez les femmes. Le bingo est souvent dévalorisé à titre d'activité de loisir, d'une part parce qu'il ne s'agit pas d'une occupation enrichissante et, d'autre part, parce que, selon la description qu'en font souvent les médias, les femmes qui s'adonnent au bingo négligent leur foyer et leur famille et gaspillent de l'argent dans un jeu frivole. Toutefois, en raison des contraintes sociales, familiales et financières auxquelles sont confrontées les femmes, en particulier celles des catégories socio-économiques inférieures et intermédiaires, bon nombre d'entre elles considèrent le bingo comme un «choix» idéal parmi les rares possibilités de loisirs qui s'offrent à elles. C'est souvent la forme de loisir la plus commode, car la participation est souple, l'endroit est proche, l'activité est relativement peu coûteuse, les horaires sont prévus en fonction du temps libre des femmes et la réticence des maris est minime, car ce sont principalement des femmes qui jouent. Bon nombre de femmes indiquent que le fait d'aller jouer au bingo leur permet de s'évader de leur mari et de leurs enfants, et leur donne aussi l'occasion de s'habiller et de fréquenter d'autres femmes; de plus, le fait de se rendre dans différents clubs qui ont chacun leur ambiance leur permet de changer de temps à autre d'environnement et de se faire de nouvelles connaissances. Selon les conclusions de l'auteur, compte tenu du relâchement fréquent des liens familiaux et communautaires dans notre société contemporaine, la participation régulière aux activités d'un club de bingo procure aux femmes un sentiment d'appartenance à une «collectivité morale» dont les membres sont soucieux de la santé et du bonheur de leurs semblables.

FILTEAU, M. J.; BARUCH, P. ET VINCENT, P. (1992).

**Le jeu pathologique : une revue de la littérature.**

*Revue canadienne de psychiatrie* 37 : 84-90.

Cette revue documentaire traite de différents aspects du phénomène du jeu pathologique. Les auteurs tentent de montrer comment les messages ambivalents contribuent au jeu compulsif. Ils s'intéressent aux définitions récentes du jeu pathologique et du trouble de personnalité antisociale. Ils évoquent l'épidémiologie du jeu pathologique, notamment le manque de discipline parentale, le matérialisme familial excessif et l'alcoolisme chez les parents ou le conjoint. Ils discutent des trois phases du jeu pathologique, à savoir le gain, la perte et le désespoir, et donnent un aperçu des

*Les auteurs tentent de montrer comment les messages ambivalents contribuent au jeu compulsif.*

diverses théories psychologiques, sociales et psychobiologiques qui ont été utilisées pour étudier et traiter ce phénomène. Ils indiquent les points à prendre en considération et les questions à poser durant l'évaluation clinique, et signalent les différents programmes et modalités de traitement accessibles, tels que Gamblers Anonymous. En conclusion, estiment les auteurs, si la pathologie de ce phénomène est la même pour tous, les chercheurs et les praticiens ne doivent pas oublier que les problèmes et les traitements qui s'imposent peuvent varier d'un individu à l'autre. Par conséquent, il est nécessaire de savoir reconnaître les problèmes et les facteurs de stress de nature à augmenter les risques suicidaires chez un individu donné.

LADOUCEUR, R. (1991).

**Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 36 : 732-734.

Dans cette étude, l'auteur évalue la prévalence du jeu pathologique chez les adultes au Québec. Le *South Oaks Gambling Screen*, qui a été traduit en français, a été utilisé pour noter les répondants durant leurs entrevues. Les personnes qui ont obtenu des scores de 3 et 4 au test ont été classées dans la catégorie des joueurs à problèmes, tandis que celles dont le score était de 5 et plus ont été rangées dans la catégorie des joueurs pathologiques. D'après les résultats, 2,6 % des répondants sont des joueurs à problèmes, tandis que les joueurs pathologiques comptent pour 1,2 %. Toujours d'après les résultats, 88,3 % des répondants de l'ensemble de l'échantillon ont joué au moins une fois dans leur vie, tandis que 55,2 % d'entre eux ont joué plus d'une fois au cours de l'année précédant l'enquête. La plupart des personnes chez qui sont apparus des comportements de jeu problématiques sont des hommes qui ont commencé à jouer à un âge plus précoce que les autres répondants. Dans cette catégorie, 11,5 % ont demandé de l'aide pour leur problème de jeu, en s'adressant principalement à un professionnel de la santé ou à un groupe d'entraide.

*La plupart des personnes chez qui sont apparus des comportements de jeu problématiques sont des hommes qui ont commencé à jouer à un âge plus précoce que les autres répondants.*

LADOUCEUR, R. ET GABOURY, A. (1989).

**Jeu de hasard et d'argent sous forme vidéo : la roulette américaine.**

*Revue québécoise de psychologie* 10 (3) : 20-28.

L'objet de cette étude était de déterminer si les personnes qui jouent à des jeux de hasard électroniques, tels que les jeux vidéo, présentent les mêmes comportements sur le plan des pensées irrationnelles et des sommes mises que les autres joueurs. Trente sujets ont joué soit à la roulette américaine

dans un environnement de casino, soit à l'option roulette du jeu vidéo pour ordinateur Mac Vegas. Les sujets ont eu l'autorisation de conserver 10 % de leurs gains et ont reçu chacun des jetons pour une valeur de 200 \$. On a également demandé à chaque sujet de verbaliser toutes les pensées qui leur venaient durant le jeu, afin que celles-ci puissent être enregistrées au magnétophone. Il ressort des résultats de l'expérience que la mise de chaque joueur augmente avec la somme de temps consacrée au jeu, et que le nombre de pensées irrationnelles exprimées l'emporte sur le nombre de pensées rationnelles. Les résultats démontrent également que, si les joueurs des deux types de jeux sont peu nombreux à pouvoir maîtriser leur comportement ou à admettre qu'ils expriment des pensées irrationnelles pendant qu'ils jouent, ceux qui jouent dans un environnement de casino sont encore plus nombreux à exprimer des pensées irrationnelles. En dépit des craintes de voir l'augmentation du nombre de jeux de hasard vidéo contribuer à accroître des cas de comportements pathologiques face au jeu, concluent les auteurs, il semble que de tels jeux risquent moins de créer une dépendance que d'autres jeux de hasard.

*Il ressort des résultats de l'expérience que la mise de chaque joueur augmente avec la somme de temps consacrée au jeu, et que le nombre de pensées irrationnelles exprimées l'emporte sur le nombre de pensées rationnelles.*

LADOUCEUR, R.; GABOURY, A.; DUMONT, M. ET ROCKETTE, P. (1988).

**Gambling: Relationship between the frequency of wins and irrational thinking.**

*The Journal of Psychology* 122 (4) : 409-414.

Dans cette étude, les auteurs se demandent si le processus de pensée irrationnelle, qui est selon certains un élément clé du phénomène du jeu compulsif, peut être mesuré par le dénombrement de pensées irrationnelles verbalisées par les personnes en train de jouer. Vingt sujets, âgés de 20 à 30 ans, ont été recrutés à l'Université Laval à Québec. Ces étudiants ont dû jouer à une simulation informatisée d'un jeu de roulette offrant une fréquence élevée ou une fréquence faible de jeux gagnants. Les sujets ont été priés de verbaliser leurs pensées pendant qu'ils participaient aux simulations, sans inhiber ou censurer aucune de leurs idées ou de leurs émotions. D'après les résultats de l'étude, ceux qui ont joué au jeu offrant une fréquence élevée de jeux gagnants ont eu tout autant de verbalisations irrationnelles que ceux ayant joué au jeu présentant une faible fréquence de jeux gagnants. Si les chercheurs admettent que leur hypothèse de travail n'a pas été corroborée, ils suggèrent que c'est peut-être la structure des activités de jeu qui fait naître des pensées irrationnelles chez les participants. Il serait intéressant de mener d'autres recherches pour vérifier cette dernière hypothèse.

LADOUCEUR, R. ET MIREAULT, C. (1988).

**Gambling behaviors among high school students in the Quebec area.**

*Journal of Gambling Behavior* 4 (1) : 3-12.

Dans cette étude, les auteurs se penchent sur le comportement face au jeu de 1 612 élèves de neuf écoles secondaires de la région de Québec. Les auteurs ont déterminé, à l'aide de questionnaires, que 76 % des élèves ont joué au moins une fois, 65 % d'entre eux ont parié au cours de la dernière année et 24 % ont joué au moins une fois par semaine. En outre, 5,6 % des joueurs actuels ont indiqué être incapables de s'arrêter même s'ils souhaitent le faire et 1,7 % ont été classés dans la catégorie des joueurs pathologiques.

LADOUCEUR, R.; TOURIGNY, M. ET MAYRAND, M. (1986).

**Familiarity, group exposure, and risk-taking behavior in gambling.**

*Journal of Psychology* 120 (1) : 45-49.

Dans cette étude, les auteurs ont cherché à savoir si la familiarité avec un jeu de hasard ou les habitudes de jeu individuel ou en groupe influent sur la prise de risques chez 38 élèves de niveau collégial. Ces élèves ont été répartis au hasard dans différents groupes qui ont parié individuellement ou en groupe à la roulette américaine. Les résultats indiquent que plus les joueurs pariaient gros, plus ils jouaient longtemps et plus ils devenaient familiers avec le jeu. Par ailleurs, on n'a pas observé de différence entre les sujets jouant individuellement ou en groupe pour ce qui est de la prise de risques.

*Les résultats indiquent que plus les joueurs pariaient gros, plus ils jouaient longtemps et plus ils devenaient familiers avec le jeu.*

LESIEUR, H. ET BLUME, S. (1990).

**Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service.**

*Hospital and Community Psychiatry* 41 (9) : 1009-1012.

En utilisant la grille d'évaluation *South Oaks Gambling Screen*, sur un total de 105 patients psychiatriques, on a classé 7 (6,7 %) individus dans la catégorie des joueurs pathologiques, alors que d'autres enquêtes en ont dénombré de 1,4 % à 3 % dans la population générale. Sur 36 patients ayant fait l'objet d'un diagnostic secondaire d'abus de psychotropes, 4 (11 %) étaient également des joueurs pathologiques, alors que la proportion variait de 9 % à 14 % dans une population non psychiatrique, qui faisait un usage abusif de substances, dans d'autres études.

MARKS, I. (1990).

**Behavioral (non-chemical) addictions.**

*British Journal of the Addictions* 85 (11) : 1389-1394.

Cet éditorial compare l'étiologie et le traitement des dépendances comportementales et chimiques et établit un rapprochement entre les deux. Selon l'auteur, les caractéristiques pathophysiologiques de ces troubles ne seraient pas aussi distinctes qu'on ne le pensait auparavant. Il indique que les processus de conditionnement sont les mêmes dans les deux cas, tout comme les syndromes de dépendance, les mécanismes cérébraux, la réponse aux signaux externes, le désir de modifier un état mental négatif par l'adoption d'un comportement rituel quelconque, l'apparition de symptômes de sevrage si le geste en question n'est pas posé, et ainsi de suite. De plus, les thérapies de traitement, les stratégies de prévention des rechutes et d'abstinence à long terme vis-à-vis des comportements compulsifs sont très semblables dans les deux cas. Si l'on en savait plus sur la similitude de ces deux troubles apparemment différents, on pourrait améliorer la réponse au traitement et le succès des thérapies.

MURRAY, J. B. (1993).

**Review of research on pathological gambling.**

*Psychological Reports* 72 : 791-810.

Dans cette analyse de la littérature sur le jeu pathologique, l'auteur présente des critères permettant de faciliter sa caractérisation, sa compréhension et son traitement. Il trace un profil psychologique du joueur pathologique, décrit certains des problèmes psychopathologiques associés au jeu (en particulier l'abus de drogue et d'alcool), établit des comparaisons entre le jeu et l'alcoolisme, décrit le jeu comme un comportement qui crée une dépendance et fait des suggestions concernant la thérapie et la réadaptation. Décrit comme un problème de maîtrise des impulsions, le jeu pathologique est un phénomène insuffisamment compris. Toutefois, parce que le jeu pathologique présente des similitudes et va souvent de pair avec l'abus de substances, bon nombre de méthodes de traitement (telles que les AA, la thérapie de groupe, la rééducation comportementale) utilisées pour traiter ce trouble sont les mêmes que l'on applique à l'abus de substances, et semblent donner de bons résultats.

*Décrit comme un problème de maîtrise des impulsions, le jeu pathologique est un phénomène insuffisamment compris.*

OCEAN, G. ET SMITH, G. J. (1993).

**Social reward, conflict, and commitment: A theoretical model of gambling behavior.**

*Journal of Gambling Studies* 9 (4) : 321-339.

Dans cet article, les auteurs proposent un modèle théorique du comportement face au jeu, en examinant les liens entre les joueurs réguliers, les maisons de jeu et l'influence de la société. Après s'être intéressés à l'expérience des joueurs dans les casinos urbains et avoir effectué une recherche documentaire, les auteurs suggèrent que ce sont les gratifications sociales positives associées aux maisons de jeu, et le manque de confiance à l'égard de la structure sociale dans son ensemble, qui attirent les joueurs potentiels et influent sur leur comportement subséquent.

SEABORN, J. (1992).

**L'ignorance du jeu pathologique.**

*L'Intervenant* 8 (4) : 13-14.

Dans cet article, l'auteur met en garde contre les dangers de l'utilisation par le gouvernement du jeu et des loteries pour remplir ses coffres. Auparavant, le joueur pathologique était perçu comme un criminel ou un malchanceux qui prenait des risques inutiles. Toutefois, on a reconnu plus récemment que le jeu pathologique est un trouble psychologique à part entière qui a été accepté et défini dans le DSM-III-R. En outre, on a admis que les joueurs pathologiques présentent généralement des dépendances multiples, souvent vis-à-vis de l'alcool ou des drogues. De surcroît, on retrouve plus souvent chez les joueurs pathologiques un ou plusieurs troubles émotionnels tels que la dépression, le manque de contrôle et la paranoïa; ces troubles sont souvent décelés en raison des problèmes conjugaux, professionnels et sociaux des individus concernés. L'auteur conclut en affirmant que si le gouvernement du Québec entend continuer d'utiliser le jeu de hasard pour accroître ses revenus, les cliniciens du Québec ont tout intérêt à approfondir les recherches et à améliorer les stratégies de prévention et d'intervention reliées au jeu pathologique. Une telle démarche profiterait probablement à un grand nombre de résidents du Québec qui pourraient être confrontés à ce type de problèmes.

*En outre, on a admis que les joueurs pathologiques présentent généralement des dépendances multiples, souvent vis-à-vis de l'alcool ou des drogues.*

## II

# PUBLICATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

ABU-LABAN, S. M. (1984).

**Les femmes âgées : problèmes et perspectives.**

*Sociologie et sociétés* 16 (2) : 69-78.

L'auteur de cet article se penche sur les pertes, les difficultés et les préjudices auxquels font face bon nombre de femmes âgées aujourd'hui, et examine certains des facteurs susceptibles d'accroître leur résistance psychologique. Parmi les questions examinées figurent la détérioration de l'apparence physique et la perte de la fonction reproductrice associées au vieillissement, et le sentiment de dévalorisation sur le plan social et personnel qui en résulte pour bon nombre de femmes. De plus, comme elles vivent en général plus longtemps que leur mari, leurs amis et les membres de leur famille, les femmes plus susceptibles d'être exposées à l'abandon et à la solitude sociale et affective. Comme bon nombre de ces femmes n'ont pas travaillé ou n'ont pas été en mesure de faire des économies avant leur retraite ou le décès de leur mari, les femmes plus âgées sont plus susceptibles de vivre à l'étroit, voire carrément dans la pauvreté. Cependant, beaucoup sont capables, en vieillissant, d'entretenir et de créer des liens et des réseaux d'amis et de soutien social. Elles résistent davantage aux périodes transitionnelles que leurs homologues masculins et conservent une vie active en dépit de nombreux problèmes. Selon l'auteur, si les femmes possèdent peut-être des stratégies d'adaptation qui font défaut aux hommes, elles sont cependant plus vulnérables face à la pauvreté, à la solitude, à l'abandon par la famille et à la dévalorisation par la société, autant d'aspects qui peuvent avoir des répercussions négatives sur leur santé physique et mentale.

ADCOCK, A. G.; NAGY, S. ET SIMPSON, J. A. (1991).

**Selected risk factors in adolescent suicide attempts.**

*Adolescence* 26 : 817-828.

À l'issue d'une enquête portant sur 3 803 adolescents (âgés de 12 à 17 ans), les auteurs ont déterminé que 27 % d'entre eux (n = 1 026) avaient eu des activités sexuelles et avaient consommé de l'alcool au cours du mois précédent. Ils ont comparé ces «participants» à ceux qui n'avaient ni bu ni eu de relations sexuelles (n = 1 347, 35 %). Par une analyse du chi carré, ils ont déterminé que les adolescents de la première catégorie étaient presque trois fois plus nombreux à faire des tentatives de suicide, à éprouver des difficultés à faire face aux situations stressantes à la maison et à l'école, à se sentir tristes et désespérés et désabusés face à l'avenir. De l'avis des auteurs, les présentes données corroborent l'hypothèse selon laquelle les étudiants qui adoptent un comportement dangereux sont également prédisposés à la dépression et au suicide.

*De l'avis des auteurs, les présentes données corroborent l'hypothèse selon laquelle les étudiants qui adoptent un comportement dangereux sont également prédisposés à la dépression et au suicide.*

ATKINSON, T.; LIEM, R. ET LIEM, J. H. (1986).

**The social costs of unemployment: Implications for social support.**

*Journal of Health and Social Behavior* 27 (12) : 317-331.

Dans cette étude, les auteurs examinent dans quelle mesure le chômage influe sur la qualité et l'accessibilité du soutien social et de quelle manière celui-ci permet d'atténuer le stress souvent éprouvé par les individus au chômage. Cent soixante-sept familles de cols blancs et de cols bleus dans la région de Boston ont été interviewées à quatre reprises, les principaux paramètres considérés étant le soutien conjugal et familial, l'aide accessible en cas de problème et les réseaux sociaux. Tous les travailleurs au chômage interrogés disent bénéficier d'un appui moindre que leurs camarades qui travaillent; le phénomène est encore plus accentué chez les cols bleus qui l'attribuent à la disparition des liens avec leurs anciens amis et collègues. Les travailleurs au chômage pendant une période prolongée font part d'une plus grande insatisfaction sur le plan des relations familiales et conjugales. Les cols blancs indiquent bénéficier de moins d'aide face à leurs problèmes durant les premiers stades de leur période de chômage; pour les cols bleus, plus longue est leur période sans emploi, plus ils reçoivent d'aide. Si les réseaux sociaux des deux groupes de travailleurs au chômage ont diminué, les cols bleus en chômage prolongé affirment avoir encore moins de contacts avec les membres de leur ancien réseau, car bon nombre d'entre eux sont d'anciens collègues de travail. Comme le chômage prolongé semble avoir des répercussions négatives sur le soutien tant familial que conjugal et social, l'hypothèse des auteurs selon laquelle ces variables

pourraient servir à alléger le stress subi par les chômeurs ne semble pas corroborée. Par conséquent, il faut poursuivre les recherches afin de déterminer quels facteurs pourraient jouer un rôle de tampon ou de protection dans la gestion du stress chez les personnes au chômage.

BRENT, D. A.; PEPPER, J. A.; GOLDSTEIN, C. E.; KOLKO, D. J.; ALLAN, M. J.; ALLMAN, C. J. ET ZELENAK, J. P. (1988).

**Risk factors for adolescent suicide.**

*Archives of General Psychiatry* 45 : 581-588.

Par le biais d'interviews semi-dirigées d'adolescents suicidaires en établissement, les auteurs ont comparé les informations sur les tentatives de suicide et les informations obtenues auprès des familles des adolescents qui se sont suicidés. Les sujets ont été classés en fonction des conflits interpersonnels, des pertes interpersonnelles et des agents stressants externes. Les victimes de suicide sont plus âgées de 2,3 ans, mais les autres paramètres démographiques sont similaires, tout comme la fréquence relative des tentatives de suicide. On observe dans les deux groupes une prévalence élevée des troubles affectifs, mais davantage de troubles bipolaires chez les victimes de suicide, lesquelles sont moins nombreuses à avoir suivi un traitement psychiatrique. On retrouve plus souvent des armes à feu au domicile des victimes de suicide. Sur le plan conceptuel, les auteurs proposent un continuum de la suicidabilité allant de la formation de l'idée au comportement, puis à la réalisation. Chaque facteur de risque important est analysé en profondeur.

CHOQUET, M.; KOVESH, V. ET POUTIGNAT, N. (1993).

**Suicidal thoughts among adolescents: An intercultural approach.**

*Adolescence* 28 : 649-659.

Deux enquêtes ont été menées simultanément mais de manière indépendante sur deux groupes d'adolescents âgés de 15 à 19 ans, l'une au Québec (n = 208) et l'autre en France (n = 390). Dans les deux enquêtes, on a posé des questions similaires sur la consommation de drogues illicites, la santé, la famille, l'intégration sociale, la perception de soi et les idées suicidaires. À quelques exceptions près, les résultats sont comparables dans les deux groupes. Chez les adolescents français, 5 % des garçons et 12 % des filles ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois, comparativement à 10 % pour les garçons et 12 % pour les filles au Québec. La formation d'idées suicidaires est associée à des facteurs similaires (consommation de drogues, symptômes somatiques et perturbation affective) dans les deux pays, en dépit des différences socio-économiques. L'apparition d'idées

*La formation d'idées suicidaires est associée à des facteurs similaires (consommation de drogues, symptômes somatiques et perturbation affective) dans les deux pays, en dépit des différences socio-économiques.*

suicidaires est également plus fréquente chez les adolescents qui indiquent être plus peureux, plus tristes, plus instables, plus facilement perturbés et moins capables de se concentrer. Selon les auteurs, ces indicateurs pourraient être des signes avant-coureurs pour le personnel responsable du traitement.

DESMARAIS, D.; PERRAULT, C.; LEBEAU, A. ET ALLARD, D. (1985).

**Les pratiques de santé mentale dans l'espace du non-travail : problématique de recherche.**

*Sociologie et sociétés* 17 (1) : 143-155.

Le but de ce document de travail était d'analyser certaines des variables qui influent sur l'état de santé mentale des travailleurs au chômage. Outre les contraintes financières évidentes imposées par le chômage, les travailleurs peuvent être confrontés à des tensions et à des stress psychologiques. Ce phénomène s'explique par l'augmentation de leur temps libre et non structuré, la réduction de leur niveau d'activités, le rétrécissement de leurs réseaux sociaux et la diminution de leurs interactions avec les autres, et l'absence de comportements orientés vers un objectif. Parmi les facteurs susceptibles d'influer sur la santé mentale de l'individu sans emploi à un niveau plus personnel figurent l'identité et les attitudes par rapport à soi, le degré d'accomplissement personnel, l'intégration à soi et aux autres, la capacité d'autonomie et la foi en sa capacité de maîtriser l'environnement et de contrôler les résultats. Il est nécessaire de chercher à mieux comprendre comment ces facteurs contribuent à la résistance psychologique de la personne sans emploi et dans quelle mesure d'autres variables telles que la race, le sexe, l'ethnicité, la religion, etc., pourraient elles aussi intervenir dans la manière dont l'individu traverse l'épreuve du chômage. Il est particulièrement important de savoir comment encourager les facteurs qui contribuent à la résistance psychologique étant donné le grand nombre de conséquences négatives que peut entraîner une période prolongée de chômage : consommation accrue de drogues et d'alcool, baisse de la satisfaction conjugale et intensification de la violence familiale et de l'agression interpersonnelle.

*Outre les contraintes financières évidentes imposées par le chômage, les travailleurs peuvent être confrontés à des tensions et à des stress psychologiques.*

DEW, M. A.; PENKOWER, L. ET BROMET, E. J. (1991).

**Effects of unemployment on mental health in the contemporary family.**

*Behavior Modification* 15 (4) : 501-544.

Dans cette analyse de la littérature, les auteurs se penchent sur les variables qui influencent la santé mentale des membres des familles où au moins l'un des soutiens de famille est au chômage. Ils se sont surtout

intéressés aux aspects suivants : 1) effets de la perte d'emploi sur la santé mentale du travailleur; 2) effets de la perte d'emploi sur la santé mentale du conjoint; 3) effets de la perte d'emploi sur la santé mentale des enfants; 4) conséquences pour la recherche et la pratique cliniques. Ils ont constaté entre autres que le stress éprouvé par les femmes sans emploi est au moins aussi grand, sinon plus, que celui de leurs homologues de sexe masculin. Les conjoints de travailleurs au chômage connaissent également le stress découlant de la perte d'emploi et associent au chômage prolongé une augmentation des difficultés conjugales. De surcroît, les enfants dont le père est au chômage manifestent une plus grande tendance à l'abus de substances et sont également plus susceptibles d'être victimes de violence physique ou psychologique de la part du parent au chômage. En conclusion, estiment les auteurs, si le chômage est associé à une dégradation de la santé mentale de tous les membres de la famille, il faut cependant multiplier les recherches portant spécifiquement sur ses effets sur le conjoint et les enfants.

*Les conjoints de travailleurs au chômage connaissent également le stress découlant de la perte d'emploi et associent au chômage prolongé une augmentation des difficultés conjugales.*

GHENT, W. R.; DA SYLVA, N. P. ET FARREN, M. E. (1985).

**Family violence: Guidelines for recognition and management.**

*Canadian Medical Association Journal* 132 (3) : 541-548.

L'objet de cet article était de décrire les trois principaux types de violence familiale, à savoir les mauvais traitements infligés aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées. L'article, rédigé dans le but de faciliter la constitution des dossiers médicaux par les médecins et les infirmières qui sont souvent les premiers à entrer en contact avec les victimes de violence, donne une description détaillée des différents signes et symptômes d'ordre physique, affectif, comportemental et social de chaque type de violence. On y décrit également les systèmes traditionnels d'orientation et les ressources qui existent pour chaque type de victime, ainsi que les approches psychologiques auxquelles on peut recourir pour calmer les intéressés. De plus, on y donne des conseils sur la meilleure manière d'obtenir de la victime les informations pertinentes.

GOTOWIEC, A. ET BEISER, M. (1993-94, HIVER).

**La santé mentale des enfants autochtones : des enjeux particuliers.**

*Santé mentale au Canada* 41 (4) : 8-12.

Dans cet article, les auteurs étudient de nombreuses idées erronées sur les enfants autochtones canadiens, qui reposent sur des données produites aux

États-Unis et sur des interprétations du comportement autochtone par la culture dominante. Ils s'intéressent entre autres aux résultats scolaires, à l'usage de substances, au suicide et à la violence familiale. Enfin, les auteurs contestent le bien-fondé de l'approche utilisée auprès des collectivités autochtones, et qui consiste à mettre l'accent sur les problèmes.

GREENFIELD, S.; SWARTZ, M.; LANDERMAN, L. ET GEORGE, L.

**Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking.**

*American Journal of Psychiatry* 150 (4) : 608-613.

Dans cette étude, les auteurs évaluent si l'exposition pendant l'enfance à l'abus d'alcool par un des parents se traduit par des risques accrus d'apparition de symptômes psychiatriques et de perturbations du fonctionnement social et professionnel à l'âge adulte, en s'appuyant sur des données d'auto-évaluation produites par un échantillon aléatoire de 2 936 adultes. Il ressort de l'étude que les sujets sont davantage prédisposés à présenter des symptômes psychiatriques et à vivre de l'instabilité conjugale plus tard dans leur vie.

GRIZENKO, N. ET FISHER, C. (1992).

**Review of studies of risk and protective factors for psychopathology in children.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 37 : 711-721.

Dans cette revue documentaire, les auteurs s'intéressent à l'effet des facteurs de risque et de protection sur la psychopathologie de l'enfant. Les facteurs de risque augmentent la vulnérabilité de l'enfant ou sa prédisposition à éprouver des difficultés dans les situations de stress. Les facteurs de protection modifient ou améliorent la réaction de l'enfant en situation de stress et, partant, favorisent l'adaptation et la résistance psychologique. Les auteurs passent en revue un large éventail d'études, s'arrêtant à celles qui traitent des facteurs de risque et de protection des jeunes à risque. De l'avis des auteurs, il conviendrait d'examiner d'autres variables afin d'enrichir les données présentées dans ces études. Il est nécessaire de procéder à des études longitudinales afin de bien s'assurer de l'effet causal des différents facteurs de risque et de protection examinés. Par ailleurs, il convient d'évaluer si les niveaux de compétence des jeunes à risque que l'on juge «résistants» sont équivalents à ceux de leurs pairs dans la population générale. De plus, la nature même de la résistance psychologique demeure mal comprise, et des recherches qui permettraient de décrire et d'évaluer plus précisément ce concept s'imposent. Enfin, il convient de mieux définir et quantifier

*Les facteurs de protection modifient ou améliorent la réaction de l'enfant en situation de stress et, partant, favorisent l'adaptation et la résistance psychologique.*

le stress afin de prendre en considération les variations d'un individu à l'autre sur le plan des perceptions du stress et des réactions aux situations qualifiées de «stressantes».

HALL, L. A.; WILLIAMS, C. A. ET GREENBERG, R. S. (1985).

**Supports, stressors, and depressive symptoms in low-income mothers of young children.**

*American Journal of Public Health* 75 (5) : 518-522.

Dans ce rapport de recherche, les auteurs examinent l'influence des réseaux de soutien social et des facteurs de stress quotidiens sur les symptômes dépressifs des mères à faible revenu. Cent onze femmes résidant en Caroline du Nord ont répondu aux interviews et rempli les questionnaires. D'après les résultats de l'étude, les femmes mariées sont les moins susceptibles de manifester des symptômes dépressifs en réponse aux facteurs de stress quotidiens ou aux épreuves de la vie, tandis que c'est chez les femmes célibataires que l'on observe le plus de symptômes dépressifs, en particulier en réaction aux facteurs de stress quotidiens tels que la difficulté de combler les besoins financiers de base de la famille et d'élever des enfants dans une famille monoparentale. Si toutes les femmes disent présenter moins de symptômes dépressifs lorsqu'elles ont plus de ressources et de soutien social, les femmes au chômage continuent de présenter les symptômes dépressifs les plus prononcés. Ainsi, si les réseaux sociaux constituent une ressource affective non négligeable pour les mères célibataires, le sentiment accru de compétence personnelle, d'auto-efficacité et de confiance en soi qui va de pair avec le statut professionnel pourrait exercer une influence encore plus décisive sur la santé mentale des femmes célibataires et sur leur capacité de faire face au stress du quotidien qu'on ne le pensait auparavant.

*Si toutes les femmes disent présenter moins de symptômes dépressifs lorsqu'elles ont plus de ressources et de soutien social, les femmes au chômage continuent de présenter les symptômes dépressifs les plus prononcés.*

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. (1988).

**La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre.**

Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

Ce document fait suite à *La santé pour tous*, publié en 1986. On y définit la santé mentale dans le contexte de la promotion de la santé. On y évoque ensuite les défis à relever en matière de santé mentale, à savoir la réduction des injustices, la multiplication des efforts de prévention et l'amélioration des capacités d'adaptation. On y fait état de plusieurs principes directeurs, notamment la participation des consommateurs, les droits de la personne, le bénévolat et l'entraide, la participation professionnelle, le renforcement du rôle des collectivités, l'enrichissement des connaissances et la coordination

des politiques. Les principes préconisés sont similaires à ceux que véhicule la Stratégie canadienne antidrogue.

KAPLAN, S. L.; LANDA, B.; WEINHOLD, C. ET SHENKER, I. R. (1984).

**Adverse behaviors and depressive symptomatology in adolescents.**

*Journal of American Academy of Child Psychiatry* 23 : 595-601.

Une étude pilote qui semblait mettre en évidence une relation entre les comportements favorables à la santé et la symptomatologie dépressive a amené ces auteurs à administrer l'inventaire de dépression de Beck (IDB) et le questionnaire sur les comportements en matière de santé (QCS) à 398 élèves du niveau secondaire (153 sujets de sexe masculin, 245 sujets de sexe féminin), âgés de 11 à 18 ans. Six items présentant un degré de corrélation élevé dans le QCS ont été utilisés pour créer une échelle des comportements nocifs pour la santé (CNS). Par une analyse de la covariance, on a étudié la relation entre l'évaluation sur l'échelle CNS et les indices démographiques. Les élèves plus jeunes manifestant des comportements moins nocifs et les sujets de sexe masculin ont obtenu des scores plus élevés que les sujets de sexe féminin. D'après les scores obtenus, il existe une étroite relation entre le CNS et l'IDB total, et les pensées suicidaires et le désespoir (items 2 et 9 de l'IDB) expliquent une fraction significative de la variance. Les auteurs proposent l'inclusion des comportements nocifs pour la santé dans les indices sociaux reliés aux comportements en matière de santé et de maladie.

*Les auteurs proposent l'inclusion des comportements nocifs pour la santé dans les indices sociaux reliés aux comportements en matière de santé et de maladie.*

KINGERY, P. M.; PRUITT, B. E. ET HURLEY, R. S. (1992).

**Violence and illegal drug use among adolescents: Evidence from the U.S. National Adolescent Student Health Survey.**

*The International Journal of the Addictions* 27 (12) : 1445-1464.

L'objet de cette étude était d'examiner la relation entre l'usage de drogues illicites et la violence chez les adolescents et certains comportements qui prédisposent certains individus à la victimisation. Les données sur lesquelles s'appuie l'étude proviennent de la *National Adolescent Student Health Survey*, effectuée en 1989; on a utilisé les informations provenant de 224 établissements scolaires en vue de comparer les résultats obtenus par les élèves de huitième et de dixième année. Il ressort des résultats de l'étude que c'est chez les garçons de huitième année que l'on retrouve à la fois plus d'auteurs et plus de victimes d'actes de violence. Les garçons de dixième année sont plus nombreux à consommer des drogues illicites que les garçons de huitième année ou toutes les filles; de plus, si ce groupe ne

se distingue pas par une prévalence plus élevée du comportement violent, la gravité de ces actes de violence était beaucoup plus grande, si l'on se fie au niveau d'agression et aux comportements dangereux signalés. Parmi les facteurs de risque qui prédisposent davantage les adolescents à commettre des actes de violence figurent la consommation de drogues illicites, l'appartenance à des groupes de camarades qui tolèrent ou consomment des drogues illicites, les comportements risqués et le fait pour l'adolescent d'avoir été lui-même victime d'actes de violence.

KUO, W. H. ET TSAI, Y. (1986).

**Social networking, hardiness and immigrant's mental health.**

*Journal of Health and Social Behavior* 27 (6) : 133-149.

Dans cet article, les auteurs se penchent sur l'importance de la personnalité et de la mise sur pied d'un réseau de soutien pour la santé mentale des immigrants en Amérique du Nord, et en particulier aux États-Unis. On a demandé à 311 individus ayant récemment immigré d'Asie de subir une batterie de tests concernant leur réseau de soutien social actuel et futur, les événements stressants de leur vie et leur capacité d'y faire face, leur orientation personnelle et leur préparation avant l'immigration. D'après les résultats de cette étude, la rapidité et la facilité avec lesquelles un immigrant peut rétablir des liens avec la communauté et constituer un réseau social peuvent réduire considérablement la sensation d'isolement, le stress et les problèmes connexes. De même, les immigrants qui ont une personnalité audacieuse, c'est-à-dire chez qui on observe un locus de contrôle interne et un tempérament dominant, ont plus de chances de rencontrer moins de difficultés au cours du processus d'immigration et de réinsertion dans la société nord-américaine.

*De même, les immigrants qui ont une personnalité audacieuse, c'est-à-dire chez qui on observe un locus de contrôle interne et un tempérament dominant, ont plus de chances de rencontrer moins de difficultés au cours du processus d'immigration et de réinsertion dans la société nord-américaine.*

LATHAM, P. K. ET NAPIER, T. L. (1992).

**Psychosocial consequences of alcohol misuse in the family of origin.**

*The International Journal of the Addictions* 27 (10) : 1137-1158.

Dans cette étude, on voulait évaluer si l'existence de problèmes d'alcool chez les parents est susceptible d'exercer sur le comportement de leurs enfants à l'âge adulte une influence se traduisant par des effets négatifs sur leur système de soutien social. Deux cent quatre-vingt cinq personnes vivant dans le Midwest américain ont répondu à un questionnaire postal visant à mesurer des variables telles que le soutien social, les réseaux d'entraide, les événements de la vie, l'estime de soi, les comportements des

parents, des frères et soeurs et de l'individu face à l'alcool, ainsi que les mécanismes d'adaptation. D'après les résultats de l'étude, la variable la plus étroitement associée au soutien social est l'estime de soi : les personnes qui ont moins confiance en elles mêmes indiquent bénéficier d'un soutien social moindre que les autres. Toutefois, il semble ne pas y avoir de corrélation entre les problèmes d'alcool des parents et l'estime de soi, ce qui laisse croire qu'il est possible pour certains enfants d'intérioriser des images de soi positives en dépit de l'alcoolisme de leurs parents, ce qui pourrait les rendre plus aptes à tisser des liens sociaux et à en bénéficier. En conclusion, les auteurs jugent nécessaire de pousser plus loin les recherches sur les différences entre ces groupes, et d'évaluer les incidences d'autres variables, telles que la race et le sexe, sur ces relations.

LUTHAR, S. ET ZEGLER, E. (1991).

**Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood.**

*American Journal of Orthopsychiatry* 61 (1).

Dans cet article de synthèse, on aborde notamment la définition des agents stressants, les modèles théoriques de la vulnérabilité et de la résistance psychologique et les résultats obtenus au chapitre des mécanismes de protection.

MANGHAM, C.; MCGRATH, P.; REID, G. ET STEWART, M. (1994).

**Resiliency in health promotion.**

*Annotated bibliography, detailed analysis, and discussion paper.* Rapports pour Santé Canada.

Dans ces trois documents, les auteurs explorent le concept de résistance psychologique, qu'ils définissent comme étant «la faculté qu'ont les individus et les systèmes de réussir à faire face lorsqu'ils sont confrontés à l'adversité ou à un risque appréciable». Dans la bibliographie annotée sont répertoriées diverses publications sur le sujet, portant notamment sur la recherche et l'application aux programmes. Dans l'analyse détaillée, les auteurs font une synthèse des publications, élargissent le concept aux familles et aux collectivités et discutent des politiques et des programmes reliés à la résistance. Dans le document de travail, on donne un aperçu des facteurs clés reliés à la résistance et on soulève les questions pertinentes à la recherche, aux politiques et aux programmes en matière de promotion de la santé. La résistance est considérée comme un attribut de santé mentale positif qui semble être constitué d'une nuée de facteurs de protection chez l'individu et dans l'environnement. Si ce concept n'est pas synonyme de

*La résistance est considérée comme un attribut de santé mentale positif qui semble être constitué d'une nuée de facteurs de protection chez l'individu et dans l'environnement.*

faible risque (la résistance sous-entend la survie en dépit d'un *haut* risque), bon nombre des facteurs de protection associés au faible risque s'appliquent à la résistance. Pour cette raison, les auteurs incitent à la prudence ceux qui auraient trop rapidement tendance à considérer la résistance comme un nouveau concept.

MATES, D. ET ALLISON, K. (1992).

**Sources of stress and coping responses of high school students.**

*Adolescence* 27 (106) : 461-474.

Dans cette étude, on a interviewé des groupes de discussion pour analyser les facteurs de stress et les réactions d'adaptation de 23 élèves de la dixième année dans trois écoles de Toronto. D'après les résultats, les relations avec les parents, le travail et le manque d'argent sont les principales sources de stress. Parmi les réactions d'adaptation étudiées figurait l'usage de substances.

MCCUBBIN, H. ET MCCUBBIN, M. (1988).

**Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity.**

*Family Relations* 37 : 247-254.

Les auteurs tentent de dégager dans cet article les caractéristiques des familles qui résistent aux perturbations amenées par le changement et qui s'adaptent aux situations de crise, en examinant les forces et les facultés d'adaptation des familles par le biais de plusieurs modèles de vie familiale. Les concepts de classe sociale et d'ethnicité sont des considérations importantes pour l'élaboration de programmes d'éducation à la vie familiale ou d'initiatives de prévention axées sur la famille.

*Les concepts de classe sociale et d'ethnicité sont des considérations importantes pour l'élaboration de programmes d'éducation à la vie familiale ou d'initiatives de prévention axées sur la famille.*

MCDANIEL, S. A. (1993).

**Challenges to mental health promotion among working women in Canada.**

*Canadian Journal of Community Mental Health* 12 (1) : 201-210.

Dans cet article de synthèse, on examine l'état des connaissances sur les questions reliées au travail et à la santé mentale qui touchent les femmes. Si, d'après les recherches publiées, le travail rémunéré a des conséquences positives sur la santé mentale des femmes, certains aspects de leur travail peuvent cependant nuire à leur santé tant physique que mentale. Une rémunération inférieure, une sécurité d'emploi moindre, le harcèlement

sexuel et la difficulté de concilier ses responsabilités à la maison et au travail, combinés à une image de soi plus négative au départ, sont autant de facteurs qui peuvent amener une amplification du niveau de dépression et d'angoisse chez la femme et, parfois, les problèmes qui en découlent tels que l'abus de substances et les troubles de la nutrition. L'auteur souligne l'importance de programmes de santé mentale en milieu de travail. De l'avis de l'auteur, si les programmes qui privilégient la condition physique, la nutrition, la vie active et la réduction de la consommation d'alcool et de tabac peuvent être utiles, il ne faut pas oublier qu'ils ont été conçus à l'origine pour les employés de sexe masculin, dont les réalités et les sources de stress quotidien ne sont pas les mêmes que ceux de leurs collègues de sexe féminin. Par conséquent, il faut accorder une plus large place aux études sur les pressions structurales et sociales exercées sur les femmes au niveau professionnel, afin de cerner avec précision leurs besoins en matière de santé mentale et d'y répondre.

MILLER, B. A.; DOWNS, W. R. ET TESTA, M. (1993).

**Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use.**

*Journal of Studies on Alcohol Supp.* 11 : 109-117.

Dans cette étude, les auteurs se penchent sur les relations entre les expériences de violence physique ou sexuelle des femmes pendant leur enfance et l'apparition chez elles de problèmes d'alcoolisme. Quarante cent soixante douze femmes de l'État de New York âgées de 18 à 45 ans ont rempli une batterie de questionnaires. D'après les résultats de l'étude, les femmes alcooliques font état d'une incidence d'actes de violence physique et sexuelle plus élevée que la population générale. Les femmes alcooliques sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir eu un parent alcoolique et d'avoir connu davantage de changements familiaux durant l'enfance. D'après une théorie avancée pour expliquer le taux élevé d'alcoolisme chez les femmes qui ont été victimes de violence, de telles expériences entraînent une perte de confiance en soi. La consommation subséquente de drogues et d'alcool constitue une tentative d'auto-médication pour estomper ces émotions négatives. De plus, selon les auteurs, les femmes issues de familles violentes peuvent, durant leur enfance, se sentir différentes de leurs camarades et, partant, avoir davantage tendance à s'associer à des groupes marginaux où elles se sentent mieux acceptées. Ces groupes marginaux sanctionnent souvent, voire encouragent, l'usage de substances pour démontrer leur rejet à l'égard de leur famille, de leurs camarades et de la société en général. Ainsi, les schémas de consommation d'alcool qui ont été appris à la maison sont renforcés par le modelage sur les pairs et l'acceptation par ces derniers et peuvent mener à l'alcoolisme.

*D'après les résultats de l'étude, les femmes alcooliques font état d'une incidence d'actes de violence physique et sexuelle plus élevée que la population générale.*

MITIC, W.; MCGUIRE, D. ET NEUMANN, B. (1987).

**Adolescent inhalant use and perceived stress.**

*Journal of Drug Education* 17 (2) : 113-121.

Les auteurs examinent ici les liens possibles entre le stress et l'usage de produits à inhaler chez les élèves du niveau secondaire en Nouvelle-Écosse, par une comparaison des cotes d'évaluation du stress entre les élèves qui ne consomment pas de produits à inhaler, ceux qui font l'expérience de ces substances et ceux qui en font un usage régulier (n = 1 684). Il ressort des résultats que les usagers de produits à inhaler ont, globalement, des cotes d'évaluation du stress supérieures à celles de leurs camarades qui n'en consomment pas. La remarque est surtout vraie dans le cas du stress relié à l'école, aux enseignants, aux parents et à l'argent. Les auteurs incitent le lecteur à la prudence quant à l'utilisation des présents résultats, compte tenu des différences souvent minimales observées et de la nature transversale de l'enquête. Toutefois, les conséquences que l'on peut en tirer sont en accord avec celles d'autres études qui associent l'abus de substances à un sentiment d'abandon vis-à-vis de l'école et au non-respect de l'autorité.

*Il ressort des résultats que les usagers de produits à inhaler ont, globalement, des cotes d'évaluation du stress supérieures à celles de leurs camarades qui n'en consomment pas.*

MONCHER, M. S.; HOLDEN, G. W. ET TRIMBLE, J. E. (1990).

**Substance abuse among Native American youth.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (4) : 408-415.

Dans cette étude, on examine l'influence du modelage sur les parents et les pairs en ce qui concerne l'usage de substances sur les facteurs de risque dont on sait qu'ils précèdent la survenue de l'usage et de l'abus de substances chez les jeunes autochtones américains. Cette enquête portait sur 1 147 jeunes d'âge scolaire de l'Ouest des États-Unis. Les résultats mettent en évidence une corrélation entre l'obtention de scores élevés sur l'échelle de risque et un usage plus important d'une gamme étendue de substances. Ces résultats, qui confirment ceux d'études précédentes, montrent que l'usage de substances chez les jeunes autochtones américains est plus élevé que dans la population générale. De surcroît, les jeunes autochtones américains dont les parents, les frères et soeurs ou les camarades consomment également des substances telles que tabac, tabac sans fumée, alcool et drogues illicites, sont plus susceptibles de consommer de telles substances. Comme les facteurs de risque associés à de tels comportements prédisposent particulièrement les jeunes autochtones à l'abus de substances et à la dépendance, il convient de multiplier les efforts visant à améliorer leur milieu familial, social, économique et scolaire, afin de réduire les taux élevés d'usage de substances et de problèmes de santé mentale et physique connexes.

MOORE, D. ET POLSGROVE, L. (1991).

**Disabilities, developmental handicaps, and substance misuse: A review.**

*The International Journal of the Addictions* 26 (1) : 65-90.

Dans leur analyse de la littérature, les auteurs montrent que les risques de problèmes associés au mauvais usage de substances sont souvent très élevés chez les personnes aux prises avec des difficultés physiques ou intellectuelles, celles qui ont des troubles visuels ou auditifs et celles qui souffrent d'hyperactivité. Si la dépendance vis-à-vis de substances pharmaceutiques vendues sur ordonnance peut survenir par suite d'une douleur chronique ou d'un mauvais usage du médicament, les problèmes psychologiques et affectifs sont souvent les précurseurs de la toxicomanie. Le manque d'estime de soi, le comportement auto-handicapant, le manque de contrôle de soi, la pression exercée par les pairs, la privation du droit à la parole, la recherche de sensations et les expériences indirectes sont souvent les problèmes auxquels on doit s'attaquer dans le traitement et la réadaptation pour mettre fin au comportement d'auto-médication qui mène souvent à la dépendance. De l'avis des auteurs, peu de recherches ont été effectuées spécifiquement sur les personnes souffrant d'invalidité. Ils suggèrent notamment que l'on compare l'âge de la survenue de l'invalidité avec celui de la survenue de l'usage et du mauvais usage de substances, que l'on examine la prévalence de l'abus de médicaments vendus avec et sans ordonnance chez les personnes souffrant d'une incapacité et que l'on détermine la prévalence de l'abus de drogues chez les personnes handicapées en général.

MOORE, T.; PEPLER, D.; WEINBERG, B.; HAMMOND, L.; WADDELL, J. ET WEISER, L. (1990).

**Recherches sur les enfants issus de familles violentes.**

*Santé mentale au Canada*, 22-26.

Les auteurs présentent dans cet article certaines des questions et des variables jugées importantes dans le développement des enfants issus d'une famille violente. Ils y évoquent un vaste éventail de facteurs de risque et de protection, dont la confiance en soi et le locus de contrôle de l'enfant. La sensibilité des parents, et en particulier les interactions positives avec la mère, semblent créer un environnement favorable et sécurisant, qui fait office de tampon pour les enfants victimes de violence familiale. Les interactions avec les frères et soeurs peuvent constituer tant un facteur de risque qu'un facteur de protection, en ce que les enfants peuvent s'appuyer, se protéger et s'aider mutuellement dans les périodes de stress, ou encore calquer leur comportement violent l'un sur l'autre et enraciner leurs prédispositions à de tels comportements. Cette dualité d'influence peut

*La sensibilité des parents, et en particulier les interactions positives avec la mère, semblent créer un environnement favorable et sécurisant, qui fait office de tampon pour les enfants victimes de violence familiale.*

également s'observer au niveau des camarades, par leur acceptation de l'enfant ou son rejet lorsqu'il manifeste un comportement violent et agressif. De surcroît, les enfants des femmes battues se coupent souvent d'eux-mêmes de leurs camarades et, partant, sont incapables de tisser des liens positifs et sains avec leurs pairs. De l'avis des auteurs, si bon nombre des enfants victimes de violence familiale subissent de lourds préjudices affectifs et psychologiques, certains de ces enfants s'en sortent plutôt bien. Par conséquent, il faut mener d'autres études pour cerner les variables pouvant influencer sur leurs mécanismes d'adaptation, si l'on veut concevoir et offrir de meilleurs programmes et traitements destinés à tous les enfants issus d'une famille violente.

MOOS, R. H. ET MOOS, B. S. (1984).

**The process of recovery from alcoholism: III. Comparing functioning in families of alcoholics and match control families.**

*Journal of Studies on Alcohol* 45 : 111-118.

Dans cette étude, on a mis en parallèle les familles de 105 patients alcooliques qui avaient subi un traitement et 105 familles témoins pour l'analyse de trois aspects du fonctionnement familial : fonctionnement des rôles, environnement familial et harmonie entre les conjoints. Trois groupes ont été comparés deux ans après traitement : a) des familles d'alcooliques ayant eu une rechute (n = 51), b) des familles d'alcooliques réadaptés (n = 54), c) des familles témoins (n = 105). Au sein des familles d'alcooliques ayant eu une rechute, on observe davantage de conflits et un degré moindre d'organisation, une participation moindre du membre alcoolique, moins d'entente sur la participation commune et moins de cohésion familiale et d'importance accordée aux loisirs. Les familles d'alcooliques réadaptés présentent des caractéristiques similaires à celles des familles témoins, exception faite de l'évitement des conflits ou des situations sociales. Les auteurs évoquent la relation entre fonctionnement familial et fonctionnement post-cure.

MORSE, R. M. (1988).

**Substance abuse among the elderly.**

*The Menninger Foundation*, 259-268.

Cet article est à la fois un document de travail et une analyse de la littérature où l'on tente d'examiner et d'expliquer divers facteurs qui prédisposent davantage les adultes plus âgés, et en particulier ceux du troisième âge, à l'abus de substances et à la dépendance. Si bon nombre des

personnes âgées courent un risque plus grand de voir apparaître des maux physiques et psychologiques courants associés au vieillissement, leur sensibilité biologique accrue les rend également plus vulnérables à l'apparition d'une tolérance pharmacologique, voire d'une consommation en doses excessives des médicaments qui leur sont couramment prescrits. Compte tenu des déficiences cognitives associées au vieillissement, les personnes âgées risquent, par mégarde, de faire un mauvais usage de médicaments, en en consommant trop ou pas assez. De plus, étant donné les interactions des médicaments prescrits par différents médecins, les clients risquent, sans le vouloir, de faire un usage abusif de substances et s'exposent à la surdose. En outre, les attitudes adoptées par la famille et par la communauté médicale, qui encouragent les personnes âgées à chercher l'oubli de leurs problèmes dans la consommation de médicaments ou de substances, peuvent les exposer au risque d'abus d'alcool et de produits pharmaceutiques.

MOTET-GRIGORAS, C. N. ET SCHUCKIT, M. A. (1986).

**Depression and substance abuse in handicapped young men.**

*Journal of Clinical Psychiatry* 47 (5) : 234-237.

Dans cet article, les auteurs font état des résultats d'une étude sur la prévalence de la dépression et de l'usage et de l'abus de drogues et d'alcool au sein du personnel de soutien et chez les étudiants souffrant d'une incapacité dans une université de Californie. Mille trente-trois sujets de sexe masculin, âgés de 21 à 25 ans, ont été divisés en deux groupes selon qu'ils souffraient ou non d'une incapacité physique (4 % souffraient d'une incapacité); tous les participants ont rempli un questionnaire qui a permis de recueillir des informations sur leurs habitudes de consommation de drogues et d'alcool, leur santé physique et psychologique et les habitudes familiales en matière de consommation de drogues et d'alcool. Les résultats obtenus mettent en lumière une consommation accrue de drogues et d'alcool chez les sujets de sexe masculin souffrant d'une incapacité et des taux plus élevés de dépression dans ce groupe que chez leurs camarades non handicapés. En outre, les sujets de sexe masculin souffrant d'une invalidité signalent un plus grand nombre de cas d'abus de substances par leur mère, tandis que les cas d'abus de substances par le père sont plus fréquents chez leurs camarades non handicapés. Selon les auteurs, l'abus de substances plus fréquent chez la mère pourrait avoir entraîné l'apparition de l'incapacité ou une réduction de la faculté d'adaptation à cette incapacité, d'où la prédisposition accrue des personnes handicapées à la dépendance et à la dépression. De surcroît, le stress engendré par l'apprentissage de l'adaptation à l'incapacité, la douleur physique pouvant être associée au traumatisme et la baisse de l'activité sociale pourraient être des précurseurs

de l'abus des substances chez les jeunes hommes souffrant d'une incapacité physique.

NEIGER, B. L. ET HOPKINS, R. W. (1988).

**Adolescent suicide: Character traits of high-risk teenagers.**

*Adolescence* 23 : 469-475.

Les auteurs de ce document discutent des caractéristiques psychosociales qui sont associées à un risque accru de suicide, et passent en revue différentes théories qui fournissent un contexte interactif pour répondre à la question : «pourquoi se suicider?».

NEWCOMB, M. D. ET BENTLER, P. M. (1988).

**Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study.**

*Journal of Abnormal Psychology* 97 (1) : 64-75.

Dans cette étude, les auteurs s'intéressent à la relation entre usage de drogues à l'adolescence, soutien social et survenue de problèmes plus tard dans la vie. Six cent cinquante-quatre individus ont été interrogés à trois reprises sur une période de huit ans, de l'adolescence au début de l'âge adulte, et ont rempli des questionnaires mesurant leur consommation de drogues en général, le soutien social qu'ils reçoivent et leur conformisme. D'après les résultats, l'usage de drogues chez les adolescents, en particulier de cigarettes et de drogues dures, a diverses conséquences négatives sur la santé physique et mentale au début de l'âge adulte, par exemple : problèmes de relations, troubles affectifs, problèmes familiaux et problèmes associés à l'usage de substances. De l'avis des auteurs, ces problèmes ne sont de toute évidence pas uniquement imputables à l'usage de drogues durant l'adolescence, mais également le résultat de difficultés sociales, psychologiques et affectives qui ont prédisposé les sujets à l'abus de substances. Par conséquent, les interventions ne doivent pas viser exclusivement à prévenir l'usage de substances; elles doivent aussi chercher à améliorer les capacités d'adaptation et de vie en société des intéressés. Cette approche doit être appliquée dans le cas des adolescents susceptibles d'aller au-delà de l'expérimentation et de commencer à consommer des substances à titre d'auto-médication ou d'aide à l'adaptation.

*De l'avis des auteurs, ces problèmes ne sont de toute évidence pas uniquement imputables à l'usage de drogues durant l'adolescence, mais également le résultat de difficultés sociales, psychologiques et affectives qui ont prédisposé les sujets à l'abus de substances.*

NEWCOMB, M.; MADDAHAN, E. ET BENTLER, P. (1986).

**Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analysis.**

*American Journal of Public Health* 76 (5) : 525-531.

Dans ce document, les auteurs font état des résultats d'une étude d'une durée de cinq ans sur l'usage de drogues chez les adolescents, effectuée auprès de 994 élèves du niveau secondaire de Los Angeles. Ils ont comparé la fréquence de l'usage de tabac, d'alcool, de cannabis, de drogues dures et de médicaments en vente libre aux facteurs de risque, à savoir la faible moyenne cumulative, l'absence de convictions religieuses, la consommation d'alcool à un âge précoce, le manque d'estime de soi, les problèmes psychopathologiques, les mauvaises relations avec les parents, la non-conformité aux normes sociales, la recherche de sensations et la connaissance de l'usage de drogues par les camarades et les adultes. Les auteurs mettent en évidence une association linéaire entre le nombre de facteurs de risque présents et le pourcentage de consommateurs de drogues, la fréquence de la consommation et l'intensité de celle-ci. Aucun facteur de risque n'explique à lui seul l'usage d'une drogue ou un mode de consommation en particulier.

*Aucun facteur de risque n'explique à lui seul l'usage d'une drogue ou un mode de consommation en particulier.*

PARKER, J. ET ASHER, S. (1987).

**Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?**

*Psychological Bulletin* 102 (3) : 357-389.

Les auteurs de cet article passent en revue et examinent de manière approfondie les difficultés sur le plan des relations avec les pairs et se demandent si ce paramètre peut être un prédicteur de la faculté d'adaptation plus tard au cours de la vie. Si les questions entourant l'usage de substances ne sont pas directement abordées dans cet article, les conséquences pour l'élaboration de programmes antidrogue n'en sont pas moins évidentes.

PELLETIER, D. ET COUTU, S. (1992).

**Toxicomanie et violence familiale chez les adolescents.**

*Santé mentale au Canada*, 7-13.

Les auteurs de cet article examinent la question de la violence exercée par les adolescents contre d'autres membres de la famille ainsi que la relation entre l'abus de substances et la violence familiale. Il faut se garder de confondre la violence manifestée par les enfants avec les épisodes normaux, mais brefs, où les jeunes enfants peuvent mordre ou frapper leurs

parents ou leur donner des coups de pied lorsqu'ils sont en colère ou contrariés. Par opposition, les actes de violence auxquels se livrent les adolescents sur les membres de leur famille sont souvent dirigés vers la mère ou les jeunes frères et soeurs, moins aptes à se défendre contre une agression physique et verbale. Le comportement agressif des adolescents est souvent lié à des modèles de consommation de substances et de violence physique établis par les parents. En d'autres termes, les adolescents réagissent souvent aux émotions qui les submergent en utilisant les seuls exutoires dont ils ont connaissance. Il est particulièrement préoccupant de voir que les interventions cliniques et médicales ne visent souvent que l'auteur de l'acte de violence, et non pas ses victimes. En outre, il faudrait recueillir davantage d'informations sur la dynamique de la famille perturbée, afin de comprendre comment les variables individuelles, sociales et familiales influent sur le fonctionnement de la famille violente et comment prodiguer à tous les membres de telles familles le meilleur traitement.

PENKOWER, L.; BROMET, E. J. ET DEW, M. A. (1988).

**Husbands' layoff and wives' mental health.**

*Archives of General Psychiatry* 45 (11) : 994-1000.

Dans cette étude, les auteurs examinent l'influence de trois facteurs de vulnérabilité sur les effets à court et à long terme du chômage du mari sur la santé mentale de sa conjointe et de ses enfants. Cent quatre-vingt huit femmes ont été interviewées à trois reprises en l'espace de trois années, au sujet de ces questions (antécédents familiaux en matière de santé mentale, caractéristiques démographiques et soutien social). D'après les résultats, la détresse psychiatrique s'observe plus souvent chez les femmes dont la famille était aux prises à des difficultés financières avant le licenciement de leur mari; de plus, l'absence de soutien (en particulier de la part des membres de la famille) a aussi des effets néfastes sur la santé mentale des épouses, en particulier dans les ménages de cols bleus. Les femmes ayant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques sont les plus susceptibles de voir leur santé mentale se détériorer à la suite du licenciement de leur conjoint, troubles qui sont le plus visibles dans les familles ayant à charge de très jeunes enfants. En conclusion, estiment les auteurs, compte tenu des profondes répercussions psychologiques du chômage pour tous les membres de la famille, il faut poursuivre les recherches afin de comprendre comment la santé mentale du mari avant son licenciement influe sur le fonctionnement familial ultérieur, et comment les facteurs de vulnérabilité peuvent changer tout au long de la période de chômage.

*Les femmes ayant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques sont les plus susceptibles de voir leur santé mentale se détériorer à la suite du licenciement de leur conjoint, troubles qui sont le plus visibles dans les familles ayant à charge de très jeunes enfants.*

PERODEAU, G. M.; KING, S. ET OSTOJ, M. (1992).

**Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model.**

*Canadian Journal on Aging* 11 (4) : 347-369.

Le but de cette étude était d'examiner les variables qui influent sur l'usage de psychotropes chez les personnes âgées, et en particulier d'évaluer l'utilité d'un modèle de résistance au stress pour l'usage de drogues. On a demandé à 109 personnes âgées de Verdun (Québec) de répondre à un questionnaire sur l'usage de drogues et de participer à deux séances d'interview. L'une des principales observations de l'étude est que l'usage de psychotropes chez les personnes âgées est moins un outil de résistance au stress qu'une réaction à des aspects tels que l'âge, les attitudes vis-à-vis de l'usage de drogues en général et les expériences négatives récentes de l'individu. Les personnes âgées plus jeunes, et en particulier les femmes, sont plus nombreuses à recourir aux drogues à titre de mécanisme d'adaptation, peut-être parce qu'elles ont appris, au cours de leur socialisation, à accepter l'utilité médicinale des tranquillisants et autres médicaments. Par ailleurs, ni le nombre de maladies ni la survenue récente d'épreuves n'influent sur le nombre de psychotropes consommés par les personnes âgées. Cependant, soulignent les auteurs, il est important de ne pas confondre la fréquence des épreuves de la vie et des maladies avec l'intensité de ces phénomènes et les répercussions qu'ils peuvent avoir sur la vie des personnes âgées. Par conséquent, si les données recueillies dans cette étude ne mettent pas en évidence de relations entre le stress et l'usage de drogues à titre de mécanisme de résistance, il faut approfondir les recherches afin de déterminer si l'usage de drogues n'est pas, en fait, un mécanisme d'adaptation fréquemment utilisé par les personnes âgées.

*Par ailleurs, ni le nombre de maladies ni la survenue récente d'épreuves n'influent sur le nombre de psychotropes consommés par les personnes âgées.*

RHÉAUME, J. (1985).

**Thérapie et action culturelle.**

*Sociologie et sociétés* 17 (1) : 109-126.

Dans cet article, l'auteur développe les idées présentées par Sévigny (1985) au sujet des concepts sociologiques utilisés pour aborder les questions posées par la santé mentale et le traitement de ces troubles. L'auteur part de ces idées pour entreprendre une réflexion sur certains des concepts théoriques utilisés pour évaluer et traiter la maladie mentale, par exemple l'approche humaniste, l'approche du potentiel humain et de l'adaptation sociale, l'approche de la reproduction culturelle, l'approche socio-culturelle, etc. Il analyse les répercussions de variables telles que le type de langage utilisé pour aborder les questions relatives à la santé mentale, les modèles cliniques employés pour les décrire, les approches et les orientations servant

à décrire et à traiter les problèmes de santé mentale et les ramifications du traitement par les professionnels médicaux dans un cadre institutionnel. Ces variables ont sans doute peu à voir avec la société en général et avec les effets possibles de la vie quotidienne sur le problème de la maladie mentale. Il convient d'accorder davantage d'attention à l'étude des dichotomies qui pourraient exister entre différentes formes de traitements et d'approches cliniques ainsi qu'aux différences entre les questions abordées dans les interventions et celles auxquelles est confronté le sujet dans son milieu social réel.

RHODES, J. E. ET JASON, L. A. (1990).

**A social stress model of substance abuse.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 : 395-401.

Selon le modèle du stress social, les adolescents commencent à abuser de substances lorsqu'ils sont confrontés à un degré élevé de stress provenant de diverses sources (p. ex., famille, école, groupe de camarades et collectivité). C'est un moyen de faire face à de nombreux agents stressants. Selon l'hypothèse à la base du modèle, les adolescents démontreront une plus grande capacité de résistance s'ils appartiennent à un réseau de soutien social qui exerce sur eux une influence positive. Dans cet article, les auteurs rendent compte d'une étude préliminaire du modèle du stress social et de la mise à l'épreuve de certains de ces paramètres. Les données relatives à 124 étudiants ont été sélectionnées au hasard et les résultats obtenus sont conformes à ceux des recherches antérieures, en ce qu'ils mettent en lumière une corrélation positive significative entre le soutien familial et l'usage de substances (0,86), et entre l'affirmation de soi et l'usage de substances (0,60). À la lumière de ces résultats, les auteurs concluent en évoquant la possibilité que la famille soit le facteur qui influe le plus sur la capacité ultérieure de l'enfant de s'adapter au stress. Les programmes de prévention, affirment-ils, devraient prendre la famille en considération et s'attacher à aider les jeunes à créer des réseaux de soutien social.

*Selon l'hypothèse à la base du modèle, les adolescents démontreront une plus grande capacité de résistance s'ils appartiennent à un réseau de soutien social qui exerce sur eux une influence positive.*

RICH, C. L.; RICKETTS, J. E.; FOWLER, R. C. ET YOUNG, D. (1988).

**Some differences between men and women who commit suicide.**

*American Journal of Psychiatry* 145 : 718-722.

Dans cette étude, les auteurs examinent plusieurs hypothèses afin d'expliquer pourquoi les hommes sont plus nombreux à se suicider que les femmes aux États-Unis. Les 204 premiers cas (143 hommes, 61 femmes) proviennent

d'un groupe de 133 individus âgés de moins de 30 ans, et de 150 sujets de plus de 30 ans qui se sont suicidés dans le comté de San Diego entre 1981 et 1983; il s'agit là de la plus importante étude sur les cas de suicide effectuée jusqu'à présent. Chaque cas a été examiné indépendamment par deux chercheurs et a fait l'objet d'un diagnostic conformément au DSM-III. Les troubles liés à l'utilisation de substances toxiques et les troubles affectifs sont les diagnostics les plus fréquents tant chez les hommes que chez les femmes, les troubles dépressifs majeurs étant sensiblement plus fréquents chez les femmes. Les hommes sont 2,7 fois plus susceptibles que les femmes de commettre le suicide en raison de la plus grande fréquence d'abus de substances. Comme méthode de suicide, les femmes privilégient les drogues et le poison et les hommes, les armes à feu. Si aucune conclusion claire ne peut être tirée des nombreuses hypothèses avancées, l'intention est plus forte chez les hommes, affirment les auteurs, ce qui explique le taux de suicide plus élevé dans cette population.

SACK, W. H.; BEISER, M.; PHILLIPS, N. ET BAKER-BROWN, G. (1992-93).

**Co-morbid symptoms of depression and conduct disorder in First Nations children: Some findings from the Flower of Two Soils Project.**

*Culture, Medicine, and Psychiatry* 16 (4) : 471-486.

Dans cette étude, les auteurs examinent si la comorbidité observée chez les enfants autochtones est susceptible de se traduire par des taux plus élevés de problèmes psychopathologiques subséquents à l'adolescence. Dans le cadre de ce projet, intitulé «Flower of Two Soils», on a fait enquête auprès de 1 115 enfants de souche autochtone et non autochtone du Canada et des États-Unis, afin de mettre en relation les résultats scolaires et l'aptitude intellectuelle avec différentes mesures de la santé mentale. Les résultats de l'étude confirment ceux des projets précédents, à savoir que les enfants autochtones sont plus susceptibles de faire état de symptômes dépressifs et d'être décrits, par les personnes symbolisant l'autorité, comme manifestant des troubles du comportement. Ces deux variables sont liées à une diminution des aptitudes intellectuelles et à des résultats scolaires inférieurs chez les enfants autochtones des deux sexes.

SCOTT, J. (1993).

**Homelessness and mental illness.**

*British Journal of Psychiatry* 162 : 314-324.

Dans cet article de synthèse, l'auteur cerne les différents problèmes reliés au phénomène de l'itinérance en Grande-Bretagne. Il aborde notamment

les différentes manières de classer les sans-abri, certaines des voies qui mènent à cette condition, les questions liées à la santé physique et mentale des personnes sans domicile fixe, ainsi que les services offerts aux itinérants et aux malades mentaux. L'auteur souligne la nécessité de réaliser d'autres recherches afin de cerner les différents besoins propres aux diverses sous-populations que l'on retrouve au sein du groupe des itinérants. En particulier, il faut accorder une plus grande attention aux cas où la maladie mentale est un facteur causal de cette condition.

SÉVIGNY, R. (1985).

**Santé mentale et processus sociaux.**

*Sociologie et sociétés* 17 (1) : 5-14.

L'auteur se penche ici sur les différents concepts et processus sociaux qui influencent nos convictions sur la santé mentale et le traitement des maladies mentales. Deux idées dominantes se dégagent des publications : 1) personne n'est totalement sain sur le plan mental, et on observe chez certains individus des nuances plus prononcées de comportement névrotique, dépressif ou égocentrique; 2) ces comportements et états mentaux reflètent dans une certaine mesure les relations entre la société et l'individu. Partant de cette constatation, l'auteur décrit des facteurs tels que la conception de la santé et de la maladie mentale, les tendances dominantes dans les interventions en santé mentale, l'influence de la bureaucratie organisationnelle, institutionnelle et professionnelle sur le recours à diverses interventions, l'influence des systèmes sociaux sur le choix et le lieu de l'intervention, et les moyens d'améliorer la relation entre les questions et les problèmes abordés lors du traitement et ceux auxquels sont confrontés les sujets dans leur quotidien.

SHEDLER, J. ET BLOCK, J. (1990).

**Adolescent drug use and psychological health.**

*American Psychologist* 45 (5) : 612-630.

Cette étude longitudinale visait à mesurer les variables exerçant une influence sur le développement de l'enfant, plus particulièrement sur les comportements face aux drogues, et l'influence de ces comportements sur le développement global. Cent un sujets âgés de 18 ans ont été à nouveau interviewés et ont rempli une batterie de questionnaires, comme ils l'avaient déjà fait à six reprises au cours de leur enfance. D'après les résultats de l'étude, ceux qui ont fait l'expérience des drogues et de l'alcool durant leur adolescence semblent présenter les meilleurs profils de santé psychologique. Les consommateurs excessifs et les consommateurs fréquents sont,

*D'après les résultats de l'étude, ceux qui ont fait l'expérience des drogues et de l'alcool durant leur adolescence semblent présenter les meilleurs profils de santé psychologique.*

d'après les descriptions, davantage mésadaptés et désespérés, et ont de la difficulté à maîtriser leurs impulsions. Les abstinents sont décrits comme des sujets plus angoissés, plus inhibés sur le plan affectif, plus directifs, qui présentent des lacunes sur le plan des aptitudes sociales. Les auteurs, qui ne vont pas jusqu'à faire l'apologie de l'usage de drogues et recommander que l'on n'en fasse pas cas, soulignent cependant que les jeunes qui font l'expérience des drogues le font probablement pour affirmer leur indépendance, tester différentes valeurs et convictions, explorer de nouveaux rôles et de nouvelles identités, etc. Il est possible que des individus qui manifestent de tels comportements possèdent une meilleure santé mentale, et qu'ils n'éprouvent pas le besoin d'adopter l'une ou l'autre de deux attitudes extrêmes, c'est-à-dire l'excès fréquent ou l'abstinence totale, pour faire face à leurs problèmes et à leurs difficultés dans la vie.

*Les abstinents sont décrits comme des sujets plus angoissés, plus inhibés sur le plan affectif, plus directifs, qui présentent des lacunes sur le plan des aptitudes sociales.*

SHERMAN, D. J. (1992).

**The neglected health care needs of street youth.**

*Public Health Reports* 107 (4) : 433-440.

Cette étude porte sur la santé physique et mentale actuelle des jeunes de la rue en Amérique du Nord, ainsi que sur les facteurs de risque liés à leur santé. L'auteur a demandé à 214 jeunes de répondre à des questions sur leurs antécédents médicaux et de subir un examen médical dans trois cliniques de services de santé primaires à San Francisco. Les résultats mettent en lumière une prévalence très élevée de problèmes de santé mentale chez les jeunes de la rue : près de 50 % d'entre eux ont suivi des séances de counselling et 15 % ont déjà été renvoyés dans un hôpital psychiatrique. Plus de 40 % des répondants disent se sentir souvent tristes ou déprimés. L'usage de substances semble également être un facteur de risque chez les jeunes, car près de 40 % des répondants disent consommer de l'alcool et 35 % des drogues illicites, notamment des drogues par intraveineuse. Bon nombre des jeunes de la rue interrogés disent provenir de foyers dysfonctionnels, où l'on observe des taux élevés d'abus d'alcool et de violence physique et sexuelle. De surcroît, nombre d'entre eux affirment ne pas prendre de précaution dans leurs rapports sexuels et dans l'utilisation de drogues par intraveineuse, ce qui les expose au risque de contracter des MTS et le VIH. En conclusion, affirment les auteurs, il faut faire plus pour améliorer les services de soins de santé offerts aux jeunes de la rue afin de réduire ou d'éliminer leurs problèmes de santé, et pour faciliter l'accès à ces services.

SMART, R. G. ET WALSH, G. W. (1993).

**Predictors of depression in street youth.**

*Adolescence* 28 (109) : 41-53.

L'objet de cette recherche était d'évaluer l'impact de plusieurs variables sur les niveaux de dépression chez les jeunes de la rue. Trente-sept jeunes de Toronto ont accepté de répondre à des interviews d'une durée d'une heure et de remplir des questionnaires mesurant des variables telles que le soutien social, l'estime de soi, les problèmes de consommation d'alcool ou de drogues et l'instabilité familiale. D'après les résultats, le faible soutien social, le manque d'estime de soi et le temps passé dans des foyers sont les facteurs les plus reliés à la dépression; les jeunes qui ont quitté leur domicile en réaction à l'abus de substances par leurs parents obtiennent également des scores élevés sur les échelles de mesure de la dépression. Si l'on observe chez ces jeunes des taux élevés tant de dépression que d'abus de substances, l'étude ne met cependant en évidence aucune corrélation entre ces variables. En outre, si les jeunes admettent qu'ils ont connu des problèmes d'abus de substances, ils estiment qu'il s'agit là de préoccupations secondaires par rapport aux problèmes plus immédiats : se nourrir, se loger et obtenir de l'argent. En conclusion, les auteurs estiment qu'il faut recueillir davantage d'informations pour déterminer si la dépression des jeunes s'est déclarée avant qu'ils quittent leur domicile et pour évaluer si les efforts visant à réduire les risques de dépression chez les jeunes sont susceptibles de réduire le phénomène de l'itinérance chez les jeunes.

*Si l'on observe chez ces jeunes des taux élevés tant de dépression que d'abus de substances, l'étude ne met cependant en évidence aucune corrélation entre ces variables.*

STATISTIQUE CANADA. (1994).

**L'équilibre affectif : résultats de l'application de l'échelle de l'affect de Bradburn dans l'Enquête sociale générale de 1991. (L'état de santé des Canadiens : série analytique Enquête sociale générale)**

Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

Dans ce document, on fait état des résultats de l'utilisation de l'échelle d'évaluation de l'affect de Bradburn dans l'Enquête sociale générale de 1991. L'échelle donne une mesure de l'affect global, l'affect positif étant caractérisé par les sentiments de plaisir, de fierté et de gaieté au sujet de la vie en général, tandis que l'affect négatif est illustré par les sentiments de dépression, d'anxiété et d'abattement. D'après les résultats du rapport, un Canadien sur neuf possède un affect plus négatif que positif. Les affects très positifs se retrouvent moins souvent chez les jeunes (âgés de 15 à 19 ans) que chez les personnes plus âgées. L'affect semble augmenter jusqu'au milieu de la vie, pour décliner ensuite avec l'âge. Les résultats sont présentés en conjonction avec plusieurs autres variables, telles que douleurs

chroniques, situation matrimoniale, revenu, sexe, et usage de tabac et d'alcool. Les fumeurs réguliers sont plus nombreux que les autres groupes à avoir un équilibre affectif négatif; en ce qui concerne l'alcool, les résultats ne sont pas concluants, en raison des effets confusionnels de l'âge.

THOMPSON, K. M. (1989).

**Effects of early alcohol use on adolescents' relations with peers and self-esteem: Patterns over time.**

*Adolescence* 24 (96) : 837-849.

Dans cette étude, l'auteur s'est penché sur les incidences de la consommation d'alcool sur les relations avec les pairs et la famille et sur l'estime de soi. Selon l'une des principales hypothèses de travail de l'étude, les adolescents consomment en général de l'alcool en groupe et la fonction première de cette consommation d'alcool pour les adolescents serait de nature sociale : facilitation des relations avec les camarades du même sexe et accroissement de la confiance en soi. Pour cette étude, l'échantillon était constitué de 839 adolescents qui avaient participé auparavant à une étude plus vaste en septième et en huitième année, puis en onzième et en douzième année. Le questionnaire comportait une évaluation du comportement face à l'alcool modifié par rapport aux échelles de qualité-fréquence, une question sur le changement au niveau des relations avec les camarades du même sexe et une question sur les changements au niveau de la perception générale de soi des répondants. D'après les résultats, la consommation d'alcool a, au fil du temps, des incidences négatives sur les relations avec les camarades du même sexe, sauf chez les adolescents qui boivent pour faire partie d'un groupe ou pour être sociables. En outre, d'après les résultats obtenus par l'auteur, la confiance en soi diminuerait après la consommation d'alcool, sauf chez les jeunes adolescents qui considèrent la consommation d'alcool comme une activité sophistiquée et positive.

*D'après les résultats, la consommation d'alcool a, au fil du temps, des incidences négatives sur les relations avec les camarades du même sexe, sauf chez les adolescents qui boivent pour faire partie d'un groupe ou pour être sociables.*

TOUSIGNANT, M. (1989).

**La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale.**

*Santé mentale au Québec* 14 (2) : 91-103.

Dans cet article, l'auteur discute de la relation entre santé mentale et situation socio-économique. D'après les récentes études effectuées au Québec et ailleurs au Canada, il existe un lien indiscutable entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale ou les maladies mentales. De l'avis de certains chercheurs, la prévalence des maladies mentales est similaire dans toutes les classes sociales et économiques mais, pour diverses raisons, le taux de

récupération et de réadaptation est plus faible dans les catégories plus défavorisées, ce qui explique la prévalence accrue du phénomène dans ces catégories. Au nombre des facteurs associés au taux de récupération plus faible chez les individus défavorisés figurent : 1) une vie plus difficile et des sources de stress plus nombreuses; 2) moins de réseaux de soutien social et sensibilisation moindre aux sources additionnelles de soutien social et économique; 3) une plus grande vulnérabilité psychologique, attribuable à une confiance en soi et une auto-efficacité moins grandes; 4) une socialisation moindre, se traduisant par une diminution de la résistance au stress et des capacités d'adaptation nécessaires à une gestion efficace du stress; 5) des risques accrus de chômage, en particulier de chômage prolongé et répété, en raison de l'insuffisance des compétences et du niveau de scolarité; 6) une probabilité plus élevée de vivre dans un quartier où les logements sont insalubres, les espaces verts et les parcs rares, les taux de criminalité élevés, et où le sens de la communauté ou la cohésion à l'intérieur du même quartier font défaut. D'après les auteurs, ce n'est pas la pauvreté en soi qui entraîne une détérioration de la santé mentale, mais bien la combinaison de ces variables additionnelles qui contribuent à la pauvreté ou en sont les conséquences, qui empêchent les individus des classes socio-économiques plus défavorisées d'atteindre un niveau optimal de santé mentale.

WAKEFIELD, J. C. (1992).

**The concept of mental disorder.**

*American Psychologist* 47 : 373-388.

Dans cet article théorique, l'auteur cherche à clarifier la notion de trouble mental en le décrivant comme un dysfonctionnement nuisible. Si l'on utilise le terme «dysfonctionnement», on doit supposer qu'un mécanisme interne fait défaut et n'assume pas sa fonction naturelle. Le mot «nuisible» est un qualificatif qui fait référence aux conséquences subies par la personne en raison du dysfonctionnement. L'auteur met en opposition cette définition et d'autres utilisées par différents groupes de professionnels pour clarifier le concept de trouble mental. Il n'existe à l'heure actuelle aucune analyse communément admise, qui expliquerait quelles affections sont des troubles. L'auteur examine en détail d'autres définitions du trouble et montre que la notion de trouble utilisée dans le DSM-III-R, et largement utilisée, est très proche de la présente définition.

*Si l'on utilise le terme «dysfonctionnement», on doit supposer qu'un mécanisme interne fait défaut et n'assume pas sa fonction naturelle.*

WOLFE, D. A. ET JAFFE, P. (1991).

**Child abuse and family violence as determinants of child psychopathology.**

*Canadian Journal of Behavioral Science* 23 (3) : 282-299.

Les auteurs effectuent dans cet article une revue des publications traitant des effets de la violence familiale sur le développement de l'enfant. Un large éventail de questions sont abordées, notamment la relation entre les expériences traumatisantes et le comportement de l'enfant perturbé, le cadre général de l'étude des enfants provenant de familles violentes et les données démontrant l'existence de troubles de l'adaptation chez les enfants issus de familles violentes. Les enfants victimes de violence physique, les enfants de femmes battues et les enfants victimes de violence sexuelle sont les principaux groupes examinés. En conclusion, les auteurs évoquent les tendances sur le plan de l'élaboration et de la mise à l'épreuve des théories explicatives, ainsi que les points importants à prendre en considération lors de l'élaboration d'outils d'évaluation et de la création de protocoles de recherche plus appropriés.

### III

## LITTÉRATURE SUR L'EXPLORATION DES LIENS ENTRE SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES

AKERLIND, I. ET HORNQUIST, J. (1992).

**Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay.**

*Social Science Medicine* 34 (4) : 405-414.

Cet article est une revue des publications qui remonte jusqu'aux années 1950. En s'appuyant sur un modèle médical pour définir les problèmes de consommation d'alcool, les auteurs concluent que toutes les publications font apparaître des problèmes de solitude chez bon nombre d'individus à chaque stade de l'abus de l'alcool. La solitude contribue à perpétuer les problèmes de consommation d'alcool et fait obstacle au traitement ou à l'abandon de cette habitude.

ALLAN, C. A. (1988).

**Characteristics and help-seeking patterns of attenders at a community-based voluntary agency and an alcohol and drug treatment unit.**

*British Journal of Addictions* 84 : 73-80.

Dans cet article, l'hypothèse de départ est que les individus qui fréquentent des établissements communautaires ont des problèmes physiques, psychologiques et sociaux moins graves que les clients des établissements psychiatriques. Les résultats de cette étude mettent en évidence davantage de similarités que de différences entre ces deux groupes. À l'aide de techniques d'échantillonnage aléatoire, on a comparé une clinique de santé mentale communautaire (n = 50) et un établissement psychiatrique (n = 50). Pour recueillir les mesures de l'adaptation sociale, des problèmes reliés à

l'alcool et de la santé générale, on a fait appel à des échelles (SBS, PAS) et à des questionnaires standard d'auto-évaluation sur l'état de santé général et l'abus de substances. D'après les résultats, 27 % des sujets du groupe de traitement en milieu hospitalier souffrent d'une dépendance vis-à-vis de l'alcool, par comparaison avec 24 % des clients de la clinique de santé mentale. Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le plan du degré de détresse éprouvé en relation avec les problèmes d'alcool. La stabilité sociale et le nombre de contacts avec l'organisme sont similaires dans les deux groupes. Dans les deux types d'établissements, les personnes qui ont des problèmes d'alcool sont plus susceptibles de changer de cadre de traitement.

ALLAN, C. A. ET COOKE, D. J. (1985).

**Stressful life events and alcohol misuse in women: A critical review.**

*Journal of Studies on Alcohol* 46 : 147-152.

Dans cette revue de la littérature qui traite de l'incidence des événements stressants de la vie sur l'abus d'alcool par les femmes, les auteurs mettent en doute la validité et la fiabilité des études antérieures. Trois principaux types d'agents stressants sont répertoriés dans tous les travaux de recherche : les facteurs associés à la biologie de la femme, les changements psychosociaux qui influent sur le rôle de la femme et son fonctionnement en société, et les événements de la vie qui ne sont pas propres aux femmes, tels que le divorce, la retraite, la disparition du conjoint. Parmi les problèmes associés à la conception des recherches et à l'analyse des données qu'évoquent les auteurs figurent le sens de l'influence entre événements stressants de la vie et abus de substances, la consignation rétrospective des événements, la priorité et la contiguïté temporelle, l'exclusion de l'explication par une troisième variable, la diversité des définitions des événements stressants de la vie, la signification des événements stressants de la vie pour les personnes qui font une consommation abusive d'alcool, et la nécessité de disposer d'un échantillon de la population générale auquel comparer tous les autres échantillons. En conclusion, estiment les auteurs, les études menées jusqu'ici ne sont pas corroborées par les techniques d'évaluation plus rigoureuses que l'on utilise à présent; par conséquent, il faut poursuivre les recherches si l'on veut commencer à cerner le phénomène de l'abus d'alcool chez la femme.

ANDA, R.; WILLIAMSON, D.; ESCOBEDO, L.; MAST, E.; GIOVINO, G. ET REMINGTON, P. (1990).  
**Depression and dynamics of smoking: A national perspective.**  
*Journal of the American Medical Association* 264 (12) : 1541-1545.

Les auteurs de cet article, s'appuyant sur les résultats d'une enquête américaine, la *National Health and Nutrition Examination Survey*, et de son étude de suivi, établissent une corrélation positive entre l'usage du tabac et la dépression. Après neuf ans de suivi, l'incidence de l'abandon du tabac est de 9,9 % chez les fumeurs déprimés, par opposition à 17,7 % chez les fumeurs non déprimés. Après rajustement en fonction du nombre de cigarettes fumées, de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité, on dénombre 40 % moins de personnes qui cessent de fumer chez les fumeurs déprimés que chez les fumeurs non déprimés.

ANESHEUSEL, C. S. ET HUBA, G. J. (1983).  
**Depression, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model.**  
*Journal of Abnormal Psychology* 92 (2) : 134-150.

Cette étude longitudinale d'une durée d'un an a été menée dans le but d'examiner la relation entre dépression, usage d'alcool et usage du tabac. L'échantillon était constitué de 742 adultes, qui ont participé à la collecte des données à quatre reprises au cours de l'année. La collecte des données s'est effectuée par des interviews en personne et par téléphone. Pour évaluer la dépression, on a utilisé l'échelle de dépression du *Center for Epidemiological Studies (CES-D)*, une échelle d'évaluation du désespoir à quatre items, une échelle d'évaluation de l'affect positif à quatre items et une échelle d'évaluation des pensées de mort à trois items. On a évalué l'usage du tabac et d'alcool au cours de la première et de la dernière séance d'interview en demandant aux répondants d'indiquer le nombre de cigarettes fumées par jour, la fréquence de la consommation d'alcool au cours des deux derniers mois et le nombre de boissons consommées en une journée. Les résultats mettent en lumière une association entre l'usage d'alcool et la dépression, association qui ne s'observe cependant que si l'on considère l'intervalle de temps le plus long (un an). Ainsi, l'usage d'alcool pourrait agir à retardement ou avoir un effet cumulatif sur la dépression. En ce qui concerne l'incidence de la dépression sur l'usage d'alcool, on observe une association à court terme (intervalle de trois mois) entre les niveaux accrus de dépression et la consommation de quantités plus importantes d'alcool, association qui ne tient toutefois pas à long terme. Pour expliquer ces résultats, les auteurs avancent que l'effet immédiat de l'alcool est de

*Les résultats mettent en lumière une association entre l'usage d'alcool et la dépression, association qui ne s'observe cependant que si l'on considère l'intervalle de temps le plus long (un an).*

soulager la dépression, tandis que son effet à long terme est de l'accentuer. Cette étude, ne conclut à aucune association entre l'usage de tabac d'une part, et la dépression ou l'usage d'alcool d'autre part.

ANNIS, H. M. (1990).

**Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach.**

*Journal of Psychoactive Drugs* 22 (2) : 117-124.

Dans cet article, l'auteur passe en revue les publications sur l'efficacité personnelle et les rechutes en matière d'usage de substances. Il étudie l'importance de la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura et la met en relation avec l'abus de substances. En s'appuyant sur les publications qu'il passe en revue, l'auteur conclut que l'application de la théorie de l'efficacité personnelle à la prévention des rechutes est prometteuse. Il établit en particulier une distinction entre l'amorce et le maintien du changement comportemental et insiste sur l'importance de développer l'efficacité personnelle pour réduire les rechutes et accroître la probabilité de la récupération après une rechute, le cas échéant.

*En s'appuyant sur les publications qu'il passe en revue, l'auteur conclut que l'application de la théorie de l'efficacité personnelle à la prévention des rechutes est prometteuse.*

ANNIS, H. ET DAVIS, C. (1988).

**Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial.**

In *Assessment and Treatment of Addictive Disorders*, éd. T. Baker et T. Cannon. New York : Praeger.

Dans ce chapitre, les auteurs évoquent la question de la rechute dans le traitement de l'alcoolisme, plus particulièrement l'échec des tentatives de maintenir l'abstinence ou de maîtriser son comportement à l'issue du traitement. L'efficacité personnelle est présentée tant comme un facteur permettant de réduire les rechutes que comme une conséquence de la réussite de l'individu à maîtriser son comportement face à l'alcool. Les auteurs présentent à l'appui des données obtenues par une étude clinique portant sur 41 alcooliques en traitement à la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario. Les résultats des traitements et les évaluations de l'efficacité personnelle des clients ont été notés sur une période de six mois. C'est ainsi que l'on a constaté une amélioration marquée de l'efficacité personnelle à l'issue du traitement, que l'on attribue au fait que les clients aient réussi à maîtriser leur consommation d'alcool. Les auteurs examinent ensuite le rôle de l'efficacité personnelle dans la prévention des rechutes.

BASS, M. J. (1981).

**Do physicians over-prescribe for women with emotional problems?**

*Canadian Medical Association Journal* 125 (12) : 1211.

Dans ce bref examen de la pratique consistant à prescrire des médicaments aux femmes qui consultent à cause de problèmes affectifs, l'auteur décrit les difficultés auxquelles sont confrontés bon nombre de médecins lorsqu'ils tentent de limiter la quantité de tranquillisants qu'ils prescrivent. Comme les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter régulièrement leur médecin, à lui faire part des problèmes affectifs qu'elles rencontrent, et comme elles hésitent moins à prendre des médicaments que les hommes, il est plus fréquent que les médecins leur prescrivent des tranquillisants, car ces derniers réalisent qu'il est plus aisé de soulager la souffrance de leurs patientes grâce à des substances pharmaceutiques que de changer radicalement leur milieu physique et social. Toutefois, comme il est déconseillé d'avoir recours à des tranquillisants au lieu de corriger les problèmes sociaux et affectifs, les médecins doivent être plus attentifs à éviter de prescrire des médicaments uniquement parce qu'il s'agit d'une solution de facilité.

BELANGER, H. ET DE VARENNES, S. (1989).

**Suicide et toxicomanie.**

*L'Intervenant* 5 (2) : 8-9.

Dans cet article de synthèse, les auteurs communiquent aux praticiens certaines informations et stratégies d'intervention fondamentales pour les aider à venir en aide aux personnes suicidaires qui ont également acquis une dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool. Il ressort des publications recensées que le taux de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues est deux fois plus élevé chez les individus suicidaires que dans le reste de la population. Non seulement l'individu qui a une dépendance à l'égard d'une substance maîtrise moins bien son comportement physique et psychologique; il est aussi moins capable de fonctionner en société et d'utiliser les formes d'aide qui existent. La personne dépendante étant déjà dans un état de déséquilibre affectif et psychologique, tout événement de la vie excessivement stressant ou dangereux peut avoir des conséquences catastrophiques. Ces personnes peuvent commencer par avoir des idées de suicide brèves et périodiques et, à moins qu'elles ne parviennent à surmonter leurs difficultés, ces pensées peuvent devenir plus persistantes, jusqu'à ce qu'une crise se déclare. Pour les cliniciens qui rencontrent un individu dans un tel état, l'objectif premier doit être de mettre fin à la crise suicidaire; il faut convaincre cette personne que ce n'est pas la mort qu'elle

*Il ressort des publications recensées que le taux de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues est deux fois plus élevé chez les individus suicidaires que dans le reste de la population.*

recherche, mais une solution aux difficultés qui la submergent et qu'elle ne parvient pas autrement à fuir. Une fois cet objectif atteint, on peut amorcer le processus de désintoxication, de cicatrisation des plaies affectives et de réadaptation psychologique et comportementale. Toutefois, il convient de souligner que chaque phase du processus de guérison peut être très difficile pour l'individu qui n'a pas nécessairement commencé à acquérir des mécanismes d'adaptation efficaces pour remplacer sa dépendance à l'égard des drogues ou de l'alcool. D'où la nécessité de surveiller les aptitudes et les limites de l'individu afin de prévenir la survenue de nouvelles crises suicidaires.

BENNETT, G. (1988).

**Stress, social support, and self-esteem of young alcoholics in recovery.**

*Issues in Mental Health Nursing* 9 : 151-167.

Dans cette étude, l'auteur se penche sur la relation existant entre le stress, le soutien social et la confiance en soi, d'une part, et la qualité de la réadaptation des jeunes alcooliques, d'autre part. Selon l'hypothèse de travail de l'auteur, il existe une relation positive entre le soutien social et l'estime de soi et une relation négative entre le stress et l'estime de soi. La collecte des données s'est effectuée par le biais de questionnaires qu'ont rempli 45 individus alcooliques en réadaptation, sélectionnés de manière non aléatoire. Les questionnaires étaient les suivants : un questionnaire sur les changements récents dans la vie (pour mesurer les événements stressants de la vie); le questionnaire sur le soutien social de Norbeck (pour mesurer la perception de l'accessibilité des ressources interpersonnelles et du degré d'intégration dans un réseau social), l'échelle du concept de soi du Tennessee, un questionnaire sur l'usage d'alcool et de drogues (pour évaluer la consommation antérieure d'alcool et d'autres drogues); enfin, des questions d'ordre démographique et sur les traitements. Les résultats mettent en lumière une relation positive entre le soutien social et l'estime de soi, une relation faible entre les événements stressants de la vie et le concept de soi; de plus, il ressort des résultats que le soutien social ne fait pas office de tampon de protection contre les événements stressants de la vie mais, en fait, a un impact direct sur l'estime de soi. L'autre conclusion intéressante de cette étude est le profil des sujets au regard des paramètres de mesure utilisés. En ce qui concerne le soutien social, on n'observe pas de différence significative entre les alcooliques en réadaptation et les sujets non alcooliques. L'estime de soi est beaucoup plus faible dans le groupe des alcooliques en réadaptation que chez les sujets non alcooliques. Enfin, l'étude met en évidence une relation positive entre la durée de la période d'abstinence et l'estime de soi.

*En ce qui concerne le soutien social, on n'observe pas de différence significative entre les alcooliques en réadaptation et les sujets non alcooliques.*

BOIVIN, M. ET VIOLETTE, F. (1994).

**L'alcoolisme : un problème qui concerne la famille entière. Comment s'en protéger?  
Quelles sont les avenues d'intervention à privilégier?**

*Revue québécoise de psychologie* 15 (3) : 109-134.

Dans cet article, les auteurs se penchent sur les effets de l'alcoolisme sur le système familial dans son ensemble. D'après les estimations, pour chaque personne qui consomme de l'alcool de manière abusive, cinq à six autres personnes sont touchées par le phénomène et en subissent de nombreuses conséquences négatives. Les membres de la famille sont particulièrement exposés, car les taux de violence familiale et de négligence parentale sont plus élevés dans les familles d'alcooliques. De surcroît, les membres de familles d'alcooliques risquent davantage d'être eux-mêmes confrontés à des problèmes d'abus de substances et sont plus vulnérables à divers maux physiques et psychologiques. Les personnes qui appartiennent à une famille où l'alcoolique ne boit que sporadiquement sont exposées à un risque encore plus grand, car elles ne peuvent acquérir les mécanismes d'adaptation leur permettant de faire face aux comportements abusifs. De surcroît, le système familial est dans un état perpétuel de changement et les membres de la famille n'ont pas la possibilité d'adopter un rôle, un comportement ou une attitude en particulier pour s'adapter et faire face à l'alcoolique. Tel n'est pas le cas dans les familles où l'alcoolique boit régulièrement et où les membres de la famille en viennent à anticiper certains comportements et certaines habitudes; ce sont ces familles qui sont les plus susceptibles d'adopter des comportements et des habitudes d'adaptation positifs, qui réduisent les risques d'apparition de problèmes d'abus de substances ou de comportements violents. Ces facteurs de risque et de protection et ces différents styles d'adaptation des familles sont abordés sous l'angle de trois modèles d'analyse de la dépendance. Le premier est le modèle de la maladie, dans lequel l'alcoolisme est considéré comme une maladie et les membres de la famille comme des victimes de celle-ci. Le second est le modèle systémique, où le système familial est perçu comme dysfonctionnel et où l'on considère que l'alcoolisme et des comportements connexes jouent des rôles spécifiques et vitaux dans le maintien de l'équilibre du système familial. Le troisième est le modèle cognitivo-comportemental, selon lequel l'alcoolique a appris ce comportement par une série d'événements renforçateurs et peut «désapprendre» ce comportement par un «déconditionnement». En conclusion, indiquent les auteurs, si chacun de ces modèles présente un certain intérêt, le modèle systémique est probablement le plus complet, car il prévoit l'examen et le traitement de l'alcoolique, des membres de sa famille ainsi que de son système familial lui-même.

*De surcroît, les membres de familles d'alcooliques risquent davantage d'être eux-mêmes confrontés à des problèmes d'abus de substances et sont plus vulnérables à divers maux physiques et psychologiques.*

BREAKEY, W. R.; FISCHER, P. J. ET COLL. (1989).

**Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore.**

*Journal of the American Medical Association* 262 (10) : 1352-1357.

L'objet de la *Baltimore Homeless Study* était de recueillir des informations sur la santé physique et mentale et les problèmes d'abus de substances des personnes sans domicile fixe. Cinq cent quarante-quatre personnes, recrutées dans les missions, les abris et les prisons de la région de Baltimore, ont été priées de se prêter à une enquête initiale ainsi qu'à une évaluation clinique comprenant des tests physiques et psychiatriques normalisés; le tiers des sujets ont passé une interview de suivi six mois plus tard. D'après les résultats, plus de la moitié de la population des itinérants est de sexe masculin et plus des deux tiers sont de race autre que blanche. Une vaste majorité des sujets des deux sexes disent consommer ou avoir consommé des substances, surtout de l'alcool, de manière excessive, et fument souvent plus de deux paquets par jour. On observe chez les hommes comme chez les femmes des taux plus élevés de maladies mentales que dans la population générale, les troubles de la personnalité, les troubles affectifs, les troubles de l'anxiété, la phobie et la schizophrénie étant surreprésentés dans la population des personnes sans domicile fixe. De l'avis des auteurs, s'il est possible de répondre à bon nombre des besoins en matière de santé physique des sans-abri en améliorant la santé publique de base, il faut cependant offrir davantage de services et d'installations afin d'abaisser les taux élevés d'usage et d'abus de substances et de réduire le nombre de problèmes physiques et mentaux qui y sont associés.

*Une vaste majorité des sujets des deux sexes disent consommer ou avoir consommé des substances, surtout de l'alcool, de manière excessive, et fument souvent plus de deux paquets par jour.*

BRESLAU, N.; KILBEY, M. ET ANDRESKI, P. (1993).

**Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: An epidemiological study of young adults.**

*American Journal of Psychiatry* 150 (6) : 941-946.

Dans cette étude, les auteurs se penchent sur la relation entre l'usage de la nicotine et la vulnérabilité psychologique. L'échantillon était constitué de 1 007 jeunes adultes âgés de 21 à 30 ans, qui ont été sélectionnés au hasard pour participer à des interviews en tête-à-tête. Les participants ont fait l'objet d'une évaluation visant à déterminer la présence ou l'absence d'une dépendance à l'égard de la nicotine en s'appuyant sur les critères du DSM-III-R (la présence de trois des critères au cours du dernier mois indique une dépendance à l'égard de la nicotine). Pour évaluer la vulnérabilité, on a mesuré quatre paramètres : les traits névrotiques (en utilisant la version revue de l'inventaire de personnalité d'Eysenck), l'affect négatif (à l'aide de

l'échelle de l'affect positif-affect négatif), le désespoir (à l'aide de l'échelle de désespoir de Beck), la détresse affective générale (à l'aide du bref inventaire des symptômes). Sur l'ensemble de l'échantillon, 39,1 % des sujets disent fumer tous les jours; de ce nombre, 51,3 % satisfont aux critères du DSM-III-R en ce qui concerne la dépendance à l'égard de la nicotine. Les individus présentant une dépendance à l'égard de la nicotine obtiennent des scores plus élevés, pour l'ensemble des quatre mesures de la vulnérabilité psychologique, par rapport aux individus qui ne sont pas des fumeurs dépendants. En conclusion, affirme l'auteur, «les traits névrotiques et les vulnérabilités psychologiques connexes peuvent prédisposer à la dépendance à l'égard de la nicotine et à une dépression ou à des troubles anxieux majeurs» (p. 941).

*En conclusion, affirme l'auteur, «les traits névrotiques et les vulnérabilités psychologiques connexes peuvent prédisposer à la dépendance à l'égard de la nicotine et à une dépression ou à des troubles anxieux majeurs»*

BRILL, N. Q.; CRUMPTON, E. ET GRAYSON, H. M. (1971).

**Personality factors in marihuana use: A preliminary report.**

*Archives of General Psychiatry* 24 : 163-165.

Les auteurs examinent dans cette étude la relation entre les facteurs liés à la personnalité et l'usage de marijuana chez les jeunes adultes. Quatre groupes de consommateurs de marijuana (en consomment tous les jours, n = 14; en consomment une à deux fois par semaine, n = 19; en consomment une à deux fois par mois (n = 18); en consomment moins d'une fois par mois, n = 28) ont été comparés à deux groupes de non-consommateurs (n'ont jamais essayé la marijuana, n = 20; ont essayé une fois, n = 20). Les sujets ont été répartis en différents groupes selon leurs réponses à un questionnaire qui comportait des questions sur la consommation de marijuana. Le questionnaire comprenait également un inventaire psychologique constitué de quatre échelles (déviation psychopathique, dépression, niveaux d'anxiété et force du Moi) extraites du MMPI, une échelle de la propension à prendre des risques, une échelle de la recherche de stimulus et plusieurs autres items spécifiques à l'étude. D'après les résultats, deux des échelles sont reliées à la variation du degré de consommation de marijuana : la recherche de stimulus et les déviations psychopathiques. Les relations avec plusieurs des autres échelles vont dans le sens attendu, mais ne sont pas statistiquement significatives. Enfin, de l'avis des auteurs, il ne semble pas exister, d'après les résultats, de relation linéaire simple entre les variables liées à la personnalité et la consommation de marijuana; au contraire, les consommateurs irréguliers et ceux qui consomment cette substance à titre «expérimental» apparaissent plus semblables aux non-consommateurs qu'aux consommateurs fréquents.

BROWN, S. A. (1989).

**Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse.**

*American Journal of Psychiatry* 146 (4) : 484-489.

Dans cette étude, les auteurs examinent la relation entre les événements de la vie et l'usage de substances au sein de deux groupes d'adolescents, le premier constitué de 68 sujets en traitement pour abus de substances, et le second constitué de 76 sujets ne commettant pas d'abus. À l'intérieur de chacun de ces groupes, environ la moitié des familles présentaient des antécédents parentaux d'abus de substances. Pour mesurer les événements de la vie, on a eu recours à une liste de contrôle évaluant sept types d'événements : les problèmes parentaux ou familiaux, les accidents ou la maladie, la sexualité, l'autonomie, la déviance, le déménagement et la détresse affective. Chaque événement de la vie a également été évalué selon qu'il était plus ou moins souhaité (très heureux à très malheureux). Les résultats mettent en évidence une relation entre l'abus de substances chez les adolescents et un nombre plus élevé d'événements de la vie négatifs, ainsi qu'une perception plus négative de ces derniers. De plus, les adolescents dont les parents font un usage excessif de substances sont confrontés à davantage d'épreuves que les adolescents issus de familles épargnées par l'abus de substances. De surcroît, cette perception d'un plus grand nombre d'épreuves dans les familles faisant un usage abusif de substances est particulièrement aiguë lorsque l'adolescent n'est pas lui-même un consommateur excessif.

BUCKNER, J. ET MANDELL, W. (1990).

**Risk factors for depressive symptomatology in a drug-using population.**

*American Journal of Public Health* 80 (5) : 580-585.

Dans cette étude, les auteurs examinent les liens entre la personnalité, les événements stressants de la vie, certaines formes d'usage de drogues et le soutien social en regard de la survenue d'un épisode dépressif, dans une cohorte de 942 jeunes adultes consommant des psychotropes. Au terme de deux collectes faites à une année d'intervalle, on a classé les sujets en deux catégories : ceux qui présentaient des symptômes dépressifs, et ceux qui n'en présentaient pas au moment de la deuxième collecte. D'après les résultats, un manque d'estime de soi, accompagné de la survenue d'événements négatifs, engendre un risque élevé de dépression. Parmi les drogues consommées, la méthaqualone est la seule à accroître de manière marquée les symptômes dépressifs, indépendamment des autres variables.

*Parmi les drogues consommées, la méthaqualone est la seule à accroître de manière marquée les symptômes dépressifs, indépendamment des autres variables.*

CARLISLE-FRANK, P. (1991).

**Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: An alternative approach.**

*The Journal of Psychology* 125 : 381-397.

Dans ce document de travail, l'auteur examine la relation entre locus interne et externe de contrôle et comportements reliés à la santé. Les individus qui font preuve d'une plus grande faculté d'adaptation, dans divers domaines reliés à la santé, ont à cet égard, un locus de contrôle interne, en ce sens qu'ils ont le sentiment de pouvoir agir sur cette réalité. Contrairement à ce que l'on prévoyait, on observe chez les alcooliques une orientation plus interne. Selon l'auteur, certaines personnes pourraient avoir un locus interne dans certains domaines, et un locus externe au regard de certaines habitudes dangereuses pour leur santé. Les individus qui tentent sans succès de lutter contre ces comportements peuvent considérer que ce domaine relève du contrôle externe; celui-ci devient alors une conséquence plutôt qu'un antécédent du comportement dangereux pour la santé. L'approche «par domaines» tient compte du fait que l'orientation du contrôle d'un individu peut varier selon la situation et en fonction du temps, d'où l'importance d'une approche multidimensionnelle.

*L'approche «par domaines» tient compte du fait que l'orientation du contrôle d'un individu peut varier selon la situation et en fonction du temps, d'où l'importance d'une approche multidimensionnelle.*

COHEN, S. ET LICHTENSTEIN, E. (1990).

**Perceived stress, quitting smoking and smoking relapse.**

*Health Psychology* 9 : 466-478.

Les auteurs se penchent ici sur la relation entre le stress perçu et les habitudes en matière de consommation de tabac. Ils postulent essentiellement que la diminution du degré de stress perçu est associée à l'abstinence, tandis que l'augmentation du degré de stress perçu est associée à un usage du tabac plus important. Deux cent soixante-six participants ont pris part à l'enquête, laquelle n'a pas mis en évidence de corrélation significative entre le stress perçu et le taux de tabagisme. Toutefois, les auteurs observent que le score de stress le plus élevé est celui des individus qui ont fait une rechute, tandis que le score le plus faible est celui des individus qui ont cessé de fumer. Ils notent également que les sujets qui ne sont pas parvenus à cesser de fumer pendant plus de 24 heures ont un niveau de stress plus élevé que ceux qui ont cessé de fumer pendant toute la période de six mois considérée. Les auteurs n'ont pu déterminer si le stress est la cause du tabagisme ou si l'incapacité de cesser de fumer est à l'origine du stress, ou si les deux hypothèses sont vraies.

COHEN, S.; SCHWARTZ, J.; BROMET, E. J. ET PARKINSON, D. (1991).

**Mental health, stress, and poor health behaviors in two community samples.**

*Preventive Medicine* 20 : 306-315.

Dans cet article, les auteurs évaluent la relation entre l'obésité, l'usage du tabac, l'usage d'alcool et la sédentarité, d'une part, et la santé mentale et le stress, d'autre part, chez 404 employés de sexe masculin et 764 mères d'enfants d'âge préscolaire. Chez les hommes, seule la relation entre les antécédents de tabagisme et la dépression est significative. Chez les femmes, les antécédents de tabagisme sont significativement reliés aux antécédents de dépression, à l'accroissement des conflits conjugaux, à un nombre plus élevé d'événements de la vie indésirables et à l'emploi à temps plein. La dépression et les conflits conjugaux sont également associés à une consommation accrue d'alcool. Chez les hommes, l'effet conjugué d'une situation professionnelle exigeante et du faible pouvoir de décision est significativement associé à des risques accrus de tabagisme.

*Chez les hommes, l'effet conjugué d'une situation professionnelle exigeante et du faible pouvoir de décision est significativement associé à des risques accrus de tabagisme.*

COVEY, L. S.; GLASSMAN, A. ET STEINER, F. (1990).

**Depression and depressive symptoms in smoking cessation.**

*Comprehensive Psychiatry* 31 (4) : 350-354.

Dans cette étude, les auteurs réexaminent les données sur l'abandon du tabac obtenues lors d'une étude précédente, qui semblait indiquer que les individus ayant des antécédents de symptômes dépressifs sont moins susceptibles que d'autres personnes de suivre avec succès des programmes d'abandon du tabac. L'analyse, qui portait sur 36 individus, a montré que, durant la première semaine d'abandon de la cigarette, les personnes ayant des antécédents de dépression voient réapparaître leurs symptômes. Cette réapparition de la dépression a elle-même un effet négatif sur les tentatives de renoncement au tabac. Les auteurs sont d'avis qu'il faut diagnostiquer la dépression et la traiter durant la période de sevrage, si l'on veut que ces individus réussissent à cesser de fumer.

COX, M. (1985).

**Personality correlates of substance abuse.**

In *Determinants of Substance Abuse*, éd. M. Gradizo et S. A. Maisto. New York: Plenum Press.

Dans ce chapitre, les auteurs donnent une vue d'ensemble du concept de personnalité, en mettant en opposition deux approches, l'approche dynamique ou intrapsychique, et l'approche différentielle ou psychométrique.

Ce sujet est ici abordé sous trois angles différents : a) les précurseurs de l'abus de substances reliés à la personnalité, b) les caractéristiques des consommateurs excessifs de substances, c) l'effet des substances toxicomanogènes sur la personnalité. Les auteurs résument leurs observations en décrivant les futurs consommateurs excessifs de substances comme des individus qui méprisent les moeurs de la société, aiment l'aventure, sont indépendants et impulsifs. La substance peut avoir des effets très divers sur la personnalité. Des études longitudinales et des instruments axés sur la personnalité et spécifiquement conçus pour les consommateurs de substances permettraient de mieux comprendre ce domaine. Une bibliographie exhaustive est fournie.

*Les auteurs résument leurs observations en décrivant les futurs consommateurs excessifs de substances comme des individus qui méprisent les moeurs de la société, aiment l'aventure, sont indépendants et impulsifs.*

DEMBO, R.; WILLIAMS, L.; LA VOIE, L.; SCHMEIDLER, J.; KERN, J.; GETREU, A.; BERRY, E.; GENUNG, L. ET WISH, E. D. (1990).

**A longitudinal study of the relationships among alcohol use, marijuana/hashish use, cocaine use, and emotional/psychological functioning problems in a cohort of high-risk youths.**

*The International Journal of Addictions* 25 (11) : 1341-1382.

Dans cette étude longitudinale, les auteurs examinent la question de l'usage de substances et des problèmes psychosociaux chez les adolescents à haut risque. Ils proposent un modèle selon lequel la violence physique, l'usage d'alcool et d'autres drogues et la victimisation sexuelle sont autant de facteurs qui contribuent à entraver le fonctionnement affectif et psychologique. De plus, on considère que cette diminution du fonctionnement psychologique est reliée à l'usage actuel et futur de substances. Les données ont été recueillies par le biais d'interviews menées auprès d'adolescents en détention dans le système correctionnel de la Floride. Au départ, on a interviewé 399 individus et, 10 à 15 mois plus tard, on a effectué 305 interviews de suivi. Les adolescents faisant l'objet d'un mandat d'arrestation ou qui avaient été déplacés à l'extérieur de l'État au moment de l'interview de suivi n'ont pas été inclus dans le deuxième groupe d'interviews. Lors de ces interviews, on a posé des questions sur les antécédents en matière de

violence physique, la victimisation sexuelle, le fonctionnement psychologique et l'usage d'alcool et de drogues illicites. Pour évaluer le fonctionnement psychologique, on a considéré neuf sous-échelles : somatisation, comportement obsessionnel-compulsif, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idées persécutives et état psychotique. Les drogues considérées étaient les suivantes : tabac, alcool, marijuana/hachisch, produits à inhaler, hallucinogènes, cocaïne, héroïne, barbituriques et autres sédatifs, tranquillisants, stimulants et analgésiques. Les résultats mettent en évidence des relations claires entre ces quatre variables, à savoir violence physique, victimisation sexuelle, fonctionnement psychologique et usage de drogues et d'alcool. Ces variables exercent les unes sur les autres une influence mutuelle. Les auteurs décrivent de manière approfondie les relations pouvant être dégagées de l'analyse de l'usage d'alcool, de l'usage de marijuana et de l'usage de cocaïne. De l'avis des auteurs, les résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle les jeunes à haut risque sont confrontés à de nombreux problèmes, qui doivent être abordés de manière globale.

DOBKIN, P. L. ET DONGIER, M. (1990).

**Les parents ont mangé des raisins verts et les enfants n'ont pas eu les dents agacées : peut-on identifier des facteurs de protection contre le risque génétique de devenir alcoolique?**

*Psychotropes* 5 (2) : 15-21.

Dans cette étude, les auteurs souhaitent examiner quels facteurs de protection sont susceptibles d'immuniser les jeunes hommes ayant des antécédents familiaux d'alcoolisme contre le risque de devenir eux-mêmes des consommateurs excessifs d'alcool. L'étude, portant sur quarante-cinq jeunes hommes inscrits à l'Université McGill, qui ont des antécédents familiaux d'alcoolisme mais ne consomment pas eux-mêmes de quantités excessives d'alcool, a été menée en trois étapes. En premier lieu, les sujets ont rempli une batterie de questionnaires examinant leur personnalité, leur fonctionnement familial, leur degré de stress et leur fonctionnement cognitif; ils ont ensuite subi des expériences en laboratoire visant à mesurer leurs réactions physiologiques à des situations de stress; enfin, pendant trois jours, ils ont surveillé et consigné leurs expériences de stress en mesurant la fréquence de leur pouls à huit moments prédéterminés de la journée. D'après les résultats, les hommes appartenant à la catégorie à haut risque manifestent une plus grande confiance en eux que ceux des catégories à risque moyen ou faible. En outre, les sujets à risque élevé et moyen semblent bien adaptés, d'après les résultats obtenus au test évaluant le fonctionnement psychologique et interpersonnel. Au chapitre du fonctionnement familial, le score obtenu par les sujets à haut risque ne diffère pas de celui des sujets à risque moyen ou faible en ce qui concerne la mesure des conflits, de la cohésion ou de l'expression. En outre, les sujets à haut risque obtiennent des scores similaires pour les mesures du stress, même s'ils ont dit avoir recours à des stratégies d'autocontrôle plus fréquemment que ceux des deux autres groupes. Enfin, les tests cardiovasculaires donnent des résultats similaires dans les trois groupes, ce qui semble indiquer que les sujets à risque élevé et moyen ne réagissent pas plus fortement aux situations de stress. En conclusion, d'après les auteurs, les principaux

*D'après les résultats, les hommes appartenant à la catégorie à haut risque manifestent une plus grande confiance en eux que ceux des catégories à risque moyen ou faible.*

facteurs de protection observés chez les hommes issus de familles alcooliques comprennent une réaction moins intense au stress, un recours accru aux comportements d'auto-surveillance et d'auto-contrôle, une plus grande cohésion familiale et une plus grande confiance en soi.

DRYMAN, A. ET ANTHONY, J. C. (1989).

**An epidemiological study of alcohol use as a predictor of psychiatric distress over time.**

*Acta Psychiatrica Scandinavica* 80 : 315-321.

L'objet de cette étude était de déterminer le rapport entre les niveaux actuels et passés de consommation d'alcool et l'incidence de la détresse psychiatrique dans la population générale. Les données de base utilisées pour ce projet ont été obtenues lors de la *Eastern Baltimore Mental Health Survey*, effectuée en 1981-1982; 2 091 sujets ont été contactés un an plus tard pour subir de nouvelles interviews. Les résultats mettent en évidence une relation entre la détresse psychiatrique et la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool. Les auteurs avancent plusieurs théories pour expliquer ce phénomène, notamment un effet à court terme, proportionnel à la dose, de la consommation d'alcool sur le comportement et l'affect, et en particulier sur les niveaux de dépression. En outre, l'alcool peut être utilisé à titre d'auto-médication, pour aider l'individu à surmonter les problèmes associés à la détresse psychiatrique, ainsi que pour éliminer les symptômes physiques et psychologiques de sevrage qui accompagnent la dépendance à l'égard d'une substance. En conclusion, affirment les auteurs, les cliniciens et les médecins devraient accorder une plus grande attention aux habitudes récentes en matière de consommation d'alcool de leurs patients psychiatriques, car celles-ci peuvent influencer considérablement sur leur diagnostic ainsi que sur le déroulement subséquent et sur l'efficacité du traitement.

*Les résultats mettent en évidence une relation entre la détresse psychiatrique et la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool.*

EPSTEIN, L. H. ET PERKINS, K. A. (1988).

**Smoking, stress, and coronary heart disease.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 : 342-349.

Cet article de synthèse porte sur le stress et sa relation avec l'usage du tabac, ainsi que sur le lien entre ces deux facteurs et le risque de coronaropathie. On y étudie comment le stress favorise la consommation de tabac et ses rechutes. Les hommes qui arrêtent de fumer avant l'âge de 65 ans réduisent leur risque de coronaropathie initiale ou récidivante de 50 %. Enfin, les auteurs s'intéressent aux orientations futures de la recherche dans ce domaine.

FRIEDMAN, A. S.; UTADA, A. T.; GLICKMAN, N. W. ET MORRISSEY, M. R. (1987).

**Psychopathology as an antecedent to, and as a «consequence» of, substance use in adolescence.**

*Journal of Drug Education* 17 (3) : 233-244.

Cette étude longitudinale porte sur la relation entre usage de substances et psychopathologie. L'échantillon de l'étude était constitué de 232 élèves de neuvième, dixième et onzième année d'écoles publiques secondaires, qui se décrivent comme des consommateurs de drogues, d'alcool ou des deux. Pour la collecte des données, on a utilisé le bref inventaire des symptômes afin d'évaluer la psychopathologie (entre autres somatisation, troubles obsessionnels-compulsifs, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idées persécutives et troubles psychotiques), en établissant un score sommaire de l'usage de drogues, appelé indice de gravité de la consommation de drogues (qui prend en considération la fréquence de la consommation et le niveau de risque de la drogue consommée) et en posant des questions sur les problèmes personnels et scolaires. Les informations sur ces paramètres ont été recueillies à trois reprises, la seconde évaluation étant effectuée huit mois après la première, et la troisième neuf mois après la seconde. Cette étude montre essentiellement qu'une psychopathologie précoce est un facteur prédictif de la consommation ultérieure de drogues; de même, la consommation précoce de drogues est un facteur prédictif d'une psychopathologie ultérieure. Les types de psychopathologies qui semblent être le plus reliés à la consommation ultérieure de drogues sont les symptômes obsessionnels-compulsifs, l'hostilité, les idées persécutives et la dépression.

*Cette étude montre essentiellement qu'une psychopathologie précoce est un facteur prédictif de la consommation ultérieure de drogues; de même, la consommation précoce de drogues est un facteur prédictif d'une psychopathologie ultérieure.*

GOMBERG, E. S. L. (1993).

**Women and alcohol: Use and abuse.**

*Journal of Nervous and Mental Disease* 191 (4) : 211-219.

L'auteur résume dans cet article les travaux récents menés sur la consommation d'alcool chez les femmes et étudie cette question dans le contexte de la société nord-américaine. Il recense quelques facteurs associés à la consommation d'alcool, notamment : les facteurs biologiques, les antécédents familiaux de consommation d'alcool, la difficulté à maîtriser ses impulsions, la dépression et l'influence exercée par l'entourage. De l'avis de l'auteur, les antécédents des femmes alcooliques ne sont pas si différents de ceux des non alcooliques, mais le facteur médiateur semble être l'efficacité des mécanismes d'adaptation. Sur le plan de la comparaison entre hommes et femmes, l'auteur indique que les femmes commencent à boire plus tard que les hommes et qu'elles attendent en général moins longtemps que les

hommes avant d'entreprendre un traitement. En outre, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à souffrir en même temps d'alcoolisme et de dépression. L'auteur conclut en formulant certaines lignes directrices pour le traitement de l'alcoolisme chez la femme.

GREENFIELD, S. F.; SWARTZ, M. S.; LANDERMAN, L. R. ET GEORGE, L. K. (1993).

**Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking.**

*American Journal of Psychiatry* 150 : 608-613.

Cette étude, fondée sur une enquête épidémiologique réalisée dans cinq comtés et s'appuyant sur le *Diagnostic Interview Schedule* et sur d'autres indices, évalue le diagnostic, le fonctionnement psychologique et l'état de santé mentale de 2 936 répondants (âge moyen = 42 ans, intervalle 18 à 94 ans). Elle fait des rapprochements très intéressants entre l'exposition durant l'enfance à des problèmes d'alcool et les mesures du dysfonctionnement à l'âge adulte. L'analyse multivariée tenait compte des caractéristiques démographiques et des traumatismes subis durant l'enfance. Après avoir pondéré les données, on a effectué une régression linéaire des moindres carrés. Les autres facteurs de risque étant pris en considération, on a mis en évidence une association entre l'exposition pendant l'enfance à des problèmes d'alcool chez les parents et des risques accrus de symptômes psychiatriques et d'instabilité conjugale au cours de la vie. Les auteurs émettent plusieurs mises en garde : tout d'abord, la présente étude n'a pas tenu compte de l'existence de différents niveaux d'exposition aux problèmes d'alcool chez les parents ou du stade du développement auquel s'est produite cette exposition; de plus, le terme «problème d'alcool» est moins spécifique que la notion d'«alcoolisme parental» ou d'«abus d'alcool», deux paramètres qui pourraient avoir renforcé l'association.

GROVER, S. M. ET THOMAS, S. P. (1993).

**Substance use and anger in mid-life women.**

*Issues in Mental Health Nursing* 14 : 19-29.

Les auteurs se penchent ici sur la relation entre le soutien social et les ressources individuelles de la femme et ses habitudes de consommation de substances dans la quarantaine. Quatre-vingt sept femmes résidant dans le Tennessee ont reçu par la poste des questionnaires à trois reprises au cours d'une période de cinq ans. Ces femmes affirment que leur degré de stress se traduit non seulement dans les symptômes de colère qu'elles manifestent, mais aussi dans leur consommation de médicaments en vente libre et

de substances alcoolisées. Cette tendance à l'auto-médication en réaction à un stress pourrait bien être une situation à haut risque, conduisant à l'abus de substances et à la dépendance. S'il est démontré que le soutien social joue un rôle médiateur entre le stress quotidien et l'usage de substances, les femmes disposant de réseaux sociaux très étendus ne semblent pas surmonter leurs problèmes mieux que celles dont les ressources sont plus réduites; la plus grande somme de temps et d'énergie requise pour entretenir des réseaux étendus de soutien social accentue peut-être encore le stress auquel la femme est exposée, ce qui annule les bienfaits apportés par ces réseaux. Enfin, les femmes qui ont recours à l'alcool pour surmonter leurs problèmes semblent avoir un niveau de scolarisation plus élevé que celles qui consomment des médicaments en vente libre; dans un groupe comme dans l'autre, les sujets indiquent être davantage en proie à la colère, à la culpabilité, à la tension et à la dépression et se tournent vers l'auto-médication afin de tenter de surmonter ces sentiments. Les futures recherches devraient viser à déterminer dans quelle mesure les femmes consomment des substances en réaction à des émotions négatives, ainsi qu'à mettre au point des techniques plus efficaces de maîtrise du stress pour les femmes.

HAMMER, T. ET VAGLUM, P. (1992).

**Further course of mental health and use of alcohol and tranquilizers after cessation or persistence of cannabis use in young adulthood: A longitudinal study.**

*Scandinavian Journal of Social Medicine* 20 (3) : 143-150.

Les auteurs se penchent ici sur les conséquences de la poursuite ou de la cessation de l'usage du cannabis sur la consommation de drogues licites et sur la santé mentale. L'échantillon était constitué de 1 997 adolescents et jeunes adultes âgés de 17 à 20 ans, qui ont participé à trois enquêtes postales en Norvège. Ces enquêtes ont été administrées en 1985, 1987 et 1989. Elles comportaient des questions sur le contexte parental, l'adaptation au travail et à l'école, les problèmes de santé, l'éducation familiale, l'utilisation des moments de loisirs, la santé mentale et l'usage de substances. L'étude met en évidence une relation entre l'usage de l'alcool et l'usage de cannabis; plus l'usage de cannabis est important, plus la consommation d'alcool est élevée. On n'observe aucune relation entre la cessation de l'usage du cannabis et la consommation d'alcool; toutefois, les individus qui consomment du cannabis boivent beaucoup plus d'alcool que ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis. De même, les individus qui ont fait l'expérience du cannabis ont beaucoup plus recours aux tranquillisants que ceux qui n'ont jamais essayé cette substance, et les individus qui consomment régulièrement du cannabis font davantage usage des tranquillisants que les

*On n'observe aucune relation entre la cessation de l'usage du cannabis et la consommation d'alcool; toutefois, les individus qui consomment du cannabis boivent beaucoup plus d'alcool que ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis.*

consommateurs irréguliers de cannabis ou ceux qui en font simplement l'expérience. Aucun rapprochement n'a été fait entre la santé mentale et la poursuite ou la cessation de la consommation de cannabis. Les consommateurs réguliers de cannabis font état d'un plus grand nombre de symptômes de problèmes mentaux que les non-consommateurs; toutefois, on ignore si les symptômes ont précédé la consommation ou s'ils en sont une conséquence. En conclusion, estiment les auteurs, le cannabis est sans doute utilisé davantage pour des motifs sociaux qu'à titre d'auto-médication dans la population générale.

KNOBlauch, D. L. (1988).

**A psychological component to women's alcoholism.**

*Alcoholism Treatment Quarterly* 5 : 219-229.

Dans cet article, l'auteur étudie la relation entre certaines variables psychologiques et l'alcoolisme chez les femmes. Les aspects psychologiques étudiés sont l'anxiété, la dépression et le manque de confiance en soi. L'échantillon était constitué de 714 étudiantes de première année à l'Université Northwestern, qui ont rempli elles-mêmes un questionnaire postal. D'après les résultats, ces facteurs psychologiques, chez les femmes, précèdent ou accompagnent l'alcoolisme. Fait intéressant, cette relation ne s'observe pas chez les sujets de sexe masculin, ce qui pourrait indiquer soit que la relation n'existe pas, soit que l'instrument utilisé ne se prêtait pas à l'étude de l'expérience masculine. L'auteur conclut que la psychologie masculine se rapproche davantage de la personnalité antisociale alors que la femme est psychologiquement plus prédisposée à l'anxiété et à la dépression.

LAVERDIÈRE, S. (1994).

**Alcoolisme et toxicomanie en milieu de travail.**

*L'Intervenant* 11 (1) : 9.

Les auteurs examinent, dans ce document de discussion, le problème de l'abus de substances en milieu de travail. Si les employeurs avaient par le passé pour politique d'ignorer les problèmes de toxicomanie de leurs employés et de les laisser régler eux-mêmes leurs difficultés personnelles, la tendance est à l'heure actuelle à reconnaître les problèmes d'usage de substances des employés et de leur offrir de l'aide, souvent sous la forme de services de counselling. Dans cet article, les auteurs proposent un profil général de la personnalité des consommateurs excessifs de substances. Les alcooliques sont souvent excessivement dépendants, dépourvus de maturité affective, très facilement frustrés, incapables d'exprimer leurs émotions, angoissés dans leurs relations interpersonnelles, peu sûrs d'eux-

*Dans cet article, les auteurs proposent un profil général de la personnalité des consommateurs excessifs de substances.*

mêmes, perfectionnistes, et éprouvant souvent des difficultés à accepter le blâme ou les conséquences négatives, surtout face aux personnes symbolisant l'autorité. Les individus qui font un usage abusif de la cocaïne manifestent des traits de personnalité similaires, mais sont également hyperactifs, extrêmement autoritaires tant à la maison qu'au travail, ont un comportement très compulsif et éprouvent de la difficulté à être productifs dans leur vie professionnelle. D'après les estimations, l'incidence des troubles affectifs ou mentaux en milieu de travail se situe entre 15 et 30 %. D'après les résultats d'une enquête sur l'usage de drogues en milieu de travail au Québec, de 10 à 17 % des travailleurs consomment des drogues illicites, de 20 à 25 % sont alcooliques, 28 % ont recours à l'auto-médication (consomment de leur propre chef des médicaments prescrits), 20 % consomment de la cocaïne et 18 % de la marijuana. Au vu de ces taux de prévalence élevés, on pourrait penser qu'une proportion importante des employés travaillent souvent avec des facultés affaiblies et que les accidents attribuables aux capacités affaiblies sont la cause première des décès et des traumatismes chez les travailleurs. Par conséquent, il est important que les employeurs et les familles unissent leurs forces pour enrayer le problème de l'usage de drogues en milieu de travail, non seulement pour rendre ce milieu de travail plus sûr, mais aussi pour améliorer la santé physique et mentale globale des travailleurs.

*Au vu de ces taux de prévalence élevés, on pourrait penser qu'une proportion importante des employés travaillent souvent avec des facultés affaiblies et que les accidents attribuables aux capacités affaiblies sont la cause première des décès et des traumatismes chez les travailleurs.*

LAVIK, N. J. ET ONSTAD, S. (1986).

**Drug use and psychiatric symptoms in adolescence.**

*Acta Psychiatrica Scandinavica* 73 : 437-440.

Dans cette étude, on s'intéresse à la relation entre usage de substances et santé mentale chez les élèves du premier cycle de l'enseignement secondaire. L'échantillon a été constitué de 177 jeunes adolescents inscrits au premier cycle du niveau secondaire en Norvège. Les données ont été recueillies par le biais d'interviews et de questionnaires portant principalement sur l'usage de drogues (tabac, alcool, cannabis, produits à inhaler et tranquillisants), la santé mentale (problèmes psychosomatiques, anxiété, dépression, conflits interpersonnels et dysfonctionnement social) et les variables démographiques. D'après les résultats de l'enquête, tous les types de consommateurs de drogues font état d'un nombre plus élevé de symptômes de troubles mentaux que les non-consommateurs. L'usage de produits à inhaler est relié à un niveau plus élevé de symptômes de troubles mentaux chez les garçons et au recours aux tranquillisants chez les filles. Tant chez les garçons que chez les filles, l'usage du tabac est relié à l'augmentation du nombre de symptômes de troubles mentaux. On n'a dégagé aucune relation significative entre la consommation d'alcool et les symptômes de troubles mentaux.

MITIC, W.; MCGUIRE, D. ET NEUMANN, B. (1987).

**Adolescent inhalant use and perceived stress.**

*Journal of Drug Education* 17 (2) : 113-121.

Dans cet article, les auteurs étudient les liens possibles entre le stress et l'usage de produits à inhaler chez les élèves du niveau secondaire en Nouvelle-Écosse, en comparant les scores de stress obtenus par les étudiants non consommateurs, ceux qui expérimentent et ceux qui consomment régulièrement des produits à inhaler (n = 1 684). D'après les résultats, les consommateurs de produits à inhaler obtiennent globalement des scores de stress supérieurs à ceux de leurs camarades qui s'abstiennent. La remarque est surtout vraie dans le cas du stress relié à l'école, aux enseignants, aux parents et à l'argent. Les auteurs mettent en garde contre une utilisation trop précipitée de leurs résultats, compte tenu des différences légères souvent constatées et de la nature transversale de l'enquête. Toutefois, ces conclusions sont en accord avec celles d'autres études qui associent l'abus de substances à un sentiment d'abandon vis-à-vis de l'école et avec des problèmes vis-à-vis de l'autorité.

*D'après les résultats, les consommateurs de produits à inhaler obtiennent globalement des scores de stress supérieurs à ceux de leurs camarades qui s'abstiennent.*

MOTET-GRIGORAS, C. N. ET SCHUCKIT, M. A. (1986).

**Depression and substance abuse in handicapped young men.**

*Journal of Clinical Psychiatry* 47 (5) : 234-237.

Dans cet article, les auteurs font état des résultats d'une étude sur la prévalence de la dépression et de l'usage et de l'abus de drogues et d'alcool au sein du personnel de soutien et des étudiants handicapés dans une université de la Californie. Mille trente-trois sujets de sexe masculin, âgés de 21 à 25 ans, ont été divisés en deux groupes selon qu'ils souffraient ou non d'une incapacité physique (4 % présentaient une incapacité); tous les participants ont rempli un questionnaire qui a permis de recueillir des informations sur leurs habitudes de consommation de drogues et d'alcool, leur santé physique et psychologique et les habitudes familiales en matière de consommation de drogues et d'alcool. Les résultats obtenus mettent en lumière une consommation plus importante de drogues et d'alcool chez les sujets de sexe masculin souffrant d'une incapacité et des taux plus élevés de dépression dans ce groupe que chez leurs camarades non handicapés. En outre, les cas d'abus de substance par la mère sont plus fréquents chez les sujets handicapés et les cas d'abus de substances par le père sont plus nombreux chez leurs camarades non handicapés. Selon les auteurs, les conséquences de l'abus de substances plus fréquent chez la mère pourraient comprendre l'apparition de l'invalidité ou une réduction de la faculté d'adaptation à cette incapacité, ce qui expose les sujets handicapés de sexe

masculin à un risque plus élevé de dépendance et de dépression. De surcroît, le stress engendré par l'apprentissage de l'adaptation à l'incapacité, la douleur physique pouvant être associée au traumatisme et la baisse de l'activité sociale pourraient être des précurseurs de l'usage abusif de substances chez les jeunes hommes souffrant d'une incapacité physique.

NEWCOMB, M. D. ET BENTLER, P. M. (1988).

**Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study.**

*Journal of Abnormal Psychology* 97 (1) : 64-75.

Dans cette étude, les auteurs cherchent à déterminer dans quelle mesure la consommation de drogues par les adolescents influe sur leur développement social et psychologique à l'âge adulte et si le soutien social joue le rôle de facteur médiateur. Les mesures de l'adaptation à l'âge adulte portaient sur les éléments suivants : problèmes de consommation de drogues, problèmes psychosomatiques, problèmes de relations, détresse affective, difficultés professionnelles, ennuis de santé et problèmes familiaux. Cette étude s'appuie sur un questionnaire qui a été rempli à trois reprises, sur une période de huit ans (du début de l'adolescence au début de l'âge adulte) par 654 sujets. Les résultats mettent en évidence une relation entre l'usage de drogues, et en particulier de cigarettes et de drogues dures, et diverses conséquences négatives au début de l'âge adulte, notamment : ennuis de santé, problèmes psychosomatiques, troubles du fonctionnement affectif, difficultés au niveau des relations amoureuses et problèmes familiaux. La seule exception à cette relation est l'usage d'alcool : aucune conséquence négative de la consommation d'alcool n'a été mise en évidence dans la présente étude. De fait, on a observé trois effets positifs de la consommation d'alcool : l'amélioration du sentiment positif de soi, des relations familiales et des rapports amoureux.

*Les résultats mettent en évidence une relation entre l'usage de drogues, et en particulier de cigarettes et de drogues dures, et diverses conséquences négatives au début de l'âge adulte.*

PAGE, R. M.; ALLEN, O.; MOORE, L. ET HEWITT, C. (1993).

**Co-occurrence of substance use and loneliness as a risk factor for adolescent hopelessness.**

*Journal of School Health* 63 (2) : 104-108.

Cette étude porte sur la relation entre l'usage de substances, la solitude et le désespoir. L'échantillon était constitué de 1 915 adolescents provenant de sept écoles différentes, dont le niveau allait de la dixième à la douzième année. Les écoles ont été sélectionnées au hasard et tous les étudiants de dixième et de douzième année ont participé à l'étude. Les élèves ont répondu à un questionnaire conçu d'après l'échelle de désespoir de Beck et

la version révisée l'échelle de solitude de l'UCLA et ont répondu à des questions concernant l'usage de drogues illicites (cocaïne, marijuana, haschisch, hallucinogènes, sédatifs et amphétamines) et la consommation d'alcool. Les résultats mettent en lumière une forte relation entre ces trois variables. C'est chez les adolescents qui consomment fréquemment de la drogue et de l'alcool que l'on observe les niveaux les plus élevés de désespoir. Chacune de ces deux variables considérées séparément est également reliée à des niveaux plus élevés de désespoir. On note également une relation entre la solitude et le désespoir. Lorsque l'on examine l'ensemble des trois variables, à savoir l'usage de drogues et d'alcool, la solitude et le désespoir, on note une augmentation considérable du niveau de désespoir chez les adolescents qui consomment des drogues et de l'alcool et sont seuls. Dans ce groupe d'adolescents, le niveau de désespoir est beaucoup plus élevé que dans celui des non-consommateurs seuls ou dans celui des consommateurs qui ne souffrent pas de solitude. D'après ces résultats, le fait pour les adolescents solitaires de commencer à faire usage de substances pourrait les exposer à un risque élevé d'éprouver des sentiments de désespoir, d'où un risque accru de suicide.

*Lorsque l'on examine l'ensemble des trois variables, à savoir l'usage de drogues et d'alcool, la solitude et le désespoir, on note une augmentation considérable du niveau de désespoir chez les adolescents qui consomment des drogues et de l'alcool et sont seuls.*

PARKER, D.; PARKER, E.; HARFORD, T. ET FARMER, G. (1987).

**Alcohol use and depression symptoms among employed men and women.**

*American Journal of Public Health 77 (6) : 704-707.*

Les auteurs font ici état des résultats d'une étude sur les habitudes de consommation d'alcool et les symptômes de dépression déclarés par 1 367 sujets de sexe masculin et féminin occupant un emploi. Après avoir pris en considération des variables contextuelles telles que l'âge, la scolarité, le revenu familial, la situation matrimoniale, l'usage de médicaments et la consommation d'alcool par le père, les auteurs dégagent une corrélation positive entre l'augmentation de la consommation d'alcool et l'aggravation des symptômes de dépression lors des épisodes de sobriété subséquents. Dans cette étude, il n'a pas été possible de tenir compte de la variable de la consommation à vie et de son effet directionnel possible. Les auteurs avancent plusieurs hypothèses pour expliquer leurs résultats.

PEDERSEN, W. (1991).

**Mental health, sensation seeking and drug use patterns: A longitudinal study.**

*British Journal of Addictions 86 : 195-204.*

Cette étude longitudinale porte sur l'influence de la santé mentale et de la recherche de sensations sur l'usage de drogues sur une période de vingt mois.

L'échantillon était constitué de 533 adolescents âgés de 16 à 18 ans, vivant à Oslo. Ces adolescents ont répondu à l'enquête à deux reprises, durant la phase initiale de collecte des données et vingt mois plus tard. Le taux de réponse lors de la seconde période de collecte de données était de 90,3 %, par rapport à l'échantillon initial. L'enquête comportait des questions sur l'usage de drogues et faisait appel à une version de l'échelle de la recherche de sensations de Zuckerman (la formule V) et le *General Health Questionnaire 12*, afin d'évaluer la dépression, l'anxiété, la performance sociale et les problèmes somatiques. Les drogues considérées étaient le tabac, l'alcool, le cannabis, les produits à inhaler et les benzodiazépines; la formule V était subdivisée en quatre sous-échelles : recherche d'émotions fortes et d'aventure, désinhibition, recherche d'expériences et propension à l'ennui. Les résultats font ressortir une bonne stabilité au cours du temps de la recherche de sensations, tandis que la stabilité de la santé mentale apparaît relativement faible. En raison de sa faible stabilité, la mesure de la santé mentale n'est pas considérée comme un bon facteur prédicteur de l'usage futur de drogues. Toutefois, la recherche de sensations en général, et ses sous-échelles spécifiques, semblent être des prédicteurs longitudinaux stables et importants de l'usage de drogues. La sous-échelle de la désinhibition semble être le meilleur prédicteur de l'usage futur de drogues, pour toutes les drogues incluses dans l'étude et pour les deux sexes. On note une association entre la recherche de sensations fortes et d'aventure et une consommation modérée d'alcool, tandis que la recherche d'expériences est associée à la consommation de cannabis chez les hommes et la désinhibition à la consommation de cannabis chez les femmes.

ROSS, C. A. ET DAVIS, B. (1986).

**Suicide and parasuicide in a northern Canadian Native community.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 31 : 331-334.

Dans cet article, les auteurs attirent l'attention sur l'incidence élevée du suicide et du parasuicide au sein de la communauté autochtone et sur la nécessité de trouver de meilleures méthodes de prévention. Un examen rétrospectif des dossiers médicaux sur les raisons et la prévalence des décès au Manitoba entre 1981 et 1984 a été effectué. D'après les résultats obtenus, à l'intérieur de cette période de trois ans, on a enregistré 8 suicides et 131 parasuicides au sein de la communauté autochtone, sans qu'aucun des suicidés n'ait fait de tentative précédente ou ne soit connu du système de santé mentale. Si le problème du suicide concerne essentiellement les Indiens inscrits de sexe masculin, le taux de parasuicides (et en particulier le taux d'overdose de drogues) est particulièrement élevé chez les Indiens inscrits de sexe féminin. Chez les femmes autochtones âgées de 15 à

19 ans, le taux d'overdose est de 7 000 par an pour 100 000 habitants, et 10 % seulement des drogues choisies sont des psychotropes. De l'avis des auteurs, pareils taux de suicide et de parasuicide indiquent que le phénomène a atteint des proportions épidémiques. Il faut donc accroître le financement et multiplier les efforts de recherche afin d'améliorer les services de détection et de prévention des suicides en milieu autochtone.

SADAVA, S. ET THOMPSON, M. (1986).

**Loneliness, social drinking, and vulnerability to alcohol problems.**

*Canadian Journal of Behavioral Science* 18 (2) : 133-139.

Dans cette étude, les auteurs ont appliqué l'échelle d'évaluation de la solitude de l'UCLA à une population volontaire de 99 personnes consommant actuellement de l'alcool. En tenant compte des niveaux de consommation d'alcool, on observe une forte corrélation entre les sujets qui font état de conséquences nocives de l'alcool, ceux qui se perçoivent comme des buveurs à problèmes ou qui ont des mécanismes d'adaptation plus faibles. On note en outre une relation entre solitude et problèmes d'alcool et locus de contrôle externe. Les auteurs se demandent si la solitude pourrait être une source de vulnérabilité aux problèmes d'alcool chez les consommateurs excessifs.

*Les auteurs se demandent si la solitude pourrait être une source de vulnérabilité aux problèmes d'alcool chez les consommateurs excessifs.*

SHER, K. J.; WALITZER, K. S.; WOOD, P. K. ET BRENT, E. E. (1991).

**Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology.**

*Journal of Abnormal Psychology* 100 (4) : 427-448.

Dans cette étude, on se penche sur les différences entre les enfants de parents alcooliques et les enfants de parents non alcooliques sur le plan des variables telles que l'usage de drogues et d'alcool, la psychopathologie, les capacités cognitives et la personnalité. Deux cent cinquante-trois enfants de parents alcooliques et 237 enfants de parents non alcooliques ont subi une batterie de tests diagnostiques. D'après les résultats de l'étude, les enfants de parents alcooliques présentent davantage de problèmes d'usage de drogues et d'alcool, ont des attentes plus importantes vis-à-vis de l'alcool, présentent davantage de troubles comportementaux et psychologiques et sont davantage sujets à la détresse psychiatrique que leurs camarades dont les parents ne sont pas alcooliques. Si l'on ne note pas d'influence significative des antécédents familiaux en matière d'abus de substances sur les résultats obtenus par les garçons et les filles, on observe cependant que les effets des antécédents familiaux sont plus marqués chez les femmes.

SNELL, W. E., JR.; BELK, S. S. ET HAWKINS, R. C. (1987).

**Alcohol and drug use in stressful times: The influence of the masculine role and sex-related personality attributes.**

*Sex Roles* 16 (7/8) : 359-373.

Cette étude vise à établir si les traits de caractère socialement indésirables et l'agression verbale permettent de prédire l'usage de drogues par les femmes et les hommes lorsqu'ils sont confrontés à des situations de stress. Cinq cent soixante-sept hommes et femmes inscrits à des cours de psychologie du premier cycle à l'Université du Texas ont été priés de remplir une batterie de questionnaires, dont les questionnaires MRI, EPAQ, CAB et LES. D'après les résultats, les habitudes de consommation et les taux de prévalence de l'usage de substances en réaction à la survenue d'événements stressants sont influencés par la personnalité et l'identification sexuelle. De l'avis des auteurs, certains types d'expériences stressantes peuvent se présenter en conjonction avec certains types de tendances en matière de rôle sexuel (insatisfaction conjugale, violence du conjoint, préoccupation par la succès); il est donc nécessaire de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre comment de tels facteurs peuvent prédisposer certains individus à l'abus de substances.

SWAIM, R. C.; OETTING, E. R.; EDWARDS, R. W. ET BEAUVAIS, F. (1989).

**Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (2) : 227-231.

Dans cette étude, les auteurs explorent les liens entre la détresse affective et l'usage de drogues chez les adolescents. Ils ont demandé à 563 élèves d'écoles secondaires de répondre à des questionnaires. La détresse affective a été définie et mesurée par l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, le blâme et la désaffection et la colère. D'après les résultats de l'étude, la relation entre la détresse affective et l'usage de substances dépend de la consommation de drogues dans le groupe d'amis. Ainsi, il semblerait que l'idée généralement admise, selon laquelle la consommation de drogues serait une forme d'auto-médication, ne s'applique pas aux adolescents. Le seul sous-élément de la détresse affective pour lequel on a trouvé une relation directe avec l'usage de drogues est la colère. Toutefois, la force de cette relation est faible par rapport à celle qui concerne la consommation de drogues dans le groupe d'amis. D'après les résultats, le recours aux dimensions interpersonnelles pour prédire et comprendre l'usage de drogues chez les adolescents pourrait ne pas être aussi utile que l'utilisation des dimensions interpersonnelles reliées aux pairs.

*Ainsi, il semblerait que l'idée généralement admise, selon laquelle la consommation de drogues serait une forme d'auto-médication, ne s'applique pas aux adolescents.*

TAKALA, J.; RYNNANEN, O.-P.; LEHTOVIRTA, E. ET TURAKKA, H. (1993).

**The relationship between mental health and drug use.**

*Acta Psychiatrica Scandinavica* 88 : 256-258.

Cette étude transversale a été menée auprès d'adultes en Finlande dans le but d'examiner la relation entre santé mentale et usage de différentes drogues. L'échantillon était constitué de 1 821 sujets qui ont rempli des questionnaires postaux et ont participé à des interviews en tête-à-tête. Pour évaluer la santé mentale, on a fait appel au questionnaire de Goldberg, qui examine l'état mental global. Pour évaluer l'usage de drogues, on a demandé aux participants les noms de tous les médicaments prescrits qu'ils consomment actuellement. Les résultats mettent en évidence une augmentation avec l'âge de la consommation générale de médicaments vendus sur ordonnance, tant sur le plan de sa fréquence que de la variété des médicaments utilisés. En outre, on note un niveau plus élevé d'usage de drogues chez les individus qui présentent des symptômes de troubles mentaux. Les auteurs avancent plusieurs hypothèses pour expliquer leurs résultats. Premièrement, il se pourrait que l'on diagnostique, chez les individus souffrant de troubles mentaux, une affection physique (p. ex., une maladie cardio-vasculaire) et qu'on leur prescrive des médicaments alors qu'en fait, ils pourraient avoir davantage besoin de traitements et d'interventions pour des problèmes d'ordre mental (par exemple troubles de panique et troubles anxieux). Deuxièmement, les individus souffrant de troubles mentaux pourraient avoir l'impression de souffrir de plus de maux physiques et consulter pour ces problèmes plus souvent que les individus présentant moins de symptômes de troubles mentaux.

*En outre, on note un niveau plus élevé d'usage de drogues chez les individus qui présentent des symptômes de troubles mentaux.*

TIMMER, S. G.; VEROFF, J. ET COLTEN, M. E. (1985).

**Life stress, helplessness, and the use of alcohol and drugs to cope: An analysis of national survey data.**

In *Coping and Substance Abuse*, éd. S. Shiffman et T. A. Wills, 171-198. California: Academic Press, Inc.

Ce chapitre rend compte des résultats d'une enquête nationale (n = 2 264) sur les relations entre le stress de la vie, le désespoir et l'usage de drogues et d'alcool comme mécanisme d'adaptation. D'après les résultats de l'étude, «les personnes en proie au stress ou moins armées sur le plan psychologique (p. ex., manque d'estime de soi, sentiment de vulnérabilité) sont généralement plus susceptibles de consommer de l'alcool ou des drogues pour atténuer leurs tensions» (p. 195). Toutefois, de l'avis des auteurs, cette relation entre le stress et l'usage d'alcool ou de drogues n'est pas clairement linéaire, en ce que certains individus qui ne sont pas stressés et qui semblent bien adaptés boivent et consomment des drogues davantage que

d'autres qui semblent moins bien adaptés. Ainsi, affirment les auteurs, «à mesure que le stress s'accroît, les individus qui se sentent vulnérables au stress et qui manquent de confiance en eux-mêmes sont plus nombreux à se tourner vers l'alcool et l'usage de drogues pour faire face à la situation; en revanche, les personnes qui se sentent efficaces et qui ont confiance en elles-mêmes ont moins tendance à boire et à consommer des drogues dans de telles situations» (p. 195).

TOLONE, W. L. ET TIEMAN, C. R. (1990).

**Drugs, delinquency and "nerds": Are loners deviant?**

*Journal of Drug Education* 20 (2) : 153-162.

Cette étude porte sur les différences en matière d'usage de drogues et de mode de vie entre les adolescents qui ne font pas partie de la culture de leurs pairs, appelés les «solitaires», et ceux qui ont une vie sociale très active, les «sociables». Dans cette étude, on a utilisé les données produites par l'enquête *Monitoring the Future* menée chaque année par le *National Institute on Drug Abuse* pour évaluer les comportements et les attitudes des élèves de la fin du secondaire. On a utilisé dans l'étude les données portant sur neuf années consécutives, 1976 à 1984. Pour cette période de neuf ans, plus de 30 000 élèves de deuxième cycle ont participé à l'enquête. Toutefois, seuls les individus de race blanche ont été retenus pour l'analyse, en raison des différences sur le plan du mode de vie entre les individus de race noire et ceux de race blanche. Seuls les individus non mariés ont été inclus, ce qui a réduit le nombre total de répondants. Comme le but de l'étude était de comparer les solitaires et les sociables, on a construit un index de participation sociale à partir de plusieurs questions de l'enquête initiale. Les résultats mettent en évidence une fréquence plus élevée d'usage d'alcool et de drogues, de délinquance et d'absence à l'école chez les garçons sociables que chez les garçons solitaires. Toutefois, les garçons sociables participent également davantage à des activités socialement acceptables, par exemple d'ordre religieux, et sont généralement plus heureux et plus satisfaits de la vie que les garçons solitaires. Chez les filles également, la consommation de drogues et d'alcool, la délinquance et l'absence à l'école sont plus fréquentes chez les sociables que chez les solitaires. Selon l'hypothèse avancée par les auteurs pour expliquer les résultats, les sociables (de sexe masculin et féminin) ont des modes de vie qui comportent des activités tant conventionnelles que déviantes, et ces activités sont généralement de nature sociale, tandis que les solitaires (de sexe masculin et féminin) ont, dans l'ensemble, des activités moins déviantes et plus conventionnelles, qui ne sont pas de nature sociale (par exemple, lire, écouter de la musique, etc.).

*Chez les filles également, la consommation de drogues et d'alcool, la délinquance et l'absence à l'école sont plus fréquentes chez les sociables que chez les solitaires.*

TORABI, M.; BAILEY, W. ET MAJD-JABBAN, M. (1993).

**Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: Evidence of the "gateway drug effect".**

*Journal of School Health* 63 (7) : 302-306.

Afin de déterminer l'effet de l'usage du tabac sur la consommation d'alcool ou d'autres drogues, les auteurs ont analysé les données produites lors d'une enquête menée en Indiana sur l'usage de substances chez les adolescents. Les fumeurs réguliers sont trois fois plus nombreux à consommer d'importantes quantités d'alcool et de 10 à 30 fois plus nombreux à consommer des drogues illicites que les non-fumeurs. Si cette étude transversale ne montre pas si l'usage de tabac a précédé la consommation d'autres drogues et ne met pas en évidence de relation causale entre le tabagisme et la consommation d'autres drogues, ses résultats corroborent cependant l'hypothèse selon laquelle le tabac pourrait servir de drogue d'«introduction». L'étude indique également que l'approbation par les pairs, l'âge, le sexe et le contexte ethnique sont tous des paramètres prédicteurs de l'usage de drogues. Dans le contexte de cet article, on entend par *prédicteur* l'existence d'une corrélation indépendante entre ces variables et l'usage de drogues.

TOWBERMAN, D. B. ET McDONALD, R. M. (1993).

**Dimensions of adolescent self-concept associated with substance use.**

*The Journal of Drug Issues* 23 (3) : 525-533.

Cette étude porte sur la relation entre le concept de soi et l'usage de substances chez les adolescents. Les auteurs, qui jugent que le concept de soi est un terme très ambigu, ont tenté de cerner des sous-éléments ou dimensions du concept de soi qui ont trait à l'usage de substances. L'échantillon était constitué de 1 050 jeunes adolescents inscrits en cinquième et en sixième année dans des écoles publiques de la Virginie. L'instrument d'enquête, le *Youth Life-Styles Inventory*, comprenait six sous-échelles : renseignements socio-démographiques, attitudes face à l'usage de drogues, concept de soi, connaissance des drogues, niveaux de perception de l'usage de substances par les pairs et fréquence de l'usage personnel de substances. D'après les résultats, le concept de soi recouvre quatre éléments (sous-échelles) : l'image négative (perception négative de soi et complexe d'infériorité), la confiance en soi (estime de soi et confiance en soi), les liens affectifs (perception de la connexion entre les jeunes et les systèmes de soutien) et la capacité (convictions en ce qui concerne la capacité sociale et personnelle). Au chapitre de la relation entre concept de soi et

*Les auteurs, qui jugent que le concept de soi est un terme très ambigu, ont tenté de cerner des sous-éléments ou dimensions du concept de soi qui ont trait à l'usage de substances.*

abus de substances, les auteurs observent un lien entre l'augmentation du degré de confiance en soi, des liens affectifs et de la capacité d'une part et, d'autre part, une diminution de la fréquence de l'expérimentation et de l'usage de drogues. Un désaccord plus fort avec les questions portant sur une image de soi négative est relié à une diminution de l'expérimentation et de l'usage de drogues. Par conséquent, les auteurs concluent à une relation significative entre les quatre sous-échelles établies dans cette étude et l'expérimentation et l'usage de drogues. Ils évoquent également les conséquences de ces résultats sur le plan de la recherche et des interventions.

WHITEHEAD, P. C. ET LAYNE, N. (1987).

**Young female Canadian drinkers: Employment, marital status and heavy drinking.**

*British Journal of Addiction* 82 : 169-174.

Cette étude porte sur la prévalence de la consommation d'alcool, et en particulier de la consommation abusive, et sur sa relation avec des variables telles que l'âge, la situation professionnelle et l'état matrimonial. Les données ont été produites par 22 000 répondants dans le cadre de l'Enquête Condition physique Canada menée en 1981. La plus forte proportion de femmes faisant une consommation excessive d'alcool se retrouve chez celles qui occupent un emploi et sont âgées de 18 à 21 ans, qui indiquent boire en moyenne trois verres par occasion. Le plus faible taux de consommation abusive se retrouve chez les femmes mariées âgées de 15 à 29 ans, tandis que 28 % des femmes divorcées ou séparées affirment boire de manière excessive. Les taux les plus élevés de consommation excessive s'appliquent aux femmes au chômage, et les plus bas aux étudiantes à temps plein. Les femmes au foyer viennent en troisième position (15 %) tandis que 23 % des femmes restant à la maison et âgées de 18 à 21 ans indiquent consommer de l'alcool de manière excessive. Globalement, la variable la plus importante dans la relation entre l'âge et la consommation excessive d'alcool est la situation professionnelle, les taux les plus élevés de consommation excessive d'alcool se retrouvant chez les femmes célibataires occupant un emploi et chez les femmes au foyer au chômage.

*La plus forte proportion de femmes faisant une consommation excessive d'alcool se retrouve chez celles qui occupent un emploi et sont âgées de 18 à 21 ans, qui indiquent boire en moyenne trois verres par occasion.*

WILLIAMS, O. B. ET CORRIGAN, P. W. (1992).

**The differential effects of parental alcoholism and mental illness on their adult children.**

*Journal of Clinical Psychology* 48 (3) : 406-414.

Les auteurs étudient ici les conséquences sur les jeunes adultes d'être élevés dans un foyer où l'un des parents, ou les deux, est alcoolique ou souffre d'une maladie mentale. L'échantillon était constitué de 139 étudiants

de premier et de deuxième cycles dans une université du sud de la Californie. Ces étudiants ont subi une batterie de tests d'auto-évaluation : test de dépistage des enfants de parents alcooliques, questionnaire sur les antécédents psychiatriques des membres de la famille, inventaire de l'estime de soi de Coopersmith, inventaire de la dépression de Beck, questionnaire sur l'anxiété chronique et réactionnelle (partie relative à l'anxiété réactionnelle), échelle de détresse et d'évitement social et questionnaire sur le soutien social. D'après les résultats, 45 % des étudiants participant à l'enquête sont des enfants de parents alcooliques, de parents souffrant d'une maladie mentale ou des deux. Chez ces étudiants issus de familles dysfonctionnelles, on observe moins d'estime de soi, plus de dépression et plus d'angoisse sociale que chez les étudiants provenant de familles considérées comme fonctionnelles. Au chapitre de la dépression et de l'anxiété réactionnelles, le fait d'avoir eu un parent souffrant d'une maladie mentale a des répercussions plus profondes que celui d'avoir eu un parent alcoolique. En outre, la présence d'un réseau étendu ou satisfaisant de soutien social joue le rôle de médiateur dans l'impact global de l'alcoolisme ou de la maladie mentale du parent. Les individus disposant de réseaux de soutien social plus étendus et plus satisfaisants sont moins déprimés et anxieux que les personnes dont le soutien social est plus limité. Les enfants adultes de parents souffrant d'une maladie mentale ont en général des réseaux de soutien social plus réduits que les autres sujets, même si l'on n'observe pas de différences sur le plan de la satisfaction vis-à-vis de ce soutien.

*Au chapitre de la dépression et de l'anxiété réactionnelles, le fait d'avoir eu un parent souffrant d'une maladie mentale a des répercussions plus profondes que celui d'avoir eu un parent alcoolique.*

WILLS, T. A.; VACCARO, D. ET MCNAMARA, G. (1992).

**The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors.**

*American Journal of Community Psychology* 20 (3) : 349-374.

L'objectif de cette étude était de définir certains facteurs de risque et de protection associés à l'abus de substances chez les adolescents. À partir d'une enquête effectuée auprès de 1 289 étudiants vivant dans un milieu urbain multi-ethnique aux États-Unis, les auteurs ont déterminé que les sujets qui citent les événements négatifs de la vie comme principal facteur de vulnérabilité sont surtout ceux qui ont un affect négatif élevé et un affect positif bas. Ce sont les sujets qui ont des relations harmonieuses avec leurs parents qui, de manière générale, ont moins recours aux drogues. C'est aussi le cas de ceux qui n'éprouvent aucun problème en matière de réussite scolaire et de relations avec les adultes.

WILSNACK, R. W. ET WILSNACK, S. C. (1992).

**Women, work, and alcohol: Failures of simple theories.**

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16 (2) : 172-179.

Dans cet article, les auteurs s'intéressent à la relation entre l'activité professionnelle des femmes et leurs comportements face à l'alcool. De l'avis des auteurs, les études antérieures se sont penchées sur la question de manière simple et unidimensionnelle. Les questions posées dans ces études visaient principalement à savoir si l'emploi rémunéré était dangereux pour les femmes, si le stress professionnel conduisait à des problèmes d'alcoolisme ou si l'emploi rémunéré était bénéfique pour la santé mentale des femmes. Les auteurs jugent que ces études, y compris la leur, ont présenté des théories et des variables trop simplistes pour expliquer pourquoi les effets de l'emploi sur les comportements face à l'alcool ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes. Ils recommandent de réaliser d'autres recherches sur les effets interactifs des caractéristiques de l'emploi et d'autres paramètres et sur leurs liens avec les comportements face à l'alcool. Ils suggèrent de plus que l'on s'intéresse à l'emploi en tant que contexte favorisant la consommation d'alcool. Ces travaux permettraient de mieux comprendre comment le contexte de travail ou les collègues peuvent influencer le désir et les occasions de boire de l'alcool chez la femme et comment ces dernières variables peuvent à leur tour créer ou aggraver une prédisposition à des problèmes d'alcool.

*Les auteurs jugent que ces études, y compris la leur, ont présenté des théories et des variables trop simplistes pour expliquer pourquoi les effets de l'emploi sur les comportements face à l'alcool ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes.*

WINDLE, M. (1991).

**The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviors.**

*Journal of Clinical Psychology* 47 (2) : 310-315.

L'auteur examine dans cet article la relation entre caractère difficile, soutien familial perçu, problèmes de comportement et usage de substances chez les adolescents. L'échantillon était constitué de 297 adolescents fréquentant des écoles secondaires. Plusieurs variables ont été prises en compte dans les questionnaires : en premier lieu, le caractère difficile, évalué à l'aide du questionnaire révisé sur les dimensions du tempérament (constitué de dix attributs : niveau d'activité général, niveau d'activité par rapport au sommeil, approche-retrait, souplesse-rigidité, rythmicité-sommeil, rythmicité-repas, rythmicité-habitudes quotidiennes, distractibilité et persistance); la deuxième variable considérée est la fréquence de l'usage de drogues (tabac, alcool, marijuana, cocaïne, opiacés, stimulants, barbituriques, hallucinogènes et produits à inhaler); la troisième est l'existence de problèmes de comportement durant l'enfance, mesurée à l'aide du questionnaire d'évaluation de l'hyperactivité/dysfonction cérébrale minimale dans l'enfance;

la quatrième est la délinquance; la cinquième est la présence de symptômes dépressifs, mesurée à l'aide de l'échelle de dépression du *Center for Epidemiological Studies*; enfin, la sixième est le soutien social familial perçu. Les résultats mettent en lumière une relation positive entre les facteurs reliés au caractère difficile de l'adolescence et les problèmes de comportement durant l'enfance. L'auteur observe également une relation entre, d'une part, le nombre total de facteurs reliés au caractère difficile et, d'autre part, un usage plus important de substances, la perception d'un soutien familial plus faible, l'augmentation du nombre de symptômes dépressifs et une activité délinquante plus élevée.

ZUCKERMAN, B. S.; AMARO, H. ET BEARDSLEE, W. (1987).

**Mental health of adolescent mothers: The implications of depression and drug use.**

*Developmental and Behavioral Pediatrics* 8 (2) : 111-116.

Dans cet article de synthèse, l'hypothèse de travail est que la dépression et l'usage de drogues sont des facteurs clés dans la détermination de la santé et du développement des mères adolescentes et de leurs enfants. Les auteurs analysent certains des changements biologiques, cognitifs et sociaux et des facteurs de risques qui peuvent être associés à la survenue de la dépression à l'adolescence. Si l'adolescence est une période d'expérimentation à de multiples égards, notamment en ce qui concerne les drogues et l'alcool, bon nombre de facteurs relevant de la personnalité, qui lient la dépression, l'usage de substances et les comportements déviants, peuvent également influencer sur les taux de grossesse chez les adolescentes. Un locus de contrôle externe, un manque d'estime de soi, une plus grande tolérance à l'égard de la déviance, un plus grand sentiment d'abandon vis-à-vis de la société et une attitude plus critique à son égard ainsi que des attentes moindres au chapitre des résultats scolaires sont autant de caractéristiques communes aux adolescentes chez qui on observe une plus grande incidence de la dépression et de l'usage de substances. De surcroît, l'usage de substances peut influencer sur le fonctionnement cognitif de nombreuses adolescentes, ce qui les expose à un plus grand risque de devenir enceintes à la suite de relations sexuelles non protégées. Les événements stressants de la vie et le manque de soutien social sont les principaux aspects qui déterminent la dépression maternelle des jeunes mères, de même que l'âge à la première grossesse et le nombre d'enfants mis au monde. Au nombre des questions à explorer sur le plan expérimental et clinique figurent les différences entre les adolescentes mères et celles qui ne le sont pas et l'impact de l'usage de drogues sur ces différences, ainsi que les agents stressants d'ordre social et économique auxquels sont confrontées les jeunes mères et les meilleurs moyens de les aider à éviter ou à surmonter les problèmes liés à l'usage de substances lorsqu'elles sont confrontées à ces difficultés.

*De surcroît, l'usage de substances peut influencer sur le fonctionnement cognitif de nombreuses adolescentes, ce qui les expose à un plus grand risque de devenir enceintes à la suite de relations sexuelles non protégées.*

## IV

# LITTÉRATURE SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT

### A. PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION

ADAM, D. (1989).

**Women and stress: A community prevention and health promotion program.**

*Canada's Mental Health* 37 (4) : 5-8.

Cet article décrit l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation d'un programme de promotion de la santé communautaire à l'intention des femmes francophones faisant partie des minorités, qui sont souvent défavorisées sur le plan social et économique. Le programme durait 15 heures et était principalement axé sur les stratégies que peuvent utiliser les femmes pour améliorer leur santé physique et mentale, pour mieux faire face à leur stress et pour avoir l'impression de mieux maîtriser leur vie. Au total, 29 groupes de femmes ont suivi ce programme et ont répondu aux questionnaires; une majorité de femmes ont indiqué qu'elles avaient mieux compris certaines techniques de relaxation et pensent qu'elles pourraient les utiliser avec profit pour mieux maîtriser leur stress quotidien.

BAER, M. E. ET QUIGLEY, L. A. (1993).

**Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy.**

*Behavior Therapy* 24 : 461-504.

Dans cet article de synthèse, les auteurs offrent une vue d'ensemble d'un modèle pathologique (qui vise l'abstinence) et d'un modèle de prévention secondaire (qui vise une consommation modérée), et cherchent à intégrer ces deux approches pour constituer un modèle axé sur la réduction des torts. Ce modèle s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle les habitudes s'inscrivent dans un continuum allant des conséquences bénéfiques aux conséquences nocives. Par ce modèle, on veut faciliter le déplacement à l'intérieur du continuum en aidant et en encourageant les intéressés à

réduire les effets nocifs associés à l'usage de drogues. Après avoir fait état des résultats obtenus par de brefs traitements des buveurs à problème et d'un modèle de «soins progressifs» pour les étudiants de niveau collégial, les auteurs élaborent une approche intégrée basée sur la réduction des torts. Une liste bibliographique exhaustive est fournie.

BANGERT-DROWNS, R. (1988).

**The effects of school-based substance abuse education — A meta analysis.**

*Journal of Drug Education* 18 (3) : 243-265.

Par méta-analyse, on entend la combinaison statistique des résultats de nombreuses études similaires dans le but de déterminer en gros quel semble être l'impact global des programmes étudiés. Dans cette analyse, on s'est intéressé à 33 évaluations de programmes de prévention de l'abus de drogues. Seuls les programmes ayant fait l'objet d'une évaluation complète ont été retenus. On a notamment observé que les programmes, considérés globalement, ont un effet constant sur les connaissances et les attitudes, mais pas d'effets significatifs sur le comportement. Les changements d'attitude sont le plus visibles lorsque l'on a recours à l'enseignement par les pairs. De l'avis de l'auteur, le changement d'attitude est en soi une étape positive et réaliste.

*On a notamment observé que les programmes, considérés globalement, ont un effet constant sur les connaissances et les attitudes, mais pas d'effets significatifs sur le comportement.*

BOSWORTH, K. ET SAILES, J. (1993).

**Content and teaching strategies in 10 selected drug abuse prevention curricula.**

*Journal of School Health* 63 (6) : 247-253.

Dans cet article, on passe en revue le contenu et les stratégies d'enseignement couramment utilisés pour dix programmes de prévention de l'abus de drogues en milieu scolaire, représentatifs d'un large éventail d'approches. Il n'est pas surprenant de constater que le contenu met l'accent sur une combinaison de stratégies cognitives et affectives, ainsi que sur diverses connaissances de la vie quotidienne telles que le refus des pairs, l'affirmation de soi et la communication. Les auteurs soulignent que les méthodes pédagogiques utilisées, dont le travail en petits groupes, les remue-méninges, les jeux et les jeux de rôle, exigent une préparation et une formation que l'on ne retrouve pas nécessairement chez les enseignants. Les programmes peuvent souffrir de cette situation sur le plan de l'intensité et de la durée de la mise en oeuvre.

BRISSON, P. (1992).

**Prévention des toxicomanies et promotion de la santé : des stratégies de contrôle aux pratiques d'auto-détermination.**

*Psychotropes* 7 (3) : 59-63.

Dans cet article, l'auteur évoque la tendance récente en matière de promotion de la santé, entre autres dans les programmes de lutte contre l'abus de drogues et d'alcool, à privilégier la prévention et l'éducation du public, par opposition aux approches curatives et réadaptatives traditionnellement utilisées en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies. L'auteur fait allusion à l'approche globale de la santé mentale, qui permet aux intervenants et au public d'*intervenir au niveau du* problème de santé mentale et d'abus de substances afin de le maîtriser, d'*intervenir pour* la santé mentale et en vue de normaliser certaines mesures qui sont nécessaires pour parvenir à cette fin, d'*intervenir l'un avec l'autre* et d'assurer la participation de chaque groupe de la société, et de *permettre à d'autres d'intervenir* afin de réduire les facteurs qui les prédisposent davantage aux problèmes de santé mentale et à la consommation abusive de psychotropes. Cette approche globale a pour effet d'encourager tout le monde à intervenir à l'échelle tant individuelle que collective pour prévenir la survenue de troubles mentaux et de problèmes qui lui sont associés, par exemple la dépendance à l'égard de substances.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (DIVISION DE L'ONTARIO).

**Living Colour: Building Self-esteem & Developing Communication Skills.**

Toronto : Différents auteurs.

Ce programme, axé sur l'amélioration de la santé mentale, vise les enfants, de l'âge préscolaire jusqu'à la sixième année. Il met l'accent sur la santé mentale et affective des jeunes enfants, et en particulier sur l'image de soi, la communication et l'autogestion. Un manuel de l'enseignant et d'autres documents sont fournis.

ELIANY, M. ET RUSH, B. (1992).

**L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies.**

Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services Canada.

Ce rapport expose les bases théoriques communes des programmes de prévention et de traitement ainsi que des recherches sur l'efficacité des

programmes. Les mesures politiques et législatives réglementant le prix et l'offre seraient les programmes de prévention les plus efficaces. Les programmes éducatifs, s'ils influencent souvent les connaissances et les attitudes, du moins à court terme, n'ont généralement pas réussi à produire comme résultat des changements de comportement. Au chapitre de l'efficacité du traitement, les résultats sont contradictoires. Toutes les approches n'ont pas la même efficacité, mais aucune approche ne se distingue nettement des autres.

FLAY, B. R. (1985).

**Psychosocial approaches to smoking prevention.**

*Health Psychology* 4 (5) : 449-488.

L'auteur passe en revue 27 programmes de prévention de l'usage du tabac qui, dans certains cas, misent sur les influences sociales et, dans d'autres cas, sur l'apprentissage de la vie quotidienne. L'auteur subdivise les programmes en quatre «générations» sur une base temporelle. Au cours du temps, une évolution et une amélioration des programmes sont évidentes, les programmes les plus récents ayant des effets positifs sur le comportement. De l'avis de l'auteur, il s'agit d'une évolution importante et d'un argument de plus en faveur de la poursuite et de l'amélioration ou de la révision des programmes. Les recherches futures devraient, selon l'auteur, s'intéresser plus particulièrement à certaines populations (par exemple, par sexe, par âge) pour l'évaluation des programmes.

*Les recherches futures devraient, selon l'auteur, s'intéresser plus particulièrement à certaines populations (par exemple, par sexe, par âge) pour l'évaluation des programmes.*

GABOURY, A. ET LADOUCEUR, R. (1993).

**Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents.**

*Journal of Primary Prevention* 14 (1) : 21-28.

Les auteurs de cette étude évaluent un programme de prévention du jeu dans lequel on donne une vue d'ensemble de la légalité du jeu, de la nature commerciale du jeu, des comportements automatiques du joueur, du jeu pathologique et des mécanismes d'adaptation. Deux cent quatre-vingt neuf élèves d'école secondaire au Québec ont rempli des questionnaires avant et après l'intervention; le groupe expérimental comptait 134 sujets et le groupe témoin 155. D'après les résultats de l'étude, si le programme a permis aux sujets d'en savoir plus sur le jeu et les mécanismes d'adaptation, les comportements et les attitudes face au jeu n'en ont cependant pas été modifiés de manière significative.

GIESBRECHT, N. ET FERRIS, J. (1993).

**Community-based research initiatives in prevention.**

*Addiction* 88 (Supplement) : 83S-93S.

Cet article présente une analyse des approches communautaires utilisées dans la recherche sur la prévention de l'abus de substances. De l'avis des auteurs, les programmes de prévention communautaire sont sans doute les plus utiles, car la plupart des comportements toxicomaniaques trouvent leur source dans le contexte communautaire. L'auteur présente ensuite les étapes qui doivent obligatoirement être suivies si l'on veut effectuer des recherches sur les programmes de prévention au niveau communautaire, et conclut par une réflexion sur les répercussions politiques de ce type d'initiatives.

GUINOIS, P. (1994).

**À la toxicomanie des femmes, une solution toute féminine!**

*L'Intervenant* 11 (1) : 7.

L'objectif de cet article est de faire connaître et de promouvoir un nouveau centre de traitement de la toxicomanie au Québec, appelé le Pavillon Raymonde-Péladeau. Ce centre de traitement a été conçu à l'intention exclusive des patientes et ses programmes ont été élaborés en conséquence, pour répondre aux besoins personnels, sociaux, affectifs et de réadaptation des femmes toxicomanes et alcooliques. Ce cadre se distingue par ses qualités propres, notamment l'interaction et les groupes de discussion avec d'autres femmes dans la même situation et la mise en oeuvre du traitement par un personnel exclusivement féminin. On crée ainsi un environnement plus ouvert, non critique et propice à la réflexion personnelle et à l'identification des problèmes vécus par chacune sur le chemin de la guérison. En outre, comme bon nombre de femmes commencent leur traitement à des stades beaucoup plus avancés du processus de dépendance que les hommes, elles sont souvent plus fatiguées physiquement et plus vulnérables affectivement que les hommes. L'un des buts de ce nouveau centre est d'offrir aux femmes un environnement qui leur permette de retrouver leurs forces tant mentales que physiques, et de se ressourcer. Le Centre se fixe également pour but d'améliorer l'estime de soi des femmes et leur acceptation d'elles-mêmes en leur donnant l'occasion d'explorer leur spiritualité et en leur offrant un milieu sûr pour les discussions et la réflexion personnelle. Enfin, si la plupart des femmes obtiennent leur congé du centre après une période de trois semaines, elles sont cependant encouragées à y effectuer par la suite une visite hebdomadaire. Elles peuvent ainsi profiter de l'environnement de détente et d'affirmation du sexe féminin offerte par le centre, maintenir leur sobriété et se réintégrer plus facilement dans la société.

*L'un des buts de ce nouveau centre est d'offrir aux femmes un environnement qui leur permette de retrouver leurs forces tant mentales que physiques, et de se ressourcer.*

HALL, S. M.; MUNOZ, R. F. ET REUS, V. I. (1994).

**Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (1) : 141-146.

À l'origine, les auteurs ont conçu une intervention cognitivo-comportementale afin de prévenir la dysphorie chez les clients à la recherche d'un traitement pour cesser de fumer. Sur ce modèle, ils ont élaboré une hypothèse de base selon laquelle une telle intervention serait efficace pour les fumeurs ayant des antécédents de trouble dépressif majeur (TDM). Sur les 149 sujets étudiés, on a diagnostiqué un TDM chez 46 d'entre eux, 79 ont suivi un traitement de maîtrise de l'humeur et 70 un traitement standard. En moyenne, les sujets fumaient 24,9 cigarettes par jour. L'hypothèse de départ a été confirmée. Les résultats se distinguent de ceux des études précédentes, en ce qu'aucune corrélation forte n'a été observée entre les antécédents de TDM et l'échec du traitement antitabac. Reconnaisant les limites méthodologiques de leur étude, les auteurs concluent que les sujets ayant des antécédents de TDM ont tout intérêt à suivre une approche cognitivo-comportementale.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F. ET MILLER, J. Y. (1992).

**Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.**

*Psychological Bulletin* 112 (1) : 64-105.

Cet article décrit les facteurs de risque et de protection associés à l'usage de substances par les adolescents et la manière dont ils peuvent influencer l'élaboration des programmes d'intervention. On y étudie notamment les facteurs contextuels reliés à l'usage de substances, les facteurs individuels et interpersonnels, les stratégies et les programmes de prévention actuels qui tentent de tenir compte de ces différents facteurs de risque précoces et les problèmes méthodologiques posés par les recherches qui évaluent ces interventions. Les auteurs estiment qu'il est nécessaire de chercher à mieux comprendre la relation entre les facteurs de protection et de risque et leur influence sur l'usage et l'abus de substances au regard des programmes qui favorisent l'apprentissage des connaissances de la vie quotidienne, et en particulier des capacités intra et inter-personnelles. Une telle démarche serait utile pour combattre l'isolement et le manque d'auto-efficacité ressentis par bon nombre de jeunes qui font un usage abusif de drogues. Toutefois, comme il est prouvé que les stratégies actuelles ont effets, ne serait-ce qu'à court terme, sur l'usage de substances dans ce groupe d'âge, il y a lieu de continuer de les appliquer et de les améliorer.

*Une telle démarche serait utile pour combattre l'isolement et le manque d'auto-efficacité ressentis par bon nombre de jeunes qui font un usage abusif de drogues.*

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. (1986).

**Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.**

Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

La Charte d'Ottawa est une déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la santé, de Santé et bien-être social Canada et de l'Association canadienne de santé publique, qui définit le concept de la promotion de la santé et les processus qu'implique la promotion de la santé. On y met l'accent sur les politiques publiques, les milieux propices et l'action communautaire, qui sont autant d'éléments essentiels à la réalisation de «la santé pour tous d'ici l'an 2000».

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. (1992).

**Lifeskills Programs for Schools: An Inventory of Substance Abuse Prevention Curricula.**

Manuscrit non publié préparé pour les auteurs.

Cet inventaire donne des renseignements bibliographiques et des informations sur la teneur de 31 programmes de prévention de l'abus de substances au Canada et aux États-Unis. Tous les programmes répertoriés tablent sur l'apprentissage des connaissances de la vie quotidienne et plus particulièrement sur les aptitudes sociales, la prise de décisions, la communication et l'affirmation de soi, ainsi que sur les aptitudes intra-personnelles telles que l'estime de soi.

JOHNSON, C. A.; PENTZ, M. A.; DWYER, J. H.; BAER, N.; MACKINNON, D.; HANSEN, W.; ET FLAY, B. (1990).

**Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (4) : 447-456.

Dans cet article, les auteurs évaluent un programme complet de prévention de l'abus des drogues, mis en oeuvre dans huit collectivités aux États-Unis. Les auteurs s'appuient sur un modèle psychosocial dans lequel on insiste sur la capacité de dire non à ses pairs, ainsi que sur une approche mettant à contribution les éléments de l'ensemble de la collectivité. À la fin de la troisième année de mise en oeuvre du programme, on a observé des réductions significatives du nombre de jeunes commençant à consommer des drogues. Ces résultats s'appliquent autant aux adolescents dont le comportement est à haut risque qu'à ceux exposés à un faible risque. Les auteurs ont effectué cette étude pour appuyer l'adoption d'une approche communautaire dans les programmes axés sur l'usage et l'abus de drogues.

KHANTZIAN, E. J. (1985).

**The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence.**

*American Journal of Psychiatry* 142 (11) : 1259-1264.

Dans cette étude, l'auteur passe en revue les observations cliniques qui semblent indiquer que certains individus prédisposés à la toxicomanie en raison des troubles thymiques ou psychiatriques dont ils souffrent souvent. S'il reconnaît l'existence d'autres causes de la dépendance, l'auteur explore cependant l'hypothèse selon laquelle l'automédication en cas de problèmes psychiatriques pourrait être l'une des causes de la dépendance. Apparemment, souligne-t-il, les types de médicaments ne semblent pas être choisis au hasard. Le médicament choisi par un individu donné est en général destiné à lutter contre la douleur psychique dont souffre le sujet. Ainsi, les opiacés atténuent les sentiments de rage et d'oppression, tandis que la cocaïne «soulage» la dépression et l'hyperactivité. On cite des vignettes cliniques à l'appui de cette hypothèse. Si l'analyse est axée sur l'usage de drogues illicites, elle peut cependant être appliquée aux drogues licites et au mauvais usage ou à l'abus de médicaments en vente libre et vendus sur ordonnance.

*S'il reconnaît l'existence d'autres causes de la dépendance, l'auteur explore cependant l'hypothèse selon laquelle l'automédication en cas de problèmes psychiatriques pourrait être l'une des causes de la dépendance.*

LEIGHTON, A. H. (1990).

**Community mental health and information underload.**

*Community Mental Health Journal* 26 (1) : 49-67.

Cet article traite de l'effort déployé par des organisations de santé communautaire pour accroître la sensibilisation aux questions entourant la santé mentale et pour promouvoir la santé mentale en général. Cependant, l'auteur énumère plusieurs problèmes qui ont freiné la réussite et l'expansion de ce mouvement. Tout d'abord, on note un manque d'information chez les décideurs, les administrateurs, voire chez les travailleurs. Ensuite, les notions de *communauté* et de *santé mentale* ne sont pas comprises de la même manière par tout le monde. La santé mentale communautaire a fait l'objet de peu de recherches. L'auteur explique deux façons de mieux promouvoir la santé communautaire, c'est-à-dire l'intégration de la prévention primaire et la définition d'un objectif commun : réduire la prévalence des problèmes de santé mentale.

MANGHAM, C. (1989).

**Free Standing and Embedded Substance Abuse Prevention Curricula: An Analysis of Selected Programs.**

Rapport non publié préparé pour la Kaiser Substance Abuse Foundation.

Cette analyse de contenu passe en revue plusieurs programmes provinciaux et nationaux d'éducation sanitaire, en s'intéressant principalement au volet qui traite de l'abus de substances. On a également examiné plusieurs programmes indépendants portant exclusivement sur l'abus de substances. Tous les programmes font une large place à l'abus de substances et visent généralement à faciliter la réalisation d'objectifs par une approche combinant l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne et l'information. En revanche, les questions entourant la santé mentale sont rarement abordées ou le sont de manière indirecte. Les questions reliées à la santé mentale les plus communément mentionnées sont l'estime de soi et la maîtrise du stress.

MCDANIEL, S. A. (1993).

**Challenges to mental health promotion among working women in Canada.**

*Canadian Journal of Community Mental Health* 12 (1) : 201-210.

Dans cet article de synthèse, on examine l'état des connaissances sur les questions reliées au travail et à la santé mentale qui touchent les femmes. Si, d'après les recherches publiées, le travail rémunéré a des conséquences positives sur la santé mentale des femmes, certains aspects de leur travail peuvent cependant nuire à leur santé tant physique que mentale. Une rémunération inférieure, une sécurité d'emploi moindre, le harcèlement sexuel et la difficulté de concilier ses responsabilités à la maison et au travail, combinés à une image de soi plus négative au départ, sont autant de facteurs qui peuvent accroître le niveau de dépression et d'angoisse. L'auteur souligne l'importance de l'élaboration de programmes de santé mentale en milieu de travail. De l'avis de l'auteur, si les programmes qui privilégient la condition physique, la nutrition, la vie active et la réduction de la consommation d'alcool et de tabac peuvent être utiles, il ne faut pas oublier qu'ils ont été conçus à l'origine pour les employés de sexe masculin, dont les réalités et les sources de stress quotidien ne sont pas les mêmes que ceux de leurs collègues de sexe féminin. Par conséquent, il faut accorder une plus large place aux études sur les pressions structurales et sociales exercées sur les femmes au niveau professionnel, afin de cerner avec précision leurs besoins en matière de santé mentale et d'y répondre.

*L'auteur souligne l'importance de l'élaboration de programmes de santé mentale en milieu de travail.*

MONTAGNE, M.; ET SCOTT, D. M. (1993).

**Prevention of substance use problems: Models, factors, and processes.**

*The International Journal of the Addictions* 28 (12) : 1177-1208.

Dans cet article, les auteurs font le point sur les connaissances relatives à l'abus de substances et donnent une vue d'ensemble d'un large éventail de stratégies de prévention. On y discute de la nature des programmes de prévention et on y décrit les différents modèles et stratégies permettant de prévenir les problèmes d'usage de substances, par exemple apprentissage des aptitudes à la vie quotidienne, modelage sur les pairs et campagnes dans les médias d'information. On y évoque les problèmes posés par l'élaboration et l'évaluation des programmes de prévention, par exemple manque d'efficacité, faiblesse des interventions ou application inadéquate de la théorie. En conclusion, indiquent les auteurs, la tendance actuelle à la dichotomisation des substances en catégories telles que «bonnes» par opposition à «mauvaises» ou «dangereuses» par opposition à «non dangereuses» pourrait laisser croire que certaines drogues sont plus nocives que d'autres; selon eux, les programmes de prévention devraient mettre l'accent sur la nécessité d'éviter l'usage de drogues plutôt que de s'attaquer aux problèmes et aux questions qui se traduisent par l'usage excessif ou abusif de n'importe quelle substance, par une approche axée sur la réduction des torts. (Baer)

NADEAU, L. (1994).

**Le traitement de la toxicomanie avec une référence particulière à l'anxiété et son étiologie.**

*L'Intervenant* 10 (3) : 12-13.

L'auteure s'intéresse dans cet article à la question du traitement de l'abus de substances, en s'arrêtant tout particulièrement au problème de l'anxiété et de ses ramifications sur le processus de traitement. En premier lieu, elle souligne que les personnes qui font un usage abusif de substances, en particulier de drogues illicites, sont souvent aussi des alcooliques ou des buveurs excessifs. Par conséquent, les questions et les problèmes qui doivent être abordés dans le traitement diffèrent selon qu'il s'agit de polytoxicomanes ou de personnes qui ne consomment qu'un type de drogue. Deuxièmement, de l'avis de l'auteure, nombre de personnes qui entrent en traitement souffrent de plusieurs problèmes affectifs et psychologiques, par exemple dépression ou troubles de la personnalité. Il convient de reconnaître que certains de ces troubles se sont déclarés avant la survenue de la dépendance, tandis que d'autres ont commencé durant ce processus ou en

*Par conséquent, les questions et les problèmes qui doivent être abordés dans le traitement diffèrent selon qu'il s'agit de polytoxicomanes ou de personnes qui ne consomment qu'un type de drogue.*

réponse à ce dernier. Par conséquent, il est important de bien caractériser l'étiologie des problèmes psychologiques de chaque individu afin de comprendre la relation entre ses difficultés et la dépendance et de poser les gestes appropriés en matière d'intervention. Enfin, l'auteure examine les différentes phases du processus de traitement et de rétablissement et, si elle reconnaît que l'expérience de chaque individu est différente, elle suggère les stades suivants. Tout d'abord, l'individu connaît une période de refus, durant laquelle il ne peut ou ne veut admettre l'existence ou la gravité du problème de dépendance. S'il poursuit le traitement et finit par admettre le problème, il connaît en général alors une période d'anxiété et de culpabilité extrêmes, de perte de confiance en lui, de crainte et de profonde tristesse; il oscille en général entre les sentiments de rage, de désespoir et de culpabilité extrême. Au fur et à mesure que le traitement progresse, le client fait l'apprentissage de nouveaux mécanismes d'adaptation et de nouvelles méthodes de communication plus efficaces; il tentera alors probablement d'acquérir des habitudes sociales plus positives, de renouer avec sa famille et ses amis et de réintégrer la société à titre de non-toxicomane. Chacun de ces stades, admet l'auteur, amène ses propres problèmes et craintes; il est donc important que les cliniciens sachent reconnaître les difficultés et les limites affectives et psychologiques de chaque client et en tiennent compte, tout en évitant que ces limites entravent son rétablissement.

*Au fur et à mesure que le traitement progresse, le client fait l'apprentissage de nouveaux mécanismes d'adaptation et de nouvelles méthodes de communication plus efficaces.*

OETTING, E. R.; ET BEAUVAIS, F. (1991).

**Critical incidents: Failure in prevention.**

*The International Journal of the Addictions* 26 (7) : 797-820.

En règle générale, les études d'évaluation de programmes de prévention de l'abus de substances publiées ne font état que des expériences réussies dans cet article, les auteurs affirment que l'on pourrait apprendre beaucoup de ce qui n'est jamais publié, c'est-à-dire des aspects reliés à l'«échec» des programmes. Trois types d'échecs des programmes sont abordés. *L'échec sur le plan de la mise en oeuvre* s'observe lorsque l'on a fait des plans grandioses, ou encore qui nécessitent des ressources supérieures à celles qui sont accessibles. *L'échec sur le plan de l'efficacité* se produit en cas d'incapacité des programmes d'atteindre des objectifs trop ambitieux. *L'échec sur le plan de la survie* s'observe souvent lors de la mise en oeuvre du programme, dans les cas où l'on suppose qu'un programme continuera d'être utilisé sans soutien et sans mise à niveau. Les auteurs citent ces raisons pour expliquer l'échec des efforts de prévention.

PALOMARES, U.; ET BALL, G.

**The Magic Circle — Human Development Program.**

Edmonton : EDUCOM.

Ce programme bien connu de santé mentale en milieu scolaire a été conçu pour les classes du niveau primaire. Il vise à favoriser la croissance sociale et affective et à inculquer la responsabilité vis-à-vis des autres. Dans le cadre du programme, on propose un manuel théorique qui décrit la manière d'aborder les tâches développementales clés. Le programme s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle la croissance et l'expérience s'articulent autour de trois thèmes : sensibilisation, interaction sociale et maîtrise des situations.

PERRY C.; ET JESSOR, R. (1985).

**The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse.**

Health Education Quarterly 12 (2) : 169-184.

Dans cet article, les auteurs décrivent un modèle de promotion de la santé destiné aux programmes de prévention communautaire. Les auteurs subdivisent la santé en quatre volets : physique, social, psychologique et personnel (réalisation du potentiel personnel). Ces volets sont ensuite appliqués à trois sphères d'intervention préventive : personnalité, environnement et comportement. Les deux objectifs sont les suivants : 1) renforcer et encourager les comportements favorables à la santé dans les quatre secteurs, 2) atténuer ou éliminer les comportements nocifs pour la santé. Le modèle est appliqué à une initiative communautaire, le *Minnesota Heart Health Program*. Dans chacune des trois sphères d'intervention sont répertoriées des stratégies spécifiques.

SANCHEZ-CRAIG, M.; WILKINSON, D. A.; ET WALKER, K. (1987).

**Theory and methods for secondary prevention of alcohol problems: A cognitively-based approach.**

*Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual*, ed. W. M. Cox, 287-331. New York : Academic Press, Inc.

Dans ce chapitre, les auteurs proposent une vue d'ensemble des programmes de prévention secondaire, qui présupposent l'adoption d'un autre concept que le modèle pathologique de la dépendance. De l'avis des auteurs, la consommation excessive d'alcool est dans une grande mesure un comportement acquis, qui peut être modifié par l'application de méthodes

s'appuyant sur les principes de l'apprentissage. D'après cette théorie, l'abstinence est un objectif possible, mais non nécessaire, du traitement, qui est plus facilement atteint lorsque l'apprentissage en est encore à un stade précoce. Par conséquent, il s'agit d'un modèle approprié pour les clients qui en sont au stade de l'abus d'alcool, par opposition à ceux qui sont dépendants. Les auteurs font une présentation détaillée de l'élaboration et de l'évaluation d'un modèle de traitement cognitivo-comportemental, qui privilégie les méthodes cognitives d'adaptation. Ce modèle a été appliqué avec énormément de succès pour modérer la consommation d'alcool de buveurs à problèmes qui refusaient en général les traitements traditionnels axés sur l'abstinence. On évoque également l'application de ces méthodes à l'abus d'autres substances.

SECOND NATIONAL WORKSHOP ON WOMEN AND TOBACCO. (1995).

**Women and tobacco: Background discussion paper and literature review.**

Document de travail inédit.

Ce document de travail propose une revue exhaustive de la littérature sur le tabagisme chez la femme. Il couvre des questions telles que la prévalence, la survenue, la poursuite, les programmes de prévention et d'abandon du tabagisme ainsi que les politiques gouvernementales sur l'usage du tabac. L'analyse porte essentiellement sur les recherches, les programmes et les initiatives gouvernementales récents au Canada.

SKINNER, P. T. (1984).

**Skills not pills: Learning to cope with anxiety symptoms.**

*Journal of the Royal College of General Practitioners* 34 : 258-260.

L'auteur décrit un programme britannique qui vise à enseigner des techniques de maîtrise de l'anxiété aux patients en médecine générale. Les patients ont reçu la documentation et ont eu des exercices à faire au cours d'une période de six semaines. Deux-tiers des 35 patients étaient de sexe féminin, l'âge moyen était de 44 ans, l'intervalle de 33 à 77 ans, et les sujets appartenaient pour la plupart aux catégories sociales défavorisées. Après un an, presque tous les patients ont indiqué une réduction de leur anxiété, aucun d'entre eux n'a signalé d'augmentation, tandis que 24 (73 %) ne prenaient plus de médicaments pour leurs problèmes d'anxiété. On ne trouve ici aucune comparaison statistique.

*Après un an, presque tous les patients ont indiqué une réduction de leur anxiété, aucun d'entre eux n'a signalé d'augmentation, tandis que 24 (73 %) ne prenaient plus de médicaments pour leurs problèmes d'anxiété.*

TOEWS, J.; ET EL-GUEBALY, N. (1989).

**A call for primary prevention: Reality or Utopia.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 34 : 928-933.

Les auteurs de cet article, s'appuyant sur le document fédéral *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, affirment que les psychiatres doivent réexaminer les questions reliées à la prévention primaire. Psychiatres eux-mêmes, les auteurs commencent par s'attaquer aux problèmes posés par la définition de la prévention primaire, de la promotion de la santé et de la santé mentale. Ils décrivent ensuite l'évolution de la prévention primaire depuis le début des années 60. Ils se penchent sur les modèles unipolaires de santé publique et d'intervention en cas de crise des années 60 et 70, les modèles multipolaires du changement et de l'enrichissement social des années 70 et 80, ainsi que les facteurs de risques et les marqueurs. Ils s'arrêtent brièvement sur les changements philosophiques de cette période, où l'on est passé de la prévention primaire à la promotion de la santé, des populations à risque à la population dans son ensemble, de la recherche sur les facteurs de risque à l'attention accordée à la résistance. Les auteurs proposent ensuite leur propre modèle conceptuel, qui tient compte des changements de paradigme. Ils soulignent les problèmes auxquels est toujours confrontée la recherche dans ce domaine, mais exhortent les psychiatres à participer activement à «la quête de stratégies optimales et à la promotion de la santé».

*Psychiatres eux-mêmes, les auteurs commencent par s'attaquer aux problèmes posés par la définition de la prévention primaire, de la promotion de la santé et de la santé mentale.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1993).

**Plan d'action européen contre l'alcoolisme.**

Copenhague : Bureau régional européen, p.34.

L'objet de cette brochure est d'aider les états-membres à prévenir les risques pour la santé et les conséquences sociales de l'usage d'alcool. On y trouve des données à jour sur la consommation dans les états-membres européens. Partant de la constatation selon laquelle l'Europe possède les taux les plus élevés de production, d'exportation et de consommation d'alcool au monde, la politique «Santé pour tous» vise à obtenir une réduction significative de la consommation d'alcool, de tabac et de psychotropes dans l'ensemble des 26 états-membres d'ici l'an 2000. Les orientations stratégiques et les méthodes permettant d'atteindre ce but sont décrites.

## B. ASPECTS CLINIQUES

### 1. Dépendance ou maladie mentale

COMMITTEE OF THE INSTITUTE OF MEDICINE. (1990).

**Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems.**

Washington, D.C. : National Academy Press.

Dans cet ouvrage, on fait le point sur la question du traitement des problèmes d'alcool aux États-Unis, à la lumière de données recueillies par un groupe de spécialistes en recherche sur le traitement de l'alcoolisme, de renommée internationale. On y décrit le traitement par un triangle, représentant le spectre de réponse de la population américaine. La base du triangle représente la forte proportion d'individus qui ne présentent pas de problèmes de consommation d'alcool, et pour lesquels les programmes de prévention primaire sont appropriés. À mesure que la consommation augmente, une fraction de la population commence à éprouver des symptômes légers à modérés; il s'agit des buveurs à problèmes, pour lesquels les programmes de prévention secondaire sont indiqués. Au sommet du triangle, une faible proportion est en proie à des problèmes importants à graves; dans ce cas, un traitement tertiaire est recommandé. Cet ouvrage traite de sujets très divers, par exemple les personnes visées par le traitement, les coûts du traitement, l'efficacité du traitement, la nécessité du traitement, le rôle de la collectivité et le choix du traitement approprié. Plusieurs populations sont considérées, notamment les patients psychiatriques souffrant de troubles mixtes.

CORMIER, D. (1990).

**Vers de nouveaux modèles d'approche des toxicomanies.**

*Psychotropes* 6 (1) : 31-37.

Dans cet article, l'auteur se penche sur la tendance actuelle à privilégier l'approche holistique pour la prévention et la réadaptation des toxicomanes. Auparavant, c'est le modèle médical de l'abus de substances, selon lequel le toxicomane souffrait d'une maladie, qui primait. On pensait alors que l'abus de substances, et en particulier l'alcoolisme, était un problème physiologique génétiquement prédéterminé qui ne pouvait être corrigé. On pensait que la seule manière de «guérir» de cette maladie était l'abstinence totale de la consommation de psychotropes. Des recherches plus approfondies nous ont appris que, si 40 % des cas de toxicomanie peuvent être attribués à la génétique, 60 % sont reliés à la situation et à la condition psychologique de l'individu. Le modèle de toxicomanie axé sur le mode de

*Des recherches plus approfondies nous ont appris que, si 40 % des cas de toxicomanie peuvent être attribués à la génétique, 60 % sont reliés à la situation et à la condition psychologique de l'individu.*

vie a vu le jour à la fin des années 70; selon ce modèle, les facteurs tels que solitude, manque d'estime de soi, insatisfaction à l'égard de la vie, besoin de gratification immédiate, émergence de la société «jetable», etc., précipitent l'apparition de problèmes d'abus de substances. Les programmes de traitement et d'éducation visent donc à prévenir l'abus de substances en réapprenant à l'individu à poser les gestes voulus pour optimiser sa santé globale, tant physique que mentale. On apprend notamment aux individus à maîtriser au mieux leur situation personnelle et à en tirer parti. Les individus apprennent à déterminer leurs priorités dans la vie et à atteindre ces buts pour eux-mêmes (en particulier loisirs et divertissements). Ils apprennent également comment boire de manière responsable, afin de bénéficier de certains des effets positifs de l'alcool sans en devenir dépendants.

DAHLGREN, L.; ET WILLANDER, A. (1989).

**Are specialized treatments for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility.**

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 13 : 499-504.

Dans cette étude, réalisée en Suède, on a comparé l'issue du traitement chez les femmes souffrant de problèmes d'alcool dans un centre prodiguant des soins spéciaux aux femmes (EWA) et chez celles d'un groupe témoin traité dans un établissement mixte. L'échantillon de 200 femmes a subi une désintoxication complète, suivie de soins médicaux et de séances de thérapie de groupe et de réadaptation par le travail. Les femmes souffrant de problèmes d'alcool, concluent les auteurs, hésitent à suivre un traitement dans les établissements traditionnels, car elles redoutent la confrontation hostile avec les patients de sexe masculin, le fait d'être étiquetées comme alcooliques et d'être remarquées par les services sociaux, en particulier lorsqu'elles ont des enfants. Les résultats obtenus par le groupe traité dans le centre EWA sont supérieurs à ceux du groupe suivi dans établissement traditionnel à presque tous les égards : a) le taux de mortalité est moins élevé au centre EWA (un) que dans le groupe témoin (trois); b) 16 % des sujets du centre EWA ont fait des rechutes, par rapport à 31 % dans le groupe témoin; c) 4 % des femmes du centre EWA ont perdu leur emploi, comparativement à 17 % dans le groupe témoin, groupe dans lequel un nombre supérieur de sujets ont été jugés moins résistants; d) le nombre de sujets qui parviennent à maîtriser leur consommation d'alcool est plus élevé chez les femmes du centre EWA que chez celles du groupe témoin. De surcroît, les auteurs notent que le centre EWA attire un plus grand nombre de femmes occupant un emploi bien rémunéré, qui seraient

sinon restées des alcooliques cachées, ce qui a permis de planifier un traitement précoce. En conclusion, les auteurs indiquent que les résultats de leur étude constituent une exception et qu'il convient de mettre en oeuvre davantage de programmes EWA.

EL-GUEBALY, N.; ET HODGINS, D. C. (SOUS PRESSE).

**Drinking situations, mood and depression as predictors of alcohol relapse.**

*Proceedings of the IX World Congress of Psychiatry.*

Les auteurs de cette étude se penchent sur la question de la rechute de l'alcoolisme, en prenant en considération la relation complexe entre les troubles de l'humeur et la consommation d'alcool. Les sujets de l'étude sont 84 alcooliques souhaitant suivre un traitement en clinique externe ou en établissement. Dans ce groupe, 23 % répondent aux critères de la dépression, d'après une interview dirigée (SCID); par ailleurs, 57 % des sujets ont été dépressifs par le passé. L'administration d'un questionnaire sur les situations associées à la consommation d'alcool (IDS-42) montre que l'abus de substances est le plus rattaché à la pression sociale et aux états émotifs désagréables. Ces états négatifs sont les facteurs précipitants des rechutes les plus fréquemment signalés, mais le type de situation dans laquelle l'alcool est consommé ne permet pas de prédire la probabilité d'une rechute. Les clients déprimés au moment de l'enquête sont plus susceptibles de faire une rechute plus tôt (délai médian de 42 jours par rapport à 91 jours) que les clients non déprimés.

*Ces états négatifs sont les facteurs précipitants des rechutes les plus fréquemment signalés, mais le type de situation dans laquelle l'alcool est consommé ne permet pas de prédire la probabilité d'une rechute.*

GORDON, V. C.; ET LEDRAY, L. E. (1985).

**Depression in women: The challenge of treatment and prevention.**

*Journal of Psychosocial Nursing 23 (1) : 26-34.*

Dans cette revue de la littérature, les auteurs examinent la prévalence de la dépression chez les femmes et les différentes théories qui ont été utilisées pour expliquer la raison pour laquelle le diagnostic de la dépression et la consultation pour son traitement sont deux fois plus fréquents chez les femmes. Fait particulièrement intéressant, le mariage semble être un facteur protecteur dans la survenue de la dépression chez l'homme, tandis que c'est un facteur de risque chez la femme; chez les femmes célibataires, divorcées ou veuves, les taux de dépression sont significativement plus faibles que chez leurs homologues mariées. Les auteurs se penchent sur l'incidence des facteurs génétiques et endocriniens et passent en revue les différentes théories (approches comportementales et cognitives et résignation

acquise) qui servent à expliquer la dépression chez les femmes. Enfin, on souligne l'importance de la précocité du diagnostic et du traitement, car les femmes consultent souvent dans les derniers stades, les plus sévères, de leur dépression. De surcroît, il faut mettre au point de nouvelles méthodes d'intervention qui n'incitent pas les femmes à avoir une image d'elles passive, soumise, et par conséquent négative (comme on l'a fait jusqu'ici), de sorte qu'elles adoptent une attitude plus agressive et plus assurée, non seulement durant leur traitement, mais aussi dans leur vie, afin d'éviter tout épisode futur de dépression.

HOLSTEN, F. (1985).

**The female drug abuser: Has she a shorter way out?**

*Journal of Drug Issues* --- : 383-392.

L'auteur s'intéresse aux différences en fonction du sexe sur le plan du contexte, de l'affect et du pronostic, entre les consommateurs de drogues de sexe féminin et masculin. L'échantillon, représentatif d'une population d'un établissement psychiatrique dans l'ouest de la Norvège, comprenait 95 sujets dans le groupe expérimental et 95 sujets dans le groupe témoin. Le groupe expérimental était constitué de personnes qui avaient suivi un traitement contre l'usage de drogues. D'après les résultats signalés par l'auteur, des consommatrices de drogues ont un contexte social plus difficile que leurs homologues de sexe masculin, en particulier en ce qui concerne les relations et le dossier scolaire. Les femmes étaient moins nombreuses à consommer des drogues dures au moment du traitement et leur pronostic était également meilleur que celui des hommes. Pour la patiente, la porte de sortie prend souvent la forme de variables sociales telles que le mariage et la grossesse; en revanche, les toxicomanes de sexe masculin doivent parcourir un plus long chemin pour se réintégrer dans la société. De l'avis de l'auteur, le traitement de la femme toxicomane devrait être axé sur le rôle sexuel de la patiente.

*D'après les résultats signalés par l'auteur, des consommatrices de drogues ont un contexte social plus difficile que leurs homologues de sexe masculin, en particulier en ce qui concerne les relations et le dossier scolaire.*

HOLT, S.; SKINNER, H. A.; ET ISRAEL, Y. (1981).

**Early identification of alcohol abuse, II: Clinical and laboratory indicators.**

*Canadian Medical Association Journal* 124 : 1279-1295.

Cet article est la suite d'une autre publication (Skinner, Holt et Israel (1981), section I-A, p. 30). Les auteurs y affirment que les problèmes d'alcool restent souvent cachés, même s'il existe à l'heure actuelle des indicateurs cliniques et biologiques qui permettent le dépistage des anomalies associées à l'alcool. Les auteurs dressent la liste des symptômes

cliniques, indiquent le stade de l'abus d'alcool ou de la dépendance auxquels ils sont utiles et leur intérêt diagnostique. Ils répertorient et expliquent les marqueurs biologiques, tout en précisant qu'ils ne peuvent être utilisés qu'à titre de complément, pour valider les données obtenues lors de l'interview. À cette époque, on ne disposait pas de marqueurs cliniques spécifiques à l'alcoolisme et on attend toujours la mise au point de «vrais» marqueurs biochimiques de l'abus d'alcool.

HUGHES, J. R. (1993).

**Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems.**

*Journal of Substance Abuse Treatment* 10 : 181-187.

Dans cette étude, on a comparé la thérapie de substitution de la nicotine et la thérapie comportementale chez des groupes de fumeurs ayant des antécédents d'abus d'alcool ou de drogues. Selon la gravité du problème de tabagisme, la population a été divisée en deux groupes; 1) les individus présentant un grave problème de dépendance à l'égard du tabac ont été placés dans la catégorie des fumeurs à antécédents négatifs, 2) ceux dont le problème de dépendance était moindre ont été classés dans la catégorie des fumeurs à antécédents positifs. Les fumeurs à antécédents positifs boivent un peu plus de café, fument davantage de cigarettes par jour et ont commencé à fumer trois ans plus tôt que les fumeurs à antécédents négatifs. Les fumeurs à antécédents positifs indiquent également qu'ils ont rencontré plus de difficultés à diminuer leur consommation de cigarettes que les fumeurs à antécédents négatifs. Avant de cesser de fumer, les fumeurs à antécédents positifs ont indiqué être plus irritables et ressentir un plus grand malaise global que les fumeurs à antécédents négatifs. Les fumeurs ayant eu des problèmes d'usage d'alcool ou de drogues sont plus dépendants sur le plan du comportement, mais moins sur un plan physique. La thérapie comportementale augmente les taux d'abandon du tabac chez les fumeurs à antécédents positifs davantage que chez les fumeurs à antécédents négatifs, ce qui pourrait indiquer que la nicotine aurait un effet bénéfique chez les alcooliques en voie de rétablissement. Le plus grand atout de cette analyse est que les comparaisons ont été tant transversales que longitudinales pendant la même période.

KAUFMAN, E.; ET MCNAUL, J. P. (1992).

**Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence.**

*Hospital and Community Psychiatry* 43 : 223-236.

Dans cette revue, les auteurs font le point sur la recherche concernant les facteurs influençant l'abus de drogues et la toxicomanie, en résumant les progrès réalisés pour mieux cerner les questions entourant le traitement. Le nombre de recherches effectuées dans ce domaine témoigne de la gravité du problème de l'abus de drogues pour les psychiatres et autres praticiens en santé mentale.

LIGHTFOOT, L.; ADRIAN, M.; LEIGH, G.; ET THOMPSON, J. (IN PRESS).

**Substance abuse treatment and prevention for women.**

*Women's Use of Alcohol and Other Drugs in Canada*, ed. M. Adrian. Toronto: Addiction Research Foundation.

Dans ce chapitre, les auteurs passent en revue les publications traitant du traitement de l'abus de substances et de sa prévention chez les femmes, puis analysent les programmes et les ressources offerts aux femmes en s'appuyant sur les données produites par l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues. En conclusion, affirment les auteurs, rares sont les faits établis en ce qui concerne l'issue du traitement des femmes toxicomanes. Le chapitre comporte un grand nombre de tables statistiques sur les indices démographiques, la consommation de médicaments en vente libre et vendus sur ordonnance, l'état de santé et le recours aux services de traitement. En outre, ils soulignent le manque de services en matière de traitement s'adressant spécifiquement aux femmes au Canada.

*En conclusion, affirment les auteurs, rares sont les faits établis en ce qui concerne l'issue du traitement des femmes toxicomanes.*

LITT, M. D.; BABOR, T. F.; DELBOCA, F. K.; KADDEN, R. M.; ET COONEY, N. L. (1992).

**Types of alcoholics, II: Application of an empirically derived typology to treatment matching.**

*Archives of General Psychiatry* 49 : 609-614.

Dans cette étude, on évalue le succès de différentes options de traitement auprès de deux sous-types (type A et type B) d'alcooliques. Selon l'hypothèse de travail des chercheurs, les alcooliques de type B répondent mieux à l'apprentissage des techniques d'adaptation, tandis que l'approche d'interaction convient mieux à ceux de type A. L'échantillon a été constitué à partir des individus inscrits à un programme de traitement de l'alcoolisme en établissement et ne comportait que des sujets de sexe masculin qui ont été

répartis en cohorte, selon qu'ils devaient suivre un programme d'apprentissage de techniques d'adaptation, ou une thérapie axée sur l'interaction. Les sujets des deux groupes ont reçu des soins de suivi, alliant apprentissage des mécanismes d'adaptation et formation interactive. On a comparé l'efficacité des traitements en utilisant les données pré-traitement sur les patients en établissement et en effectuant un suivi 26 semaines après que les clients aient quitté le programme de suivi. Le principal résultat mesuré était le nombre de jours de consommation excessive. On a eu recours à l'analyse de variance de mesures répétées pour détecter la différence sur le plan de la consommation pré-traitement attribuable au sous-type d'alcoolisme (A ou B) et au type de traitement (Thérapie d'apprentissage des techniques d'adaptation ou thérapie fondée sur l'interaction en groupe). Le type de traitement se révèle un facteur significatif. Par ailleurs, les patients n'ayant pas suivi la thérapie qui leur convient (type A - Techniques d'adaptation et type B - Thérapie d'interaction en groupe) sont exposés au risque de rechute le plus élevé.

MARLATT, G. A. (1985).

**Coping and substance abuse: Implications for research, prevention, and treatment.**

*Coping and substance abuse*, éd. S. Shiffman et T. A. Wills, 367-386. California: Academic Press, Inc.

Dans ce chapitre, l'auteur résume et pose les bases théoriques d'une discussion sur l'évolution de la perception du modèle de la dépendance. Cette évolution, de l'avis de l'auteur, fait passer le domaine du traitement de la dépendance du modèle de «la dépendance en tant que maladie» à celui de «la dépendance à titre de mécanisme inapproprié d'adaptation au stress». L'auteur présente dans ce chapitre des informations sur le stress, les situations à haut risque, les attentes, la prise de décision, l'adaptation, l'auto-efficacité et la motivation, en indiquant qu'il s'agit de volets importants de ce nouveau modèle plus efficace du traitement des dépendances.

*Cette évolution, de l'avis de l'auteur, fait passer le domaine du traitement de la dépendance du modèle de «la dépendance en tant que maladie» à celui de «la dépendance à titre de mécanisme inapproprié d'adaptation au stress».*

MARLATT, G. A.; LARIMER, M. E.; BAER, J. S.; ET QUIGLEY, L. A. (1993).

**Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy.**

*Behavior Therapy* 24 : 461-504.

Dans cet article de synthèse, les auteurs offrent une vue d'ensemble d'un modèle pathologique (qui vise l'abstinence) et d'un modèle de prévention secondaire (qui vise la consommation modérée), et cherchent à intégrer ces

deux approches pour constituer un modèle axé sur la réduction des torts. Ce modèle s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle les habitudes s'inscrivent dans un continuum allant des conséquences bénéfiques aux conséquences nocives. Par ce modèle, on veut faciliter le déplacement à l'intérieur du continuum en encourageant le sujet à réduire les effets nocifs associés à l'usage de drogues. Après avoir fait état des résultats obtenus par de brefs traitements auprès de buveurs à problèmes et d'un modèle de «soins progressifs» pour les étudiants de niveau collégial, les auteurs élaborent une approche intégrée basée sur la réduction des effets nocifs. Une liste bibliographique exhaustive est fournie.

MCINTYRE, K. O.; LICHTENSTEIN, E.; ET MERMELSTEIN, R. J. (1983).

**Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (4) : 632-633.

Cette étude a été réalisée auprès de 74 fumeurs qui participaient à un programme de traitement axé sur l'apprentissage de techniques permettant de faire face aux situations susceptibles de donner naissance à un désir de fumer. On a évalué l'impact de ce type d'intervention (communément appelée approche de l'apprentissage social) en s'appuyant sur le degré de confiance dans la capacité de faire face aux situations à haut risque, indiqué par chaque sujet, selon qu'il avait ou non réussi à rester abstiné. D'après les résultats, l'auto-efficacité mesurée à la fin du programme est un bon prédicteur à court terme (trois mois) de l'abstinence, mais devient un prédicteur moins efficace de l'abstinence à long terme. On constate que la situation à l'égard du tabagisme à la fin du traitement est un meilleur prédicteur de l'abstinence future que la mesure de l'auto-efficacité; ainsi, un comportement propice à l'abstinence est un meilleur prédicteur de l'abstinence future que les convictions de l'individu sur sa capacité de faire face aux situations à haut risque.

MOOS, R. H.; FINNEY, J. W.; ET CRONKITE, R. C. (1990).

**Alcoholism Treatment. Context, Process, and Outcome.**

Oxford: Oxford University Press, 291pp.

Dans cet ouvrage, on fait le point sur plus d'une décennie de recherches sur l'efficacité du traitement de l'alcoolisme. Les auteurs souhaitent «en apprendre davantage sur la nature et l'évolution de l'alcoolisme» en examinant le processus de mise en oeuvre et les effets du traitement de l'alcoolisme en établissement, et en évaluant dans quelle mesure le fonctionnement des patients après le traitement est influencé par des facteurs tels que le milieu

familial et professionnel. Ils emploient une démarche différente de celle qu'empruntent les études d'évaluation de traitement traditionnelles, en ce qu'ils cherchent à comprendre les influences relatives des variables démographiques et du vécu des clients avant le traitement, des volets et de la qualité du programme, et des agents stressants de la vie et des stratégies d'adaptation durant la période de suivi. Les auteurs s'intéressent en particulier aux mécanismes d'adaptation à titre de modèle dynamique qui reconnaît que les facteurs personnels et environnementaux évoluent constamment, tout comme les variables qui influent sur l'adaptation de l'individu. Les différences sur le plan des résultats du traitement s'expliquent autant, sinon plus, par le vécu du client et ses capacités d'adaptation que par les variables démographiques.

PEELE, S. (1991).

**What works in addiction treatment and what doesn't: Is the best therapy no therapy?**

*The International Journal of the Addictions* 25 : 1409-1419.

L'auteur souligne qu'il existe de nombreuses recherches sur l'efficacité des traitements et présente les résultats de trois enquêtes différentes. Il conclut que les trois enquêtes mettent en évidence des observations similaires : a) les traitements dans lesquels l'usage de drogues est considéré comme un problème individuel interne sont voués à l'échec; b) aux États-Unis, la majorité des traitements sont construits sur ce modèle médical du déficit individuel. Selon l'auteur, un traitement efficace devrait enseigner aux individus à acquérir des techniques leur permettant de faire face au quotidien, s'attaquer au système de valeurs négatives du toxicomane et considérer les familles, les groupes sociaux et les collectivités comme la cause et la solution principales de la toxicomanie. En conclusion, affirme l'auteur, le traitement communautaire est préférable et présente un meilleur rapport coût-efficacité.

*En conclusion, affirme l'auteur, le traitement communautaire est préférable et présente un meilleur rapport coût-efficacité.*

PEPPER, H.; KIRSHNER, M. C.; ET RYGLEWICZ, H. (1981).

**The young adult chronic patient: Overview of a population.**

*Hospital and Community Psychiatry* 32 : 463-469.

Dans cet article, les auteurs tracent le profil de jeunes adolescents qui présentent divers troubles mais qui ont en commun le fait de vivre en marge de la société. De l'avis des auteurs, ces jeunes diffèrent de leurs homologues plus âgés car ils ne sont plus sous la protection des établissements de soins. Il est plus pratique de les décrire selon leurs incapacités

fonctionnelles que selon leur diagnostic. Ces jeunes nécessitent un large éventail de services, en particulier l'intervention en cas de crise, la prise en charge des cas et des services en établissement.

ROSS, H. E. (1989).

**Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison between men and women.**

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 13 : 810-816.

Dans cette étude, on a évalué les différences entre les hommes et les femmes dans un échantillon de 501 patients (260 hommes et 241 femmes) inscrits pour fin d'évaluation ou de traitement à la Fondation de recherches sur l'alcoolisme et la toxicomanie à Toronto; 427 (85 %) clients répondaient aux critères du DSM-III relativement à l'abus d'alcool ou à l'alcoolisme, et 78 % des sujets diagnostiqués ont convenu de leur problème vis-à-vis de l'alcool. Les résultats montrent que les hommes, en général : a) ont commencé à boire plus tôt que les femmes (l'âge moyen du premier problème de consommation d'alcool chez les hommes est de 22 ans, par rapport à 25 ans chez les femmes; b) boivent davantage que les femmes; c) souffrent de troubles plus graves sur le plan de leur vie sociale et professionnelle. Les hommes ont également des antécédents de problèmes plus anciens (13,5 ans) que les femmes (9,5 ans). Chez les femmes, les symptômes de sevrage tels que les tremblements et les éclipses sont plus prononcés lorsqu'elles tentent de devenir sobres. Chez les deux sexes, la probabilité d'avoir consommé d'autres drogues de manière abusive est la même, mais davantage de femmes font état de difficultés reliées à la consommation de barbituriques, de sédatifs et de tranquillisants, tandis que les hommes indiquent des problèmes causés par la consommation de cannabis et de tabac.

SEES, K. L.; ET CLARK, H. W. (1993).

**When to begin smoking cessation in substance abusers.**

*Journal of Substance Abuse Treatment* 10 : 189-195.

Les auteurs étudient dans cet article l'importance de l'abandon du tabac dans les traitements en groupe en soulignant les conséquences pour la santé du tabagisme, la nature prédictive de cette habitude et les signaux situationnels qui déclenchent la consommation de tabac. Ils mettent en question le dogme selon lequel il est trop difficile de renoncer à toutes les dépendances simultanément. Bien souvent, le tabagisme fait partie de la catégorie des dépendances que le médecin conseille aux patients de ne pas abandonner. Si la plupart des directeurs de programmes (72 %) estiment

*Ils mettent en question le dogme selon lequel il est trop difficile de renoncer à toutes les dépendances simultanément.*

que la dépendance à l'égard de la nicotine doit être traitée comme une toxicomanie, rares sont ceux (11 %) qui mettent réellement en oeuvre un traitement contre la nicotine dans le cadre de leurs programmes. En présentant les résultats de leur enquête, les auteurs confirment que les toxicomanes souhaitent cesser de fumer. Tous les alcooliques, 72 % des cocaïnomanes et 70,5 % des héroïnomanes expriment le désir de cesser de fumer.

SHADEL, W. G.; ET MERMELSTEIN, R. J. (1993).

**Cigarette smoking under stress: The role of coping expectancies among smokers in a clinic-based smoking cessation program.**

*Health Psychology* 12 (6) : 443-450.

Les auteurs examinent dans cette étude l'incidence de deux types d'attentes au sujet du retour au tabagisme. Les auteurs explorent la relation entre l'opinion selon laquelle la cigarette est un bon moyen de surmonter le stress et l'opinion selon laquelle l'individu dispose des mécanismes nécessaires pour surmonter le stress sans fumer. L'étude portait sur 83 participants à un programme antitabac. On a recueilli un large éventail d'informations sur les habitudes de consommation de tabac, le mode de vie et les attentes des participants. D'après les résultats, quelle que soit la force de l'habitude de fumer, les attentes de chaque individu en ce qui concerne la maîtrise du stress sont clairement reliées aux comportements futurs face à la cigarette. En particulier, l'opinion au sujet des capacités d'adaptation au stress et de leur efficacité dans diverses situations semble être un prédicteur solide du tabagisme futur dans les situations de stress.

*D'après les résultats, quelle que soit la force de l'habitude de fumer, les attentes de chaque individu en ce qui concerne la maîtrise du stress sont clairement reliées aux comportements futurs face à la cigarette.*

SHAFFER, H. J.; ET ZINBERG, N. E. (1993).

**Denial, ambivalence and counter-transference hate.**

*Alcoholism: Dynamics and Treatment*, éd. J. D. Levin et R. Weiss. New Jersey: Jason Aronson Inc.

Les auteurs présentent dans cet article un modèle de stades de dépendance, faisant appel aux concepts des théories du changement et s'appuyant sur leur étude précédente dans laquelle le processus naturel d'abandon a été décrit par les cocaïnomanes ayant vaincu leur dépendance. Le modèle décrit les stades du début et des conséquences positives, conduisant à l'ambivalence lorsque les conséquences négatives sont ressenties. Le point décisif pour l'abandon de la dépendance est le moment où l'individu reconnaît que l'abus de substances est responsable des événements négatifs dans sa vie. C'est alors que commence la phase d'abandon actif. La prévention des rechutes consiste à maintenir un nouveau mode de vie. De l'avis

des auteurs, l'échec des programmes de traitement s'explique moins par les caractéristiques des «clients» que par une adaptation insuffisante du traitement à chaque client, qui ne tient pas compte du stade de changement auquel l'individu est parvenu.

SPOTTS, J. V.; ET SHONTZ, F. C. (1991).

**Drugs and personality: Comparison of drug users, non-users, and other clinical groups on the 16PF.**

*The International Journal of Addictions* 26 (10) : 1019-1054.

Dans cette étude, les auteurs examinent la relation entre usage de drogues et caractéristiques de la personnalité. On y présente un examen exhaustif des études effectuées à l'aide du questionnaire d'analyse de la personnalité 16 de Cattell (16PF) qui se sont penchées sur la relation entre les caractéristiques de la personnalité et l'usage de drogues. L'échantillon de cette étude était constitué de 45 hommes, dont 36 indiquaient une consommation importante de cocaïne, de barbituriques/sédatifs hypnotiques, d'amphétamines ou d'opiacés, et 9 des non-consommateurs volontaires de drogues dures. La méthodologie décrite est celle de la méthode des cas représentatifs, qui consiste en une analyse approfondie et globale des questions pour chaque individu. Les résultats mettent en évidence des différences significatives entre les consommateurs de drogues et les non-consommateurs sur le plan des paramètres de la personnalité mesurée. Toutefois, on n'observe aucune différence significative entre les consommateurs de différentes drogues. De fait, les consommateurs chroniques de drogues montrent de grandes similarités sur le plan de leurs résultats au questionnaire 16PF. Les auteurs se disent très surpris par cette absence de différences, car les études antérieures avaient mis en évidence des différences significatives entre les consommateurs de différents types de drogues. Ils proposent comme hypothèse que l'absence de résultats significatifs à cet égard s'explique par l'incapacité du questionnaire 16PF de mesurer des différences subtiles de personnalité, ou encore que le questionnaire 16PF puisse être facilement manipulé par les répondants.

*Les résultats mettent en évidence des différences significatives entre les consommateurs de drogues et les non-consommateurs sur le plan des paramètres de la personnalité mesurée.*

STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; ET SIMPSON, E. E. (1993).

**Adult marijuana users seeking treatment.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 : 1100-1104.

Dans cet article, les auteurs examinent les caractéristiques de toxicomanes adultes qui ont fait l'objet d'un dépistage en vue de participer à des programmes de traitement visant les consommateurs de marijuana. Sur un échantillon total de 382 sujets (290 hommes et 92 femmes), 94 % des répondants

indiquent que l'autocontrôle et leurs inquiétudes pour leur santé sont les principaux motifs qui les incitent à abandonner leur habitude. Si 79 % des sujets de l'échantillon présentent un problème psychologique diagnosticable, 9 % d'entre eux seulement ont cherché de l'aide avant le traitement actuel, en dépit de la chronicité de l'abus et de leur détresse psychologique. Cinquante pour cent des sujets indiquent être des polytoxicomanes. Les auteurs établissent ensuite la distinction entre l'abus de marijuana seulement (MAO, n = 144), l'abus de marijuana avec polytoxicomanie concomitante (CPA, n = 75) et la prévalence à vie (LPA, n = 165). Les sous-groupes CPA et LPA font état de conséquences plus nocives de la consommation de substances que les sujets du groupe MAO. Ces derniers obtiennent des scores significativement inférieurs à la liste de contrôle des symptômes 90-R (SCL-90-R), comparativement aux deux autres sous-groupes. Si la détresse psychologique est significative et appréciable dans les trois sous-groupes, le degré de détresse est cependant plus élevé chez les polytoxicomanes.

WILLIAMS, R. J.; ET SCHMIDT, G. C. (1993).

**Frequency of seasonal affective disorder among individuals seeking treatment at a northern Canadian Mental Health Center.**

*Psychiatry Research* 46 : 41-45.

Cette étude porte sur la prévalence des troubles affectifs saisonniers (TAS) chez les individus suivant un traitement pour cause de perturbations récidivantes de l'humeur dans un établissement situé dans le nord canadien. L'étude a porté sur les clients d'un établissement psychiatrique dans une aire de recrutement de 23 000 habitants, pendant une période de deux ans. Sur l'ensemble des clients, 123 ont été traités pour un trouble récidivant de l'humeur. Le cinquième (41) des clients souffraient de TAS. Ce taux de prévalence, s'il est faible, ne se situe pas moins à l'intérieur de l'intervalle signalé par d'autres études publiées. Toutefois, c'est la première étude à avoir été réalisée dans une région aussi nordique. Pour expliquer un taux de prévalence si faible, les auteurs proposent trois hypothèses : 1) l'auto-sélection dans les comportements migratoires; en d'autres termes, les individus qui ne se plaisent pas et qui sont déprimés dans les régions nordiques déménagent généralement plus au sud; 2) une proportion importante des personnes souffrant de problèmes de santé saisonniers sont vues par des généralistes en pratique privée; 3) les différences sur le plan des techniques d'évaluation et des analyses statistiques donnent lieu à des variations des taux de prévalence. Les auteurs observent également que les individus souffrant de TAS sont en général nés plus au sud que ceux qui n'en souffrent pas.

WOOGH, C. M. (1990).

**Patients with multiple admissions in a psychiatric linkage system.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 35 : 401-406.

Les auteurs ont utilisé une base de données de Kingston (Ontario) pour calculer un index de l'utilisation des services, en vue de déterminer les caractéristiques des clients admis à plusieurs reprises. Les clients ont été regroupés dans trois catégories selon que leur utilisation des services était faible (1-100), modérée (101-300) ou élevée (<300 contacts) au cours d'une période de trois ans. Seuls les clients ayant plus de trois admissions ont été retenus (n = 467, ou 6,5 % de toutes les admissions). Les patients admis à plusieurs reprises sont en général jeunes, d'un niveau de scolarisation insuffisant et vivent seuls. Les plus vulnérables sont ceux qui souffrent de troubles fonctionnels majeurs. Le tiers de la cohorte totale des sujets admis à plusieurs reprises, et le quart des sujets souffrant de troubles fonctionnels majeurs ont fait l'objet d'un diagnostic d'abus de substance à au moins une occasion. En conclusion, affirme l'auteur, ces clients ont été traités dans plusieurs établissements différents, et ni les services de psychiatrie et de santé mentale, ni les services communautaires n'étaient équipés pour prendre en charge des patients atteints de troubles psychiatriques graves, qui abusent également des drogues.

*Les patients admis à plusieurs reprises sont en général jeunes, d'un niveau de scolarisation insuffisant et vivent seuls.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1993).

**Plan d'action européen contre l'alcoolisme.**

Copenhague : Bureau régional européen, p.34.

L'objet de cette brochure est d'aider les états-membres à prévenir les risques pour la santé et les conséquences sociales de l'usage d'alcool. On y trouve des données à jour sur la consommation dans les états-membres européens. Partant de la constatation selon laquelle l'Europe possède les taux les plus élevés de production, d'exportation et de consommation d'alcool au monde, la politique «Santé pour tous» vise à obtenir une réduction significative de la consommation d'alcool, de tabac et de psychotropes dans l'ensemble des 26 états-membres d'ici l'an 2000. Les orientations stratégiques et les méthodes permettant d'atteindre ce but sont décrites.

## B. QUESTIONS D'ORDRE CLINIQUE

### 2. Dépendance *et* maladie mentale

ALFS, D. S.; ET MCCLELLAN, T. A. (1992).

**A day hospital program for dual diagnosis patients in a VA medical center.**

*Hospital and Community Psychiatry* 43 : 241-244.

Cet article décrit un programme d'hôpital de jour d'une durée de six à huit semaines s'adressant aux patients souffrant de troubles mixtes, qui fait appel au travail en groupe, à la non-confrontation et dans lequel on fixe des objectifs de réduction de la consommation de psychotropes. On offre ensuite aux patients un programme de suivi. Les patients présentent un large éventail de diagnostics psychiatriques et de types d'abus de substance. Les auteurs font état d'une meilleure fréquentation quotidienne par rapport à d'autres programmes et présentent trois études de cas pour illustrer la diversité des troubles mixtes rencontrés. Ils concluent en indiquant que ces clients répondent progressivement à une approche de thérapie de groupe se déroulant dans un climat de non-confrontation.

ANTHENELLI, R. M.; ET SCHUCKIT, M. A. (1993).

**Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: Diagnosis and treatment.**

*Journal of Addictive Diseases* 12 : 73-87.

Dans ce document de travail, les auteurs se penchent sur la relation entre troubles de l'anxiété et de la dépression, d'une part, et abus de drogue ou alcoolisme, d'autre part. Les auteurs soulignent l'importance de faire la distinction entre les symptômes de l'anxiété et de la dépression découlant de l'abus de drogues et d'alcool et les troubles affectifs indépendants. Il se produit des interactions complexes à différentes phases de l'ivresse et du sevrage et une observation sur une certaine période est nécessaire pour réévaluer l'état du patient.

*Il se produit des interactions complexes à différentes phases de l'ivresse et du sevrage et une observation sur une certaine période est nécessaire pour réévaluer l'état du patient.*

BERNADT, M. W.; ET MURRAY, R. M. (1986).

**Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: What are the links?**

*British Journal of Psychiatry* 148 : 393-400.

Dans cet article, les auteurs font état de leur étude sur les habitudes de consommation d'alcool de 371 individus qui ne sont pas patients d'un établissement psychiatrique et 371 patients d'un hôpital psychiatrique. En

ce qui concerne la quantité consommée ainsi que la modification des habitudes de consommation durant les périodes de maladie, les auteurs ne relèvent aucune différence significative entre les deux groupes. Le diagnostic secondaire n'est pas plus commun dans la population d'individus alcooliques.

BLAND R.; ORN, H.; ET NEWMAN, S. C. (1988).

**Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton.**

*Acta-Psychiatrica Scandinavica* 77 (Supp. 338) : 24-32.

La prévalence des troubles psychiatriques à vie a été évaluée chez 3 258 adultes canadiens, à l'aide du questionnaire *Diagnostic Interview Schedule*. Les trois troubles les plus communs au cours de la vie de ces sujets sont l'abus d'alcool et l'alcoolisme, la phobie et les épisodes dépressifs majeurs. L'abus d'alcool et l'alcoolisme, de même que le trouble de personnalité antisociale, sont diagnostiqués plus souvent chez les hommes, tandis que les femmes sont plus nombreuses à souffrir de phobies et d'épisodes dépressifs majeurs. Le fait d'être marié et celui d'avoir un âge avancé (65 ans et plus) sont tous deux associés à une incidence plus faible de troubles psychiatriques à vie.

*Les trois troubles les plus communs au cours de la vie de ces sujets sont l'abus d'alcool et l'alcoolisme, la phobie et les épisodes dépressifs majeurs.*

BRADY, K.; ANTON, R.; BALLENGER, J. C.; LYDIARD, R. B.; ADINOFF, B.; ET SELANDER, J. (1990).

**Cocaine abuse among schizophrenic patients.**

*American Journal of Psychiatry* 147 : 1164-1167.

Les auteurs ont comparé 17 patients schizophrènes de sexe masculin, qui ont commencé à consommer de la cocaïne après avoir fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie, et 22 patients de sexe masculin dont l'âge et la durée de la maladie étaient comparables. On a eu recours au test t de Student pour comparer les groupes en ce qui concerne l'âge, la durée de la maladie, le nombre d'hospitalisations antérieures, le dosage de neuroleptiques et les tests psychométriques. Une analyse des chi carrés a permis de comparer les sous-types de schizophrénie, l'état dépressif actuel, les tentatives de suicide, la situation à l'égard de l'emploi et le nombre d'hospitalisations au cours de l'année précédant l'interview. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes sur le plan de l'âge, de la durée de la maladie ou des antécédents en matière d'emploi; toutefois, les patients faisant un usage abusif de cocaïne ont été hospitalisés beaucoup plus souvent, sont plus susceptibles d'être du sous-type paranoïde et répondent plus souvent aux critères de diagnostic d'un épisode dépressif majeur au moment de l'interview. On observe une variation considérable sur le plan des habitudes de consommation de cocaïne. En conclusion,

affirment les auteurs, l'usage de cocaïne pourrait aggraver l'évolution de la schizophrénie et contribuer aux rechutes.

BRADY, K. T.; ET LYDIARD, R. B. (1992).

**Bipolar affective disorder and substance abuse.**

*Journal of Clinical Psychopharmacology* 12 : 17S-22S.

Dans cet article, les auteurs passent brièvement en revue des études épidémiologiques portant sur les troubles liés à l'abus de substances et les troubles psychiatriques concomitants. Selon eux, l'abus de substances ou la toxicomanie sont beaucoup plus répandus chez les patients souffrant de troubles bipolaires que dans la population générale. Par ailleurs, les auteurs observent chez les clients maniacodépressifs consommant des substances de manière excessive une aggravation du déroulement de la maladie comparativement aux clients présentant d'autres troubles mixtes.

BRADY, K. T.; LYDIARD, R. B.; MALCOLM, M. D.; ET BALLENGER, J. C. (1991).

**Cocaine-induced psychosis.**

*Journal of Clinical Psychology* 52 (12) : 509-512.

Les auteurs se penchent dans cette étude sur la survenue d'épisodes psychotiques chez les consommateurs de cocaïne. L'échantillon était constitué de 55 individus suivant un traitement contre la cocaïnomanie. Ces individus ont passé une interview normalisée semi-dirigée dans laquelle on examinait leur expérience de la psychose en situation d'intoxication. Les auteurs observent que plus de la moitié des individus admis pour fins de traitement de la cocaïnomanie ont souffert d'une psychose induite par la cocaïne. Les individus qui ont eu des épisodes de psychose ont consommé des quantités plus importantes de cocaïne que les autres sujets et, en règle générale, ont recours à la méthode intraveineuse d'ingestion. Les sujets indiquent également une fréquence accrue d'épisodes psychotiques lorsqu'ils continuaient à consommer cette drogue.

*Les auteurs observent que plus de la moitié des individus admis pour fins de traitement de la cocaïnomanie ont souffert d'une psychose induite par la cocaïne.*

BRESLAU, N.; KILBEY, M.; ET ANDRESKI, P. (1991).

**Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults.**

*Archives of General Psychiatry* 48 : 1070-1074.

Dans cette étude, on a eu recours à la version révisée du *Diagnostic Interview Schedule du National Institute of Mental Health* qui tient compte des diagnostics du DSM-III-R, afin d'étudier une population aléatoire de

1 007 jeunes adultes âgés de 21 à 30 ans. Les sujets ont été subdivisés en catégories bien définies selon la prévalence à vie et sur un an du tabagisme et de la dépendance ou de la non-dépendance à l'égard de la nicotine, puis ont été classés en fonction de la prévalence à vie d'autres toxicomanies, de la survenue d'épisodes dépressifs majeurs ou de troubles de l'anxiété. Les résultats mettent en lumière, chez les personnes présentant une dépendance vis-à-vis de la nicotine, des taux plus élevés de dépendance vis-à-vis de l'alcool et d'autres drogues, de dépression majeure et de troubles de l'anxiété. Ces associations s'intensifient en fonction de l'augmentation des niveaux de dépendance à l'égard de la nicotine. Comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, les fumeurs non dépendants présentent des taux significativement plus élevés de dépendance à l'égard d'autres substances, mais pas de dépression majeure ou de troubles de l'anxiété.

BROCHU, S. (1986).

**La prévention de l'alcool chez les femmes.**

*L'Intervenant 3 (3) : 4-5.*

Cet article traite de la question de l'abus de l'alcool, du traitement et du rétablissement chez la femme. Si rares sont les publications axées spécifiquement sur le phénomène de l'abus d'alcool chez la femme, certaines recherches semblent indiquer que l'expérience des femmes alcooliques serait différente de celle des hommes. En premier lieu, les femmes sont beaucoup plus exposées à la critique sociale et familiale en cas de consommation abusive d'alcool, et sont moins susceptibles d'être épaulées par ces réseaux de soutien traditionnels une fois qu'elles ont recherché de l'aide pour régler leur problème. Deuxièmement, pour des raisons d'ordre physiologique, les conséquences physiques nocives de l'alcool se manifestent chez la femme de manière plus rapide et plus grave que chez l'homme. En outre, les enfants des femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse risquent de souffrir du syndrome d'alcoolisme foetal et de présenter de ce fait plusieurs malformations et difficultés d'ordre physique, affectif et psychologique. En ce qui concerne les stratégies de traitement, il a été démontré que les méthodes éprouvées chez les alcooliques de sexe masculin sont moins efficaces chez la femme. Il pourrait être nécessaire d'offrir des programmes différents, spécifiquement conçus pour les besoins des femmes, axés sur la santé physique et mentale, la création de nouveaux réseaux et de nouvelles sources de soutien affectif, des techniques de relaxation et les activités de loisirs et de détente, afin d'aider les intéressées à faire face aux sources quotidiennes de stress.

*En ce qui concerne les stratégies de traitement, il a été démontré que les méthodes éprouvées chez les alcooliques de sexe masculin sont moins efficaces chez la femme.*

BUCKNER, J.; BASSUK, E.; ET ZIMA, B. (1993).

**Mental health issues affecting homeless women: Implications for intervention.**

*American Journal of Orthopsychiatry* 63 (3) : 385-399.

Dans cette revue documentaire, les auteurs étudient entre autres la prévalence de problèmes tels que la maladie mentale, l'abus de substances, la comorbidité et d'autres questions connexes, avant de recommander certaines solutions possibles.

CAREY, K. B. (1991).

**Research with dual diagnosed patients: Challenges and recommendations.**

*The Behavior Therapist* 14 : 5-8.

L'auteur traite dans cet article des défis qui attendent les chercheurs s'intéressant aux sujets souffrant de troubles mixtes, qui se répartissent en quatre catégories générales : 1) rareté des publications existantes et de descriptifs uniformes, 2) difficulté de joindre les clients, 3) hétérogénéité de la population, 4) imprécision du diagnostic. L'auteur formule certaines recommandations générales pour relever ces défis, aider à une meilleure compréhension du problème et encourager la recherche dans ce domaine.

CHAMBLESS, D. L.; CHERNEY, J.; CAPUTO, G. C.; ET RHEINSTEIN, B. J. G. (1987).

**Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics.**

*Journal of Anxiety Disorders* 1 : 29-40.

Afin de faire la lumière sur les questions liées à la chronologie de l'apparition des troubles de l'anxiété et de l'alcoolisme, les auteurs ont comparé les réponses de sujets alcooliques non organiques en établissement (n = 90) à des questionnaires d'auto-évaluation normalisés (test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan, inventaire de la dépression de Beck), à une interview dirigée (questionnaire SAD-L) et à des questions d'intérêt démographique. On a également utilisé 12 sujets souffrant de phobie sociale et 128 sujets souffrant d'agoraphobie en clinique externe, afin de comparer les informations diagnostiques et démographiques. Dans le groupe des sujets alcooliques, l'âge moyen d'apparition est de 23 ans, et 80 % des sujets indiquent que les troubles de l'anxiété ont précédé l'alcoolisme; toutefois, les patients dans leur ensemble ne considèrent pas l'anxiété comme un facteur significatif dans l'apparition de l'alcoolisme, mais ils

admettent qu'une fois devenus des consommateurs excessifs de substances, ils ont recours à l'alcool à titre d'automédication. Comparativement aux patients en clinique externe, les sujets souffrant de troubles de l'anxiété ne présentent pas de différence sur le plan des données démographiques.

CLARKIN, J. F.; ET KENDALL, P. C. (1992).

**Comorbidity and treatment planning: Summary and future directions.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60 : 904-908.

Les auteurs Kendall et Clarkin ont fait l'introduction et la conclusion d'une série spéciale de six publications sur le problème de la comorbidité. Les auteurs soulignent que la comorbidité est la norme plutôt que l'exception, qu'elle se dégage de manière empirique des interviews semi-dirigés des populations de patients et qu'elle remet en question l'hypothèse des pathologies discrètes émise par le DSM-III-R. La comorbidité est en général considérée de manière transversale, comme la survenue à un moment donné dans le temps de deux troubles. On la considère moins souvent de manière longitudinale, c'est-à-dire comme un trouble suivi par la survenue d'un second trouble. Cette deuxième approche pourrait faciliter la compréhension des relations de cause à effet. Les auteurs soulignent que les affections comorbides exigent des traitements multiples, dispensés de manière séquentielle ou simultanée, selon les antécédents de comorbidité du patient.

*Les auteurs soulignent que les affections comorbides exigent des traitements multiples, dispensés de manière séquentielle ou simultanée, selon les antécédents de comorbidité du patient.*

COMTOIS, K. A.; RIES, K.; ET ARMSTRONG, H. E. (1994).

**Case manager ratings of the clinical status of dually-diagnosed outpatients.**

*Hospital and Community Psychiatry* 45 : 568-572.

Les auteurs ont mis au point un instrument de mesure clinique expérimental afin de permettre à 20 gestionnaires de cas d'évaluer l'état clinique de 302 clients en ce qui concerne les symptômes psychiatriques, l'usage de substances, la non-observance du traitement et le niveau général de dysfonctionnement.

COOPER, G.; ET KENT, C. (1990).

**Special needs of particular populations: Dual disorders.**

*Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, éd. B. A. Howard et L. Lightfoot. Toronto: Addiction Research Foundation Press.

Dans cet article de synthèse, les auteurs dressent une vue d'ensemble très utile des problèmes qui se posent dans la définition de ces populations, dont l'estimation de la prévalence, la compréhension de l'étiologie et la détermination du traitement approprié. Les auteurs proposent une «recette pour la planification des interventions (traitements) des troubles mixtes», élaborée à partir des rapports les plus récents publiés en la matière. Ces éléments sont les suivants : a) la nécessité d'une désintoxication complète, b) une évaluation complète, y compris des analyses en laboratoire, c) un diagnostic provisoire et un plan de traitement individuel, d) une réévaluation du diagnostic provisoire en cours de traitement, e) un traitement concomitant des deux troubles, f) la présence de conseillers tant en santé mentale qu'en toxicomanie dans l'équipe soignante, g) un traitement à structure ouverte et l'incitation à recourir à l'effort personnel, h) la formation continue du personnel, i) la participation des clients et de leur entourage au niveau du programme.

COHEN, E.; ET HENKEN, I. (1993).

**Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program.**

*Hospital and Community Psychiatry* 44 : 178-180.

Dans cette étude pilote, les auteurs font le point sur l'usage de drogue et d'alcool dans un échantillon aléatoire de 25 % (n = 43, 13 femmes, 30 hommes) de patients inscrits à un programme mis en oeuvre partiellement en milieu hospitalier, dont 70 % ont fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie et 30 % d'un trouble affectif majeur. Il s'agit d'individus pauvres qui appartiennent à des minorités. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'une interview dirigée sur l'usage de drogues et d'alcool et d'une interview non dirigée. L'abus de substances est important : 72 % des sujets indiquent consommer de l'alcool, tandis que 65 % affirment consommer actuellement des drogues illicites. Par ordre d'utilisation, il s'agit de marijuana, d'alcool, de crack et de cocaïne.

*L'abus de substances est important : 72 % des sujets indiquent consommer de l'alcool, tandis que 65 % affirment consommer actuellement des drogues illicites.*

COTTROL, C.; ET FRANCES, R. (1993).

**Substance abuse, comorbid psychiatric disorder and repeated traumatic injuries.**

*Hospital & Community Psychiatry* 44 : 715-716.

Dans cette chronique de réflexion, les auteurs se penchent sur la relation entre les lésions traumatiques récidivantes et l'abus de substances et les troubles psychiatriques comorbides. Ils font état des résultats d'une étude effectuée dans un service de traumatologie, où l'on a examiné si, au moment de l'admission, les cas d'abus de substances sont plus nombreux chez les patients victimes d'un traumatisme, ayant des antécédents de blessure, que chez ceux qui n'ont pas subi de blessures auparavant. Les auteurs ont ensuite examiné la relation entre le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et l'abus de substances. Dans un échantillon total de 58 sujets, 58 % ont indiqué avoir fait une consommation abusive de substances à la date de leur accident et 72 % ont affirmé avoir fait une consommation abusive d'alcool. Parmi les clients souffrant de SSPT, 66 % ont indiqué avoir abusé de substances à l'admission, comparativement à 28 % chez les sujets ne souffrant pas de ce syndrome. Ces chiffres soulignent la nécessité d'intervenir et d'améliorer les modalités d'évaluation psychiatrique et de traitement des personnes victimes d'un traumatisme physique.

COVEY, L. S.; GLASSMAN, A.; ET STEINER, F. (1990).

**Depression and depressive symptoms in smoking cessation.**

*Comprehensive Psychiatry* 31 (4) : 350-354.

Dans cette étude, les auteurs réexaminent les données sur l'abandon du tabac obtenues lors d'une étude précédente qui semblait indiquer que les individus ayant des antécédents de symptômes dépressifs sont moins susceptibles que d'autres personnes de suivre avec succès un programme d'abandon du tabac. L'analyse, qui portait sur 36 individus, a montré que, durant la première semaine d'abandon de la cigarette, les personnes ayant des antécédents de dépression voient réapparaître leurs symptômes. Cette réapparition de la dépression a elle-même un effet négatif sur les efforts de renoncement au tabac. De l'avis des auteurs, il est nécessaire de diagnostiquer et de traiter la dépression durant la période de sevrage, si l'on veut que ces individus réussissent à cesser de fumer.

*L'analyse, qui portait sur 36 individus, a montré que, durant la première semaine d'abandon de la cigarette, les personnes ayant des antécédents de dépression voient réapparaître leurs symptômes.*

DALEY, D. C.; MOSS, H.; ET CAMPBELL, F. (1987).

**Dual Disorders: Counselling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness.**

Hazelden Foundation Press, 141pp.

Cet ouvrage aborde, chapitre par chapitre, les problèmes du traitement de l'alcoolisme en relation avec les principaux troubles mentaux et troubles de la personnalité. Les auteurs s'appuient sur l'approche du concept de maladie, proposent, pour chaque trouble, des critères d'évaluation conformes au DSM-III-R, examinent différents traitements et soulignent l'importance de l'inclusion des membres de la famille aux différentes phases du traitement. On y présente aussi des exemples d'affections par le biais d'études de cas.

DAVIS, D. I. (1984).

**Differences in the use of substances of abuse by psychiatric patients compared with medical and surgical patients.**

*Journal of Nervous and Mental Disease* 172 : 654-657.

Dans cette étude, l'auteur a comparé 300 patients psychiatriques et 300 patients d'un service de médecine ou de chirurgie en ce qui concerne la quantité et la fréquence de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, ainsi que les conséquences sociales qui en découlent, à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation (enquête sur l'usage et l'abus de substances). La cohorte psychiatrique a fait l'objet d'une sélection visant à exclure les patients souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Un pourcentage plus élevé de patients psychiatriques indique une incidence supérieure d'usage d'alcool, d'une seule drogue, de plusieurs drogues, ou de médicaments vendus sur ordonnance, ainsi qu'une consommation accrue d'alcool. Un pourcentage plus élevé de patientes psychiatriques souffrent des conséquences sociales négatives de l'usage de drogues ou d'alcool. Selon l'hypothèse de l'auteur, les patients souffrant de troubles psychiatriques se tournent plus facilement vers les psychotropes à des fins d'automédication, et les perturbations des mêmes patients risquent davantage d'être compliquées par les problèmes associés à l'usage de psychotropes, comparativement aux patients des services de médecine ou de chirurgie.

*Un pourcentage plus élevé de patientes psychiatriques souffrent des conséquences sociales négatives de l'usage de drogues ou d'alcool.*

DECKER, K. P.; ET RIES, R. K. (1993).

**Differential diagnosis and psychopharmacology of dual disorders.**

*Psychiatric Clinics of North America* 16 : 703-718.

Les auteurs se penchent dans cet article sur les interactions de substances consommées de manière abusive et des médicaments couramment utilisés contre les troubles psychiatriques chez les clients souffrant de troubles mixtes. On caractérise les principaux troubles à l'aide d'études de cas et on présente les psychotropes par catégorie, en indiquant leur utilité et leurs inconvénients pour les clients souffrant de troubles mixtes. On examine en particulier le processus interactif.

DEYKIN, E.; LEVY, J.; ET WELLS, V. (1987).

**Adolescent depression, alcohol and drug abuse.**

*American Journal of Public Health* 76 : 178-182.

Dans cette étude, les auteurs ont tenté de corréler la prévalence de troubles dépressifs majeurs et de l'abus de substances à l'aide d'un échantillon de 424 élèves d'un collège à Boston (Massachusetts). Pour évaluer l'abus d'alcool et d'autres substances (drogues non caractérisées individuellement), on s'est basé soit sur un schéma de consommation pathologique, soit sur la perturbation du fonctionnement social et professionnel. On a utilisé les critères de l'*American Psychiatric Association* des troubles dépressifs majeurs pour classer cette variable. Les résultats obtenus par les auteurs sont similaires à ceux d'autres études, en ce qui concerne la prévalence à vie des troubles affectifs majeurs (6,8 %), de l'abus d'alcool (8,2 %) et de l'abus de drogue (9,4 %) dans leur échantillon. L'abus d'alcool est associé aux troubles dépressifs majeurs, mais pas à d'autres diagnostics psychiatriques. Les auteurs observent que la survenue de la dépression précède presque toujours l'usage d'alcool ou d'une autre substance.

*Les auteurs observent que la survenue de la dépression précède presque toujours l'usage d'alcool ou d'une autre substance.*

DIXON, L.; HAAS, G.; WELDON, P.; SWEENEY, J.; ET FRANCES, A. (1990).

**Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: Clinical observations and patients' self-reports.**

*Schizophrenia Bulletin* 16 : 69-79.

Les auteurs s'appuient dans cet article sur plusieurs modèles pour expliquer la prévalence élevée de l'abus de drogues au sein des populations atteintes de schizophrénie. On passe en revue les effets aigus de l'usage de substances psychotropes signalés dans les études basées sur les rapports cliniques ou sur les témoignages des patients, afin d'évaluer l'utilité de modèles

explicatifs fondés sur l'automédication, le dysfonctionnement au niveau de la dopamine, l'étiologie, le fonctionnement social et l'autonomie. En conclusion, indiquent les auteurs, le soulagement de la dysphorie pourrait expliquer l'usage de drogues pour bon nombre de clients; toutefois, la consommation si élevée de drogues par les clients schizophrènes s'explique sans doute par une combinaison de modèles.

DRAKE, R. E.; ANTOSCA, L. M.; NOORDSY, D. L.; BARTELS, S. J.; ET OSHER, F. C. (1991).

**New Hampshire's specialized services for the dually-diagnosed.**

*New Directions for Mental Health Services 50 : 57-67.*

Dans cet article, les auteurs décrivent deux groupes de traitement de la toxicomanie s'adressant aux clients pour qui les programmes traditionnels de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et les groupes d'entraide ne semblent pas donner de résultats. Ces groupes correspondent aux phases de la persuasion et du traitement actif. Les groupes de persuasion sont des groupes qui se rencontrent sur une base hebdomadaire, dans une atmosphère de non-confrontation, dans lesquels on vise l'éducation et où on évite l'idéologie AA. Les groupes de traitement actif s'appuient sur les principes comportementaux du traitement des dépendances, l'accent étant mis sur l'apprentissage de mécanismes sociaux, par exemple l'affirmation de soi.

*Les groupes de persuasion sont des groupes qui se rencontrent sur une base hebdomadaire, dans une atmosphère de non-confrontation, dans lesquels on vise l'éducation et où on évite l'idéologie AA.*

DRAKE, R. E.; OSHER, F. C.; ET WALLACH, M. A. (1991).

**Homelessness and dual diagnosis.**

*American Psychologist 46 : 1149-1158.*

Les auteurs clarifient ici les distinctions entre conditions de logement et traitement. Les individus souffrant de troubles mixtes sont particulièrement exposés au risque de vivre dans des conditions de logement précaires ou sans domicile fixe, car l'abus de substances et le non-respect du traitement mènent à des comportements perturbateurs, à la perte des appuis et à la précarité du logement. Les auteurs évoquent les problèmes auxquels ces individus sont confrontés, en concluant qu'il est de la première importance, avant même d'entamer un traitement pour la maladie mentale et l'usage de substances, de veiller à ce que ces individus bénéficient d'un logement dans une collectivité structurée.

DUNN, G. E.; PAOLO, A. M.; RYAN, J.J.; ET FLEET, J. V. (1993).

**Dissociative symptoms in a substance abuse population.**

*American Journal of Psychiatry* 150 : 1043-1047.

Cette étude visait à 1) évaluer le taux de base des symptômes de dissociation; 2) évaluer l'incidence des variables démographiques et cliniques selon l'échelle de l'expérience de la dissociation (EED). Cette étude portait sur 265 sujets, dont 69 % étaient des alcooliques, 57 % des toxicomanes, et 43 % souffrant de troubles mixtes. Dans cet échantillon, 41 % des sujets ont obtenu un score >15 sur l'EED, ce qui semble indiquer que les symptômes de dissociation sont courants; par conséquent, il conviendrait d'envisager un dépistage systématique de tels problèmes chez les sujets souffrant de chimiodépendance. En ce qui concerne l'influence des facteurs démographiques et cliniques, les auteurs observent une corrélation positive entre la détresse psychologique et la dissociation. Ils mettent également en évidence une corrélation négative entre le QI et le phénomène de dissociation. L'existence de cette relation négative pourrait s'expliquer par le fait qu'un faible QI interfère avec l'aptitude à la lecture. Les auteurs reconnaissent les lacunes de cette étude : tout d'abord, on n'a utilisé qu'une population exclusivement masculine et, deuxièmement, on met en doute la validité de l'instrument d'auto-évaluation.

DURRELL, J.; LECTENBERG, B.; CORSE, S.; ET FRANCES, R. J. (1993).

**Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances.**

*Hospital and Community Psychiatry* 44 : 415-416.

Dans ce rapport, les auteurs décrivent un programme intensif de gestion de cas portant sur 84 clients souffrant d'une maladie mentale grave, dont 43 sont des toxicomanes. En utilisant à titre d'exemples deux vignettes de cas, les auteurs font état d'une réduction de l'abus de substance chez ceux qui ont fait l'objet d'une gestion de cas intensive.

ELANGOVAN, N.; BERMAN, S.; MEINZER, A.; GIANELLI, P.; MILLER, H.; ET LONGMORE, W. (1993).

**Substance abuse among patients presenting at an inner city psychiatric emergency room.**

*Hospital and Community Psychiatry* 44 : 782-784.

Les auteurs s'intéressent ici aux problèmes auxquels sont confrontés les cliniciens pour caractériser avec exactitude les problèmes d'alcool en comparant deux techniques d'évaluation : un questionnaire d'auto-évaluation

normalisé (SCID) et un dépistage toxicologique visant à déterminer la prévalence de l'usage de substances. Les obstacles traditionnels à la normalisation tels que l'âge, le sexe, et le moment de la présentation ont été exclus, ce qui rend cette étude différente des autres. D'après les tests de dépistage toxicologique, sur 218 sujets, 34,4 % ont obtenu un résultat positif à l'égard d'au moins une substance. La cocaïne est la substance la plus fréquemment détectée, l'alcool arrivant en dernière position. En utilisant le SCID, on détecte l'usage de substances chez 13,3 % seulement des sujets. Toutefois, l'abus d'alcool est détecté chez 11,9 % des sujets par le questionnaire SCID, alors qu'un seul cas détecté par les tests toxicologiques. Les auteurs attribuent ce faible taux de détection par les tests d'urine au fait que la consommation d'alcool n'apparaît en général pas dans l'urine, ce qui rend les tests inefficaces. Les auteurs soulignent toutefois que la consommation de cocaïne chez 70 % des schizophrènes et chez 57 % des patients souffrant de troubles de l'humeur n'a pas été identifiée par le recours au questionnaire SCID, ce qui pourrait donner lieu à une gestion de cas inappropriée. Par conséquent, les auteurs recommandent vivement le recours à des tests de dépistage toxicologique en complément aux questions systématiques sur la consommation de drogues.

*Les auteurs recommandent vivement le recours à des tests de dépistage toxicologique en complément aux questions systématiques sur la consommation de drogues.*

EL-GUEBALY, N.

**Substance abuse and mental disorders: The dual diagnosis concept.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 35 : 261-267.

Dans cet article, l'auteur examine le nouvel intérêt manifesté pour le concept des troubles mixtes, qui renvoie à deux réalités distinctes, qui se recoupent cependant dans une certaine mesure : a) la présence concomitante d'un trouble majeur lié à l'abus de substances et d'un trouble psychiatrique majeur, b) l'usage d'alcool et d'autres drogues qui modifient l'évolution et le traitement de la maladie mentale. L'auteur étudie les raisons pour lesquelles l'abus de substances est rarement évalué ou complètement documenté, alors que ses taux de prévalence varient de 20 à 75 %. Sur le plan clinique, l'abus de substances peut influencer sur le diagnostic psychiatrique, sur l'apparition et l'expression des troubles psychiatriques et sur la chronicité avec le temps. On propose plusieurs stratégies de traitement.

EL-GUEBALY, N.; ET HODGINS, D. C. (SOUS PRESSE).

**Drinking situations, mood and depression as predictors of alcohol relapse.**

*Proceedings of the IX World Congress of Psychiatry.*

Les auteurs de cette étude se penchent sur la question de la rechute de l'alcoolisme, en prenant en considération la relation complexe entre les troubles de l'humeur et la consommation d'alcool. Les sujets de l'étude sont 84 alcooliques souhaitant suivre un traitement en clinique externe ou en établissement. Dans ce groupe, 23 % répondent aux critères de la dépression, d'après une interview dirigée (SCID); par ailleurs, 57 % des sujets ont été dépressifs par le passé. L'administration d'un questionnaire sur les situations de consommation d'alcool (IDS-42) montre que la consommation excessive de substances est le plus souvent associée à la pression sociale aux états émotifs désagréables. Ces états négatifs sont les facteurs précipitants des rechutes les plus fréquemment signalés, mais le type de situation dans laquelle l'alcool est consommé ne permet pas de prédire la probabilité d'une rechute. Les clients déprimés au moment de l'enquête sont plus susceptibles de faire une rechute plus tôt (délai médian de 42 jours par rapport à 91 jours) que les clients non déprimés.

*Les clients déprimés au moment de l'enquête sont plus susceptibles de faire une rechute plus tôt (délai médian de 42 jours par rapport à 91 jours) que les clients non déprimés.*

EVANS, K.; ET SULLIVAN, J. M. (1990).

**Dual Diagnosis: Counselling the Mentally Ill Substance Abuser.**

New York: Guilford Press, 191pp.

Cet ouvrage propose une introduction aux dispensateurs de services qui tentent de relever le défi du traitement de la chimiodépendance doublée d'un trouble psychiatrique. On y trouve une vue d'ensemble des modèles de traitement et des difficultés associées à l'intégration de différentes approches. L'ouvrage comprend des tableaux utiles décrivant chaque trouble psychiatrique majeur et ses relations avec l'usage de substances. Il aborde la question du travail avec les adolescents et les familles et celle de la prévention des rechutes.

GALBAUD-DU-FORT, G.; NEWMAN, S. C.; ET BLAND, R. C. (1993).

**Psychiatric co-morbidity and treatment seeking: Sources of selection bias in the study of clinical populations.**

*Journal of Nervous & Mental Disease* 181 : 467-474.

Les études sur la prévalence peuvent être biaisées par le fait que les clients chez qui plusieurs troubles ont été diagnostiqués peuvent se faire traiter

pour l'une ou l'autre de ces affections. Un deuxième aspect qui risque de fausser les résultats est le cas où une personne est plus susceptible de se faire traiter pour un problème car elle souffre également d'une seconde affection.

GLASS, I. B.; ET MARSHALL, J. (1991).

**Alcohol and mental illness: Cause or effect?**

In *International Handbook of Addiction Behavior*, éd. I. B. Glass. London: Tavistock/Routledge.

Cette publication britannique est un recueil de textes traitant des points de vue tant théoriques que cliniques. Le chapitre cité se trouve à la section III : risques pour la santé et toxicomanie. On y effectue un bref survol de l'alcoolisme dans le contexte de différents troubles psychiatriques, en utilisant des études de cas pour illustrer les situations cliniques. Chaque section aborde la nature du lien entre l'alcoolisme et le trouble étudié. Les troubles de la nutrition et la jalousie pathologique sont également inclus.

GLASSMAN, A. H.; HELZER, J. E.; COVEY, L. S.; COTTLER, L. B.; STETNER, F.; TIPP, J. E.; ET JOHNSON, J. (1990).

**Smoking, smoking cessation, and major depression.**

*Journal of the American Medical Association* 264 (12) : 1546-1549.

Dans cette étude, les auteurs ont utilisé un échantillon représentatif de la population pour explorer la relation entre tabagisme et dépression. Plus précisément, on y examine la relation entre le diagnostic de dépression majeure d'une part et, d'autre part, la fréquence du tabagisme et les rechutes après une tentative d'abandon de la cigarette. L'échantillon était constitué de 3 213 individus qui ont participé à une enquête du *National Institute of Health* entre 1980 et 1983. Les données ont été recueillies par le biais du *Diagnostic Interview Schedule*, qui incluait des questions reliées aux données démographiques, à la consommation de cigarettes et aux troubles dépressifs majeurs. D'après les résultats, les individus déprimés sont beaucoup plus susceptibles d'avoir fumé que les non-déprimés, et sont aussi moins susceptibles d'avoir réussi dans leurs efforts pour cesser de fumer. Par ailleurs, les différences sur le plan du sexe que l'on retrouve souvent dans une population non clinique (plus de fumeurs que de fumeuses) ne se retrouvent pas dans le groupe des sujets déprimés (proportions à peu près égales de fumeurs et de fumeuses). Selon l'hypothèse des auteurs, chez les individus ayant des antécédents de dépression, le fait de cesser de fumer peut se traduire par l'apparition de symptômes dépressifs accrus ou d'un épisode de dépression majeure.

*D'après les résultats, les individus déprimés sont beaucoup plus susceptibles d'avoir fumé que les non-déprimés, et sont aussi moins susceptibles d'avoir réussi dans leurs efforts pour cesser de fumer.*

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, AND COMMITTEE ON ALCOHOLISM AND THE ADDICTIONS. (1991).

**Substance abuse disorders: A psychiatric priority.**

*American Journal of Psychiatry* 148 : 1291-1300.

Cet article passe en revue diverses questions choisies dans le domaine de l'évaluation des troubles mixtes et de l'abus de substances, notamment leurs facteurs étiologiques, la relation entre l'abus de substances et le suicide, le syndrome cérébral organique et le SIDA. En conclusion, indiquent les membres du groupe, si le rôle du psychiatre dans le diagnostic et le traitement des troubles liés à l'abus de substances est crucial, le manque de formation compromet l'issue du traitement. On souligne la nécessité de restructurer les programmes de formation existants et d'introduire de nouveaux programmes afin d'aider les psychiatres à relever les défis posés par ce type de trouble et son traitement.

KAHN, M. W.; HANNAH, M.; KIRKLAND, S.; LESNIK, S.; CLEMENS, C.; ET CHATEL, D. (1992).  
**Substance misuse, emotional disturbance, and dual diagnosis in a meal line population of mixed ethnicity.**

*The International Journal of the Addictions* 27 : 317-330.

Dans cette étude, les auteurs déterminent dans quelle mesure la maladie mentale est associée au mauvais usage de substances dans une population de personnes sans domicile fixe. L'échantillon a été constitué de 163 individus (89 % d'hommes) sans domicile fixe ou vivant dans des conditions proches de l'itinérance, fréquentant une soupe populaire. On a recueilli des données descriptives démographiques, et on a évalué le niveau d'abus de substances et de perturbations affectives (à l'aide du questionnaire MMPI-168). En s'appuyant sur des critères objectifs, les auteurs ont classé les participants dans les catégories suivantes : sans domicile fixe, consommateurs excessifs de substances à mauvais escient et souffrant d'une grave maladie mentale. Les données ont été analysées de manière descriptive et la mise en grappe a été effectuée sur 99 sujets tant sur les scores obtenus au MMPI que sur ceux de la consommation d'alcool et de drogues. Dans cet échantillon, 93 % des individus indiquent consommer de l'alcool ou des drogues, tandis que la consommation excessive de substances à mauvais escient touche 39 % de la population; 54 % des sujets souffrent d'une maladie mentale grave et 29 % de troubles mixtes. Une répartition selon trois grappes met en évidence trois types : 24,3 % de troubles mixtes, 39,3 % d'abus de substances graves et de troubles de la personnalité, et 37,3 % sans troubles graves. L'ethnicité n'est pas un facteur significatif.

*Dans cet échantillon, 93 % des individus indiquent consommer de l'alcool ou des drogues, tandis que la consommation excessive de substances à mauvais escient touche 39 % de la population.*

KENDLER, K. S.; HEATH, A. C.; NEALE, M. C.; KESSLER, R. C.; ET EAVES, L. J. (1993).  
**Alcoholism and major depression in women: A twin study of the causes of comorbidity.**  
*Archives of General Psychiatry* 50 : 690-698.

Cet article présente les résultats d'une étude effectuée auprès de jumeaux sur les causes de la comorbidité de l'alcoolisme et de la dépression majeure (DM). À partir d'un registre de jumeaux représentatifs de la population, on a extrait 2 163 jumelles (âge moyen = 30 ans). On a eu recours à une interview dirigée pour évaluer la psychopathologie à vie. Trois niveaux d'alcoolisme ont été diagnostiqués : 1) strict (alcoolisme avec dépendance ou tolérance), 2) intermédiaire (alcoolisme avec ou sans dépendance/tolérance), 3) large (alcoolisme avec ou sans dépendance/tolérance, ou problème d'alcool). Les résultats indiquent un taux de prévalence à vie de 31 % selon le DSM-III-R. Le risque relatif varie de 2,7 à 6,0. Une corrélation positive significative (+0,4 - +0,6) entre la DM et l'alcoolisme semble indiquer une comorbidité appréciable. L'étude n'ayant permis de mettre en évidence aucun facteur lié au milieu familial pour la DM ou pour l'alcoolisme, il semble que cette comorbidité élevée soit pour l'essentiel attribuable à des facteurs génétiques. Par ailleurs, les facteurs génétiques ont davantage d'impact sur les formes «strictes» de l'alcoolisme. Toutefois, les facteurs de risques environnementaux communs entrent aussi en jeu et ne peuvent être exclus.

*Par ailleurs, les facteurs génétiques ont davantage d'impact sur les formes «strictes» de l'alcoolisme.*

KLINE, J.; HARRIS, M.; BEBOUT, R. R.; ET DRAKE, R. E. (1991).  
**Contrasting integrated and linkage models of treatment for homeless dually-diagnosed adults.**  
*New Directions for Mental Health Services* 50: 95-105.

Les auteurs décrivent un programme visant à intégrer les services destinés aux clients atteints de troubles mixtes : la création de groupes d'abus de substances adaptés spécifiquement à leurs besoins dans le cadre du centre de santé mentale. Le programme prévoit deux types de groupes qui correspondent aux deux phases de la persuasion et du traitement actif. Ces services intégrés sont mis en opposition avec un modèle de traitement par lien, dans lequel les principes cliniques de gestion des cas sont appliqués aux besoins particuliers de la population des itinérants souffrant de troubles mixtes. Les auteurs considèrent les services résidentiels comme un volet essentiel, à condition qu'on les modifie quelque peu pour tenir compte du problème de sécurité posé par ces clients particuliers, qu'on fixe des normes réalistes et qu'on veille à fournir un logement tant provisoire que permanent.

KOFOED, L. (1993).

**Outpatient vs. inpatient treatment for the chronically mentally ill with substance use disorders.**

*Journal of Addictive Diseases* 12 : 123-137.

La variable la plus prédictive d'une issue insatisfaisante du traitement de la toxicomanie est la gravité globale des symptômes psychiatriques. L'auteur évoque l'évolution des besoins en matière de traitement pour ses clients souffrant de troubles mixtes, selon la phase atteinte par le client. Les auteurs se penchent sur l'évaluation et le traitement, plus particulièrement sur la stabilisation, l'engagement, la persuasion, le traitement actif (primaire) et la prévention des rechutes ou le suivi.

KOLODNER, G.; ET FRANCES, R. (1993).

**Recognizing dissociative disorders in patients with chemical dependency.**

*Hospital & Community Psychiatry* 44 : 1041-1043.

La comorbidité des troubles de la dissociation et de l'abus de substances peut entraver le diagnostic de l'un de ces deux problèmes. Dans cet article, les auteurs évoquent le cas de 26 patients (23 femmes, 3 hommes) dont le traitement pour toxicomanie a été perturbé en raison d'un trouble de la dissociation. Le faible nombre d'hommes dans ce groupe peut s'expliquer par le fait que l'incidence des troubles de la dissociation est moins élevée chez les hommes, et aussi parce que la comorbidité est significativement plus élevée chez les hommes homosexuels qui ont souvent accès à des programmes distincts. Lorsque le trouble de la dissociation a été diagnostiqué au moment même de l'inscription au programme, les résultats du traitement sont moins insatisfaisants que lorsque le diagnostic a été effectué plus tard. Les auteurs expliquent cette observation par le fait que les violentes défenses de la dissociation étaient tellement visibles que la structure de traitement existante s'est révélée insuffisante. Les auteurs analysent les problèmes posés par le traitement de cette population, qui peuvent être très décourageants. Les rechutes atypiques et les douleurs anormalement intenses liées à la chimiodépendance devraient amener les cliniciens à évoquer la possibilité de troubles psychiatriques comorbides.

*Lorsque le trouble de la dissociation a été diagnostiqué au moment même de l'inscription au programme, les résultats du traitement sont moins insatisfaisants que lorsque le diagnostic a été effectué plus tard.*

KUSHNER, M. G.; SHER, K. J.; ET BEITMAN, B. D. (1990).

**The relation between alcohol problems and the anxiety disorders.**

*The American Journal of Psychiatry* 147 : 685-695.

Les auteurs effectuent dans cet article une étude et une synthèse des publications traitant de la relation entre certains troubles de l'anxiété spécifiques et les problèmes d'alcool. Auparavant, les chercheurs avaient tendance à classer dans la même catégorie tous les clients souffrant de n'importe quel trouble de l'anxiété. En outre, il est probable que les propriétés anxiolytiques de l'alcool soient plus spécifiques à certains troubles de l'anxiété qu'à d'autres. Les auteurs examinent la comorbidité de différents troubles de l'anxiété, de la codépendance familiale et de l'ordre de survenue des problèmes, et en viennent à la conclusion que les différents troubles de l'anxiété ne devraient pas être traités comme un groupe homogène au regard des problèmes d'alcool. Il est peu probable que l'on puisse établir une relation causale unidirectionnelle entre les problèmes d'alcool et l'anxiété clinique. Il apparaît plus plausible que l'alcool puisse interagir avec l'anxiété clinique de manière circulaire, créant ainsi une spirale ascendante de l'anxiété et des problèmes d'alcool.

LEHMAN, A. F.; MYERS, C. P.; ET CORTY, E. (1989).

**Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes.**

*Hospital and Community Psychiatry* 40 : 1019-1022.

Cet article s'adresse aux dispensateurs de traitement. On y examine l'ampleur du problème des troubles mentaux, les différentes approches utilisées pour évaluer et classer ces affections, ainsi que les difficultés qui peuvent se poser durant le traitement. En conclusion, les auteurs analysent quatre hypothèses cliniques sur l'apparition des troubles mixtes, en indiquant quelles en sont les répercussions sur le plan du traitement.

LEHMAN, A. F.; MYERS, C. P.; DIXON, L. B.; ET JOHNSON, J. L. (1994).

**Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning.**

*Hospital and Community Psychiatry* 45 : 556-561.

Dans cette étude de traitement, dix sous-groupes ont été classés en catégories de priorité selon les réponses des sujets à trois questions : a) le client a-t-il déjà souffert d'un trouble mental, et le cas échéant, en souffre-t-il aujourd'hui?, b) le client a-t-il souffert d'abus de substances et, le cas

échéant, en souffre-t-il aujourd'hui?, c) quelle est la relation entre le trouble mental et l'abus de substances? L'interview dirigé (SCID) et l'Indice de gravité de la dépendance (ASI) ont été utilisés pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Ce processus a permis de créer six groupes, dont quatre souffraient de troubles mixtes (n = 109, 71, 74, 78) et deux (28 %) chez qui un seul trouble a été diagnostiqué (n = 89, 40). Dans les groupes, 58 % des sujets sont de sexe masculin, l'âge moyen est de 33 ans, et 61 % sont des Américains de race noire. Dans le groupe I, celui des clients chez qui ont été diagnostiqués des troubles mixtes actuels, les tests du X ou chi carré ont montré que la schizophrénie est significativement plus prévalante, tandis que la dépression majeure est significativement moins prévalante. Au chapitre de l'abus de substances, c'est l'alcool qui est le plus consommé. Les auteurs étudient les conséquences sur le plan du traitement pour chaque groupe de manière séquentielle, en relation avec le type de substance dont il est fait un usage abusif et les troubles psychiatriques visés.

LINSZEN, D. H.; DINGEMANS, P. M.; ET LENIOR, M. E. (1994).

**Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders.**

*Archives of General Psychiatry* 51 : 273-279.

Dans cette étude, on examine la relation entre la consommation de cannabis et la survenue récente de la schizophrénie et de troubles connexes. Une comparaison a été effectuée entre 24 patients faisant une consommation abusive de cannabis et 69 patients qui n'en consomment pas. D'après les résultats, l'abus de cannabis et l'intensité de la consommation sont des facteurs de stress significatifs qui sont à l'origine des rechutes de la schizophrénie : 42 % des consommateurs abusifs font des rechutes, comparativement à 17 % chez les non-consommateurs.

*D'après les résultats, l'abus de cannabis et l'intensité de la consommation sont des facteurs de stress significatifs qui sont à l'origine des rechutes de la schizophrénie.*

LOOSEN, P. T.; BESS, D. W.; ET PRANGE, A. J. (1990).

**Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men.**

*American Journal of Psychiatry* 147 : 1662-1666.

Les auteurs de cette étude examinent les prédicteurs à long terme de l'issue du traitement chez des hommes alcooliques abstinents. Sur les 29 hommes étudiés, 16 étaient sobres depuis moins de 5 ans et 13 depuis plus de 5 ans. Les auteurs observent que la comorbidité avec la dépression et la durée de l'abstinence déterminent la durée de la période de sobriété. La

présence d'antécédents de dépression est négativement associée à la durée de la période d'abstinence et à la diminution du taux de rechute. Les données obtenues corroborent également celles d'autres études, selon lesquelles les rechutes ne sont pas rares après une période d'abstinence stable. Après deux ans d'abstinence, le taux de rechute est toujours de 38 %, mais passe à 0 % après cinq ans d'abstinence.

MARSHALL, J. R. (1994).

**The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse.**

*Bulletin of the Menninger Clinic* 58 (2) : Supplement A/A58-A66.

Dans cet article, l'auteur examine les raisons susceptibles d'expliquer la relation entre la phobie sociale et l'abus d'alcool. Les patients souffrant de problèmes d'alcoolisme ont neuf fois plus de risques d'être atteints de phobie sociale que les membres de la population générale, et la phobie sociale vient au premier rang dans presque toutes les études mettant en relation les troubles de l'anxiété et la consommation excessive d'alcool. L'auteur se fie aux témoignages des clients, qui affirment consommer délibérément de l'alcool pour réduire leur anxiété sociale, ce qui est en accord avec l'hypothèse d'automédication, et note que la phobie sociale survient avant l'abus d'alcool. Il formule des suggestions pour le traitement basées sur cette théorie.

MCLAUGHLIN, P.; ET PEPPER, B. (1991).

**Modifying the therapeutic community for the mentally ill substance abuser.**

*New Directions for Mental Health Services* 50 : 85-93.

Les auteurs décrivent un programme communautaire thérapeutique qui a été créé pour les problèmes d'abus de substances, puis a été modifié pour les clients souffrant de troubles mixtes. Le personnel spécialisé a bénéficié d'une formation polyvalente. Pour pouvoir continuer à participer au programme, les clients doivent s'abstenir de consommer des drogues et de l'alcool. Une étude comparative de l'issue du traitement, d'une durée de cinq ans, est en cours en vue de confirmer les observations actuelles, à savoir que ce modèle de traitement est une approche intégrée qui permet de répondre aux besoins mixtes de ce type de clients.

*Les auteurs décrivent un programme communautaire thérapeutique qui a été créé pour les problèmes d'abus de substances, puis a été modifié pour les clients souffrant de troubles mixtes.*

MERCIER, C. (1986).

**L'évaluation du traitement pour les femmes : sortir de l'impasse.**

*L'Intervenant 3 (3) : 12-13.*

Dans cet article, l'auteur répertorie les principales questions posées par l'étude de la toxicomanie chez la femme. Jusqu'à récemment, rares étaient les publications sur le phénomène de l'usage de substances par les femmes. Les femmes sont souvent sous-représentées dans les études où la population échantillon comprend des sujets des deux sexes. Les études récentes ont commencé à rectifier cette situation et ont produit certains résultats très intéressants. Ces nouvelles études ont également mis en lumière de nouveaux liens concernant la relation entre santé mentale et usage de substances chez la femme, qui semblent indiquer que les événements positifs de la vie, ainsi que les changements au travail et dans la vie quotidienne ont des effets positifs sur la réadaptation des femmes. Au nombre des facteurs qui influent positivement sur la sobriété des femmes figurent de nouvelles relations amoureuses, de nouvelles amitiés, la naissance d'un enfant, l'accès à de meilleures conditions de logement, l'accès à un travail plus valorisant, le décès d'un compagnon qui buvait et l'affiliation religieuse. Ces observations ont des répercussions concrètes sur les besoins en matière de traitement des femmes et peuvent aider à concevoir et à mettre en application des programmes de réadaptation. Étant donné la taille réduite de la population des femmes susceptibles de faire l'objet d'études futures, on pourra procéder à des études plus qualitatives qui permettront de comprendre de manière plus approfondie le phénomène de la dépendance chez les femmes.

*Les femmes sont souvent sous-représentées dans les études où la population échantillon comprend des sujets des deux sexes.*

MILLER, N. S. (1993).

**Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: Interactions and independent status.**

*Journal of Addictive Diseases 12 : 5-16.*

Selon l'hypothèse de l'auteur, le diagnostic mixte renvoie à deux troubles indépendants, et si ce point fondamental est accepté, le rôle de l'alcool et des drogues dans les interactions avec les troubles psychiatriques est clarifié. L'auteur énumère un large éventail d'autres moyens de conceptualisation dans la pratique psychiatrique clinique, notamment une terminologie différente, l'établissement de liens de causalité entre la dépendance et les troubles psychiatriques et les hypothèses d'automédication. L'auteur aborde également les questions de la formation des praticiens et suggère l'adoption de nouveaux concepts et d'une nouvelle terminologie applicables au diagnostic mixte.

MINKOFF, K. (1989).

**Program components of a comprehensive integrated care system for seriously mentally ill patients with substance disorders.**

*New Directions for Mental Health Services* 50 : 13-27.

L'auteur présente un cadre conceptuel qui permet de comparer l'évolution des troubles liés à l'abus de substances avec celle d'autres troubles psychiatriques majeurs, conformément à un modèle de maladie-rétablissement. Il présente ensuite les différents volets d'un programme adapté aux besoins des patients, lors de chaque phase de rétablissement et pour chaque maladie. Les principaux volets sont les suivants : continuité dans le temps, exhaustivité (inclusion de programmes touchant tant la dépendance que la santé mentale) et période intense de stabilisation des symptômes des deux troubles. La participation du patient au traitement ainsi que la stabilisation et la réadaptation dans la collectivité après le traitement sont des volets importants du programme de traitement.

MUESAR, K. T.; BELLACK, A. S.; ET BLANCHARD, J. J. (1992).

**Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60 : 845-856.

Les auteurs passent en revue les effets de l'abus de substances sur la schizophrénie et, à la lumière de leurs résultats, décrivent les principes du traitement des individus schizophrènes toxicomanes.

OKIN, R. L.; ET PEARSALL, D. (1993).

**Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a start hospital.**

*Hospital and Community Psychiatry* 44 : 236-240.

Les auteurs ont effectué une étude de suivi à long terme auprès de 53 clients souffrant d'une maladie mentale chronique, qui ont répondu à une interview huit mois après avoir pris congé de l'hôpital pour adhérer à un programme communautaire. Tous les clients se sont dit satisfaits de vivre dans la collectivité et certaines améliorations, qui n'étaient pas présentes après huit mois, ont pu être observées. Toutefois, aucun changement positif sur le plan de l'humeur et de l'estime de soi n'a été noté, même si les clients considèrent que le passage à la vie dans la collectivité améliore leur qualité de vie.

*Tous les clients se sont dit satisfaits de vivre dans la collectivité et certaines améliorations, qui n'étaient pas présentes après huit mois, ont pu être observées.*

POLDRUGO, F.; ET FORTI, B. (1988).

**Personality disorders and alcoholism treatment outcome.**

*Drug and Alcohol Dependence 21 : 171-176.*

Dans cette étude, les auteurs ont évalué la fréquence et les schémas de consommation d'alcool et de problèmes reliés à l'alcool chez 717 patients psychiatriques de sexe masculin à Trieste (Italie). Dans ce groupe, 404 étaient alcooliques et 282 présentaient des troubles de la personnalité, selon les critères du DSM-III. Les groupes ont été comparés au groupe témoin par une analyse du chi carré. Parmi les clients, on observe des variations sur le plan de la survenue et de l'évolution du problème d'alcoolisme selon le trouble de la personnalité diagnostiqué : les «antisociaux» ont commencé à boire de façon continue avant l'âge de 20 ans, ont éprouvé divers problèmes et consomment des quantités élevées d'alcool (plus de 300 mL d'alcool absolu/jour); les «dépendants» ont commencé à avoir des problèmes d'alcool dans la trentaine, consomment des quantités inférieures et sont aux prises avec des problèmes psychologiques; les cas «limite» consomment de l'alcool de manière intermittente, présentent peu de symptômes de dépendance et éprouvent des problèmes d'ordre personnel et familial; les clients «paranoïdes» indiquent consommer des quantités élevées, mais avoir commencé à boire plus tard que les clients antisociaux. En ce qui concerne la thérapie de groupe de suivi, ce sont les clients dépendants qui obtiennent les meilleurs résultats et les antisociaux les moins bons.

*En ce qui concerne la thérapie de groupe de suivi, ce sont les clients dépendants qui obtiennent les meilleurs résultats et les antisociaux les moins bons.*

**Quality Care and Outcome Indicators in the Mental Health Field: A Guide to the Literature.**

Ottawa : Direction générale des programmes et des services de Santé Canada.

Dans ce rapport, on trouve un guide et une liste bibliographique très utile sur les publications traitant des programmes d'évaluation de la qualité et des soins de santé mentale. Parmi les difficultés que pose l'évaluation des programmes figurent la diversité des concepts et des approches thérapeutiques, le consensus sur le plan du diagnostic, la définition de résultats réalistes, la diversité des facteurs contributifs, la chronicité des maladies mentales, le recours à des services multiples par les clients et la mise au point de tests et d'indicateurs fiables pour les traitements et leur issue.

REGIER, D. A.; FARMER, M. E.; RAE, D. S.; LOCKE, B. Z.; KEITH, S. J.; JUDD, L. L.; ET GOODWIN, F. K. (1990).

**Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse.**

*Journal of American Medical Association* 264 : 2511-2518.

Dans cet article, on évalue la comorbidité de l'abus d'alcool et de drogues et d'autres troubles mentaux, d'après les taux de prévalence estimés pour les troubles mentaux. Les données pour cette étude proviennent de l'étude sur l'aire de recrutement épidémiologique (n = 20 291). Les auteurs affirment en conclusion que le traitement de l'abus de substances doit être un élément central du traitement des troubles psychiatriques, car 53 % de tous les patients faisant l'objet d'un diagnostic de problème d'abus de substances présentent au moins un autre trouble psychiatrique. D'après les résultats de l'étude, 47 % de tous les schizophrènes, 83,6 % de tous les clients souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale, 14,6 % des populations atteintes de troubles de l'anxiété et 32 % des individus faisant l'objet d'un diagnostic de trouble affectif répondent applicables à un trouble lié à l'abus d'une substance quelconque. L'anxiété est le trouble le plus souvent associé aux troubles liés à l'abus de substances.

*L'anxiété est le trouble le plus souvent associé aux troubles liés à l'abus de substances.*

RIES, R. (1993).

**The dually-diagnosed patient with psychotic symptoms.**

*Journal of Addictive Diseases* 12 : 103-122.

Dans ce document de travail, l'auteur examine différentes manifestations des symptômes psychotiques engendrés par les psychoses induites par les drogues (alcool, cocaïne, marijuana, hallucinogènes et autres agents) ou non (schizophrénie, manie, dépression, psychoses réactionnelles brèves, troubles de la dissociation et lésions cérébrales organiques). Les questions de l'automédication sont abordées. On propose un traitement selon un modèle de gravité faible/élevée, basé sur le diagnostic de la source des symptômes psychotiques, et la prise en charge des affections aiguës. La question de l'usage des médicaments est également abordée.

RIES, R.; MULLEN, M.; ET COX, G. (1994).

**Symptom severity and utilization of treatment resources among dually-diagnosed inpatients.**

*Hospital and Community Psychiatry* 45 : 562-567.

Les auteurs ont étudié 104 patients admis dans un service psychiatrique volontaire pour suivre un programme de traitement des troubles mixtes.

La plupart des patients avaient été traités au moins à cinq reprises précédemment. À des fins de comparaison, les patients ont été classés dans différentes catégories selon leur situation actuelle à l'égard de l'abus de substances. On a eu recours à des interviews dirigés et à des listes de contrôle d'auto-évaluation standardisées. Les patients souffrant actuellement de troubles mixtes présentent des symptômes plus graves, sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble de l'humeur et ont fait appel à davantage de ressources en matière de traitement que ceux ayant des antécédents d'abus de substances.

RIDGELY, M. S. (1991).

**Creating integrated programs for severely mentally ill persons with substance disorders.**

*New Directions for Mental Health Services* 50 : 29-41.

Cet article porte sur le besoin d'hybrider (intégrer) les traitements destinés aux clients souffrant de maladie mentale grave et de toxicomanie. On y décrit quatre programmes qui desservent cette population aux États-Unis, dont on extrait des éléments communs afin de proposer les principes de l'élaboration de programmes intégrés. Les phases reconnues du traitement sont les suivantes : engagement, motivation, évaluation, traitement concomitant, prévention des rechutes et liens.

RILEY, D. (ED.). (1993).

**Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health.**

Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse, 59 pp.

Cette publication rassemble les commentaires de cinq auteurs sur les questions théoriques, conceptuelles et reliées au traitement des troubles mixtes.

**J. Blackwell** présente une perspective sociologique, met en question les raisons historiques qui font que l'abus de substances a été classé dans les maladies mentales, et propose une nouvelle manière de voir l'abus de substances, en l'assimilant à une déviance sociale.

**J.E. Helzer et T. R. Pryzbeck** passent en revue les données sur la prévalence à vie obtenues par l'enquête ECA, présentent les risques relatifs de la comorbidité avec l'alcoolisme et d'autres troubles, données qui indiquent que les alcooliques sont beaucoup plus susceptibles que les malades en général de faire l'objet d'un diagnostic double; ces auteurs donnent également des informations sur la manière dont la présence d'autres troubles diagnostiqués influent sur le traitement.

J.C. Negrete étudie l'importance des résultats relatifs à la comorbidité des troubles psychiatriques chez les toxicomanes. Une proportion significative des clients en traitement manifestent une vulnérabilité psychologique accrue ainsi que des manifestations psychopathologiques connexes. Pour prendre en charge cette population, il faut une utilisation éclairée des méthodes diagnostiques, et il faut également savoir que l'exactitude des observations dépend de l'ancienneté de l'habitude de la consommation de psychotropes.

**N. El-Guebaly** expose une perspective canadienne sur la gestion de l'abus de substances et de la maladie mentale. Les statistiques sont comparables aux chiffres américains. Environ le tiers des individus souffrant d'une maladie mentale sont des toxicomanes, et environ le tiers des alcooliques et la moitié des individus toxicomanes souffriront d'un trouble psychiatrique. Le type de traitement dépend du réseau auquel on fait appel, et il existe une nette distinction entre les organisations qui s'occupent de santé mentale et celles qui s'intéressent à la toxicomanie. L'approche parallèle ou concertée passe par un travail d'équipe pluridisciplinaire, et les réseaux d'entraide se développent. L'auteur décrit les différents volets des programmes et insiste sur la nécessité d'une prise en charge tout au long de la vie.

**F.B. Glaser** rappelle aux lecteurs que le concept de trouble mixte possède une longue histoire, où les individus souffrant de problèmes d'abus de drogues et d'alcool répondent aux critères contemporains des troubles psychiatriques. L'auteur avertit le lecteur que le concept de troubles mixtes peut être artificiel, compte tenu de la corrélation élevée entre la gravité des troubles liés à l'usage de substances et les symptômes psychiatriques; l'intérêt récent pour ce concept pourrait s'expliquer davantage par les querelles de clan que par l'émergence d'une nouvelle affection.

ROMANI, O.; ET COMELLES. (1991).

**Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance.**

*Psychotropes* 10 (3) : 39-57.

Dans ce document de travail, les auteurs expliquent comment l'importance accordée au modèle médical de maladie et à la prévention des maladies a mené à l'augmentation des problèmes de dépendance à l'égard de substances causés par l'automédication. De l'avis des auteurs, tant autrefois que dans notre société actuelle, où l'approche holistique de la santé mentale et physique est plus répandue, on ne parle pratiquement pas de la dépendance attribuable à l'automédication. Ce n'est que récemment, avec l'avènement du modèle médical, dans lequel les professionnels médicaux sont considérés comme les experts et les médicaments comme les remèdes scientifiques universels, que la surconsommation et l'abus de drogues,

*De l'avis des auteurs, tant autrefois que dans notre société actuelle, où l'approche holistique de la santé mentale et physique est plus répandue, on ne parle pratiquement pas de la dépendance attribuable à l'automédication.*

surtout de médicaments vendus sur ordonnance, se sont répandus. Selon les auteurs, il est nécessaire de s'éloigner du modèle médical et d'adopter une approche plus globale, où les individus sont responsabilisés vis-à-vis de leur santé mentale et physique et reçoivent les connaissances et les outils appropriés pour le faire, afin d'être plus méfiants vis-à-vis de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments et, partant, d'en dépendre moins.

ROSS, H.; GLASER, F.; ET GERMANSON, T. (1988).

**The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems.**

*Archives of General Psychiatry* 45 : 1023-1031.

Dans cette étude, la prévalence à vie et actuelle des troubles mentaux est mesurée chez 501 toxicomanes en traitement externe à l'Institut clinique de la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie à Toronto. Au sein de cet échantillon, 78 % des sujets souffraient d'un trouble psychiatrique à vie et 65 % d'un trouble actuel. Les troubles les plus répandus sont le trouble de la personnalité antisociale, les phobies, les dysfonctionnements psychosexuels, la dépression majeure et la dysthymie. Les polytoxicomanes sont ceux qui sont les plus touchés par les troubles psychiatriques. D'autres résultats sont signalés.

*Les troubles les plus répandus sont le trouble de la personnalité antisociale, les phobies, les dysfonctionnements psychosexuels, la dépression majeure et la dysthymie.*

ROSS, H. E.; ET GLASER, F. B. (1989).

**Psychiatric screening of alcohol and drug patients: The validity of the GHQ-60.**

*American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 15 : 429-442.

Dans cet article, les auteurs évaluent l'utilité du Questionnaire sur l'état de santé général (QESG) à titre d'instrument de dépistage des troubles psychiatriques chez les clients fréquentant des établissements de traitement pour des problèmes de toxicomanie. L'instrument de mesure de référence des troubles mentaux était le *Diagnostic Interview Schedule*, qui a été administré à 501 clients qui se sont adressés à la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie à Toronto pour une évaluation ou un traitement de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Le GHQ se révèle moyennement utile, si le score seuil passe à 23/24.

ROSS, H. E.; GLASER, F. B.; ET STIASNY, S. (1988).

**Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems.**

*British Journal of Addiction* 83 : 1179-1192.

Dans cette étude, les auteurs évaluent les différences en fonction du sexe observées sur le plan de l'usage de substances et des autres troubles psychiatriques dans un échantillon (n = 501) constitué à partir des patients qui se sont adressés à la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie à Toronto pour une évaluation ou un traitement. Les résultats de cette étude contredisent les résultats d'études antérieures selon lesquels les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de troubles psychiatriques concomitants. Les diagnostics à vie et actuels ont été posés conformément aux critères du DSM-III-R, à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule*. Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence à vie des troubles psychiatriques autres que l'abus de substances est élevée (84 à 85 %) et les deux-tiers des sujets souffrent actuellement d'un trouble psychiatrique. L'anxiété, les problèmes psychosexuels et la boulimie sont le plus répandus chez les femmes, tandis que le trouble de la personnalité antisociale, le jeu pathologique et l'homosexualité incompatibles avec le moi touchent surtout les hommes. Tant les hommes que les femmes qui ont abusé des drogues et de l'alcool sont exposés à un risque plus élevé de dysfonctionnement psychosexuel, comparativement aux patients qui ont abusé seulement d'alcool ou de drogues. L'étude met également en évidence une augmentation des troubles de l'alcoolisme avec l'âge, tandis que les troubles liés à l'abus de drogues diminuent. Les femmes sont davantage dépendantes des barbituriques, des sédatifs et aux anxiolytiques, tandis que les hommes consomment plus de cannabis et de tabac. L'usage et l'abus de drogues illicites sont également plus répandus chez les hommes, tandis que les femmes consomment davantage de médicaments vendus sur ordonnance. Les risques de souffrir d'un trouble psychiatrique sont les plus faibles chez les patients mariés et les plus élevés chez ceux qui sont sans emploi.

*L'usage et l'abus de drogues illicites sont également plus répandus chez les hommes, tandis que les femmes consomment davantage de médicaments vendus sur ordonnance.*

ROSS, H. E.; SWINSON, R.; LARKIN, E. J.; ET DOUMANI, S. (1994).

**Diagnosing comorbidity in substance abusers: Computer assessment and clinical validation.**

*The Journal of Nervous and Mental Disease* 182 : 556-563.

Dans cette étude, les auteurs ont comparé les diagnostics du DSM-III chez 173 toxicomanes (143 hommes, 30 femmes, âge moyen 36 ans, intervalle 18 à 72 ans), à l'aide d'une version informatisée du *Diagnostic Interview Schedule (C-DIS)*, avec les diagnostics cliniques posés à l'aide de la *Structured*

*Clinical Interview (SCID)*. Les sujets étaient 135 volontaires recrutés dans les programmes de traitement en clinique externe de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie et 38 hommes inscrits à un programme de traitement en établissement dispensé par l'Armée du salut. La concordance entre la réponse initiale au C-DIS et au SCID a été évaluée par des coefficients Kappa et la validité du C-DIS pour le dépistage de la psychopathologie a été évaluée sur le plan de la sensibilité, de la spécificité, de la valeur prédictive positive et négative par consensus sur le plan des diagnostics. Les deux méthodes concordent bien en ce qui concerne les troubles liés à l'abus de substances - diagnostics du DSM-III - (concordance Kappa 0,26 - 0,81), mais pas au regard des autres troubles (-0,04 - 0,57), exception faite du trouble de la personnalité antisociale. Les auteurs examinent les cas de non-concordance pour certains troubles en particulier et concluent que le diagnostic de consensus est important si l'on veut obtenir un diagnostic précis, en ayant recours à des interviews répétées et en s'appuyant sur toutes les informations accessibles.

SAFER, D. J. (1987).

**Substance abuse by young adult chronic patients.**

*Hospital and Community Psychiatry* 38 : 511-514.

L'auteur évalue dans cette étude les cas de 41 jeunes adultes souffrant de troubles chroniques et soignés en clinique externe, âgés de 19 à 39 ans, sans emploi et vivant de l'aide sociale. Les sujets ont été classés dans les catégories suivantes selon leur schéma d'abus de substances : 1) aucun antécédent en matière d'abus de substances appréciable (27 %), 2) antécédents depuis plus de 2 ans, mais pas de consommation excessive actuellement (29 %), et 3) consommation excessive actuelle et continue (44 %). Dans le groupe 3, le taux annuel d'hospitalisation psychiatrique est de 2,5 fois plus élevé que celui des groupes 1 et 2. Pour les patients classés dans la catégorie des «psychotiques», ceux qui consomment du LSD, du PCP ou des amphétamines présentent le taux le plus élevé d'hospitalisation psychiatrique, et trois des psychoses induites par l'abus de substances ont été assimilées à tort à une schizophrénie ou à un trouble bipolaire. On a également comparé le groupe à 27 sujets plus âgés (40 à 49 ans), souffrant de troubles chroniques, qui vivent également de l'aide sociale. L'abus de substances est la caractéristique qui distingue le plus les plus jeunes des plus vieux. L'auteur conclut en formulant certaines recommandations en matière de traitement axées sur les facteurs déterminants de l'abus de substances.

*L'auteur conclut en formulant certaines recommandations en matière de traitement axées sur les facteurs déterminants de l'abus de substances.*

SANGUINETTI, V. R.; ET BROOKS, M. O. (1992).

**Factors related to emergency commitment of chronic mentally ill patients who are substance abusers.**

*Hospital and Community Psychiatry* 43 : 237-240.

Dans cette étude, on a fait appel à des analyses toxicologiques de l'urine pour le dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues afin d'identifier les patients toxicomanes dans un service d'urgence psychiatrique de Philadelphie. Environ deux-tiers des 247 patients sont des hommes. Les patients qui ont obtenu un résultat positif au test de détection de l'abus de substances sont plus susceptibles de vivre seuls ou d'être itinérants, de souffrir d'un trouble mental organique ou d'un trouble lié à l'abus de psychotropes et d'avoir des antécédents d'abus de drogues. Les antécédents d'abus de drogues sont davantage associés au suicide qu'à la criminalité, une observation qui diffère des résultats des études antérieures. De l'avis des auteurs, le dépistage rapide de l'usage de drogues dans les services d'urgence aide à comprendre les interactions de l'usage de substances et des symptômes psychiatriques chez le patient.

*Les antécédents d'abus de drogues sont davantage associés au suicide qu'à la criminalité, une observation qui diffère des résultats des études antérieures.*

SCHMIDT, L. (1992).

**A profile of problem drinkers in public mental health services.**

*Hospital and Community Psychiatry* 43 : 245-250.

Dans cette étude, on examine les différences entre les buveurs à problème et les buveurs sans problèmes, en comparant leurs profils cliniques et démographiques. Sur les 406 sujets de l'étude, 143 ou 35 % ont été classés dans la catégorie des buveurs à problème; de ce nombre, 53 % sont âgés de moins de 30 ans. La plupart ont un statut socio-économique inférieur et sont plus susceptibles de penser qu'ils ont besoin d'aide. Les buveurs à problème obtiennent un score médian supérieur sur l'ensemble des neuf sous-échelles du BSI (*Brief Symptom Inventory*). Ils ont également consommé plus souvent des drogues illicites. En conclusion, indique l'auteur, les buveurs à problème constituent un plus lourd fardeau pour le système de santé, car ils ont besoin de services tant cliniques que sociaux, mettant ainsi à contribution un plus grand nombre de services communautaires. Si l'on a déjà affirmé que l'approche holistique est nécessaire pour améliorer les services, les auteurs estiment qu'une approche encore plus vaste s'impose.

SCHNEIER, F. R.; MARTIN, L. Y.; LIEBOWITZ, M. R.; GORMAN, J. M.; ET FYER, A. J. (1989).

**Alcohol abuse in social phobia.**

*Journal of Anxiety Disorders* 3 : 15-23.

Les auteurs s'intéressent dans cette étude à la relation entre la phobie sociale et l'apparition de l'alcoolisme. L'échantillon était constitué de 98 patients en clinique externe chez qui on a diagnostiqué une phobie sociale en utilisant les critères du DSM-III-R. Les patients ayant des antécédents récents d'abus de drogues ou d'alcool (au cours des trois derniers mois) ont été exclus de l'échantillon. L'interview dirigée utilisée pour recueillir les données était conçue à la lumière des instruments suivants : le questionnaire SADS-L, les critères du DSM-III-R pour la phobie sociale et les *Research Diagnostic Criteria* (pour évaluer l'alcoolisme).

D'après les résultats, les individus atteints de phobie sociale qui sont également alcooliques souffrent généralement d'une phobie sociale plus grave que les non-alcooliques. En outre, on observe que, pour la vaste majorité des alcooliques dans l'échantillon (15 sur 16), la phobie sociale a précédé l'apparition de l'alcoolisme. Ces individus indiquent pour la plupart avoir recours à l'alcool pour surmonter leur phobie sociale (auto-médication).

*En outre, on observe que, pour la vaste majorité des alcooliques dans l'échantillon, la phobie sociale a précédé l'apparition de l'alcoolisme.*

SCHNEIER, F. R.; ET SIRIS, S. G. (1987).

**A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice.**

*Journal of Nervous and Mental Disease* 175 : 641-652.

Les auteurs ont passé en revue 18 études menées entre 1967 et 1986, dans lesquelles on comparait les schémas d'abus de substances chez les schizophrènes et dans des groupes témoins. D'une manière générale, le point commun entre toutes les études est que la quantité d'amphétamines, de cocaïne, de cannabis, de caféine et de tabac consommée par les groupes schizophrènes est supérieure ou égale à celle du groupe témoin, tandis que la consommation d'alcool, d'opiacés et de sédatifs est moins importante chez les schizophrènes que dans le groupe témoin. Les auteurs en viennent à la conclusion que l'usage de substances procure un soulagement pour certains aspects de la pathologie et peut être considéré comme un cas particulier de conditionnement opérant, dans lequel les substances stimulent le système nerveux avec un effet renforçateur. D'après les articles publiés dans ce domaine, la co-occurrence de l'usage de substances et de la schizophrénie est fréquente, mais le traitement pour ces groupes est soit incertain, soit inapproprié.

SCHWARTZ, L. S.; LYONS, J. S.; STULP, F.; HASSAN, T.; JACOBI, N.; ET TAYLOR, J. (1993).  
**Assessment of alcoholism among dually-diagnosed psychiatric inpatients.**  
*Journal of Substance Abuse Treatment* 10 : 255-261.

Dans cette étude, les auteurs ont utilisé un instrument d'enquête original à 42 items afin d'effectuer une étude rétrospective de 50 dossiers d'un centre médical en milieu urbain. L'objectif était de déterminer dans quelle mesure on a procédé à l'évaluation et à la planification du traitement de l'alcoolisme au moment de l'admission des patients en psychiatrie. Plus de 70 % des patients hospitalisés présentaient des signes de dépendance à l'égard de l'alcool : 12 souffraient de dépendance à l'égard de l'alcool, 12 de psychose reliée à l'alcool, 19 de schizophrénie et 19 de troubles affectifs majeurs. L'examen des dossiers a mis en lumière les faits suivants : a) les antécédents de dépendance à l'égard de l'alcool ont souvent été ignorés; b) le diagnostic n'a pas été posé aussi souvent qu'il aurait dû l'être, c) on a accordé davantage d'importance aux symptômes aigus qu'à la planification à long terme du traitement de l'alcoolisme.

SHER, S. J.; ET TRULL, T. J. (1994).

**Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality disorder.**

*Journal of Abnormal Psychology* 103 : 92-102.

Dans cet article, les auteurs passent en revue les études portant sur la relation entre l'abus d'alcool/alcoolisme et les troubles de la personnalité antisociale (PPA). Ils se penchent sur différentes questions méthodologiques relatives à la recherche dans ce domaine. On y discute également des caractéristiques de la personnalité des pré-alcooliques, des alcooliques et des personnalités antisociales en s'appuyant sur trois dimensions larges de la personnalité. Les auteurs en viennent à la conclusion qu'il existe une comorbidité élevée entre l'alcool et le TPA, avec la pharmacodépendance et d'autres troubles des axes I et II. Enfin, les auteurs présentent des modèles de relations entre l'alcool et la personnalité, et entre le TPA et la personnalité. En conclusion, indiquent les auteurs, les variables de la personnalité sont d'une plus grande utilité lorsqu'elles sont «conceptualisées en relation avec d'autres variables étiologiques, par opposition aux seules descriptions statiques des traits de caractère».

*On y discute également des caractéristiques de la personnalité des pré-alcooliques, des alcooliques et des personnalités antisociales en s'appuyant sur trois dimensions larges de la personnalité.*

SCHUCKIT, M. A.; IRWIN, M.; ET SMITH, T. L. (1994).

**One-year incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 239 alcoholic men.**

*Addiction* 89 : 441-445.

Dans cet article, les auteurs se penchent sur l'association entre la dépendance à l'égard de l'alcool et les troubles dépressifs majeurs, en se fondant sur l'incidence au cours d'une année de nouveaux épisodes de dépression majeure chez 239 hommes souffrant de dépendance d'alcool primaire à San Diego (Californie). Les sujets n'avaient pas connu de troubles psychiatriques majeurs indépendants d'une consommation excessive d'alcool par le passé. Ils ont été interviewés plus particulièrement au sujet des événements qui se sont déroulés durant l'année, par le biais d'une méthode chronologique visant à déterminer la séquence des événements d'intoxication à l'alcool et des symptômes dépressifs majeurs. Chez ces hommes, le faible nombre d'épisodes dépressifs indépendants de la boisson et le taux plus élevé de nouveaux épisodes dépressifs chez les sujets qui ont recommencé à boire indiquent un faible risque de dépression et une probabilité accrue de troubles de l'humeur induits par l'alcool. Les auteurs font état des moyennes, des écarts-types et des pourcentages seulement.

SIACCA, K. (1991).

**An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders.**

*New Directions for Mental Health Services* 50 : 69-84.

L'auteure fait la distinction entre les personnes abusant de substances chimiques et souffrant d'une maladie mentale et celles qui souffrent d'une maladie mentale et qui abusent de substances chimiques, en indiquant les principales caractéristiques des deux groupes. Elle donne ensuite une vue d'ensemble du programme de traitement offert aux personnes abusant de substances chimiques et souffrant d'une maladie mentale en décrivant en détail chacune des phases du traitement. Elle décrit également les programmes d'aide accessibles (p. ex., entraide) à cette clientèle. L'auteure insiste sur la nécessité de mettre à l'épreuve l'utilité de ce programme et indique qu'elle s'y emploie dans ses travaux de recherche en cours.

SMITH, E. M.; NORTH, C. S.; ET SPITZNAGEL, E. L. (1993).

**Alcohol, drugs, and psychiatric comorbidity among homeless women: An epidemiologic study.**

*Journal of Clinical Psychiatry* 54 (3) : 82-87.

L'objet de la recherche dont il est fait état dans cet article était d'examiner les facteurs associés à la prévalence croissante de l'itinérance chez les femmes nord-américaines. Au cours d'une période de 12 mois, on a interviewé 251 femmes cherchant refuge dans les hôpitaux et les foyers pour sans-abri. La prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée dans la population itinérante que chez les femmes de la population générale, les maladies les plus communément citées étant la schizophrénie, les troubles affectifs bipolaires et la dépression. Si la consommation de substances par les itinérantes est moins importante que chez les hommes, elle est cependant plus élevée que chez les femmes de la population générale. Le phénomène est surtout répandu chez les itinérantes qui affirment souffrir de troubles psychiatriques. Toutefois, notent les chercheurs, au moins la moitié des sujets de l'échantillon indiquent ne souffrir ni de problèmes d'abus de substances, ni de problèmes psychiatriques actuels, ce qui démontre la résistance psychologique des femmes dans des conditions de stress extrême. Par conséquent, il convient de poursuivre les recherches afin d'examiner les différences entre les consommatrices et les non-consommatrices de substances, ainsi que les facteurs qui contribuent à la résistance de certaines femmes.

STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; ET SIMPSON, E. E. (1993).

**Adult marijuana users seeking treatment.**

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 : 1100-1104.

Dans cet article, les auteurs examinent les caractéristiques de toxicomanes adultes qui ont fait l'objet d'un dépistage en vue de participer à des programmes de traitement visant les consommateurs de marijuana. Sur un échantillon total de 382 sujets (290 hommes et 92 femmes), 94 % des répondants indiquent que l'autocontrôle et leurs inquiétudes à l'égard de leur santé sont les principaux motifs qui les incitent à abandonner leur habitude. Si 79 % des sujets de l'échantillon présentent un problème psychologique diagnosticable, 9 % d'entre eux seulement ont cherché de l'aide avant le traitement actuel, en dépit de la chronicité de l'abus et de leur détresse psychologique. Cinquante pour cent des sujets indiquent être des polytoxicomanes. Les auteurs entreprennent ensuite d'établir la distinction entre l'abus de marijuana seulement (MAO, n = 144), l'abus de marijuana avec polytoxicomanie concomitante (CPA, n = 75) et la prévalence à vie

*Sur un échantillon total de 382 sujets, 94 % des répondants indiquent que l'autocontrôle et leurs inquiétudes à l'égard de leur santé sont les principaux motifs qui les incitent à abandonner leur habitude.*

(LPA, n = 165). Les sous-groupes CPA et LPA font état de conséquences plus nocives de la consommation de substances que les sujets du groupe MAO. Ces derniers obtiennent des scores bien inférieurs à la liste de contrôle des symptômes 90-R (SCL-90-R), comparativement aux deux autres sous-groupes. Si la détresse psychologique est significative et appréciable dans les trois sous-groupes, le degré de détresse est cependant plus élevé chez les polytoxicomanes.

THOMPSON, A. H.; BLAND, R. C.; ET ORN, H. T. (1989).

**Relationship and chronology of depression, agoraphobia and panic disorder in the general population.**

*Journal of Nervous & Mental Disease* 177 : 456-463.

Dans ce rapport, on examine la relation entre trois troubles psychiatriques : l'agoraphobie, le trouble de panique et la dépression. L'agoraphobie semble apparaître plus tôt que les deux autres troubles, au début de l'adolescence. Cette observation met en question la théorie selon laquelle le trouble de panique serait partie intégrante de l'agoraphobie, car le trouble de panique et la dépression apparaissent tous deux environ vingt ans plus tard. Ces résultats suggèrent également une plus étroite association entre le trouble de panique et la dépression.

TONER, B. B.; GILLIES, L. A.; PRENDERGAST, M. B.; COTE, F. H.; ET BROWNE, C. (1992).

**Substance use disorders in a sample of Canadian patients with chronic mental illness.**

*Hospital and Community Psychiatry* 43 : 251-254.

Cet article présente le profil des troubles d'usage de substances chez 43 patients souffrant de maladie mentale chronique à Toronto. Au total, 108 patients ont passé l'entrevue clinique dirigée basée sur le DSM-III-R (SCID). Sur cet échantillon, les diagnostics ont été les suivants : 65 sujets souffraient de schizophrénie, 21 de troubles de l'humeur, 9 de troubles psycho-affectifs, 3 d'un trouble psychotique, 2 de troubles du délire, et 8 de troubles non psychotiques. Par ailleurs, 43 de ces patients souffraient d'un problème lié à l'usage de substances, dont 19 qui abusaient de plus d'une substance. Ces observations coïncident avec les taux de prévalence cités dans les études américaines et britanniques. Les auteurs évoquent la difficulté du diagnostic des troubles de la personnalité chez les patients abusant de substances ou souffrant d'une maladie mentale majeure. L'étude n'a pas mis en évidence chez ces patients une prévalence plus élevée d'abus de substances que chez ceux qui ne souffrent pas d'un trouble de l'axe II.

*Les auteurs évoquent la difficulté du diagnostic des troubles de la personnalité chez les patients abusant de substances ou souffrant d'une maladie mentale majeure.*

TURNBULL, J. E.; ET GOMBERG, E. S. L. (1988).

**Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women.**

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 12 (3) : 374-381.

Dans cette étude, on examine la relation entre deux aspects de la dépression (manque d'estime de soi et humeur) et tant l'apparition de la consommation d'alcool que les conséquences de l'alcoolisme chez les femmes. L'échantillon était constitué de 301 femmes alcooliques qui étaient en traitement pour leur alcoolisme depuis au moins une semaine. Les données ont été recueillies par le biais d'interviews d'une durée de deux heures. L'interview comprenait des questions sur la dépression, notamment des items reliés à l'estime de soi et d'autres items reliés à l'humeur actuelle. On a également posé des questions sur le comportement face à l'alcool, entre autres l'âge auquel le sujet a commencé à boire, l'âge de la perte de contrôle, les habitudes de consommation et les conséquences de celles-ci (isolement social, sexualité, effets précoces, rôle maternel, accidents, symptômes, travail, maladies et problèmes relationnels). D'autres questions mesuraient la vulnérabilité psychologique précoce, incluant les antécédents familiaux de problèmes d'alcool, les relations négatives pendant l'adolescence, les premiers événements de la vie et les relations positives. Comparativement à un groupe de femmes non alcooliques, celles du groupe alcoolique obtiennent des scores significativement plus élevés sur toutes les mesures de la dépression et des scores moins élevés pour l'estime de soi et l'humeur actuelle. L'estime de soi et l'humeur actuelle sont toutes deux associées à une apparition plus précoce de l'habitude et de la perte de contrôle de la consommation, et sont reliées aux conséquences de l'alcool. Les auteurs indiquent que la dépression a des incidences sur tous les aspects de la vie des femmes et que plus la femme alcoolique est déprimée, plus graves sont les conséquences de son alcoolisme. De l'avis des auteurs, il existerait par ailleurs une relation entre le milieu familial dans l'enfance et l'augmentation des niveaux de dépression chez les femmes alcooliques.

*L'estime de soi et l'humeur actuelle sont toutes deux associées à une apparition plus précoce de l'habitude et de la perte de contrôle de la consommation, et sont reliées aux conséquences de l'alcool.*

WARNER, R.; TAYLOR, D.; WRIGHT, J.; SLOAT, A.; SPRINGETT, G.; ARNOLD, S.; ET WEINBERG, H. (1994).

**Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use, and effects on illness.**

*American Journal of Orthopsychiatry* 64 : 31-39.

Dans cette étude, les auteurs examinent la prévalence de l'abus de substances, les raisons de cet abus et les effets sur la maladie dans une population psychiatrique en traitement externe ayant de longs antécédents de maladie mentale (durée moyenne = 16,1 ans). Sur les 388 cas examinés au total,

55 sujets ont accepté d'être interviewés. Le taux de prévalence à vie de la consommation d'alcool jusqu'au point d'intoxication était le plus élevé (92,7 %), suivi de la marijuana (89,1 %). Soixante pour cent des sujets classés dans la catégorie des consommateurs modérés à excessifs avaient des antécédents familiaux d'abus de substances. Les sujets qui ne participent pas à des activités quotidiennes structurées indiquent que l'ennui est la principale raison qui explique l'usage de substances, même si l'on n'observe pas de relations entre la gravité et le manque d'activités. L'étude n'a pas mis en évidence de relations entre la gravité de l'abus de substances et les admissions à l'hôpital ou la psychopathologie de base. Le résultat le plus frappant de l'étude est la diminution prononcée du taux actuel d'abus de substances (35 %) par rapport au taux de prévalence à vie (76 %). De l'avis des auteurs, ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que la maladie mentale est mieux maîtrisée et que les techniques positives et exhaustives de gestion des cas utilisées aident à réduire l'usage de substances. À juger par les réponses des sujets, les auteurs concluent que l'usage modéré de substances pourrait ne pas avoir nécessairement d'effets nocifs sur l'évolution d'une maladie psychiatrique.

*Le résultat le plus frappant de l'étude est la diminution prononcée du taux actuel d'abus de substances (35 %) par rapport au taux de prévalence à vie (76 %).*

WESTERMEYER, J.; NEIDER, J.; ET WESTERMEYER, M. (1992-93).

**Substance use and other psychiatric disorders among 100 American Indian patients.**

*Culture, Medicine and Psychiatry* 16 (4) : 519-529.

Les auteurs s'intéressent dans cette étude à la prévalence du diagnostic mixte chez les Amérindiens. Cent patients autochtones en service interne ou externe participant à l'*American Indian Alcohol Drug Treatment Program* au Minnesota ont été priés de répondre à des interviews et d'autoriser l'accès aux résultats de leurs évaluations et diagnostics cliniques et psychiatriques. D'après les résultats, la majorité des sujets ont fait l'objet d'un diagnostic mixte d'abus de substances et d'autres troubles psychiatriques. Quarante-et-un des sujets indiquent par ailleurs des antécédents familiaux de troubles mixtes. Plus de cinquante des sujets indiquent également avoir recherché précédemment de l'aide clinique ou avoir été hospitalisés, ce qui indique que, si bon nombre d'Amérindiens sont confrontés à un large éventail de problèmes résultant de l'abus de substances et d'autres troubles psychiatriques, ils ont également recours aux services de traitement qui leur sont offerts. Le fait que la plupart aient recours à plusieurs traitements successifs indique que les services et les programmes offerts actuellement pourraient ne pas être efficaces; il faut donc poursuivre les recherches afin d'offrir des interventions plus efficaces.

WOOGH, C. M. (1990).

**Patients with multiple admissions in a psychiatric linkage system.**

*Canadian Journal of Psychiatry* 35 : 401-406.

Les auteurs ont utilisé une base de données de Kingston (Ontario) pour calculer un index de l'utilisation des services, en vue de déterminer les caractéristiques des clients hospitalisés à plusieurs reprises. Les clients ont été regroupés dans trois catégories selon que leur utilisation des services était faible (1-100), modérée (101-300) ou élevée (>300 contacts) au cours d'une période de trois ans. Seuls les clients hospitalisés plus de trois fois ont été retenus (n = 467, ou 6,5 % de toutes les admissions). Les patients hospitalisés à plusieurs reprises sont en général jeunes, d'un niveau de scolarisation insuffisant et vivent seuls. Les plus vulnérables sont ceux qui souffrent de troubles fonctionnels majeurs. Un tiers de la cohorte totale des sujets hospitalisés à plusieurs reprises, et un quart des sujets souffrant de troubles fonctionnels majeurs ont fait l'objet d'un diagnostic d'abus de substance à au moins une occasion. En conclusion, affirme l'auteur, ces clients ont été traités dans plusieurs établissements différents, et ni les services de psychiatrie et de santé mentale, ni les services communautaires n'étaient équipés pour prendre en charge des patients psychiatriques gravement malades qui abusent également des drogues.

YESAVAGE, J. A.; ET ZARCONI, V. (1983).

**History of drug abuse and dangerous behavior in inpatient schizophrenics.**

*Journal of Clinical Psychiatry* 44 : 259-261.

Les auteurs ont examiné les comportements dangereux (agressions physiques et verbales et épisodes d'isolement et de contention) à titre de corrélat des antécédents d'usage de drogues et d'alcool dans un échantillon de 85 patients schizophrènes de sexe masculin en établissement. Quatre-vingt dix-huit pour cent des répondants indiquent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, et 98 % affirment avoir consommé des drogues illicites au moins une fois. Une régression multiple échelonnée a été utilisée pour déterminer l'importance relative des facteurs liés à l'usage de drogues en fonction de la dangerosité. Le meilleur prédicteur des agressions par les patients est l'existence d'antécédents d'épisodes d'éclipse et d'agressivité lors de l'absorption de drogues, en particulier du PCP, tandis que le meilleur prédicteur de l'isolement ou de la contention était l'existence d'antécédents de comportements «bruyants» lors de la consommation de drogues ou d'alcool. Cette étude indique une corrélation entre différents antécédents de comportement en matière d'usage de drogue et différents comportements agressifs.



EXPLORING THE LINKS  
BETWEEN SUBSTANCE USE  
AND MENTAL HEALTH

SECTION  
II

*Analyse détaillée de la littérature  
sur la santé mentale  
et l'usage de substances*

Document rédigé en collaboration pour Santé Canada

par Colleen Hood, Colin Mangham et Don McGuire  
de l'Université Dalhousie

et

Gillian Leigh  
de l'hôpital régional du Cap Breton  
le 21 mars 1995

Adjoints de recherche : Nathalie Guerin et Harman Kochhar



# TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE .....	193
Étendue de la recherche bibliographique .....	194
Paramètres généraux de l'analyse détaillée .....	194
APERÇU GÉNÉRAL DE L'USAGE DE SUBSTANCES .....	197
APERÇU GÉNÉRAL DE LA SANTÉ MENTALE .....	200
LITTÉRATURE SUR LES LIENS, LES INTERACTIONS ET LES RAPPROCHEMENTS POSSIBLES ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET L'USAGE DE SUBSTANCES .....	202
Influences sociales, culturelles et communautaires .....	202
Influence de la famille et des pairs .....	205
Influence de la famille .....	205
Influence des pairs .....	209
Facteurs intrapersonnels .....	211
Estime de soi .....	211
Auto-efficacité .....	213
Locus de contrôle .....	214
Attentes à l'égard des drogues et recherche de sensations .....	214
Stress, diminution de la tension et capacité d'adaptation .....	215
Solitude .....	217
Personnalité .....	217
Les facteurs de risque dans d'autres groupes .....	219
Facteurs de risque propres aux femmes .....	219
Facteurs de risque chez les Autochtones .....	222
Facteurs de risque et personnes âgées .....	223
Facteurs de risque et minorités ethniques .....	225
Dépendance à un comportement : le jeu compulsif .....	226
LITTÉRATURE SUR LA PRÉVENTION ET LES MODALITÉS DE TRAITEMENT .....	236
Prévention et programmes de prévention .....	236

La prévention des toxicomanies . . . . .	236
Les approches et les programmes en milieu scolaire . . . . .	237
Les programmes communautaires . . . . .	239
Programmes et approches en promotion de la santé mentale . . . . .	240
Les approches de marketing social . . . . .	241
Les programmes axés sur les aptitudes . . . . .	241
Les approches axés sur l'organisation et le développement communautaires . . . . .	242
Jonctions possibles entre prévention des toxicomanies et promotion de la santé mentale . . . . .	243
Les enjeux du traitement : santé mentale ou abus de substances . . . . .	244
Le traitement des toxicomanies . . . . .	244
Les variables de la santé mentale dans le traitement des toxicomanies . . . . .	246
Le traitement en santé mentale . . . . .	248
Les enjeux du traitement : santé mentale et abus de substances . . . . .	249
La prévalence . . . . .	249
Les liens . . . . .	252
L'évaluation . . . . .	255
Les programmes de traitement . . . . .	258
Les problèmes de service . . . . .	259
Les orientations de la recherche . . . . .	260
RÉSUMÉ DES RELATIONS ENTRE SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES . . . . .	271
RÉFÉRENCES . . . . .	274

## CONTEXTE

Cette analyse de la littérature fait partie d'un projet financé par Santé Canada dans le but de mieux faire la lumière sur les liens entre la santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Il s'agit de la seconde partie d'un contrat qui comprend trois volets. La première phase du projet consistait à dépouiller la littérature en vue d'établir une bibliographie annotée. Cette bibliographie offre un vaste choix d'articles qui établissent des rapprochements entre l'usage de substances, la santé mentale et les troubles mentaux. Elle a été divisée en cinq parties, qui comprennent chacune des annotations d'articles et d'autres documents qui portent sur des sujets d'intérêt commun. La présente analyse rend compte des publications répertoriées dans chaque section, l'objectif étant de faire ressortir les principaux thèmes et questions qui y sont traités. Ces thèmes et questions constitueront le point de départ de la phase finale du projet, une étude qui mettra en relief les principaux problèmes qui devraient retenir l'attention des intervenants, des chercheurs et des décideurs dans les domaines de la santé mentale et des toxicomanies.

L'analyse se divise en plusieurs parties qui, dans certains cas, coïncident avec celles de la Bibliographie annotée. Plusieurs des divisions de la Bibliographie annotée ont été regroupées dans le but de faciliter l'analyse des questions. L'Analyse détaillée est ainsi divisée :

- 1. Aperçu général de l'usage de substances.** On trouve dans cette partie plusieurs éléments de réflexion qui doivent être intégrés à toute discussion sur les facteurs de risque et de protection qui concernent la consommation d'alcool et d'autres drogues. La vaste majorité des études recensées sur la question portent sur les adolescents; toutefois, certaines traitent aussi de sous-groupes tels que les femmes, les personnes âgées et les Autochtones.
- 2. Aperçu général de la santé mentale.** Cette partie offre un aperçu de la santé mentale et des problèmes mis en évidence par la recherche documentaire sur la santé mentale qui mettait l'accent sur les facteurs individuels et environnementaux et sur les facteurs de risque psychosociaux liés à la santé mentale et aux troubles mentaux.
- 3. Littérature sur les liens, les interactions et les rapprochements possibles entre la santé mentale et l'usage de substances.** Il est question ici des publications qui traitent des facteurs de risque et de protection associés soit à l'usage de substances, soit à la santé mentale, soit aux deux. On a surtout cherché à donner un aperçu de l'abondance des études réalisées sur les facteurs ayant une incidence sur l'usage de substances et la santé mentale, plus particulièrement sur les facteurs de

risque psychosociaux. Cette partie renferme aussi une brève analyse des publications qui portent sur le jeu compulsif, considéré comme un type de dépendance à un comportement. Elle se termine par un aperçu des ouvrages qui tentent de faire des rapprochements entre la consommation d'alcool ou d'autres drogues et l'affectivité et qui s'intéressent à l'usage de substances comme mécanisme d'adaptation. Il est également question, dans ce résumé, de l'usage de substances comme facteur causal ou comme facteur de risque de problèmes psychologiques ou affectifs, et inversement.

- 4. Littérature sur la prévention et les modalités de traitement.** Cette partie s'intéresse à deux secteurs importants : la prévention et le traitement. D'abord, elle étudie les concepts de la prévention et de la promotion de la santé, en ce qu'ils touchent aux toxicomanies et à la santé mentale, et tente de dégager les grands thèmes qui s'appliquent aux deux. Ensuite, elle analyse les ouvrages qui décrivent le traitement des toxicomanies ou des troubles mentaux, ou les deux (c'est-à-dire les problèmes mixtes), s'employant plus particulièrement à montrer comment les rapprochements entre ces deux grands domaines de la santé sont pris en compte dans le cadre du traitement.

## **ÉTENDUE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

On a procédé à des recherches sur CD-ROM et à d'autres recherches bibliographiques en vue de trouver des articles de synthèse, des documents de travail, des comptes rendus de recherches et des livres. On a également recueilli des données auprès d'un groupe informel d'experts. On s'est intéressé aux ouvrages publiés au Canada ou qui concernent la situation canadienne. Des milliers de documents auraient pu être retenus, mais on a choisi de fournir, sur la plupart des sujets, les éléments d'information qui correspondent aux principaux objectifs du projet, au lieu de rendre compte de toute la littérature qui existe.

## **PARAMÈTRES GÉNÉRAUX DE L'ANALYSE DÉTAILLÉE**

1. L'abondance de la littérature qui traite de la santé mentale, de l'usage de substances et du lien entre les deux a, bien sûr, eu un impact sur ce document et sur la Bibliographie annotée. Il a fallu, en effet, faire des choix concernant les mots-clés utilisés dans la recherche bibliographique et les articles à retenir. Il est évident que certaines sources d'information ont échappé aux auteurs ou que ces derniers ont privilégié certaines questions au détriment d'autres sujets. En outre, la recherche se limitait essentiellement au matériel publié. Or, on reconnaît qu'il existe sans doute d'excellents travaux, surtout réalisés au Canada, qui ne sont pas publiés ou facilement accessibles.

2. La plupart des études mettent en corrélation les facteurs associés à l'usage de substances et/ou à la santé mentale. Autrement dit, ils établissent des rapprochements selon l'importance statistique des associations qui existent entre les facteurs et l'usage de substances ou les problèmes de santé mentale. Il est presque impossible, la plupart du temps, d'établir une nette association causale entre les facteurs de risque et les conséquences. Dans les domaines de la santé et de la promotion de la santé, la notion de risque a traditionnellement servi à décrire la corrélation entre l'existence d'une série de facteurs ou de caractéristiques et l'apparition subséquente d'un problème de santé. Cette notion découle directement du concept épidémiologique du risque, un concept statistique servant à mesurer la force de l'association entre l'éventuel facteur de risque ou facteur causal et la maladie. Il s'agit d'un concept utile lorsqu'on étudie les maladies dégénératives chroniques, les maladies mentales et les divers syndromes qui ne sont attribués à aucun agent pathogène précis et qui, pour des raisons d'éthique, excluent la possibilité d'études expérimentales sur des humains qui permettraient d'établir avec certitude la relation causale. Le risque étant presque toujours fondé sur la corrélation, on ne peut affirmer que les facteurs de risque sont nécessairement des causes directes des problèmes de santé, pas plus qu'on ne peut déterminer d'avance qu'une personne ou une famille donnée présentera un problème du simple fait qu'elle est «à risque». De même, on ne peut indiquer en toute certitude qu'une personne ou une famille donnée jugée à faible risque sera épargnée par un problème en raison de l'absence de facteur de risque, ou de l'existence de facteurs de protection - le pendant conceptuel des facteurs de risque.

Ces réserves étant faites, il ne faudrait pas pour autant s'empêcher de recourir au concept de risque en promotion de la santé, pas plus qu'il ne faudrait mettre en doute l'importance de la mise en valeur des bienfaits associés à un risque réduit. Il est courant de faire reposer les mesures préventives sur la diminution des risques, à condition que le lien entre le facteur de risque et le problème réponde à certains critères (Morton, Hebel et McCarter, 1990), à savoir :

- a. La séquence dans le temps : Le facteur de risque précède la survenue du problème.
- b. La force de l'association : Le lien ou la corrélation entre le facteur de risque et le problème est important.
- c. La constance de l'association : La relation est confirmée dans divers cadres et dans plusieurs études; elle n'est pas qu'illusoire.
- d. La cohérence de l'association : La relation est plausible; elle repose sur certaines expériences communes ou sur des théories psychologiques ou sociologiques existantes.

Bon nombre des changements d'habitudes de vie préconisés par les professionnels de la santé, et certainement beaucoup de programmes d'éducation sanitaire ou de promotion de la santé, reposent sur l'idée selon laquelle, lorsque de tels critères sont réunis, des interventions visant à réduire les facteurs de risque ou à promouvoir les facteurs de protection sont justifiées.

3. Dans cette étude, les facteurs sont analysés en fonction de populations données - les adolescents, les femmes, les personnes âgées, les Autochtones, les jeunes à haut risque et les minorités ethniques. En fait, la majorité des études sur la consommation d'alcool ou d'autres drogues mettent l'accent sur les adolescents et la plupart des études en santé mentale portent sur les adolescents et les femmes. Les auteurs cette analyse se sont toutefois efforcés de rendre compte des travaux qui concernent les autres groupes signalés.

Autre fait important à préciser, la population canadienne ne se divise pas en groupes bien distincts. Autrement dit, ces groupes se recourent énormément. De plus, l'un n'exclut pas l'autre. Par exemple, il est fort possible que les adolescents d'un groupe ethnique aient plus de traits en commun avec d'autres jeunes qu'avec les personnes âgées de leur propre groupe ethnique. Par conséquent, lorsqu'on étudie les facteurs de risque en cause chez les femmes, on peut présumer que bon nombre des facteurs qui touchent d'autres groupes affectent également les femmes. Comme les études sur la population adolescente sont de loin les plus nombreuses dans le domaine des toxicomanies, cette partie de l'étude sera essentiellement consacrée à ces travaux.

*la population canadienne ne se divise pas en groupes bien distincts. Autrement dit, ces groupes se recourent énormément.*

4. Dans le contexte de cette analyse, les facteurs de protection sont décrits le plus souvent par opposition aux facteurs de risque. Rares sont les études qui ont été réalisées sur les facteurs spécifiquement associés au fait d'être à faible risque. Le plus souvent, ces facteurs sont évoqués sans être analysés en profondeur, l'accent étant mis sur la population à risque. Il est important de ne pas confondre ces facteurs «associés à un faible risque» avec les facteurs de protection rattachés à la *résistance psychologique* - la capacité de bien réagir face à un risque important. Un personne peut être à faible risque sur le plan des toxicomanies sans pour autant avoir une grande résistance psychologique. Ainsi, les convictions religieuses personnelles et l'abstinence sont sans contredit des facteurs qui réduisent les risques, mais elles ne sont pas nécessairement associées à la résistance psychologique. Une analyse des facteurs de protection liés à la résistance psychologique a récemment été réalisée pour Santé Canada (Mangham, McGrath, Reid et Stewart, 1994).

# APERÇU GÉNÉRAL

DE

## L'USAGE DE SUBSTANCE

Il existe une abondante littérature sur les facteurs associés au début et à l'évolution de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, surtout chez les adolescents. La question a particulièrement retenu l'attention des chercheurs au cours des années 80, et a fait l'objet de nombreuses analyses (p. ex., Hawkins, Catalano et Miller, 1992). L'analyse que nous ferons ici de la question portera essentiellement sur les facteurs de risque et de protection associés à *l'abus de substances*, plus particulièrement sur ceux qui touchent directement ou indirectement à la santé mentale.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, des définitions terminologiques s'imposent. Voici les définitions qui ont été retenues pour les besoins de la Bibliographie annotée, de l'Analyse détaillée et du Document de travail :

L'**usage de substances** désigne la consommation de toute substance psychotrope, dont le tabac, l'alcool, les médicaments en vente libre ou vendus sur ordonnance, les drogues illicites, les solvants et les produits pour inhalation. Cette consommation comprend aussi bien l'abstinence, qu'une consommation occasionnelle ou régulière, une consommation fréquente et excessive, ou encore, l'abus de substances. Le terme sera parfois remplacé par l'expression **consommation d'alcool et d'autres drogues**.

Selon la définition qu'en donne le *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, publié par l'Organisation mondiale de la santé (1993), l'**abus de substances** renvoie à :

[Traduction] un mode de consommation inapproprié, caractérisé par ...la poursuite de la consommation, même si le sujet est conscient d'être en proie à un problème persistant ou récurrent d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique, causé ou exacerbé par l'usage [ou par l'usage récidivant], dans des situations où celui-ci est physiquement dangereux (p.4).

La **dépendance à un comportement** désigne une compulsion à accomplir une action (comme manger ou jouer) qui engendre des problèmes d'ordre médical ou financier et/ou qui devient incontrôlable, le non-accomplissement de cette action étant associé à une sensation de malaise.

La **réduction des torts** désigne la diminution des risques de torts par des moyens qui pourraient comprendre ou non l'abstinence; par exemple, la consommation de substances de façons moins dommageables ou la mise en

place de mesures telles que les échanges de seringues pour les consommateurs de drogues injectables, qui réduisent les risques d'infection par les maladies contagieuses.

La prudence est de mise lorsqu'on se livre à des interprétations ou lorsqu'on émet des hypothèses concernant les facteurs en jeu dans l'usage/l'abus de substances. D'abord, le concept de l'abus de substances ne se résume pas à la fréquence de la consommation ou à la quantité consommée. Pourtant, surtout dans les études qui concernent les adolescents et/ou les drogues illicites, on confond souvent usage et abus. En fait, Paquin (1988) nous incite à ne pas perdre de vue les différences importantes entre l'abstinence, les expériences passagères, la consommation occasionnelle, la consommation habituelle, la surconsommation et l'abus. Ces distinctions doivent être établies lorsqu'on analyse les facteurs en jeu dans la consommation de drogues chez les adolescents.

Deuxièmement, les facteurs qui poussent à commencer à consommer des drogues et ceux qui incitent à continuer d'en consommer ou à en augmenter la consommation pourraient être très différents (Beauchamp et Brunet, 1994). Ainsi, l'influence des pairs apparaît souvent comme un facteur déterminant au début de la consommation de drogues, mais il est possible que ce facteur agisse différemment dans le cas du sujet qui continue d'en consommer. Des raisons personnelles, comme le désir d'oublier des problèmes familiaux, comptent pour beaucoup dans l'usage continu de substances. Souvent, cette distinction n'est pas faite au moment de l'application des résultats de recherches.

*L'influence des pairs apparaît souvent comme un facteur déterminant au début de la consommation de drogues, mais il est possible que ce facteur agisse différemment dans le cas du sujet qui continue d'en consommer.*

Troisièmement, il arrive que les facteurs de risque varient d'une substance à l'autre. Ainsi, comme le montrera l'analyse, la situation socio-économique est associée au tabagisme, mais pas à la consommation d'autres drogues. De même, la tolérance à l'égard de la déviance et le non-conformisme sont liés à la consommation de drogues illicites, mais beaucoup moins à l'alcool. Ce phénomène s'explique, si l'on considère que la consommation de drogues illicites est perçue comme un comportement déviant, même si elle est jugée normale dans certains groupes.

Comme nous l'avons souligné plus haut, les adolescents occupent une place de choix dans la littérature qui traite de l'usage de substances. Nous avons retenu dans notre analyse des facteurs qui ressortent des études recensées et qui mettent en parallèle l'usage de substances et la santé mentale : mésadaptation et isolement dans le milieu scolaire, normes et attentes de la société face à la consommation de substances, influences de la famille et des pairs, violence familiale, estime de soi, locus de contrôle, effets recherchés dans la consommation de drogues, traits de caractère tels que recherche de sensations, tolérance à l'égard de la déviance, stress et mécanismes d'adaptation. Bon nombre de ces facteurs peuvent être perçus

soit comme des facteurs de risque (s'ils ont un effet néfaste) ou comme des facteurs de protection (s'ils ont un effet favorable). Beaucoup s'inscrivent dans un continuum (p. ex, l'estime de soi) et, selon l'endroit où se situe l'individu dans le continuum, le prédisposent à avoir des problèmes ou le protègent contre d'éventuels problèmes.

# APERÇU GÉNÉRAL

---

## DE

---

# LA SANTÉ MENTALE

Bien que l'on retrouve dans une pléthore d'études psychosociales des références à la santé mentale, le concept ne semble pas défini de manière très claire ou uniforme, d'une étude à l'autre. La plupart du temps, la santé mentale tient lieu de point de comparaison dans des travaux qui traitent de troubles mentaux particuliers, comme la dépression. Ou encore, elle offre une série de paramètres qui servent à décrire une population donnée, comme les personnes soumises aux effets du chômage.

Il n'existe aucune définition universellement admise de la santé mentale. Cependant, nous avons inclus dans la bibliographie annotée l'ouvrage *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre* (1988), parmi les publications de Santé et Bien-être social Canada, ancien nom de Santé Canada. Cette publication offre une excellente description des notions que recouvre la santé mentale comme sujet. Elle peut servir de modèle de référence lorsqu'il s'agit de juger de la portée et de la pertinence de toute recherche ou publication qui traite de ce sujet. En conséquence, notre analyse de la littérature sur la santé mentale tiendra compte des questions et des concepts décrits dans ce document de promotion de la santé.

Selon *La santé mentale des Canadiens : Vers un équilibre*, «les concepts actuels de la santé mentale mettent l'accent sur les facteurs suivants : l'harmonie et l'intégration psychologiques et sociales; la qualité de la vie et le bien-être global; l'épanouissement personnel et la réalisation de soi; l'adaptation personnelle efficace; les influences mutuelles de l'individu, du groupe et de l'environnement» (p.6). D'où la définition suivante de la santé mentale :

...la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale (p.7).

Cette définition de la santé mentale, qui s'inspire de la promotion de la santé, n'a été retrouvée dans aucune des études citées. On n'a pu dégager des ouvrages recensés aucune autre définition de la santé mentale, si ce n'est peut-être qu'il s'agit de l'absence de symptômes associés à des troubles mentaux reconnus.

Le dépouillement de la littérature qui existe dans ce domaine nous a permis de constater la place prééminente accordée à plusieurs groupes par les chercheurs. Ainsi, les adolescents, et dans une moindre mesure, les femmes, ont dominé dans les études sur la santé réalisées au cours des dix dernières années. D'autres groupes sont également présents dans les recherches : les personnes âgées, les immigrants, les Autochtones, les sans-abri, les jeunes de la rue et les toxicomanes.

Les principaux facteurs de risque qui mobilisent l'attention des chercheurs sont la violence (surtout la violence familiale), la dépression, le stress et le chômage. Tous ces facteurs de risque sont également des résultats ou des conséquences possibles de problèmes de santé mentale. La pauvreté, le travail, les pairs, la consommation de drogues par les parents et l'itinérance sont également cités soit comme des facteurs de risque soit comme des conséquences associés à la santé mentale. Notre analyse rend compte d'un autre phénomène préoccupant qui découle des problèmes de santé mentale, à savoir les tentatives de suicide et le suicide.

Les facteurs de protection sont les sujets les moins étudiés dans la littérature. Toutefois, on a trouvé quelques ouvrages sur le bien-être, l'adaptation, l'endurance, la résistance psychologique et les réseaux de soutien, par exemple, le soutien familial. Les nouvelles recherches sur la résistance psychologique sont particulièrement dignes de mention.

**LITTÉRATURE SUR**

**LES LIENS, LES INTERACTIONS**

**ET LES RAPPROCHEMENTS**

**POSSIBLES ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET**

**L'USAGE DE SUBSTANCES**

L'étude des liens entre la santé mentale et la consommation de drogues est une entreprise ardue. Afin de structurer l'abondante littérature publiée sur le sujet, nous utiliserons un modèle qui sert depuis longtemps au classement des facteurs associés aux toxicomanies (Zucker, 1978). Selon ce modèle, trois types de facteurs influent sur la consommation de drogues : a) les influences sociales, culturelles et communautaires (p. ex. les normes imposées par la religion, le milieu scolaire, la société et la collectivité); b) les influences exercées par la famille et les pairs et c) les influences intrapersonnelles (p. ex les attitudes, l'estime de soi, la personnalité ou d'autres caractéristiques personnelles ou psychologiques). Les influences exercées par les contextes social, émotionnel, économique ou physique extérieurs à la famille s'insèrent dans la catégorie des influences socio-culturelles. Bien que la socialisation, les attitudes et les valeurs personnelles et les convictions religieuses soient toutes des facteurs intrapersonnels qui jouent un rôle capital dans la consommation et l'abus de drogues (voir, par exemple, Brown et Skiffington, 1987; Hawkins, Lishner, Catalano et Howard, 1985; Torabi et Veenker, 1986), ils n'occuperont pas une place centrale dans cette analyse. Ces attitudes et convictions profondes constituent en quelque sorte le «filtre» de l'expérience personnelle, par lequel les autres influences passent et sont interprétées. Nous partirons du principe que ces facteurs sont importants, et passerons en revue quelques autres influences et facteurs associés à l'usage/à l'abus de substances et à la santé mentale/à la maladie mentale.

**INFLUENCES SOCIALES, CULTURELLES**

**ET COMMUNAUTAIRES**

De nombreuses études ont relevé diverses influences qu'exercent la société et l'environnement sur l'usage/l'abus de drogues et la santé mentale chez les adolescents. Étant donné la place qu'occupe l'école dans la vie communautaire des adolescents, nous avons choisi d'en discuter séparément. D'autres influences sociales, culturelles et communautaires sont regroupées dans une seconde sous-catégorie.

L'analyse de la littérature montre que deux aspects de l'échec scolaire sont associés à un risque accru de toxicomanie chez les adolescents (Hawkins et coll., 1992, 1985; Vitaro, F., Dobkin, P., Janosz, M. et Pelletier, D., 1992). Il s'agit de la mésadaptation et de l'isolement dans le milieu scolaire, et de l'échec scolaire proprement dit. Les deux phénomènes, selon Hawkins et coll., figurent parmi les quatre principaux facteurs de prédiction de la toxicomanie. Une tendance analogue a été observée chez les adolescents canadiens par Boyle, Offord, Racine, Fleming, Szatmaria et Links (1993), qui ont signalé un lien entre la toxicomanie et les troubles du comportement, la mésadaptation et l'échec scolaires. Dans une étude sur la question réalisée en Ontario, Allison (1992) a observé une corrélation négative entre la réussite scolaire et la consommation de drogues. Vitaro et ses collaborateurs (1992), qui se sont intéressés aux facteurs de risque associés aux toxicomanies, notent que les problèmes de comportement et les difficultés scolaires vont de pair. De plus, il semble que les répercussions des problèmes éprouvés à l'école se prolongent dans la vie adulte. Une étude de suivi réalisée sur une période de neuf ans auprès d'adolescents qui étaient parvenus au début de l'âge adulte a montré que l'incidence de la toxicomanie était la plus élevée parmi les sujets ayant vécu des problèmes à l'école et ayant assez mal réussi à assumer les rôles qui accompagnent traditionnellement l'âge adulte (Kandel, Simcha et Davies, 1986).

En ce qui concerne la santé mentale et le milieu scolaire, il semble que les attentes face à l'école constituent des facteurs de stress importants dans la vie des adolescents. Mitic, McGuire et Neumann (1987) ont observé dans une étude des différences liées au sexe parmi les sujets qui ont dit être soumis fréquemment à plusieurs sources de stress. Le travail scolaire et les considérations financières arrivent en tête de liste des préoccupations des garçons, alors que les filles sont uniformément soucieuses de leur apparence physique et de leur travail scolaire. En outre, selon ces auteurs, la perception d'un niveau plus élevé de stress est associée à des taux plus élevés de consommation de drogues.

*Le travail scolaire et les considérations financières arrivent en tête de liste des préoccupations des garçons, alors que les filles sont uniformément soucieuses de leur apparence physique et de leur travail scolaire.*

Il faut se montrer très prudent lorsqu'on tire des conclusions à partir de ce genre d'études. D'abord, beaucoup d'adolescents qui vivent des situations très pénibles à l'école ne font pas une consommation excessive de drogues. Les mesures du risque ne permettent pas de prédire les conséquences d'un phénomène sur les personnes, elles ne servent qu'à comprendre les facteurs de risque à l'intérieur des groupes. De plus, on ne peut présumer des causes de la toxicomanie. L'échec scolaire pourrait tout aussi bien découler qu'être à l'origine d'une prédisposition à la toxicomanie qui aurait d'autres causes. Toutefois, la constance de l'association entre la mésadaptation scolaire et/ou l'échec scolaire et le stress, et le risque de toxicomanie est nette, et mérite que l'on s'y intéresse davantage.

Le dépouillement réalisé pour la présente analyse a mis en lumière d'autres facteurs sociaux, culturels et communautaires : les normes et les attentes de la société à l'égard de la consommation de drogues (p. ex Jessor, 1987) et la situation socio-économique, surtout dans le cas du tabagisme (Boyle et coll., 1993; LaForest, 1976; Millar et Hunter, 1992). En ce qui concerne les normes et les attentes sociales, Jessor, un éminent chercheur qui s'est intéressé au développement des adolescents et à la consommation de drogues dans cette population, attribue en grande partie la consommation de drogues dans ce groupe au fait que l'adolescence est l'âge où l'individu prend connaissance, par sa propre expérience et par les attentes de ses pairs, de ce que son milieu juge acceptable et attend de lui. Dans tout débat au sujet des toxicomanies, il semble évident que l'on ne doit pas perdre de vue les attitudes du milieu culturel à l'égard de l'usage et de l'abus de drogues.

Les ouvrages recensés établissent également une corrélation entre la situation socio-économique, la santé mentale et les toxicomanies. Dans une étude réalisée au Canada, Tousignant (1989) fait apparaître un lien étroit entre la pauvreté et les problèmes de santé mentale. L'auteur laisse entendre que la pauvreté engendre certaines situations qui rendent difficile le maintien de la santé mentale : stress accru et conditions de vie difficiles; rétrécissement du réseau de soutien social; manque d'estime de soi et d'auto-efficacité; diminution de la capacité d'adaptation et risques accrus de chômage et conditions de logement insatisfaisantes.

En ce qui concerne les toxicomanies, il semble y avoir une nette corrélation négative entre tabagisme et revenu, quoique le phénomène touche toutes les catégories socio-économiques. Boyle et ses associés (1993) ont montré, dans leur analyse, que l'incidence du tabagisme était plus élevée chez les Canadiens à faible revenu, qu'il s'agisse d'adultes ou d'adolescents. L'étude réalisée au Québec par LaForest, quoique non récente, met elle aussi en évidence un rapport entre tabagisme et situation socio-économique. Johnson et Jennison (1992) relèvent une corrélation entre consommation d'alcool et tabagisme, à compter de l'adolescence. À partir d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population adolescente américaine, ils ont constaté que le tabagisme permet de prédire la consommation d'alcool et que les fumeurs boivent davantage que les non-fumeurs. Johnson et Jennison signalent l'effet synergique de la consommation concomitante de tabac et d'alcool, sur la santé physique, effet qui est accentué par le renforcement social - souvent, les situations qui incitent à une forte consommation d'alcool sont aussi favorables à la consommation de tabac. Selon Torabi, Bailey et Majd-Jabbari (1993), le tabagisme est une habitude qui mène à la consommation d'autres drogues. Ces auteurs ont constaté que la consommation d'alcool est trois fois plus élevée chez les personnes qui fument beaucoup tous les jours, sept fois plus élevée chez

*souvent, les situations qui incitent à une forte consommation d'alcool sont aussi favorables à la consommation de tabac.*

celles qui consomment du tabac à chiquer. De plus, ils ont observé de 10 à 30 fois plus de consommation de drogues illicites dans ce groupe que chez les non-fumeurs. Dans toute étude sur le tabagisme et les problèmes connexes, il importe de faire ressortir la forte corrélation entre tabagisme et santé mentale.

On ignore comment la situation socio-économique influe au juste sur le tabagisme; par contre, on sait que les personnes et les familles à faible revenu au Canada sont davantage prédisposées à avoir des problèmes de santé et, de manière générale, se considèrent moins bien portantes que d'autres groupes (Santé et Bien-être social Canada, 1990).

## **INFLUENCE DE LA FAMILLE ET DES PAIRS**

### **Influence de la famille**

Les études qui traitent des toxicomanies et de la santé mentale analysent la dynamique familiale, le milieu familial et, surtout, les rapports familiaux, à la fois comme facteurs de protection et comme facteurs de risque. Plusieurs études d'envergure ont traité du rôle de protection que peut jouer la famille tant sur le plan de la santé mentale et qu'en ce qui concerne l'usage de substances (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen et Wilson, 1985; Wills, Vaccaro et McNamara, 1992). Dans une étude nationale sur les familles, Olson et ses collaborateurs (1985) ont montré que les familles qui se situent dans la moyenne au regard de la cohésion (attachement, relations et échanges) et de l'adaptabilité (définition des rôles, établissement de règles et exercice de l'autorité) éprouvent moins de problèmes et s'adaptent mieux au stress que celles qui se situent aux extrémités de l'échelle. Selon eux, les adolescents issus de telles familles sont généralement mieux adaptés et parviennent mieux à concilier les attentes de la famille et les attentes de leurs camarades en comparaison des jeunes provenant de familles qui se trouvent à l'une ou l'autre extrémité. Dans leur analyse d'un modèle d'explication de la toxicomanie fondé sur le stress social, Rhodes et Jason (1990) laissent entendre que l'influence de la famille pendant l'enfance est le facteur le plus déterminant en ce qui concerne la capacité d'adaptation du sujet au stress, plus tard dans sa vie. Cette capacité de faire face au stress apparaît comme l'un des principaux facteurs de protection contre d'éventuels problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

*Cette capacité de faire face au stress apparaît comme l'un des principaux facteurs de protection contre d'éventuels problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.*

Certaines études font ressortir un lien très net entre le soutien et l'encadrement parentaux et un risque de toxicomanie moins élevé. Barnes et Farrell (1992), qui ont réalisé une étude sur les adolescents et leur famille dans l'État de New York, ont observé que le soutien et l'encadrement jouent un rôle certain, peu importe le groupe socio-économique. Les adolescents appartenant à des familles où les parents sont toujours disposés à

aider leurs enfants tout en exerçant sur eux une surveillance stricte et en ayant des attentes à l'égard de leurs activités de loisirs, consomment généralement moins d'alcool et s'abstiennent davantage de recourir aux drogues illicites, en comparaison d'autres adolescents. Coombs et Landsverk (1992), qui se sont penchés sur la corrélation entre le type de rapports parents-enfants et la consommation et l'abus d'alcool et de drogues, ont fait les mêmes constatations à l'issue d'entrevues réalisées auprès d'adolescents américains et de leurs parents. Une attitude ferme mais intéressée des parents, notamment de fréquents éloges et des marques de soutien, est associée aux taux de toxicomanies les plus faibles chez les adolescents. Au terme d'une analyse de huit études sur l'influence de la famille et des pairs, Denton et Kampfe (1994) ont trouvé que les rapports parents-enfants constituent un facteur de protection important. De plus, ils ont confirmé l'idée généralement répandue selon laquelle les attitudes et les comportements des parents et des frères et soeurs (plus âgés) à l'égard de l'alcool et d'autres drogues permettent de prévoir si le sujet aura recours aux drogues à l'adolescence.

*Une attitude ferme mais intéressée des parents, notamment de fréquents éloges et des marques de soutien, est associée aux taux de toxicomanies les plus faibles chez les adolescents.*

Newman et Ward (1989), qui se sont intéressés au lien entre ce facteur et le tabagisme, ont observé une fois et demi plus de risque de tabagisme chez les adolescents dont les parents sont fumeurs que chez ceux dont les parents ne fument pas. Ce risque dépendait toutefois des attitudes des parents face au tabagisme. Lorsque les parents s'opposaient activement à ce que leurs enfants fument, on a observé une diminution de l'incidence du tabagisme chez les adolescents, que les parents aient été ou non eux-mêmes fumeurs.

Ces études et d'autres établissent une nette corrélation entre la dynamique et les attitudes familiales, d'une part, et les toxicomanies chez les adolescents. Les conclusions de ces travaux rejoignent celles des recherches réalisées et revues par Krohn, Akers, Radosevich et Lanza-Kaduce (1982), qui indiquent que les adolescents sont très perméables à l'influence du milieu familial et des camarades. Selon ces chercheurs, les adolescents sont influencés par l'un des trois contextes normatifs caractérisés par les attitudes, les valeurs et les comportements de leurs parents, de leur famille élargie, de leurs amis et du réseau de soutien social structuré ou non dont ils font partie. Ces contextes peuvent être soit a) répressifs (réprouvent ou rejettent la consommation de drogues); soit b) impératifs (approuvent, avec certaines réserves, la consommation de drogues); soit c) permissifs (sanctionnent inconditionnellement l'usage de drogues).

Les chercheurs ont également observé un lien entre les antécédents familiaux de consommation d'alcool et de drogues, et les problèmes de santé mentale et des risques accrus de problèmes de toxicomanies à l'adolescence (Boivin et Violette, 1994; Paquin, 1988; Vitaro et coll., 1992). Bien que le phénomène ne ressorte pas de cette analyse, il faudrait signaler

que l'alcoolisme et les autres formes de toxicomanie chez les parents constituent un facteur de risque. En ce qui concerne la consommation de drogues et la santé mentale chez les parents, Greenfield, Swartz, Landerman et George (1993) ont noté que l'exposition à l'alcoolisme parental pendant l'enfance était associée à des risques accrus de troubles psychiatriques au cours de la vie de l'individu, et, à l'âge adulte, à l'instabilité conjugale. Moos et Moos (1984) ont réalisé une étude sur les familles touchées par l'alcoolisme afin de comprendre les différences entre celles-ci et les familles épargnées par l'alcoolisme. La seule grande différence qu'ils ont constatée entre les familles qui tentent de surmonter un problème d'alcoolisme et les familles non touchées par l'alcoolisme est que, de manière générale, les premières sont davantage portées à éviter les conflits et sont moins sociables que les dernières. Les familles dans lesquelles l'alcoolique avait rechuté signalaient plus de conflits et de désorganisation, une cohésion familiale moins grande et moins de partage de loisirs que les autres groupes.

Si l'on reconnaît généralement l'existence d'un lien entre les antécédents familiaux de toxicomanies et les problèmes de santé mentale, deux études répertoriées réfutent cette idée. Selon ces deux études, des antécédents familiaux de problèmes liés à l'alcool et aux drogues n'engendrent pas nécessairement des troubles mentaux ultérieurement. Latham et Napier (1992) n'ont observé aucun rapport entre les problèmes de consommation d'alcool chez les parents et l'estime de soi chez les enfants à l'âge adulte. Ils laissent entendre que certains enfants d'alcooliques peuvent se créer une image de soi positive en dépit de leur situation familiale. Boivin et Violette (1994) indiquent que dans les familles où l'alcoolique boit constamment, les membres de la famille apprennent à prévoir ses comportements et ses habitudes, de sorte qu'ils semblent se forger des mécanismes d'adaptation plus efficaces que les membres de familles où l'alcoolique boit par accès.

*Ils laissent entendre que certains enfants d'alcooliques peuvent se créer une image de soi positive en dépit de leur situation familiale.*

Il existe aussi une corrélation entre des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanies et d'éventuels problèmes liés aux drogues et à l'alcool. Sher, Walitzer, Wood, Philip et Brent (1991) ont noté que les femmes ayant grandi dans des foyers d'alcooliques présentaient des risques beaucoup plus élevés de détresse psychologique et de toxicomanies. Dans leur étude sur les jeunes de la rue, Smart et Adlaf (1991) ont observé qu'une proportion exagérée de ces adolescents viennent d'un milieu familial qui compte au moins un parent alcoolique. Smart et Walsh (1993) ont également constaté que les jeunes de la rue quittent souvent le milieu familial en raison d'un problème parental de toxicomanie et sont plus déprimés que les autres jeunes. D'évidence, l'angoisse, le stress associé aux rôles et les incertitudes souvent présents dans les familles d'alcooliques peuvent contribuer aux types de détresse psychologique qui peuvent engendrer des comportements autodestructeurs de fuite comme les toxicomanies.

Il semble que l'individu qui a des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanies soit davantage prédisposé à avoir des problèmes de santé mentale et de toxicomanies et qu'en fait, les effets de la famille sur la santé mentale et sur la consommation d'alcool et d'autres drogues soient inter-reliés.

Plus loin dans le continuum du fonctionnement familial, on note que la violence familiale est étroitement associée à la santé mentale comme aux toxicomanies. Les études recensées ont montré un lien très net entre la cruauté mentale, la violence physique et l'abus sexuel, d'une part, et les problèmes de santé mentale et de toxicomanies éprouvés plus tard dans la vie, d'autre part. D'après Wolfe et Jaffe (1991), des antécédents de violence familiale prédisposent l'enfant à des troubles d'adaptation et à d'autres problèmes de développement. Dans leur étude sur les adolescents canadiens violents, Pelletier et Coutu (1992) ont constaté que des antécédents familiaux de violence physique et de toxicomanies étaient directement rattachés à la violence manifestée par les adolescents à l'égard des membres de leur famille, surtout leurs jeunes frères et soeurs et leur mère. Kingery, Pruitt et Hurley (1992) corroborent ce lien entre des antécédents familiaux de violence et la participation des jeunes à des activités violentes. Ils signalent en outre que la consommation de drogues illicites semble prédisposer les adolescents à infliger ou à subir de la violence. Enfin, Moore, Pepler, Weinberg, Hammond, Waddell et Weiser (1990), dans leur étude canadienne sur la violence familiale, se sont penchés sur divers facteurs de risque et de protection qui touchent les enfants issus d'un milieu familial violent. Ils indiquent nettement que ces enfants ne vivent pas tous des problèmes et qu'il importe de comprendre les facteurs qui semblent les protéger contre les effets néfastes de la violence.

*Ces enfants ne vivent pas tous des problèmes et qu'il importe de comprendre les facteurs qui semblent les protéger contre les effets néfastes de la violence.*

Des auteurs associent également la violence familiale et l'itinérance et la toxicomanie chez les adolescents. Smart et Adlaf (1991) ont noté que, dans bien des cas, les jeunes de la rue en Ontario sont issus d'un milieu familial où règne ce type de violence; ils consomment trois fois plus d'alcool que de drogues illicites et dix fois plus que les autres jeunes.

Dembo, Williams, LaVoie, Schmeidler, Kern, Getreu, Berry, Genung et Wish (1990) se sont aussi intéressés à l'influence prépondérante de la violence familiale sur les adolescents et aux rapports entre la violence familiale, les problèmes de santé mentale et les toxicomanies. Ces auteurs ont mis en évidence une corrélation entre la violence physique, les abus sexuels, le fonctionnement psychologique et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Selon eux, les événements s'enchaînent comme suit : a) la violence physique et l'abus sexuel semblent amener le sujet à commencer tôt à consommer de l'alcool et des drogues, ce qui engendre b) un dérèglement du fonctionnement psychologique, qui entraîne c) d'autres problèmes de toxicomanie. Il semble que la violence familiale prédispose

à la fois à d'éventuels problèmes de santé mentale et à des problèmes de toxicomanie. De toute évidence, les deux types de problèmes semblent étroitement liés, d'où un risque accru pour ces adolescents.

Le dernier point à étudier, en ce qui concerne la violence familiale, est le caractère cyclique du phénomène. En effet, Kingery et coll. (1992) ont montré que les adolescents qui se livrent à des comportements violents sont souvent victimes de violence dans leur milieu familial. Il semblerait que la violence dans la famille soit un phénomène qui se transmette d'une génération à l'autre, jusqu'à ce qu'une forme d'intervention survienne.

*Il semblerait que la violence dans la famille soit un phénomène qui se transmette d'une génération à l'autre, jusqu'à ce qu'une forme d'intervention survienne.*

Il faudrait signaler quelques sujets qui n'ont pas ou pas suffisamment retenu l'attention des chercheurs qui se sont penchés sur la famille. D'abord, il y a les effets favorables de la consommation d'alcool sur les rapports interfamiliaux, mis en évidence par Newcomb et Bentler (1988). On ne saisit pas parfaitement comment la consommation d'alcool peut améliorer les rapports au sein de la famille. L'impact de la dynamique et du milieu familiaux sur la consommation d'alcool et d'autres drogues *par les parents* est un sujet sur lequel on ne s'est pas beaucoup penché. Il importe de pousser plus loin l'analyse de ces facteurs pour obtenir un point de vue global du rôle joué par la famille dans la toxicomanie.

### **Influence des pairs**

Les recherches ont abondamment traité de l'influence des pairs, à la fois comme facteur de risque et comme facteur de protection, sur la santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents. Bien que les ouvrages qui portent sur le lien entre les pairs et la santé mentale ne soient pas aussi nombreux que ceux qui mettent l'accent sur la consommation de drogues, certaines données nous amènent à établir un lien entre l'influence des pairs et la santé mentale. Parker et Asher (1987), auteurs d'une vaste analyse sur la question, ont conclu à une corrélation entre les difficultés à établir des liens avec les pairs et les problèmes d'adaptation vécus par le sujet plus tard dans la vie.

Bon nombre de recherches qui traitent du rapport entre l'influence des pairs et la santé mentale attachent beaucoup d'importance au soutien social et aux rapports sociaux. Un manque de soutien social et des problèmes relationnels sont souvent perçus comme des facteurs de risque pour ce qui est de la santé mentale et de la toxicomanie. Dans une étude sur les jeunes Canadiens de la rue, Smart et Walsh (1993) ont observé une association étroite entre le manque de soutien social conjugué à des facteurs intrapersonnels, comme une faible estime de soi, et la dépression chez ces adolescents. Bennett (1988) n'a pas constaté, contrairement à ce que l'on pourrait prévoir, que le soutien social vient atténuer les situations de stress. Par contre, il a noté un rapport direct entre le soutien

social et l'estime de soi, qui de son côté, semble lié à la capacité de s'adapter au stress dans la vie. D'après Grover et Thomas (1993), les réseaux de soutien social sont, selon leur taille, associés à une capacité accrue de faire face au stress. Fait intéressant, les vastes réseaux sociaux se traduisent souvent par un stress *accru* chez la femme, étant donné la somme d'énergie qu'elle doit déployer pour entretenir ces liens. On a aussi observé une corrélation entre le soutien social, le stress et la consommation de drogues, les réseaux de soutien social plus réduits étant associés à une capacité d'adaptation accrue et à une consommation de drogues plus faible.

*On a aussi observé une corrélation entre le soutien social, le stress et la consommation de drogues, les réseaux de soutien social plus réduits étant associés à une capacité d'adaptation accrue et à une consommation de drogues plus faible.*

L'influence exercée par les amis et les pairs sur la consommation de drogues a été un sujet d'étude de prédilection pendant les années 70 et au début des années 80. Il s'agissait certainement de l'un des principaux facteurs à avoir été étudiés à cette époque où les drogues ont foisonné. Kandel (1982) et Clayton et Ritter (1985) ont passé en revue des ouvrages qui, bien que datant quelque peu, illustrent bien le rapport étroit entre les habitudes de consommation de drogues des pairs (surtout des amis proches) et les habitudes personnelles sur ce plan. Selon Vitaro et coll. (1992), le lien entre les pairs et la toxicomanie n'est que l'un des facteurs de risque en cause dans la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence et s'explique essentiellement par l'incapacité de résister aux pressions exercées par les pairs.

D'autres études réalisées depuis cinq ans corroborent ces résultats. Bertrand et Abernathy (1993), qui ont travaillé auprès d'adolescents à Calgary, ont conclu à l'influence prépondérante des pairs sur les jeunes qui fument. Cette influence était proportionnelle à la *vulnérabilité* aux pressions des pairs, une caractéristique intrapersonnelle. Au terme d'une étude longitudinale sur l'abstinence et le début de la consommation d'alcool chez les élèves du secondaire dans deux districts scolaires de la Colombie-Britannique, Mangham (1989) a trouvé que les sujets qui commencent tôt à boire (à compter de la neuvième année ou avant) sont plus nombreux à compter parmi leurs amis une grande majorité de buveurs, alors que ceux qui commencent à boire à un âge plus avancé comptent parmi leurs amis aussi bien des buveurs que des abstinents. Les sujets qui pratiquaient encore l'abstinence à la douzième année ont indiqué que tous leurs amis, ou presque, ne buvaient pas. Webster, Hunter et Keats (1994) ont réalisé une analyse causale sur l'influence exercée par le contexte socio-démographique et la personnalité sur la consommation de tabac et d'alcool auprès d'un échantillon de jeunes américains. Ils ont observé entre autres : que plus ils sont jeunes, plus les adolescents sont influencés par leurs pairs; que la consommation d'alcool par les camarades se répercute directement sur la consommation d'alcool chez les jeunes et que les filles, plus que les garçons, sont perméables à l'influence de leurs camarades lorsqu'il s'agit

de tabagisme. Enfin, dans une importante synthèse d'études visant à relever les facteurs de risque associés aux toxicomanies chez les adolescents, Hawkins et coll. (1992) ont déterminé que la consommation par les pairs constituait un important déterminant du risque.

Nous avons étudié plus haut le lien entre le soutien et les rapports sociaux et la santé mentale. Nous avons également conclu à une corrélation entre l'intensité de la vie sociale et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Tolone et Tieman (1990) ont constaté une plus forte propension aux toxicomanies chez les adolescents qui ont une vie sociale plus intense et une vie personnelle plus riche que chez les sujets plus solitaires. Cette conclusion donne à penser que des relations sociales nombreuses, qui font que l'adolescent subit sans doute davantage l'influence de ses pairs, peuvent le prédisposer à faire l'expérience des drogues et de l'alcool; par ailleurs elles servent aussi de mécanisme de protection contre les problèmes de toxicomanie. Cette étude, outre les travaux réalisés par Newcomb et Bentler (1988) qui ont associé la consommation d'alcool à une vie familiale et personnelle plus satisfaisante, est l'une des rares à attribuer à la consommation d'alcool ou d'autres drogues de possibles effets positifs.

Il est important de tenir compte de l'influence des pairs lorsqu'on tente de mettre en parallèle les toxicomanies et la santé mentale, cet élément étant associé à des facteurs intrapersonnels tels que l'estime de soi, l'auto-efficacité, le locus de contrôle et la capacité d'occuper ses loisirs de manière active et non passive. Bref, le rôle des pairs peut être subtil ou caché, ou il peut combler les besoins sociaux ou psychologiques du sujet en l'aidant à se sentir normal et accepté et à vivre une expérience de camaraderie. Une telle influence contribuerait pour beaucoup au maintien de toute habitude de consommation de drogues adoptée par le groupe de pairs.

## **FACTEURS INTRAPERSONNELS**

Les chercheurs se sont intéressés à un grand nombre de concepts psychologiques, en ce qu'ils ont concernent la santé mentale et la consommation d'alcool ou d'autres drogues chez les adolescents. Dans le cadre de notre analyse, nous avons retenu les concepts suivants : l'estime de soi, l'auto-efficacité, le locus de contrôle, les attentes à l'égard des drogues et la recherche de sensations, les traits de caractère, la tolérance vis-à-vis de la déviance, la vulnérabilité au stress et la capacité d'adaptation et la dépression.

### **Estime de soi**

L'estime de soi, ou sentiment qu'a l'individu de sa propre valeur, a été mis en corrélation avec le bien-être psychologique global et avec l'usage/l'abus

de substances. On sait que l'estime de soi se forge tôt dans la vie, et qu'une fois acquise, elle est tenace, même si elle est faible au point d'engendrer une douleur psychique intense. Dans ces conditions, on comprendra que certaines théories relatives à la toxicomanie reposent sur le concept de l'estime de soi. La théorie de l'estime de soi de Steffenhagen, par exemple, explique la toxicomanie par une volonté de protéger le «soi» à l'intérieur du milieu social (Carroll, 1993). Selon la théorie de l'autodénigrement de Kaplan, un second modèle d'explication de la toxicomanie, l'abus de drogues découle d'un profond rejet de soi et d'une incapacité de «combattre ou d'atténuer les effets dévalorisants d'expériences vécues par le sujet dans sa famille, son milieu scolaire et son groupe de camarades» (Carroll, 1993, p. 77) - traduction libre -.

Un certain nombre d'études et de recherches documentaires associent l'estime de soi à la toxicomanie. Toutefois, l'ennui, lorsqu'on utilise l'estime de soi pour expliquer ou comprendre la toxicomanie, c'est qu'il n'existe pas de définition précise ou fonctionnelle du concept. Towberman et McDonald (1993) se penchent sur le sujet dans leur étude. Selon eux, le concept recouvre quatre sous-concepts : l'image négative, la confiance en soi, la capacité d'attachement et l'efficacité. Ils ont établi une association entre des niveaux élevés de confiance en soi, de capacité d'attachement et d'efficacité, et une plus faible incidence de consommation de drogues et d'expériences liées aux drogues chez les adolescents. Ils ont aussi constaté que les adolescents qui n'avaient pas une image négative d'eux-mêmes consommaient moins de drogues.

En outre, plusieurs études associent une mesure globale et générale de l'estime de soi et l'usage/l'abus de drogues. D'après le modèle relatif à la consommation de drogues chez les adolescents, proposé par Webster et coll. (1994), les sujets ayant une faible estime de soi sont plus portés à chercher, par leurs comportements, à plaire aux autres et à obtenir leur approbation. Il semblerait que ces comportements soient associés à un risque accru de contact dangereux avec l'alcool ou d'autres drogues. Ce point de vue est corroboré par les études réalisées par Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987), ainsi que par Wills et coll. (1992), qui portent sur les effets d'une grande estime de soi. Ces deux études montrent qu'un niveau élevé d'autocompétence permet de prévoir une faible consommation de substances, et agit apparemment comme facteur de protection. Enfin, Vittaro et coll. (1992) inscrivent le manque d'estime de soi parmi les neuf facteurs de risque liés à la toxicomanie chez les adolescents. Des études comme celles-là démontrent l'existence d'un lien entre une forte consommation/l'abus de substances et le manque d'estime de soi.

*Ces deux études montrent qu'un niveau élevé d'autocompétence permet de prévoir une faible consommation de substances, et agit apparemment comme facteur de protection.*

Une des études recensées met en évidence un lien positif entre la consommation d'alcool et l'estime de soi. Newcomb et Bentler (1988) ont en effet constaté que les sujets qui consommaient de l'alcool à l'adolescence

avaient une meilleure perception d'eux-mêmes à l'âge adulte. De plus, ils n'ont observé aucun effet négatif de la consommation d'alcool à l'adolescence sur l'adaptation à l'âge adulte.

Il semble que la nature exacte du lien entre l'estime de soi et la toxicomanie ne soit pas encore clairement élucidée, et on continue de débattre de l'importance pratique de la corrélation (Schroeder, Laflin et Weis, 1993). En fait, on s'interroge sur le rapport de causalité entre les deux facteurs. Thompson (1989) laisse entendre que la consommation d'alcool semble avoir entraîné une baisse de l'estime de soi chez des adolescents. Les seules exceptions à cette règle étaient les jeunes pour qui la consommation d'alcool était une activité enrichissante et raffinée. C'est pourquoi il reste encore à déterminer si un manque d'estime de soi est à l'origine de la toxicomanie ou si la consommation de drogues entraîne une baisse de l'estime de soi, ou si les deux remarques sont vraies. De plus, comme beaucoup d'autres facteurs de risque et de protection, ce concept est sans doute associé à d'autres facteurs, et n'agirait sans doute pas isolément.

### **Auto-efficacité**

L'auto-efficacité, ou le sentiment d'une puissance et d'une efficacité personnelles, apparaît aussi comme un facteur de risque et de protection intrapersonnel en ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres drogues à l'adolescence. L'auto-efficacité désigne l'impression qu'a la personne de pouvoir adopter certains comportements qui l'aideront à s'adapter à diverses situations. Le modèle de prévention des rechutes (Marlatt, 1985), utilisé dans le cadre du traitement des toxicomanies, repose fortement sur les concepts de l'auto-efficacité, et postule qu'une rechute est liée à la perception de l'incapacité de faire face à des situations à haut risque. Annis (1990) indique qu'une approche fondée sur l'apprentissage cognitif et social, qui fait appel aux notions rattachées à l'auto-efficacité, est une piste très prometteuse à explorer dans le domaine de la prévention des rechutes. De plus, certaines études donnent à penser que l'apparition de problèmes de toxicomanie est aussi associée à de pareilles perceptions d'une incapacité de s'adapter à diverses situations.

*L'auto-efficacité, ou le sentiment d'une puissance et d'une efficacité personnelles, apparaît aussi comme un facteur de risque et de protection.*

Des chercheurs ont eu recours aux concepts de l'auto-efficacité afin d'expliquer la consommation d'alcool et d'autres drogues dans le cadre des loisirs. Les deux études recensées portaient sur l'auto-efficacité et les loisirs, ou le sentiment qu'a la personne d'être maître de ses loisirs (Bertrand et Abernathy, 1993; Carruthers et Hood, 1994). Toutes deux concluent que le manque d'auto-efficacité dans les loisirs engendre la passivité et l'ennui, ce qui finit par occasionner un risque accru de consommation d'alcool et d'autres drogues. Paquin (1988) a également mis en lumière ce lien entre

l'ennui, l'absence d'activités de loisirs satisfaisantes et la consommation d'alcool et de drogues. Si on le compare à d'autres facteurs intrapersonnels, le concept de l'auto-efficacité est relativement récent, surtout dans le cadre des programmes axés sur la réduction des risques (Green et Kreuter, 1991). Bien qu'il soit logique d'établir un lien de causalité entre l'auto-efficacité et la consommation d'alcool et d'autres drogues, il y a lieu d'approfondir les recherches sur le sujet.

### **Locus de contrôle**

Certains auteurs (p. ex., Webster et coll., 1994; Carlisle-Frank, 1991) ont fait des rapprochements entre le locus de contrôle, la consommation d'alcool et d'autres drogues et la santé mentale à l'adolescence. Il semble y avoir une association entre le locus de contrôle externe - la perception que ses choix et leurs conséquences ne dépendent pas de soi - et la toxicomanie et la solitude (Sadava et Thompson, 1986), et la toxicomanie et la dépression (Zuckerman et coll., 1987) chez certains adolescents. Ces sujets semblent prédisposés à la passivité et incapables de considérer qu'ils ont un pouvoir sur les événements. Dans l'étude réalisée par Webster et ses collaborateurs, les jeunes qui ne s'adonnent pas à la drogue sont plus nombreux à avoir, d'après une échelle normalisée, un locus de contrôle interne que les autres jeunes de leur âge qui consomment de la drogue. Inversement, dans un survol des publications sur le sujet, Carlisle-Frank indique que les recherches n'ont pas toutes également réussi à faire un rapprochement entre le locus de contrôle et la toxicomanie. Elle tente d'expliquer cet état de choses en signalant que le locus de contrôle n'est pas un phénomène simple. Une personne, fait-elle valoir, peut avoir un locus de contrôle externe sur un plan tout en possédant un locus de contrôle interne intérieurs sur d'autres plans. Il est possible que les scores relatifs au locus de contrôle global ne soient pas des mesures suffisamment exactes pour être utilisées isolément.

*Une personne, fait-elle valoir, peut avoir un locus de contrôle externe sur un plan tout en possédant un locus de contrôle interne intérieurs sur d'autres plans.*

### **Attentes à l'égard des drogues et recherche de sensations**

Les attentes à l'égard des drogues et la recherche de sensations constituent un quatrième facteur intrapersonnel associé à la consommation d'alcool et d'autres drogues à l'adolescence (Baumann, Fisher, Bryan et Chenoweth, 1985; Brown, Christianson et Goldmas, 1987; Carruthers et Hood, 1994; Hawkins et coll., 1985; Hughes, Power et Francis, 1992). Les sujets qui s'attendent à ce que la consommation de drogues ait des effets positifs semblent plus nombreux à commencer et à continuer à en consommer que les sujets qui n'ont pas de telles attentes. Conjuguées à une tendance à rechercher des sensations fortes (de la stimulation), les attentes à l'égard

des drogues sont des prédicteurs d'une consommation accrue de substances. Brown et coll. font état des attentes des adolescents face à l'alcool, selon lesquelles la consommation d'alcool entraînera entre autres a) des changements globaux positifs; b) des changements positifs dans le comportement social; c) un meilleur fonctionnement intellectuel et moteur; d) un désir sexuel et une vie sexuelle plus intenses et e) une diminution de la tension. Carruthers et Hood, associant attentes et loisirs, ont indiqué que certaines personnes, surtout celles qui sont prédisposées à l'alcoolisme, s'attendent à ce que l'alcool améliore considérablement leurs loisirs (surtout, en les aidant à avoir un état d'esprit positif, à maîtriser les événements, à se détendre, à rechercher la compagnie des autres et à se dégager des responsabilités de la vie). Hughes et coll. ont observé que les buveurs «à problèmes» se distinguent des buveurs sociaux par les effets qu'ils recherchent dans l'alcool, en ce qu'ils déclarent plus souvent que l'alcool atténuera leurs tensions et leur anxiété. Toutefois, comme beaucoup de gens dont la consommation d'alcool ne pose pas de problème pourraient aussi faire état des effets qu'ils recherchent dans l'alcool, il faudrait étudier plus à fond le lien entre ces attentes et l'*abus de l'alcool*.

### **Stress, diminution de la tension et capacité d'adaptation**

Plusieurs articles que nous avons dépouillés ont montré que le stress, la diminution de la tension et la capacité d'adaptation étaient associés à la santé mentale et aux toxicomanies. Les ouvrages ont clairement montré un lien entre le stress et les problèmes de santé mentale. Buckner et Mandell (1990) ont observé que le stress, conjugué à une faible estime de soi, représente un important facteur de risque en ce qui concerne la dépression. D'après Adcock, Nagy et Simpson (1991), l'un des facteurs associés aux tentatives de suicide chez les adolescents est la difficulté à composer avec les situations génératrices de stress dans les milieux familial et scolaire. Il est évident que les événements stressants de la vie et le stress en général sont éprouvants pour la personne, tant sur le plan physique qu'au point de vue psychologique, la prédisposant à la fois à des problèmes d'ordre affectif et à des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Plusieurs autres auteurs ont noté un rapport entre le stress, l'adaptation et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Rhodes et Jason (1990) proposent un modèle d'étude de la toxicomanie qui repose sur la notion selon laquelle les adolescents commencent à se tourner vers l'alcool et d'autres drogues parce qu'ils sont soumis à un niveau de stress considérable sur divers plans. D'après ce modèle, la consommation de drogues tient lieu de mécanisme d'adaptation et il s'agit en fait de l'une des rares stratégies d'adaptation accessibles aux personnes qui finissent par être

*Plusieurs autres auteurs ont noté un rapport entre le stress, l'adaptation et la consommation d'alcool et d'autres drogues.*

confrontées à des problèmes de toxicomanie. Timmer, Veroff et Colten (1985) ont mis à l'essai ce modèle et observé un lien entre un niveau élevé de stress, conjugué à une capacité d'adaptation déficiente, et une incidence plus élevée de consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils ont aussi laissé entendre que deux des principaux facteurs associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont a) l'efficacité de la capacité d'adaptation et b) l'assurance qu'a la personne de pouvoir compter sur cette capacité d'adaptation. Dans l'étude réalisée par Hughes et ses collaborateurs (1992), une plus forte proportion de buveurs «à problèmes» disent recourir à l'alcool pour atténuer le stress, comparativement aux autres sujets. En outre, pour les élèves de la 10<sup>e</sup> année en Ontario, interviewés par Mates et Allison (1992), la consommation d'alcool et d'autres drogues représente un moyen d'adaptation au stress souvent utilisé.

Le stress et la consommation d'alcool et d'autres drogues sont également associés au sexe. Grover et Thomas (1993) ont établi un lien entre le stress et la colère chez la femme, voyant dans leurs accès de colère des manifestations du stress. Ils ont également associé le stress et les accès de colère à une consommation accrue d'alcool et de médicaments en vente libre. Snell, Belk et Hawkins (1987) aussi se sont intéressés au rapport entre le stress, le sexe et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Selon eux, les rôles attribués selon le sexe font que les femmes sont soumises à des facteurs de stress propres à leur sexe, qui sont liés à une consommation accrue d'alcool et d'autres drogues.

Certains auteurs ont aussi étudié le stress comme facteur déclenchant ou comme conséquence de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Skinner, Holt et Israel (1981) citent les situations de stress comme un important facteur déclenchant dans un modèle d'explication de la toxicomanie. Mitic et coll. (1987) ont observé que des personnes qui consomment souvent des produits pour inhalation ont un niveau de stress plus élevé que celles qui n'en consomment pas. Ils signalent cependant que le recours à ce genre de produits pourrait être à l'origine du stress accru, et non le contraire. On a aussi observé que la consommation d'alcool et d'autres drogues a pour effet d'accroître le sentiment que l'on a d'être soumis au stress dans la vie. Brown (1989) a noté un lien entre la toxicomanie chez les adolescents et le sentiment d'être soumis à un plus grand nombre d'épreuves et une évaluation plus négative de ces événements. De plus, la présence d'antécédents familiaux de toxicomanie accroît la perception de vivre des épreuves.

*On a aussi observé que la consommation d'alcool et d'autres drogues a pour effet d'accroître le sentiment que l'on a d'être soumis au stress dans la vie.*

Enfin, les ouvrages font une association entre stress et tabagisme. Plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet. Cohen et Lichtenstein (1990) n'ont noté aucune corrélation entre le niveau de stress perçu et les taux de tabagisme; par contre, ils ont établi un lien entre le stress et l'échec des tentatives de renoncement au tabac. Les auteurs n'ont pu déterminer si ce

type d'échec engendrait un stress accru ou, inversement, si le niveau de stress accru expliquait l'incapacité d'arrêter de fumer.

Il existe un lien très net entre le stress et l'adaptation, l'usage de substances et la santé mentale. La vaste majorité des ouvrages recensés portaient sur les conséquences néfastes de la consommation d'alcool et d'autres drogues, surtout sur le lien entre la consommation d'alcool et d'autres drogues, le stress et la santé mentale. Il importe toutefois de souligner que la consommation d'alcool et d'autres drogues, surtout la consommation d'alcool, contribue de manière très positive à la gestion du stress et à la santé mentale chez la plupart des Canadiens. Il semble que la véritable question qui se pose consiste à déterminer quels sont les facteurs qui font que la consommation «non pathogène», comme mécanisme d'adaptation au stress, se transforme en consommation «pathogène». Peut-être faudrait-il pousser plus loin l'étude du rapport entre l'éventail et l'efficacité des stratégies d'adaptation et le rôle de la consommation d'alcool et d'autres drogues comme mécanisme d'adaptation.

### **Solitude**

La solitude est un autre facteur intrapersonnel associé à la consommation de substances et à la santé mentale. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs étudié cette corrélation (Akerlind et Hornquist, 1992; Page, Allen, Moore et Hewitt, 1993; Sadava et Thompson, 1986; Tolone et Tieman, 1990). D'après Akerlind et Hornquist, la solitude joue un rôle déterminant à chaque stade de la consommation «pathogène» d'alcool. En fait, Sadava et Thompson ont observé que la solitude avait pour effet d'accroître la perception des effets néfastes de l'alcool et était associée à un éventail plus restreint de mécanismes d'adaptation. Page et coll. soulignent l'importance du rôle joué par la solitude dans la consommation de drogues chez les adolescents. Selon eux, la solitude, conjuguée à la toxicomanie, est liée à un sentiment de désespoir plus aigu, qui indique un risque accru de suicide. Les mêmes auteurs ont constaté une forte corrélation entre solitude et désespoir. Le dernier concept intéressant est l'idée selon laquelle les adolescents commencent souvent à consommer de l'alcool et d'autres drogues pour être plus sociables (Brown, 1989; Carruthers et Hood, 1993) et que s'ils se mettent à en faire une consommation abusive, ils finissent, dans bien des cas, par se sentir isolés et seuls.

*D'après Akerlind et Hornquist, la solitude joue un rôle déterminant à chaque stade de la consommation «pathogène» d'alcool.*

### **Personnalité**

Il semble y avoir un lien entre la personnalité et l'usage/l'abus de substances. Ainsi, le double concept de la tolérance envers la déviance et du non-conformisme est un facteur qui semble compter pour beaucoup. Ce trait de caractère chez l'enfant apparaît comme un prédicteur de la consommation

de drogues illicites à l'adolescence et comme une des pierres angulaires de la théorie relative au comportement déviant élaborée par Jessor (1987). Suivant cette théorie, la toxicomanie découle de l'absence de conformité aux conventions, combinée avec une tolérance à l'égard des comportements déviants. Ce trait de caractère prédispose davantage le sujet à la toxicomanie, surtout lorsqu'il est renforcé par l'influence des pairs. Brook, Whiteman, Gordon et Cohen (1989) ont récemment tenté de déterminer l'importance de ce facteur. Ils ont entrepris une enquête longitudinale dans laquelle 653 enfants américains et leur mère ont été interviewés séparément à trois moments précis au cours de leur enfance et de leur adolescence. Ils ont abouti à la conclusion que l'insubordination et le non-conformisme sont les deux principaux prédicteurs de la consommation ultérieure de drogues.

Plusieurs études ont tenté d'éclaircir le lien entre divers autres traits de la personnalité et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Brill, Crumpton et Grayson (1971), par exemple, ont noté que la consommation de marijuana était plus élevée chez les jeunes adultes ayant obtenu un score plus élevé sur les plans de la recherche de sensations et de la déviance psychopathique. Ils ont constaté en outre que les personnes qui consomment rarement de la marijuana présentent plus de similitudes avec celles qui en font l'essai ou avec les abstinents qu'avec les sujets qui en consomment souvent, ce qui indique que ces derniers ont des traits de caractère différents de ceux que l'on retrouve chez tous les autres types de consommateurs de marijuana. D'après Cox (1985), les personnes non soucieuses des conventions sociales, indépendantes, impulsives et aventureuses sont plus prédisposées à devenir un jour ou l'autre toxicomanes.

*Plusieurs études ont tenté d'éclaircir le lien entre divers autres traits de la personnalité et la consommation d'alcool et d'autres drogues.*

En ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres drogues, la santé mentale et la personnalité, Zuckerman et coll. (1987) donnent à penser que les traits de caractère qui prédisposent les adolescents à la toxicomanie et à la dépression sont identiques. Au nombre de ces facteurs figurent le locus de contrôle externe, le manque d'estime de soi, une tolérance accrue vis-à-vis de la déviance, une attitude plus critique et plus marginale face à la société et des attentes moins grandes à l'égard de la réussite scolaire. Pedersen (1991) s'est lui aussi intéressé au lien entre la recherche de sensations, la consommation d'alcool et d'autres drogues et la santé mentale chez les adolescents. D'après les conclusions de ses travaux, la recherche de sensations (mesurée sous forme de recherche d'émotions fortes et d'aventures, d'absence d'inhibition, de la soif d'expérience et de la propension à l'ennui) constitue un prédicteur stable de la consommation d'alcool et d'autres drogues. L'auteur a également observé que ces facteurs sont assez variables et ne permettent pas de prédire avec certitude une consommation ultérieure de drogues. Enfin, Windle (1991) a conclu, au terme d'une étude sur la corrélation entre un tempérament difficile à

l'adolescence et la toxicomanie, à une association entre un nombre plus élevé de facteurs révélateurs d'un tempérament difficile et une consommation accrue d'alcool et de drogues, le sentiment de pouvoir moins compter sur le soutien de la famille, des taux plus élevés de délinquance et de symptômes dépressifs.

## **LES FACTEURS DE RISQUE DANS D'AUTRES GROUPES**

Comme nous l'avons déjà signalé, la vaste majorité des recherches sur les facteurs de risque et de protection en matière de consommation/d'abus de substances et de santé mentale concernent les adolescents. Nous examinerons ici certains facteurs de risque propres à certains groupes, comme les femmes, les Autochtones, les personnes âgées, les membres de minorités ethniques. Le lecteur ne doit pas perdre de vue que la plupart des facteurs évoqués dans la partie de notre étude qui porte sur les adolescents s'appliquent aussi à ces groupes.

### **Facteurs de risque propres aux femmes**

La plupart des recherches traitant d'un aspect précis de la santé mentale tiennent compte des deux sexes dans leur échantillon. Toutefois, les femmes ont spécifiquement fait l'objet de nombreuses études sur les facteurs de risque et de protection en santé mentale. Parmi les travaux qui méritent d'être cités, figurent ceux d'Abu-Laban (1984), de Gordon et Ledray (1985), de Miller, Downs et Testa (1993) et de McDaniel (1993). Ces auteurs se sont penchés respectivement sur le vieillissement, la dépression, les mauvais traitements subis pendant l'enfance et la consommation d'alcool plus tard dans la vie et l'emploi.

En ce qui concerne les femmes et la santé mentale, la dépression et les facteurs susceptibles d'influer sur la dépression ont beaucoup retenu l'attention des chercheurs. D'après les ouvrages recensés, parmi les facteurs qui sont associés à une dépression accrue chez la femme figurent le mariage (Gordon et Ledray, 1985), le chômage (Hall, Williams et Greenberg, 1985; McDaniel, 1993), le chômage vécu par le conjoint (Penkower, Bromet et Dew, 1988) et les problèmes liés au vieillissement (Abu-Laban, 1984).

Le lien entre le mariage et la dépression chez la femme n'est pas très net. Gordon et Ledray (1985) ont observé un taux de dépression plus élevé chez les femmes mariées que chez les autres. Inversement, Hall et ses collaborateurs (1985) ont trouvé que le mariage protégeait le sujet contre la dépression. De toute évidence, il faudrait analyser plus à fond le phénomène pour mieux le comprendre.

*Gordon et Ledray (1985) ont observé un taux de dépression plus élevé chez les femmes mariées que chez les autres.*

Selon McDaniel (1993), bien que l'accès au marché du travail ait eu des retombées positives sur la population féminine, certaines femmes sont gravement désavantagées dans leur vie professionnelle, pour diverses

raisons : salaire inférieur, sécurité d'emploi moins grande, harcèlement sexuel et nécessité de concilier des rôles multiples. Pour ce qui a trait au vieillissement, Abu-Laban (1984) a constaté que la capacité des femmes à construire et à entretenir des liens d'amitié et des réseaux de soutien social compensait en partie la solitude et l'aliénation vécues par certaines femmes confrontées au vieillissement.

En ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres drogues, jusqu'à assez récemment, la plupart des recherches sur les toxicomanies chez les adultes mettaient l'accent sur la population masculine. La situation évolue. Les études sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les femmes montrent que les facteurs qui contribuent au phénomène sont parfois très différents de ceux qui touchent les hommes (p. ex., Nadeau, 1984). Ainsi, Sharon et Richard Wilsnack (1992; 1991a; 1991b; 1990) font valoir que les relations personnelles sont l'un des facteurs qui pourraient s'avérer plus déterminants dans l'apparition de la toxicomanie chez la femme que chez l'homme. Des études longitudinales qu'ils ont réalisées aux États-Unis ont montré que la corrélation entre l'alcoolisme et les problèmes relationnels était beaucoup plus marquée chez la femme que chez l'homme. Ils ont également montré, dans un survol de la littérature (1991b), que la consommation d'alcool chez la femme dépendait en partie de son environnement social, surtout des habitudes de consommation de ses collègues et de ses proches. Leur article, publié en 1992, met en évidence un lien étroit entre le travail et la consommation d'alcool. Toutefois, ils soutiennent qu'en fait, les relations personnelles jouent un rôle plus important comme facteur de prédiction des habitudes de consommation d'alcool que les exigences imposées par la multiplicité des rôles qui incombent à beaucoup de femmes.

Une autre auteure américaine, Judith Hibbard, a étudié les problèmes de santé propres aux femmes dans le cadre d'enquêtes menées en Oregon (p. ex., Hibbard, 1993). Elle a signalé qu'en ce qui concerne le tabagisme, la situation professionnelle et le soutien social comptent pour beaucoup, surtout dans le renoncement au tabac. Les femmes qui font état d'une satisfaction et d'un pouvoir de décision plus grands au travail sont plus nombreuses à réussir à cesser de fumer. La proportion de femmes qui renoncent à la cigarette est moins élevée chez celles qui ne bénéficient pas de soutien social, comme c'est souvent le cas chez les chefs de familles monoparentales. Dans une étude sur les femmes et la santé, Bass (1981) conclut que les femmes consultent plus souvent en cas de problèmes de santé, signalent plus volontiers des problèmes d'ordre

*Les femmes qui font état d'une satisfaction et d'un pouvoir de décision plus grands au travail sont plus nombreuses à réussir à cesser de fumer.*

affectif et répugnent moins à prendre des médicaments, comparativement aux hommes. Il existe une nette corrélation entre cette plus grande prédisposition des femmes à consulter et à prendre des médicaments en cas de problèmes d'ordre affectif et une consommation accrue de tranquillisants et d'autres médicaments prescrits, par rapport aux hommes (Bass, 1981).

Les chercheurs ont aussi établi un lien entre les problèmes de consommation d'alcool, la sexualité et la violence sexuelle, y compris les problèmes d'ordre sexuel et l'exploitation et l'abus sexuels. Wilsnack et Chehola (1987) ont cherché à mieux connaître les facteurs de risque liés à la consommation d'alcool dans le cadre d'une étude menée auprès de 917 Américaines à différents stades de la vie, qui boivent à des degrés divers. Ils ont observé que, chez les femmes de moins de 65 ans, les problèmes de consommation augmentent parallèlement à l'abandon de leurs rôles, notamment comme conjointes ou comme mères ou sur le plan professionnel. Les problèmes de consommation d'alcool chez les femmes de plus de 50 ans dépendent pour beaucoup de l'intensité de leurs rapports avec d'autres buveurs. Chabot (1978) arrive à des conclusions analogues dans une étude réalisée auprès des Québécoises, qui associe les ruptures, provoquées entre autres par le décès, le divorce ou la séparation, à la consommation abusive d'alcool et à l'alcoolisme dans la population féminine étudiée. Chabot indique en outre que les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à recourir à l'alcool pour apaiser elles-mêmes leur douleur affective.

*Chabot indique en outre que les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à recourir à l'alcool pour apaiser elles-mêmes leur douleur affective.*

Les chercheurs ont établi un rapprochement entre la violence physique, associée à la violence et à l'abus sexuels, et la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues dans la population féminine. Ainsi, dans une étude menée auprès de 352 adolescentes enceintes aux États-Unis, Bayatpour, Wells et Holford (1992) ont constaté que la consommation de drogues illicites était sensiblement plus élevée chez les filles qui ont affirmé avoir été victimes de violence physique ou sexuelle que chez celles qui n'avaient pas de tels antécédents. Au terme d'entrevues menées auprès de femmes alcooliques aux États-Unis, Miller et coll. (1993) ont relevé chez ces sujets des caractéristiques communes de violence familiale, de victimisation et de manque d'estime de soi. Dans bien des cas, la progression de la consommation d'alcool chez ces femmes semblait attribuable au recours à l'alcool comme moyen de soulager la souffrance associée à ces expériences.

Toute la question de la violence dont sont victimes les femmes, qu'il s'agisse d'abus sexuels, de mauvais traitements ou de cruauté mentale, doit être prise en considération lorsqu'on étudie les problèmes de santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres drogues. Selon Miller et coll. (1993), les mauvaises expériences auxquelles sont exposées les filles pendant l'enfance engendrent une perte de l'estime de soi et un sentiment d'isolement, d'où le recours possible à l'alcool comme mécanisme d'adaptation. Mitic et coll. (1987) ont observé que les sources de stress perçues chez les adolescentes sont le plus souvent rattachées à l'apparence personnelle. De plus, selon ces auteurs, les adolescentes qui considèrent

être soumises à beaucoup de stress sont plus nombreuses à consommer des drogues et à en subir les effets négatifs (Mitic et coll., 1987, 1989, 1990). Groeneveld et Shain (1989) rendent compte des résultats du projet de recherche sur la violence familiale (*Domestic Violence Research Project*) qui visait des Ontariennes de 18 ans et plus. C'est chez les femmes, actuellement ou autrefois victimes d'abus sexuels ou de violence physique, que l'on observe le taux le plus élevé de consommation de drogues licites (p. ex., l'alcool et/ou les médicaments prescrits tels que les anxiolytiques).

Nadeau (1990) a établi d'autres rapprochements entre santé mentale et usage de substances, surtout dans la population féminine. Elle a observé que bon nombre de femmes qui suivaient un traitement ont commencé à boire parce qu'elles étaient confrontées à des situations de stress, lesquelles avaient aussi souvent pour effet de provoquer des symptômes de dépression. Autre constatation, la plupart des femmes continuaient d'être déprimées après avoir suivi jusqu'au bout un traitement contre la toxicomanie, ce qui indique que beaucoup de programmes ne réussissent pas à traiter efficacement les deux problèmes. Marisette (1986) a aussi mis en corrélation la dépression et la consommation d'alcool, indiquant que bon nombre de femmes disent rechercher essentiellement dans l'alcool un soulagement à la dépression. À propos du lien entre la santé mentale et la consommation de substances dans la population féminine, Mercier (1986) indique que les événements positifs de la vie, comme les nouvelles relations, le soutien social et la spiritualité, aident beaucoup l'individu à cesser de boire et à demeurer sobre.

*Bon nombre de femmes qui suivaient un traitement ont commencé à boire parce qu'elles étaient confrontées à des situations de stress.*

### **Facteurs de risque chez les Autochtones**

Le suicide chez les adolescents est un problème de santé mentale particulièrement aigu dans les collectivités autochtones. C'est aussi un phénomène grave, s'agissant de la deuxième cause de mortalité dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans. Le Groupe d'étude sur le suicide signale des taux exceptionnellement élevés d'idées et de comportements suicidaires en milieu autochtone (Santé et Bien-être social Canada, 1987). De manière générale, on enregistre plus de deux fois plus de suicides chez les Autochtones vivant dans les réserves que dans le reste de la population. Ross et Davis (1986) évoquent aussi le taux élevé de suicide et de tentatives de suicide dans les collectivités autochtones, précisant que les suicides accomplis sont généralement plus fréquents chez les hommes et les tentatives de suicide plus nombreuses chez les femmes.

Fait étonnant, les travaux recensés, qui traitent de la consommation d'alcool et de drogues en milieu autochtone, sont en grande partie des études de prévalence. Les études qui portent sur l'origine du phénomène sont beaucoup plus rares. Toutefois, plusieurs constantes se dégagent des analyses de recherches sur les facteurs de risque chez les Autochtones.

Beauvais (1992) présente des théories relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones vivant aux États-Unis. Il indique par exemple que l'appartenance à des groupes de camarades qui consomment de la drogue constitue un facteur de risque important chez les adolescents. L'influence de la famille, selon Beauvais, est plus marquée chez les jeunes autochtones que chez les autres jeunes. Parmi les autres facteurs de risque que Beauvais relie à la consommation de substances chez les jeunes autochtones figurent l'âge précoce du début de la prise, les antécédents familiaux d'alcoolisme, les problèmes d'adaptation scolaire et le dysfonctionnement général de la famille. En d'autres termes, bon nombre des facteurs de risque que relève Beauvais s'appliquent également aux jeunes non-autochtones, à l'exception des problèmes sociaux qui, dans bien des cas, sont beaucoup plus aigus en milieu autochtone.

Adrian, Layne et Williams (1991) tirent des conclusions analogues dans leur étude sur les populations autochtones du Canada, d'où se dégagent essentiellement quatre facteurs de risque sociaux : l'ennui, l'isolement, la discrimination et le manque de possibilités de loisirs ou de divertissement. De même, Moncher, Holden et Trimble (1990) relèvent quatre catégories de risque qui touchent les jeunes autochtones : les contextes familial, social, économique et scolaire. Compte tenu de ces facteurs et des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les Autochtones, on ne s'étonnera pas de ce que les taux signalés de comorbidité (toxicomanie et autres troubles mentaux) soient plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population.

Les facteurs de risque évoqués plus haut témoignent de la gravité des problèmes sociaux vécus par les populations autochtones du Canada et expliquent que le profil du toxicomane ne soit pas le même en milieu autochtone et dans le reste de la population. S'il est un milieu où il faudrait assainir les conditions physiques, sociales et économiques, c'est bien celui où vivent les Autochtones.

*S'il est un milieu où il faudrait assainir les conditions physiques, sociales et économiques, c'est bien celui où vivent les Autochtones.*

### **Facteurs de risque et personnes âgées**

Au Canada, les personnes âgées forment une population très diverse, dont les besoins sont également variables. Lorsqu'il s'agit de toxicomanie, les facteurs de risque fluctuent aussi à l'intérieur de ce groupe. Toutefois, plusieurs dénominateurs communs ressortent : a) la consommation abusive d'alcool et le mauvais usage de médicaments sont les principaux problèmes liés à la consommation de substance (Carroll, 1993); b) les personnes âgées, plus que n'importe quel autre groupe, voient rétrécir leur réseau de soutien social; c) une proportion exagérée de personnes âgées ont un revenu faible et stationnaire; d) beaucoup de personnes âgées, à la différence des plus jeunes, n'ont commencé à consommer des substances qu'à l'âge adulte ou à un âge avancé, phénomène qui risque de changer

avec le vieillissement de la génération du «baby-boom» (Pelletier, 1976); e) les personnes âgées éprouvent plus de problèmes de santé et de douleurs physiques que les jeunes; f) les personnes âgées vivent actuellement dans une société qui dévalorise la vieillesse (Vermette, 1988). Plusieurs de ces phénomènes donnent un aperçu des facteurs de risque qui touchent les personnes âgées.

Plusieurs études décrivent les facteurs de risque liés à la toxicomanie chez les personnes âgées. Dans une étude qui date quelque peu, réalisée dans population âgée au Québec, Pelletier (1976) rattache la détérioration de l'état de santé et l'absence de possibilités de loisirs à la consommation abusive d'alcool. Caroselli-Karinja (1985), qui a passé en revue les recherches sur les facteurs de risque liés à l'abus d'alcool chez les personnes âgées, a mis en évidence un certain nombre de facteurs de risque : la solitude, la dépression, le manque d'amis et l'inactivité physique. Dans une étude analogue réalisée à l'échelle du Canada, Vermette (1988) indique qu'outre les facteurs cités plus haut, la valorisation de la jeunesse et de l'autonomie par la société, la cherté de la vie, l'inactivité et l'ennui qui en découle et le nombre et l'ampleur croissants des changements de la vie constituent les principaux facteurs de risque associés à la toxicomanie dans la population âgée. Morse (1988) conclut, dans un survol de la littérature qui traite des toxicomanies et de la population âgée, que la consommation croissante de médicaments prescrits et en vente libre et le recours aux produits chimiques prôné par les médecins et les membres de la famille peuvent conditionner la personne âgée à se tourner vers l'automédication. Dans pareil contexte, souligne Morse, on comprendra que ces personnes aient davantage recours à l'alcool comme forme d'automédication.

Graham, Carver et Brett (1995) ont étudié les habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes âgées de 65 ans et plus, à la lumière de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, menée en 1989. Ils ont constaté que la consommation d'alcool était plus faible dans la population étudiée que chez les femmes plus jeunes, et établi un rapprochement entre des taux de consommation plus faibles et les convictions religieuses. Ils ont associé le tabagisme à des problèmes de santé accrus, à un réseau de soutien social plus restreint et à la consommation d'autres substances. Ils ont aussi établi un lien entre le recours aux médicaments psychotropes prescrits et le veuvage, un niveau de stress plus élevé, un revenu plus faible et un réseau de soutien social moins solide. Dans le groupe étudié, le taux de consommation était le plus élevé chez les plus jeunes femmes. Les conclusions indiquent que celles-ci représentent le groupe, établi selon le sexe et l'âge, où l'on enregistre la plus forte consommation de médicaments psychotropes prescrits.

*Ils ont associé le tabagisme à des problèmes de santé accrus, à un réseau de soutien social plus restreint et à la consommation d'autres substances.*

Il semble évident que le vieillissement s'accompagne, pour les personnes âgées, de facteurs qui les exposent à une consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et/ou à des problèmes de santé mentale. On peut s'attendre à ce que l'incidence de ces problèmes s'accroisse lorsque l'actuelle cohorte des personnes d'âge moyen, qui n'a pas les mêmes préventions culturelles et morales à l'égard de la consommation de substances, commencera à être touchée par les problèmes liés au vieillissement.

### **Facteurs de risque et minorités ethniques**

Deux études menées au Canada sur les groupes ethniques et l'alcool ont été analysées. Legge et Sherlock (1990-1991) ont interviewé 205 jeunes et leurs parents, issus des collectivités chinoise, indienne et latino-américaine de Vancouver, afin d'évaluer leurs besoins aux fins de programmes de prévention. Dans les trois groupes, la consommation d'alcool était considérée comme une activité essentiellement masculine et était mal vue chez les femmes. Les auteurs ont noté un lien entre la discorde familiale et la consommation abusive d'alcool, et une réticence face au traitement, attribuable aux tabous culturels qui entourent l'ivrognerie. Dans une autre étude, Mangham (1989) a interviewé 35 adolescents issus de familles asiatiques et indiennes, dans le cadre d'une étude longitudinale sur le début de la consommation d'alcool, menée auprès de 355 jeunes de la région de Vancouver. Parmi les 35 sujets, la plupart étaient des Canadiens de la première génération. L'auteur a constaté que ces jeunes buvaient plus modérément, moins souvent et étaient plus nombreux à s'abstenir de boire, comparativement aux autres étudiants. L'attitude du milieu culturel face à l'alcool et le respect à l'égard des parents étaient les raisons souvent invoquées par les jeunes pour expliquer leur abstinence.

*Dans les trois groupes, la consommation d'alcool était considérée comme une activité essentiellement masculine et était mal vue chez les femmes.*

Malgré l'énorme diversité culturelle qui existe au Canada, on dénombre très peu de recherches sur les facteurs qui influent sur la consommation d'alcool et d'autres drogues parmi les minorités visibles ou les immigrants. Le concept de la culture ethnique est extrêmement complexe. Culture et ethnicité revêtent des formes très diverses selon des facteurs tels que la géographie, la race, la religion et le pays d'origine. En fait, d'après Cheung (1990-1991; 1993), la plupart des recherches sur les groupes ethniques laissent beaucoup à désirer puisque les concepts de l'appartenance ethnique et culturelle y sont artificiellement simplifiés à l'extrême. Cheung remet en question les critères couramment utilisés pour identifier les groupes ethniques et préconise une approche «multi-intraculturelle» qui rend compte de la diversité qui existe entre les groupes et à l'intérieur de ceux-ci.

Deux questions importantes doivent être prises en considération lorsqu'on veut cerner les facteurs de risque et de protection (et les liens

entre la santé mentale et l'abus de substances) en cause chez les immigrants et les membres de minorités ethniques. D'abord, il faut bien saisir le sens de termes tels que *culture ethnique* et *immigrant*, à défaut de quoi on ne peut bien distinguer les réalités et les besoins des différents groupes. Ensuite, on doit surmonter les barrières linguistiques et culturelles qui expliquent en partie la pauvreté des recherches réalisées sur le sujet. Il y a lieu d'entreprendre plus de recherches fondées sur une approche qualitative et participative. Dans cette optique, il faudrait créer des rapprochements entre le milieu de la recherche et les membres des groupes proprement dits.

### **DÉPENDANCE À UN COMPORTEMENT : LE JEU COMPULSIF**

Depuis quelques années, on étend le concept de la dépendance à de nombreux domaines de manière à y inclure des modes de comportement tels que la compulsion et la perte de maîtrise de soi, lorsque la dépendance s'applique à une action plutôt qu'à une drogue. Dans l'optique des partisans de cette définition élargie, la dépendance peut englober des comportements tels que manger et jouer. Il existe des analogies entre cette forme de dépendance et la dépendance aux drogues : elles semblent progressives, impliquer une perte de maîtrise de soi et persister même lorsqu'elles sont très dommageables pour la personne et son entourage. Pour les besoins de cette analyse, nous avons retenu une de ces formes de dépendance : le jeu compulsif ou pathologique. Plusieurs raisons motivent ce choix. Premièrement, il suscite la controverse. L'assimilation du jeu à une dépendance ne fait pas l'unanimité au Canada. Deuxièmement, c'est un choix qui correspond bien aux préoccupations de l'heure, étant donné la tendance des gouvernements provinciaux à autoriser l'exploitation de maisons de jeu. Les services provinciaux de lutte contre la toxicomanie sont appelés de plus en plus à offrir des programmes de traitement et de prévention pour venir en aide aux joueurs compulsifs. Et, bien entendu, le jeu n'est pas un phénomène récent. L'intérêt de beaucoup de Canadiens pour la loterie ne date pas d'hier, et les jeux tels que le bingo sont bien ancrés dans la culture canadienne.

*Les services provinciaux de lutte contre la toxicomanie sont appelés de plus en plus à offrir des programmes de traitement et de prévention pour venir en aide aux joueurs compulsifs.*

Il existe plusieurs études sur la prévalence du jeu pathologique au Canada. Et les chiffres avancés sont variables. Selon Ladouceur (1991), un réputé chercheur sur le jeu, 1,2 % des membres de la population sont de véritables joueurs compulsifs, et 2,6 % sont des joueurs «à problèmes». À la lumière d'une étude menée à Edmonton, Bland, Newman, Orr et Stebelsky (1993) estiment qu'une personne sur deux cents, dans cette région, est un joueur pathologique. Du côté des adolescents, Ladouceur, Gaboury, Dumont et Rockette (1988) et Ladouceur et Mireault (1988) ont constaté au Québec

que 5,6 % des sujets étudiés souhaitent cesser de jouer mais se déclaraient incapables de le faire, et que 1,7 % étaient des joueurs pathologiques.

Le jeu compulsif semble associé à l'abus de substances. D'après Lesieur et Blume (1990), une personne sur dix qui font une consommation abusive de substances présente également une dépendance au jeu. Cette proportion est sensiblement plus élevée dans ce groupe que dans l'ensemble de la population. Le jeu est également lié à des problèmes psychologiques (Seaborn, 1992), entre autres la dépression, l'absence de maîtrise de soi et la paranoïa.

Une combinaison de facteurs sociaux et psychologiques semblent en cause dans le jeu pathologique, certains individus étant plus vulnérables que d'autres. Filteau, Baruch et Vincent (1992) signalent plusieurs facteurs qui pourraient être associés à l'apparition de problèmes de dépendance au jeu, notamment des antécédents de problèmes de discipline dans le milieu familial, l'attachement excessif de la famille aux valeurs matérielles, et l'alcoolisme des parents ou du conjoint. Brenner (1986) a constaté que les personnes qui achètent des billets de loterie le font généralement lorsqu'elles vivent des situations difficiles sur lesquelles elles estiment n'avoir aucune prise.

Sur le plan social, la camaraderie et les relations sociales semblent renforcer le jeu. Ainsi, dans une étude qui portait sur les joueuses de bingo au Royaume-Uni, Dixey (1987) a observé que le bingo jouait un rôle social capital. Pour ces femmes, le bingo offrait la possibilité d'appartenance à un solide réseau de soutien et de camaraderie qui engendrait en soi une forme de dépendance. Ocean et Smith (1993) et Ladouceur et Gaboury (1989) soutiennent que les maisons de jeu elles-mêmes renforcent le jeu compulsif en ce qu'elles procurent à l'individu un cadre réconfortant, propice aux interactions sociales. Ces constatations soulignent l'importance que revêt l'ambiance du «lieu» pour le joueur, qui est comparable à celle que représente le cadre pour la personne dépendante à une substance.

Sur le plan intrapersonnel, les joueurs pathologiques semblent percevoir les choses différemment des autres personnes. C'est ce qui les amène, par exemple, à faire des erreurs de jugement concernant les risques du jeu (Sylvain et Ladouceur, 1992). Le pari engendre une forme d'excitation chez le joueur compulsif. Celui-ci a tendance à ne pas attribuer au hasard les résultats du pari tout en exagérant dans son esprit ses chances de gagner. Cette fausse perception alimente son désir de continuer de parier.

*Sur le plan intrapersonnel, les joueurs pathologiques semblent percevoir les choses différemment des autres personnes.*

Selon une théorie relative au jeu pathologique proposée par Kusyszyn (1990), l'acte de jouer remplit trois fonctions : confirmer son existence, produire les effets souhaités et se valoriser. Le joueur compulsif retire dans le jeu plaisir et satisfaction et, comme le toxicomane, persiste dans son comportement lorsqu'il entraîne pour lui des conséquences financières, sociales et personnelles désastreuses.

En ce qui concerne la prévention du jeu pathologique, Gaboury et Ladouceur (1993) ont réalisé une étude sur l'efficacité d'un programme de prévention. Ils ont constaté que le programme avait réussi à améliorer les connaissances et les capacités d'adaptation, mais n'avait pas sensiblement changé les attitudes et les comportements. Ces conclusions rejoignent celles qui concernent les premiers programmes de prévention en matière de consommation de drogues, qui misaient davantage sur l'amélioration des connaissances que sur le changement d'attitudes et de comportements. Il semble cependant que les similitudes entre le jeu compulsif et la toxicomanie soient telles que des traitements analogues devraient être efficaces dans les deux cas (Murray, 1993).

---

**TABLEAU 1**  
**LIENS ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET**  
**L'USAGE DE SUBSTANCES**

Corrélation entre la détresse psychologique et la fréquence et l'importance de la consommation d'alcool - les auteurs sont d'avis que le recours à l'alcool peut être un moyen utilisé par l'individu pour atténuer lui-même ses symptômes de détresse psychologique.

Dryman et Anthony  
(1989)

La consommation de médicaments prescrits est plus importante chez les individus présentant des symptômes de troubles mentaux - d'après les auteurs, certaines personnes, qui souffrent de troubles mentaux, reçoivent un mauvais diagnostic et sont donc traitées pour un problème d'ordre physique, ou encore, ces sujets perçoivent davantage de symptômes physiques et tentent donc de se faire traiter pour ce genre de problèmes.

Takala, Ryynanen,  
Lehtovirta et Turakka  
(1993)

**ENFANTS D'ALCOOLIQUES**

Les enfants d'alcooliques risquent davantage, au cours de leur vie, de présenter des troubles psychiatriques et de vivre une situation d'instabilité conjugale.

Greenfield, Swartz,  
Landerman et George  
(1993)

**TABAGISME**

Les auteurs ont noté une corrélation entre la dépendance à la nicotine et une plus grande vulnérabilité psychologique, plus particulièrement, des taux plus élevés de névrose, de négativisme, de désespoir et de détresse psychologique chez les sujets nicotino-dépendants que dans l'ensemble de la population.

Breslau, Kibley et  
Andreski (1993)

**FEMMES**

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir à l'alcool pour obtenir un soulagement à la souffrance psychologique et à la perte.

Chabot (1978)

Comme les femmes consultent plus souvent, signalent plus volontiers des problèmes d'ordre affectif et résistent moins à prendre des médicaments que les hommes, elles se voient prescrire plus de tranquillisants et en consomment davantage que les hommes.

Bass (1981)

#### ADOLESCENTS

Des antécédents précoces de troubles mentaux (troubles obsessionnels-compulsifs, hostilité, idées de persécution et dépression) sont des prédicteurs d'une consommation de drogues plus tard dans la vie.

Friedman, Utaka,  
Glickman et Morrisey  
(1987)

L'usage de drogues à un jeune âge permet de prédire l'apparition de troubles mentaux plus tard dans la vie.

Friedman, Utada,  
Glickman et Morrisey  
(1987)

Il existe un lien entre la violence physique, la victimisation, le fonctionnement psychologique et la consommation de drogues et d'alcool.

La violence physique et l'abus sexuel semblent amener le sujet à consommer tôt de l'alcool et des drogues, d'où un dérèglement de son fonctionnement psychologique qui le conduit à recourir davantage à l'alcool et aux drogues.

Dembo, Williams,  
LaVoie, Getreau,  
Berry, Genung,  
Schmeidler, Wish et  
Kern (1990)

Le tabagisme et la consommation de drogues dures sont associés à des problèmes de santé, à des problèmes psychosomatiques, à des problèmes d'ordre affectif, à la détérioration des rapports amoureux et à des problèmes familiaux chez les jeunes adultes.

Newcomb et Bentler  
(1988)

On associe à la consommation d'alcool trois effets positifs : perception positive de soi, amélioration des rapports familiaux rapports amoureux plus satisfaisants.

Newcomb et Bentler  
(1988)

Tous les types de consommateurs de drogues signalent davantage de symptômes de troubles mentaux que les abstinents.

Les auteurs ont observé un lien entre le recours aux inhalants et le taux le plus élevé de troubles mentaux chez les hommes; entre la consommation de tranquillisants et le taux le plus élevé de troubles mentaux chez les femmes; entre le tabagisme et les troubles mentaux chez les hommes comme chez les femmes. Par contre, ils n'ont établi aucun rapprochement entre la consommation d'alcool et les troubles mentaux.

Lavik et Onstad  
(1986)

Les auteurs ont observé que le lien entre la détresse psychologique et la consommation de drogues chez les adolescents dépendait de la consommation de drogues dans le groupe de camarades. Ils concluent leur analyse en rejetant l'hypothèse du recours aux drogues comme automédication dans le cas des adolescents.

Swaim, Oetting,  
Edwards et Beauvais  
(1989)

Les adolescents qui commettent des actes violents présentent des facteurs de risque analogues : ils consomment des drogues illicites, leurs camarades approuvent le fait qu'ils consomment des drogues, ils se livrent à des comportements dangereux et ils sont eux-mêmes victimes de violence.

Les garçons plus âgés consomment plus de drogues et s'adonnent à des formes de violence plus agressives et plus dangereuses.

Kingery, Pruiit et  
Hurley (1992)

### **ITINÉRANCE**

Les hommes et les femmes itinérants signalent des taux plus élevés d'abus de substances, surtout d'alcool et de tabac, que l'ensemble de la population.

Breakey, Fischer et  
coll. (1989)

Les itinérants présentent plus de troubles mentaux que le reste de la population.

Breakey, Fischer et  
coll. (1989)

---

**TABLEAU 2**  
**SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES : FACTEURS DE RISQUE ET DE**  
**PROTECTION COMMUNS**

**TRAITS DE CARACTÈRE**

Recherche de stimulus	Brill, Crumpton et Grayson (1971)
Déviance psychopathique	Brill, Crumpton et Grayson (1971)
Mépris des normes sociales	Cox (1985)
Indépendance	Cox (1985)
Impulsivité	Cox (1985)
Recherche de l'aventure	Cox (1985)
Tolérance plus grande à l'égard de la déviance	Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)
Attitude plus critique et marginale face à la société	Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)
Recherche de sensations soif de sensations fortes et d'aventures absence d'inhibition soif d'expérience propension à l'ennui	Pedersen (1991)
Tempérament difficile niveau d'activité -général, sommeil approche - repli sur soi souplesse - rigidité rythme de vie - sommeil, repas, habitudes quotidiennes distractibilité persévérance	Windle (1991)

**STRESS**

Lien avec le tabagisme et le renoncement au tabac	Cohen, Schwartz, Bromet et Parkinson (1991) Cohen et Lichtenstein (1990)
Lien avec la capacité d'adaptation	Timmer, Veroff et Colten (1985)
Lien avec l'estime de soi et la dépression	Buckner et Mandell (1990)

Lien avec la colère et la consommation de médicaments en vente libre et d'alcool chez les femmes	Grover et Thomas (1993)
Lien avec la présence d'un réseau de soutien social plus étendu chez les femmes	Grover et Thomas (1993)
Lien avec des épreuves plus nombreuses et plus grandes chez les adolescents	Brown (1989)
Lien avec la consommation d'inhalants chez les adolescents	Mitic, McGuire et Neumann (1987)
Lien avec des épreuves et la consommation de drogues chez les personnes âgées	Perodeau, King et Ostoj (1992)
<b>ESTIME DE SOI</b>	
L'estime de soi était plus faible chez les alcooliques en voie de rétablissement que chez les non-alcooliques.	Bennett (1988)
On a noté un lien positif entre la durée de l'abstinence et l'estime de soi.	Bennett (1988)
Selon les auteurs, le manque d'estime de soi est un facteur de risque en ce qui concerne la consommation de drogues et la dépression chez les adolescents.	Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)
L'idée de soi exprimée en termes d'image négative de soi, de confiance en soi, de capacité d'attachement et d'efficacité	
Une grande confiance en soi, une grande capacité d'attachement et une grande efficacité sont associées à des taux moins élevés de consommation de drogues et d'expériences liées aux drogues.	
On a observé des taux moins élevés de consommation de drogues et d'expériences liées aux drogues chez les sujets ayant répondu par la négative aux items relatifs à l'image négative de soi.	Towberman et McDonald (1993)
<b>LOCUS DE CONTRÔLE</b>	
On associe la solitude et les problèmes de consommation d'alcool à un locus de contrôle externe.	Sadava et Thompson (1986)
Un locus de contrôle externe est perçu comme un facteur de risque en ce qui concerne la dépression et la consommation de substances chez les adolescents.	Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)

L'auteur associe un locus de contrôle interne à une plus grande capacité de maîtriser les paramètres de sa santé.	Carlisle-Frank (1991)
L'auteur a observé que les alcooliques avaient un locus de contrôle interne : il indique que le locus de contrôle n'est pas un concept global et général, mais qui varie selon le domaine.	Carlisle-Frank (1991)
<b>SOUTIEN SOCIAL</b>	
Le soutien social ne sert pas à atténuer les effets des situations de stress, mais il a une incidence directe sur l'estime de soi.	Bennett (1988)
Un réseau de soutien social plus restreint semble plus efficace qu'un réseau plus étendu lorsqu'il s'agit de l'adaptation au stress et de la diminution de la consommation de drogues.	Grover et Thomas (1993)
<b>SOCIABILITÉ/SOLITUDE</b>	
Les taux de consommation de substances, de délinquance et de truanderie sont plus élevés chez adolescents jugés plus sociables que chez les jeunes non sociables ou solitaires. Par contre, les adolescents sociables participent aussi davantage à des activités sociales acceptables que ceux qui sont solitaires.	Tolone et Tieman (1990)
La solitude considérée comme un facteur de risque à chaque stade de l'abus d'alcool.	Akerlind et Hornquist (1992)
Les auteurs ont observé des liens entre la solitude et les conséquences néfastes de la consommation d'alcool; le sentiment d'abuser de l'alcool et les stratégies d'adaptation moins nombreuses.	Sadava et Thompson (1986)
Lien entre désespoir, solitude et consommation de drogues illicites chez les adolescents	
La solitude, conjuguée à la consommation de drogues, est liée à un taux de désespoir très élevé; l'auteur y associe un risque de suicide accru.	
Solitude et désespoir sont inter-reliés.	Page, Allen, Moore et Hewitt (1993)
L'auteur a noté un taux de désespoir plus élevé chez les sujets qui consomment fréquemment des drogues et de l'alcool que chez les abstinents.	

## LIENS ENTRE DÉPRESSION ET USAGE DE SUBSTANCES

### Tabagisme et dépression

Cohen, Schwartz, Bromet et Parkinson (1991) Anda, Williamson, Escobedo, Mast, Giovino et Remington (1990)

Les auteurs ont observé une corrélation positive entre le tabagisme et la dépression; un lien entre la dépression et l'échec des tentatives de renoncement au tabac.

Covey, Glassman et Steiner (1990)

### Consommation d'alcool et dépression

Les auteurs établissent une corrélation positive entre une consommation accrue d'alcool et des symptômes dépressifs accrus lorsque le sujet est sobre.

Cohen, Schwartz, Bromet et Parkinson (1991)

L'alcool peut avoir une action différée ou cumulative sur la dépression : dans l'immédiat, il a pour effet d'atténuer les symptômes dépressifs, mais à long terme, il aggrave la dépression.

Parker, Parker, Harford et Farmer (1987)

Corrélation entre des taux élevés de dépression et une consommation accrue d'alcool (hypothèse de l'automédication)

Aneshensel et Huba (1983)

### Consommation de substances et dépression

La méthqualone aurait pour effet d'accentuer les symptômes dépressifs.

Parker, Parker, Harford et Farmer (1987)

Selon les auteurs, les mêmes traits de caractère (locus de contrôle externe, faible estime de soi, tolérance accrue à l'égard de la déviance, marginalité et attitude critique plus marquée face à la société, attentes moins grandes à l'égard du succès scolaire) apparaissent comme des facteurs de risque tant pour l'abus de substances que pour la dépression.

Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)

### Facteurs de risque liés à la dépression

Buckner et Mandell (1990)

Les épreuves de la vie et un manque d'estime de soi sont des facteurs de risque liés à la dépression. On note une corrélation entre les situations de stress et un manque de soutien social et la dépression.

Zuckerman, Amaro et Beardslee (1987)

### Incapacité

Les hommes handicapés consomment plus de drogues et d'alcool et souffrent davantage de dépression que les hommes non handicapés.

Motet-Grigoras et Schuckit (1986)

# LITTÉRATURE SUR LA PRÉVENTION ET LES MODALITÉS DE TRAITEMENT

## PRÉVENTION ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Dans cette partie de notre analyse, nous dégagerons les thèmes autour desquels s'articulent actuellement la prévention et les programmes de prévention dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale. À l'aide d'exemples tirés de la littérature, nous analyserons les approches et les stratégies de prévention adoptées dans chacun de ces domaines, puis nous examinerons quelques-uns des points que pourraient avoir en commun les concepts et les pratiques de prévention utilisés dans chacun d'eux.

Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), celle-ci est «le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé» (p. 1). Il s'agit donc de regrouper les efforts visant à informer les gens, à changer les comportements et à créer des milieux favorables à l'adoption de saines habitudes de vie (O'Donnell, 1989). Dans la présente analyse, la notion de *prévention* englobe donc toute la gamme des politiques et des stratégies visant à réduire les risques, à favoriser les facteurs de protection et à promouvoir la santé au niveau de l'individu comme à celui du système. Le terme est commode et fait maintenant partie de la langue courante du domaine de la lutte contre les toxicomanies. Son emploi est d'ailleurs bien antérieur à la formalisation du concept de promotion de la santé. Sans nier l'importance et l'efficacité des politiques publiques, nous insisterons ici davantage sur les approches de la prévention qui favorisent une modification des connaissances, des aptitudes, des attitudes et des comportements individuels dans le contexte scolaire, familial et communautaire.

### *La prévention de la toxicomanies*

Les stratégies de prévention des toxicomanies peuvent prendre plusieurs formes, selon le groupe cible et le contexte. Les initiatives de nature politique et législative, bien qu'elles aient obtenu des résultats plus immédiats et plus tangibles que les programmes volontaires sur le plan des comportements (p. ex., Eliany et Rush, 1992), débordent le cadre de la présente étude; nous mettrons plutôt ici l'accent sur les approches axées sur la réduction des risques. Nous porterons notamment attention aux deux grands

contextes de la prévention des toxicomanies, soit a) les approches en milieu scolaire et b) les initiatives de développement communautaire et de promotion de la santé, dont nous traiterons à tour de rôle.

### *Les approches et les programmes en milieu scolaire*

Comme ce fut le cas de la recherche sur les facteurs de risque, la plupart des programmes de prévention ont été conçus pour les enfants et pour les jeunes, notamment en milieu scolaire. Avec le temps, les approches ont évolué, passant de l'information factuelle — tablant souvent sur la peur — à une démarche axée davantage sur l'acquisition d'une autonomie personnelle; cette dernière constitue encore aujourd'hui la première stratégie des programmes de prévention s'adressant aux jeunes (Bosworth et Sailes, 1993; Flay, 1985; Hawkins et coll., 1992; Santé et bien-être social Canada, 1992; Perry, 1987). Le principal objectif de ces programmes est de détourner les jeunes de la drogue ou, au moins, de retarder le moment de la première prise, en renforçant leur assertivité et leur capacité à résister à la pression des pairs (Flay, 1985). Plus de trente programmes de ce genre ont été décrits et catalogués dans le cadre d'une étude à contrat commandée par Santé Canada (1992). Ces programmes en milieu scolaire abordent souvent d'autres aspects ayant une incidence sur les facteurs de risque, tels que l'estime de soi; certains comprennent toujours des composantes cognitives donnant de l'information factuelle.

Une autre tendance a été de passer de programmes isolés à des programmes globaux, couvrant de nombreux niveaux scolaires. On a vu naître, ces dernières années, des projets dirigés par des pairs, dans lesquels des élèves plus âgés animent des ateliers à l'intention des plus jeunes. Le programme *Peer Power* de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Department of Drug Dependency Services, 1991) en est un bon exemple. Ces programmes vont des programmes d'études «clé en main», qui font souvent appel à du matériel coûteux et exigent une formation spéciale (p. ex., *Here's Looking at You 2000*), à des programmes axés davantage sur le niveau scolaire, souvent conçus par les ministères de la Santé ou des organismes communautaires (p. ex., *Sense and Nonsense*, de l'Alberta Alcoholism and Drug Abuse Commission), en passant par les programmes mis au point par les ministères provinciaux de l'Éducation (p. ex., *Turning into Health* au Manitoba). Certains s'adressent spécifiquement aux enfants et aux jeunes autochtones (p. ex., *Four Worlds Project; Sacred Tree Curriculum*). Jusqu'à présent, les programmes destinés aux minorités ethniques ont visé les familles, comme les programmes recommandés par Legge et Sherlock (1990-1991), et ont été mis en oeuvre pour les familles de langue cantonaise et punjabi en Colombie-Britannique.

*On a vu naître, ces dernières années, des projets dirigés par des pairs, dans lesquels des élèves plus âgés animent des ateliers à l'intention des plus jeunes.*

Cette tendance en faveur des programmes globaux d'éducation à la santé en milieu scolaire a conduit, du moins au niveau conceptuel,

à intégrer parmi les nombreuses thématiques abordées dans les programmes-cadres, les programmes et notions liés à l'alcoolisme et à la consommation de substances psychoactives. C'est ainsi que les sujets abordés dans ces programmes en sont venus à faire partie de l'enseignement régulier.

Malheureusement, malgré la pléthore apparente de programmes et malgré une certaine tendance à imposer l'éducation à la santé comme matière obligatoire dans les écoles, l'éducation à la santé, tout comme les programmes de prévention des toxicomanies, ont mal été implantés dans la plupart des provinces. Le phénomène peut s'expliquer de plusieurs façons. Premièrement, l'éducation à la santé dans son ensemble a souffert d'un «cycle de pauvreté» au Canada. Comme, à cause du manque de ressources et de l'insuffisance des effectifs enseignants en hygiène, la mise en oeuvre des programmes laisse à désirer, l'intérêt et le soutien qu'ils suscitent dans les écoles fléchissent... et le cycle se perpétue. Deuxièmement, les évaluations des programmes de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies mis en oeuvre dans les écoles n'ont généralement pas réussi à démontrer qu'ils avaient un impact significatif sur le comportement des élèves (p. ex., Bangert-Drowns, 1988; Eliany et Rush, 1992). Une exception, peut-être : la prévention du tabagisme. Les évaluations ont en effet montré que les programmes de prévention primaire axés sur l'autonomie fonctionnelle avaient réussi, dans une certaine mesure, à détourner les élèves du tabac (Flay, 1985). Cette absence d'impact présumée des programmes de prévention en milieu scolaire ne doit toutefois pas être interprétée comme une condamnation. Plusieurs chercheurs ont en effet souligné que ces programmes ne pouvaient que connaître l'échec vu leur implantation boiteuse et leurs objectifs irréalistes. Selon Oetting et Beauvais (1991), par exemple, trois facteurs contribuent à l'«échec» d'un programme : a) *l'échec de démarrage*, lorsque l'infrastructure d'implantation est insuffisante; b) *l'échec d'efficacité*, lorsqu'on n'arrive pas à atteindre les objectifs, souvent irréalistes, de modification des comportements; et c) *l'échec de développement*, lorsque le programme stagne faute de soutien, de renouvellement et de mise à jour. Enfin, un dernier facteur pourrait avoir contribué à la mauvaise implantation et à l'administration déficiente de ces programmes : la promotion et le soutien, éléments tous deux essentiels au succès, semblent en effet avoir dévié en faveur des approches de type communautaire, telles que le concept de «communautés en bonne santé». Cela ne signifie pour autant que les programmes scolaires sont morts! Une foule de gens et d'organisations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau scolaire, travaillent toujours activement à implanter des programmes de promotion de la santé dans les écoles, et il n'est pas exclu qu'ils réussissent.

*Plusieurs chercheurs ont en effet souligné que ces programmes ne pouvaient que connaître l'échec vu leur implantation boiteuse et leurs objectifs irréalistes.*

### *Les programmes communautaires*

Les programmes communautaires axés sur la réduction des risques de toxicomanie peuvent prendre plusieurs formes. Les plus courantes sont peut-être les programmes de prévention communautaires intégrés, les programmes à l'intention des parents et les programmes de marketing et de sensibilisation.

Les programmes communautaires intégrés de prévention des toxicomanies sont plus courants aux États-Unis qu'au Canada. Comme dans de nombreux autres domaines, les Canadiens semblent privilégier ici aussi une approche moins générale. Le fait que nous n'ayons recensé, dans la présente étude, aucun programme du genre au pays ne signifie pas pour autant qu'il n'en existe aucun. En effet, beaucoup de projets ne font jamais l'objet d'un rapport officiel et encore moins d'une publication. Les programmes de prévention communautaires partent du postulat que les écoles ne peuvent à elles seules assurer la tâche de la prévention et que, pour obtenir des effets durables, l'ensemble de la communauté doit mettre la main à la pâte (Johnson, Pentz, Dwyer, Mackinnon, Hansen et Flay, 1990; Perry et Jessor, 1985).

Une deuxième stratégie de prévention des toxicomanies consiste donc à éduquer les parents. Les programmes visant les parents reposent en général sur l'hypothèse selon laquelle un grand nombre des facteurs de risque d'abus de substances (comme le type d'éducation donné par les parents, le soutien familial et la cohésion de la famille, les relations sociales et l'aptitude à faire face au stress) peuvent être contrôlés au moyen de changements positifs dans la dynamique familiale. Plusieurs programmes du genre ont été mis au point au Canada, comme le programme *Partons du bon pied* (Santé et Bien-être social Canada, 1988), *A Better Way* (Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, 1988), *Kids and Drugs* (Golinowski et Paape, 1982) et *By Parents For Parents* (B.C. Alcohol and Drug Programs, 1992). Tous abordent divers sujets comme la communication, l'estime de soi, la discipline et la consommation d'alcool et de drogues. Seules les approches diffèrent. *Partons du bon pied* a été conçu spécialement pour les parents de préadolescents qui, à cause de leur isolement social, culturel, économique ou géographique, ou de leur analphabétisme, ont un accès limité à l'information diffusée par les canaux ordinaires. Cette approche a été utilisée pour les parents autochtones célibataires à faible revenu vivant hors réserve ainsi que pour les nouveaux immigrants. *Kids and Drugs* et *A Better Way* sont des programmes construits sur le modèle de la psychologie adlérienne (p. ex., *Systematic Training for Effective Parenting*, Kinkmeyher et McKay, 1976 et *Parents efficaces*, Harris, 1975). Le programme *By Parents For Parents* tente d'appliquer les principes de la responsabilisation, en incitant les parents à trouver leurs propres solutions aux situations stressantes qui leur sont communes. À l'instar de nombreux

*Une deuxième stratégie de prévention des toxicomanies consiste donc à éduquer les parents.*

autres programmes volontaires de promotion de la santé, ces programmes à l'intention des parents font toutefois face à un problème fréquent, soit la participation. Par ailleurs, beaucoup de ces programmes sont aussi mal évalués (Santé et Bien-être social Canada, 1984).

Pour les adultes, les traitements de courte durée dispensés par téléphone, accompagnés de manuels de prise en charge personnelle et complétés par une ou deux séances donnant des conseils pour «boire de façon raisonnable», ont connu un succès considérable. Les pionniers dans ce secteur viennent du Canada (voir Sanchez-Craig, Wilkinson et Walker, 1989) et leurs travaux portent sur les problèmes de prévention primaire et secondaire. (Marlatt, Larimer, Baer et Quigley, 1993).

Comme, dans le domaine de la promotion de la santé, la tendance est au développement communautaire et aux approches axées sur le processus plutôt que sur le contenu, il se pourrait que le nombre de programmes officiels classiques de prévention des toxicomanies diminue, et qu'on voit apparaître à leur place des processus beaucoup plus lents et plus incertains, mais dotés d'une perspective plus large, d'objectifs plus réalistes et d'échéanciers plus souples, et jouissant d'une meilleure assise communautaire.

### **Programmes et approches en promotion de la santé mentale**

D'après notre analyse de la littérature, il semble que la promotion de la santé mentale ait évolué d'une façon quelque peu différente que la prévention des toxicomanies. D'une part, malgré tous les efforts d'éducation de la population, la stigmatisation associée à la maladie mentale persiste toujours. Pour bien des gens, la notion de santé mentale est encore étroitement associée aux troubles mentaux et aux problèmes de traitement (Goering, Wasylenki et McNaughton, 1992). Au contraire, les notions d'abus de substances et de toxicomanie semblent avoir perdu une bonne part de leur caractère stigmatisant : en Amérique du Nord, on considère de plus en plus la toxicomanie comme une maladie. D'autre part, il semble que les programmes axés spécialement sur la promotion de la santé mentale soient moins nombreux que les programmes de prévention des toxicomanies, du moins d'après ce qui ressort de la présente analyse. Cet écart n'est guère étonnant : la prévention des toxicomanies a bénéficié, au cours des dernières décennies, d'un soutien plus substantiel que la plupart des autres secteurs de la santé (du moins en ce qui concerne les programmes éducatifs et le financement), probablement à cause de la plus grande visibilité des retombées négatives de l'abus de substances.

*Pour bien des gens, la notion de santé mentale est encore étroitement associée aux troubles mentaux et aux problèmes de traitement.*

Malgré la pauvreté de la littérature sur les programmes de promotion de la santé mentale, nous avons pu dégager trois grandes approches de la question :

1. Les programmes de marketing social, qui visent à mieux faire connaître les enjeux et à sensibiliser davantage les gens à la question, de même qu'à favoriser une meilleure capacité d'adaptation.
2. Les programmes axés sur les aptitudes, qui visent, par exemple, à donner aux gens les moyens de faire face au stress et de le gérer.
3. Les approches faisant appel aux principes de l'organisation communautaire et de la responsabilisation.

### ***Les approches de marketing social***

Plusieurs programmes ont fait appel aux médias pour promouvoir la santé mentale. Laurandau, Perreault et Mongeon (1991), par exemple, font état d'une trousse vidéo intitulée *Clip et vous*, mise au point et diffusée dans les écoles de la région de Montréal. Ce programme adopte une approche de marketing social et aborde deux grandes notions : le soutien social et la gestion du stress. En Grande-Bretagne, Barker, Pistrang, Shapiro, Davis et coll. (1993) ont mis au point une série de messages d'information pour mieux faire connaître les problèmes de santé mentale. Whitehorn (1989) analyse un programme qui a fait appel avec succès aux médias pour promouvoir la santé mentale en favorisant une meilleure compréhension des problèmes, en insistant sur la responsabilisation et en poussant à l'action. Tous ces programmes ont eu un effet positif sur la compréhension des enjeux.

Le marketing social convient particulièrement bien aux programmes de santé mentale, car son principal impact est de susciter le dialogue, d'attirer l'attention sur les problèmes et de mettre à nu les mythes et les préjugés, ce qui ne peut que favoriser la promotion de la santé mentale.

*Le marketing social convient particulièrement bien aux programmes de santé mentale.*

### ***Les programmes axés sur les aptitudes***

Une deuxième approche de la promotion de la santé mentale est celle du développement des aptitudes. Quatre exemples portant sur différentes populations illustrent cette approche. Peters (1988) analyse le développement des aptitudes chez les enfants et recommande trois concepts clés pour ce genre de programme : aptitude sociale, aptitude à résoudre les problèmes et aptitude à faire face au stress. Ces aptitudes, selon Peters, sont typiques de l'enfant en bonne santé mentale. Adam (1989) décrit un programme de promotion de la santé mentale mettant l'accent sur l'assertivité et la capacité à faire face au stress. Ce programme, qui s'adressait aux femmes francophones, a eu des résultats positifs sur le degré de satisfaction dans la vie. Fedorak et Griffin (1986) décrivent un programme destinés aux aînés, également axé sur l'assertivité. Enfin, McDaniel (1993) et l'*American Psychological Association* (1992) décrivent des programmes de santé au travail faisant la promotion de la santé mentale auprès des employés.

Selon ces auteurs, les problèmes de santé sont fréquemment liés au stress et les programmes destinés aux employés devraient en conséquence avoir comme objectifs de mieux faire connaître les problèmes liés au stress, d'accroître les aptitudes à faire face au stress et de réduire le stress associé au travail.

Des programmes scolaires spéciaux ont également été mis au point dans le domaine de la santé mentale. Le programme *Living Colour* de la division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale (pas de date) s'adresse aux enfants d'âge préscolaire jusqu'à la sixième année et met l'accent sur l'image de soi, la communication et l'autonomie. Le programme *Magic Circle* (Palomares et Ball, pas de date) vise lui aussi les enfants du primaire et est axé autour de trois thèmes : la sensibilisation, l'interaction sociale et la maîtrise. En plus des programmes autonomes comme ceux-ci, les programmes provinciaux d'éducation à la santé abordent eux aussi certains aspects de la santé mentale (Mangham, 1989). En Alberta, par exemple, le programme d'études du premier cycle du secondaire traite explicitement de questions de santé mentale; au Manitoba, c'est dans le cadre du programme de la première à la neuvième année que ces questions sont abordées. En Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-ouest, la santé mentale et la gestion du stress sont des matières importantes. Mais il s'agit là de programmes-cadres; en réalité, les programmes sur la santé mentale *prêts à être donnés en classe* sont moins nombreux que les programmes sur l'alcool et les autres drogues. Les thèmes les plus souvent abordés sous la rubrique santé mentale des programmes d'études semblent être la gestion du stress, l'estime de soi et les relations sociales.

#### ***Les approches axées sur l'organisation et le développement communautaires***

On appelle *développement communautaire* le processus qui permet à la communauté d'acquérir les connaissances, les aptitudes et les autres outils collectifs dont elle a besoin pour résoudre ses problèmes et répondre à ses besoins (Green, Kreuter, Deeds et Partridge, 1980). Wallerstein (1992) définit la *responsabilisation* comme le processus qui amène les gens à prendre leur vie en main dans leur milieu social et politique (p. 198). Ces dernières années, développement communautaire et responsabilisation ont été couplés de façon informelle sous l'égide de la promotion de la santé. Bien que l'on n'ait trouvé, dans la littérature, aucune analyse de la responsabilisation ou du développement communautaire employés comme stratégies de promotion de la santé mentale, il ne fait aucun doute que le processus d'acquisition de la capacité de faire soi-même ses propres choix et de modifier son environnement est liée au bien-être mental. En fait, il répond en grande partie à la définition de la santé mentale donnée au début de la présente analyse. On s'en rend particulièrement compte lorsque

*Il ne fait aucun doute que le processus d'acquisition de la capacité de faire soi-même ses propres choix et de modifier son environnement est liée au bien-être mental.*

cette capacité est *absente*. Certaines aptitudes pourraient en effet être essentielles à toute responsabilisation. Dans l'étude qu'ils ont faite d'un programme de promotion de la santé mentale chez les aînés, par exemple, Fedorak et Griffin (1986) ont montré que, grâce à l'assertivité qu'ils avaient acquise, les sujets s'intéressaient davantage aux questions qui les concernaient et se prenaient davantage en main. Ce rapprochement du développement communautaire et de la responsabilisation pourrait donner lieu à des stratégies susceptibles d'améliorer l'état de santé mentale par le biais de la promotion de la santé.

### ***Jonctions possibles entre prévention des toxicomanie et promotion de la santé mentale***

Les nombreux points communs entre les problèmes étudiés, les approches adoptées pour les résoudre et les résultats escomptés permettent de dégager certaines affinités théoriques entre la prévention des toxicomanies et la promotion de la santé mentale, du moins aux yeux des auteurs. Brisson (1992), qui s'est explicitement penché sur ces affinités, estime que la meilleure façon d'aborder les deux domaines est de les aborder globalement, au niveau à la fois individuel et collectif, en mettant l'accent sur l'action.

Seuls la discussion et le débat permettront de résoudre la question de la validité des diverses approches de la prévention et, notamment, de déterminer lesquelles mettre en pratique et la façon de le faire. Les points communs aux deux champs sur le plan de la prévention sont décrits grossièrement ci-dessous.

*Seuls la discussion et le débat permettront de résoudre la question de la validité des diverses approches de la prévention.*

**1. Les deux champs de la promotion de la santé sont soumis aux mêmes pressions financières.** Les responsables de la promotion de la santé ont toujours dû se battre pour obtenir des moyens financiers qui leur permettent de pratiquer des interventions d'ampleur et de durée suffisantes pour avoir une action réelle. Le contexte économique actuel ne leur est guère favorable, avec ses retombées sur le financement public des programmes et son impact généralisé sur la santé, dans les deux secteurs. Devant ces réalités, il ne paraît guère sensé de compartimenter et de diviser les ressources consacrées à la prévention et à la promotion de la santé, alors que toutes deux ont tellement en commun.

**2. Facteurs de risque et facteurs de protection ont bien des points communs.** À la rigueur, un bon programme de promotion de la santé mentale conviendrait tout aussi bien à la prévention des toxicomanies, car il couvrirait la plupart des facteurs de risque non biologiques connus de toxicomanie. En fait, la santé mentale, définie de façon positive, influe considérablement sur *tous* les domaines de la santé — davantage, pourrait-on soutenir, que les autres domaines n'influent sur elle. Cela a certes des conséquences sur l'orientation donnée aux programmes de

promotion de la santé. La santé mentale — une composante fondamentale du bien-être — serait sans doute, pour ces programmes, un thème central plus pertinent que celui de la toxicomanie — un problème de santé particulier.

**3. Familles, écoles et communautés : des liens contextuels pour la mise en oeuvre des programmes.** Vu l'histoire relativement longue des programmes de prévention axés sur les toxicomanies, notamment auprès des jeunes, il existe déjà des infrastructures susceptibles de servir de cadre à une action combinée.

**4. Les deux domaines s'intéressent aux populations à haut risque.** Les programmes fédéraux de prévention des toxicomanies, qui s'adressaient autrefois en priorité à l'ensemble de la population, visent maintenant avant tout les populations présentant des risques spéciaux. Comme des stratégies doivent être formulées pour joindre ces groupes précis, les occasions de collaboration ne manquent pas entre les deux domaines.

### **LES ENJEUX DU TRAITEMENT : SANTÉ MENTALE OU ABUS DE SUBSTANCES**

Vu l'ampleur de la littérature dans le domaine de la santé mentale comme dans celui des toxicomanies, nous restreindrons notre analyse des enjeux du traitement à la littérature s'intéressant aux relations entre les deux domaines.

#### **Le traitement de la toxicomanies**

C'est probablement dans le domaine des toxicomanies que l'on a fait les évaluations de traitement les plus fouillées. Selon une estimation, on aurait recensé plus de 600 études sur l'issue des traitements dans les années 80, en plus d'une foule d'autres analyses (Institute of Medicine, IOM, 1990). On ne compte plus le nombre de débats qui ont eu lieu sur ce qui constitue vraiment un «succès», sur la façon de mesurer la consommation d'alcool et de drogues, sur la durée du suivi à accorder au client, ou encore sur les composantes du traitement qui sont les plus valables.

Au cours des 10 dernières années notamment, on a insisté sur la nécessité d'élargir la perspective du traitement offert aux personnes aux prises avec des problèmes d'abus de substances. Cette nouvelle vision est clairement résumée dans le rapport d'une étude effectuée par un comité de l'Institut de médecine (*Division of Mental Health and Behavioral Medicine, IOM Committee, 1990*). Les auteurs de ce rapport, des cliniciens de renom et des chercheurs d'expérience, ont tenté de faire une analyse critique de la valeur des traitements offerts au cours de la décennie antérieure et de formuler une perspective pour l'avenir. En ce qui a trait au traitement lui-

même, notamment, ils se sont posé les questions suivantes : «Le traitement fonctionne-t-il?» et «Le traitement est-il nécessaire?», dont on tient souvent pour acquise la réponse affirmative. Selon le comité, en abordant le traitement d'un point de vue unique ou unitaire, on ne peut rendre compte de la réalité actuelle dans le domaine de la toxicomanie. En général, la plupart des programmes offrent un large éventail de traitements et la majorité des gens en essaient plusieurs au cours de leur vie. Selon les auteurs, le processus de traitement s'engagerait sur une bien meilleure voie si l'on tenait compte du fait que le traitement lui-même n'est qu'un des nombreux facteurs qui contribuent au résultat, parallèlement aux caractéristiques propres du client, à la présentation du cas en soi, et aux expériences postérieures au traitement. En conséquence, le comité propose aux cliniciens et aux chercheurs de reconnaître ce qui existe déjà, soit que les traitements de l'alcoolisme sont nombreux et variés et que, comme c'est le cas pour la toxicomanie, ils peuvent être abordés en fonction d'un continuum de sévérité des symptômes, qui vont de légers (nécessitant des stratégies de prévention et d'éducation) à modérés (nécessitant des interventions secondaires ou brèves) à graves (nécessitant un traitement tertiaire plus classique, offert en établissement). Avec une telle perspective, on peut diriger les individus vers les traitements qui leur conviennent le mieux selon la gravité de leurs symptômes, tout en tenant compte de leur expérience personnelle, sociale et culturelle.

C'est également dans cette perspective que le comité de l'IOM s'intéresse au trouble mixte comme à un trouble affectant plusieurs populations définies par leurs caractéristiques fonctionnelles, parmi lesquelles on retrouve les sans-abris, les étudiants, les personnes qui conduisent après avoir bu et les enfants de parents alcooliques. Vu les nombreuses différences observées entre les personnes aux prises avec un problème d'alcool, le comité estime qu'il pourrait être difficile de déterminer les caractéristiques structurelles ou fonctionnelles en fonction desquelles choisir le programme de traitement spécialisé qui convient le mieux. Cela pourrait l'être d'autant plus que, selon les définitions et les priorités, un même individu peut appartenir à de nombreux groupes spéciaux. Le comité en conclut donc que la notion de population spécialisée est dynamique et qu'il faut tenir compte de tous les facteurs qui, dans la vie du sujet, sont susceptibles ou non de contribuer à l'issue positive du traitement. Les auteurs recommandent enfin de mettre au point des traitements destinés à des populations précises et d'axer davantage la recherche sur les méthodes de traitement et leurs issues que sur l'étiologie et la théorie.

*La notion de population spécialisée est dynamique et qu'il faut tenir compte de tous les facteurs qui, dans la vie du sujet, sont susceptibles ou non de contribuer à l'issue positive du traitement.*

On fait actuellement grand cas de la notion de réduction des préjudices dans le domaine de la toxicomanie. Marlatt, Larimer, Baer et Quigley (1993) donnent un excellent aperçu de cette notion. Ces auteurs présentent un modèle endossé par le comité de l'IOM et fondé sur le continuum de

la sévérité des symptômes. Ce modèle cherche à dépasser la controverse au sujet des objectifs de maîtrise de la consommation ou d'abstinence que doivent fixer les traitements de l'alcoolisme. Pour Marlatt et ses collègues (1993), l'approche de la réduction des préjudices prône un changement de comportement, quel qu'il soit, allant de la modération à l'abstinence, et cherche à réduire les torts causés par l'alcool. Leur modèle propose un continuum allant de l'excès à la modération, puis à l'abstinence, chaque étape vers un niveau de risque inférieur étant considérée comme un pas dans la bonne direction. Ils présentent, à l'appui de leur thèse, un énorme corpus de littérature dans lequel sont décrits en détail les résultats positifs obtenus chez les buveurs excessifs ainsi que dans les groupes à haut risque, comme les étudiants, qui n'accepteraient ni les choix de traitement traditionnellement offerts ni les étiquettes qui leur sont accolées.

Un autre concept relativement nouveau dans le domaine de la toxicomanie est celui des phases de changement par lesquelles peut passer un individu au cours du processus d'inscription, de traitement et de réadaptation (Marlatt, 1985; Prochaska et DiClemente, 1983). Cette théorie reflète le changement d'orientation qui a eu lieu (d'une approche axée sur les résultats à une approche axée sur le contexte et le processus) (Moos, Finney et Cronkite, 1990), afin de tenir compte de tous les facteurs entrant en jeu dans la reconnaissance, par l'individu, de la nécessité du traitement et dans sa participation au traitement. En se fondant sur cette théorie, Shaffer et Zinberg (1993) présentent un processus de changement établi par des cocaïnomanes dans le cadre d'un processus de rétablissement naturel. Le nouveau modèle mis au point par ces auteurs pour traiter les toxicomanies est axé sur le processus et se fonde sur les thèmes décrits par les sujets renonçant à la cocaïne. Ce modèle offre diverses possibilités de traitement à chaque étape d'émergence de la toxicomanie : a) la première étape, au cours de laquelle les premières conséquences positives sont remplacées par des conséquences négatives, qui finissent par devenir trop graves pour être ignorées; et b) la deuxième étape, soit le cheminement du décrochage, lorsque s'amorce le véritable renoncement et qu'il faut prévenir les rechutes.

#### **Les variables de la santé mentale dans le traitement de la toxicomanies**

Plusieurs des études examinées se penchent sur le rapport entre la promotion de la santé mentale et le traitement des toxicomanies. Toutes, elles font ressortir les affinités entre les deux domaines en évaluant les résultats du traitement des toxicomanies à l'aide de variables associées à la santé mentale. Plusieurs mettent l'accent sur le rapport entre dépression et abus de substances. El-Guebaly et Hodgins (sous presse) ont étudié l'influence de la dépression sur la rechute chez les personnes en consultation externe ou hospitalisées pour alcoolisme. Ils ont noté que les individus ayant des

*Plusieurs des études examinées se penchent sur le rapport entre la promotion de la santé mentale et le traitement des toxicomanies.*

antécédents de dépression établissaient un lien entre consommation élevée de substances et états affectifs négatifs ou conflits, et que l'état affectif négatif était le facteur de rechute le plus souvent mentionné. Ils laissent entendre enfin que la présence d'une dépression est un prédicteur de rechute plus faible que d'autres variables.

Hall, Muñoz et Reus (1994) ont eux aussi examiné les rapports entre dépression et usage de substances. Ces chercheurs ont mené un essai clinique randomisé de stabilisation de l'humeur comparée à un traitement standard pour le renoncement au tabac afin d'évaluer les avantages que peut présenter une intervention comportementale cognitive auprès des fumeurs sans antécédents de dépression. Cette étude rigoureusement contrôlée leur a permis d'établir que les sujets ayant des antécédents de dépression obtenaient les meilleurs taux d'abstinence quel que soit celui des quatre groupes de traitement auquel ils appartenaient. Les données recueillies donnent également à penser que le cheminement menant à l'abstinence diffère selon que l'on a ou non des antécédents de dépression, peut-être parce que l'humeur n'était pas un prédicteur important de l'issue du traitement chez les sujets non déprimés.

*Les données recueillies donnent également à penser que le cheminement menant à l'abstinence diffère selon que l'on a ou non des antécédents de dépression.*

Dans leur étude sur la dépression et la consommation d'alcool, Loosen, Bess et Prange (1990) ont relevé une association entre les antécédents de dépression et la durée de l'abstinence : ces antécédents étaient en effet associés à des périodes d'abstinence plus courtes et annonçaient donc une issue moins satisfaisante du traitement.

Schuckit, Irwin et Smith (1994) ont observé des épisodes dépressifs temporaires graves accompagnés d'une forte consommation d'alcool dans un groupe d'hommes dépendants de l'alcool au cours de l'année suivant le traitement. Ils n'ont pas relevé de taux élevés de troubles dépressifs majeurs non liés aux syndromes de l'humeur induits par l'alcool.

Schuckit et coll. (1994) ont examiné certaines caractéristiques susceptibles d'être de bons prédicteurs de maladies psychiatriques. À cette fin, ils ont divisé un groupe d'hommes en deux catégories : ceux qui réagissaient peu à l'alcool (moins de signes d'intoxication) et ceux qui y réagissaient normalement. Ils ont ainsi découvert que les sujets du premier groupe risquaient quatre fois plus que les autres d'avoir un trouble lié à l'alcool après une période de dix ans. La faible réaction à l'alcool n'était toutefois pas un prédicteur de trouble psychiatrique majeur et aucune autre tendance du genre ne semblait se dégager d'emblée des données recueillies.

Annis et Davis (1988) ont étudié l'impact sur la prévention des rechutes chez les alcooliques des interventions axées sur l'autonomie. Après une période de six mois, ils ont constaté que les sujets maîtrisaient toujours leur consommation d'alcool, présentaient moins d'effets indésirables liés à l'alcool et déclaraient boire moins, et moins souvent qu'au début du programme.

Ces études montrent qu'il est important d'établir une distinction entre les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux et les symptômes associés au cycle de l'intoxication et du sevrage lié à l'alcool ou à la drogue. Les antécédents de dépression laisseraient également présager de moins bons résultats dans le traitement de l'abus d'alcool; par contre, la dépression ne serait pas fréquente chez les alcooliques, si l'on exclut les syndromes de l'humeur induits par l'alcool.

### **Le traitement en santé mentale**

Les modèles de traitement utilisés dans le domaine de la santé mentale reposent sur les mêmes bases que les modèles de traitement des toxicomanies. Cela est vrai surtout dans le domaine cognitif-comportemental, élaboré à l'origine dans le contexte du traitement de la dépression et de la formation aux aptitudes sociales et à la résolution de problèmes. Cette approche a depuis été adaptée dans le champ du traitement des toxicomanies pour la prévention des rechutes et les traitements de courte durée à l'intention des personnes qui ont des problèmes avec l'alcool.

*Les modèles de traitement utilisés dans le domaine de la santé mentale reposent sur les mêmes bases que les modèles de traitement des toxicomanies.*

L'élaboration du système diagnostique pour la classification des maladies mentales a facilité la détermination de troubles distincts en fonction de critères particuliers. On a pu ainsi normaliser les diagnostics pour étudier la prévalence, mettre au point des instruments spécifiques de certains troubles et comparer les données sur l'issue des traitements. On a beaucoup écrit sur chaque nouvelle édition du Manuel diagnostique et statistique (DSM), y compris sur la quatrième édition (DSM IV) publiée en 1994. Selon le DSM IV, aucune définition ne permet de fixer de limites précises à la notion de trouble mental faute d'une définition opérationnelle cohérente qui tiennent compte de toutes les situations. La notion n'en est pas moins aussi utile que n'importe quelle autre définition qui existe actuellement. Dans le DSM IV, chaque trouble mental est conçu comme un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et associé à un désarroi important ou à une augmentation du risque d'exposition à la mort, à la douleur, à une invalidité ou à une perte importante de liberté. (DSM IV, 1994, p.\_\_). On croit souvent à tort que les systèmes de classification classent les individus, alors qu'en réalité ce sont les troubles des sujets qui sont classés.

La dépression est un trouble que l'on rencontre souvent dans le contexte de la santé mentale et des toxicomanies. Gordon et Ledray (1985) font une analyse éclairante de la dépression chez les femmes, chez qui elle survient environ deux fois plus souvent que chez les hommes. (Les enquêtes ont montré que ces chiffres valent pour les États-Unis comme pour la plupart des autres pays.) La dépression est un important problème de santé dans le monde aujourd'hui. Le mariage, qui aurait un effet protecteur

contre la dépression chez les hommes, semble avoir un effet contraire chez les femmes. Dans les pays septentrionaux soumis à de longues périodes d'obscurité, comme le Canada, la dépression saisonnière prévaut; mais, comme l'alcoolisme et la dépression se manifestent souvent simultanément dans ces pays, les chiffres pourraient être faussés par les personnes qui suivent un traitement contre l'alcoolisme (Williams et Schmidt, 1993).

Dans le champ de la santé mentale, le traitement est aussi parfois abordé sous l'angle de la capacité fonctionnelle du client plutôt que sous celui d'un trouble particulier. Cette approche permet de tenir compte des problèmes de traitement généraux au lieu des seuls problèmes spécifiques du trouble. Chez les individus atteints d'une maladie mentale chronique définie selon la capacité fonctionnelle, l'abus de substances est une caractéristique typique. Woogh (1990), par exemple, a constaté que les personnes hospitalisées à plusieurs reprises et ayant souvent recours à d'autres services sont en général jeunes et peu instruites, vivent seules et font l'objet d'un diagnostic de trouble fonctionnel majeur. Ces jeunes adultes sont étiquetés de bien des façons, mais partagent deux caractéristiques : ils ont de graves difficultés de fonctionnement social et utilisent mal les services de santé mentale (Pepper, Kirshner et Ryglewicz, 1981).

## **LES ENJEUX DU TRAITEMENT : SANTÉ MENTALE ET ABUS DE SUBSTANCES**

Cette section met l'accent sur les individus qui font l'objet d'un traitement pour troubles mixtes. Dans la littérature sur le sujet, plusieurs termes et expressions sont employés de façon interchangeable : «comorbidité», «trouble mixte» et «diagnostic mixte» désignent en général les mêmes réalités et sont d'origine psychiatrique. Tous ces termes sont génériques et font état de la présence simultanée de deux ou de plusieurs troubles chez un même individu. Pour plus de clarté, nous n'emploierons ici que l'expression «trouble mixte».

Notre analyse du trouble mixte est divisée en deux parties : (1) les études et analyses qui cherchent à déterminer a) l'ampleur des troubles mixtes dans certaines populations précises (c.-à-d. la prévalence) et b) la façon dont les troubles mixtes apparaissent (c.-à-d. les relations, l'auto-médication); et (2) les études et analyses qui examinent le processus de traitement, dont a) l'évaluation, b) les programmes de traitement et c) les problèmes de service.

### **La prévalence**

Les chercheurs relèvent inmanquablement un taux plus élevé de troubles liés à l'usage de substances chez les individus souffrant de troubles mentaux que dans l'ensemble de la population. Ils observent par contre moins

souvent une forte incidence de troubles psychiatriques chez les individus présentant des troubles liés à l'usage de substances.

La plus importante enquête par entrevue personnelle en face-à-face jamais effectuée sur les troubles psychiatriques dans l'ensemble de la population est l'étude *Epidemiological Catchment Area* (ECA). À partir des données de cette étude, Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et Goodwin (1990) ont estimé la prévalence des troubles mixtes aux États-Unis. L'étude ECA, qui a recueilli des données auprès de 20 291 répondants âgés de plus de 18 ans, rapporte l'incidence des troubles mixtes tant du point de vue de la maladie mentale que de celui de la toxicomanie. À partir d'estimations prudentes, les auteurs ont jugé qu'un individu souffrant d'un trouble mental risquait deux fois plus qu'un autre d'avoir des problèmes de toxicomanie ou de dépendance à l'alcool. Tel que prévu, c'est dans les populations des établissements psychiatriques et des centres de désintoxication que les troubles mixtes étaient les plus fréquents, notamment chez les personnalités antisociales et chez les individus atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Le taux le plus élevé de trouble mixte a été observé chez les personnes ayant des problèmes avec les drogues (autres que l'alcool), dont il est apparu que 53 % souffraient d'un trouble mental. Helzer et Pryzbeck (*in* Riley, 1993) signalent toutefois que cette étude, menée dans 5 villes américaines, n'est pas nécessairement représentative de l'ensemble des États-Unis.

*À partir d'estimations prudentes, les auteurs ont jugé qu'un individu souffrant d'un trouble mental risquait deux fois plus qu'un autre d'avoir des problèmes de toxicomanie ou de dépendance à l'alcool.*

En plus d'estimer la prévalence des troubles mixtes en général, Regier et coll. (1990) ont estimé celle des troubles graves individuels. Ils ont ainsi constaté que 47 % des schizophrènes répondaient aux critères d'une forme quelconque d'abus de substances, ce qui était le cas de 60 % des personnes atteintes de trouble bipolaire. La personnalité antisociale était aussi fortement associée à l'abus de substances. En effet, 83 % des personnes antisociales répondaient aux critères; l'abus de substances est toutefois l'un des principaux critères diagnostiques de ce trouble.

L'incidence des troubles psychiatriques est moins élevée chez les toxicomanes. Selon Regier et coll. (1990), le trouble le plus fréquent chez ces derniers est l'anxiété (19,4 %). Toutefois, vu la forte prévalence de ce trouble dans l'ensemble de la population, le risque relatif n'était que de 1,5. C'est la personnalité antisociale qui présentait le risque relatif le plus élevé chez ces personnes, soit un risque de 21. Cela signifie que, pour chaque cas de trouble anxieux recensé dans l'ensemble de la population, on peut en recenser 1,5 chez les toxicomanes et que, pour chaque cas de personnalité antisociale recensé dans l'ensemble de la population, on peut en compter 21 chez les toxicomanes.

Il est intéressant de noter que, selon Regier et coll. (1990), 18 % des patients hospitalisés pour maladie mentale n'avaient aucun antécédent de toxicomanie ou de trouble mental. Ces gens se trouvaient donc dans des

établissements psychiatriques pour d'autres raisons, soit peut-être pour un problème comportemental, physique ou de développement. Parmi les personnes n'ayant aucun antécédent de trouble mental au cours de leur vie, 11 % déclaraient des antécédents d'abus d'alcool, 3,7 % des antécédents d'abus de drogues et 13,2 % des antécédents de l'un ou l'autre abus.

Nombre des auteurs qui ont analysé les taux de prévalence se sont servi des statistiques de l'ECA comme point de départ pour étudier des populations comparables. Par exemple, Brady et Lydiard (1992) sont arrivés à des estimations semblables à celle de l'ECA pour les populations qui demandent à être traitées pour toxicomanie et pour le trouble bipolaire. Muesar, Bellack et Blanchard (1992) signalent toutefois que le type d'établissement fréquenté par le sujet influe sur le taux de trouble mixte déclaré, les établissements de soins actifs rapportant des taux beaucoup plus élevés.

La plupart des rapports sur la prévalence au Canada viennent de Toronto, et les estimations se comparent à celles des États-Unis. Toner, Gilliers, Prendergast, Cote et Browne (1992) ont relevé, sur un échantillon de population de 108 malades mentaux chroniques, une incidence de 40 % pour les troubles liés à l'usage de substances. Ross, Glaser et Germanson (1988) ont échantillonné 501 patients venus demander une aide pour des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues et ont constaté que 78 % d'entre eux avaient souffert d'un trouble psychiatrique au cours de leur vie et que 65 % souffraient d'un tel trouble parallèlement à leur problème de toxicomanie. Ces estimations se comparent aux taux de prévalence observés dans des échantillons étudiés aux États-Unis et en Grande-Bretagne. L'étude de Ross et coll. ne fait état que de deux rapports antérieurs (tous deux des années 70) sur la prévalence des troubles mixtes au Canada.

Le tabac a rarement été considéré comme une substance toxique entrant dans la notion de trouble mixte examinée dans ces études. On a toutefois noté une prévalence particulièrement élevée de tabagisme lié à la consommation d'alcool, indépendamment des autres complications psychiatriques. Une enquête plus récente effectuée à San Fransisco (Sees et Clarke, 1991) révèle la prévalence du tabagisme dans tous les cas de toxicomanie : sur un total de 272 patients en traitement, 74 % des alcooliques, 77 % des cocaïnomanes et 85 % des héroïnomanes fumaient également la cigarette.

*Le tabac a rarement été considéré comme une substance toxique entrant dans la notion de trouble mixte examinée dans ces études.*

À partir de données autres que celles de l'étude ECA, Schuckit et coll. (1994) ont estimé la prévalence de la dépression sévère chez les hommes alcooliques en traitement. Ils ont ainsi établi que les alcooliques primaires ne présentaient pas un taux de dépression sévère plus élevé que les autres lorsqu'on excluait la catégorie des troubles de l'humeur induits par l'alcool. Cette étude fait ressortir combien il importe de séparer les symptômes associés à l'intoxication ou au sevrage de ceux qui indiquent la présence

d'une maladie mentale distincte. Dans l'étude de Regier et coll. (1990), on fait cette distinction en écartant les hallucinations et les idées délirantes qui ne survenaient qu'après la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Selon Warner, Taylor, Wright, Sloat, Springett, Arnold et Weinberg (1994), l'une des raisons pour lesquelles on observe des taux de prévalence si élevés chez les malades mentaux pourrait être que toute consommation de substances peut être considérée chez eux comme un abus, soit parce qu'ils réagissent plus rapidement aux symptômes de l'intoxication, soit parce que les médicaments qui leur sont prescrits interagissent avec l'alcool ou les autres drogues.

### **Les liens**

Dans les rapports sur les traitements, on considère en général l'association entre maladie mentale et toxicomanie comme négative. La section du tableau 4 qui porte sur les relations entre ces deux facteurs dans les populations en traitement vient généralement étayer la notion selon laquelle l'usage de substances psychoactives, quelle que soit la quantité en cause, tend à aggraver l'évolution de la maladie mentale.

L'hypothèse la plus en vogue pour expliquer le taux élevé de consommation de substances dans les populations psychiatriques est celle de l'«automédication». Selon cette hypothèse, la personne aux prises avec un problème de santé mentale abuserait de l'alcool ou des autres drogues pour contrer les symptômes négatifs du trouble dont elle souffre ou pour atténuer les effets secondaires indésirables de certains médicaments antipsychotiques.

*L'hypothèse la plus en vogue pour expliquer le taux élevé de consommation de substances dans les populations psychiatriques est celle de l'«automédication».*

De nombreux chercheurs se sont penchés sur la question dans le contexte de la schizophrénie. Mais, en y regardant de plus près, on se rend compte que la question est surtout abordée dans les recensions et non dans les études sur la recherche originale. Beaucoup laissent entendre que les personnes souffrant de schizophrénie abusent de la cocaïne (un stimulant) ou de l'alcool (un dépresseur) pour surmonter les difficultés sociales et personnelles qui découlent de leur maladie. Brady et coll. (1990), par exemple, ont constaté que les schizophrènes qui abusaient de la cocaïne étaient également déprimés et qu'ils consommaient la drogue pour lutter contre la dépression sous-jacente.

Selon Mueser et coll. (1992), le choix de la drogue est souvent déterminé davantage par sa disponibilité que par ses effets sur le système nerveux central. C'est parce qu'on en trouve partout sans peine que l'alcool est toujours la drogue dont on abuse le plus, tant dans l'ensemble de la population que dans la population souffrant de trouble mixte. Nombreux sont ceux qui déclarent que l'alcool atténue leurs symptômes psychotiques persistants. À part l'alcool, la drogue préférée varie avec le temps selon sa

disponibilité dans la population étudiée. Toujours selon les mêmes auteurs, malgré ce que donnent à penser les déclarations des clients, l'hypothèse de l'automédication invoquée pour expliquer la probabilité accrue d'abus de substances chez les sujets schizophrènes ne serait guère solide.

Ries (1993) a lui aussi examiné en détail l'hypothèse de l'automédication et la juge plutôt circulaire. Son analyse de la littérature existante l'a en effet amené à conclure qu'elle sert de rationalisation au thérapeute ou au client pour justifier l'utilisation qu'il fait de la substance en question et éviter d'admettre que l'abus de ladite substance est un problème commandant un traitement. L'automédication apparaît comme une curieuse hypothèse et continuera sans doute à faire l'objet de recherches.

À l'idée d'automédication est associée celle de l'expérience positive que font les sujets qui consomment des substances. Les analyses et études cliniques qui traitent de cette question s'interrogent sur les raisons pour lesquelles on consomme ces substances et sur les effets qu'elles ont sur la maladie mentale. Malheureusement, la plupart des informations sur le sujet proviennent des déclarations des clients, que l'on ne considère habituellement pas comme aussi fiables que des données d'observation ou de laboratoire (Dixon, Hass, Weldon, Sweeney et Frances, 1990). Conscients de ce manque de fiabilité, de nombreux auteurs ont choisi soit d'exclure ce genre de données (p. ex., Bernadt et Murray, 1986; Linszen, Dingemans et Lenoir, 1994), soit d'en commenter les limites (p. ex., Warner et coll., 1994). Selon un rapport publié par le Groupe (1991), l'abus de substances serait, pour le client, une façon de faire face à un stress prolongé qu'il perçoit comme relativement permanent. Selon les théories qui veulent que la toxicomanie évolue par stades (p. ex., Shaffer et Zinberg, 1993), on commence, et on continue, à consommer des substances à cause de leur effet positif (on «part» et on est moins stressé); à la longue, cependant, la consommation de drogues n'a pas un effet positif : en effet, elle augmente le stress, crée des problèmes sociaux et empêche d'acquiescer et de développer d'autres façons de faire face à ses problèmes. Lorsque le client ne peut plus fonctionner efficacement, la «consommation» de substances devient «abus», puis «toxicomanie», et est diagnostiquée comme un «trouble».

Les effets positifs des drogues illicites, comme les opiacés, la cocaïne et la marijuana, ont été étudiés. Les opiacés peuvent apaiser les sentiments menaçants de rage et de colère chez les gens dépendant des stupéfiants, tandis que la cocaïne peut soulager du désarroi associé soit à la surexcitation, soit à la dépression. Les patients atteints de schizophrénie déclarent consommer de la cocaïne avant tout pour améliorer leur humeur (pour se sentir plus sociables et plus loquaces). On a constaté que la cocaïne aggravait l'évolution de la schizophrénie et contribuait aux rechutes (Brady et coll., 1990). Warner et coll. (1994) signalent par contre que le taux d'hospitalisation sur deux ans des personnes préférant la marijuana était

*Les patients atteints de schizophrénie déclarent consommer de la cocaïne avant tout pour améliorer leur humeur.*

significativement *plus faible* que celui du reste de l'échantillon, y compris les non-consommateurs. Ces patients déclarent consommer de la drogue pour améliorer leurs relations sociales, pour se libérer d'états affectifs déplaisants, pour chasser l'ennui et accroître leur estime de soi.

L'alcool peut également réduire l'anxiété et la dépression. On rapporte immanquablement un taux élevé de consommation abusive d'alcool chez les personnes souffrant de troubles anxieux. Kushner, Sher et Beitman (1990) ont rassemblé la littérature sur le sujet et évalué dans quelle mesure l'alcool sert à faire face à une anxiété sévère. La question de savoir si l'alcool réduit ou non la tension tient à un certain nombre de facteurs d'apprentissage et surtout à la définition que l'on donne à la tension. À part quelques propriétés chimiques d'«atténuation du stress», on ne sait pas trop si l'alcool possède des caractéristiques qui réduisent effectivement la tension. Il est intéressant de noter que, lorsqu'elles consomment trop d'alcool, les personnes souffrant d'agoraphobie sont portées à surestimer les propriétés réductrices du stress de l'alcool.

Sauf dans les études de Ross et coll. (1988) et de Davis (1984), la question du rapport entre le sexe (masculin ou féminin) et le trouble mixte ne semble guère avoir été abordée. Dans certaines études (p. ex., Warner et coll., 1994), aucune indication n'est donnée quant au sexe des sujets, tandis que dans d'autres, on se contente de donner le nombre d'hommes et de femmes dans la population étudiée. Cela déçoit, mais n'étonne pas, du moins si l'on en croit une analyse du recours au traitement pour toxicomanie et des besoins en la matière chez les femmes (Lightfoot, Adrian, Leigh et Thompson, sous presse). Comme il semble y avoir autant de différences dans le type de substance consommée que dans le type de maladie mentale selon le sexe, l'omission est de taille. Selon Ross et coll. (1988) toutefois, les problèmes psychiatriques seraient si omniprésents que les hommes et les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie présenteraient davantage de similitudes que de différences. Ainsi, on n'a relevé dans l'ensemble aucune différence significative dans la prévalence (sur toute la vie ou actuellement) des troubles liés à l'alcool ou aux autres drogues; les femmes sont toutefois plus susceptibles d'abuser des barbituriques, des sédatifs et des hypnotiques, et les hommes, du cannabis ou du tabac. Dans les populations étudiées, la majorité des hommes et des femmes avaient des problèmes avec l'alcool, mais non avec les drogues, et aucune différence liée au sexe n'a été relevée dans la prévalence des psychopathologies, y compris les troubles affectifs et la schizophrénie. Les femmes étaient cependant plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux (notamment de phobie, de panique ou de trouble obsessionnel compulsif), de troubles psychosexuels ou de boulimie, et les hommes, d'avoir une personnalité antisociale et d'être des joueurs pathologiques. Cette étude contredit les résultats d'autres études selon lesquels les femmes seraient plus enclines à

*Les problèmes psychiatriques seraient si omniprésents que les hommes et les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie présenteraient davantage de similitudes que de différences.*

abuser d'autres drogues en plus de l'alcool, et plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs plus nombreux et plus sévères que les hommes.

### L'évaluation

Il est apparu que l'évaluation servait à deux fins, soit : 1) pour le diagnostic du trouble mixte et 2) pour la planification du traitement. La majorité des articles examinés abordent la question sous l'angle du traitement psychiatrique, peut-être parce qu'on semble de plus en plus conscient de la nécessité d'évaluer l'abus de substances dans les populations psychiatriques.

Dans presque tous les examens associés à un traitement et dans la totalité des descriptions de programmes de traitement, on juge prioritaire de faire une évaluation exhaustive. Diverses procédures d'auto-évaluation et d'inventaire par entrevue utilisées pour le traitement des toxicomanies (p. ex., le *Addiction Severity Index*, le *Michigan Alcoholism Screening Test*) ont été intégrées aux évaluations effectuées dans les établissements de santé mentale ou psychiatriques. Dans la plupart des études, on déclare aussi utiliser des instruments d'évaluation normalisés, notamment le *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* et le *Structured Clinical Interview* du DSM-III-R (SCID). Les diagnostics sont universellement établis selon le DSM-III-R.

D'après El-Guebaly (*in* Riley, 1993), les entrevues pourraient être plus efficaces que les tests de laboratoire pour détecter une consommation excessive d'alcool ou l'alcoolisme chez les patients psychiatriques. À son avis, il importe d'adopter une approche qui combine à la fois le classement des individus selon les critères du DSM et une évaluation de la sévérité des symptômes dans plusieurs secteurs de la vie de l'individu (p. ex., à l'aide de l'*Addiction Severity Index*). La cotation de la sévérité donnerait une meilleure idée de l'issue du traitement que la classification du trouble psychiatrique. Après avoir examiné les résultats de plusieurs évaluations, Cooper et Kent (1990) en ont conclu qu'en plus d'être utile, l'évaluation exhaustive pouvait accroître les chances de succès du traitement. Selon eux, l'évaluation exhaustive, qui doit inclure certaines mesures biochimiques, devrait se faire dès que les effets aigus de la substance dont le client a abusé ont disparu ou dès que l'épisode psychotique par laquelle il vient de passer est terminé.

*La cotation de la sévérité donnerait une meilleure idée de l'issue du traitement que la classification du trouble psychiatrique.*

Seulement deux instruments élaborés spécialement pour les populations atteintes de trouble mixte ont été recensés. Comtois, Ries et Armstrong (1994) mentionnent une échelle dont peuvent se servir les responsables de cas dans la communauté pour évaluer l'état clinique des individus aux différentes étapes du traitement, instrument qu'ils ont jugé utile. De leur côté, Schwartz et coll. (1993) ont mis au point un instrument permettant de déterminer dans quelle mesure on évalue et on prend en considération l'abus d'alcool dans le cadre du traitement offert dans les établissements psychiatriques.

Autant elles insistent sur la nécessité de l'évaluation, autant les études soulignent que l'on n'évalue pas assez l'abus de substances chez les patients psychiatriques. Schwartz et coll. (1994) aimeraient notamment que l'alcoolisme fasse l'objet d'une évaluation régulière, vu sa prévalence élevée dans la population à l'étude. Ces auteurs ont en effet constaté ce qui suit : a) on ne relève pas souvent les antécédents de dépendance à l'alcool des patients, b) on ne pose pas de diagnostic aussi souvent que prévu et c) on met l'accent sur les effets aigus plutôt que sur les effets sur le mode de vie et sur la famille.

Les autres cliniciens sont généralement d'accord avec ces constatations. Ils font en effet remarquer que les évaluateurs ont tendance à négliger certains symptômes ou à confondre entre eux les symptômes de troubles différents, ou encore qu'ils présument de la primauté d'un trouble sur l'autre (trouble psychiatrique ou trouble lié à l'abus de substances). Ils reconnaissent cependant qu'il est parfois difficile d'établir la primauté du trouble; c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles il faut s'assurer que le sujet n'est pas intoxiqué ou ne présente pas de symptômes psychotiques aigus avant de l'évaluer. Dans bien des cas, il est très difficile de distinguer entre les effets de la drogue et ceux du trouble psychiatrique. L'alcool et les drogues de rue peuvent provoquer toute une gamme de symptômes temporaires similaires à ceux de troubles comme la schizophrénie. Même pour ce qui est de l'évaluation de la schizophrénie, on admet que l'impact global de la maladie sur le fonctionnement interpersonnel rend la tâche difficile. À cet égard, deux questions importantes doivent être posées : à partir de quel moment la consommation de substances psychoactives par les malades mentaux devient-elle abusive? et à partir de quand doit-on considérer les symptômes psychiatriques présents chez les toxicomanes comme la manifestation d'une maladie mentale?

*L'alcool et les drogues de rue peuvent provoquer toute une gamme de symptômes temporaires similaires à ceux de troubles comme la schizophrénie.*

On n'a trouvé que très peu d'études recommandant de porter attention aux symptômes psychiatriques dans les centres de traitement des toxicomanies. Voici celles qui ont été recensées : 1) L'étude de Cooper et Kent (1990), qui présente un tableau énumérant les études qui traitent de la prévalence du trouble mixte entre 1971 et 1990; dans ce tableau, 4 des 30 études recensées ont été réalisées dans le cadre de programmes de traitement des toxicomanies, dont 2 sont attribuées à la Fondation ontarienne de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. 2) L'étude de Marshall (1994), qui recommande d'offrir des évaluations psychiatriques dans le cadre des programmes de traitement des toxicomanes; cet auteur a constaté qu'*aucun* de ses patients souffrant de phobie sociale n'avait fait l'objet d'un diagnostic adéquat de phobie dans aucun des programmes de traitement des toxicomanies auquel il s'était inscrit (mais il ne présente aucune donnée à l'appui de son affirmation). 3) L'étude de Cambless, Cherney, Caputo et Rheinstein (1987), qui arrivent à la même conclusion que Marshall après

avoir fait une étude rigoureuse des alcooliques souffrant de troubles anxieux.

Par ailleurs, les rapports comportant une composante d'évaluation détaillée de l'abus de substances dans le cadre des soins psychiatriques concluent ce qui suit : a) l'abus de substances contribue aux hospitalisations multiples et à la chronicité; b) l'abus de substances est la principale composante relevée dans la population des jeunes patients psychiatriques chroniques; et c) les patients aux prises à la fois avec un problème d'abus de substances et un trouble psychiatrique sont plus susceptibles de vivre seuls ou d'être itinérants. Ces rapports (p. ex., Pepper et coll., 1981) soulignent que le traitement devrait être orienté davantage vers les capacités fonctionnelles que vers l'étiquetage diagnostique. En effet, l'issue du traitement semble davantage liée à ce genre de caractéristique du patient qu'au type de traitement offert (Group for Advancement of Psychiatry, 1991).

La deuxième composante de l'évaluation concerne le diagnostic. Ce sujet est étroitement relié à la prévalence. Comme il en est surtout question dans la littérature psychiatrique, le diagnostic est toujours posé dans les termes du DSM. Souvent, il est complété par un questionnaire normalisé sur l'abus de substances, comme l'*Addiction Severity Index (ASI)*, le *General Health Questionnaire (GHQ)* ou le *Symptom Check List (SCL-90)*.

Il est beaucoup plus difficile de poser un diagnostic de maladie mentale lorsque le patient est toxicomane. La majorité des études traitant de cette question soulignent combien l'abus de substances peut avoir des effets qui ressemblent à s'y méprendre à ceux de presque n'importe quel trouble psychiatrique, et qu'il importe, par conséquent, de prévoir un délai pour laisser aux symptômes aigus le temps de disparaître avant de poser un diagnostic ferme. On suggère souvent de faire un diagnostic provisoire jusqu'à ce qu'il soit possible de distinguer les symptômes réels du ou des troubles.

*Il est beaucoup plus difficile de poser un diagnostic de maladie mentale lorsque le patient est toxicomane.*

On considère souvent le diagnostic comme la première étape de la planification du traitement. Certains praticiens établissent, chez leurs patients, une hiérarchie des troubles (trouble primaire et secondaire) afin de déterminer lequel doit être traité le premier (El-Guebaly in Riley, 1993); malheureusement, ce genre de classement n'est pas toujours possible ou fiable et pourrait n'avoir aucune importance pour le traitement. Lehman, Myers, Dixon et Johnson (1994) ont établi d'entrée de jeu une typologie de sous-groupes et s'en sont ensuite servi pour classer les patients à l'aide des échelles SCID et ASI. Ils ont ainsi obtenu quatre groupes de trouble mixte et deux de trouble simple. Ils ont ensuite analysé les conséquences pour le traitement de chaque groupe. Il est à noter que seulement 28 % des 461 patients ont fait l'objet d'un diagnostic simple. Un groupe, considéré comme essentiellement mixte, répondait au critère suivant : trouble mental distinct *actuel* non lié à l'usage de substances, et trouble *actuel* lié à la consommation

de substances psychoactives. Ce groupe réunissait 109 des 461 patients et comptait, en proportion presque égale, des représentants des quatre grande catégories, soit la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression sévère et l'anxiété. Quatre-vingt-huit de ces patients consommaient de l'alcool, 50 du cannabis, et 31 de la cocaïne.

En se fondant sur un examen d'ensemble plutôt que sur une étude particulière, Ries (1993) propose une méthode pour diagnostiquer les troubles psychiatriques et l'abus de substances en fonction de leur gravité et fait un commentaire détaillé sur la reconnaissance des psychoses associées à la consommation de diverses substances psychoactives. D'autres analystes (p. ex., Decker et Ries, 1993; Sciacca, 1991) soulignent combien il est complexe de diagnostiquer les troubles mixtes, car il faut distinguer un à un les effets de chacun des troubles.

### **Les programmes de traitement**

À quelques exceptions près, tous les documents décrivant des modèles de traitement pour les patients souffrant de trouble mixte s'inspirent de modèles maladie-rétablissement, dont celui, en douze étapes, des A.A.. Ces programmes s'adressent aux sujets faisant l'objet d'un diagnostic ferme de trouble mixte (trouble psychiatrique grave [Axe I] et toxicomanie chronique actuelle). Minkoff (1989) compare l'évolution d'un trouble psychiatrique grave (p. ex., la schizophrénie) à celle de l'alcoolisme chronique selon le modèle maladie-rétablissement. Cet auteur, comme d'autres (p. ex., Drake, Antosca, Noordsy, Bartels et Osher, 1991; Kline, Harris, Bebout et Drake, 1991; McLaughlin et Pepper, 1991; Sciacca, 1991), convient que le traitement doit être divisé en plusieurs étapes, que l'on peut résumer comme suit : engagement ou persuasion et soins actifs; stabilisation et traitement; et maintien ou suivi. Ce genre de modèle s'écarte légèrement des modèles de traitement des toxicomanies en ce qu'il ne fait pas de l'abstinence une exigence dès la première étape de la démarche. Par contre, l'abstinence et la surveillance de la médication psychiatrique sont exigées dans la composante traitement. Quant au suivi, il met l'accent sur la participation de la famille et le soutien offert par les groupes d'entraide (A.A., N.A ou groupes de personnes souffrant de trouble mixte). Ces modèles offrent également un traitement intégré, c'est-à-dire un programme mis en oeuvre par des employés ayant une formation en psychiatrie et en traitement des toxicomanies, et qui s'attaque aux deux troubles. Ce traitement intégré est comparé au traitement associé (traitement du trouble primaire dans un établissement et traitement du trouble secondaire dans un autre) ou au traitement séquentiel (traitement du trouble primaire suivi du traitement du trouble secondaire). Un seul article mentionne un programme offert aux patients psychiatriques en hôpital de jour qui traite aussi les problèmes liés à l'abus de substances (Alfs et McLellan, 1992);

*À quelques exceptions près, tous les documents décrivant des modèles de traitement pour les patients souffrant de trouble mixte s'inspirent de modèles maladie-rétablissement, dont celui, en douze étapes, des A.A.*

le programme en question fait surtout appel à la thérapie de groupe et ne vise qu'à réduire l'usage de substances, objectif jugé plus réaliste que l'abstinence.

Un autre modèle en vigueur autant dans le domaine de la toxicomanie que dans celui de la santé mentale est l'approche cognitive-comportementale. Cette approche fait l'objet de nombreux comptes rendus dans la littérature sur l'abus de substances; malheureusement, on en parle encore fort peu dans les articles portant sur le traitement des troubles mixtes, sauf lorsqu'il est question de la prévention des rechutes dans le cadre du suivi. Les programmes spécialisés de traitement des troubles mixtes en sont encore à leurs premiers balbutiements, notamment au Canada. Il incombera aux cliniciens d'élaborer et d'évaluer ce genre de programme au cours de la prochaine décennie.

### **Les problèmes de service**

Selon le *Group for the Advancement of Psychiatry* (1991), malgré leur position idéale pour offrir des services aux toxicomanes, les psychiatres sont souvent pessimistes et doutent de l'efficacité des traitements offerts à ces individus. Ils manquent aussi de formation dans ce domaine. Vu la grande variété des programmes offerts pour traiter l'alcoolisme et les toxicomanies, le Groupe estime que le premier souci des praticiens devrait être d'apparier les individus et les traitements.

Il est intéressant de noter que la majorité des articles portant sur le traitement du trouble mixte semblent provenir de la littérature psychiatrique. Glaser (*in* Riley, 1993) signale que la notion de trouble mixte n'est pas nouvelle; il laisse entendre que, si les psychiatres s'y intéressent tout à coup avec autant d'ardeur, c'est qu'il pourrait leur être utile politiquement d'en faire un problème psychiatrique. Selon lui, le problème tient au financement des programmes. Au lieu de collaborer, les deux systèmes de la santé mentale et de la toxicomanie, dans de nombreuses provinces ou États, ont fait du «diagnostic mixte» leur cri de guerre dans une bataille dont l'enjeu est la main-mise de la psychiatrie sur le système de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies (p. 57). Glaser cite en exemple son propre État, où seuls les établissements psychiatriques sont autorisés à traiter les patients faisant l'objet d'un «diagnostic mixte». Selon lui, la notion a été mobilisée de force dans la guerre d'usure que mène la psychiatrie contre la psychologie, qui a acquis une grande compétence dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

*Il est intéressant de noter que la majorité des articles portant sur le traitement du trouble mixte semblent provenir de la littérature psychiatrique.*

Compte tenu de ce qui précède, il ne faut donc pas s'étonner non plus que la prestation des services se soit jusqu'à présent concentrée sur les principaux troubles psychiatriques associés à la dépendance chronique à l'égard des substances. Les articles que nous avons analysés et qui traitent des besoins en matière de services font état de ce qui suit : orientation holistique, division du traitement en plusieurs étapes, choix de services en

établissement ou non, hébergement sûr et sécurisant, services de prise en charge des cas pour le suivi de longue durée, participation des familles et recours aux organisations d'entraide. Ce genre de modèle maladie-rétablissement privilégie l'abstinence comme objectif du traitement.

En psychiatrie, la prestation des services décrits ci-dessus vise le traitement des cas faisant l'objet d'un diagnostic mixte clairement établi, soit les personnes qui se situent à l'extrémité la plus problématique du continuum du fonctionnement. Comme le fait remarquer Marlatt (1993), les personnes souffrant de dépendance chronique à l'alcool ne représenteraient que 5 % de l'ensemble de la population environ; la proportion de celles qui souffrent d'un trouble mixte grave serait donc encore moins importante. À l'instar d'autres chercheurs (p. ex., Committee of the Institute of Medicine, 1990), Marlatt estime qu'un large segment de la population souffre, à divers degrés, de problèmes liés à l'usage de substances; ces problèmes devraient eux aussi être traités, et le sont souvent. Or, on ne semble pas encore s'être intéressé à ce groupe élargi dans les rapports sur le traitement des troubles mixtes.

Enfin, Peele (1991), qui vient lui aussi du domaine de la toxicomanie, déduit de son analyse de plusieurs traitements réussis que ceux-ci doivent leur succès à l'accent qu'ils ont mis sur les interactions des «toxicomanes» avec leur milieu et à l'aide qu'ils ont apportée à ces derniers pour développer leur sentiment d'autonomie (p.1409). En se fondant sur diverses études sur la prévention et le traitement des toxicomanies, il conclut à la rentabilité de l'approche communautaire, dans laquelle des coordonnateurs aident les «toxicomanes» à rétablir les liens de réadaptation naturels (emploi, famille, A.A, Église et activités sociales diverses). Malheureusement, il ne dit pas de quelle façon les troubles mentaux devraient être abordés dans ce contexte.

### **Les orientations de la recherche**

De nombreux chercheurs sont conscients de l'insuffisance de la recherche sur les résultats dans le domaine des troubles mixtes. À notre connaissance, aucun essai clinique n'a comparé les divers traitements offerts aux patients faisant l'objet d'un diagnostic mixte; les études randomisées sur l'issue des traitements qui tiennent compte de la comorbidité sont par ailleurs peu nombreuses. On signale bien quelques études comparatives, mais la plupart (Chambless et coll., 1987; Drake, Osher et Wallach, 1991; Lehman et coll., 1994; Ries, Mullen et Cox, 1994) ne comparent que des caractéristiques démographiques. Seules les études de Loosen et coll. (1990), de El-Guebaly et Hodgins (sous presse), et de Schuckit et coll. (1994) présentent des données sur l'issue des traitements qui concernent des services offerts aux patients souffrant de troubles mixtes.

*À notre connaissance, aucun essai clinique n'a comparé les divers traitements offerts aux patients faisant l'objet d'un diagnostic mixte.*

Minkoff (1989) reconnaît que nous manquons de données de recherche prospective sur l'étiologie, l'âge de survenue et l'évolution des troubles mixtes; il note que la littérature psychiatrique récente adhère à l'opinion selon laquelle les toxicomanies comorbides devraient être considérées comme des problèmes distincts et autonomes plutôt que comme des problèmes secondaires. McLaughlin et Pepper (1991) signalent qu'une subvention de recherche a été accordée pour une période de cinq ans à un projet visant à comparer l'issue des traitements dans deux populations souffrant de troubles mixtes. Entre-temps, ils invoquent leur expérience clinique pour affirmer qu'un traitement thérapeutique intégré permet de réduire le nombre de nouvelles hospitalisations et la sévérité de la résurgence des symptômes. Ils admettent toutefois que ce type de traitement est onéreux et que seulement le tiers des patients se rendent jusqu'au bout. D'autre part, Sciacca (1991) décrit un programme efficace et économique, volet d'un traitement existant en santé mentale, qui ne demande en général pas plus de quatre heures de travail par semaine, consacrées au service et à l'éducation des toxicomanes souffrant de maladie mentale. L'auteur signale d'ailleurs qu'elle est en train d'élaborer un projet de recherche en vue d'évaluer ce programme. On connaîtra en effet peut-être mieux l'issue des traitements du trouble mixte une fois que ces diverses évaluations auront été menées à terme et publiées.

Sees et Clark (1993) ont souligné les lacunes de la littérature et de la recherche concernant la combinaison abus d'alcool et dépendance à la nicotine. Après analyse de divers aspects de la question, ces auteurs posent deux questions fondamentales sur lesquelles devraient se pencher les responsables des traitements : la dépendance à la nicotine devrait-elle être considérée comme une toxicomanie primaire? et la cigarette agit-elle comme un facteur de rechute pour la consommation d'autres drogues? À ces deux questions on pourrait aussi rajouter la suivante : dans quelle mesure la dépendance à de multiples substances influe-t-elle sur le traitement de la maladie mentale. La question mérite en effet d'être posée, car la dépendance à une substance unique est aujourd'hui beaucoup moins courante qu'elle ne l'était il y a une ou deux décennies; et les actions pharmacologiques combinées de différentes substances pourraient avoir des interactions complexes avec les troubles mentaux. Il y a certes place pour la recherche dans ce domaine.

*À ces deux questions on pourrait aussi rajouter la suivante : dans quelle mesure la dépendance à de multiples substances influe-t-elle sur le traitement de la maladie mentale?*

Kendall et Clarkin (1992) présentent et résument une compilation spéciale d'articles sur différents types de troubles mixtes dans le champ de la santé mentale. À leur avis, ce domaine est le «grand défi» qu'auront à relever les professionnels de la santé mentale dans les années à venir. Pourtant, les études sur le sujet font cruellement défaut. D'autres chercheurs (p. ex., Carey, 1991) ont déjà signalé qu'il n'existait encore aucune revue spécialisée dans ce genre d'études et qu'il fallait, en conséquence,

dépouiller une foule de revues pour trouver de la littérature pertinente à ce sujet. Kendall et Clarkin soulignent à quel point il est important de bien comprendre le trouble mixte pour planifier le traitement, car la notion a plusieurs sens qu'il faut comprendre et analyser. Il reste donc encore bien des recherches et des clarifications à faire sur les enjeux du traitement.

**TABLEAU 3**  
**ENJEUX DU TRAITEMENT**

**ENJEUX DU TRAITEMENT : PRÉVALENCE**

<p>Sur 1007 jeunes adultes, 39 % fumaient tous les jours; 51,3 % de ces derniers étaient dépendants de la nicotine. Les fumeurs dépendants affichaient des taux supérieurs de dépression grave et de troubles anxieux sur toute la durée de la vie.</p>	<p>Breslau, Kilbey et Andreski (1993)</p>
<p>Sur 75 patients alcooliques hospitalisés, 40 % avaient déjà fait l'objet d'un diagnostic de trouble anxieux au cours de leur vie.</p>	<p>Chambless, Cherney, Caputo et Reinstein (1987)</p>
<p>Sur 43 clients atteints de maladie mentale grave, 65 % consommaient couramment des drogues illicites et 72 % déclaraient abuser quelquefois de l'alcool.</p>	<p>Cohen et Henkin (1993)</p>
<p>Tableau énumérant 30 études de prévalence.</p>	<p>Cooper et Kent (1990)</p>
<p>Prévalence influencée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>méthode d'identification</li> <li>cadre de traitement</li> <li>critères d'admission</li> <li>âge, sexe</li> <li>diagnostic psychiatrique</li> <li>population clinique</li> </ul>	<p>El-Guebaly (1990)</p>
<p>Sur 9724 femmes atteintes du sida, 51 % consommaient des drogues injectables.</p>	
<p>Sur 1859 enfants atteints du sida, on en comptait 58 % dont la mère avait déjà consommé des drogues injectables.</p>	<p>Group (1991)</p>
<p>Taux de comorbidité psychiatrique : faible dans les populations toxicomanes.</p>	
<p>Taux de troubles liés à la toxicomanie : élevé dans les populations psychiatriques.</p>	<p>Miller, Downs, Testa (1993)</p>
<p><b>ÉTUDE ECA</b></p>	
<p>Chez les personnes présentant des troubles liés à l'alcool : 37 % de trouble mental comorbide.</p>	
<p>Chez les personnes présentant des troubles liés à d'autres drogues : 53 % de trouble mental comorbide.</p>	

La comorbidité la plus élevée est observée dans la population carcérale, notamment :

personnalité antisociale  
schizophrénie  
trouble bipolaire

Regier, Farmer, Rae, Locke,  
Keith, Judd et Goodwin  
(1990)

Sur 501 clients (canadiens) cherchant à être traités pour toxicomanie, 78 % avaient souffert d'un trouble psychiatrique au cours de leur vie et 68 % souffraient actuellement d'un tel trouble.

Ross, Glaser et Germanson  
(1988)

Sur 41 clients atteints de maladie mentale chronique :

49 % abusaient couramment de substances  
29 % avaient des antécédents d'abus de substances  
La consommation persistante de substances faisait doubler le taux de nouvelle hospitalisation.

Safer (1987)

Sur 239 alcooliques primaires de sexe masculin :

4 % connaissaient des épisodes dépressifs  
2.1 % souffraient de dépression grave indépendante

Schuckit, Irwin et Smith  
(1994)

Sur 300 femmes itinérantes :

50 % souffraient de troubles psychiatriques et parmi ces dernières :  
44 % faisaient l'objet d'un diagnostic de l'Axe I et de toxicomanie  
62 % faisaient l'objet d'un diagnostic de personnalité antisociale de l'Axe II et d'abus de substances

Smith, North et Spiznagel  
(1993)

Prévalence à vie chez 55 malades mentaux (consommation) :

marijuana 89 %  
hallucinogènes 62 %  
stimulants 60 %  
sédatifs en vente libre 29 %  
stupéfiants 45.5 %  
inhalants 29 %  
médicaments en vente libre (à mauvais usage) 13 %  
alcool (jusqu'à l'intoxication) 93 %

Warner, Taylor, Wright,  
Sloat, Springette, Arnold et  
Weinberg (1994)

---

## TABLEAU 4

### RELATIONS

L'abus d'alcool et d'autres drogues peut provoquer des signes et des symptômes de dépression et d'anxiété, mais leur évolution et le pronostic diffèrent de ceux du trouble dépressif ou anxieux indépendant.	Anthinelli et Schuckit (1993)
Sur 371 cas d'hospitalisation psychiatrique, aucun, sauf les alcooliques, ne buvait plus que la moyenne. 33 % des cas de trouble bipolaire et de dépression légère buvaient plus que la moyenne, mais les membres d'un groupe comparable buvaient moins.	Bernadt et Murray (1985)
La cocaïne peut aggraver l'évolution de la schizophrénie et contribuer aux rechutes.	Brady, Anton, Ballenger, Lydiard, Adnoff et Seleter (1990)
L'abus de substances aggrave l'évolution de la maladie chez les clients souffrant de trouble bipolaire.	Brady et Lydiard (1992)
La paranoïa induite par la cocaïne est courante chez les consommateurs chroniques et ressemble à la schizophrénie paranoïde.	Brady, Lydiard, Malcolm et Ballenger (1991)
La présence d'une dépression chez des personnes par ailleurs dépourvues d'antécédents de dépression augmentait les probabilités de rechute chez les clients dépendants de l'alcool.	El-Guebaly et Hodgins (sous presse)
Les clients ayant des problèmes d'anxiété atténuent leurs symptômes en consommant de l'alcool d'une façon pathologique. L'alcool réduit la peur qui motive l'évitement, diminue la «tension», et ses effets anxiolytiques peuvent renforcer le comportement de consommation.	Kushner, Sher et Beitman (1990)
Les rechutes psychotiques surviennent en plus grand nombre et plus tôt chez les clients schizophrènes de fraîche date qui abusent du cannabis.	Linszen, Dingemans et Lenior (1994)
Une période d'abstinence inférieure à 5 ans et la dépression sont de bons prédicteurs de mauvais résultats.	Loosen, Bess et Prange (1990)
Les clients atteints de phobie sociale sont neuf fois plus susceptibles d'abuser de l'alcool : pour réduire leur anxiété sociale, atténuer leur mauvaise appréciation de soi, participer en situation de groupe.	Marshall (1994)

La survenue de la phobie sociale précède celle de l'alcoolisme.

Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman et Fyer (1989)

On a observé les phénomènes suivants chez les consommateurs de marijuana adultes qui abusent également d'alcool ou d'autres drogues :

Stephens, Roffman et Simpson (1993)

#### **SEXE**

Le mariage a des effets protecteurs pour les hommes et des effets inverses pour les femmes. Absence d'identification précoce chez les femmes; l'impuissance acquise dans le cadre du rôle sexuel accroît l'incidence de la dépression.

Gordon et Ledray (1985)

Les femmes (canadiennes) abusent des sédatifs et des tranquillisants légers; les hommes, du cannabis et du tabac. Lorsqu'on tient compte de la personnalité antisociale, des antécédents de consommation d'alcool et de l'emploi, les hommes et les femmes présentent autant de problèmes liés à l'alcool les uns que les autres. Les femmes présentent davantage de symptômes de dépression et se font traiter plus tôt.

Ross (1989)

Les femmes (canadiennes) qui abusent de substances sont plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux et psychosexuels et de boulimie; les hommes souffrent davantage de personnalité antisociale.

Ross, Glaser et Stiasny (1988)

#### **GÉNÉTIQUE**

Chez les femmes, la dépression grave et l'alcoolisme semblent en grande partie résulter de facteurs génétiques, bien que les facteurs de risque courants liés au milieu aient également un rôle à jouer.

Kendler, Heath, Neale, Kessler et Evans (1993)

#### **HYPOTHÈSE DE L'AUTOMÉDICATION**

Variations marquées observées dans les effets perçus des drogues sur les symptômes psychiatriques des clients souffrant de troubles mixtes. En général, les utilisateurs de dépresseurs (héroïne, alcool) déclarent un soulagement de leurs symptômes et les utilisateurs de stimulants (cocaïne), une aggravation.

Castaneda, Galanter et Franco (1989)

Les clients atteints de schizophrénie déclarent consommer des drogues pour les raisons suivantes :

«partir»  
se détendre  
accroître leur plaisir, leur énergie et leurs émotions  
fonctionner en groupe

Dixon, Haas, Weiden,  
Sweeney et Frances (1990)

L'alcool atténue temporairement les symptômes psychotiques chroniques des clients atteints de schizophrénie, mais les résultats sont contradictoires.

Mueser, Bellack et Blanchard  
(1992)

Les clients atteints de phobie sociale déclarent consommer de l'alcool pour atténuer leurs symptômes.

Schneier, Martin, Liebowitz,  
Gorman et Fyer (1989)

Les patients psychotiques aggravent généralement leur état lorsqu'ils consomment des drogues psychoactives, mais certains prennent des médicaments pour atténuer les effets secondaires des médicaments qui leur sont prescrits. La nicotine inverse les effets secondaires des neuroleptiques.

Ries (1993)

Les clients atteints de schizophrénie consomment plus de stimulants : amphétamines, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, inhalants, caféine et tabac, et moins de déprimeurs : alcool, opiacés et sédatifs-hypnotiques que les autres clients psychiatriques ou que la population normale.

Schneier et Siris (1987)

---

## TABLEAU 5

### ÉVALUATION

Les cotes attribuées par les responsables de cas évaluent l'état clinique des clients souffrant de trouble mixte.	Comtois, Ries et Armstrong (1994)
Facteurs utiles à l'évaluation des troubles primaires, secondaires ou mixtes combinés.	Lehman, Myers et Corty (1989)
L'examen rétrospectif des graphiques du relevé des antécédents de consommation d'alcool par les psychiatres a révélé :	
(a) que les antécédents de dépendance n'étaient souvent pas relevés	Schwartz, Lyons, Stulp, Hassan, Jacobi et Taylor (1993)
(b) que le diagnostic n'était pas posé aussi souvent que prévu	

### PROBLÈMES CLINIQUES

Populations spéciales (y compris les sujets atteints de troubles mixtes) et traitement doivent être appariés en fonction de leurs caractéristiques pour déterminer le groupement qui convient le mieux.	Committee (1990)
Les clients ont besoin de souplesse, d'acceptation, d'une approche ouverte et holistique, et d'un éventail d'options.	Cooper et Kent (1990)
Les interactions potentielles entre les substances et les maladies psychiatriques sont influencées par le stade de la toxicomanie, du sevrage ou du rétablissement du client, de même que par la nature de la maladie psychiatrique.	Decker et Ries (1993)
Les clients sans antécédents de dépression grave étaient plus susceptibles de s'abstenir de fumer après avoir suivi un programme cognitif-comportemental de renoncement au tabac.	Hall, Munoz et Reus (1994)
L'administration de médicaments psychiatriques aux clients atteints de troubles mixtes peut aider ou nuire à leur rétablissement.	Ries (1993)

### PROGRAMMES DE TRAITEMENT

Les programmes en résidence s'appuient sur l'engagement, l'intégration, la durée prolongée et une approche modifiée en 12 étapes.	Bartels et Thomas (1991)
---	--------------------------

Comparaison des modèles de traitement intégrés et associés.	Kline, Harris, Bebout et Drake (1991)
Un modèle de traitement par étapes comprend la stabilisation, l'engagement, la persuasion, le traitement actif, et la prévention des rechutes. L'issue du traitement de la toxicomanie dépend de la sévérité des symptômes psychiatriques.	Kofoed (1993)
Une communauté thérapeutique adaptée aux itinérants malades mentaux et toxicomanes de sexe masculin est jugée efficace.	McLaughlin et Pepper (1991)
La maladie mentale chronique et les troubles liés à l'abus de substances peuvent tous deux être articulés dans un modèle maladie-rétablissement. Le programme intégré commande continuité et globalité.	Minkoff (1989)
Les clients toxicomanes et schizophrènes ont besoin d'un programme unique intégrant des éléments de traitement psychiatrique et de traitement des toxicomanies.	Muesar, Bellack et Blanchard (1992)
L'hybridation signifie que les clients faisant l'objet d'un diagnostic mixte sont traités pour les deux troubles dans un cadre unique.	Ridgely (1991)
Groupes de soutien (12 étapes) et participation de la famille adaptés aux clients atteints de troubles mixtes.	Rubenstein, Campbell et Daley (1990)
Les malades mentaux abusant de substances chimiques ont besoin d'engagement, de discussion de groupe, de dévoilement du déni, d'abstinence et d'entraide.	Sciacca (1991)
<b>PROBLÈMES DE SERVICE</b>	
Les clients faisant l'objet d'un diagnostic mixte sont particulièrement vulnérables à l'instabilité du logement et à l'itinérance.	Drake, Osher et Wallach (1991)
Le psychiatre a un rôle à jouer dans le traitement des clients toxicomanes. À cette fin, ils ont besoin de formation.	Group (1991)
Le sous-typage des clients donne une idée de cadre pour la planification des services.	Lehman, Myers, Dixon et Johnson (1994)
Le manque d'organisation, d'innovation et de coordination se traduit par une surcharge des services conçus pour le traitement des troubles simples.	Ridgely (1991)

Les clients psychiatriques ayant consommé ou consommant des substances pourraient utiliser davantage les services et ont besoin de traitement spécialisés.	Ries, Mullen et Cox (1994)
L'existence de sous-groupes de toxicomanes malades mentaux et de malades mentaux abusant de substances chimiques fait ressortir la nécessité de mettre en place des services différents.	Sciacca (1991)
Les personnes ayant un problème avec l'alcool ont davantage recours aux ressources cliniques et font plus souvent appel aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, social et droit pénal).	Schmidt (1992)
Comportement dangereux associé avec	Yesavage et Zarcone (1983)

## RÉSUMÉ DES LIENS ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET L'USAGE DES SUBSTANCES

Cette analyse détaillée est le second de trois documents qui explorent les relations entre santé mentale et usage de substances. Dans le premier, une bibliographie annotée, les auteurs font état de la littérature sur le sujet. Dans le deuxième, l'analyse détaillée, ils font une synthèse et une analyse des résultats de la revue de littérature. Enfin, dans le dernier, le document de travail, ils analysent les résultats de la revue de littérature à la lumière de leurs implications sur les politiques et les programmes. On trouvera donc, dans le présent document, un résumé et une analyse des principaux résultats mentionnés dans la littérature.

En général, les résultats de la revue de littérature attestent l'existence de relations entre santé mentale et usage de substances. Il apparaît toutefois que ces relations se font sur toute l'étendue des continuums de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie, et cela à plusieurs niveaux. Il semble, premièrement, que la consommation de substances (le plus souvent l'alcool, le tabac et les autres drogues légales) puisse effectivement améliorer l'état de santé mentale et faciliter l'adaptation. Deuxièmement, lorsque la santé mentale ou l'usage de substances devient problématique, le problème qui survient dans l'un ou l'autre champ se transforme en facteur de risque de problème dans l'autre (p. ex., un problème d'alcool peut devenir un facteur de risque de dépression ou un problème d'anxiété peut conduire à boire plus d'alcool pour affronter la vie). C'est probablement dans cette catégorie que s'inscrit la question du trouble mixte. Troisièmement, il apparaît qu'un ensemble de facteurs de risque et de facteurs de protection externes influent sur l'état de santé mentale et sur les habitudes de consommation de substances des individus.

Les relations dont il est question dans la première catégorie générale peuvent, à un niveau, être considérées comme tout à fait fonctionnelles pour l'individu : la personne peut consommer de l'alcool ou d'autres drogues pour affronter divers problèmes qui, autrement, provoqueraient chez elle la survenue d'une humeur dépressive ou anxieuse. L'alcool et le tabac sont alors perçus comme des formes «légitimes» de consommation de substances et ont des effets positifs. Bien des gens consomment probablement diverses substances de cette façon. Sans doute faut-il aussi qu'un autre ensemble de facteurs de «risque» soit déjà présent chez l'individu pour que sa santé mentale ou ses habitudes de consommation de substances deviennent problématiques. L'une des questions les plus intéressantes qui ressort

*Sans doute faut-il aussi qu'un autre ensemble de facteurs de «risque» soit déjà présent chez l'individu pour que sa santé mentale ou ses habitudes de consommation de substances deviennent problématiques.*

de toutes les discussions sur les relations entre santé mentale et usage de substance est d'ailleurs la suivante : quels sont ces autres facteurs de risque et qu'est-ce qui fait que certains individus progressent le long du continuum jusqu'à atteindre la zone problème? Un examen rigoureux de ces relations «fonctionnelles» entre santé mentale et usage de substances pourrait permettre de recueillir une foule d'informations et d'acquérir des connaissances fort utiles pour les programmes de prévention.

Le deuxième type principal de lien entre santé mentale et usage de substances illustre la progression de la *consommation* de substances en fonction des difficultés de vie vers l'*abus* de substances en fonction de problèmes de santé mentale. Ce type de lien fonctionne dans les deux sens, c'est-à-dire qu'un problème de santé mentale peut devenir un facteur de risque de consommation accrue de substances, et que l'abus de substances peut devenir un facteur de risque de problème de santé mentale. Au nombre des facteurs de risque de troubles mentaux figurent la faible estime de soi, le locus de contrôle extérieur à soi, le manque d'autonomie et certains traits de personnalité (notamment, la recherche de sensations, la tolérance à la déviance et l'absence de conformisme). Il semble que ces aspects particuliers de la santé mentale, lorsqu'ils deviennent problématiques, soient directement reliés à l'usage de substances. Il faut toutefois faire une mise en garde importante à propos de ces rapports particuliers : le nombre d'études qui font directement ressortir une relation causale entre ces aspects de la santé mentale et l'usage de substances est peu élevé. Les meilleures preuves semblent provenir d'études longitudinales, selon lesquelles les facteurs de santé mentale précéderaient la survenue de problèmes liés à l'usage de substances, ou l'abus de substances précéderait la survenue de problèmes de santé mentale.

Une étude menée par Aneshenese et Huba (1983) illustre bien le genre d'analyse que l'on fait des relations entre usage de substances et santé mentale et aide à comprendre les deux premiers types de relations. Selon ces chercheurs, l'alcool aurait bien pour effet immédiat d'atténuer les symptômes dépressifs, mais, à long terme, il les accentuerait. Ce rapport serait également bidirectionnel, c'est-à-dire que la consommation d'alcool finirait par accroître la dépression et que la dépression serait un facteur de risque d'abus d'alcool.

Il est aussi intéressant de noter qu'en général, la plupart des programmes de traitement et d'intervention ne s'attaquent qu'au problème énoncé sans tenir compte souvent du problème coexistant lié, selon le cas, à l'usage de substances ou à la santé mentale. Seuls les programmes de traitement des troubles mixtes s'adressent en même temps aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Malheureusement, même dans la littérature sur les troubles mixtes, on n'est pas très clair quant à l'évolution de ces types de problèmes.

*Seuls les programmes de traitement des troubles mixtes s'adressent en même temps aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie.*

Le troisième type principal de lien mis au jour a trait à ces facteurs qui pourraient être des facteurs de risque tant sur le plan de la santé mentale que sur celui de la consommation de substances. Mentionnons notamment le stress couplé à une absence de capacité d'adaptation, le dysfonctionnement familial, les antécédents familiaux d'abus de substances, la violence familiale, les problèmes relationnels, certains traits de personnalité, le soutien social minimal et le manque d'aptitudes sociales, et l'influence des pairs. Zuckerman et coll. (1987), par exemple, signalent que les mêmes traits de personnalité agissent comme facteurs de risque dans l'abus de substances et dans la dépression. Ces facteurs semblent avoir, chez certains individus, un impact négatif qui peut se manifester par des problèmes de santé mentale ou par la consommation abusive de substances. L'une des questions intéressantes soulevée par cette analyse est celle de savoir pourquoi certaines personnes semblent plus vulnérables que d'autres à certains facteurs de risque et de quelle façon cette vulnérabilité évolue avec le temps et en fonction du milieu.

À la lumière de cette analyse des facteurs de risque, il pourrait aussi être intéressant de s'interroger sur l'accent exagéré que l'on met sur les facteurs de risques au détriment des facteurs de protection. Pourquoi, par exemple, dans le cadre des politiques et de la prestation des services dans les secteurs de la santé mentale et du traitement des toxicomanies, les professionnels et les chercheurs ont-ils tendance à se concentrer sur l'extrémité la plus dysfonctionnelle et la plus problématique du continuum du fonctionnement, et à mettre autant l'accent sur les facteurs qui exposent les gens au risque? La question est d'autant plus pertinente que le groupe de personnes étudié ne représente qu'une très faible proportion de la population générale et que ce genre d'étude accapare une proportion fort importante des fonds destinés à la santé mentale? Il semble qu'il y ait là un terrain fertile pour la prévention : on pourrait étudier aussi les personnes qui s'adaptent bien sans consommer de substances et qui semblent avoir un mode de vie sain et équilibré. Quels sont les facteurs de protection et les contextes qui font que ces personnes arrivent à s'adapter et à maintenir leur état de santé affectif et physique? Quelles seraient les conséquences sur l'allocation des ressources dans les secteurs des soins de santé mentale et du traitement des toxicomanies de la prestation de services de prévention ou de réduction de l'incidence de la maladie mentale et de l'abus de substances?

*Quels sont les facteurs de protection et les contextes qui font que ces personnes arrivent à s'adapter et à maintenir leur état de santé affectif et physique?*

En somme, il semble que, malgré le nombre de questions soulevées au sujet des liens entre la santé mentale et l'usage de substances, notamment au sujet de leur nature exacte et de leur direction, l'existence de ces liens ne fasse aucun doute. Reste donc à trouver une façon de mieux comprendre ces relations et d'intervenir plus efficacement pour les modifier en vue d'aider les individus à faire face aux défis de la vie quotidienne.

## RÉFÉRENCES

- Abu-Laban, S. M. (1984). Les femmes âgées: Problèmes et perspectives. *Sociologie et sociétés* 16: 69-78.
- Adam, D. (1989). Stress au féminin : Un programme communautaire de prévention et de promotion de la santé, *Santé mentale au Canada*, Vol. 37, n° 4, 6-9.
- Adcock, A. G., Nagy, S. et Simpson, J. A. (1991). Selected risk factors in adolescent suicide attempts. *Adolescence* 26: 817-828.
- Adrian, M., Layne, N. et Williams, R. T. (1991). Estimating the effect of native Indian population on county alcohol consumption: The example of Ontario. *The International Journal of the Addictions* 25: 731-765.
- Akerlind, I. et Hornquist, J. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science Medicine* 34:, 405-414.
- Alfs, D. S. et McClellan, T. A. (1992). A day hospital program for dual diagnosis patients in a VA medical center. *Hospital and Community Psychiatry* 43: 241-244.
- Allison, K. (1992). Academic stream and tobacco, alcohol, and cannabis use among Ontario high school students. *International Journal of the Addictions* 27: 561-570.
- Anda, R., Williamson, D., Escobedo, L., Mast, E., Giovino, G. et Remington, P. (1990). Depression and dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association* 264: 1541-1545.
- Aneshensel, C. S. et Huba, G. J. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology* 92: 134-150.
- Annis, H. et Davis, C. (1988). Relapse Prevention Training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 2: 81-103.
- Annis, H. M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs* 22: 117-124.
- Anthenelli, R. M. et Schuckit, M. A. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: Diagnosis and treatment. *Journal of Addictive Diseases* 12: 73-87.

- Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Ontario) (pas de date). *Living Colour: Building Self-Esteem and Developing Communication Skills*. Toronto: auteurs.
- Bangert-Drowns, R. (1988). The effects of school-based substance abuse education — A meta analysis. *Journal of Drug Education* 18: 243-265.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D., Davies, S. et al. (1993). You in mind: A preventive mental health television series. *British Journal of Clinical Psychology* 32: 281-293.
- Barnes, G. M. et Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family* 54: 763-776.
- Bartels, S. et Thomas, W. (1991). Lessons from a pilot residential treatment program for people with dual diagnoses of severe mental illness and substance use disorder. *Psychosocial-Rehabilitation Journal* 15:19-30.
- Bass, M. J. (1981). Do physicians over prescribe for women with emotional problems? *Canadian Medical Association Journal* 125: 1211.
- Baumann, K., Fisher, L., Bryan, E. et Chenoweth, R. (1985). Relationship between subjective expected utility and behavior: A longitudinal study of adolescent drinking behavior. *Journal of Studies on Alcohol* 46: 32-38.
- Bayatpour, M., Wells, R. D. et Holford, S. (1992). Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of Adolescent Health* 13: 128-132.
- Beauvais, F. (1992). Characteristics of Indian youth and drug use. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 5: 51-67.
- Bennett, G. (1988). Stress, social support, and self-esteem of young alcoholics in recovery. *Issues in Mental Health Nursing* 9: 151-167.
- Bernadt, M. W. et Murray, R. M. (1986) Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: What are the links? *British Journal of Psychiatry* 148: 393-400.
- Bertrand, L. D. et Abernathy, T. J. (1993). Predicting cigarette smoking among adolescents using cross-sectional and longitudinal approaches. *Journal of School Health* 63: 98-103.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H. et Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry* 38: 108-112.

- Boivin, M. et Violette, F. (1994). L'alcoolisme: un problème qui concerne la famille entière. Comment s'en protéger? Quelles sont les avenues d'intervention à privilégier? *Revue québécoise de psychologie* 15: 109-134.
- Bosworth, K. et Sailes, J. (1993). Content and teaching strategies in 10 selected drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 63: 247-253.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Fleming, J. E., Szatmari, P. et Links, P. S. (1993). Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: Results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 535-544.
- Brady, K., Anton, R., Ballenger, J. C., Lydiard, R. B., Adinoff, B. et Selander, J. (1990). Cocaine abuse among schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 147: 1164-1167.
- Brady, K. T. et Lydiard, R. B. (1992). Bipolar affective disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 12: 17S-22S.
- Brady, K. T., Lydiard, R. B., Malcolm, M. D. et Ballenger, J. C. (1991). Cocaine-induced psychosis. *Journal of Clinical Psychology* 52: 509-512.
- Breakey, W. R., Fischer, P. J. et coll. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *Journal of the American Medical Association* 262: 1352-1357.
- Brenner, G. A. (1986). Why do people gamble? Further Canadian evidence. *Journal of Gambling Behavior* 2: 121-129.
- Breslau, N., Kilbey, M. et Andreski, P. (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: An epidemiological study of young adults. *American Journal of Psychiatry* 150: 941-946.
- Brill, N. Q., Crumpton, E. et Grayson, H. M. (1971). Personality factors in marijuana use: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry* 24: 163-165.
- Brisson, P. (1992). Prévention des toxicomanies et promotion de la santé: des stratégies de contrôle aux pratiques d'auto-détermination. *Psychotropes* 7: 59-63.
- Brook, J., Whiteman, M., Gordon, A. S. et Cohen, P. (1989). Changes in drug involvement: A longitudinal study of childhood and adolescent determinants. *Psychological Reports* 65: 707-726.
- Brown, P. et Skiffington, E. (1987). Patterns of marijuana and alcohol use attitudes for Pennsylvania 11th graders. *International Journal of the Addictions* 22: 567-573.

- Brown, S. A. (1989). Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *American Journal of Psychiatry* 146: 484-489.
- Brown, S. A., Christiansen, B. A. et Goldmas, M. S. (1987). The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol* 48: 483-491.
- Buckner, J. et Mandell, W. (1990). Risk factors for depressive symptomatology in a drug using population. *American Journal of Public Health* 80: 580-585.
- Carey, K.B. (1991). Research with dual diagnosed patients: Challenges and recommendations. *The Behavior Therapist* 14: 5-8.
- Carlisle-Frank, P. (1991). Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: An alternative approach. *The Journal of Psychology* 125: 381-397.
- Caroselli-Karinja, M. (1985). Drug abuse and the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing* 23: 25-30.
- Carroll, C. R. (1993). *Drugs in Modern Society*. Madison, Wis: C. Brown and Benchmark.
- Carruthers, C. et Hood, C. (1994). Alcohol use in leisure. *Journal of Leisurability* 21: 3-12.
- Castaneda, R., Galanter, M. et Franco, H. (1989). Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 3080-3083.
- Chabot, R. (1978). La situation de la femme alcoolique au Québec. *Toxicomanies* 11: 131-141.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C. et Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders* 1: 29-40.
- Cheung, Y. W. (1990-91). Ethnicity and alcohol/drug use revisited: A framework for future research. *The International Journal of the Addictions* 25 (5A and 6A): 581-605.
- Cheung, Y. W. (1993). Approaches to ethnicity: Clearing roadblocks in the study of ethnicity and substance use. *The International Journal of the Addictions* 28: 1209-1226.
- Clarkin, J. F. et Kendall, P. C. (1992). Comorbidity and treatment planning: Summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 904-908.
- Clayton, R. et Ritter, C. (1985). The epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 4: 69-97.

- Cohen, E. et Henken, I. (1993). Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 178-180.
- Cohen, S. et Lichtenstein, E. (1990). Perceived stress, quitting smoking and smoking relapse. *Health Psychology* 9: 466-478.
- Cohen, S., Schwartz, J., Bromet, E. J. et Parkinson, D. (1991). Mental health, stress, and poor health behaviors in two community samples. *Preventive Medicine* 20: 306-315.
- Committee of the Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Comtois, K. A., Ries, K. et Armstrong, H. E. (1994). Case manager ratings of the clinical status of dually-diagnosed outpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 45: 568-572.
- Coombs, R. H. et Landsverk, J. (1988). Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. *Journal of Marriage and the Family* 50: 473-482.
- Cooper, G. et Kent, C. (1990). Special needs of particular populations: Dual disorders. In *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, eds. B. A. Howard and L. Lightfoot. Toronto: Addiction Research Foundation Press.
- Covey, L. S., Glassman, A. et Steiner, F. (1990). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry* 31: 350-354.
- Cox, M. (1985). Personality correlates of substance abuse. In *Determinants of Substance Abuse*, eds. M. Gradizo and S. A. Maisto. New York: Plenum Press.
- Davis, D. I. (1984). Differences in the use of substances of abuse by psychiatric patients compared with medical and surgical patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 172: 654-657.
- Decker, K. P. et Ries, R. K. (1993). Differential diagnosis and psychopharmacology of dual disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 16: 703-718.
- Dembo, R., Williams, L., LaVoie, L., Schmeidler, J., Kern, J., Getreu, A., Berry, E., Genung, L. et Wish, E. D. (1990). A longitudinal study of the relationships among alcohol use, marijuana/hashish use, cocaine use, and emotional/psychological functioning problems in a cohort of high-risk youths. *The International Journal of Addictions* 25: 1341-1382.
- Denton, S. E. et Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence* 29: 475-495.

- Dinkmeyer et McKay. (1976). *Systematic Training for Effective Parenting*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Dixey, R. (1987). It's a great feeling when you win: Women and bingo. *Leisure Studies* 6: 199-214.
- Dixon, L., Haas, G., Weldon, P., Sweeney, J. et Frances, A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: Clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin* 16: 69-79.
- Drake, R. E., Antosca, L. M., Noordsy, D. L., Bartels, S. J. et Osher, F. C. (1991). New Hampshire's specialized services for the dually-diagnosed. *New Directions for Mental Health Services* 50: 57-67.
- Drake, R. E., Osher, F. C. et Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist* 46: 1149-1158.
- Dryman, A. et Anthony, J. C. (1989). An epidemiological study of alcohol use as a predictor of psychiatric distress over time. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80: 315-321.
- El-Guebaly, N. et Hodgins, D. C. (in press). Drinking situations, mood and depression as predictors of alcohol relapse. *Proceedings of the IX World Congress of Psychiatry*.
- Eliany, M. et Rush, B. (1992). L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies, Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Fedorak, S. et Griffin, C. (1986). Developing a self-advocacy program for seniors: The essential component of health promotion. *Canadian Journal on Aging* 5: 269-277.
- Filteau, M. J., Baruch, P. et Vincent, P. (1992). Le jeu pathologique: une revue de la littérature. *Revue canadienne de psychiatrie* 37: 84-90.
- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention. *Health Psychology* 4: 449-488.
- Friedman, A. S., Utada, A. T., Glickman, N. W. et Morrissey, M. R. (1987). Psychopathology as an antecedent to, and as a "consequence" of, substance use in adolescence. *Journal of Drug Education* 17: 233-244.
- Gaboury, A. et Ladouceur, R. (1993). Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. *Journal of Primary Prevention* Fall Vol. 14: 21-28.
- Goering, P., Wasylenki, D. et McNaughton, E. (1992). Planning mental health services II: Current Canadian initiatives. *Canadian Journal of Psychiatry* 37: 259-263.

- Golinowski, D. et Paape, V. (1982). *Kids and Drugs: Prevention Education for Parents*. Winnipeg: Alcoholism Foundation of Manitoba.
- Gordon, V. C. et Ledray, L. E. (1985). Depression in women: The challenge of treatment and prevention. *Journal of Psychosocial Nursing* 23: 26-34.
- Graham, K., Carver, V. et Brett, P. (1995). Alcohol and other drug use among older women: Results of a national survey. *Canadian Journal on Aging* (in press).
- Green, L. et Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (second ed.). Toronto: Mayfield Pub.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S. et Partridge, K. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield Press.
- Greenfield, S., Swartz, M., Landerman, L. et George, L. (1993). Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking. *American Journal of Psychiatry* 150: 608-613.
- Groeneveld, J. et Shain, M. (1989). *Drug Use Among Victims of Physical and Sexual Abuse*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Group for the Advancement of Psychiatry, et Committee on Alcoholism and the Addictions. (1991). Substance abuse disorders: A psychiatric priority. *American Journal of Psychiatry* 148: 1291-1300.
- Grover, S. M. et Thomas, S. P. (1993). Substance use and anger in mid-life women. *Issues in Mental Health Nursing* 14: 19-29.
- Hall, L. A., Williams, C. A. et Greenberg, R. S. (1985). Supports, stressors, and depressive symptoms in low-income mothers of young children. *American Journal of Public Health* 75: 518-522.
- Hall, S. M., Munoz, R. F. et Reus, V. I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 141-146.
- Hawkins, J., Lishner, D., Catalano, R. et Howard, M. (1985). Childhood predictors of adolescent substance abuse: Toward an empirically grounded theory. *Journal of Children in Contemporary Society* 12: 11-48.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112: 64-105.
- Hibbard, J. H. (1993). Social roles as predictors of cessation in a cohort of women smokers. *Women and Health* 12: 71-80.

- Hughes, S. O., Power, T. G. et Francis, D. J. (1992). Defining patterns of drinking in adolescence: A cluster analytic approach. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 40-47.
- Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction* 82: 331-342.
- Johnson, C. A., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Baer, N., MacKinnon, D., Hansen, W. et Flay, B. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 447-456.
- Johnson, K. A. et Jennison, K. M. (1992). The drinking-smoking syndrome and social context. *The International Journal of the Addictions* 27: 749-792.
- Kandel, D. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academy of Psychiatry* 21: 328-347.
- Kandel, D., Simcha, F. O. et Davies, M. (1986). Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood. *Journal of Drug Issues* 16: 67-90.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C. et Eaves, L. J. (1993). Alcoholism and major depression in women: A twin study of the causes of comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 50: 690-698.
- Kingery, P. M., Pruitt, B. E. et Hurley, R. S. (1992). Violence and illegal drug use among adolescents: Evidence from the U.S. National Adolescent Student Health Survey. *The International Journal of the Addictions* 27: 1445-1464.
- Kline, J., Harris, M., Bebout, R. R., Drake, R. E. (1991). Contrasting integrated and linkage models of treatment for homeless dually-diagnosed adults. *New Directions for Mental Health Services* 50: 95-105.
- Krohn, M., Akers, R., Radosevich, M. et Lanza-Kaduce, L. (1982). Norm qualities and adolescent drinking and drug behavior: The effects of norm quality and reference group on using and abusing alcohol and marijuana. *Journal of Drug Issues* 12: 343-359.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. et Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry* 147: 685-695.
- Kusyszyn, I. (1990). Existence, effectance, esteem: From gambling to a new theory of human motivation. *International Journal of the Addictions* 25: 159-177.

- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry* 36: 732-734.
- Ladouceur, R. et Gaboury, A. (1989). Jeu de hasard et d'argent sous forme vidéo: la roulette américaine. *Revue québécoise de psychologie* 10: 20-28.
- Ladouceur, R. et Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior* 4: 3-12.
- Ladouceur, R., Gaboury, A., Dumont, M. et Rockette, P. (1988). Gambling: Relationship between the frequency of wins and irrational thinking. *The Journal of Psychology* 122: 409-414.
- LaForest, L. (1976). L'usage quotidien de l'alcool et du tabac: deux habitudes de vie liées au système d'interaction sociale. *Toxicomanies* 9: 73-79.
- Latham, P. K. et Napier, T. L. (1992). Psychosocial consequences of alcohol misuse in the family of origin. *The International Journal of the Addictions* 27: 1137-1158.
- Laurandau, M., Perreault, R. et Mongeon, M. (1991). A participative culture-based intervention for promoting mental health among Quebec youth: "Clip et vous". *American Journal of Health Promotion* 6: 35-45.
- Lavik, N. J. et Onstad, S. (1986). Drug use and psychiatric symptoms in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73: 437-440.
- Legge, C. et Sherlock, L. (1990-91). Perception of alcohol use and misuse in three ethnic communities: Implications for prevention programming. *The International Journal of the Addictions* 25 (5A and 6A): 629-653.
- Lehman, A. F., Myers, C. P. et Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 1019-1022.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., Dixon, L. B. et Johnson, J. L. (1994). Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. *Hospital and Community Psychiatry* 45: 556-561.
- Lesieur, H. et Blume, S. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. *Hospital and Community Psychiatry* 41 (9): 1009-1012.
- Lightfoot, L., Adrian, M., Leigh, G. et Thompson, J. (in press). Substance abuse treatment and prevention for women. In *Women's Use of Alcohol and Other Drugs in Canada*, ed. M. Adrian. Toronto: Addiction Research Foundation.

- Linszen, D. H., Dingemans, P. M. et Lenior, M. E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 51: 273-279.
- Loosen, P. T., Bess, D. W. et Prange, A. J. (1990). Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. *American Journal of Psychiatry* 147: 1662-1666.
- Mangham, C. (1989). *Free Standing and Embedded Substance Abuse Prevention Curricula: An Analysis of Selected Programs*. Unpublished report prepared for Kaiser Substance Abuse Foundation.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G. et Stewart, M. (1994). Resiliency in health promotion. *Annotated Bibliography, Detailed Analysis, and Discussion Paper*. Reports to Health Canada.
- Marlatt, G. A. (1985). Coping and substance abuse: Implications for research, prevention, and treatment. In *Coping and substance abuse*, eds. S. Shiffman and T. A. Wills, pp.367-386. California: Academic Press, Inc.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S. et Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy* 24: 461-504.
- Marshall, J. R. (1994). The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bulletin of the Menninger Clinic* 58 (Supplement A): A58-A66.
- Mates, D. et Allison, K. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. *Adolescence* 27 (106): 461-474.
- McDaniel, S. A. (1993). Challenges to mental health promotion among working women in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health* 12: 201-210.
- McLaughlin, P. et Pepper, B. (1991). Modifying the therapeutic community for the mentally ill substance abuser. *New Directions for Mental Health Services* 50: 85-93.
- Mercier, C. (1986). L'évaluation du traitement pour les femmes: sortir de l'impasse. *L'Intervenant* 3: 12-13.
- Millar, W. J., and Hunter, L. (1992). Relationship between socio-economic status and household smoking patterns in Canada. *American Journal of Health Promotion* 5: 36-43.
- Miller, B. A., Downs, W. R. et Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of studies on alcohol* Supp 11: 109-117.

- Minkoff, K. (1989). Program components of a comprehensive integrated care system for seriously mentally ill patients with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services* 50: 13-27.
- Mitic, W., McGuire, D. et Neumann, B. (1987). Adolescent inhalant use and perceived stress. *Journal of Drug Education* 17: 113-121.
- Moncher, M. S., Holden, G. W. et Trimble, J. E. (1990). Substance abuse among Native-American youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 408-415.
- Moore, T., Pepler, D., Weinberg, B., Hammond, L., Waddell, J. et Weiser, L. (1990). Recherches sur les enfants issus de familles violentes. *Santé mentale au Canada*, Vol. 38, n° 2/3, 22-26.
- Moos, R. H. et Moos, B. S. (1984). The process of recovery from alcoholism III: Comparing functioning in families of alcoholics and match control families. *Journal of Studies on Alcohol* 45: 111-118.
- Moos, R. H., Finney, J. W. et Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism Treatment. Context, Process, and Outcome*. Oxford: Oxford University Press, 291pp.
- Morse, R. M. (1988). Substance abuse among the elderly. *The Menninger Foundation*, 259-268.
- Morton, R., Hobel, J. et McCarlei, R. (1990). *A Study Guide to Epidemiology and Biostatistics*. Rockville, MD: Aspen.
- Motet-Grigoras, C. N. et Schuckit, M. A. (1986). Depression and substance abuse in handicapped young men. *Journal of Clinical Psychiatry* 47: 234-237.
- Muesar, K. T., Bellack, A. S. et Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 845-856.
- Murray, J. B. (1993). Review of research on pathological gambling. *Psychological Reports* 72: 791-810.
- Nadeau, L. (1984). Les caractéristiques psychosociales. *Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec*. Monographies de psychologie. Quebec: Presses de l'Université du Québec, p.85-116.
- Nadeau, L. (1990). Les origines sociales de l'alcoolisme chez les femmes. *L'Intervenant* 6: 4-5.
- Newcomb, M., Maddahian, E. et Bentler, P. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analysis. *American Journal of Public Health* 76: 525-531.

- Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 97: 64-75.
- Newman, I. M. et Ward, J. M. (1989). The influence of parental attitude and behaviors on early adolescent cigarette smoking. *Journal of School Health* 59: 150-152.
- Nova Scotia Department of Drug Dependency Services (1991). *Peer Power*. Halifax.
- O'Donnell, M. P. (1989) Definition of health promotion, Part III: Expanding the definition. *American Journal of Health Promotion* 31.
- Ocean, G. et Smith, G. J. (1993). Social reward, conflict, and commitment: A theoretical model of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies* 9: 321-339.
- Oetting, E. R. et Beauvais, F. (1991). Critical incidents: Failure in prevention. *The International Journal of the Addictions* 26: 797-820.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., and Wilson, M. (1985). *Family inventories*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Page, R. M., Allen, O., Moore, L. et Hewitt, C. (1993). Co-occurrence of substance use and loneliness as a risk factor for adolescent hopelessness. *Journal of School Health* 63: 104-108.
- Palomares, U. et Ball, G. (no date). *The Magic Circle Human Development Program*. Edmonton: EDUCOM.
- Paquin, P. (1988). Les jeunes, l'alcool et les drogues: valeurs, profils, problèmes. In *L'usage des drogues et la toxicomanie*, ed. P. Brisson, pp.253-268. Quebec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Parker, D., Parker, E., Harford, T. et Farmer, G. (1987). Alcohol use and depression symptoms among employed men and women. *American Journal of Public Health* 77: 704-707.
- Parker, J. et Asher, S. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin* 102: 357-389.
- Pedersen, W. (1991). Mental health, sensation seeking and drug use patterns: A longitudinal study. *British Journal of Addictions* 86: 195-204.
- Peele, S. (1991). What works in addiction treatment and what doesn't: Is the best therapy no therapy? *The International Journal of the Addictions* 25: 1409-1419.
- Pelletier, D. et Coutu, S. (1992). Toxicomanie et violence chez les adolescents, *Santé mentale au Canada*, Vol. 40, n° 2, 7-13.

- Pelletier, J. (1976). Problèmes liés à la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées. *Toxicomanies* 9: 121-143.
- Penkower, L., Bromet, E. J. et Dew, M. A. (1988). Husbands' layoff and wives' mental health. *Archives of General Psychiatry*, 45, 994-1000.
- Pepper, H., Kirshner, M. C. et Ryglewicz, H. (1981). The young adult chronic patient: Overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry* 32: 463-469.
- Perodeau, G. M., King, S. et Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *Canadian Journal on Aging* 11: 347-369.
- Perry, C. (1987). Results of prevention programs with adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 20: 13-19.
- Perry, C. et Jessor, R. (1985). The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education Quarterly* 12: 169-184.
- Peters, R. D. (1988). Mental health promotion in children and adolescents: An emerging role for psychology. *Canadian Journal of Behavioral Science* 20: 389-400.
- Prochaska et DiClemente. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5: 390-395.
- Regier, D. A., Framer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of American Medical Association* 264: 2511-2518.
- Rhodes, J., Jason, L. (1990). A social stress model of substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 395-401.
- Ridgely, M. S. (1991). Creating integrated programs for severely mentally ill persons with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services* 50: 29-41.
- Riley, D. (Ed.). (1993). *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse, 59pp.
- Ries, R., Mullen, M. et Cox, G. (1994). Symptom severity and utilization of treatment resources among dually-diagnosed inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 45: 562-567.

- Ries, R. (1993). The dually-diagnosed patient with psychotic symptoms. *Journal of Addictive Diseases* 12: 103-122.
- Ross, C. A. et Davis, B. (1986). Suicide and parasuicide in a northern Canadian Native community. *Canadian Journal of Psychiatry* 31: 331-334.
- Ross, H. E.(1989). Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison between men and women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 13: 810-816.
- Ross, H., Glaser, F. et Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry* 45: 1023-1031.
- Sadava, S. et Thompson, M. (1986). Loneliness, social drinking, and vulnerability to alcohol problems. *Canadian Journal of Behavioral Science* 18: 133-139.
- Safer, D. J. (1987). Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 38: 511-514.
- Sanchez-Craig, M., Wilkinson, D. A. et Walker, K. (1987). Theory and methods for secondary prevention of alcohol problems: A cognitively-based approach. In *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual*, ed. W. M. Cox, pp.287-331. New York: Academic Press, Inc.
- Santé et Bien-être social Canada (1984). *L'éducation des parents : une revue et une analyse de programmes choisis*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1985). *L'éducation des parents : une revue et une analyse des programmes de prévention de l'usage des drogues et des programmes généraux*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1987). *Le suicide au Canada : un rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada* . Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1988). *Partons du bon pied!* Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1990). *Enquête Promotion Santé Canada : Rapport technique*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être social Canada (1992). *Lifeskills Programs for Schools: An Inventory of Substance Abuse Prevention Curricula*. Document inédit préparé pour les auteurs.

- Schneier, F. R. et Siris, S. G. (1987). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175: 641-652.
- Schneier, F. R., Martin, L. Y., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M. et Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 3: 15-23.
- Schroeder, D., Laflin, M. et Weis, D. (1993). Is there a relationship between self-esteem and drug use? *Journal of Drug Issues* 23: 645-655.
- Schwartz, L. S., Lyons, J. S., Stulp, F., Hassan, T., Jacobi, N. et Taylor, J. (1993). Assessment of alcoholism among dually-diagnosed psychiatric inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10: 255-261.
- Seaborn, J. (1992). L'Ignorance du jeu pathologique. *L'Intervenant* 8: 13-14.
- Sees, K. L. et Clark, H. W. (1993) When to begin smoking cessation in substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10: 189-195.
- Shaffer, H. J. et Zinberg, N. E. (1993) Denial, ambivalence and counter-transference hate. In *Alcoholism: Dynamics and Treatment*, eds. J. D. Levin and R. Weiss. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K. et Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 100: 427-448.
- Schuckit, M. A., Irwin, M. et Smith, T. L. (1994). One year incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 239 alcoholic men. *Addiction* 89: 441-445
- Skinner, H., Holt, S. et Israel, Y. (1981). Early identification of alcohol abuse I: Critical issues and psychosocial indicators for a composite index. *Canadian Medical Association Journal* 124: 1141-1152.
- Smart, R. et Adlaf, E. (1991). Substance use and problems among Toronto street youth. *British Journal of Addiction* 86: 999-1010.
- Smart, R. G. et Walsh, G. W. (1993). Predictors of depression in street youth. *Adolescence* 28: 41-53.
- Smith, E. M., North, C. S., and Spitznagel, E. L. (1993). Alcohol, drugs, and psychiatric comorbidity among homeless women: An epidemiologic study. *Journal of Clinical Psychiatry* 54: 82-87.
- Snell, W. E., Jr., Belk, S. S. et Hawkins, R. C. (1987). Alcohol and drug use in stressful times: The influence of the masculine role and sex-related personality attributes. *Sex Roles* 16: 359-373.

- Stephens, R. S., Roffman, R. A. et Simpson, E. E. (1993). Adult marijuana users seeking treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 1100-1104.
- Swaim, R. C., Oetting, E. R., Edwards, R. W. et Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 227-231.
- Sylvain, C. et Ladoucer, R. Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Canadian Journal of Behavioral Science* Oct Vol 24: 479-489.
- Takala, J., Ryyanen, O.-P., Lehtovirta, E. et Turakka, H. (1993). The relationship between mental health and drug use. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88: 256-258.
- Thompson, K. M. (1989). Effects of early alcohol use on adolescents' relations with peers and self-esteem: Patterns over time. *Adolescence* 24: 837-849.
- Timmer, S. G., Veroff, J. et Colten, M. E. (1985). Life stress, helplessness, and the use of alcohol and drugs to cope: An analysis of national survey data. In *Coping and substance abuse*, eds. S. Shiffman and T. A. Wills, pp.171-198. California: Academic Press, Inc.
- Tolone, W. L. et Tieman, C. R. (1990). Drugs, delinquency and "nerds": Are loners deviant? *Journal of Drug Education* 20: 153-162.
- Toner, B. B., Gillies, L. A., Prendergast, M. B., Cote, F. H. et Browne, C. (1992). Substance use disorders in a sample of Canadian patients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 43: 251-254.
- Torabi, M. et Veenker, C. (1986). An alcohol attitude scale for teenagers. *Journal of School Health* 56: 96-100.
- Torabi, M., Bailey, W. et Majd-Jabban, M. (1993). Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: Evidence of the "gateway drug effect". *Journal of School Health* 63: 302-306.
- Tousignant, M. (1989). La pauvreté: cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec* 14: 91-103.
- Towberman, D. B. et McDonald, R. M. (1993). Dimensions of adolescent self-concept associated with substance use. *Journal of Drug Issues* 23: 525-533.
- Vermette, G. (1988). L'abus d'alcool chez les personnes âgées: une réponse à leurs conditions de vie? In *L'usage des drogues et la toxicomanie*, ed. B. Brisson, p.221-237. Quebec: Gaëtan Morin Éditeur.

- Vitaro, F., Dobkin, P., Janosz, M. et Pelletier, D. (1992). Enfants et adolescents à risque de toxicomanies. *Apprentissage et socialisation* 15: 109-120.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6: 197-205.
- Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A., Springett, G., Arnold, S. et Weinberg, H. (1994). Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use, and effects on illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 64: 31-39.
- Webster, R. A., Hunter, M. et Keats, J. A. (1994). Personality and sociodemographic influences on adolescents' substance use: A path analysis. *The International Journal of the Addictions* 29: 941-956.
- Whitehorn, K. (1989). The use of the media in the promotion of mental health. *International Journal of Mental Health* Fall Vol. 18: 40-46.
- Williams, R. J. et Schmidt, G. C. (1993). Frequency of seasonal affective disorder among individuals seeking treatment at a northern Canadian Mental Health Center. *Psychiatry Research* 46: 41-45.
- Wills, T. A., Vaccaro, D. et McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology* 20: 349-374.
- Wilsnack, R. W. et Cheloha, R. (1987). Women's roles and problem drinking across the lifespan. *Social Problems* 34: 231-148.
- Wilsnack, R. W. et Wilsnack, S. C. (1992). Women, work, and alcohol: Failures of simple theories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16: 172-179.
- Wilsnack, S. C. et Wilsnack, R. W. (1991). Epidemiology of women's drinking. *Journal of Substance Abuse* 3: 133-157.
- Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviors. *Journal of Clinical Psychology* 47: 310-315.
- Wolfe, D. A. et Jaffe, P. (1991). Child abuse and family violence as determinants of child psychopathology. *Canadian Journal of Behavioral Science* 23: 282-299.
- Woogh, C. M. (1990). Patients with multiple admissions in a psychiatric linkage system. *Canadian Journal of Psychiatry* 35: 401-406.

World Health Organization. (1993). *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: Regional Office for Europe, p.34.

Yesavage, J. A. et Zarcone, V. (1983). History of drug abuse and dangerous behavior in inpatient schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry* 44: 259-261.

Zucker, R. A. (1978). Developmental aspects of drinking through the young adult years. In *Youths, Alcohol, and Social Policy*, eds. H. T. Blane and M. E. Chafetz, 91-146. New York: Plenum.

Zuckerman, B. S., Amaro, H. et Beardslee, W. (1987). Mental health of adolescent mothers: The implications of depression and drug use. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 8: 111-116.