

UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR CALLIXTE KABAYIZA

LES ATTENTES DES ALCOOLIQUES MONOTOXICOMANES VERSUS LES
ATTENTES DES ALCOOLIQUES POLYTOXICOMANES FACE A L'ALCOOL

DECEMBRE 1990

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Cadre théorique et expérimental	3
Toxicomanie et modèles explicatifs	4
Déterminants cognitifs de la toxicomanie	13
Différences individuelles et hypothèses	29
Chapitre II - Méthodologie	37
Sujets	38
Instruments	39
Déroulement de l'expérimentation	49
Chapitre III - Présentation des résultats et discussion	53
Résultats	54
Discussion	57
Conclusion	68
Références	71
Appendice	82

Sommaire

De nombreuses études, utilisant principalement la méthode placebo, ont mis en évidence l'importance des facteurs cognitifs en général, des attentes en particulier, dans la consommation et l'abus d'alcool et d'autres psychotropes. La majorité de ces études ont découvert des différences significatives dans les attentes selon les habitudes de consommation, l'âge et le sexe des consommateurs.

Nous avons voulu savoir s'il existe également des différences entre les attentes des alcooliques monotoxicomanes, qui consomment l'alcool seulement, et celles des alcooliques polytoxicomanes, qui combinent l'alcool avec d'autres psychotropes, drogues ou médicaments.

Les résultats de 92 sujets (72 hommes et 20 femmes, ayant 33 ans comme âge moyen et se répartissant comme suit: 32 consommateurs d'alcool, 31 consommateurs d'alcool et de drogues, 29 consommateurs d'alcool, de drogues et de médicaments) à l'Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ) n'ont pas révélé de différences significatives. C'est donc dire qu'ils ont les mêmes attentes et que ceci pourrait avoir un impact sur leur traitement. La prudence s'impose, cependant, car certains sujets de la recherche ont montré des signes qui suscitent un questionnement sur la fiabilité de leurs réponses. La validité des réponses par auto-révélation (self-reports) est abordée dans la discussion.

Introduction

La toxicomanie est un phénomène très vaste et fort complexe. Dans l'effort de compréhension et d'interprétation de ce phénomène, de nombreux modèles explicatifs ont été proposés, de nombreuses théories élaborées.

La question qui revient fréquemment est la suivante: de quoi dépendent les effets d'un psychotrope pris isolément (toxicomanie) ou de plusieurs psychotropes pris simultanément (polytoxicomanie)? Une question qui a suscité et suscite encore des controverses et des contradictions.

En fait, les effets des psychotropes sur l'état des consommateurs dépendent de beaucoup de facteurs qui agissent souvent en interaction. Pour l'alcool, Sher(1985) en relève six: (1) l'état antérieur du buveur; (2) la dose d'alcool consommée; (3) le degré d'alcool dans le sang; (4) le contexte situationnel de la consommation; (5) les variables de personnalité; (6) les attentes relatives aux effets de l'alcool.

Depuis une vingtaine d'années, le dernier facteur a fait l'objet d'une vaste recherche qui a donné naissance à une théorie récente: la Théorie de l'Attente (Expectancy Theory) (Goldman et al., 1987). Cette étude se base sur les acquis de cette théorie et se propose de vérifier si les alcooliques monotoxicomanes développent des attentes différentes de celles des alcooliques polytoxicomanes vis-à-vis de l'alcool.

Le travail est divisé en trois chapitres. Le premier chapitre présente le cadre théorique et expérimental, le deuxième décrit la méthodologie suivie, et le troisième est consacré à l'analyse et à la discussion des résultats. Une conclusion fera ressortir les points à retenir et la position à adopter.

Chapitre premier

Cadre théorique et expérimental

Dans ce chapitre, nous allons aborder sommairement la complexe question de la toxicomanie: le phénomène et son ampleur, les principaux modèles explicatifs, le rôle des déterminants cognitifs, les différences individuelles et, à la fin, les hypothèses liées à la théorie des attentes.

Toxicomanie et modèles explicatifs

Terminologie

Le phénomène de la toxicomanie est un phénomène complexe et multifactoriel. Aussi n'existe-t-il pas de définition univoque acceptée par les chercheurs, les médecins, les psychologues, les sociologues et les autres intervenants dans ce domaine. La définition la plus fréquemment citée est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.): la toxicomanie est "un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique" (Cormier, 1984, p. 13). Ses principales caractéristiques sont:

- 1) Un désir invincible ou un besoin irrésistible de continuer à consommer le produit toxicomanogène et à se le procurer par tous les moyens;
- 2) Une dépendance psychologique et souvent physiologique à l'égard des effets du produit consommé;
- 3) Une tendance à augmenter les doses (tolérance);

4) Des répercussions nuisibles d'ordre émotif, social et économique pour l'individu, pour son entourage et pour la société en général.

Outre la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il en existe beaucoup d'autres proposées par différents auteurs. Deux d'entre elles résument bien les caractéristiques sur lesquelles la plupart mettent l'accent. Pour Nahas et al. (1988, p. 1), "la toxicomanie est un état de dépendance caractérisé par un comportement quasi-obligatoire de recherche, d'acquisition et de consommation d'une substance psychoactive (drogue) en fréquence et en quantité nuisible à l'utilisateur et à la société". Antoine Porot (voir Pesce et al., 1988, p.1), pour sa part, la définit comme "une appétence anormale et prolongée, manifestée par certains sujets, pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique, euphoristique ou dynamique, appétence qui devient rapidement tyrannique et conduit presque inévitablement à l'augmentation des doses".

La dépendance est une notion-clé en toxicomanie. D'après le dictionnaire Littré, dépendre c'est "être dans un rapport qui enchaîne une chose à une autre". Ainsi, la dépendance désigne le caractère contraignant de la consommation. La dépendance psychologique se situe au plan du désir, du besoin affectif. Selon Cormier (1984), la motivation principale à consommer un psychotrope se situe au niveau du fonctionnement de la personnalité et de la représentation mentale de la drogue en question. Il s'agit d'un désir incontrôlable et tyrannique qui entraîne la consommation d'un psychotrope. La dépendance physique est un état d'adaptation à la substance qui affecte et perturbe

les mécanismes biochimiques de la métabolisation des psychotropes et qui cause des changements cellulaires dans les neurorécepteurs et les neurotransmetteurs (Cormier, 1984; Nahas et al., 1988). La dépendance physique se manifeste par des troubles physiques intenses (troubles cardiorespiratoires et neurovégétatifs) quand l'administration de la drogue est suspendue. Nahas et ses collègues (1988) critiquent cette distinction entre dépendance physique et psychique qui maintient une dichotomie entre l'esprit et le corps. La notion de dépendance va de pair avec celle de tolérance. Celle-ci est caractérisée par la nécessité d'augmenter la dose du produit afin d'obtenir l'effet du psychotrope initial.

Dans la littérature, on rencontre aussi le terme pharmaco-dépendance à la place de toxicomanie, les termes accoutumance (drug habituation), assuétude et addiction (drug addiction) pour désigner la dépendance, et les mots drogue, psychotrope, stupéfiant ou toxique pour nommer la substance consommée. Verbeke (1978) préfère le terme psychotrope à drogue. Selon lui, "le terme psychotrope est un concept dont la signification est claire et dénuée de toute connotation péjorative ou laudative; pour ces raisons, il doit être substitué au terme équivoque de drogue" (p. 128). De nos jours, l'on commence à parler également de polytoxicomanie (plydrug, multiple drug abuse, etc.) pour désigner la consommation simultanée et abusive de plusieurs drogues.

Prévalence

L'alcoolisme est de loin la toxicomanie la plus répandue: d'après le bulletin de la Corporation des Médecins du Québec (1989), rien qu'en

Amérique du Nord, on dénombre 6 500 000 alcooliques et 65 000 dépendants d'autres drogues. Le même bulletin soutient que ces chiffres sont en dessous de la réalité et qu'il faudrait les multiplier par trois pour approcher des chiffres réels.

Toujours d'après la Corporation des Médecins du Québec, au Québec, de 6 à 10% des adultes sont des buveurs excessifs ou des dépendants d'alcool, soit 9,4% des hommes et 3,4% des femmes. La proportion des Québécois qui ont des problèmes de drogue est de 3,1%, soit 4,4% des hommes et 1,8% des femmes. Les femmes s'adonnent à la polytoxicomanie plus que les hommes: 40% des femmes membres des Alcooliques Anonymes combinent l'alcoolisme à une autre toxicomanie, chiffre qui atteint 64% pour les femmes de 30 ans et moins (Bulletin de la Corporation des Médecins Professionnels du Québec, 1989).

Modèles explicatifs

Les théories explicatives de l'étiologie de la toxicomanie sont nombreuses, complexes et souvent contradictoires. En 1980, le National Institute of Drug Abuse américain a dénombré 43 théories contemporaines provenant de neuf disciplines différentes incluant la psychiatrie, la sociologie, la criminologie, l'anthropologie, la biologie, la génétique, les sciences biomédicales, et la psychologie (Barrett, 1985). Les principaux modèles qui se dégagent de ces théories sont: le modèle moral, le modèle juridique, le modèle bio-médical, le modèle sociologique, le modèle psychologique, et le modèle systémique (voir Bergeret et Leblanc, 1988; Cormier, 1984; Blane et Leonard, 1987; Peele,

1982). La plupart de ces modèles ont été élaborés pour expliquer l'alcoolisme, mais ils sont également appliqués aux autres toxicomanies.

En fait, il serait illusoire de se satisfaire d'une approche unidisciplinaire pour comprendre un problème aussi multidimensionnel que la toxicomanie et la polytoxicomanie. Pourtant, une vision unifiée du phénomène, aussi bien en recherche qu'en intervention, fait encore défaut car, très souvent, chaque discipline prétend posséder toute la vérité.

A. Le modèle moral

Pour les tenants de ce modèle, l'alcoolisme est un vice moral. L'accent est mis sur la responsabilité individuelle du consommateur. C'est le modèle des sociétés de tempérance au Québec et de la prohibition aux États-Unis. Il resterait d'ailleurs très répandu aujourd'hui (Peele, 1982).

B. Le modèle juridique

L'alcoolisme et les autres toxicomanies constituent une déviance, voire un crime contre lesquels il faut protéger la société. Les prisons sont les centres de réhabilitation des toxicomanes. Contrairement au modèle moral, ce n'est pas seulement la personne qui porte la responsabilité, c'est aussi le produit toxicomanogène, dont il faut contrôler l'accès ou la vente.

C. Le modèle bio-médical

Ce modèle est né en réaction aux modèles moral et juridique. Il s'inscrit dans un large courant qui a grandement contribué soit à "médicaliser",

soit à "psychiatriser", soit à "psychologiser" les difficultés individuelles et sociales et à faire d'elles des "maladies".

C'est avec les écrits de Jellinek et sous la pression du mouvement des Alcooliques Anonymes que la conception médicale de l'alcoolisme a pris de l'ampleur. Dans The Disease Concept of Alcoholism (1960), Jellinek met en évidence les effets pharmacologiques de l'alcool dans le processus de toxicomanie alcoolique. Il conclut donc au caractère maladif de l'alcoolisme. André Boudreau résume bien le postulat du modèle médical:

L'alcoolisme, c'est la maladie du buveur excessif qui a définitivement perdu le contrôle de ses consommations. C'est une maladie progressive et incurable puisque le buveur ne pourra plus boire modérément et que pour lui, la seule force de modération sera désormais l'abstinence totale. Car on ne guérit pas l'alcoolisme, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, et la personne qui a arrêté de boire peut reprendre sa maladie exactement où elle l'avait laissée dix, quinze ou même vingt ans plus tôt (cité dans Villedieu, 1976, p. 12).

Plusieurs études sur les jumeaux, les enfants adoptés et les enfants d'alcooliques ont insisté sur l'importance des facteurs génétiques dans l'installation des toxicomanies (voir Crabbe et al., 1985; Goodwin, 1980). Des études plus récentes (voir Bardo et al., 1985; Cormier, 1984; Cormier, 1989; Nahas et al., 1988) font état d'intéressantes découvertes sur les mécanismes biochimiques des drogues, particulièrement au niveau des neurotransmetteurs.

D. Le modèle sociologique

Pour les sociologues et les psychologues sociaux, la toxicomanie représente une solution à l'anomie créée par une situation de désorganisation sociale. Lorsque les stressseurs sociaux sont importants (chômage endémique, déracinement par une urbanisation trop rapide, forte accélération de la croissance économique, etc.), les gens réagissent de différentes façons: par le conformisme, l'innovation, la rébellion ou l'évasion. La toxicomanie correspond à ce dernier mode d'adaptation.

Si l'équilibre est rétabli, le comportement déviant revient à la normale. L'exemple qui est souvent cité est celui des soldats américains qui ont fait la guerre du Vietnam (Peele & Brodsky, 1975). Plus de 80% d'entre eux s'étant adonnés à la consommation de psychotropes, l'on prédisait une forte dépendance chez eux. A la surprise générale, de retour au pays, la grande majorité cessa toute consommation sans aucune intervention extérieure particulière.

E. Le modèle psychologique

Nombreuses sont les théories psychologiques explicatives de la toxicomanie (voir Bergeret et Leblanc, 1988; Brochu et Duplessis, 1980; Cormier, 1984; Galizo et Maisto, 1985; Blane et Leonard, 1987). La principale différence entre ces théories réside dans leurs conceptions de l'humain. Aux deux extrêmes, on trouve le modèle psychodynamique ou psychanalytique et le modèle behavioral ou comportemental.

Le modèle psychanalytique se réfère à la théorie de Freud. Or, celui-ci n'a pas élaboré de théorie ferme sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Il y a fait des allusions disparates que Mijolla et Shentoub (1973) ont rassemblées.

Dans l'avant-propos à L'expérience de l'assuétude de Peele (1982), Nadeau note que, pour Freud, l'alcoolisation est une stratégie d'adaptation. L'alcoolisme constituerait un moyen de se défendre d'un événement traumatisant, de se protéger contre la culpabilité causée par la connaissance (inconsciente) de cet événement et d'obtenir une satisfaction substitutive vu qu'il y a incapacité d'obtenir des gratifications par d'autres voies. Nadeau précise que, pour la psychanalyse orthodoxe, ces voies sont celles d'une sexualité phallo-vaginale.

Sommairement résumée, l'approche psychanalytique se formule comme suit: la toxicomanie résulte d'un conflit intra-psychique non résolu qui s'installe durant la phase narcissique secondaire et qui est souvent relié à une homosexualité latente. Dans la foulée des théories psychanalytiques sur la toxicomanie, l'hypothèse d'une personnalité toxicomane a souvent été avancée. Cependant, cette hypothèse n'a jamais été confirmée (Bergeret, 1988; Calanga, 1988).

Le modèle behavioral prend le contre-pied du modèle psychanalytique. Pour les behavioristes "orthodoxes", les déterminants du comportement résident non pas à l'intérieur de l'individu mais dans les forces de l'environnement. Ils prêtent toute la force motivationnelle à la nature et à

l'intensité du stimulus externe. Ce qui se traduit par le schéma classique S (stimulus) – R (réponse).

Dans le cas de la toxicomanie, c'est le renforcement positif qui assure un accroissement de la fréquence de l'apparition de la réponse. Le renforcement négatif, lui, intervient dans une situation aversive ou d'évitement à laquelle la personne se soustrait. Par exemple, aller dans un bar et y boire de façon abusive après une querelle à la maison peut jouer à la fois le rôle de renforcement négatif qui pousse l'individu à se présenter le moins possible à la maison et le rôle de renforcement positif qui l'incite à se rendre au bar de plus en plus automatiquement. Le comportement (R) a lui-même une valeur de renforcement positif ou négatif selon la loi de l'effet (voir Cormier, 1984).

Ce modèle behavioral classique est né à la suite de recherches en laboratoire sur les animaux. Appliqué à l'humain, en plus de la situation, il a fallu tenir compte d'autres facteurs dont le plus important est le facteur cognitif. Ainsi, le schéma S (stimulus) – R (comportement) devient S (stimulus) – O (organisme) – R (comportement).

F. Le modèle systémique

Chacun des modèles passés en revue insiste davantage sur un aspect qu'il estime être déterminant dans le processus toxicomaniaque. L'approche systémique se présente comme une synthèse de tous ces modèles.

Se référant à la théorie systémique de Bertalanffy (1968) et plus particulièrement à sa notion organismique, les tenants du modèle systémique

expliquent la toxicomanie comme le produit d'une interaction étroite entre l'organisme (constitué par les facteurs physiologiques et psychologiques) et l'environnement (constitué par les facteurs sociaux). Dans cette perspective, Cormier (1984), affirme que "la toxicomanie doit être conçue comme correspondant à un style de vie fonctionnel, adopté par le toxicomane dans la totalité de son être évoluant dans un contexte social" (p. 117).

Parmi les nombreux facteurs intervenant dans les toxicomanies, ce sont les déterminants cognitifs qui retiennent l'intérêt du présent travail. Le passage qui suit est consacré à ce point.

Déterminants cognitifs de la toxicomanie

Le rôle des facteurs cognitifs dans les toxicomanies a été mis en évidence par la théorie cognitive de l'apprentissage social. Bandura (1977a) situe cette théorie entre la théorie psychodynamique et la théorie behaviorale.

Dans le cadre de la théorie de l'apprentissage social, les individus ne sont pas vus comme menés par des forces internes non plus que simplement mus par des stimuli environnementaux. Le fonctionnement psychologique y est expliqué en termes d'une interaction continue et réciproque entre les déterminants personnels et environnementaux. Au sein de cette approche, les processus symboliques, vicariants et autorégulateurs ont un rôle éminent (p. 19).

A la suite de Rotter (1954), c'est surtout Bandura (1977a, 1977b), Mischel (1973, 1981) et Phares (1976) qui ont développé et fait connaître la théorie de l'apprentissage social. Celle-ci repose sur trois concepts fondamen-

taux: (1) le renforcement qui a un effet sur la production, l'orientation et le type de comportement; (2) la situation psychologique telle qu'elle est perçue et interprétée par l'individu; (3) l'attente (anticipation) cognitive d'un effet particulier suite à un comportement déterminé. Les théoriciens de l'apprentissage social réservent une place de choix à ce dernier concept.

Le terme "attente"

Dans sa théorie de l'attente (Gestalt-significate ou expectancy theory), Tolman (1932) fut le premier à donner une explication systématique du terme attente (expectancy). Il fit remarquer qu'une appréciation complète du comportement humain exige qu'on tienne compte des concepts tels que la connaissance, la pensée, la planification, l'inférence et le but, qui sont des variables intervenant entre les stimuli et les réponses ou comportements. Tolman resta un behavioriste, cependant, car il croyait fermement que toutes ces variables étaient observables. MacCorquodale et Meehl (1954) systématisèrent la théorie de Tolman en définissant l'apprentissage comme une relation entre un stimulus initial, une réponse, et l'anticipation de la réponse.

La définition du terme attente de Rotter (1954) tenait compte de la notion de la probabilité subjective de Lewin (1951). Rotter définit l'attente comme "la probabilité pour un individu qu'un renforcement particulier se produira à la suite d'un comportement spécifique de sa part dans une ou des situations spécifiques" (p. 107).

Goldman et al. (1987) passent en revue différents emplois du terme *attente* en psychologie. En psychothérapie, les attentes sont des attitudes formées et modifiées par une expérience antérieure, attitudes qui ont un impact important mais non spécifique sur le processus et le résultat de la psychothérapie. En recherche empirique utilisant le placebo, l'attente équivaut à l'ensemble des instructions (instructional set): le fait de faire croire aux sujets qu'ils consomment de l'alcool (que ce soit vrai ou pas) est une façon de créer une attente chez eux. En psychologie sociale, attitudes, croyances, attributions et attentes sont souvent interchangeable.

Dans la littérature propre à la toxicomanie, le terme *attente* fait référence aux conséquences anticipées de la consommation. Son emploi est donc plus large que celui de Rotter. Connors et al. (1986, 1987) précisent que ce terme désigne des représentations cognitives des expériences passées, directes et indirectes, qu'un individu a eues avec l'alcool, représentations qui sont supposées déterminer les résultats anticipés au niveau de la consommation. Ces attentes peuvent être générales ou spécifiques (Adesso, 1985). Les attentes générales sont produites par des situations que l'individu perçoit comme possédant des propriétés semblables de stimulation tandis que les attentes spécifiques sont basées sur une expérience antérieure dans une situation particulière. Selon la théorie de l'apprentissage social, les attentes sont apprises des parents, des pairs, des modèles culturels, des médias d'informations et des expériences personnelles. L'apprentissage se fait par modelage, renforcement vicariant (observation) et expériences personnelles. C'est grâce à celles-ci que

l'individu passe des attentes générales à des attentes de plus en plus spécifiques.

Ces dernières années, plusieurs recherches expérimentales sur les attentes face à l'alcool ont été effectuées. Elles couvraient des domaines aussi variés que le besoin obsédant de boire (craving), la perte de contrôle (loss of control), la sexualité, la réduction de la tension, l'agressivité, la gaieté, la performance cognitive et motrice. Toutes ces recherches utilisaient la méthode placebo.

L'usage du placebo

Il est communément admis que les drogues ont des effets pharmacologiques spécifiques et des effets psychologiques spécifiques ou non (Shapiro & Morris, 1978). Pour les distinguer, on a recouru à différentes techniques avec les placebo. Dans la technique du "seul aveugle" (single blind), le sujet ne sait pas s'il reçoit le produit réel ou le placebo. Dans le "double aveugle" ou l'"anonymat" (double blind), ni le chercheur ni le sujet ne savent ce que celui-ci reçoit.

Ces deux techniques n'ayant pas permis de faire une différenciation adéquate, Carpenter (1968) proposa d'utiliser le modèle "antiplacebo" (antiplacebo design). Contrairement à la méthode habituelle du placebo où les sujets croient qu'ils prennent le vrai produit même si en réalité ils reçoivent le placebo, la méthode "antiplacebo" fait croire aux sujets qu'ils reçoivent le placebo alors qu'en réalité ils reçoivent le vrai produit. La combinaison des mé-

thodes placebo et antiplacebo donna le "modèle du placebo adéquat" (balanced placebo design) qui a beaucoup été utilisé dans les recherches sur les attentes.

La méthode du "placebo adéquat" divise les sujets en quatre groupes: (1) le groupe qui s'attend à recevoir la "drogue" et qui la reçoit; (2) le groupe qui attend la "drogue" et qui reçoit le placebo; (3) le groupe qui attend le placebo et qui reçoit le placebo; (4) le groupe qui croit recevoir le placebo mais qui reçoit la "drogue". De la sorte, en manipulant les instructions, on crée des attentes différentes chez les sujets. Si les effets de la "drogue" sont uniquement dus à son action pharmacologique, les sujets qui reçoivent la "drogue", qu'ils l'attendent ou pas, auront des comportements différents de ceux qui reçoivent le placebo. Au contraire, si les effets de la "drogue" sont produits par des facteurs cognitifs, les sujets qui croient recevoir la "drogue", peu importe qu'ils la reçoivent ou non dans la réalité, se comporteront différemment de ceux qui sont convaincus qu'ils ne l'ont pas reçue.

Ross et al. (1962) et Lyerly et al. (1964) furent les premiers à utiliser le modèle du "placebo adéquat" pour examiner l'effet placebo des stimulants et des tranquillisants. Leurs résultats confirmèrent le fait que l'attente est un déterminant de premier plan sur l'effet des "drogues".

Il est indéniable que la méthode du "placebo adéquat" représente un progrès important dans la recherche sur les attentes face aux "drogues" en général et à l'alcool en particulier, mais il faut reconnaître aussi qu'elle présente des limites. Goldman et al. (1987) font remarquer qu'il est difficile de donner de l'alcool aux sujets et de leur faire croire qu'ils n'ont pas reçu d'alcool du

tout. Malgré ces limites, l'utilisation de cette méthode fournit des résultats intéressants.

Attentes face à l'alcool et besoin d'alcool incontrôlable (craving)

Il est généralement admis, surtout parmi ceux qui considèrent l'alcoolisme comme une maladie, que la consommation d'alcool par un alcoolique abstiné réactive une dépendance physiologique à l'alcool et provoque un désir incontrôlable de consommer davantage.

Merry (1966) soutint que l'existence d'un besoin physiologique explicatif de la perte de contrôle est un mythe. Il mena son expérience auprès d'alcooliques hospitalisés auxquels il administrait de l'alcool, mais à leur insu (méthode "antiplacebo"). Durant deux semaines, chaque matin au déjeuner, les sujets recevaient un breuvage de fruits. Un jour, le breuvage ne contenait pas d'alcool, et le lendemain il contenait une once de vodka. Plus tard dans la journée, il leur était demandé d'estimer leur besoin d'alcool, comme si cela faisait partie de leur traitement. Les résultats ne montrèrent pas de différence, quant au désir d'alcool, entre les jours où les patients recevaient de l'alcool et ceux où ils n'en recevaient pas. Merry en conclut que l'attente face à l'alcool est le premier déterminant du besoin obsédant d'alcool.

Marlatt et al. (1973) aboutirent aux mêmes conclusions en utilisant la méthode de "placebo adéquat" dans une population d'alcooliques non abstinés et de buveurs sociaux. Après avoir reçu une première dose d'alcool (vodka + tonic) ou de placebo (tonic seul), les sujets participèrent à une tâche

dans laquelle il leur était demandé d'évaluer le goût des breuvages. Les sujets à qui on avait fait croire qu'ils avaient reçu de l'alcool burent plus que ceux qui croyaient avoir reçu du tonic, indépendamment du breuvage qu'ils avaient reçu en réalité. Dans ce cas aussi, Goldman et al. (1987) font valoir le fait que des doses plus importantes d'alcool auraient probablement révélé un besoin incontrôlable d'alcool induit pharmacologiquement. Cette réserve n'empêche pas ces mêmes auteurs de souligner que les résultats corroborent fortement l'existence de facteurs non pharmacologiques, "peut-être des attentes" (p. 196), au niveau des effets de l'alcool.

D'autres études (Asp, 1977; Berg et al., 1981; Engle et Williams, 1972; Maisto et al., 1977) suggèrent que le besoin obsédant d'alcool et la perte de contrôle face à l'alcool sont plus déterminés par des facteurs cognitifs que par une réponse physiologique à l'alcool.

Attentes face à l'alcool et désinhibition: sexualité et agressivité

Parmi les effets que la sagesse populaire attribue à l'alcool figurent la désinhibition sexuelle et la stimulation de l'agressivité. Beaucoup de recherches ont examiné ces deux aspects.

A. La sexualité

Dans le domaine de la sexualité, des observations ont été faites sur des sujets exposés à un matériel stimulant sexuellement pendant qu'ils buvaient. Pour les hommes comme pour les femmes, une augmentation de la dose d'alcool s'accompagne d'une diminution de l'excitation physiologique du

sexe, c'est-à-dire une diminution du gonflement du pénis pour les hommes, de l'engorgement vaginal pour les femmes (Briddell & Wilson, 1976; Malatesta et al., 1982; Wilson & Lawson, 1976b, 1978; Wilson & Lawson, 1978). Concernant l'effet des attentes face à l'alcool sur l'excitation sexuelle, un effet significatif a été trouvé chez les hommes qui, croyant consommer de l'alcool, ont rapporté une excitation subjective et ont effectivement eu une érection (Abrams & Wilson, 1983; Briddell et al., 1978; Wilson & Lawson, 1976a). Comme pour les hommes, les femmes qui croient consommer de l'alcool font état d'une excitation sexuelle subjective accrue, mais, contrairement aux hommes, les indices physiologiques (engorgement vaginal) indiquent le contraire (Wilson & Lawson, 1978).

Deux autres études révèlent une autre différence entre les hommes et les femmes. Lang et al. (1980) trouvèrent que des hommes non alcooliques qui éprouvent une grande culpabilité par rapport au sexe passent plus de temps à visionner des diapositives érotiques quand ils croient boire de l'alcool que ceux qui croient boire un tonic. Mais, pour les femmes, Lauerman, Adesso, et Lang (1982; voir Adesso, 1985) ne trouvèrent aucun effet imputable à la manipulation des attentes sur la durée des visionnements.

Ce qui ressort de ces études, c'est que le rôle des attentes face à l'alcool au sujet de l'excitation sexuelle semble plus clair chez les hommes que chez les femmes. Ces études montrent aussi, autant pour les hommes que pour les femmes, que l'action chimique (pharmacologique) de l'alcool ne suffit pas pour expliquer l'effet de l'alcool sur le comportement sexuel, mais qu'il est im-

portant de tenir compte des facteurs cognitifs. Ceci est également vrai pour les autres drogues. Solow et Solow (1986) qui ont étudié l'effet de différentes drogues (marijuana, cocaïne, alcool, amphétamines, narcotiques, et tranquillisants) sur la sexualité des adolescents, notent que l'effet des drogues consommées dans le but d'accroître la satisfaction sexuelle est généralement déterminé par les attentes des consommateurs. Ceux qui s'attendent à être sexuellement stimulés ont de plus grandes chances d'obtenir des sensations sexuelles accrues que ceux qui manifestent des attentes moins intenses.

B. L'agressivité

L'alcool est très souvent associé à des comportements agressifs et violents (Mayfield, 1976), à l'homicide (Virkkunen, 1974), au suicide (Buglass & McCulloch, 1979), aux crimes et agressions d'ordre sexuel (voir Wilson et Niaura, 1984), et à des crimes de toutes sortes (Sobell & Sobell, 1975a).

Les recherches divergent au sujet des effets pharmacologiques et non pharmacologiques de l'alcool sur l'agressivité (Goldman et al., 1987). Toutes s'accordent cependant pour affirmer que les attentes jouent un certain rôle. Lang et al. (1975), se servant d'un modèle de "placebo adéquat", trouvèrent un lien significatif entre les attentes face à l'alcool et des comportements agressifs. Au cours de l'expérience, les sujets, des hommes considérés comme de gros buveurs sociaux, étaient provoqués ou pas par un complice qui les injurait. Les sujets avaient la possibilité de donner des "chocs électriques", supposément administrés au complice. Les résultats montrèrent que les sujets qui croyaient avoir consommé de l'alcool étaient plus agressifs que ceux qui

croyaient avoir bu un breuvage non alcoolisé. L'intensité de l'agressivité était accrue par la provocation dans tous les cas, peu importe la boisson consommée.

Toutefois, le problème est plus complexe car il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu. Entre autres facteurs, il y a des facteurs personnels, l'éventualité d'une vengeance, la dose, la quantité et le genre d'alcool consommé ainsi qu'une gamme d'autres attentes éprouvées par le sujet au même moment (voir Goldman et al., 1987).

Attentes face à l'alcool et émotion

Dans les milieux populaires, l'alcool a de tout temps été considéré à la fois comme un dépresseur capable de réduire l'anxiété et la tension, et un stimulant de l'humeur. Cette croyance a pour corollaire que les gens boivent plus quand ils sont anxieux.

Les milieux scientifiques font des recherches pour confirmer ou infirmer la croyance populaire. Des études ont été consacrées à l'alcool réducteur de tension (voir Cappell, 1975; Cappell & Greeley, 1987), d'autres ont examiné si l'alcool produit un effet positif sur l'humeur (voir Freed, 1978; Marlatt, 1987).

Ces études affichent des résultats contradictoires. Polivy et al. (1976) évaluèrent le niveau d'anxiété rapportée par des étudiants dans un contexte de menace de choc électrique. Ceux qui reçurent de l'alcool se montrèrent moins anxieux que ceux qui ne reçurent qu'un breuvage de vitamine C. Mais ceux à qui on avait fait croire qu'ils avaient consommé de l'alcool rap-

portèrent se sentir plus anxieux que ceux qui pensaient avoir consommé le breuvage de vitamine C.

L'évaluation dans un contexte d'anxiété sociale fut conduite par Abrams et Wilson. Dans une première expérience (Wilson & Abrams, 1977), l'on demandait à des sujets masculins de produire une impression favorable sur une femme qui jouait le rôle de complice. Celle-ci ne réagissait pas, ni de façon verbale, ni de façon non verbale. Les sujets qui croyaient avoir bu de l'alcool eurent un rythme cardiaque moins accéléré et rapportèrent une anxiété moins élevée que ceux qui croyaient qu'ils n'en avaient pas bu. La même expérience avec des sujets féminins qui devaient produire la meilleure impression possible sur un complice masculin aboutit à des résultats opposés (Abrams & Wilson, 1979). L'on remarqua une accélération cardiaque et une conductibilité de la peau plus élevées chez les femmes convaincues d'avoir consommé de l'alcool que chez celles croyant n'en avoir pas consommé du tout. De plus, les premières eurent une cote d'anxiété plus élevée sur des mesures de comportement social.

Cette diversité des résultats se retrouve au niveau de l'humeur. D'un côté, Vuchinich (1978; voir Brown, 1981) étudia les effets de l'alcool sur la gaieté en examinant le comportement et l'auto-description des sujets qui étaient des buveurs sociaux. En écoutant des enregistrements humoristiques, les sujets qui croyaient avoir consommé de l'alcool rirent plus que ceux qui croyaient avoir pris un breuvage non alcoolisé. Mais l'auto-description des sujets montra des résultats partagés: l'évaluation personnelle était à la fois due

aux attentes face à l'alcool et à la consommation réelle d'alcool. De l'autre côté, Connors et Maisto (1979), McCollam et al. (1980), trouvèrent que seule la consommation réelle d'alcool a un effet significatif sur l'humeur.

Pour expliquer cette disparité des résultats, les chercheurs mettent l'accent sur la différence des conditions d'expérimentation (Marlatt et Rohsenow, 1980) et sur la multiplicité des facteurs qui entrent en ligne de compte (Goldman et al., 1987).

Il faut noter que les mêmes divergences apparaissent dans les recherches concernant la performance motrice et cognitive. Ici, les attentes seules semblent jouer un rôle encore moins important que la consommation effective d'alcool, (c'est-à-dire l'effet pharmacologique de l'alcool), ou que l'interaction entre les attentes et la consommation (voir Adesso, 1985; Goldman et al., 1987; Marlatt et Rohsenow, 1980). Marlatt (1987) attribue ces résultats à la réponse "biphasique" (biphasic response) à l'alcool. Cela signifie que, à faible dose, l'alcool facilite la sensibilité alors que, à des doses plus élevées, il inhibe et retarde la performance.

En résumé, malgré la diversité des méthodes et des résultats, les études et les recherches en laboratoire passées en revue révèlent que les attentes jouent un rôle non négligeable dans la consommation d'alcool, les comportements agressifs, l'humeur, et l'excitation sexuelle subjective. L'effet des attentes sur l'anxiété est partagé, alors qu'il semble de peu d'importance au niveau de la performance motrice et cognitive.

Les attentes face à l'alcool varient elles-mêmes avec un certain nombre de facteurs. Les principaux sont: les variables socio-culturelles et démographiques, les habitudes de consommation passées et présentes, le contexte de la consommation (seul ou avec d'autres), les effets pharmacologiques et physiologiques en rapport avec les différences individuelles, telles que la tolérance, la sensibilité et les prédispositions génétiques (Brown, 1981; Marlatt, 1987).

Spécificité des attentes face à l'alcool

Une fois reconnue l'importance des attentes face aux drogues, il restait à préciser leur contenu. Brown et ses collègues de Wayne State University (1980) mirent au point un questionnaire, l'AEQ, (Alcohol Expectancy Questionnaire), qui se révéla un bon instrument pour spécifier les attentes face à l'alcool.

L'AEQ permet de délimiter six facteurs principaux. Quatre des six facteurs coïncident avec ceux trouvés par les recherches empiriques utilisant le modèle du "placebo adéquat". Il s'agit de: (1) la stimulation sexuelle ("je suis plus sensible sexuellement après quelques verres"; "je me sens souvent plus sexy après quelques verres"); (2) la stimulation des sentiments de puissance et d'agressivité ("après quelques verres, c'est plus facile de commencer une querelle"; "je me sens plus fort quand je bois, comme si je pouvais influencer les autres"); (3) la facilitation de l'affirmation au niveau social ("si je prends un ou deux verres, c'est plus facile d'exprimer mes sentiments"; "quelques verres rendent la conversation plus facile"); (4) la réduction de la tension ("l'alcool me

permet de m'endormir plus facilement; "l'alcool me permet un meilleur sommeil"). Ces facteurs corroborent des théories motivationnelles dont celle de McClelland qui a énoncé l'hypothèse de la recherche de puissance chez les alcooliques (McClelland et al., 1972) ainsi que les différentes variantes de la théorie considérant l'alcool comme un puissant réducteur de tension.

Les deux autres facteurs sont nouveaux dans la littérature relative aux attentes face à l'alcool. Ils font ressortir des attentes globales. Le premier indique que l'alcool est perçu comme un agent positif de changement ("boire nous fait voir la vie en rose"; "l'alcool agit comme par magie"), le deuxième montre que les gens attendent de l'alcool une stimulation du plaisir physique et social ("prendre quelques verres est une bonne manière de célébrer des occasions spéciales"; "boire ajoute une certaine chaleur dans les relations sociales").

L'AEQ se révèle intéressant parce qu'il montre l'importance de ces facteurs généraux qui, en accaparant 67% de la variance, indiquent la solidité de la croyance qui prend l'alcool comme un agent "magique" capable de transformer certaines expériences (particulièrement les expériences sociales et physiques) en expériences plus positives. Il permet également aux sujets de verbaliser leurs attentes vis-à-vis de l'alcool.

Depuis dix ans, de nombreux chercheurs se sont servi de l'AEQ dans leurs études (Brown, 1981; Brown, 1985a; 1985b; 1985c; Brown et al., 1985; Brown, Christiansen, & Goldman, 1987; Brown, Creamer, & Stetson, 1987;

Christiansen et al., 1985; Connors et al., 1986; Zarantonello, 1986). Leurs résultats recoupèrent ceux de Brown et al. (1980).

Utilité de la connaissance des attentes face à l'alcool

La connaissance des attentes face à l'alcool constitue un pas important dans l'effort de compréhension de l'alcoolisme, ainsi que dans la prévention et l'établissement d'un pronostic de traitement. Goldman et al. (1987) affirment avoir acquis la certitude que les attentes peuvent prédire avec succès les comportements de consommation, à tous les niveaux du continuum de consommation, du début de la consommation chez les adolescents jusqu'à l'alcoolisme de l'âge adulte.

Déjà en 1980, Brown, Goldman, Inn, et Anderson remarquaient que les abstinents ou les buveurs légers manifestent des attentes globales tandis que les gros buveurs attendent une plus grande stimulation de la sexualité et du comportement agressif. Deux études menées auprès des adolescents (Christiansen et Goldman, 1983; Christiansen et al., 1982) montrent que les attentes prédisent les habitudes de consommation chez les adolescents mieux que les autres facteurs reconnus comme de puissants prédicteurs dans la littérature (âge, sexe, statut socio-économique, appartenancé ethnique, affiliation religieuse, attitude et comportement des parents, présence d'un alcoolique dans la famille, etc.). L'étude de Christiansen et Goldman (1983) utilisa l'AEQ - A (Alcohol Expectancy Questionnaire for Adolescents) pour évaluer les attentes des adolescents. Celles-ci sont au nombre de sept et comprennent des attentes négatives. Les voici: (1) L'alcool est un puissant agent de transformation;

(2) L'alcool peut stimuler ou inhiber le comportement social; (3) L'alcool améliore le fonctionnement cognitif et moteur; (4) L'alcool stimule la sexualité; (5) L'alcool provoque une détérioration du fonctionnement cognitif et comportemental; (6) L'alcool accroît l'activation (arousal); (7) L'alcool favorise la relaxation et la réduction de tension.

Dans cette étude, les attentes d'une stimulation du comportement social prédisent une consommation sociale fréquente, tandis que les attentes d'une amélioration du fonctionnement cognitif et moteur prédisent une consommation problématique chez les adolescents. Dans la même ligne de recherche, Canter (1984) trouva que, parmi cinquante variables considérées comme des prédicteurs possibles, l'attente d'une stimulation du comportement social constituait le meilleur facteur de discrimination entre les non-buveurs et les buveurs légers parmi les étudiants collégiaux. Il trouva en même temps que, juste après le nombre d'arrestations, la consommation des pairs et le divorce ou la mort d'un parent, ce sont les attentes de stimulation du comportement social et de la sexualité qui discriminaient le mieux les cas lourds de consommation chez les étudiants collégiaux.

Une étude similaire de Brown (1985b) révéla que les gros buveurs sociaux avaient des attentes relatives à la stimulation du plaisir physique et social, alors que les attentes de réduction de tension constituaient le plus fort prédicteur chez les buveurs à problèmes.

Pour les adultes, Brown et al. (1985) comparèrent les attentes des alcooliques en traitement avec celles d'autres patients non alcooliques, divisés

en groupes de gros buveurs et de buveurs légers. Les alcooliques eurent les scores les plus élevés sur les échelles des attentes et ils étaient suivis de près par les patients gros buveurs. Par contre les patients qui n'étaient pas de gros buveurs eurent des scores très bas par rapport aux deux autres groupes. Des résultats similaires furent trouvés dans une population d'étudiants collégiaux classés comme gros buveurs, buveurs modérés, et buveurs occasionnels (Brown et al., 1985) et chez les adolescents alcooliques en traitement (Brown, Creamer, & Stetson, 1987).

Au niveau du suivi du traitement, Brown (1985c) découvrit une corrélation entre les attentes et le résultat du traitement un an après celui-ci et remarqua que les attentes prédisent à la fois l'abstinence après le traitement et la participation à des séances de postcure et à des rencontres des A.A.

Différences individuelles et hypothèses

Différences individuelles

Comme il a déjà été signalé, les attentes face à l'alcool sont influencées par un certain nombre de facteurs. Ceux qui ont été le plus étudiés sont les habitudes (patterns) de consommation (quantité et fréquence de la consommation), le sexe, le contexte social et environnemental de la consommation (seul, avec des amis, avec des connaissances, en famille, dans un bar...), et le statut marital.

Concernant les habitudes de consommation, il a été remarqué que les attentes sont d'ordre général (attentes globales) chez les buveurs les moins

expérimentés, mais qu'elles deviennent plus spécifiques et plus fortes chez les gros buveurs et les alcooliques (Brown, 1981; Brown et al., 1980; Connors et al., 1986; Rohsenow, 1983).

Le sexe est une autre variable qui influence les attentes face à l'alcool (Brown et al., 1980; Goldman et al., 1987; Rohsenow, 1983). Avec une consommation modérée, les femmes attendent plus de plaisir social que les hommes qui, eux, attendent une stimulation du comportement agressif. Les hommes alcooliques ont plus d'attentes positives spécifiques que les femmes alcooliques, mais celles-ci manifestent des attentes semblables pour ce qui est de la stimulation sexuelle et des attentes plus élevées pour les effets négatifs de l'alcool.

L'influence du contexte social et physique sur les attentes a, elle aussi, été examinée. Brown (1981; 1985a) a trouvé que les alcooliques qui boivent dans un contexte environnemental impersonnel (exemple: dans un bar, avec des étrangers) ont des attentes positives plus élevées que les alcooliques qui boivent habituellement dans un contexte familial. Une exception, cependant: les alcooliques croient fermement que l'alcool aide à baisser la tension quand ils boivent en compagnie des membres de leurs familles. Le contexte physique ne semble pas avoir une grande influence sur cette attente particulière.

Finalement, Connors et al. (1986) ont vérifié l'existence possible d'une corrélation entre les attentes et le statut marital. Ils ont trouvé trois corrélations significatives: les alcooliques mariés ont tendance à avoir des scores

plus bas sur l'échelle de la stimulation sexuelle, mais ils ont des scores plus élevés sur celle du plaisir physique et social. Les buveurs problématiques manifestent les mêmes attentes sur ce dernier point.

Un autre facteur qui peut avoir une grande influence sur les attentes face à l'alcool mais qui n'a pas encore fait l'objet de recherches poussées, c'est la consommation combinée d'alcool et d'autres drogues, la polytoxicomanie.

Ce phénomène est relativement récent et il est encore mal connu. D'ores et déjà, cependant, d'aucuns (Clayton, 1986; Cohen, 1982) s'accordent pour dire qu'il prend de l'ampleur de jour en jour. Selon ces mêmes auteurs, la classification des toxicomanes par catégories rigides (alcooliques, cocaïnomanes, héroïnomanes, dépendants des médicaments, etc.) est en train d'être révolue. Aujourd'hui, il est de plus en plus question de gens qui consomment un produit de base de leur préférence, mais qui y ajoutent une variété d'autres selon la disponibilité des produits, leur prix, la situation sociale des usagers, l'usage du groupe auquel ils appartiennent. Une étude conduite au Pavillon Jellinek à Hull (Carle et al., 1987) indique clairement la nouvelle tendance. Sur les 217 sujets de la recherche, le tableau se présente comme suit: hommes: alcool: 43%, drogue: 22%, polytoxicomanie (alcool + drogue): 32%, médicaments: 2%; femmes: alcool: 34 %, drogue:14%, polytoxicomanie (alcool+drogue): 32%, médicaments: 20%.

Les raisons qui poussent à la polytoxicomanie sont nombreuses, mais Clayton (1986) signale quatre principales: (1) amplifier les effets d'un autre produit; (2) contrecarrer les effets d'une autre substance; (3) servir de substi-

tut à des produits habituellement consommés mais qui ne sont pas accessibles; (4) se conformer aux normes existantes pour l'usage des psychotropes. La raison invoquée le plus souvent pour expliquer la consommation simultanée de plusieurs produits est le désir d'amplifier les effets d'une substance psychotrope de base. Par exemple, l'alcool étant un dépresseur du système nerveux central (SNC), la consommation d'autres dépresseurs comme les narcotiques, les sédatifs, les tranquillisants mineurs, ou les solvants volatils en association avec l'alcool aura pour effet d'amplifier l'effet dépresseur de celui-ci. Les polytoxicomanes qui consomment tout ce qui leur tombe sous la main sont appelés des "tête-poubelle" (garbage heads) et on dit qu'ils sont engagés dans le "syndrome de tête-poubelle" (garbage head syndrome). Ils ne représenteraient, cependant, qu'une petite proportion de tous les toxicomanes.

L'ingestion simultanée de plusieurs drogues produit des effets d'interaction. Ceux-ci n'ont pas encore été beaucoup explorés. Il y a un grand vide dans ce domaine et un besoin urgent de recherche et de diffusion de l'information obtenue se fait sentir sérieusement (Witters et Venturelli, 1988). Ce qui est connu actuellement c'est que l'interaction de plusieurs drogues peut être synergique ou antagoniste. L'effet synergique se produit quand deux drogues agissent de façon similaire. "La synergie exprime l'action d'une substance par rapport à une autre. En général, la deuxième substance augmente la rapidité d'absorption, l'intensité des effets ou sa durée. Lorsque les effets sont additifs, on parle de synergie additive. Lorsque les effets de l'absorption de deux substances ensemble deviennent plus importants que les effets séparés des deux composés, on dit qu'il y a potentialité" (Bonnardeaux, 1983, pp. 63-

64). La potentialité est aussi appelée supra-additivité. L'effet antagoniste a lieu quand deux drogues ont des effets opposés.

En polytoxicomanie, le choix des produits est très variable, mais, de l'avis de Cohen (1982), de tous les scénarios possibles celui qui implique l'alcool comme produit de base est le plus fréquent et, probablement, le plus dangereux. Il ajoute que la plupart des drogues ont des effets additifs ou supra-additifs quand elles sont consommées en association avec l'alcool. Reynaud (1984) va dans le même sens en affirmant que l'association de plus en plus fréquente d'autres drogues à la consommation d'alcool est considérée comme un des éléments les plus marquants de l'évolution récente. Corrigan (1985), dont les affirmations s'appuient sur les données fournies par le "Drug Abuse Warning Network" (DAWN) qui collecte les données des salles d'urgence de tous les Etats-Unis depuis 1972 et sur les rapports du Département de la Santé, de l'Education et du Bien-Etre Social, renchérit en révélant des faits inquiétants. Il rapporte que l'alcool combiné à une autre drogue est la catégorie de polytoxicomanie la plus fréquemment mentionnée dans les salles d'urgence; que cette combinaison a été identifiée comme l'une des têtes de séries de toutes les causes de décès signalées par les services de santé dans les cas de surdoses fatales; que la plupart de ces surdoses impliquant l'alcool et d'autres drogues sont accidentelles mais qu'elles sont jugées être à l'origine de plusieurs milliers de décès chaque année et de plus de 47 000 entrées dans les salles d'urgence. Pour ce qui est des intentions de suicide dues aux surdoses, presque la moitié des femmes admises dans les salles d'urgence pour excès de consommation de drogues mentionnent l'intention suicidaire comme motif de

surdose, alors que seulement un peu plus d'un quart des hommes donnent ce motif. La combinaison alcool-drogues est consommée approximativement par un tiers des hommes et des femmes dans ces cas de tentative de suicide.

Les effets pharmacologiques et psychologiques de l'association alcool et autres drogues commencent à attirer l'attention des chercheurs. C'est surtout l'association alcool-marijuana qui a fait l'objet de recherches assez poussées. Après un bon relevé de la littérature, Chesher (1986) tire un certain nombre de conclusions dont trois sont pertinentes pour notre sujet:

1. Les études épidémiologiques indiquent que le THC (le Tetrahydrocannabinol, qui est l'élément chimique du marijuana) est rarement trouvé seul dans le sang des conducteurs morts par accident de route. Dans la majorité des cas, il est combiné à l'alcool.
2. Chacune des deux drogues (alcool et marijuana) produit des handicaps (impairments) dans les tâches de performance. Quand elles sont prises ensemble, l'effet est généralement additif et il va dans le sens de l'amplification du handicap.
3. Plusieurs résultats suggèrent un effet antagoniste quand les deux drogues sont prises à faibles doses.

Tout récemment, une recherche expérimentale de Perez-Reyes et al. (1988) confirma ces conclusions. La recherche se proposait d'étudier les effets de l'interaction entre l'alcool et la marijuana sur les aptitudes nécessaires à la conduite d'une automobile ou à la manipulation d'une machine de précision.

Les facultés qui ont fait l'objet de l'observation sont l'attention, la mémoire, la reconnaissance des formes, la prise de décision, et le temps de réaction. Les résultats de l'expérience indiquent clairement que: (a) la marijuana seule produit une réduction significative dans l'exactitude et le maintien du temps de réaction; (b) une petite dose d'alcool pris seul ne produit pas de changements significatifs dans la performance psychomotrice ou la stimulation des effets de la marijuana; (c) la combinaison d'une dose importante d'alcool avec la marijuana produit des effets additifs de ralentissement de la performance, effets qui peuvent être supra-additifs.

Les effets psycho-sociaux de l'interaction entre l'alcool et les autres substances sont moins clairs que les effets pharmacologiques. Les attentes face à la combinaison des deux encore moins. Cohen (1982) signale qu'il n'existe pas de recherches au sujet des effets de la consommation simultanée d'alcool et d'autres drogues sur la sexualité. Pour ce qui est de la violence et de l'agressivité, il indique que les effets de l'interaction de plusieurs substances sur le crime sont extrêmement complexes et que les combinaisons ont été très peu explorées dans le but d'examiner leur capacité d'induire la violence. Néanmoins, il cite l'une ou l'autre étude qui a trouvé que la combinaison d'alcool et de barbituriques produit des niveaux élevés de comportements agressifs. Dans l'étude menée au Pavillon Jellinek (Carle et al., 1987) une analyse comparative des profils de trois types de consommateurs (alcool, drogue, polytoxicomanie) a démontré des différences significatives dans l'état des sujets au moment de leur admission au traitement (notamment leur santé mentale), les problèmes reliés à leur consommation, et leur stabilité sociale. Dans

les trois cas, les polytoxicomanes ont obtenu des scores plus élevés que les autres: leur état était plus détérioré, ils avaient plus de problèmes (physiques, cognitifs et sociaux) et ils manifestaient plus d'instabilité sociale.

Formulation des hypothèses

Le premier chapitre a examiné l'importance des attentes et les différences liées à l'ampleur de la consommation et au sexe des sujets. Considérant la croissance de la polytoxicomanie, il serait intéressant de savoir si les alcooliques polytoxicomanes ont des attentes différentes de celles des alcooliques "purs" ou monotoxicomanes.

Notre recherche est descriptive et nous ne disposons pas d'éléments suffisants pour formuler des hypothèses très fermes. Cependant, nous sommes en mesure de supposer qu'il pourrait exister des différences dans les attentes face au(x) produit(s) consommé(s), différences liées aux types de toxicomanie et au sexe. Notre objectif est de vérifier:

- 1) Si, face à l'alcool, les attentes des alcooliques monotoxicomanes, c'est-à-dire des consommateurs d'alcool seulement, diffèrent de celles des alcooliques polytoxicomanes, c'est-à-dire des consommateurs d'alcool et de drogues, et des consommateurs d'alcool, de drogues, et de médicaments.
- 2) Si les attentes des hommes diffèrent de celles des femmes.

Chapitre II

Méthodologie

Le deuxième chapitre est consacré à la présentation des sujets, à la description des instruments de mesure et au déroulement de l'expérimentation.

Sujets

Les sujets qui ont participé à la recherche sont au nombre de 146, mais seulement 92, qui répondaient à toutes les exigences de la recherche, ont été retenus. Parmi ceux-ci, 72 (78%) sont des hommes, 20 (22%) sont des femmes. Tous sont des canadiens français, sauf un dont la langue première est l'anglais, mais c'est un parfait bilingue.

L'âge moyen de tous les sujets est de 33 ans (minimum 19 ans, maximum 60 ans), alors qu'il est de 28 ans pour les femmes (minimum 19 ans, maximum 40 ans) et de 34 ans pour les hommes (minimum 19 ans, maximum 60 ans). Pour le statut civil, on dénombre 61 sujets (66%) qui sont célibataires, 11 (12%) qui sont mariés, 19 (21%) qui sont divorcés ou séparés et 1(1%) qui est veuf. Ils ont une scolarité moyenne de 10.70 ans (minimum 5 ans, maximum 18 ans). Ceux qui ont un emploi sont au nombre de 38 (41%) contre 54 (59%) qui sont sans emploi. Le revenu varie de la catégorie 1 (\$ 0 - 999) qui totalise 6% de l'échantillon à la catégorie 8 (\$ 50 000 et plus) avec 1%, le mode se situant à la catégorie 4 (\$ 12 000 - 19 999) où se placent 29% de la population de recherche. En ce qui concerne les produits consommés, 32 sujets (35%) consomment l'alcool, 31 (34%) consomment l'alcool et la drogue, 29

(31%) s'adonnent à l'alcool, la drogue et les médicaments. Pour ce qui est du contexte social de la consommation, la plupart consomment seuls et/ou avec des amis, rares étant ceux qui consomment avec les membres de leur famille.

Instruments de mesure

L'instrument choisi pour mesurer les attentes face à l'alcool est l'AEQ (Alcohol Expectancy Questionnaire). De plus un petit questionnaire portant sur les données socio-démographiques tels que le sexe, l'âge, le statut civil, la scolarité, le revenu, et les produits consommés, accompagnait l'AEQ.

L'AEQ a été mis au point par une équipe de recherche du Wayne State University (Brown et al., 1980). Il comprend deux formes: une pour adultes, une autre pour adolescents. Le questionnaire pour adultes compte 90 questions auxquelles on répond par "D'accord" ou "Pas d'accord". La première étape dans la confection du questionnaire consista à faire des entrevues individuelles et en groupes auprès de 125 personnes adultes dont les habitudes de consommation allaient de non buveurs à buveurs chroniques. Cette étape avait pour objectif d'explorer toute la gamme des attentes relatives aux effets renforçateurs de l'alcool. La deuxième étape fut la composition du questionnaire initial à partir des affirmations recueillies dans les entrevues. En tout 216 items furent formulés. Par la suite, ils furent réduits à 90. Grâce à l'analyse factorielle, la troisième et dernière étape permit d'extraire six facteurs importants (sept pour le questionnaire des adolescents qui fut confectionné plus tard) comptant pour 51.3% de la variance totale.

Normalisation

Etant un nouvel instrument de mesure, l'AEQ exigeait une normalisation. Celle-ci fut faite aussi bien pour les adolescents que pour les adultes (Brown, Christiansen et Goldman, 1987). Pour les adolescents, les scores furent établis à partir de trois groupes d'adolescents alcooliques en traitement interne (âgés de 12 à 19 ans) et d'un échantillon de 1580 étudiants de niveau secondaire et collégial. Les scores des adultes proviennent de 410 alcooliques (âgés de 21 à 69 ans) répartis dans sept programmes de traitement et de 440 adultes (âgés de 18 à 59 ans) qui suivaient des cours du soir. Pour les adultes, les scores moyens et les écarts types se présentent comme suit. Facteur 1 (changements positifs globaux): population générale: 9.85 (8.55), alcooliques en traitement: 14.54 (5.38). Facteur 2 (stimulation sexuelle): population générale: 2.50 (2.49), alcooliques en traitement: 3.13 (2.12). Facteur 3 (plaisir physique et social): population générale: 5.50 (2.55), alcooliques en traitement: 6.57 (2.01). Facteur 4 (affirmation sociale): population générale: 5.44 (3.82), alcooliques en traitement: 7.53 (3.05). Facteur 5 (relaxation et réduction de la tension): population générale: 5.19 (2.80), alcooliques en traitement: 6.15 (2.19). Facteur 6 (stimulation de l'agressivité): population générale: .88 (.75), alcooliques en traitement: 1.10 (.72). Il est à noter que l'ordre des facteurs varie parfois selon les auteurs (Brown et al., 1980; Brown, Christiansen et Goldman, 1987).

L'on remarque que, pour tous les facteurs, les buveurs excessifs et les alcooliques obtiennent des scores plus élevés que les buveurs occasionnels ou les modérés.

Validité

A. Validation prédictive

De nombreuses études et recherches menées auprès des adolescents (Christiansen et al., 1982, 1985; Christiansen et Goldman, 1983; Brown, Creamer et Stetson, 1987) et auprès des adultes (Brown, 1985b; Brown et al., 1980; Rohsenow, 1983) et des consommateurs abusifs (Brown, 1985a; Brown et al., 1985; Connors et al., 1986) ont prouvé avec constance qu'il existe une relation entre les attentes face à l'alcool et la consommation d'alcool. Toutes ces études et recherches ont ainsi confirmé la validité de l'Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ).

Quelques chercheurs ont aussi examiné la possibilité de prédire des comportements observables à partir des attentes face à l'alcool. En laboratoire, Rohsenow et Bachorowski (1984) et Sher (1985) ont observé que les questionnaires sur les attentes peuvent aider à prédire des comportements ultérieurs. Christiansen et al. (1985) ont remarqué que l'intensité des attentes face à l'alcool varie en fonction de l'âge et des habitudes de consommation. Les résultats de leur étude montrèrent que les attentes de relaxation, d'activation (arousal) et de facilitation sociale deviennent plus fortes avec l'âge et l'expérience de la consommation chez les adolescents, mais que l'attente d'un meilleur fonctionnement cognitif et moteur augmente puis diminue en intensité dans un échantillon d'adolescents pris dans la population générale alors qu'elle reste élevée chez des adolescents qui ont des problèmes d'alcool. Après avoir comparé les résultats des adolescents et ceux des adultes alcooliques en traitement, les auteurs conclurent qu'un niveau élevé de cette dernière attente peut avoir une signification pronostique, et peut-être étiologique, pour le dé-

veloppement de l'alcoolisme. Brown (1985c) testa le pouvoir de l'AEQ à prédire l'issue d'un traitement de cas d'alcoolisme. Elle remarqua que les scores sur les échelles d'attentes pouvaient augmenter la prédiction quant à la consommation après un an de traitement. Analysant le succès d'un traitement d'alcoolisme en service interne, elle trouva que des attentes plus limitées de réduction de tension étaient associées à l'abstinence totale ($r=.710$) et au nombre de jours sans problèmes provoqués par la consommation d'alcool ($r=.532$).

B. Validité interculturelle

Christiansen et Brown (1985: voir Brown, Christiansen et Goldman, 1987) ont comparé les attentes de 168 adolescents irlandais (de Dublin) à celles de 168 adolescents américains (de Détroit), appariés selon l'âge et le sexe. Les scores des différentes échelles indiquèrent que les deux groupes considèrent de la même façon l'alcool comme un agent puissant. Ils n'ont pas trouvé de différence entre les totaux des scores d'attentes au niveau des groupes. Les différences observées sont attribuables aux différences religieuses et culturelles. Ainsi, les adolescents irlandais attendent de l'alcool plus de stimulation de l'agressivité mais moins de stimulation sexuelle que leurs pairs américains.

C. Validité discriminante

Des recherches récentes auprès des populations alcooliques (Brown, 1985a; Brown et al., 1985; Connors et al., 1986), ont toutes démontré que les attentes possèdent un grand pouvoir de discrimination autant chez les adolescents que chez les adultes et que l'AEQ est un instrument adéquat pour mesurer les différentes attentes. Cependant, il était important de savoir si l'AEQ ne

mesure pas d'autres construits que les conséquences attendues suite à la consommation d'alcool. Deux construits qui pourraient être mesurés par l'AEQ sont la désirabilité sociale et la déviance.

A propos de la relation entre attentes et désirabilité sociale, l'on peut présumer que certains effets anticipés de la consommation d'alcool peuvent être plus socialement acceptables que d'autres. Par exemple, la facilitation sociale est socialement plus acceptable que l'agressivité. Dès lors les sujets pourraient être portés à se présenter sous un jour socialement acceptable en exprimant ces attentes acceptables socialement et en cachant celles qui ne le sont pas. La relation entre la désirabilité sociale et les attentes face à l'alcool fut testée par Brown, Christiansen et Goldman (1987). Pour ce faire, ils administrèrent les deux formes de l'AEQ (pour adolescents et pour adultes) et une forme abrégée du SDS (Social Desirability Scale) de Marlowe-Crowne à 324 étudiants et étudiantes de collège. L'ordre de présentation des différents questionnaires aux sujets était fixé par le hasard. Les corrélations entre l'échelle de désirabilité sociale (SDS) et les échelles des attentes de l'AEQ (Alcohol Expectancy Questionnaire) allèrent de .01 à -.16 avec une corrélation moyenne de -.14 pour le questionnaire de l'AEQ pour adultes et de -.09 pour celui pour adolescents. Ces corrélations indiquent tout au plus une faible relation inverse entre les attentes par rapport à l'alcool et la désirabilité sociale. Ceci permet d'affirmer que les échelles de l'AEQ sont suffisamment indépendantes de l'influence de la désirabilité sociale.

La relation entre les attentes et la déviance fut aussi examinée car la consommation d'alcool est souvent associée à la délinquance chez les adolescents. L'étude porta sur une population d'adolescents divisée en quatre groupes: 85 non buveurs, 123 buveurs légers, 103 buveurs lourds, tous choi-

sis dans des classes régulières, et 43 adolescents délinquants. Si l'AEQ mesure principalement la délinquance, l'on s'attend à ce que les adolescents délinquants obtiennent les scores les plus hauts. Si, au contraire, il mesure surtout les attentes face à l'alcool, les adolescents buveurs excessifs devraient obtenir les scores les plus élevés. Les quatre groupes présentèrent des différences significatives sur six des sept échelles que compte le questionnaire pour adolescents. Le groupe des adolescents buveurs excessifs eut la cote la plus élevée sur six échelles. Le groupe des délinquants fut le plus élevé sur la seule échelle des handicaps comportementaux et obtint la même cote que les buveurs légers sur les autres échelles. La preuve était ainsi faite que l'AEQ ne mesure pas la délinquance.

Fidélité

La fidélité de l'AEQ a été attestée par la vérification de sa consistance interne et par la méthode test-retest. La consistance interne fut testée sur les échelles du questionnaire pour adultes et de celui pour adolescents par le calcul des coefficients alpha. Les échelles du questionnaire pour adultes affichent des coefficients alpha variant entre .72 et .95 avec un coefficient moyen de .84. Pour les échelles du questionnaires pour adolescents, les variations vont de .47 à .82, avec .72 comme coefficient moyen de consistance interne. La consistance interne s'avère donc tout à fait acceptable pour les deux formes de l'AEQ.

Il faut noter que les 90 questions de l'AEQ n'interviennent pas toutes dans la délimitation des attentes face à l'alcool. Chacun des six facteurs a un nombre précis d'items, déterminés par l'analyse factorielle, qui évaluent les attentes spécifiques à ce facteur. Le résultat est obtenu en faisant la somme

des réponses affirmatives (celles où le sujet coche "D'accord") aux items mesurant les attentes pour chaque facteur.

Avec 28 items et 67% du poids total de tous les facteurs, même après la rotation, le facteur 1 qui révèle les attentes globales face à l'alcool, est de loin le plus important. Son coefficient alpha de consistance interne est de .950. Le facteur 2 totalise 9 items et possède un coefficient alpha de .769; il affirme que l'alcool stimule le plaisir physique et social. Le facteur 3 qui démontre que l'alcool accroît la performance et l'expérience sexuelles compte 7 items et obtient .887 de coefficient alpha. Le facteur 4 reconnaît à l'alcool une dimension de stimulation des sentiments de puissance et d'agressivité. Le facteur 5 attribue à l'alcool le pouvoir de produire des changements de personnalité conduisant à un comportement d'affirmation de soi. Ses items sont au nombre de 11 et son coefficient alpha est de .894. Le facteur 6 qui regroupe 9 items et qui a .819 de coefficient alpha, dit que l'alcool réduit la tension physique et émotionnelle en facilitant la relaxation. Dans le questionnaire initial, le facteur 4 ne comptait que 2 items et son coefficient alpha n'était que de .270. Par après, le nombre des items fut porté à 5.

Dans l'étude qui a spécifié les différents domaines des attentes, Brown et al. (1980) donnent le tableau des items les plus représentatifs avec leur poids dans le facteur concerné. En voici la traduction:

Les facteurs des attentes

Echantillonnage du questionnaire	Poids du facteur
Facteur 1	
Boire nous fait voir la vie en rose	.788
L'alcool agit comme par magie	.783
Après avoir bu, il me semble que j'agis avec plus de coordination	.776
Si je me sens limité de quelque manière, quelques verres m'aident à me sentir mieux	.739
L'alcool me rend plus intéressant	.694
Facteur 2	
Prendre quelques verres est une bonne manière de célébrer des occasions spéciales	.604
Boire est agréable parce que c'est agréable d'être avec des personnes qui s'amuse	.573
L'alcool me donne une bonne sensation	.538
Un peu d'alcool a un goût agréable, rafraîchissant et piquant	.520
Boire ajoute une certaine chaleur dans les relations sociales	.471
Facteur 3	
Je suis plus sensible sexuellement après quelques verres	.699
Je me sens souvent plus sexy après quelques verres	.614
Je suis plus romantique quand je bois	.597

Je suis un meilleur amoureux après quelques verres	.562
Pour moi il y a plus de plaisir sexuel après avoir pris de l'alcool	.509

Facteur 4

Si je me sens limité de quelque manière, quelques verres m'aident à me sentir mieux	.651
Après quelques verres, c'est plus facile de commencer une querelle	.466
Boire me donne de la couleur	.384
Je me sens plus fort quand je bois, comme si je pouvais influencer les autres	.335
Boire augmente l'agressivité chez les hommes	.323

Facteur 5

Si je prends un ou deux verres, c'est plus facile d'exprimer mes sentiments	.627
Quelques verres rendent la conversation plus facile	.624
Quand je bois, c'est plus facile de m'ouvrir et d'exprimer mes sentiments	.592
L'alcool me donne plus de confiance en moi	.590
Après quelques verres, je me sens moins timide	.589

Facteur 6

L'alcool me permet de m'endormir plus facilement	.678
L'alcool me procure un meilleur sommeil	.545
L'alcool diminue la tension musculaire	.477

L'alcool agit comme un anesthésiant, il diminue la douleur	.410
L'alcool me permet de moins me tracasser	.327

Les items sont ici présentés dans un ordre aléatoire.

Par ailleurs, la méthode test-retest confirma la fidélité de l'AEQ. Des étudiants de collège (moyenne d'âge: 18.8 ans) furent choisis pour le test et le retest. Le test consistait à compléter les deux formes de l'AEQ, c'est-à-dire la forme pour adolescents et celle pour adultes. Après un intervalle de huit semaines, les mêmes sujets complétèrent les mêmes questionnaires. L'on s'attendait à une fidélité modérée. Le coefficient moyen de fidélité au test-retest après huit semaines est de .64 pour les échelles du questionnaire pour adultes et de .52 pour les échelles du questionnaire pour adolescents. Ces résultats du test-retest suggèrent que, chez les étudiants du collégial, les scores des adolescents sont moins fidèles ou changent plus que les scores pour adultes.

Suite à l'examen des normes, de la validité et de la fidélité de l'AEQ, l'on peut conclure qu'il remplit les trois conditions posées par Brown, Christiansen et Goldman (1987). Tout d'abord, il est psychométriquement valable et il peut être généralisé aux différentes populations, qui vont du consommateur léger et occasionnel au buveur excessif et chronique. Ensuite, les attentes spécifiques mesurées reflètent bien le système des croyances de la population étudiée. Enfin, comme instrument de mesure des attentes, l'AEQ satisfait aux exigences de facilité à la fois pour la recherche et l'usage clinique: l'administration et la correction sont faciles et il est facile à comprendre pour les sujets.

Déroulement de l'expérimentation

L'expérimentation a eu lieu à Domrémy Trois-Rivières, au centre des services internes situé à Pointe-du-Lac. Domrémy est un centre d'accueil et de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Il est rattaché au réseau des établissements du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Le centre de Pointe-du-Lac a une capacité de 33 lits regroupés en trois unités, deux unités de 12 lits chacune pour les hommes et une unité de 9 lits pour les femmes. Le séjour des bénéficiaires qui reçoivent des services en interne dure de quatre à cinq semaines, mais avant l'admission, une cure de désintoxication et de sevrage dans un centre hospitalier est exigée de ceux qui en ont besoin. Les bénéficiaires restent en interne tout le temps de leur traitement. Ils peuvent, cependant, avoir quelques jours de congé chez eux.

L'expérimentation s'est déroulée en quatre étapes. La première consista à traduire l'AEQ en français et à faire revoir la traduction par des personnes ayant des compétences en traduction. La deuxième étape fut consacrée à établir des contacts avec les responsables de Domrémy afin d'obtenir d'eux l'autorisation d'administrer le questionnaire aux bénéficiaires. Après examen du questionnaire et des modalités de passation, spécialement en ce qui a trait à la confidentialité, l'accord fut donné. La troisième étape fut réservée à tester l'instrument avant de procéder à l'expérimentation elle-même. Comme il s'agissait de la traduction d'un questionnaire américain, une pré-expérimentation s'avérait nécessaire pour vérifier le degré de collaboration des bénéficiaires, l'intelligibilité des questions et la compréhension quant au vocabulaire. La collaboration se révéla fort intéressante et les suggestions des participant(e)s conduisirent à des changements mineurs de formulation. La qua-

trième étape, de loin la plus importante, fut celle de l'expérimentation proprement dite. Celle-ci dura d'août à décembre 1989, à raison d'une passation par semaine et par unité. Les bénéficiaires étaient avertis à l'avance par les animateurs, mais leur participation restait entièrement libre. De fait, certains n'ont pas voulu participer à la recherche.

Au moment de l'administration, chaque sujet recevait une traduction française de l'AEQ (Alcohol Expectancy Questionnaire), accompagnée de quelques questions portant sur des renseignements d'ordre socio-démographique: sexe, âge, statut civil, emploi ou chômage, revenu approximatif, scolarité, produits consommés, début de la consommation excessive, compagnons de consommation (seul, avec des amis, avec des membres de la famille), etc. Suivait la consigne qui insistait sur l'importance de donner des réponses personnelles, c'est-à-dire selon les croyances personnelles, et de cocher un seul énoncé pour l'AEQ. La garantie de la confidentialité et la garantie qu'il n'y avait pas de lien entre l'expérimentation et le traitement à Domrémy complétaient les instructions.

Dans le but d'écartier toute influence extérieure sur la qualité des réponses, tous les bénéficiaires qui étaient disposés à collaborer à la recherche et qui en étaient capables (qui savaient lire et écrire et n'étaient pas confus) complétaient le questionnaire. La répartition selon les catégories de consommation retenues pour la recherche (alcool; alcool et drogue; alcool, drogue et médicaments, d'après les hypothèses de départ), s'est faite par après.

La majorité des bénéficiaires ont accepté de répondre au questionnaire et leur participation était bonne. En général, ils mettaient entre 15 et 25

minutes pour répondre et ils n'hésitaient pas à demander des précisions sur l'un ou l'autre point.

L'expérimentation s'est butée à quelques difficultés d'ordre pratique. La première est relative à la cueillette des données. Pour les trois unités que comprend le service en interne de Domrémy de Pointe-du-Lac, les groupes sont ouverts. Cela signifie que les admissions (les entrées en traitement) et les départs (les fins de traitement) ne se font pas en même temps pour tous les bénéficiaires. Les admissions se font selon la disponibilité des places tandis que les départs (qui ont lieu après un séjour de quatre ou cinq semaines) sont conditionnés par l'évolution de chaque bénéficiaire. Afin d'éviter d'administrer le questionnaire au même sujet deux fois, il fallait y aller toutes les semaines, à la même heure, et changer d'unité à chaque fois. Les cédules établies en accord avec le coordonnateur des services internes étaient affichées à toutes les unités à l'intention des responsables des unités, des animateurs et animatrices, et des bénéficiaires. La deuxième difficulté est due au nombre limité de lits pour les femmes. Il faut rappeler qu'il n'existe qu'une unité de 9 lits pour les femmes, contre deux unités de 12 lits chacune pour les hommes. Ceci explique pourquoi le pourcentage des femmes ayant participé à la recherche est peu élevé. Dans le but de pallier cet inconvénient, une demande d'expérimentation fut présentée à la maison Mélaric, de Pointe-du-Lac également, mais elle fut rejetée. La raison invoquée était qu'il y avait beaucoup trop de demandes dans ce sens. La troisième difficulté concerne la compilation des données. Un nombre important de réponses (37% des réponses fournies) furent écartées, soit parce qu'elles ne remplissaient pas les critères voulus, soit parce qu'elles étaient incomplètes ou ambivalentes.

Malgré ces difficultés, il faut signaler que le déroulement de l'expérimentation s'est fait d'une manière satisfaisante, en particulier grâce à la collaboration du personnel de Domrémy.

Chapitre III

Présentation des résultats et discussion

Dans ce troisième chapitre, nous présenterons les résultats de notre recherche et nous en ferons la discussion.

Résultats

En entreprenant la présente recherche, nous avons émis l'hypothèse de différences éventuelles dans les attentes des consommateurs d'alcool seulement, que nous avons appelés alcooliques monotoxicomanes, et celles de consommateurs d'alcool et d'autres psychotropes, que nous avons désignés comme des alcooliques polytoxicomanes. Nous avons vérifié:

- 1) Si, face à l'alcool, les attentes des alcooliques monotoxicomanes, c'est-à-dire des consommateurs d'alcool seulement, diffèrent de celles des alcooliques polytoxicomanes, c'est -à-dire des consommateurs d'alcool et de drogues, et des consommateurs d'alcool, de drogues et de médicaments.
- 2) Si, dans tous les cas, les attentes des hommes diffèrent de celles des femmes.

Attentes et types de toxicomanies

La première hypothèse a été vérifiée au moyen d'une analyse de variance (ANOVA) sur les six facteurs de l'Alcohol Expectancy Questionnaire. Aucun résultat significatif n'est sorti de cette opération. Les résultats les moins éloignés du niveau de signification acceptable (soit .05), sont ceux relatifs à la stimulation de la sexualité: $F(2,89) = 1.68$, $p = .19$, aux attentes positives glo-

bales : $F(2,89) = 1.40$, $p = .25$, et à la stimulation de l'agressivité: $F(2,89) = 1.31$, $p = .27$. Le tableau ci-après présente les scores moyens des attentes en fonction des types de toxicomanies.

Tableau 1

Scores moyens des attentes en fonction des types de toxicomanies

Facteur	Alcool	Alcool et drogue	Alcool, drogue, et médicaments
1. Changements positifs globaux	18.8	17.1	19.4
2. Stimulation de la sexualité	3.9	3.6	4.6
3. Plaisir physique et social	7.0	6.9	7.0
4. Affirmation sociale	9.5	9.0	9.2
5. Relaxation	6.8	6.7	7.2
6. Stimulation de l'agressivité	3.7	3.7	4.1

Attentes et sexe des sujets

Vu le nombre limité des sujets de sexe féminin, la vérification de la deuxième hypothèse a été faite avec des tests t de Student. Dans ce cas non plus, aucune différence significative n'a été trouvée entre les hommes et les femmes, consommateurs d'alcool, d'alcool et de drogue, d'alcool, de drogue et de médicaments quant aux attentes face à l'alcool. Le résultat le plus proche de

.05 de probabilité est celui qui a trait au plaisir physique et social: $t(90) = 1.19$, $p = .24$. Voici le tableau des scores moyens des attentes sur chaque facteur en fonction du sexe des sujets.

Tableau 2

Scores moyens des attentes en fonction du sexe

Facteur	Hommes	Femmes
1. Changements positifs globaux	18.3	18.9
2. Stimulation de la sexualité	3.9	4.3
3. Plaisir physique et social	6.9	7.4
4. Affirmation sociale	9.2	9.4
5. Relaxation et réduction de la tension	6.9	6.9
6. Stimulation de l'agressivité	3.8	4.0

Attentes et autres variables

Par rapport aux autres variables utilisées dans la recherche (l'âge, le statut civil, le travail, et la scolarité), on ne trouve qu'une différence significative au niveau de l'interaction travail et produits consommés pour le facteur relaxation et réduction de tension: $F(2,86) = 3.59$, $p < .05$ et des tendances vers la signification entre les groupes d'âge (les moins de 30 ans et les plus de 30 ans) sur le facteur relaxation et réduction de tension ainsi que sur le facteur

des attentes positives globales. On a respectivement: $t(90) = 1.75$, $p = .08$ et $t(90) = 1.67$, $p = .10$.

Discussion

Les résultats des trois groupes de toxicomanes considérés (alcooliques "purs", alcooliques consommant d'autres drogues, et alcooliques consommateurs des drogues et des médicaments) n'ont pas révélé de différences significatives dans leurs attentes face à l'alcool. Nous pouvons alors affirmer que ces toxicomanes et polytoxicomanes ont des attentes semblables. Alors il y aurait lieu de se demander si leur traitement ne pourrait pas avoir beaucoup de points communs car, dans les deux cas, la consommation viendrait satisfaire les mêmes attentes. Ceci pourrait avoir un grand impact sur la manière d'aborder les différentes toxicomanies, sur la prévention et sur le traitement.

La non-signification des résultats de la recherche soulève des questions et demande des explications. Pourquoi les résultats sont-ils non significatifs? Quelle explication est la plus plausible pour comprendre comment il se fait qu'aucun des six facteurs de l'AEQ n'a fourni un résultat venant confirmer les hypothèses émises au départ? Telles sont les principales questions qui se posent.

Face à ces questions, l'on va spontanément interroger l'instrument utilisé et la procédure suivie dans la cueillette des données. Il se peut que la traduction de l'AEQ ne soit pas suffisante pour garantir la fidélité de l'instrument. Pour des études ultérieures, une analyse factorielle serait à faire. Quant à la procédure, la partie consacrée à la méthodologie a montré qu'elle a été faite selon les normes.

Le questionnement porte ensuite sur la solidité de la théorie des attentes. Goldman et al. (1987), qui sont pourtant parmi les grands promoteurs de la théorie de attentes dans l'explication de la consommation d'alcool, rappellent avec insistance que la mise en théorie des attentes dans ce domaine n'a pas encore abouti à une théorie formelle. Ils vont même jusqu'à affirmer que, tout en reconnaissant la récente "révolution" cognitive en psychologie, il faut rester attentif aux controverses extrêmement fortes qui se sont développées au fil des ans à propos de l'emploi du recours aux variables cognitives comme variables explicatives. Ces controverses, disent-ils, sont très souvent fondées. En effet, les variables cognitives sont parfois prises de façon très large, sont difficiles à mesurer, et sont souvent pauvrement reliées à des comportements antérieurs et ultérieurs observables.

Les résultats parfois contradictoires dans la recherche ainsi que les controverses entourant l'importance des variables cognitives n'infirmement pourtant pas le rôle des attentes dans la consommation d'alcool et n'invalident pas la théorie des attentes. De nombreuses recherches expérimentales et cliniques présentées dans le chapitre sur le cadre théorique et expérimental, accordent aux attentes un rôle appréciable dans la production de comportements qui se présentent comme des conséquences de la consommation d'alcool. Ainsi, même si la difficulté dans la mesure des attentes a pu jouer sur les résultats de la présente recherche, elle n'expliquerait qu'en partie seulement la non signification de ces résultats.

Enfin, dans la recherche des raisons pouvant aider à comprendre pourquoi les résultats ne sont pas significatifs, une troisième piste doit être considérée. Il s'agit de la fiabilité des réponses fournies par les sujets aux questions de l'Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ). L'information recueillie

a été obtenue par une méthode d'auto-révélation (self reports) des sujets. C'est donc une information subjective et, consciemment ou non, les réponses ont d'abord passé par le filtre du temps, de la mémoire, et de l'interprétation personnelle, avant d'être formulées par écrit au moment de la passation du questionnaire. Ceci a un impact certain sur la qualité de l'information. Il ne fait aucun doute alors qu'il existe un écart plus ou moins important, selon la situation de chaque sujet, entre la réalité objective des faits et la réalité perçue et décrite par le consommateur d'alcool et/ou d'autres drogues. La compréhension des questions et la validité des réponses fournies dépendent ainsi de beaucoup de variables difficilement contrôlables. Le délai entre l'arrêt de la consommation – si effectivement arrêt il y a – et l'administration du questionnaire, les dispositions et la motivation du sujet, la distorsion de la mémoire conjuguée à l'interprétation personnelle que fait le sujet des événements, des croyances, des sentiments, des attentes, etc., exercent une influence non négligeable sur la qualité de ses réponses. Compte tenu de tous ces facteurs, le sujet sera porté soit à donner une information conforme à la vérité, soit à minimiser les faits, les sentiments ou les croyances, soit à les amplifier.

La validité des données obtenues par mode d'auto-révélation (self reports) a fait l'objet d'une vaste recherche et, depuis une vingtaine d'années, la littérature consacrée à la question s'est beaucoup développée. Mais les conclusions sont aussi nombreuses que disparates. Elles peuvent pourtant être groupées autour de deux catégories d'auteurs: ceux qui acceptent la validité des réponses par auto-révélation et ceux qui la rejettent.

Le premier groupe comprend des auteurs (Cooper et al., 1981; Hesselbrock et al., 1983; Maisto et al., 1979; Miller et al., 1979; Polich, 1982; Sobell et Sobell, 1975b; 1978; 1982; Verinis, 1983; Williams et al., 1985) qui

affirment que les alcooliques et les buveurs problématiques donnent généralement des réponses fiables pour ce qui est des données concernant leur consommation.

A cette affirmation principale, Sobell et Sobell (1978) apportent des précisions supplémentaires intéressantes. Ils partent du fait qu'on connaît peu de choses sur la validité des réponses par auto-révélation en fonction du type de population. Par exemple, les alcooliques en traitement interne comparés à ceux qui sont en traitement externe, les femmes comparées aux hommes, les buveurs chroniques comparés aux buveurs à problèmes et ceux qui sont en traitement de façon volontaire comparés à ceux qui sont forcés de suivre un traitement. Dans leurs réponses, se révèlent-ils aussi facilement les uns que les autres et, surtout, sont-ils tous véridiques dans leurs déclarations? Pour éclaircir quelques-unes de ces questions, les deux chercheurs choisirent trois groupes différents formés d'alcooliques de sexe masculin auxquels ils demandèrent de répondre à un questionnaire composé de questions vérifiables se rapportant à leur consommation et à leur vie. Les trois groupes étaient respectivement formés: (a) d'alcooliques qui suivaient un traitement externe sur une base volontaire; (b) d'alcooliques en traitement externe par ordonnance de la cour; (c) d'alcooliques en traitement interne sur base volontaire. Les sujets furent sélectionnés suivant trois critères: (1) pas d'évidence de symptômes de sevrage ou d'intoxication alcoolique au moment de l'interview; (2) pas d'évidence de syndromes organiques du cerveau ou un premier diagnostic autre que l'alcoolisme; (3) participation volontaire à la recherche. Les réponses des sujets des trois groupes furent comparés aux données provenant des archives officielles tels que les dossiers des chauffeurs du Département des Transports, les dossiers officiels des arrestations, et les dossiers des hôpitaux.

Les différentes populations d'alcooliques impliqués dans l'étude firent des rapports auto-révélés tout à fait valides et, fait important à souligner, les sujets alcooliques qui étaient en traitement externe par obligation de la cour ne donnèrent pas plus de réponses invalides que ceux qui étaient en traitement externe ou interne par décision personnelle. Toutefois, les auteurs se montrent nuancés dans leur conclusion en disant que l'on ne peut pas nécessairement extrapoler à partir de ces résultats pour affirmer que les alcooliques sont fondamentalement honnêtes dans leurs interactions quotidiennes. Les alcooliques qui ne sont pas interviewés dans un contexte de traitement et à qui la confidentialité n'est pas garantie pourraient faire montre de déni, de faux rapports, et/ou de mensonges, spécialement s'ils ne reconnaissent pas avoir des problèmes de consommation d'alcool.

A l'opposé du groupe d'auteurs et de chercheurs qui admettent que, habituellement, les buveurs font un rapport adéquat de leur consommation, il y a le groupe de ceux qui rejettent catégoriquement la validité des réponses que les buveurs à problèmes et les alcooliques font par auto-révélation. Liban et Smart (voir Carle et al., 1987) font remarquer que, dans la plupart des enquêtes menées auprès de la population générale, les quantités déclarées ne représentent que 40 à 60% des ventes connues d'alcool. Gordis et al. (1981) parlent de la "non-fiabilité" des réponses par auto-révélation en soulignant que le déni est pratique courante chez les alcooliques et que le mensonge sur la portée de la consommation fait partie du déni. Ils appuient leurs déclarations par les résultats d'une recherche sur 5 578 sujets et par une étude de Orrego et ses collègues (1979) selon laquelle des alcooliques en clinique de traitement pour l'hépatite, à Toronto, affirmèrent aux médecins qu'ils n'avaient pas consommé d'alcool dans 52% des cas, alors qu'il y avait de l'alcool dans leur

urine. Parmi ceux-ci, 25% dirent qu'ils n'ont jamais consommé d'alcool. Gordis et ses collègues reconnaissent tout de même que les réponses par auto-révélation peuvent être passablement fiables quand elles sont confirmées par les proches, quand le fonctionnement du foie est stable ou s'améliore, et quand les patients ne montrent pas de signes de manque durant les visites cliniques. Mais, insistent-ils, sans test biochimique pour évaluer la consommation pendant les intervalles qui séparent les interviews, les réponses sur la consommation fournies par les patients sont suspectes.

Dans la même foulée, une étude de Watson et al. (1984), après avoir comparé les consommations avouées de 100 alcooliques en traitement interne et celles rapportées par leurs amis ou leurs proches, aboutit à la conclusion que les alcooliques montrent une forte tendance générale à sous-estimer leur consommation par rapport à ce qui est décrit par leurs proches. Les auteurs émettent un doute sérieux sur la véracité des réponses que les alcooliques font par la méthode d'auto-révélation. Ils vont jusqu'à proposer un moratoire sur l'utilisation de telles méthodes pour recueillir des données pour la recherche.

Ce qui est surprenant dans cette controverse entourant la validité des données de consommation, c'est que des résultats aussi contradictoires sont obtenus par des chercheurs utilisant la même méthode de vérification des réponses des alcooliques. Ainsi l'étude sus-mentionnée de Watson et al. (1984), qui recourt aux proches des alcooliques pour vérifier les déclarations de ceux-ci, prend exactement le contre-pied de celle de Maisto et al. (1979) qui emploie la même méthode. Maisto et ses collègues avaient trouvé une concordance entre l'estimation de la consommation par les alcooliques et l'estimation des proches, alors que Watson et son équipe ne trouvent qu'une corrélation modérée entre les deux. Pour le Québec, une étude de Dongier

(1983) rapporte 93% de concordance ou de différences mineures entre les deux estimations.

Dans le vaste champ de l'alcoolisme, autant pour la recherche que pour le traitement, peut-on se passer de l'information fournie par les premiers concernés, à savoir les buveurs et les alcooliques? En 1978, Sobell et Sobell répondaient à cette question par la négative. Ils rappelaient les avantages des réponses par auto-révélation qui sont une source majeure de la cueillette des données. Au point de vue pratique, cette méthode est commode et économique. En plus, tout en fournissant une information qu'il serait impossible de trouver et de vérifier ailleurs, elle dispense d'aller fouiller dans les archives officielles. Vu son emploi répandu, il est très peu probable que cette méthode soit abandonnée comme source première d'information. Tout récemment, en réaction au moratoire proposé par Watson et ses collègues, les mêmes auteurs (Sobell et Sobell, 1986) firent un relevé de la littérature qui prouve la validité des réponses par auto-révélation même si une certaine proportion de réponses peut être invalide ou non fiable. Ils réaffirmèrent que les données recueillies grâce aux questionnaires recourant à l'auto-révélation des sujets sont vitales dans le domaine de la recherche liée à la consommation d'alcool et qu'il n'existe aucune base, ni rationnelle ni empirique, qui permet d'imposer un moratoire sur leur utilisation. Ce qui est dit des réponses par auto-révélation au sujet de l'alcool s'applique aussi pour les autres drogues (Cox et al., 1974).

Quoi qu'il en soit, les réticences et les mises en garde répétées de ceux qui suspectent la validité de telles réponses doivent inviter à la prudence dans le traitement de l'information obtenue. Si l'on veut réduire la probabilité d'avoir des réponses invalides et non fiables, il faut tenir compte de certains acquis. Se référant à de nombreuses études expérimentales, Nathan et Lansky

(1978) concluent que les alcooliques mentent beaucoup moins sur leur consommation qu'on ne le pense à condition qu'on ne se réfère pas à des périodes trop longues ou que l'on n'exige pas une trop grande précision. Et, en accord avec Midanik (1982) et Skinner (1984), Sobell et Sobell (1986) proposent quelques critères à considérer dans la cueillette des données et les entrevues cliniques. Il est important que le sujet: (a) ne soit pas intoxiqué, (b) se trouve dans un environnement clinique ou de recherche avec une procédure qui favorise des réponses honnêtes, (c) soit assuré de la confidentialité de ses réponses et interpellé sur l'importance de fournir des réponses véridiques.

Pour revenir aux résultats de la présente recherche, force est de constater que les conditions précédentes ont été respectées. Mais, à cause de la nature de l'information qui était recherchée, les questions exigeaient réflexion, précision et interprétation subjective. Or, les questions qui requièrent une interprétation subjective, comme celles qui sont ambiguës, ou celles qui sont pauvrement formulées, rapportent des réponses moins fiables que les items plus objectifs (Skinner et Sheu, 1982; Sobell et Sobell, 1975b). Dans cette même ligne, une étude de Sobell et Sobell (1981) trouva que beaucoup plus de réponses valides étaient données aux questions démographiques (telles que la date de naissance, la scolarité) qu'à d'autres questions.

Au cours de l'expérimentation, l'ambivalence de plusieurs sujets sur le choix à faire pour un bon nombre d'items confirma les propos des auteurs précédents. En effet, certains sujets n'arrivaient pas à opter facilement pour un choix ("D'accord" ou "Pas d'accord") et ils se contentaient de cocher les deux ou entre les deux. D'autres faisaient part de leur embarras dans les commentaires qu'ils émettaient. Ils disaient que leurs sentiments et leurs croyances étaient autres quand ils prenaient le premier verre que quand ils étaient "chauds".

Deux autres indices permettent de suspecter la validité des réponses reçues lors de l'expérimentation. Le premier, qui est aussi le plus évident, est un manque flagrant de discrimination dans les réponses. Brown, Christiansen et Goldman (1987) indiquent le score le plus haut qu'on puisse obtenir à chaque facteur, à moins de fournir des réponses contradictoires. Facteur 1: maximum possible: 22, nombre total d'items: 28; facteur 2: maximum possible 7, nombre total d'items: 7; facteur 3: maximum possible: 8, nombre total d'items: 9; facteur 4: maximum possible: 8, nombre total d'items: 11; facteur 5: maximum possible: 8, nombre total d'items: 9; facteur 6: maximum possible: 2 pour l'échelle initiale, 7 pour l'échelle révisée, nombre total d'items: 2 pour l'échelle initiale. La présente recherche a utilisé une échelle intermédiaire de 5 items.

En comparant ces scores maxima avec les scores des sujets de la recherche, l'on remarque des écarts importants. Pour chacun des cinq premiers facteurs, voici le nombre de sujets qui ont obtenu un score plus élevé que le maximum possible indiqué plus haut : facteur 1: 22 (24% de tout l'échantillon); facteur 2: 15 (16% de l'échantillon); facteur 3: 17 (18% de l'échantillon); facteur 4: 72 (78% de l'échantillon); facteur 5: 26 (28% de l'échantillon). D'ailleurs, une comparaison des scores moyens des sujets de notre recherche et des scores moyens des sujets alcooliques américains en traitement de Brown, Christiansen et Goldman (1987) révèle des différences très significatives à tous les facteurs. Le tableau qui suit présente les scores moyens des deux groupes, les résultats des tests t et les niveaux de signification.

Tableau 3

Scores moyens, écarts-types, tests t et niveaux de signification
des sujets de la recherche et des sujets américains

Facteur	Sujets recherche		Sujets américains		tests t	Signification
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
1.	18.4	5.6	14.5	5.4	6.7	p <.001
2.	4.0	2.2	3.1	2.1	3.9	p <.001
3.	7.0	1.7	6.6	2.0	2.4	p <.05
4.	9.2	2.3	7.5	3.1	7.2	p <.001
5.	6.9	2.0	6.2	2.2	3.7	p <.001
6.	3.8	1.1	1.1	.7	22.4	p <.001

Le deuxième indice va dans le même sens que le premier et il est relatif à la rapidité avec laquelle les sujets répondaient au questionnaire. Pour répondre aux questions de manière judicieuse, il aurait fallu y consacrer un minimum de 30 minutes. Or la majorité des sujets ont employé moins que ce minimum.

Les indices précédents ne sont très probablement pas les seuls responsables de l'absence des résultats significatifs. Nathan et Lansky (1978) conseillent la prudence dans la généralisation des résultats. Ils disent avec justesse qu'une foule de variables spécifiques à l'échantillon des sujets, à la

procédure, ou à l'analyse des données, variables non connues ou non manifestes au cours de la recherche, peuvent jouer de mauvais tours.

Il serait donc imprudent de tirer une conclusion hâtive et rigide dans un sens ou dans l'autre. Les résultats non significatifs ne mettent pas un point final à la recherche liée aux attentes dans le domaine complexe de la toxicomanie et de la polytoxicomanie. Ils constituent plutôt une invitation à pousser la recherche plus loin.

Conclusion

Le rôle joué par les déterminants cognitifs dans la consommation de psychotropes a retenu l'attention du présent travail. Plus spécifiquement, les attentes des alcooliques monotoxicomanes et celles des alcooliques polytoxico- manes ont été examinées au moyen de l'Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ).

Les trois groupes concernés par la recherche (alcooliques "purs", alcooliques prenant des drogues, alcooliques prenant des drogues et des médicaments) ont rapporté les mêmes attentes face à l'alcool. L'on peut en conclure qu'ils peuvent être considérés de la même façon dans l'interprétation de leur dépendance et dans l'intervention auprès d'eux.

Cependant, cette conclusion est à prendre avec nuances, vu que la fiabilité des réponses des alcooliques est parfois sujette à caution et que certains indices laissent supposer un manque de discrimination dans les réponses par auto-révélation (self-reports) d'une partie de la population de recherche. Cette nuance est une invitation à une recherche plus poussée, en particulier dans le domaine peu exploré de la polytoxicomanie.

Remerciements

Nous voulons exprimer notre gratitude aux parents et "maîtres" qui ont favorisé l'épanouissement en nous d'attentes humaines et spirituelles positives envers nous-même et envers les autres, sans exclusion. Notre reconnaissance va aussi à monsieur Jacques Rousseau, Ph.D., qui, dans la confiance, a dirigé notre travail avec compétence et compréhension.

Références

- ABRAMS, D. B., WILSON, G. T. (1983). Alcohol, sexual arousal, and self-control. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 188-198.
- ADESSO, V. J. (1985). Cognitive factors in alcohol and drug use, in M. Galizo, S. A. Maisto (Eds.): Determinants of substance abuse: biological, psychological, and environmental factors (pp. 179-208). New York: Plenum Press.
- ASP, D. R. (1977). Effects of alcoholics' expectations of a drink. Journal of Studies on Alcohol, 38, 1790-1795.
- BANDURA, A. (1977a). L'Apprentissage social. Bruxelles: P. Mardaga.
- BANDURA, A. (1977b). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- BARDO, M. T., RISNER, M. E. (1985). Biochemical substrates of drug abuse, in M. Galizo, S. A. Maisto (Eds.): Determinants of substance abuse: biological, psychological, and environmental factors (pp. 65-99). New York: Plenum Press.
- BARRETT, R. J. (1985). Behavioral approaches to individual differences in substance abuse: drug-taking behavior, in M. Galizo, S. A. Maisto (Eds.): Determinants of substance abuse: biological, psychological, and environmental factors (pp. 125-175). New York: Plenum Press.
- BERG, G., LABERG, J. C., STUKLE, A., OHMAN, A. (1981). Instructed versus pharmacological effects of alcohol in alcoholics and social drinkers. Behavior Research and Therapy, 19, 55-66.
- BERGERET, J. (1988). La personnalité du toxicomane, in J. Bergeret, J. Leblanc (Eds.): Précis des toxicomanies (2e éd. revue et corrigée, pp.63-75). Paris: Masson.
- BERGERET, J., LEBLANC, J. (1988). Précis des toxicomanies. Paris: Masson.
- BERTALANFFY, L. von. (1968). Théorie générale des systèmes. Paris: Dunod, 1973.

- BLANE, H. T., LEONARD, K. E. (Eds.) (1987). Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford Press.
- BONNARDEAUX, J. L. (1983). Drogues et dépendances: effets physiologiques des psychotropes. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- BRIDDELL, D. W., RIMM, D. C., CADDY, G. R., KRAWITZ, G., SHOLIS, D., WUNDERLIN, R. G. (1978). Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. Journal of Abnormal Psychology, 87, 418-430.
- BRIDDELL, D. W., WILSON, G. T. (1976). The effects of alcohol and expectancy set on male sexual arousal. Journal of Abnormal Psychology, 85, 225-234.
- BROCHU, S., DUPLESSIS, D. (1980). Causalité et explication de l'alcoolisme: théories psychologiques. Toxicomanies, 13, 141-154.
- BROWN, S. A. (1981). Alcohol-related expectancies of heavy and abusive drinkers: patterns of endorsement and relation to alcohol treatment. Doctoral dissertation: Wayne State University.
- BROWN, S. A. (1985a). Context of drinking and reinforcement from alcohol: alcoholic patterns. Addictive Behaviors, 10, 191-195.
- BROWN, S. A. (1985b). Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 419-426.
- BROWN, S. A. (1985c). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment: outcome after one-year follow-up. Journal of Studies on Alcohol, 46, 304-308.
- BROWN, S. A., CHRISTIANSEN, B. A., GOLDMAN, M. S. (1987). The alcohol expectancies questionnaire: an instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. Journal of Studies on Alcohol, 48, 483-491.
- BROWN, S. A., CREAMER, V. A., STETSON, B. A. (1987). Adolescent alcohol expectancies in relation to personal and parental drinking patterns. Journal of Abnormal Psychology, 96, 117-121.
- BROWN, S. A., GOLDMAN, M. S., CHRISTIANSEN, B. A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking of adults? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 512-519.

- BROWN, S. A., GOLDMAN, M. S., INN, A., ANDERSON, L. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 419-426.
- BUGLASS, D. McCULLOCH, J. W. (1979). Further suicidal behavior: The development and validation of predictive scales. British Journal of Psychiatry, 116, 483-491.
- CALANGA, A. (1988). La toxicomanie entre maladie et délinquance, in J. Bergeret, J. Leblanc (Eds.): Précis des toxicomanies (2e éd. revue et corrigée, pp. 35-39). Paris: Masson.
- CANTER, W. H. (1984). Adolescent problem drinkers. An analysis of a social learning model. Doctoral dissertation: Wayne State University.
- CAPPELL, H. (1975). An evaluation of tension models of alcohol consumption, in R. J. Gibbons, Y. Israel, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, R. G. Smart (Eds.): Research advances in alcohol and drug problems (Vol. 2, pp. 177-210). New York: John Wiley & Sons.
- CAPPELL, H., GREELY, J. (1987). Alcohol and tension reduction: An update on research and theory, in H. T. Blane, K. E. Leonard (Eds.): Psychological theories of drinking and alcoholism (pp. 15-54). New York: Guilford Press.
- CARLE, G., DORÉ-LAMONTAGNE, L., MERCIER, C., BOURDAGES, C., COULOMBE, D. (1987). Liens entre clientèle, traitement et résultats au pavillon Jellinek. Rapport exécutif du rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale.
- CARPENTER, J. A. (1968). Contributions from psychology to the study of drinking and driving. Quarterly Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 4), 234-251.
- CHESHER, G. B. (1986). The effects of alcohol and marijuana in combination: A review. Alcohol, Drugs, and Driving, 3-4, 105-119.
- CHRISTIANSEN, B. A., GOLDMAN, M. S. (1983). Alcohol related expectancies vs. demographic/background variables in the prediction of adolescent drinking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 249-257.

- CHRISTIANSEN, B. A., GOLDMAN, M. S., BROWN, S. A. (1985). The differential development of adolescent alcohol expectancies may predict adult alcoholism. Addictive Behaviors, 10, 299-306.
- CHRISTIANSEN, B. A., GOLDMAN, M. S., INN, A. (1982). The development of alcohol-related expectancies in adolescent: Separating pharmacological from social learning influences. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 336-344.
- CLAYTON, R. R. (1986). Multiple drug use: Epidemiology, correlates, and consequences, in M. Galanter (Ed.): Recent developments in alcoholism (Vol. 4, pp. 7-38). New York: Plenum Press.
- COHEN, S. (1982). Combined alcohol-drug abuse and human behavior, in J. Solomon, K. A. Keeley (Eds.): Perspectives in alcohol and drug abuse: similarities and differences (pp. 89-116). London: PSG.
- CONNORS, G. J., MAISTO, S. A. (1979). Effects of alcohol, instructions, and consumption rate on affect and physiological sensations. Psychopharmacology, 62, 261-266.
- CONNORS, G. J., O'FARRELL, T. J. CUTTER, H.S.G., THOMPSON, D. L. (1986). Alcohol expectancies among male alcoholics, problem drinkers, and non-problem drinkers. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 10, 667-671.
- CONNORS, G. J., O'FARRELL, T. J., CUTTER, H. S. G., THOMPSON, D. L. (1987). Dose-related effects of alcohol among male alcoholics, problem drinkers and nonproblem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 48, 461-466.
- COOPER, A. M., SOBELL, M. B., SOBELL, L. C., MAISTO, S. A. (1981). Validity of alcoholic's self-reports: duration data. The International Journal of the Addiction, 16, 401-406.
- CORMIER, D. (1984). Toxicomanies: style de vie. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- CORMIER, D. (1989). Alcoolisme: abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi. Montréal: Méridien.
- CORPORATION DES MEDECINS DU QUEBEC (1989). Bulletin, 1, 16-21.
- CORRIGAN, E. M. (1985). Gender differences in alcohol and other drug use. Addictive Behaviors, 10, 313-317.

- COX, T. J., LONGWELL, B. (1974). Reability of interview data concerning current heroin use from heroin addicts on methadone. International Journal of the Addictions, 9, 161-165.
- CRABBE, J. C., McSWIGAN, J. D., BELKNAP, J. K. (1985). The role of genetics in substance abuse, in M. Galizo, S. A. Maisto (Eds.): Determinants of substance abuse: biological, psychological, and environmental factors (pp. 13-64). New York: Plenum Press.
- DONGIER, M., ENGELSMANN, F., GROSLouis, Y., GERVAIS, M. (1983). Résultats à long terme du traitement de l'alcoolisme en institution spécialisée. Psychotropes, 1 (No. 2), 65-70.
- ENGLE, K. B., WILLIAMS, T. K. (1972). Effect of an ounce of vodka on alcoholics' desire for alcohol. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 33, 1099-1115.
- FREED, E. X. (1978). Alcohol and mood: An updated review. International Journal of the Addictions, 13, 173-200.
- GALIZO, M., MAISTO, S. A. (Eds.) (1985). Determinants of substance abuse: biological, psychological, and environmental factors. New York: Plenum Press.
- GOLDMAN, M. S., BROWN, S. A., CHRISTIANSEN, B. A. (1987). Expectancy theory: thinking about drinking, in H. T. Blane, K. E. Leonard (Eds.): Psychological theories of drinking and alcoholism (pp. 181-226). New York: Guilford Press.
- GOODWIN, D. W. (1980). Genetic factors in alcoholism, in N. K. Mello: Advances in substance abuse: behavioral and biological research (Vol. 1, pp. 305-326): Greenwich, C.T.: JAI Press.
- GORDIS, E., DORPH, D., SEPE, V., SMITH, H. (1981). Outcome of alcoholism treatment among 5578 patients in an urban comprehensive hospital based program. Clinical and Experimental Research, 5 (No. 4), 509-522.
- HESELBROCK, M., BABOR, T. F., HESSELBROCK, V., MEYER, R. E., WORKMAN, K. (1983). "Never believe an alcoholic"? On the validity of self-report measures of alcohol dependences and related constructs. The International Journal of the Addiction, 18, 595-609.
- JELLINEK, E. M. (1960). The Disease concept of alcoholism. New Brunswick, New Jersey: Hillhouse Press.

- LANG, A. R., GOECKNER, D. J., ADESSO, V. T., MARLATT, G. A. (1975). The effects of alcohol on aggression in male social drinkers. Journal of Abnormal Psychology, 84, 508-518.
- LANG, A. R., SEARLES, J., LAUERMAN, R., ADESSO, V. (1980). Expectancy, alcohol, and sex guilt as determinants of interest in and reaction to sexual stimuli. Journal of Abnormal Psychology, 89, 644-653.
- LEWIN, K. (1951). The nature of field theory, in M. H. Marx (Ed.): Psychological theory (pp. 299-314). New York: Macmillan.
- LYERLY, S. B., ROSS, S. KRIGMAN, A. D., CLYDE, D. J. (1964). Drugs and placebos: The effects of instructions upon performance and mood under amphetamine sulfate and chloral hydrate. Journal of Abnormal and Social Psychology, 68, 321-327.
- MACCORQUODALE, K. M., MEEHL, P. E. (1954). Preliminary suggestions as to formalization of expectancy theory. Psychological Review, 60, 53-60, 125-129.
- MAISTO, S. A., LAUERMAN, R., ADESSO, V. J. (1977). A comparison of two experimental studies of the role of cognitive factors in alcoholics' drinking. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 38, 145-149.
- MAISTO, S. A., SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1979). Comparison of alcoholics self reports of drinking behavior with reports of collateral informants. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 106-112.
- MALATESTA, V., POLLACK, R., CROTTY, T., PEACOCK, L. (1982). Acute alcohol intoxication and female orgasmic response. Journal of Sex Research, 18, 1-17
- MARLATT, G. A. (1987). Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states, in E. Gottheil, K. A. Druley, S. Pashko, S. P. Weinstein (Eds.): Stress and addiction (pp. 302-322). New York: Brunner/Mazel.
- MARLATT, G. A., ROHSENOW, D. J. (1980). Cognitive process in alcohol use: Expectancy and the balanced-placebo design, in N. K. Mello (Ed.): Advances in substance abuse: behavioral and biological research (Vol. 1, pp. 159-199). Greenwich, C. T.: JAI Press.
- MARLATT, G. A., DEMMIG, B., REID, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. Journal of Abnormal Psychology, 81, 233-241.

- MAYFIELD, D. (1976). Alcoholism, alcohol intoxication, and assaultive behavior. Diseases of the Nervous System, 37, 288-291.
- McCLELLAND, D. C., DAVIS, W. N., KALIN, R., WANNER, E. (1972). The drinking man. New York: Free Press.
- McCOLLAM, D. C., BURISH, T. G., MAISTO, S. A., SOBELL, M. B. (1980). Alcohol's effect on physiological arousal and self-reported affect and sensations. Journal of Abnormal Psychology, 89, 224-233.
- MERRY, J. (1966). The "loss of control" myth. Lancet, 1, 1257-1258.
- MIDANIK, L. (1982). The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. British Journal of Addiction, 77, 357-382.
- MIJOLLA, A., SHENTOUB, S. A. (1973). Pour une psychanalyse de l'alcoolisme. Paris: Payot.
- MILLER, W. R., CRAWFORD, V. L., TAYLOR, C. A. (1979). Significant others as corroborative sources for problem drinkers. Addictive Behaviors, 4, 67-70.
- MISCHEL, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
- MISCHEL, W. (1981). A cognitive-social learning approach to assessment, in T. Merluzzi, C. Glass, M. Genest (Eds.): Cognitive assessment (pp. 479-502). New York: Guilford Press.
- NATHAN, P. E., LANSKY, D. (1978). Common methodological problems in research of the addictions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 713-725.
- NAHAS, G., TROUVE, R., RUDLER, M. (1988). Toxicomanie: pharmacodépendance. Paris: Masson.
- ORREGO, H., BLAKE, J. E., BLENDIS, L. M., KAPUR, B. M., ISRAEL, Y (1979). Reliability of assessment of alcohol intake based on personal interviews in a liver clinic. Lancet, 2, 1354-1356.
- PEELE, S. (1982). L'expérience de l'assuétude. Montréal: Faculté de l'Éducation Permanente, Université de Montréal.
- PEELE, S., BRODSKY, A. (1975). Love and addiction. New York: New American Library.

- PEREZ-REYES, M., HICKS, R. E., BUMBERRY, J., JEFFCOAT, A. R., COOK, E. (1988). Interaction between marihuana and ethanol: Effects on psychomotor performance. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12, 268-276.
- PESCE, A., CASSUTO, J-P., QUARANTA, J-F. (1988). Pathologie somatique du toxicomane. Paris: Masson.
- PHARES, E. J. (1976). Locus of control in personality. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- POLICH, J. M. (1982). The validity of self-reports in alcoholism research. Addictive Behaviors, 7, 123-132.
- POLIVY, J., SCHUENEMAN, A. L., CARLSON, K. (1976). Alcohol and tension reduction: Cognitive and physiological effects. Journal of Abnormal Psychology, 85, 607-610.
- REYNAUD, M. (1984). Les toxicomanies: alcool, tabac, médicaments, drogues. Paris: Maloine.
- ROHSENOW, D. J. (1983). Drinking habits and expectancies about alcoholic's effects for self versus others. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 752-756.
- ROHSENOW, D. J., BACHOROWSKI, J. A. (1984). Effects of alcohol and expectancies on verbal aggression in men and women. Journal of Abnormal Psychology, 93, 418-432.
- ROSS, S., KRUGMAN, A. D., LYERLY, S. B., CLYDE, D. J. (1962). Drugs and placebos: A model design. Psychological Reports, 10, 383-392.
- ROTTER, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hill.
- SHAPIRO, A. K., MORRIS, L. A. (1978). Placebo effects in medical and psychological therapies, in S. L. Garfield, A. K. Bergin (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change (2nd ed., pp. 369-410). New York: John Wiley & Sons.
- SHER, K. J. (1985). Subjective effects of alcohol: The influence of setting and individual differences in alcohol expectancies. Journal of Studies on Alcohol, 46, 137-146.

- SKINNER, H. A. (1984). Assessing alcohol use by patients in treatment, in R. G. Smart, H. Cappell, F. Glanzer, Y. Ysrael, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, E. M. Sellers (Eds.): Research advances in alcohol and drug problems (Vol. 8, pp. 183-207). New York: Plenum.
- SKINNER, H. A., SHEU, W. S. (1982). Reliability of alcohol use indices. The lifetime drinking history and MAST. Journal of Studies on Alcohol, 43, (No. 11), 1155-1170.
- SOBELL, M. B., SOBELL, L. C. (1975a). Drunkenness, a "special circumstance" in crime and violence, sometimes. International Journal of the Addictions, 10, 869-882.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1975b). Outpatient alcoholics give valid self-reports. Journal of Nervous and Mental Disease, 161, 32-42.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1978). Validity of self-reports in three populations of alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, (No. 5), 901-907.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1981). Effects of three interview factors on the validity of alcohol abuser's self-reports. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8, 225-237.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1982). Alcoholism Treatment Outcome Evaluation Methodology, in National Institute on Alcohol Abuse and Health Monograph. No. 3. Prevention, intervention and treatment: concerns and models. Washington, D.C. NIAAA.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. (1986). Can we do without alcohol abusers' self reports? The Behavior Therapist, 7, 141-146.
- SOLOW, R. A., SOLOW, B. K. (1986). Mind-altering drugs: Effects on adolescent sexual functioning. Medical Aspects of Human Sexuality, 1, 64-74.
- TOLMAN, E. G. (1932). Purposive behavior in animals and man. New York: Appleton-Century-Crofts.
- VERBEKE, R. (1978). Un dictionnaire critique des drogues. Paris: Christian Bourgois.
- VERINIS, J. C. (1983). Agreement between alcoholics and relatives when reporting follow-up status. The International Journal of the Addictions, 18, 891-894.

- VILLEDIEU, Y. (1976). Démédicaliser l'alcoolisme. Québec-Science, 14, (No. 6), 12-19.
- VIRKUNNEN, M. (1974). Alcohol as a factor precipitating aggression and conflict behavior leading to homicide. British Journal of the Addictions, 69, 149-154.
- WATSON, C. G., TILLESKJOR, C., HOODECHECK-SCHOW, E. A., PUCCEL, J., JACOBS, L. (1984). Do alcoholics give valid self-reports? Journal of Studies on Alcohol, 45, 344-348.
- WILLIAMS, G. D., AITKEN, S. S., MALIN, H. (1985). Reliability of self-reported alcohol consumption in a general population survey. Journal of Studies on Alcohol, 46, 223-227.
- WILSON, G. T., ABRAMS, D. B. (1977). Effects of alcohol and social anxiety and physiological arousal: Cognitive versus pharmacological process. Cognitive Therapy and Research, 1, 195-210.
- WILSON, G. T., LAWSON, D. M. (1976a). Expectancies, alcohol, and sexual arousal in male social drinkers. Journal of Abnormal Psychology, 85, 587-594.
- WILSON, G. T., LAWSON, D. M. (1976b). The effects of alcohol on sexual arousal in women. Journal of Abnormal Psychology, 85, 489-497.
- WILSON, G. T., LAWSON, D. M. (1978). Expectations, alcohol, and sexual arousal in women. Journal of Abnormal Psychology, 87, 358-367.
- WILSON, G.T., NIAURA, R. (1984). Alcohol and the Desinhibition of Sexual Responsiveness. Journal of Studies on Alcohol, 45, (No.3), 219-224.
- WITTERS, W. L., VENTURELLI, P. J. (1988). Drugs and Society (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- ZARANTONELLO, M. M. (1986). Expectancies for reinforcement from alcohol use in a clinical sample. Journal of Studies on Alcohol, 47, 485-488.

Appendice

Instruments de mesure

Questionnaire

Instructions

Bonjour, Je vous remercie de votre collaboration à ma recherche. Le questionnaire qui suit a trait aux différents effets de l'alcool. Répondez selon ce qui vous concerne vous personnellement.

Si l'alcool, parfois ou toujours, vous procure l'effet énoncé, cochez "D'accord". Si l'alcool n'a pas l'effet énoncé sur vous, cochez "Je ne suis pas d'accord". Utilisez le signe V pour cocher.

Cette recherche se fait dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Vos réponses sont absolument anonymes, c'est-à-dire que vous ne serez identifié par ce document en aucune façon. Etant donné l'importance de la recherche, il importe que vous soyez précis et répondez à tous les items.

Dans cette recherche, seul le masculin est utilisé, uniquement pour ne pas alourdir le texte. N'hésitez pas de demander des précisions là où ce n'est pas clair.

Informations

1. Sexe: M _____ F _____

2. Age: _____

3. Statut civil (cochez un seul endroit)

célibataire: _____

divorcé: _____

marié: _____

séparé: _____

veuf : _____

4. Occupation (dernier emploi occupé): _____

Travaillez-vous actuellement? Oui: _____ Non: _____

5. Quel était approximativement votre revenu total l'an dernier avant déduction d'impôt?

1. \$ 0 - \$ 999 _____

2. \$ 1,000 - \$ 5,999 _____

3. \$ 6,000 - \$ 11,999 _____

4. \$ 12,000 - \$ 19,999 _____

5. \$ 20,000 - \$ 29,999 _____

6. \$ 30,000 - \$ 39,999 _____

7. \$ 40,000 - \$ 49,999 _____

8. \$ 50,000 - et plus _____

6. Quelle est votre scolarité? _____

7. a) Durant la dernière année, quels produits avez-vous consommés?

– Alcool (bière, vin, fort) _____

– Drogue _____ Quelle sorte? _____

– Médicaments _____ Quelle sorte? _____

b) Lequel des trois avez-vous consommé le plus? _____

c) Combien consommez-vous environ par semaine?

de la bière _____ nombres de bouteilles (petites) _____

du vin _____ nombre de bouteilles _____

du fort _____ nombre de verres _____

des drogues _____ quantité en grammes _____

des médicaments _____ nombre de pilules _____

d) Depuis combien de temps consommez-vous de cette façon?

Alcool _____ Drogues _____ Médicaments _____

e) Consommez-vous surtout seul? _____ Surtout avec des

amis? _____ Surtout avec des membres de votre

famille? _____

Répondez à ces questions selon ce que personnellement vous pensez être vrai au sujet de l'alcool. Veuillez répondre à tous les items.

	<u>D'accord</u>	<u>Je ne suis pas d'accord</u>
1. L'alcool peut changer ma personnalité	_____	_____
2. Boire m'aide à ressentir ce que je veux ressentir	_____	_____
3. Un peu d'alcool a un goût agréable, rafraichissant et piquant	_____	_____
4. L'alcool me rend joyeux	_____	_____
5. Boire ajoute une certaine chaleur dans les relations sociales	_____	_____
6. Les mélanges de boissons sucrées et d'alcool ont un bon goût	_____	_____
7. Quand je bois, c'est plus facile de m'ouvrir et d'exprimer mes sentiments	_____	_____
8. Le temps passe plus vite quand je bois	_____	_____
9. Quand elles boivent, les femmes deviennent plus détendues sexuellement	_____	_____
10. Boire me donne de la couleur	_____	_____
11. Je me sens plus fort quand je bois, comme si je pouvais influencer les autres	_____	_____
12. Boire augmente l'agressivité chez les hommes	_____	_____

13. L'alcool permet à mes rêveries de
se manifester plus facilement _____

14. L'alcool me donne plus confiance en moi _____

15. L'alcool me donne une bonne sensation _____

Répondez selon vos croyances

16. Je me sens plus créatif après avoir bu _____

17. Prendre quelques verres est une bonne
manière de célébrer des occasions spéciales _____

18. Je deviens amoureux quand je bois _____

19. Quand je bois, je me sens plus libre d'être
moi-même et de faire ce que je veux _____

20. Boire rend la concentration plus facile sur
les bons sentiments que j'ai dans ces moments _____

21. L'alcool me rend plus sûr de moi _____

22. Quand je me sens surexcité par la boisson,
tout me semble mieux aller _____

23. L'alcool diminue mon hostilité _____

24. Quand je suis nerveux au moment des relations
sexuelles, je me sens mieux en buvant de l'alcool _____

25. L'alcool soulage l'ennui _____

26. Je trouve que la conversation avec
des personnes du sexe opposé est plus facile
quand j'ai pris quelques verres _____

27. Après quelques verres je me sens
moins gêné sexuellement _____

28. Boire est agréable parce que c'est agréable
d'être avec des personnes qui s'amuse(n)t _____

29. J'aime le goût de certaines boissons alcoolisées _____

Répondez selon vos croyances personnelles

30. Si je me sens limité de quelque manière,
quelques verres m'aident à me sentir mieux _____

31. Les hommes sont plus ouverts quand ils boivent _____

32. Il m'est plus facile de faire de nouvelles
connaissances quand j'ai bu _____

33. Après quelques verres, c'est plus facile
de commencer une querelle _____

34. L'alcool élimine le sentiment d'infériorité _____

35. L'alcool rend les femmes plus sensuelles _____

36. Se je prends un ou deux verres, c'est plus
facile d'exprimer mes sentiments _____

37. Je me sens moins dérangé par des malaises
physiques après quelques verres _____

38. J'ai moins besoin d'attention qu'à l'ordinaire
de la part des autres quand je bois _____

39. Je me sens plus près des autres quand je bois _____

40. Après quelques verres, je me sens plus indépendant que d'habitude _____
41. Après quelques verres, je me préoccupe moins de ce que les autres pensent de moi _____
42. Quand je bois, je ne me considère pas totalement responsable de mon comportement _____
43. L'alcool me permet de mieux m'amuser lors des parties de plaisir _____
44. L'alcool permet la relaxation dans toutes les occasions _____
45. Boire me fait voir la vie en rose _____
46. Je suis moins tendu quand je bois _____
47. Je me sens souvent plus sexy après quelques verres _____
48. Lors d'une rencontre sociale, je suis plus détendu après quelques verres _____
49. Je bois quand je suis en colère _____
50. Boire seul ou avec une autre personne me rend calme et joyeux _____
51. Après quelques verres, je me sens brave et plus capable de me battre _____
52. Je suis plus satisfait de moi-même quand je bois _____

53. Il y a plus de camaraderie dans un groupe où l'on prend un verre _____
54. Quand je bois, mes sentiments d'isolement et de solitude diminuent _____
55. Après quelques verres, je suis moins conscient de ce qui se passe autour _____
56. L'alcool me rend plus tolérant envers ceux que je n'apprécie pas _____
57. L'alcool me procure un meilleur sommeil _____
58. Les femmes sont plus amicales après quelques verres _____
59. Je suis un meilleur amoureux après quelques verres _____
60. Les femmes parlent plus après quelques verres _____
61. L'alcool diminue la tension musculaire _____
62. L'alcool me permet de moins me tracasser _____
63. Quelques verres rendent la conversation plus facile _____
64. Après quelques verres, je suis habituellement de meilleure humeur _____
65. L'alcool agit comme par magie _____
66. Les femmes obtiennent plus facilement l'orgasme après avoir bu de l'alcool _____

67. Parfois boire semble un moyen
d'oublier les problèmes _____
68. Pour moi, boire est un moyen
de sortir d'une humeur dépressive _____
69. Après quelques verres, je me sens
une personne plus attentive et désireuse
de partager avec les autres _____
70. Si je suis sans travail, l'alcool domine
mes sentiments de culpabilité _____
71. Après avoir bu, il me semble
que j'agis avec plus de coordination _____
72. L'alcool me rend plus intéressant _____
73. Après quelques verres,
je me sens moins timide _____
74. Si je suis tendu ou anxieux,
après quelques verres je me sens mieux _____
75. L'alcool me permet de m'endormir
plus facilement _____
76. Si j'ai des sentiments de peur,
l'alcool les diminue _____
77. Dans une situation sociale difficile,
je me sens rassuré si j'ai un verre à la main _____
78. L'alcool agit comme un anesthésiant,
il diminue la douleur _____
79. Pour moi il y a plus de plaisir sexuel
après avoir pris de l'alcool _____

80. Je suis plus romantique quand je bois _____
81. Je me sens plus masculin (plus féminine)
après quelques verres _____
82. Lorsque j'ai des sentiments antisociaux,
l'alcool me rend plus sociable _____
83. L'alcool fait que je me sens mieux physiquement _____
84. Parfois, quand je bois seul ou
avec une autre personne, je me sens plus
facilement confortable et romantique _____
85. Je me sens beaucoup plus insouciant quand je bois _____
86. L'alcool procure plus de plaisir lors des réunions _____
87. L'alcool permet l'oubli facile
de mauvais sentiments _____
88. Je suis plus sensible sexuellement
après quelques verres _____
89. Lorsque j'ai froid, quelques verres
me donnent une sensation de chaleur _____
90. Après quelques verres, j'ai plus de facilité
à agir sur mes sentiments _____