

Université de Montréal

Toxicomanie et inadaptation sociale sévère chez des femmes en traitement :
trajectoire et services reçus

par

Karine Bertrand

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention d'un
grade de doctorat (Ph.D.) en psychologie, profil recherche et intervention, option
psychologie du counseling

Novembre 2003

©Karine Bertrand, 2003



BF

22

U54

2004

v.028

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Toxicomanie et inadaptation sociale sévère chez des femmes en traitement :
trajectoire et services reçus

présentée par :

Karine Bertrand

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Serge Brochu, Ph.D.
président rapporteur

Louise Nadeau, Ph.D.
directrice de recherche

Jean-Marie Van der Maren, Ph.D.
membre du jury

Céline Mercier, Ph.D.
examineur externe

Michel Landry, Ph.D.
représentant du doyen de la FES

Résumé

Les personnes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale concomitants à leurs troubles liés aux substances tendent à mettre fin précocement à leur traitement et à rechuter fréquemment. Cette recherche exploratoire et longitudinale porte sur ce sous-groupe et vise deux objectifs généraux: 1) décrire, au cours de leur histoire de vie, leur trajectoire de consommation de substances psychoactives (SPA) ainsi que leur trajectoire de services reçus; 2) décrire, selon leur perspective subjective, les facteurs reliés à chacune des variations de leur trajectoire de consommation ainsi que les aspects aidants et les barrières associées à chacun des épisodes de service.

Méthodologie. Dans le cadre d'un projet de recherche plus large, 219 femmes ont été retenues sur la base de leurs résultats à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT), parmi les 2 667 clients admis en traitement dans un centre public de traitement de la toxicomanie à Montréal entre 1991 et 1995. Parmi ce sous-groupe sélectionné, 21 femmes ont été interviewées dans le cadre d'une entrevue de type histoire de vie. Les résultats à l'IGT des participantes ne sont pas statistiquement différents de ceux des 219 femmes sélectionnées, sauf pour l'échelle des problèmes médicaux. L'IGT administré entre 1999 et 2000 et les dossiers cliniques complètent les données.

Résultats. Une expérience de soulagement de la tension lors de l'initiation à une SPA à un âge précoce semble prédisposer au développement d'une trajectoire toxicomane. Les facteurs associés à la progression de la consommation sont les

même que ceux reliés aux rechutes. Les participantes présentent des difficultés chroniques, moins du tiers de l'échantillon ayant maintenu l'abstinence d'alcool et de drogues à long terme. Le maintien de l'abstinence a été rendu possible par une constellation de facteurs qui agissent en synergie et par des efforts de changement au long cours. Les participantes ont utilisé 5,7 services en moyenne au cours de leur vie. On constate un effet cumulatif positif des différentes expériences de traitement. Les facteurs reliés à la sphère interpersonnelle prédominent, tant au plan des aspects aidants que des obstacles vécus au cours de la trajectoire de service. Des recommandations cliniques sont formulées.

Mots-clé : Trajectoire, comorbidité, toxicomanie, alcoolisme, femme, récits de vie, méthodologie qualitative, rémission, traitement, services.

Abstract

Addicted women who exhibit severe problems of social maladjustment have a greater tendency to seek help while at the same time experiencing relapses more frequently than addicted women who do not exhibit such problems. This exploratory, longitudinal study of the sub-group has two objectives: 1) to describe the life-course utilization of services and the variations in the drug and alcohol use trajectories; 2) to describe the factors associated with each of these variations and to identify the helpful therapeutic factors and the barriers to treatment from the subjective perspective of the women. *Method.* Based on Addiction Severity Index/Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT) results a sub-group of 219 women was selected from amongst 2,667 clients admitted to a public substance addiction treatment center in Montreal over a four-year period, between 1991 and 1995. Twenty-one of the members of the sub-group took part in life history interviews. The ASI/IGT results of these women are similar to the results of the 219 selected participants for all the scales, except for the medical scale. The ASI/IGT at the time of the interview between 1999 and 2000 and the clinical file at the admission in treatment complete the data.

Results: Initiation was often described as a tension reduction experience that happened early in life within a context of psychological distress. The progression and relapse related factors were the same. The participants displayed chronic difficulties, with less than one third of the sample having maintained long-term abstinence from drugs and alcohol. The maintenance of abstinence was made

possible by a constellation of factors that behaved synergistically and by long term effort to change. On average, the participants had utilized 5.7 times a service for their addiction. There is a positive cumulative effect of the different treatment episodes. The relationship with the therapist and with the peers experimenting the same problems is a central helpful therapeutic factor and also a central barrier to treatment. Clinical recommendations are formulated.

Keywords: remission; women; substance addiction; comorbidity; life histories; qualitative research, trajectory, treatment, services, alcoholism.

Table des matières

Identification du jury.....	.ii
Résumé.....	.iii
Abstract.....	.v
Table des matièresvii
Liste des tableaux.....	.xvii
Liste des tableaux du premier chapitre.....	.xviii
Liste des tableaux du deuxième chapitre.....	.xx
Liste des tableaux du troisième chapitre.....	.xxviii
Liste des tableaux du quatrième chapitre.....	.xxxv
Liste des figures.....	.xlii
Liste des sigles et des abréviations.....	.xlix
Dédicace.....	.l
Remerciementsli

INTRODUCTION

1.1 Problématique.....	2
1.1.1 <i>Pertinence du choix de l'objet d'étude</i>	2
1.1.2 <i>Contexte de l'étude</i>	4
1.1.3 <i>Choix du cadre conceptuel</i>	6
1.2 Recension des écrits.....	8
1.2.1 <i>Troubles reliés aux substances psychoactives et inadaptation sociale sévère</i>	10
1.2.2 <i>Trajectoires de consommation de psychotropes au cours la vie : études quantitatives</i>	12
1.2.2.1 <i>Notion de trajectoire</i>	12

1.2.2.2	<i>Trajectoire de consommation chez la population générale</i>	13
1.2.2.1.1	<i>Description des trajectoires de consommation : population générale</i>	14
1.2.2.1.2	<i>Facteurs associés aux variations de la trajectoire de consommation</i>	18
1.2.2.3	<i>Trajectoire toxicomane chez les populations cliniques</i>	26
1.2.2.3.1	<i>Portrait descriptif des trajectoires de consommation et de traitement</i>	26
1.2.2.3.2	<i>Initiation et développement des problèmes liés aux substances</i>	31
1.2.2.3.3	<i>Facteurs liés aux sorties de la toxicomanie et aux trajectoires de services</i>	34
1.2.2.4	<i>Prédiction de l'efficacité thérapeutique</i>	37
1.2.2.4.1	<i>Variables liées à l'individu</i>	38
1.2.2.4.2	<i>Persistance en traitement : quantité, qualité ou durée des services ?</i>	39
1.2.2.4.3	<i>Processus de changement : le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente</i>	42
1.2.2.5	<i>Processus de changement tel que perçu par les personnes alcooliques et toxicomanes</i>	44
1.2.2.5.1	<i>Description des études qualitatives portant sur le processus de changement</i>	44

1.2.2.5.2	<i>Synthèse critique des études qualitatives sur le processus de changement</i>	54
1.3	Objectifs de recherche	57

2. MÉTHODOLOGIE

2.1	<i>Échantillon</i>	60
2.2	<i>Matériel</i>	62
2.3	<i>Déroulement de la recherche</i>	63
2.4	<i>Aspects déontologiques</i>	64
2.5	<i>Analyse des données</i>	66
2.6	<i>Épistémologie : où cette étude se situe-t-elle?</i>	69

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Chapitre 1

1.	Description de l'échantillon : données quantitatives	74
1.1	<i>Clientèle lourde et échantillon :</i> <i>comparaison à l'ensemble des usagers</i>	75
1.2	<i>Description socio-démographique de l'échantillon</i>	78
1.3	<i>Évolution de la gravité des problèmes : 5 à 8 ans après l'admission en traitement</i>	82
1.4	<i>Description de l'échantillon : synthèse</i>	83

Chapitre 2

Présentation des résultats

Premier article

« Trajectoire toxicomane chez des femmes présentant des problèmes graves
d'inadaptation sociale : initiation, progression et rechutes »

1. Introduction	88
1.1 <i>Trajectoire de consommation chez les femmes de la population générale</i>	90
1.1.1 <i>L'emploi</i>	92
1.1.2 <i>Le statut marital</i>	92
1.1.3 <i>La consommation de SPA du partenaire amoureux</i>	94
1.1.4 <i>Les troubles mentaux concomitants</i>	94
1.1.5 <i>L'abus sexuel dans l'enfance</i>	96
1.1.6 <i>Les motivations à consommer de l'alcool</i>	96
1.2 <i>Toxicomanie féminine: populations cliniques</i>	97
1.2.1 <i>Études sur la survenue et la progression de la toxicomanie</i>	98
2. Objectifs de la recherche	102
3. Méthodologie	102
3.1 <i>Échantillon</i>	102
3.2 <i>Instruments</i>	104
3.3 <i>Analyse des données</i>	105
4. Résultats	106
4.1 <i>Trajectoire de consommation : données quantitatives</i>	106
4.2 <i>Initiation</i>	108
4.2.1 <i>Facteurs d'initiation liés aux événements de vie</i>	108
4.2.2 <i>Facteurs d'initiation liés aux substances</i>	110

4.2.3	<i>Facteurs d'initiation liés à la délinquance</i>	112
4.2.4	<i>Facteurs d'initiation reliés à l'individu</i>	112
4.2.5	<i>Facteurs d'initiation liés à l'environnement</i>	113
4.2.6	<i>Facteurs d'initiation : synthèse des résultats</i>	117
4.3	<i>Progression</i>	121
4.3.1	<i>Facteurs de progression liés aux événements de vie</i>	121
4.3.2	<i>Facteurs de progression liés à la substance</i>	126
4.3.3	<i>Facteurs de progression liés à la délinquance</i>	127
4.3.4	<i>Facteurs de progression liés à l'individu</i>	130
4.3.5	<i>Facteurs de progression liés à l'environnement</i>	131
4.3.6	<i>Facteurs de progression : synthèse des résultats</i>	136
4.4	<i>Rechute</i>	139
4.4.1	<i>Facteurs de rechute liés aux événements de vie</i>	139
4.4.2	<i>Facteurs de rechute liés à la substance</i>	140
4.4.3	<i>Facteurs de rechute liés à l'individu</i>	140
4.4.4	<i>Facteurs de rechute liés à l'environnement</i>	141
4.4.5	<i>Facteurs de rechute: synthèse des résultats</i>	141
5.	Conclusion et recommandations	142
5.1	<i>Principaux constats</i>	142
5.2	<i>Recommandations</i>	144
5.3	<i>Critiques méthodologiques</i>	146
	Références	148

Chapitre 3

Présentation des résultats

Deuxième article de la thèse

« Remission in addicted women: a lifetime perspective »

1. Introduction	165
1.1 <i>Predictors of substance use reduction: women in the general population</i>	166
1.2 <i>The remission process: quantitative studies</i>	167
1.3 <i>The remission process: qualitative studies</i>	168
1.4 <i>Research objectives</i>	170
2. Methodology	171
2.1 <i>Sample</i>	171
2.2 <i>Instruments</i>	172
2.3 <i>Data analysis</i>	173
3. Results	173
3.1 <i>Description of the trajectory</i>	173
3.2 <i>Reduction</i>	175
3.2.1 <i>Life event-related reduction factors</i>	175
3.2.2 <i>Substance-related reduction factors</i>	175
3.2.3 <i>Delinquency-related reduction factors</i>	176
3.2.4 <i>Personal reduction factors</i>	176
3.2.5 <i>Environmental reduction factors</i>	177
3.2.6 <i>Reduction factors: results summary</i>	179
3.3 <i>Interruption of consumption</i>	180
3.3.1 <i>Life event-related interruption factors</i>	180

3.3.2	<i>Substance-related interruption factors</i>	182
3.3.3	<i>Delinquency-related factors</i>	182
3.3.4	<i>Personal interruption factors</i>	183
3.3.5	<i>Environmental interruption factors</i>	188
3.3.6	<i>Interruption factors: synopsis</i>	190
3.4	<i>Relapse</i>	191
3.4.1	<i>Life event-related relapse factors</i>	191
3.4.2	<i>Substance-related relapse factors</i>	192
3.4.3	<i>Personal relapse factors</i>	192
3.4.4	<i>Environmental relapse factors</i>	192
3.4.5	<i>Relapse factors: summary of results</i>	193
4.	Conclusions and recommendations	194
4.1	<i>The remission process</i>	194
4.2	<i>Recommendations</i>	195
4.3	<i>Methodological critique</i>	197
	References	198

Chapitre 4

Présentation des résultats

Troisième article

« Life-course utilization of services in addicted women: their subjective perception »

1.	Introduction	214
1.1	<i>Service Trajectory: Description</i>	215
1.2	<i>Help Seeking Process</i>	215

1.3	<i>Successful outcomes predictors</i>	216
1.4	<i>Process of change: qualitative studies</i>	217
1.5	<i>Research Aims</i>	220
2.	Methodology	220
2.1	<i>Sample</i>	220
2.2	<i>Instruments</i>	221
2.3	<i>Analysis</i>	222
3.	Results	223
3.1	<i>Trajectory of Services: Description</i>	223
3.2	<i>Triggers leading to help seeking</i>	223
3.3	<i>Helpful therapeutic factors</i>	226
3.3.1	<i>Interpersonal factors</i>	227
3.3.2	<i>Technical factors</i>	228
3.3.3	<i>Introspective factors</i>	229
3.4	<i>Barriers to Effective Services</i>	230
3.4.1	<i>Interpersonal factors</i>	230
3.4.2	<i>Technical factors</i>	232
3.4.3	<i>Individual factors</i>	233
3.5	<i>Cumulative Effects</i>	234
4.	Discussion	235
4.1	<i>Conclusion and Recommendations</i>	235
	References	240

CONCLUSION	253
4.1 Les principaux constats découlant de cette thèse.....	254
4.1.1 <i>Chronicité des difficultés</i>	254
4.1.2 <i>Multiplicité des facteurs de risque dans l'enfance</i>	256
4.1.3 <i>Initiation, progression et rechutes : les mêmes facteurs de vulnérabilité</i>	259
4.1.4 <i>Influence du partenaires amoureux</i>	262
4.1.5 <i>Influence de l'expérience de maternité</i>	266
4.1.6 <i>Un éclairage nouveau sur le phénomène des portes tournantes</i> ..	269
4.1.7 <i>Déclencheurs de la demande d'aide : un effet de cumul</i>	271
4.1.8 <i>Maintien de la rémission : une démarche au long cours</i>	274
4.1.9 <i>Introspection, relations interpersonnelles et identité : au cœur du processus de rémission</i>	277
4.2 Recommandations cliniques.....	282
4.2.1 <i>Services : accessibilité et continuité au long cours</i>	282
4.2.2 <i>Plan de traitement et de services : individualisé, multidimensionnel</i>	282
4.2.3 <i>L'abstinence : à recommander</i>	282
4.2.4 <i>Maintien de la rémission : synergie d'une multitude de facteurs</i>	283
4.2.5 <i>Trajectoire de consommation : stratégie clinique intéressante</i> ...	284
4.2.6 <i>Traumatisme dans l'enfance : possibilité d'un travail thérapeutique à plus long terme</i>	284

4.2.7	<i>Collaboration entre intervenants psychosociaux et groupes d'entraide</i>	285
4.2.8	<i>Grossesse et maternité : les défis pour l'intervention</i>	285
4.3	Limites de l'étude et avenues de recherche.....	286

RÉFÉRENCES	(pour les sections introduction, méthodologie et conclusion).....	290
-------------------	---	-----

ANNEXES

Annexe 1.	Questionnaire <i>Indice de Gravité d'une toxicomanie</i> (IGT).....	lii
Annexe 2.	Grille d'entrevue.....	lxii
Annexe 3.	Grille de codification.....	lxvi
Annexe 4.	Accord des coauteurs.....	lxx
Annexe 5.	Lettre d'acceptation du projet par M. Landry.....	lxxiv

Liste des tableaux*

* Les tableaux sont présentés pour la description de l'échantillon ainsi que pour chacun des trois articles de la thèse en respectant la numérotation utilisée dans le texte de chacun de ces articles. Les tableaux se trouvent également à la fin de chaque article leur correspondant, en vue d'en faciliter la lecture.

Liste des tableaux du premier chapitre :

« Description de l'échantillon : données quantitatives »

Tableaux 1 et 2 du premier chapitre : « Description de l'échantillon : données quantitatives »

Tableau 1 Distribution de la clientèle lourde selon le sexe et le type de problèmes sévères présentés

Type(s) de problèmes sévères (selon l'IGT)	Femmes	Hommes	TOTAL
Santé mentale seulement	152	129	281
Délinquance seulement	55	393	448
Santé mentale ET délinquance	12	64	76
TOTAL	219	586	805

Tableau 2. Description de l'échantillon : âge, scolarité , avortements et grossesses

Variables socio-démographiques	Moyenne	Écart-type	Étendue
Âge	41,9	7,88	31-53
scolarité (années)	12,1	2,12	8-16
Grossesse(s)	2,48	2,29	0-9
Avortement(s)	1,1	1,48	0-6
Enfant(s)	0,95	1,02	0-3

Liste des tableaux du deuxième chapitre

Premier article de la thèse :

**« Trajectoire toxicomane chez des femmes présentant des
problèmes graves d'inadaptation sociale : initiation, progression
et rechutes »**

Tableau I : tableau 1 du premier article (chapitre 2)

Tableau 1. Facteurs reliés à l'initiation de la consommation

Facteurs d'initiation : Événements de vie	Participant	Fréquence
Décès d'une figure d'attachement significative	D, I, K, L, S	5
Autres événements de vie (13 types)	C, D, G, I, K, N, O, P, Q, R, T, U	12
TOTAL	C, D, G, I, K, L, N, O, P, Q, R, S, T, U	14
Facteurs d'initiation: substances		
Auto-médication : effets liés au soulagement de la tension	B, C, D, E, K, M, T	7
Divers facteurs liés aux substances (8)	A, C, M, N, O, P, Q, R, S, T,	10
Total	A, B, C, D, E, K, N, O, P, Q, M, R, S, T,	14
Facteurs d'initiation liés à la délinquance		
Divers facteurs liés à la délinquance (2)	D, H	2
TOTAL	D, H	2
Facteurs d'initiation liés à l'individu		
Détresse psychologique	D, E, I, H, L, M, O, P, Q, T	10
Curiosité/expérimentation	C, D, F, L, M, U	6
Divers facteurs liés aux individus (9)	D, E, F, H, I, M, R, T, U	9
TOTAL	C, D, E, F, I, H, L, M, O, P, Q, R, T, U	14
Facteurs d'initiation liés à l'environnement		
Initiation avec les pairs	A, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, R, S, U	16
Initiation avec le père et/ou la mère et/ou figure parentale	A, B, C, F, H, J, L, N, T	9
Initiation avec un amoureux	A, F, G, H, J, N, P	7
Initiation avec la fratrie	A, D, F, G, S	5
Alcool ou drogue disponible à la maison	B, G, I, M	4
Prescription d'un médecin	C, I, K, P,	4
Divers facteurs liés à l'environnement	B, H, N, P, R	5
Total	Toutes	21

Tableau II : tableau 2 du premier article (chapitre 2)

Tableau 2. Facteurs de progression liés aux événements de vie

Facteurs de progression	Participant s	Fréquence
<i>Événements de vie</i>	-----	-----
Déménagement	A, B, C, D, F, G, I, J, L, M, O, P, R, U	14
Rupture amoureuse	A, B, C, E, G, I, J, K, M, N, Q, T, U	13
Naissance	B, F, G, H, I, N, T	7
Perte d'emploi	C, F, G, J, M, S, U	7
Nouvel emploi	F, G, L, N, P, Q, S	7
Perte de la garde de son/ses enfant(s)	A, B, F, G, H, N	6
Décès d'une figure d'attachement significative	H, L, M, P, S, T	6
Intervention chirurgicale	B, K, S, U, T	5
Expérience d'échec (travail, école,...)	A, C, G, N	4
Nouveau partenaire amoureux (qui abuse d'une SPA)	I, K, M, T	4
Divers facteurs liés aux événements de vie (15)	A, C, B, F, G, H, I, J, M, O, P, Q, S, T, U	15
TOTAL	Toutes	21

Tableau III : tableau 3 du premier article (chapitre 2)

Tableau 3. Facteurs de progression liés à la substance

<i>Substance :</i>	Participant	Fréquence
Dépendance physique: sevrage, tolérance	E, F, H, I, J, K, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	15
Effet recherché: euphorie	A, C, D, F, G, H, M, N, O, Q, R, T, U	13
Auto-médication : effets liés au soulagement d'affaffects dysphoriques	B, C, D, E, G, I, L, M, N, O, Q, T	11
Substitution de SPA	D, E, F, I, L, N, S	7
La consommation d'une SPA pour contrecarrer les effets d'une autre SPA	E, F, H, I, N, P,	6
Dépendance psychologique	D, F, G, K, T	5
SPA moins dispendieuse	A, C, F, H	4
Effet recherché: pouvoir	N, O, P, U	4
Divers facteurs liés à la substance (5)	C, J, P, Q, R, S, U,	7
Total	Toutes	21

Tableau IV : tableau 4 du premier article (chapitre2)

Tableau 4. Facteurs de progression liés à la délinquance.

<i>Délinquance :</i>	Participant	Fréquence
Vente de drogues	A, D, N, O, P, S,	6
Prostitution	H, N, O, P, R, U	6
Vol d'argent ou vol à l'étalage	D, F, H, N, U	5
Divers facteurs liés à la délinquance (5)	H, M, O, Q, U	5
Total	A, D, F, H, M, N, O, P, Q, R, S, U	12

Tableaux V : tableau 5 du premier article (chapitre 2)

Tableau 5. Facteurs de progression liés à l'individu

<i>Individu :</i>		
Détresse psychologique	A, B, C, D, E, G, H, K, I, J, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	20
Timidité/anxiété sociale	C, D, E, F, I, J, L, P, Q, T	10
Isolement, solitude, ennui	A, B, F, I, J, L, M, Q, S, T	10
Emploi: stress, épuisement, horaire chargé	B, F, M, S, P, Q	6
Rôle de mère: épuisement, sentiment d'incompétence	A, B, E, F, H, I	6
Faible estime de soi	L, O, T, U	4
Acceptation du style de vie toxicomane, identité	C, E, H, N	4
Divers facteurs reliés à l'individu (24)	Toutes sauf I	20
Total :	Toutes	21

Tableau VI : tableau 6 du premier article (chapitre 2)

Tableau 6. Facteurs de progression liés à l'environnement

<i>Environnement</i>	<i>Participant</i>	<i>Fréquence</i>
Consommation avec les pairs	Toutes sauf M	20
Consommation avec le partenaire amoureux	Toutes sauf E	20
Disponibilité de la SPA dans l'environnement de travail	A, B, C, G, P, Q, S, T	8
Absence de réaction ou réactions positives des parents ou grand-parents (R) face à l'abus de SPA	D, K, L, B, N, R, U	7
Consommation avec la fratrie	D, F, S, T, U	5
Disponibilité de la SPA dans le milieu familial	H, J, K, L, R	5
Conflits conjugaux/insatisfactions conjugales	B, C, N, Q, T	5
Divers facteurs liés à l'environnement (7)	B, H, J, K, L, N	7
TOTAL	Toutes	21

Tableau VII. Tableau 7 du premier article (chapitre 2)

Tableau 7 . Facteurs de rechute

<i>Événements de vie :</i>	Participant	Fréquence
Naissance	D, E, F, N, T	5
Divers facteurs liés aux événements de vie (16)	A, E, F, I, J, K, L, M, P, S	10
TOTAL	A, D, E, F, I, J, K, L, M, N, P, S, T	13
<i>Substance:</i>		
Soif/craving	I, U, O, P, Q	5
TOTAL	I, U, O, P, Q	5
<i>Délinquance:</i>	AUCUNE	0
<i>Individu:</i>		
Détresse psychologique	E, F, G, N, Q, S	6
Divers facteurs liés à l'individu (12)	C, E, F, G, H, I, J, N, P, U	10
TOTAL	C, E, F, G, H, I, J, N, P, Q, S U	12
<i>Environnement:</i>		
Contexte de fête et de bars	A, D, F, O, Q, U	6
Amis qui consomment la SPA	A, F, H, I, J, U	6
Rechute du partenaire amoureux	A, J, M, O, U	5
Partenaire amoureux consommateur de SPA	A, B, I, N	4
Divers facteurs liés à l'environnement (4)	F, I, M, S	4
TOTAL	A, B, D, F, H, I, J, M, N, O, Q, S, U	13

Liste des tableaux du troisième chapitre :

Deuxième article :

« Remission in addicted women: a lifetime perspective »

Tableau I : « table 1 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 1: Reduction factors: Life events, substances and delinquency

<i>Life event:</i>	Participants	Frequency
Separation	B, D, G, K	4
Pregnancy	F, I, N, U	4
Various life event-related factors (15)	A, D, F, G, H, I, K, L, O, Q, R, S, U	13
TOTAL	A, B, D, F, G, H, I, K, L, N, O, Q, R, S, U	15
<i>Substance:</i>		
Physical illness/discomfort caused by the PAS	A, C, E, G, N, O, P, Q, R,	8
Effect: not enjoyed or enjoyed less than that of another PS	A, D, G, I, N, S	6
Substitution of one PS by another	E, G, I, N, S, U	6
Various substance-related factors (2)	A, C	2
TOTAL	A, C, D, E, G, I, N, O, P, Q, R, S, U	13
<i>Delinquency</i>		
Cessation of work as a prostitute	H	1
TOTAL	H	1

Tableau II : « table 2 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 2. Personal and environmental reduction factors

<i>Personal:</i>		
Motherhood role: increased sense of self-worth, responsibilities	A, B, D, F, G, H, T, U	8
Fear of the harmful consequences of PS consumption	B, C, E, J, K, N, Q, T	8
New awareness of the problematic nature of individual's PS consumption	F, G, J, L, N, O, Q	7
Employment: structure, increased sense of self-worth, responsibilities	A, D, G, K, P, U	6
Studies: structure, increased sense of self-worth, responsibilities	A, G, J, S, U	5
Guilt due to criticism by friends and family	B, H, N, O, U	5
Motivation to reduce PS consumption for self	O, P, Q, S	4
Projects, desire to take action to improve lot	C, G, Q, U	4
Various personal factors (20)	B, C, D, G, H, I, L, N, P, Q, S, U	12
TOTAL	All except M & R	19
<i>Environment:</i>		
<i>Support by family and friends:</i>		
Support by friends	B, G, H, J, S	5
Support by family (parents, siblings)	F, G, H, Q, U	5
Support by romantic partner	G, P, Q, S	4
<i>Low PS consumption by friends and family:</i>		
Low PS consumption by friends	B, F, I, N, P, S	6
Low PS consumption by romantic partner	H, I, M, N, O, U,	6
<i>Criticism:</i>		
Criticism of individual's PS consumption by immediate/extended family	A, D, K, L, P	5
<i>Other:</i>		
Various environmental factors (8)	B, F, K, L, M, N, R, T, U	9
TOTAL	A, B, D, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	18

Tableau III : « table 3 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 3: Interruption factors: life events and substance

<i>Life events:</i>	Participants	Frequency
Pregnancy	A, D, E, F, H, N, T, U	8
Acting-out while intoxicated	D, E, H, L, U	5
Moving to a new home	A, D, E, M	4
Suicide attempt	B, K, L, S	4
Various life event-related factors (21)	A, B, E, F, G, H, I, K, L, M, O, P, Q, R, S, U	16
TOTAL	All, except C and J	19
<i>Substance:</i>	-----	-----
Effect: not enjoyed or enjoyed less than that of another PS	A, B, D, E, F, G, J, L, M, O, Q	11
Physical illness caused by PS	C, E, K, N, O, Q	6
Various substance-related factors (4)	A, L, O, P, S	5
TOTAL	A, B, C, D, E, F, G, J, K, L, M, N, O, P, Q, S	16
<i>Delinquency:</i>	-----	-----
Cessation of work as a prostitute	H	1
TOTAL	H	1

Tableau IV : « table 4 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 4. Personal interruption factors.

<i>Personal interruption factors</i>	Participants	Frequency (/21)
<i>Triggers</i>		
New awareness of the problematic nature of individual's PS consumption	D, E, I, K, L, N, O, T, U	9
Psychological distress/suicidal ideas	D, E, F, M, N, T, U	7
<i>Maintenance: problem-solving strategies</i>		
Long-term and crisis situation help-seeking	D, E, I, L, M, N, Q, S, T, U	10
Avoidance of peers who consume or places where substance consumption occurs	C, D, E, H, I, K, L, O, P, T	10
Improvement of interpersonal skills	D, E, I, K, M, N, T	7
Spirituality	K, D, M, N, Q, T	6
Introspection and personal growth: long-term	D, K, L, N, T	5
<i>Maintenance: Benefits related to abstinence</i>		
Autonomy, self-affirmation, self-confidence	D, E, I, J, L, M, N, T	8
Feelings of pride and personal efficacy	D, I, K, L, N, O, T	7
Abstinence-related well-being	D, I, J, K, M, O, T	7
<i>Fear of negative consequences</i>		
Fear of the effect or of the negative consequences of PS abuse	C, E, H, I, K, M, N, S, T, U	10
<i>Social role</i>		
Motherhood role: increased sense of self-worth, responsibilities, structure	B, E, F, I, N, O, T, U	8
Studies: self-esteem, structure	F, G, I, N, S, U	6
Employment: structure, increased sense of self-worth, finances	F, I, M, P, S, T, U	6
Helper role	J, K, L, M, T	5
<i>Other</i>		
Various personal factors (17)	A, B, D, F, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, T, U	15
TOTAL	All, except R	20

Tableau V : « table 5 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 5. Environmental interruption factors

<i>Environment</i>		
<i>Support by family and friends</i>		
Support by family members (parents, siblings, children)	A, E, F, I, K, L, O, P, Q, T, U	11
Support by friends	B, E, I, J, L, M, N, P, S, T	10
Support by romantic partner	F, L, Q, P, T	5
<i>Presence of PS in living environment</i>		
Social and family milieu: little or no PS consumption	C, D, G, H, K, M, O, S	8
Abstinent romantic partner	A, K, M, O, T	5
<i>Criticism</i>		
Criticism by romantic partner/threat of separation	A, B, D, E	4
<i>Other</i>		
Various environmental factors (8)	A, D, F, H, I, L, O, U, Q, T	10
TOTAL	All except R	20

Tableau VI : « table 6 » du deuxième article (chapitre 3)

Table 6: Relapse factors

<i>Life events:</i>	Participants	Frequency
Childbirth	D, E, F, N, T	5
Various life event-related factors (16)	A, E, F, I, J, K, L, M, P, S	10
TOTAL	A, D, E, F, I, J, K, L, M, N, P, S, T	13
<i>Substance:</i>		
Thirst/cravings	I, U, O, P, Q	5
TOTAL	I, U, O, P, Q	5
<i>Delinquency:</i>	NONE	0
<i>Individual:</i>		
Psychological distress	E, F, G, N, Q, S	6
Various personal factors (12)	C, E, F, G, H, I, J, N, P, U	10
TOTAL	C, E, F, G, H, I, J, N, P, Q, S U	12
<i>Environmental:</i>		
Party situations and bars	A, D, F, O, Q, U	6
Friends who consume the same PS	A, F, H, I, J, U	6
Romantic partner's relapse	A, J, M, O, U	5
Romantic partner who consumes PSs	A, B, I, N	4
Various environmental factors (4)	F, I, M, S	4
TOTAL	A, B, D, F, H, I, J, M, N, O, Q, S, U	13

Liste des tableaux du quatrième chapitre:

Troisième article :

**« Life-course utilization of services in addicted women: a
phenomenological perspective »**

Tableau I : « table 1 » du troisième article (chapitre 4)

Table 1. Service Trajectory: Description

First service	27.5 Years old	Public treatment center	21/21 participants
Number of services	5.7	Self-help groups	18/21 participants
Duration of the trajectory	12.2 years	Social and medical public services	16/21 participants
Participants still in treatment	7	Private services	9/21 participants
		Community services	9/21 participants

Tableau II : « table 2 » du troisième article (chapitre 4)

Table 2. Triggers Leading to Help Seeking as Identified by Participants

Triggers	F (/21)	Proportion: Alcohol abuse	Proportion: Drug abuse
Advice from a professional	14	7/14	7/14
Pressure-complaints from friends and family	14	9/14	5/14
Psychological distress/suicidal ideation	11	6/11	5/11
Physical illness due to alcohol or drug abuse	11	5/11	6/11
Divorce-separation	10	9/10	1/10
Service recommended by a user of this service	9	5/9	4/9
Suicidal attempt	7	6/7	1/7
Loss of a job/threat of losing a job	7	7/7	0/7
Legal obligation/fear of losing the child custody	6	1/6	5/6
Awareness of the negative effects on their children	5	4/5	1/5
Tired of addicted lifestyle	4	0/4	4/4
Accompanied by a friend to detoxification	4	2/ 2	2/2
Financial problems	4	¾	1/4

Tableau III : « table 3 » du troisième article (chapitre 4)

Table 3. Helpful Therapeutic Factors: Interpersonal Factors

Helpful therapeutic factors	Frequency (/20)
<i>*INTERPERSONAL FACTORS*</i>	-----
Therapist's facilitation of the therapeutic relationship	19
Mutual support between clients or members of a group	16
Development of the social network- decreased social isolation	13
Learning to socialize and to have fun without substances	9
Role model (AA): enhance motivation and feeling of belonging	5
Family involvement	5
Healing relationship: increase trust in others	4
Improved relationships with family	4

Tableau IV : « table IV » du troisième article (chapitre 4)

Table 4. Helpful Therapeutic Factors: Technical Factors

<i>*TECHNICAL FACTORS*</i>	-----
Relapse prevention: long-term and accessible services	11
Pertinent advices about addiction services	10
Structuring aspect of the service (schedules, daily planned activities)	9
Services meeting the perceived needs of the client	6
AA literature: new guidelines/new lifestyle	5
Being in charge of tasks, having responsibilities	5
Alcohol and drug free environment	5
Psycho-education: learning about addiction	5
Accommodation (comfort, meals, beautiful site)	4
Appropriate medication	4

Tableau V : « table 5 » du troisième article (chapitre 4)

Table 5. Helpful Therapeutic Factors: Introspective Factors

<i>*INTROSPECTIVE FACTORS*</i>	-----
Recollection of traumatic childhood experiences	9
Identity: improved capacity to define herself	9
Identification of the triggers of their cravings and sources of stress	8
Expression of their feelings/better emotions regulation	8
Awareness of the severity of their SPA related	7
Sense of being more assertive and autonomous	6
Spirituality	5
Enhanced self-efficacy and well-being	4

Tableau VI : « table 6 » du troisième article (chapitre 4)

Table 6. Barriers to effective services as perceived by participants

Barriers	<u>Frequency (/20)</u>
<i>*INTERPERSONAL FACTORS*</i>	-----
Negative relationships between clients	12
Weak therapeutic relationship	9
Conflict with a therapist	8
Relapse-risk of relapse with a client/member of a self-help group	7
Change of therapist	6
Start of a love relationship: negative effects (relapse, physical abuse, service use ended)	4
<i>*TECHNICAL FACTORS*</i>	-----
Heterogeneous groups: feeling of being apart	8
Group sharing: trigger the envy to drink or take drugs	5
Type of services/therapeutic objectives: subjective needs not considered	5
<i>*INDIVIDUAL FACTORS*</i>	-----
Weak motivation, ambivalence	10
Distrust: difficulty to accept help	9
Shyness: difficulty to express herself	7
Dislike of group format (feels incompetent, feels overwhelmed by the distress of others)	4

Liste des figures

Figure 1 incluse dans le premier chapitre :
« Description de l'échantillon : données quantitatives »

Figure 1. Scores composés de l'IGT des participantes lors de leur admission en traitement en comparaison du sous-groupe constitué de la clientèle lourde et de l'ensemble de la clientèle

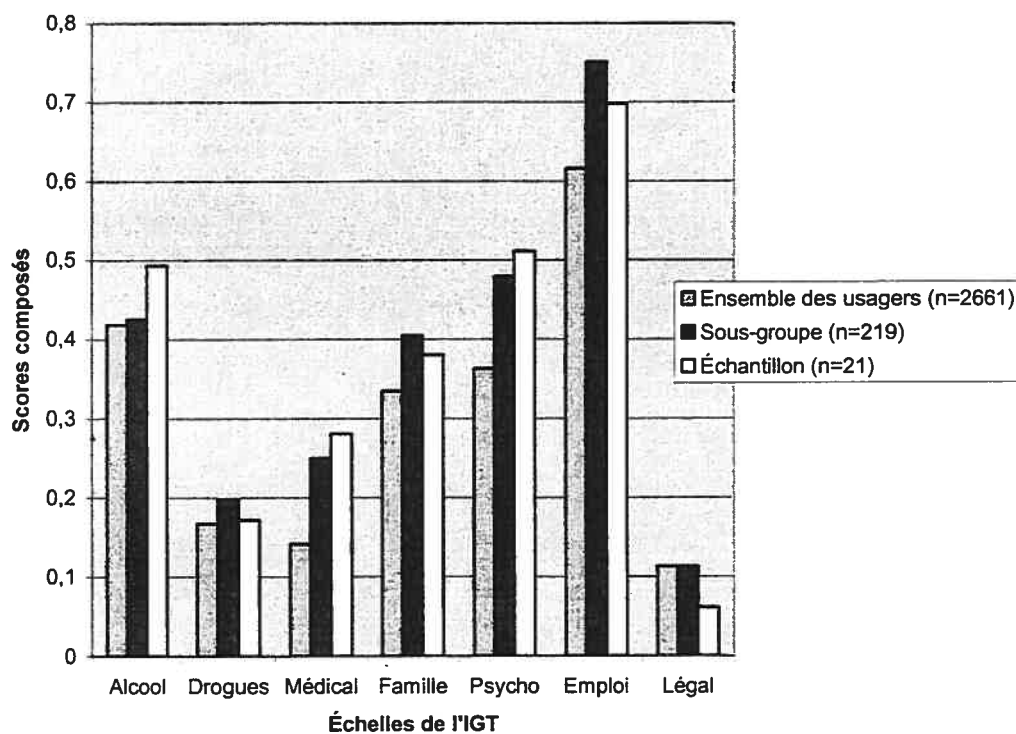
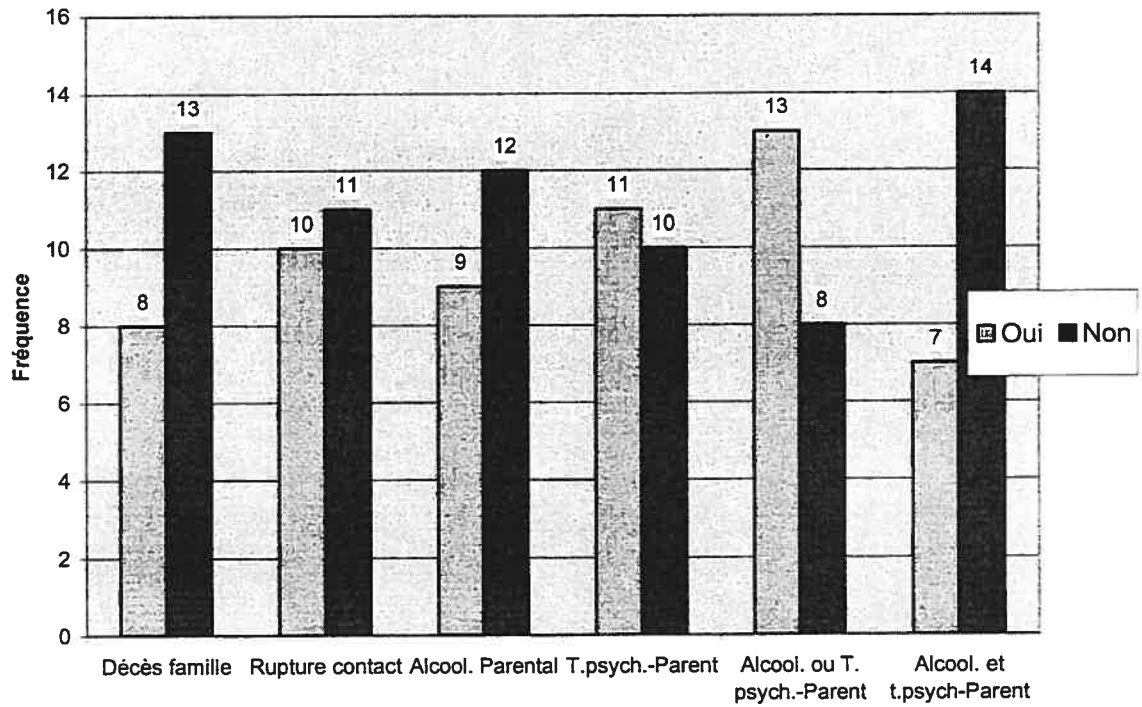


Figure 2 incluse dans le premier chapitre :
« Description de l'échantillon : données quantitatives »

Figure 2. Présence de facteurs de risque durant l'enfance des 21 participantes



**Figure 3 incluse dans le premier chapitre :
« Description de l'échantillon : données quantitatives »**

Figure 3. Statut civil et niveau de satisfaction face au statut civil des participantes au moment de l'entrevue

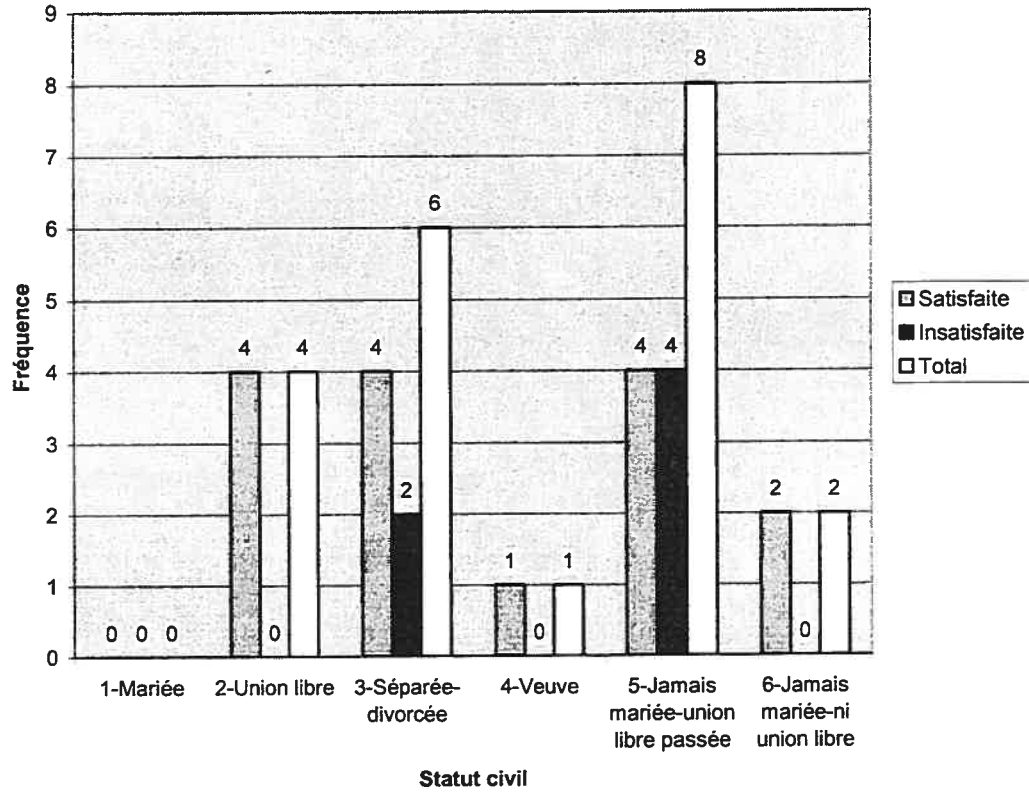
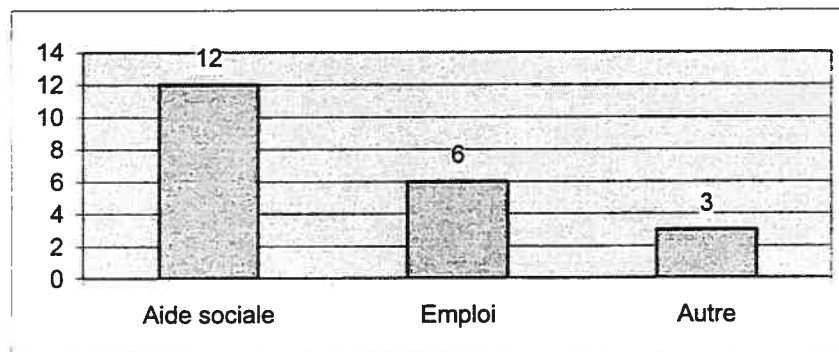


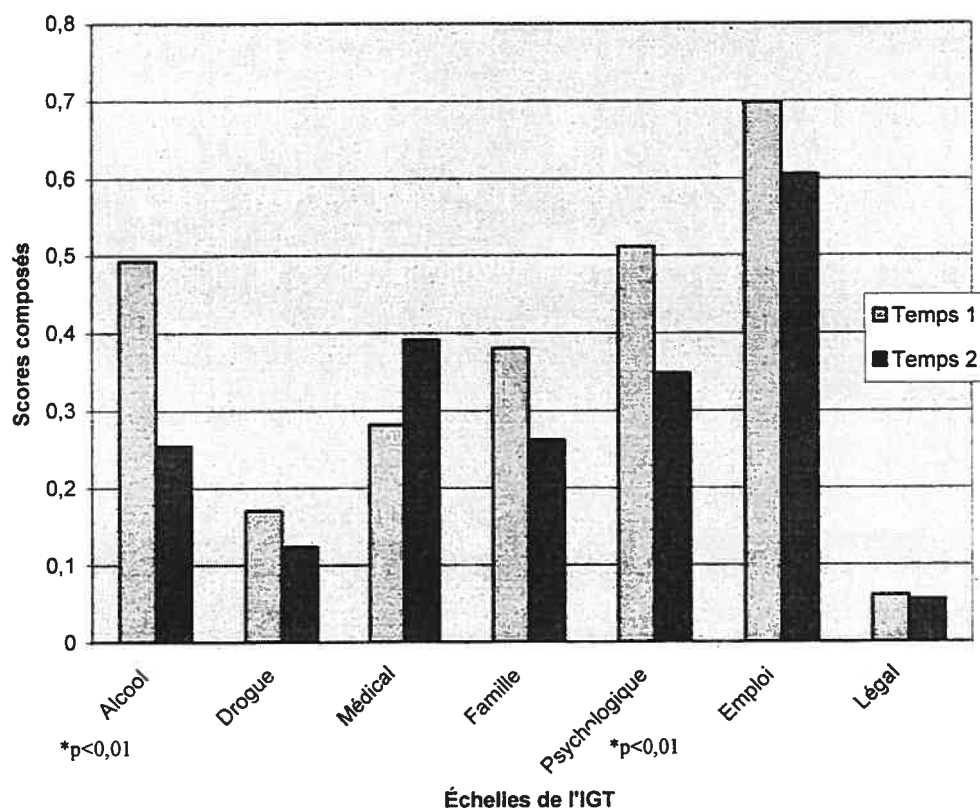
Figure 4 incluse dans le premier chapitre :
« Description de l'échantillon : données quantitatives »

Figure 4. Source de revenu des participantes au moment de l'entrevue



**Figure 5 incluse dans le premier chapitre :
« Description de l'échantillon : données quantitatives »**

Figure 5. Scores composés de l'IGT des participantes lors de leur admission en traitement et lors du suivi, 5 à 8 ans après leur admission



**Figure 1 incluse dans le deuxième article :
«Remission in addicted women : a lifetime perspective »**

Figure 1. *Remission process*

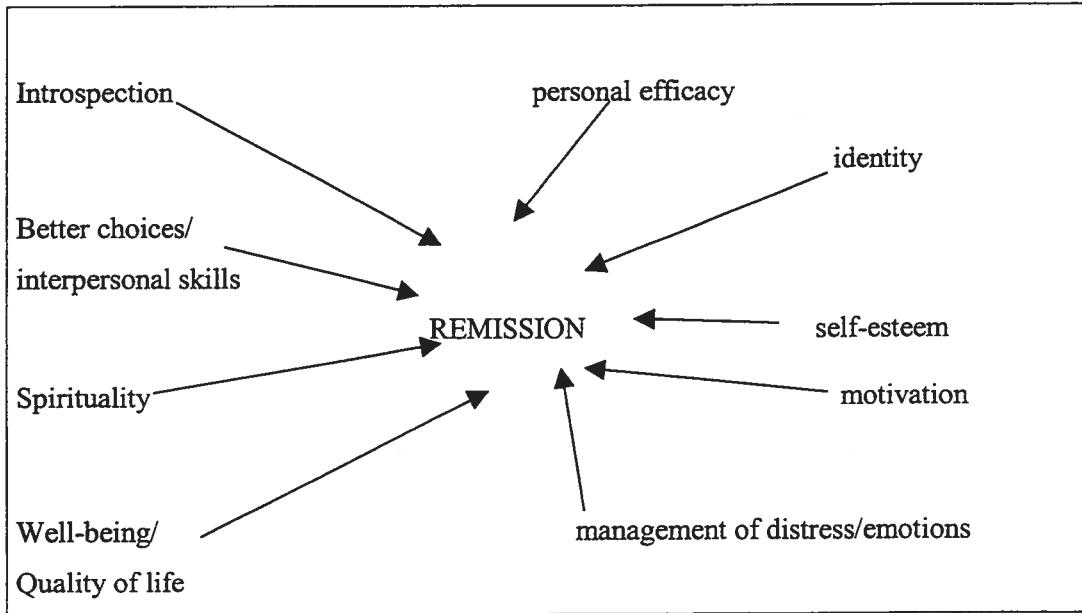
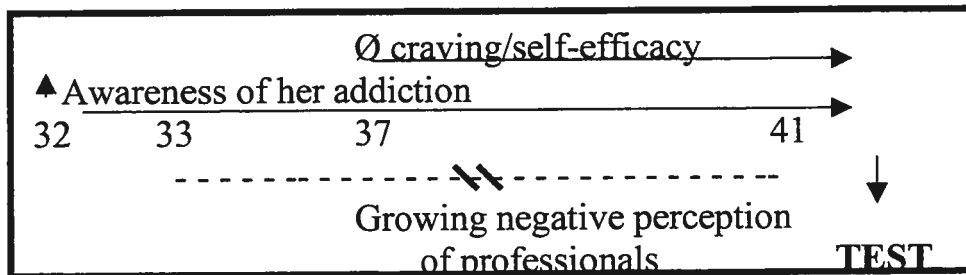


Figure 1 incluse dans le troisième article : « Life-course utilization of services in addicted women: a phenomenological perspective »

Figure 1.

Positive Cumulative Effect of Service Trajectory: a Case Illustration



Liste des sigles et abréviations

- **AA** : Alcooliques Anonymes / Alcoholic Anonymous
- **ASI** : *Addiction Severity Index*
- **DSM-IV**: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth edition*
- **IGT** : *Indice de gravité d'une toxicomanie*
- **PS** : Psychoactive substance
- **SPA** : Substances psychoactives

Dédicace

Je dédie cette thèse à mes parents, Thérèse et Richard, ainsi qu'à mes deux grandes amies, Véronique et Isabelle, car ce sont des êtres exceptionnels qui m'ont témoigné un soutien inconditionnel tout au long de mes études, tant dans les moments heureux que lors des tempêtes.

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de recherche, Louise Nadeau, pour sa grande disponibilité, son expertise, son enthousiasme et son soutien, tant au plan académique que personnel. Je remercie également toute ma famille, en particulier mes parents, pour leur soutien. À tous mes amis, Véronique, Isabelle, Josée, Salma, Didier et les autres, un grand merci. Je n'aurais pu terminer cette thèse sans toute cette richesse que vous apportez à ma vie. Gino, Amélie, Myriam et Denis, j'ai une pensée spéciale pour vous qui avez été là pour moi en maintes occasions importantes. Un merci spécial à Véronique qui a réalisé plusieurs entrevues avec les participantes. Les discussions avec toi sont toujours très enrichissantes.

Je tiens également à remercier les organismes qui m'ont apporté un soutien financier au cours de mes études : Le *Conseil québécois de la recherche sociale* (CQRS) et les *Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche* (FCAR). Merci également aux membres du groupe de recherche *Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec* (RISQ) qui m'ont appuyée tout au long de mes études. Enfin, un grand merci à mes superviseurs cliniques, Chantal Forget, John Wright, Solange Marchildon, Julie St-Amand et Johanne Lefebvre, dont le soutien et l'expertise m'ont aidée à développer mon sentiment de compétence professionnelle en plus de contribuer à ma capacité de faire des liens entre mon travail en recherche et en clinique.

Introduction

1. INTRODUCTION

1.1 Problématique

1.1.1 Pertinence du choix de l'objet d'étude

L'abus et la dépendance à l'alcool et aux autres drogues sont à la source de nombreuses souffrances humaines, tant pour ceux qui vivent cette problématique que pour leurs proches. Les diagnostics d'abus et de dépendance aux substances sont parmi les plus prévalents parmi l'ensemble des troubles mentaux répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994). Ainsi, l'enquête épidémiologique de Kessler et de ses collaborateurs (Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank, & Leaf 1996) révèle que 8,2% de la population a présenté un diagnostic de Trouble lié aux substances psychoactives au cours de la dernière année. Lorsqu'on considère l'ensemble de la vie des individus, cette prévalence passe à 26,6% (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994). En plus des coûts humains significatifs que l'on ne peut chiffrer, les coûts socio-économiques reliés aux différentes toxicomanies s'avèrent faramineux: 890,6 millions de dollars, au Québec, en 1996 (Desjardins, 1996), 18,45 milliards au Canada en 1992 (Single, Robson, Xie, & Rehm, 1996).

Santé Canada soulignait récemment, dans le cadre de sa stratégie anti-drogues, que les études portant sur l'usage de substances chez les femmes sont peu nombreuses et limitées à l'examen du problème, en n'explorant pas les liens possibles avec d'autres variables et phénomènes (Santé Canada, 1995). Santé Canada recommande donc le recours à des recherches axées sur la multiplicité des facteurs interrelationnels tissant la réalité de ces femmes (Santé Canada,

1995). D'autres chercheurs constatent également le peu de données sur la trajectoire toxicomane féminine (el-Guebaly, 1995; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995). De plus, tant dans la population générale (Kessler & coll., 1996) que dans les échantillons cliniques (Arfken, Klein, di Manza & Schuster, 2001; Guyon & Landry, 1996; Hesselbrock, Meyer, & Keener, 1985; Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994; Schuckit, & Morissey, 1979; Turnbull, & Gomberg, 1988), l'occurrence des troubles mentaux concomitants et la sévérité des symptômes psychiatriques sont plus élevées chez les femmes toxicomanes que chez les hommes.

Par ailleurs, bien qu'un trouble mental concomitant (Kessler & coll., 1996; Tomasson & Vaglum, 1998) ou la présence d'une plus grande sévérité de problèmes légaux et psychiatriques soient associés à une plus grande utilisation des services (Grella & Joshi, 1999; Hser, Joshi, Anglin, & Fletcher, 1999; McLellan, Alterman, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994), le traitement de ces personnes est moins efficace (McLellan & coll., 1994; Pettinati, Pierce, Belden, & Meyers, 1999; Simpson, Joe, Lehman, & Selsls, 1986). Le processus de changement de ces personnes qui présentent des problèmes associés à leur toxicomanie gagnerait à être mieux compris (Velasquez, Carbonari, DiClemente, 1999). Les problèmes psychiatriques sévères s'accompagnent souvent de problèmes sévères d'ajustement social dans d'autres sphères de vie, comme les relations familiales et l'emploi (McLellan & coll., 1994), phénomène qui réfère à l'inadaptation sociale sévère. Une meilleure compréhension du processus de changement des femmes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale en plus de leurs problèmes d'alcool et de drogues s'avère

donc essentielle pour apporter des réponses aux nombreux défis cliniques associés au traitement de cette sous-population.

1.1.2 Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans un plus large projet de recherche portant sur l'inadaptation sociale sévère. En effet, c'est en se basant sur cette littérature qui fait écho aux préoccupations formulées par les intervenants en toxicomanie que des chercheurs associés au groupe *Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec* (RISQ) ont obtenu une subvention de recherche du *Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche* (FCAR) (Brochu, Bergeron, Nadeau & Landry, 1996; 1999). Dans le cadre de ce projet de recherche plus large mené auprès de 2 661 clients admis dans un centre de traitement de la toxicomanie de Montréal, entre 1991 et 1995, un sous-groupe d'utilisateurs présentant des indices d'inadaptation sociale sévère a été identifié. Les critères de sélection consistaient à présenter des problèmes sévères et persistants d'inadaptation sociale selon l'échelle de l'état psychologique et/ou l'échelle de la situation légale de l'*Indice de gravité de la toxicomanie* (IGT) administré lors de l'admission en traitement. Ces critères ont d'abord permis d'identifier un sous-groupe de 805 utilisateurs comprenant 219 femmes et 586 hommes. Cette thèse porte sur un échantillon de 21 femmes représentatif des 219 femmes identifiées, au plan des sept sphères de l'IGT. L'analyse du processus de changement de ce sous-groupe de femmes au cours de leur trajectoire de consommation s'est révélée d'autant plus pertinente que l'étude des trajectoires de consommation des hommes qui présentent des problèmes de toxicomanie en plus de leurs problèmes

d'inadaptation sociale sévère étaient déjà en cours par des chercheurs de l'équipe FCAR.

Il s'est avéré que les problèmes de délinquance persistante caractérisent davantage le sous-groupe de 586 hommes, alors que les problèmes de santé mentale caractérisent davantage le sous-groupe de 219 femmes (pour les détails, consulter la description de l'échantillon dans la section résultats). Par ailleurs, l'analyse des scores composés aux échelles de IGT du sous-groupe sélectionné de 219 femmes montre que les problèmes légaux de celles-ci sont moins importants que les problèmes reliés aux six autres sphères. En comparaison à l'ensemble des usagers en traitement entre 1991 et 1995, les 219 femmes présentent des problèmes plus sévères sur cinq des sept sphères de l'IGT : psychologique, drogue, emploi, médical et familial. Il semble donc que l'inadaptation sociale sévère et persistante peut se manifester de manière différente pour les femmes que les hommes, particulièrement en ce qui a trait à la composante de délinquance. Il est d'ailleurs établi que les problèmes légaux caractérisent davantage la population masculine en traitement pour leurs problèmes de toxicomanie que les femmes dans la même situation (Hasin, Grant & Weinflash, 1988; Westermeyer & Boedicker, 2000). Ainsi, dans le cadre de la présente étude, il a été choisi de ne pas approfondir la littérature concernant la double problématique drogue-crime étant donné que cette réalité est peu présente dans l'histoire de vie des participantes.

1.1.3 Choix du cadre conceptuel

Pour mieux comprendre le processus de changement au cours de la vie de ces femmes, des choix quant au cadre conceptuel ont été posés. Il a été choisi de cibler l'exploration du processus de changement au cours de la vie de ces femmes selon leur propre perspective subjective. L'importance de l'exploration de la perspective subjective se reflète par le fait que le sens donné par les participantes à leurs actions et aux événements qu'elles vivent influence en lui-même le cours de leur trajectoire toxicomane (Brochu, 1995). Par exemple, la mort d'un ami par surdose peut susciter une révolte et une progression de la toxicomanie ou encore une prise de conscience associée à la décision d'arrêter de consommer, selon la façon dont les événements sont perçus et vécus. L'importance de l'étude de l'évaluation subjective pour mieux comprendre le comportement humain a également été mise en lumière par la recherche de Downs et Miller (1998) portant sur la relation entre la violence des parents et la symptomatologie psychiatrique. Ces chercheurs en viennent à la conclusion que l'évaluation subjective de la violence est au moins aussi importante que les faits objectifs et devrait être évaluée de manière indépendante. Ils ajoutent que, si ce type d'évaluation est impossible, alors l'évaluation subjective prend le pas sur les faits.

Quant aux chercheurs s'intéressant à l'efficacité des traitements en toxicomanie, ils en arrivent à un nouveau consensus. Les données quantitatives dans les domaines de la recherche évaluative sont insuffisantes et il devient impératif de recourir à la triangulation des méthodologies qualitatives et quantitatives en vue d'en arriver à une meilleure compréhension du processus de changement des

alcooliques et toxicomanes (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Berkowitz, Brindis, & Clayson, 1996; Broekaert, Raes, Kaplan, & Coletti, 1999; Brooks, 1994; Stahler, & Cohen, 2000). D'autres chercheurs suggèrent le recours à des entrevues qualitatives en vue de recueillir des informations clé à propos des préoccupations des clients en vue de développer des programmes de traitement qui tiennent compte des besoins d'une clientèle spécifique (Brooks, 1994; Stahler, & coll., 2000). Enfin, Mercier et Alarie (2000) soulignent l'importance d'étudier le processus de rétablissement de la personne toxicomane qui cible la personne elle-même comme agent de changement plutôt qu'un agent externe, tel l'effet d'un traitement, et qui s'attarde à la perspective subjective. Très peu de données existent sur ce processus de rétablissement tel que vécu et perçu par la personne elle-même (Mercier & Alarie, 2000). Élargir l'exploration de la perspective subjective de la personne au plan de son processus de changement tout au long de sa trajectoire toxicomane pourrait permettre encore davantage de comprendre la complexité de la problématique de la toxicomanie en tenant compte de sa globalité et de son évolution dans le temps.

Ainsi, cette étude cible le processus de changement de ces femmes selon leur perspective subjective dans une perspective d'histoire de vie. Cette étude ne vise donc pas à proprement dit à décrire la trajectoire toxicomane de ces femmes. La notion de trajectoire réfère à l'idée que la consommation d'alcool et de drogues varie au cours de la vie selon une série de phases qui se succèdent dans le temps, de façon non linéaire (voir Mercier, 2001). Des données longitudinales sur de plus grands échantillons peuvent permettre de fournir des données descriptives quantitatives plus fiables sur ces trajectoires. Dans cette étude, la notion de

trajectoire permet plutôt d'identifier des points de repères facilitant l'étude en profondeur du processus de changement chez un plus petit nombre de femmes qui se prononcent sur leur propre vie. Différentes façons d'identifier ces phases ont été utilisées, dont celle de Brochu (1995) qui a été retenue pour permettre éventuellement une comparaison entre les trajectoires de consommation de différentes sous-populations: initiation, progression, maintien, diminution, interruption et rechute. Comment ces femmes comprennent-elles l'initiation, la progression, le maintien, la diminution et l'interruption de leur consommation ainsi que leurs rechutes? À différentes étapes de leur trajectoire, comment se sont-elles senties, qu'ont-elles pensé et qu'ont-elles vécu? Comment ont-elle perçu le rôle des services en toxicomanie au cours de leur trajectoire? Quels ont été les aspects aidants et les obstacles rencontrés au cours de leur utilisation de ces services?

1.2 Recension des écrits

La recension des écrits qui suit permet d'établir le cadre conceptuel de cette étude. Dans un premier temps, la prévalence du phénomène de comorbidité entre problèmes liés aux substances et problèmes sévères d'inadaptation sociale sera documentée. Étant donné la description de l'échantillon de cette étude, la littérature portant sur la double problématique santé mentale/toxicomanie sera privilégiée alors que les données sur les problèmes légaux seront peu abordées. Ensuite, pour pouvoir bien situer le processus de changement de ces femmes au cours de leur vie tel qu'elles se l'expliquent, les études quantitatives portant sur le processus de changement des personnes alcooliques et toxicomanes seront présentées sommairement. Ce thème peut être étudié de diverses façons: des

études quantitatives portant sur la description de trajectoires toxicomanes et sur les facteurs associés aux variations de ces trajectoires, notamment l'initiation et le développement des problèmes de consommation et les sorties de la toxicomanie; des études quantitatives sur les facteurs non-spécifiques au traitement permettant de prédire le succès thérapeutique; les études sur les facteurs explicatifs de la rémission sans traitement. Les résultats de ces différents types d'études seront résumés. Notons que les études sur la rémission sans traitement ne seront pas systématiquement relevées, même si on pourra retrouver certaines références à ce type d'études (pour une revue, voir Klingemann, Sobell, Barker, Blomqvist, Ellinstad, Finfgeld, Granfield, Hodgins, Hunt, Junker, Moggi, Peele, Smart, Sobell & Tucker, 2001). Ce choix découle du fait que cette thèse s'attarde à des femmes qui ont choisi de recourir à des services alors que ce type d'études cible les personnes qui n'ont jamais eu recours à des services pour résoudre leurs problèmes d'alcool et de drogues. Enfin, les études qualitatives s'attardant spécifiquement à l'étude du processus de changement au cours de la vie selon la perspective subjective des personnes présentant des problèmes d'alcool ou de drogues seront décrites de façon plus détaillée. Notons que cette recension des écrits ciblera davantage les études réalisées auprès des femmes étant donné l'objet d'étude de cette thèse. Puisque la littérature scientifique portant sur la trajectoire toxicomane des femmes et sur leur processus de changement est limitée, certaines études portant sur des échantillons masculins seront décrites pour permettre une meilleure compréhension du processus de changement au cours de la vie des personnes toxicomanes.

1.2.1 Troubles reliés aux substances psychoactives et inadaptation sociale sévère

Les problèmes associés à la toxicomanie peuvent être étudiés de différentes façons. Les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique permettent de documenter la comorbidité entre différents troubles mentaux, tels que définis par les critères diagnostiques du DSM-IV. Il s'agit d'une classification catégorielle des problèmes associés. La cooccurrence de troubles mentaux chez des clients en traitement pour leur abus ou dépendance aux substances psychoactives est associée à un moins bon pronostic (voir Nadeau, 2001). La mesure des problèmes associés via une évaluation globale d'indices de sévérité des symptômes psychiatriques plutôt que l'évaluation diagnostique de troubles mentaux constitue également une méthode pertinente. En effet, la sévérité des symptômes psychiatriques constitue l'un des facteurs de prédiction de moins bons résultats thérapeutiques du traitement en toxicomanie parmi les mieux documentés (voir Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast; 1997; voir McLellan & coll., 1994; voir Velasquez, & coll., 1999). En outre, McLellan et son équipe (1994) soulignent l'importance du niveau de sévérité des problèmes aux diverses sphères de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) pour évaluer le résultat d'un traitement et pour en prédire l'issue : alcool, drogues, médical, emploi, familial, psychologique, légal. Ces auteurs parlent d'«ajustement social» pour faire référence à ces cinq dernières sphères qui ne sont pas directement reliées à la consommation de substances. Des problèmes sévères sur ces différentes sphères sont associés à de moins bons résultats thérapeutiques, tant pour les dépendances aux opiacés, à la cocaïne qu'à l'alcool (McLellan &

coll., 1994). Ainsi, le concept d'inadaptation sociale sévère réfère au fait de vivre des problèmes sévères sur l'une ou plusieurs de ces sphères.

Les études de prévalence se sont attardées à l'étude de la comorbidité entre les troubles reliés aux substances et les autres troubles mentaux. Dans l'étude épidémiologique américaine de Kessler et de ses collaborateurs (1996) auprès de 8098 répondants, parmi les personnes âgées de 15 à 54 ans qui présentaient un trouble lié aux substances dans les derniers 12 mois, 29% présentaient aussi un autre trouble mental. Parmi ceux qui présentaient un trouble mental au cours de la dernière année, 15% présentaient également un autre trouble lié aux substances. Ainsi, la présence d'un trouble mental constitue un facteur de risque quant à la présence d'un trouble relié aux substances, et inversement (Nadeau, 2001).

Dans les échantillons cliniques, près de 77% des hommes et des femmes traités pour un trouble lié à l'alcool ont présenté au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (Hesselbrock & coll., 1985). Le taux de comorbidité ne descend jamais en bas d'un tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés (Penick, Nickel, Cantrell, Powell, Read & Thomas, 1990). Par ailleurs, les études cliniques montrent que les femmes présentent davantage de troubles comorbides que les hommes (Hesselbrock & coll., 1985; Schuckit & Morissey, 1979; Turnbull & Gomberg, 1988). Dans les centres de traitement publics québécois, les femmes ont davantage tenté de se suicider au cours de leur vie et présentent

plus fréquemment un diagnostic psychiatrique que les hommes (Guyon & Landry, 1996).

1.2.2 Trajectoires de consommation de psychotropes au cours la vie :

études quantitatives

Pour bien situer, dans une perspective d'histoire de vie, le processus de changement des femmes alcooliques et toxicomanes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère, il faut connaître les trajectoires de consommation chez la population générale et les échantillons cliniques ainsi que les facteurs associés aux variations de ces trajectoires.

1.2.2.1 Notion de trajectoire

La notion de trajectoire toxicomane réfère au fait que les problèmes de toxicomanie se développent et évoluent dans le temps selon une succession de phases spécifiques et de transitions variées et non linéaires (Mercier, 2001). Il est maintenant reconnu qu'une fois la consommation de substances initiée, cette consommation pourra progresser jusqu'à atteindre des niveaux de sévérité plus élevés pour ensuite varier sur une longue période selon un cycle répété de périodes d'arrêt de consommation et de rechutes (Hser & coll., 1997). Dans la même lignée, la notion de carrière ou de trajectoire de traitement cible plus spécifiquement l'étude des épisodes de traitement au cours de la vie de l'individu en vue de mieux comprendre l'efficacité du traitement au long cours, dans une perspective longitudinale qui tient compte de la répétition fréquente des ces épisodes (Hser & coll., 1997). Mercier (2001) précise qu'il existe trois méthodes quantitatives d'étudier les trajectoires de toxicomanie, méthodes principalement

utilisées en épidémiologie : des études prospectives, rétrospectives et transversales. Les études prospectives permettent d'observer de manière longitudinale les variations de consommation d'alcool et de drogues sur une période donnée ainsi que les facteurs associés à ces variations. Les études rétrospectives sont basées sur la mémoire des participants, quant à leur trajectoire de consommation au cours de leur vie, alors que l'issue de leurs problèmes de consommation est déjà connue. Enfin, l'approche transversale consiste à comparer des personnes qui se trouvent en un même moment à des stades différents de leur trajectoire de consommation. Ces types d'études seront sommairement décrits ci-après. Notons que Mercier (2001) souligne que les trajectoires peuvent également être étudiées qualitativement, particulièrement via l'entrevue d'informateurs-clés qui se prononcent rétrospectivement sur différents aspects de leur trajectoire. Hser et son équipe (1997) soulignent aussi que l'étude de la perception et des attitudes des clients concernant leur consommation et leur expérience de traitement constituent un aspect de l'étude des trajectoires qui permet de mieux saisir leur processus de changement. Ces études qualitatives seront présentées dans la seconde partie de cette recension des écrits, section qui portera plus particulièrement sur le processus de changement au cours des différentes phases de la trajectoire toxicomane, selon la perspective subjective des personnes qui vivent ces difficultés.

1.2.2.2 Trajectoire de consommation chez la population générale

Des enquêtes épidémiologiques longitudinales se sont attardées à l'étude de la variation de la consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie chez la population générale.. Ces enquêtes permettent donc de dresser un portrait

détaillé de trajectoires de consommation de psychotropes et non pas de trajectoires toxicomanes, étant donné que la très grande majorité de cette population ne développera jamais de problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues. Certaines études longitudinales débutent alors que les participants sont de jeunes enfants, ce qui permet de documenter le développement des problèmes de toxicomanie.

1.2.2.1.1 Description des trajectoires de consommation : population générale

Quel que soit le pays ou la période historique étudiée pour lesquels des données sont disponibles, les femmes boivent de l'alcool en plus petite quantité et consomment moins fréquemment (Fillmore, Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, & Temple, 1991; Johnstone, Leino, Ager, Ferrer, & Fillmore, 1996; Santé Québec, 1988; 1995; Wilsnack & Wilsnack, 1995). Les femmes augmentent leur consommation d'alcool avant l'âge de 20 ans, puis on constate avec l'âge un déclin de la fréquence de consommation, ce déclin étant plutôt stable après l'âge de 30 ans (Johnstone & coll., 1996). En 1981, 1986 et 1991, des données sont obtenues auprès d'un échantillon stratifié initial de 911 femmes, comprenant 498 buveuses modérées à élevées et 413 buveuses légères ou abstinentes (Wilsnack & Cheloha, 1987; Wilsnack, Klassen, & Schur, 1991; Wilsnack & Wilsnack, 1992; 1995). Parmi les 157 femmes qui ne montrent pas d'indicateurs de consommation d'alcool problématique en 1981, 11% rapportent au moins un indicateur en 1986. Les femmes de 21 à 34 ans sont à la fois plus susceptibles de développer des problèmes d'alcool (27% des consommatrices d'alcool non problématiques en 81) et d'arrêter une consommation d'alcool

problématique (38% des consommatrices d'alcool problématiques). Des enquêtes régionales et nationales américaines révèlent que les hommes qui présentent des problèmes d'alcool sont plus susceptibles d'avoir demandé de l'aide de la part de services spécialisés en toxicomanie que de la part que tout autres services alors que les femmes tendent à se tourner davantage vers des groupes d'entraide et à obtenir des soins via le réseau de soin de santé physique et mentale (voir Grella & Joshi, 1999).

Au plan de la consommation de drogue chez la population générale, il est établi qu'il y a une augmentation de l'initiation et de la consommation de drogues au cours de l'adolescence, suivie ensuite, à l'âge de 18 ans, par une baisse importante de cette consommation (pour une revue, voir Kandel, 1980). Ces variations sont largement attribuées à la période de développement qu'est l'adolescence, période au cours de laquelle le jeune explore son environnement et est en quête d'autonomie. La majorité des adolescents demeurent des consommateurs qui expérimentent différentes drogues alors que seulement la minorité développeront des problèmes de consommation à l'adolescence ou à l'âge adulte (Glantz & Pickens, 1992). Par exemple, au Québec, une enquête épidémiologique auprès d'un échantillon stratifié de 4 771 adolescents fréquentant l'école secondaire montre que 84% de ceux-ci ne présentent aucun problème de consommation, tel qu'évalué par une grille de dépistage validée (Bordeleau & Perron, 2003). Par ailleurs, durant l'année ayant précédé l'enquête, 69% ont consommé de l'alcool, 63% des buveurs l'ayant fait de façon excessive au moins une fois (cinq consommations ou plus par occasion), alors que 39% ont consommé du cannabis (Bordeleau & Perron, 2003).

L'étude longitudinale américaine de Zapert, Snow, & Tebes (2002) auprès d'une cohorte de 443 adolescentes et 321 adolescents met en relief six types de trajectoires de consommation. Tout au long de leurs études, soit de la sixième à la douzième année, la majorité des jeunes étaient abstinents (34,4%) ou encore des consommateurs qui expérimentent diverses substances sans progression de la consommation (25,3%). Deux types de trajectoires de consommation caractérisent davantage les filles que les garçons : 1) le groupe dont la consommation initiale est peu élevée, mais qui montre une progression rapide de la consommation du milieu à la fin de l'adolescence (20,7%) et le groupe dont la consommation progresse de façon importante du début jusqu'à la fin de l'adolescence (5,2%). Les garçons se trouvent davantage dans la catégorie de ceux qui expérimentent la consommation de substances. Les auteurs ne suggèrent pas d'explication à ces résultats. Néanmoins, comme nous le verrons plus loin, les études auprès d'échantillons cliniques confirment une progression plus rapide des problèmes de consommation chez les femmes, ce qui peut s'expliquer entre autres par la plus grande vulnérabilité biologique des femmes aux substances psychotropes (voir Walter, Gutierrez, Ramskogler, Hertling, Dvorak & Lesch, 2003).

Au-delà des études portant sur les adolescents, les données sur les trajectoires de consommation de drogues portant sur la population générale sont limitées. Dell & Garabedian (2003), qui ont réalisé une analyse critique de toutes les études nationales canadiennes portant sur la consommation de drogues au cours des 20 dernières années, constatent que les études nationales, provinciales ou locales

documentant la prévalence de ce phénomène comportent plusieurs limites : 1) les données sont limitées et rarement longitudinales; 2) il existe un manque de standardisation des mesures ; 3) les populations les plus à risque quant à la consommation de drogues illicites, tels les sans-abris par exemple, sont souvent écartés des enquêtes. Néanmoins, ces études permettent d'en arriver à certains consensus. Ainsi, les femmes consomment moins de drogues illicites que les hommes, tant depuis la dernière année qu'à vie, et le cannabis est la drogue la plus consommée, tant pour les hommes que les femmes. Ainsi, durant leur vie, selon le *Canada Alcohol and other Drugs Survey (CADS)* (Canadian Center on Substance Abuse (CCSA), 1999), les hommes rapportent davantage avoir consommé que les femmes : du cannabis (27,7% vs 18,7%); du LSD, des speed et de l'héroïne (8,1% vs 3,6%); et de la cocaïne (4,9% vs 2,7%). Les résultats de l'enquête épidémiologique américaine réalisée en 2002, le *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)* vont dans le même sens (Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), 2003)

Par ailleurs, tant le CADS (CCSA, 1999) que le *National Population Health Survey* (Statistique Canada, 2000) constatent que les femmes rapportent une plus grande utilisation que les hommes de médicaments prescrits et non-prescrits, tels les antidépresseurs, les somnifères, les anxiolytiques, les pilules pour maigrir et les opiacés analgésiques. Par exemple, dans le dernier mois, 3,8% des femmes ont consommé des anxiolytiques comparativement à 1,9% pour les hommes ; 4,8% des femmes ont pris des somnifères alors que 2,7% des hommes ont fait de même (CCSA, 1999). Il est cependant difficile d'établir la proportion de ceux qui en abusent à partir de ces données. En somme, ces études auprès de la

population générale permettent de dresser un profil de la consommation de drogues illicites plutôt imprécis et fournissent très peu de données sur l'évolution de la consommation de drogues au cours de la vie.

En somme, la description des trajectoires de consommation permet de documenter la variation de la consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie au sein de la population générale. L'âge ne peut pas expliquer à lui seul les variations de cette consommation, d'où l'importance de comprendre les facteurs liés ou corrélés à l'âge pouvant aider à comprendre les mécanismes de ces changements.

1.2.2.1.2 Facteurs associés aux variations de la trajectoire de consommation

Voyons maintenant ce que les études réalisées auprès de la population générale nous apprennent concernant les facteurs qui influencent la consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie.

Études auprès des adolescents : bref survol des facteurs de risque. Les résultats probants concernant les facteurs psychosociaux associés à la prise d'alcool et de drogues proviennent surtout des études auprès des adolescents. Hawkins, Catalano & Miller (1992), dégagent les consensus concernant les facteurs de risque prédisposant au développement de troubles liés aux SPA : un tempérament difficile, le sexe masculin, des attitudes positives face à une SPA, des pratiques disciplinaires parentales inadéquates, l'abus sexuel et l'abus physique et, enfin, les conflits ou la discorde familiale. Au Québec, les résultats

de l'étude longitudinale de Vitaro et de ses collaborateurs (Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay & Zoccolillo, 2000) vont dans le même sens en plus de montrer que les problèmes comportementaux durant l'enfance permettent de prédire l'abus de substances à l'adolescence et le développement de problèmes de toxicomanie.

L'alcool et les femmes. Wilsnack & Wilsnack (1995) ont réalisé une recension des écrits sur les facteurs pouvant affecter les variations de consommation d'alcool au cours de la vie des femmes. L'emploi, le statut marital, la consommation d'alcool du partenaire amoureux, la dépression et l'abus sexuel dans l'enfance sont les principaux facteurs relevés. La négligence parentale et l'alcoolisme parental constituent également des facteurs importants.

En ce qui a trait à l'emploi, des données contradictoires mettent en relief la complexité de cette influence. D'une part, plusieurs études montrent que la combinaison des rôles familiaux et de l'emploi augmente la fréquence de consommation d'alcool, mais ni le taux de consommation d'alcool de niveau élevé, ni les conséquences négatives y sont reliés (Parker, Parker, & Wolz, 1980; Shore, 1985; 1992). La multiplicité des rôles sociaux a même été associée à une moins grande prévalence de problèmes d'alcool (Wilsnack & Cheloha, 1987). D'autre part, l'obtention d'un emploi a été reliée à davantage de problèmes d'alcool dans une autre étude longitudinale (Wilsnack & Wilsnack, 1992). Il est possible que l'influence de l'emploi puisse dépendre de la capacité de la personne à se sentir compétente et à gérer son stress. Des facteurs individuels et

organisationnels ainsi que la disponibilité du soutien social peuvent aussi être en cause.

Pour ce qui est du statut marital, les enquêtes américaines révèlent les taux de consommation d'alcool et de problèmes liés à l'alcool sont les plus élevés chez les femmes jamais mariées, divorcées ou séparées, les plus bas chez les veuves, la position médiane étant occupée par les femmes mariées (pour une revue, voir Wilsnack & Wilsnack, 1995). Par ailleurs, l'étude longitudinale de Wilsnack, Klassen, & Schur (1991) montre que les femmes mariées en 1981 et ayant une consommation problématique sont plus susceptibles, en 1986, d'avoir *réduit* leurs symptômes de dépendance lorsqu'elles se sont séparées. Cette tendance est encore plus forte pour les mariages de 1981 caractérisés par un partenaire consommant fréquemment de l'alcool et/ou par des dysfonctions sexuelles. D'ailleurs, le fait que les femmes rapportent être davantage influencées que les hommes par la consommation de leur partenaire amoureux est bien établi, tant par l'étude de Wilsnack & Wilsnack (1995) que par des études épidémiologiques réalisées auprès de la population générale d'Hawaii (Kolonel & Lee, 1981) et de Norvège (Hammer & Vaglum, 1989).

En ce qui a trait à la dépression, une méta-analyse des enquêtes longitudinales provenant des États-Unis, du Canada et d'Écosse (Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, Temple, & Fillmore, 1991) conclut que des niveaux élevés de symptômes dépressifs prédisent, chez les femmes, des niveaux élevés de consommation d'alcool. Selon cette méta-analyse, la consommation d'alcool prédit également les symptômes dépressifs, et ce, davantage chez les femmes que

les hommes, témoignant ainsi de l'influence bidirectionnelle entre dépression et alcoolisme. Par ailleurs, le fait de consommer pour diminuer un état aversif permet en lui-même de prédire l'apparition de problèmes d'alcool chez des étudiants de niveaux collégial et universitaire (Carey & Correia, 1997; Perkins, 1999). Également, la consommation d'alcool pour réduire l'anxiété devient plus rapidement primaire pour les femmes que les hommes et les conséquences négatives reliées à ce type de motivation surviennent plus hâtivement (Perkins, 1999).

L'abus sexuel avant l'âge de 18 ans est aussi associé à l'âge adulte, chez les femmes de la population générale, aux épisodes de consommation élevée d'alcool, à l'intoxication, aux problèmes liés à l'alcool, aux symptômes de dépendance à l'alcool et à la consommation de drogues autres que l'alcool (voir Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; voir Wilsnack et Wilsnack, 1995). Traditionnellement moins étudiée que les abus physiques et sexuels, il est maintenant établi que la négligence parentale dans l'enfance est associée à un plus grand risque de toxicomanie à l'âge adulte (pour une revue, voir Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci, & Kirillova, 2002). Cette association est présente, même en contrôlant pour la variable d'alcoolisme parental (Dunn & coll., 2002), variable aussi liée au risque de développer des problèmes de substance à l'âge adulte (Cotton, 1979; Vitaro, Assaad, & Carbonneau, 2004). Les troubles reliés aux substances sont associés à la négligence parentale étant donné que ceux-ci : 1) sont directement liés à la négligence parentale, 2) constituent un modérateur de la relation entre la négligence de la mère et l'histoire de négligence dans l'enfance de cette dernière ; 3) sont un modérateur

de la relation entre comorbidité psychiatrique et négligence parentale (Dunn & coll., 2002).

D'autres mécanismes bio-psycho-sociaux peuvent expliquer comment l'alcoolisme parental peut mettre à risque un enfant de vivre des problèmes de substances à l'âge adulte (pour une revue, voir Vitaro & coll., 2004). Vitaro et ses collaborateurs (2004) notent que plusieurs de ces facteurs de risque sont associés les uns aux autres et que l'effet de l'alcoolisme parental sur l'inadaptation des enfants peut s'expliquer en partie étant donnée son association avec : 1) les psychopathologies diverses chez le parent alcoolique et le conjoint qui présente aussi souvent des psychopathologies (principe d'appariement) ; 2) la désorganisation et la violence familiale ; 3) le climat familial tendu, conflictuel et imprévisible ; 4) l'isolement social et le faible niveau socio-économique ; 5) la négligence et les abus physiques des parents.

Ce modèle explicatif n'exclut pas l'influence spécifique de l'alcoolisme parental sur la transmission intergénérationnelle de l'alcoolisme via le modèle de l'apprentissage social (Bandura, 1977; voir Vitaro & coll., 2004). Enfin, quelques modèles intégrateurs tiennent compte des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux (pour une revue critique, voir Vitaro & coll., 2004). Cloninger et son équipe (Bohman, Sigvardson & Cloninger, 1981; Cloninger, Bohman, & Sigvardson, 1981), à partir d'une des études les plus citées auprès de 862 hommes et 913 femmes adoptés en bas âge, identifient l'alcoolisme de type 1 (limité au milieu) et de type 2 (limité aux hommes). L'alcoolisme de type 2 n'affecte que les hommes et est une forme plus sévère et

moins fréquente d'alcoolisme qui affecte 24% des alcooliques. Le fils d'alcoolique devient alcoolique avant 25 ans, ne semble pas être influencé par les facteurs environnementaux et présente un risque de devenir alcoolique neuf fois plus élevé que le groupe témoin. Quant à l'alcoolisme de type 1, qui atteint les hommes et les femmes, il semble que la transmission intergénérationnelle soit influencée à la fois par des facteurs environnementaux et génétiques. Le risque de devenir alcoolique pour ces personnes est de deux fois plus élevé. Le modèle de Tarter et collaborateurs (Tarter, Hegedus, & Gavalier, 1985) met l'accent sur le concept de tempérament, mais appuie son modèle sur des études auprès de fils d'alcooliques uniquement. Enfin, le modèle de Sher (1993) propose des mécanismes étiologiques bio-psycho-sociaux qui, bien qu'intéressants, demeurent des hypothèses qui doivent être validées. Les facteurs retenus par ce modèle sont: l'histoire familiale d'alcoolisme, le tempérament, les déficits cognitifs et, selon le cas, une sensibilité particulière aux effets de l'alcool, des problèmes de comportement associés à des pratiques parentales inadéquates ou des troubles émotionnels associés à des niveaux de stress élevés.

Néanmoins, quelques études sur l'intégration des facteurs neurochimiques et neuropsychologiques, réalisées surtout auprès de fils d'alcooliques, permettent d'appuyer la pertinence du modèle bio-psycho-social. Vitaro et ses collaborateurs (2004) résument ces principaux constats : 1) certains enfants d'alcooliques sont davantage sensibles à l'effet anxiolytique de l'alcool (possiblement étant donné l'action de l'alcool sur le système GABA), ce qui pourrait les mettre davantage à risque de recourir à l'automédication ; 2) les enfants d'alcooliques ont une production significativement plus élevée de bêta

endorphine suite à la consommation d'une quantité modérée d'alcool, ce qui produit un effet de renforcement d'autant plus efficace ; 3) le système dopaminergique semble jouer un rôle en faveur des propriétés de renforcement et de stimulation de l'alcool et aussi d'autres drogues comme l'amphétamine et la cocaïne ; 4) l'augmentation excessive du rythme cardiaque suite à une consommation d'alcool, présente particulièrement chez les hommes marqués par une longue histoire familiale d'alcoolisme, pourrait être un indicateur de la sensibilité aux facteurs renforçateurs et donc toxicomanogènes de l'alcool. La notion que l'influence génétique dans la transmission intergénérationnelle de l'alcoolisme serait moins marquée pour les femmes demeure controversée, certains auteurs affirmant que l'alcoolisme des femmes est davantage influencé par l'environnement alors que d'autres attribuent les différences entre les genres aux caractéristiques méthodologiques des études (Voir Wiesbeck, 2003).

Notons que plusieurs études ont tenté de montrer un lien entre le stress et l'alcool chez les femmes, d'autant plus que celles-ci tendent à considérer des événements stressants comme étant reliés à l'initiation de leur consommation problématique d'alcool (Lex, 1991). Le lien causal entre stress et alcool demeure controversé puisque les études réalisées n'arrivent pas à prouver que ce ne sont pas les problèmes d'alcool qui causent les événements stressants et non l'inverse (Brady & Sonne, 1999). Néanmoins, une étude récente auprès de femmes présentant une histoire familiale d'alcoolisme ou de troubles anxieux montrent une plus grande sensibilité à l'effet anxiolytique de l'alcool chez ces femmes en comparaison de celles qui ne présentent pas une telle histoire familiale (Sinha, Robinson & O'Malley, 1998). Aussi, plusieurs études montrent que les femmes

qui utilisent des moyens de gestion du stress axés sur la résolution de problèmes consomment moins d'alcool durant des périodes stressantes que celles qui utilisent des moyens centrés sur les émotions visant à soulager immédiatement l'inconfort plutôt que de cibler le problème (voir Brady & Sonne, 1999).

Les femmes et les drogues illicites. Les connaissances sur les facteurs influençant les variations de consommation de drogues chez les femmes proviennent davantage des études auprès de la population clinique que générale. Néanmoins, des enquêtes épidémiologiques américaine (SAMHSA, 2003) et canadienne (voir Dell & Garabedian, 2003) mettent en lumière que les femmes enceintes consomment des drogues illicites en moins grand nombre que les autres femmes. Les problèmes associés à la consommation de drogues illicites varient selon le sexe. Les femmes rapportent davantage des problèmes familiaux liés à leur consommation alors que les hommes ont davantage de problèmes d'ordre juridique (Dell & Garabedian, 2003). Également, bon nombre de femmes rapportent que leur conjoint les a initiées à la consommation de drogues, modèle qui n'est pas courant pour les hommes (Dell & Garabedian, 2003).

Au-delà du sexe de la personne, l'enquête menée par le SAMHSA révèle que le statut d'emploi est fortement corrélé à la consommation de drogues illicites chez les adultes, ceux n'ayant pas d'emploi à temps plein en consommant significativement plus que ceux ayant un emploi à temps plein (16,5% vs 6,5%). Les parents ayant la garde de leur(s) enfant(s), hommes et femmes, sont également moins nombreux à rapporter consommer des drogues illicites en comparaison de ceux qui n'ont pas d'enfants (voir *National Institute on Drug*

Abuse (NIDA), 1994). Parmi les parents qui consomment, les jeunes parents de 20 à 25 ans, ceux qui ne se sont jamais mariés ou qui sont séparés ou divorcés, ceux qui sont sans emploi, qui n'ont pas terminé leur secondaire et ceux qui se trouvent sous le seuil de la pauvreté consomment davantage que les autres (NIDA, 1994). Notons que ces résultats sur les parents concernant l'influence de l'âge, du statut marital, de l'emploi, de l'éducation et du revenu sont cohérents avec les données sur la consommation de drogues illicites recueillies auprès de l'ensemble de la population générale (NIDA, 1994).

1.2.2.3 Trajectoire toxicomane chez les populations cliniques

Pour mieux comprendre comment la consommation d'alcool et de drogues évolue dans le temps, des études auprès de la population de personnes en traitement pour leurs problèmes d'alcool et de drogues ont également été menées.

1.2.2.3.1 Portrait descriptif des trajectoires de consommation et de traitement

Outre la survenue et l'admission en traitement, la trajectoire toxicomane féminine a été très peu étudiée (Zucker, Fitzgerald, & Moos, 1995). La *Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism* (Schuckit, Daepfen, Tipp, Hesselbrock, & Bucholz, 1998), réalisée auprès de 1 085 femmes et 2 120 hommes en traitement pour alcoolisme, montre que le début des problèmes liés à l'alcool commencent environ de deux à trois ans plus tard (19,4 ans vs 22,3 ans) chez les femmes que chez les hommes. Aussi, les femmes recherchent plus rapidement de l'aide suite au début de leurs problèmes d'alcool (30 ans vs 30,9 ans). Quand au mode de consommation, les femmes en traitement pour un trouble lié aux SPA consomment fréquemment plusieurs substances différentes.

Au Québec, parmi 636 femmes admises dans un centre public de traitement, 42,3% des femmes étaient polytoxicomanes (Guyon et Landry, 1996). Les variations ont également trait aux indices de quantité et de fréquence. L'étude de Nadeau (1990) montre que 30% des femmes alcooliques ne se sont jamais intoxiquées jusqu'à l'ivresse. Aussi, leurs modes de consommation varient selon le contexte entourant l'usage de SPA. En effet, cette étude indique également que 90% des participantes boivent seules à domicile, mais cette consommation est suivie de conflits et de crises variées qui se déroulent, dans le tiers des cas, devant des proches.

Quelques études permettent de dresser le portrait de la trajectoire toxicomane de personnes en traitement pour leur consommation de drogues. Ainsi, la trajectoire toxicomane de 567 héroïnomanes en traitement de type maintien à la méthadone, en Californie, a été étudiée par l'équipe de Hser et Anglin. Cette étude, bien que publiée à la fin des années 80 et de nature rétrospective, permet de bien documenter les différences hommes/femmes au plan de diverses étapes de la trajectoire de consommation : l'initiation (Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987), le développement de la toxicomanie (Anglin, Hser, & McGlothlin, 1987), l'installation de la dépendance (Hser, Anglin, & Booth, 1987) et le traitement (Anglin, Hser, & Booth, 1987). Au plan de la description de la trajectoire toxicomane en tant que tel, cette étude montre que les femmes en traitement sont plus jeunes que les hommes (30 vs 32 ans pour les Anglophones et 33 vs 37 ans pour les Mexicains) alors qu'elles ont initié leur consommation d'héroïne au même moment que ceux-ci, soit en moyenne à 15 ans (anglophones) ou 16 ans (mexicains) (Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987). Les femmes anglophones

étaient moins impliquées au plan des activités criminelles que les hommes, notamment au plan de la vente de drogues (Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987). Environ 25% des héroïnomanes sont devenus dépendants en moins d'un mois suite à la première consommation de narcotiques (Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987). Davantage de femmes font partie de cette catégorie et celles-ci, en moyenne, ont pris moins de temps à devenir dépendantes que les hommes (16 mois vs 22 mois pour les anglophones et 12 mois vs 30 mois pour les Mexicaines) (Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987). Même si les femmes sont entrées en traitement plus rapidement que les hommes et donc que leur trajectoire toxicomane était plus courte, leur mode de consommation était semblable à celui des hommes au plan de multiples indicateurs de consommation (Hser, Anglin, & Booth, 1987). Les comportements criminels ont augmenté suite à la dépendance aux drogues, tant pour les hommes que les femmes, la différence se situant au plan des types de délits (Hser, Anglin, & Booth, 1987). Ainsi, les femmes avaient tendance à privilégier la contrefaçon alors que le cambriolage et le vol caractérisaient davantage les hommes. La prostitution était une activité illégale exclusivement vécue par les femmes de l'étude et couramment rapportée par les femmes anglophones (25%) mais non par les femmes mexicaines.

Une brève recension des écrits de Grella & Joshi (1999) met en relief divers éléments descriptifs des trajectoires toxicomanes des femmes : la polytoxicomanie des femmes se manifeste plus souvent par la combinaison de substances psychoactives non narcotiques alors que les hommes tendent davantage à combiner l'alcool et la marijuana avec des drogues plus dures comme l'héroïne; la progression de la toxicomanie des femmes se fait plus

rapidement et celles-ci demandent des services plus tôt, suite à une période moins longue de consommation régulière de drogues; même si les femmes qui demandent de l'aide présentent une histoire de consommation de substances plus courte, elles vivent davantage de problèmes psychosociaux associés et présentent davantage d'admissions en traitement que les hommes. Ainsi, en plus de souffrir davantage de dépression et d'anxiété, ces femmes développent plus rapidement des problèmes de santé physique, sont davantage exposées à diverses conséquences de leurs problèmes de substances : violence, comportements sexuels risqués, maladies transmises sexuellement, grossesses précoces ou non désirées, accouchement de nouveau-nés prématurés ou présentant des symptômes de sevrage, négligence parentale (voir Mercier, 2001).

Les résultats de l'étude nationale multi-sites *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) réalisée auprès de 7 652 personnes toxicomanes en traitement vont dans le même sens (Grella & Joshi, 1999). Ainsi, davantage de femmes avaient bénéficié dans le passé d'un épisode de traitement que les hommes (59,2% vs 53,9%). Parmi ceux qui n'en étaient pas à leur premier épisode de traitement, il n'y avait aucune différence significative entre femmes et hommes pour ce qui est de l'âge à la première demande de service (27,3 ans vs 27,4 ans), le nombre moyen d'épisodes de traitement (3,5 dans les deux cas) et le nombre de semaines en traitement (55,9 vs 53). Les personnes, peu importe leur sexe, qui avaient déjà été en traitement avaient commencé à consommer des drogues plus tôt en plus d'avoir essayé un plus grand nombre de drogues différentes et de présenter une dépendance à plusieurs substances en comparaison de ceux qui en étaient à leur première admission. Il en va de même pour l'ensemble des

hommes en traitement en comparaison des femmes. Par ailleurs, dans l'étude DATOS, davantage d'hommes ont rapporté boire de l'alcool quotidiennement alors que davantage de femmes disaient consommer de la cocaïne.

Enfin, une recension des écrits récente permet de définir quelques caractéristiques générales de la trajectoire de traitement pour les personnes qui vivent des problèmes de drogues (Hser & coll., 1997). D'abord, la majorité des personnes toxicomanes n'ont jamais recherché de l'aide formelle et présentent une résistance élevée face à ces services. Les obstacles, tant liés à la personne toxicomane qu'aux services eux-mêmes ou à l'environnement sont encore mal connus. Près de la moitié des clients en traitement le sont pour la première fois, leur âge moyen variant entre 27 et 32 ans. Leur consommation de drogues perdurait depuis six à dix ans en moyenne. Ces résultats sont comparables aux personnes en traitement pour alcoolisme. Le fait d'avoir déjà été en traitement dans le passé prédit des admissions en traitement subséquentes et une plus longue durée de séjour. L'abandon précoce du traitement est commun. Par exemple, l'étude du *Treatment Outcome Prospective Study* (TORP) montre que 50% des patients en traitement externe et résidentiel demeurent en traitement moins de 90 jours.

1.2.2.3.2 Initiation et développement des problèmes liés aux substances

Au-delà de la description des trajectoires toxicomanes, quelques études auprès de populations cliniques se sont attardées aux facteurs reliés aux variations de cette trajectoire, notamment l'initiation et le développement des problèmes liés aux substances.

Facteurs de risque dans l'enfance et survenue des troubles liés aux SPA. Ainsi, plusieurs études rétrospectives portent sur les facteurs de risque présents au cours de l'enfance de clients en traitement pour leurs problèmes de toxicomanie. Chez les populations cliniques féminines, l'abus sexuel (voir Langeland & Hartgers, 1998; Miller & Downs, 1995; Moncrieff & Farmer, 1998; Nadeau, 1994), la négligence parentale (Nadeau, 1990, Dunn & coll., 2002) et la dépendance à l'alcool dans la famille (Cotton, 1979; Nadeau, 1990 ; Vitaro & coll., 2004) sont les principaux facteurs de risque ayant été associés à la survenue de troubles liés aux SPA. Ces résultats concordent avec les données longitudinales recueillies auprès de la population générale, ces mêmes facteurs étant associés, comme cela a été décrit précédemment, au développement de troubles liés aux substances.

Problèmes de santé mentale comorbides et développement de la trajectoire toxicomane. Il a été établi que les femmes en traitement pour leurs problèmes de substances présentent davantage de problèmes de santé mentale comorbides que les hommes (Hesselbrock & coll., 1985; Schuckit & Morissey, 1979; Turnbull & Gomberg, 1988). Ces troubles de santé mentale peuvent influencer la trajectoire toxicomane. Une étude auprès de 301 femmes alcooliques en traitement montre que les femmes qui présentent un indice de dépression, soit une faible estime de

soi et/ou une humeur dépressive, ont une consommation d'alcool plus problématique et manifestent plus tôt une perte de contrôle de leur consommation (Turnbull & Gomberg, 1988). Également, les femmes qui ont une faible estime de soi boivent surtout la fin de semaine, ce qui suggère que leurs modèles de consommation leur permettent de gérer les pressions sociales, la solitude ou les interactions sociales. En effet, la fin de semaine est plus propice aux moments de crise comparée à la semaine, mieux structurée par des activités telles le travail (Turnbull & Gomberg, 1988).

Influence du partenaire amoureux. Plusieurs études auprès de la population de femmes en traitement pour leurs problèmes de substances mettent en relief le rôle particulier du partenaire amoureux dans leur trajectoire toxicomane. Ainsi, significativement plus de femmes en traitement rapportent vivre avec un partenaire amoureux qui abuse de substances (Westermeyer & Boedicker, 2000). Dans l'étude de Westermeyer et Boedicker (2000) auprès de 277 femmes et 365 hommes en traitement pour abus de substances, 60% des femmes mariées vivaient avec un partenaire qui abuse de substances en comparaison à 24% des hommes mariés. De plus, les femmes de cette étude étaient plus susceptibles d'avoir un membre de sa fratrie qui abuse de substances que leurs homologues masculins (56% vs 41%), résultats auquel les chercheurs ne s'attendaient pas. L'influence de la fratrie gagnerait à être davantage exploré.

L'étude de Hser et de son équipe auprès de 567 héroïnomanes en traitement de type maintien à la méthadone, en Californie, documente également l'importance de l'influence du partenaire amoureux, tant au plan de l'initiation, du

développement et de l'installation de la dépendance (Anglin, Hser, McGlothlin, 1987; Hser, Anglin, & Booth, 1987; Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987). Ainsi, une forte proportion de femmes rapportent avoir été initiées à l'héroïne par leur partenaire amoureux, soit 17% des femmes anglophones et 12% des femmes mexicaines, alors qu'aucun participant masculin n'a rapporté un tel type d'initiation. La majorité du temps, ce partenaire amoureux était un consommateur quotidien de narcotiques. Néanmoins, la majorité des hommes et des femmes rapportent s'être initiés eux-mêmes à la consommation, par curiosité ou pour être accepté des amis. Les femmes cohabitaient davantage avec un conjoint consommateur quotidien de narcotiques et étaient plus susceptibles d'avoir un partenaire qui leur fournissait la drogue alors que les hommes tendaient davantage à être celui qui fournit la drogue à d'autres personnes. D'ailleurs, en comparaison des hommes, les femmes avaient moins tendance à occuper un emploi et étaient moins impliquées dans la vente de drogues. Quant aux raisons de l'installation de la dépendance à l'héroïne, ces femmes citent l'influence de leur partenaire amoureux comme principale raison, alors que le plaisir relié à la consommation et la progression graduelle de la consommation sont les autres raisons les plus citées. Ces deux derniers motifs sont ceux qui sont les plus rapportés par les hommes.

Il semble que les rôles sexuels puissent influencer le rôle du partenaire amoureux sur la trajectoire toxicomane. Les femmes sont souvent plus dépendantes financièrement que les hommes et il est plausible que suite à l'initiation de la consommation, souvent initiée d'elles-mêmes, la recherche d'un partenaire amoureux consommateur puissent leur assurer une certaine sécurité quant à la

disponibilité de la substance et une non-confrontation de leur style de vie. Par ailleurs, cette relation peut ensuite accentuer les problèmes de consommation.

D'autres études auprès de femmes alcooliques en traitement suggèrent que des événements ou des difficultés liées au conjoint constituent fréquemment un déclencheur de l'alcoolisme (Gorman, 1990; Gorman & Brown, 1992; Nadeau, 1990). L'étude de Nadeau (1990) réalisée auprès de 40 femmes alcooliques suggère que l'alcoolisme des participantes a été déclenché principalement par des événements ou difficultés liées au conjoint (35%) et par des problèmes liés au rôle psychosexuel, comme la maternité ou la vie amoureuse (30%). Ces études mettent davantage en relief la possibilité l'alcool puisse permettre aux femmes de soigner leur détresse reliée à leurs problèmes de couple ou encore les aide à gérer les défis liés à l'intimité avec un homme. Cependant, ces études ne permettent pas de faire de lien de cause à effet entre les problèmes de couple et l'alcoolisme, d'autant plus que les problèmes d'alcool peuvent susciter des conflits conjugaux.

1.2.2.3.3 Facteurs liés aux sorties de la toxicomanie et aux trajectoires de services

Des études quantitatives se sont attardées aux facteurs qui influencent une phase spécifique de la trajectoire toxicomane, soit celle où il y a diminution ou interruption de la consommation, où le cycle de la dépendance aux substances est brisé. Les auteurs nomment cette phase de différentes façons. Castel (1994) indique qu'il y a le stade de la cessation de la consommation et le stade de l'ancien toxicomane et utilise le terme «sorties de la toxicomanie» pour faire référence au processus de changement. Plusieurs auteurs réfèrent à cette phase

de la trajectoire en se centrant sur la trajectoire de traitement ou de services (Anglin, Hser, & Booth, 1987; Grella & Joshi, 1999; Westermeyer & Boedicker, 2000).

Les études sur la trajectoire de services s'attardent surtout aux déclencheurs de la demande d'aide et à la description du profil des clients qui décident d'entrer en traitement. Ces études montrent que les héroïnomanes (Eland-Goossensen, Van de Goor & Garretsen, 1997) et les alcooliques (Finney & Moos, 1995; George & Tucker, 1996; Timko, Finney, Moos, & Moos, 1995; Tucker, 1995) en traitement présentent davantage de problèmes psychosociaux liés à leur abus de SPA que ceux dans la communauté n'ayant pas cherché d'aide. Dans l'étude de Tucker (1995), comme dans plusieurs autres études (pour une revue, voir Hser & coll., 1997), ces problèmes ont surtout trait aux relations interpersonnelles. L'étude de Finney & Moos (1995) met en relief que les alcooliques qui entrent en traitement vivent davantage de stressseurs et d'événements de vie négatifs que les alcooliques qui ne reçoivent pas de traitement. Les femmes se présentent en traitement avec davantage de problèmes (santé mentale et physique, problèmes d'emploi, faible revenu) sauf au plan légal où la situation est inversée (voir Arfken & coll., 2001). Dans une étude portant sur 546 héroïnomanes, tant les hommes que les femmes rapportent, de façon majoritaire, être entrés en traitement parce qu'ils étaient lassés de leur toxicomanie et lassés de leur style de vie (Anglin, Hser, & Booth, 1987). L'entrée en traitement étant donnée des pressions au plan légal caractérisait davantage les hommes que les femmes (Anglin, Hser, & Booth, 1987).

Concernant les facteurs environnementaux, une recension des écrits sur la recherche d'aide (Hartnoll, 1992) constate le peu de données sur ce sujet. Selon cette recension, le manque de disponibilité des drogues peut mener à la recherche d'aide, mais ne semble pas être un facteur très significatif. En revanche, la famille, le conjoint, les enfants et les agents de référence professionnels tiennent un rôle déterminant dans le comportement de recherche d'aide. Ainsi, dans l'étude de George et Tucker (1996), les alcooliques en traitement et les membres des *Alcooliques Anonymes* perçoivent moins d'encouragement à boire des membres de leur réseau social et davantage d'encouragement à chercher de l'aide que les alcooliques dans la communauté n'ayant pas cherché d'aide. Quelques résultats d'études suggèrent que les femmes bénéficient moins de soutien social que les hommes au moment d'entrer en traitement. Ainsi, dans l'étude de Anglin, Hser, & Booth (1987), les hommes d'origine mexicaine rapportaient davantage avoir été encouragé à venir en traitement par leur conjointe que les femmes mexicaines, différence non présente chez les personnes anglophones, cependant. Dans l'étude de DATOS portant sur 7 652 personnes en traitement pour abus de substances, plusieurs différences entre hommes et femmes mettent en lumière que le processus qui mène une personne à demander des services diffère selon le genre (Grella & Joshi, 1999). Ainsi, dans cette étude, les hommes qui n'en étaient pas à leur première expérience de traitement étaient ceux qui rapportaient davantage une opposition de la famille à leur consommation de drogues et du soutien de leur entourage pour les encourager à aller en traitement. Quant aux femmes, le fait d'avoir déjà été en traitement était associé au trouble de la personnalité antisociale et au fait d'initier soi-même la demande de services. De

plus, de façon générale, l'entrée en traitement était facilitée pour les hommes par des institutions sociales reliées à l'emploi et au système légal ainsi que par les pressions de la famille alors que les femmes rapportaient davantage l'influence d'une référence par un intervenant psychosocial. Ce portrait est congruent avec les données qui indiquent que les femmes en traitement vivent davantage de problèmes psychosociaux et moins de problèmes légaux. Il est fort plausible que la lourdeur de leurs problèmes associés ait engendré l'effritement de leur réseau social ou encore que ces problèmes aient fait obstacle à la création de relations interpersonnelles saines et aidantes, les laissant dans l'isolement.

De plus, Grella & Joshi (1999) suggèrent que les femmes rencontrent plus de barrières au plan de l'accessibilité des services, particulièrement les mères monoparentales qui, en plus de difficultés concrètes comme le gardiennage, peuvent vivre la peur que leurs enfants leur soient enlevés. Leurs craintes sont d'ailleurs ancrées dans une certaine réalité, plusieurs auteurs relevant que les femmes enceintes et les mères vivant des problèmes de toxicomanie bénéficient de peu de ressources adaptées et font souvent face à des attitudes négatives de la part des professionnels et à des approches axées sur des sanctions (voir Jos, Perlmutter, & Marshall, 2003; voir Guyon, De Konink, Morissette, Ostoj, & Marsh, 2002).

1.2.2.4 Prédiction de l'efficacité thérapeutique

Au-delà des études portant sur la demande d'aide et sur le profil des clientèles en traitement, on trouve la littérature portant sur l'efficacité des traitements et sur les facteurs qui prédisent l'efficacité de ces traitements. Ces études s'attardent

plus spécifiquement à l'influence des facteurs externes sur la trajectoire, comme l'influence d'un traitement, ce qui réfère au processus de réadaptation (Mercier & Alarie, 2000). L'étude des facteurs non spécifiques au traitement vise à mieux comprendre ce processus de réadaptation enclenché suite à une admission en traitement.

1.2.2.4.1 Variables liées à l'individu

Alemi, Stephens, Llorens & Orris (1995) ont effectué une recension des études comparant les personnes toxicomanes en traitement ayant atteint des objectifs thérapeutiques prédéterminés à ceux ne les ayant pas atteints. Les 11 facteurs de prédiction du succès thérapeutique ayant reçu un appui empirique sont les suivants : 1) un âge plus avancé; 2) un emploi stable; 3) une grande motivation; 4) la peur des conséquences et des sanctions liées à la consommation de SPA; 5) de rares contacts avec les amis ou connaissances faisant partie de la sous-culture de la drogue; 6) une absence d'histoire criminelle, 7) le soutien social; 8) une histoire de consommation caractérisée par un moins grand nombre de types de SPA consommées, une consommation moins fréquente, un début plus tardif de la trajectoire toxicomane et une durée plus courte de cette trajectoire; 9) un moins grand nombre de traitements antérieurs pour abus de SPA; 10) l'absence de problèmes psychiatriques concomitants; 11) l'absence de maladie physique chronique. Cependant, comme le soulignent Finney & Moos (1995), la plupart de ces études sont athéoriques et se limitent aux caractéristiques démographiques, au niveau de fonctionnement individuel et aux variables liées à l'histoire de consommation.

1.2.2.4.2 *Persistence en traitement : quantité, qualité ou durée des services ?*

Plus récemment, on note que les chercheurs en ce domaine tendent à s'attarder davantage au processus de changement. Comment le changement survient-il chez les personnes qui sont en traitement pour leurs problèmes de toxicomanie? L'étude de McLellan et de ses collaborateurs (1994) auprès de 649 personnes alcooliques et toxicomanes recrutées dans 22 centres publics de traitement montre que les facteurs de prédiction de succès thérapeutique, au suivi de six mois, sont les mêmes pour les personnes dépendantes à l'alcool, aux opiacés ou à la cocaïne. Alors qu'une plus grande sévérité de problèmes psychologiques, d'emploi et médicaux prédit un moins bon ajustement social (18% de la variance) et des problèmes de consommation plus sévères (12 % de la variance) au suivi de 6 mois, la prestation de davantage de services en employabilité, psychologiques et médicaux prédisent un meilleur ajustement social (11% de la variance) et une moins grande sévérité de problèmes de substances (2 à 5 % de la variance). Par contre, la quantité de services reçus (i.e. nombre de rencontres individuelles, de meetings des *Alcooliques Anonymes*, de cours psycho-éducatifs, etc.), n'est que très faiblement liée à ces deux mesures de succès thérapeutique, expliquant moins de 1% de la variance. Il semble donc que ce ne soit pas la quantité de services en tant que tel qui soit importante, mais bien la spécificité et la variété des services en fonction des besoins d'une clientèle qui présente souvent de multiples problématiques. D'ailleurs, la recension des écrits de Hser et son équipe (1997) relève que, malgré le peu d'appui empirique à l'hypothèse de l'appariement entre traitement et type de clientèles, quelques études auprès de personnes présentant des niveaux élevés de symptômes psychiatriques appuient

la notion que selon laquelle la pertinence des services appariés aux besoins des clients peut faire une différence.

Dans l'étude de DATOS auprès de 2 966 patients en traitement, la quantité de services en tant que tel n'est pas non plus lié à l'efficacité du traitement. C'est plutôt le fait d'être resté plus de 90 jours en traitement, peu importe l'intensité de services durant ces 90 jours, qui prédit l'efficacité du traitement (Simpson, Joe, & Brown, 1997). D'autres études, le *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) (Simpson & Sells, 1982) portant sur 4 107 patient en traitement pour la toxicomanie et le *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) (Hubbard & coll., 1989) portant sur 4270 patients, en arrivent au même constat. De plus, l'analyse d'un sous-échantillon de 1 393 patients de l'étude de DATOS permet de constater que ceux qui sont demeurés plus de 6 mois en traitement, résidentiel ou externe, montrent de meilleurs résultats au suivi de 5 ans (Hubbard, Craddock, & Anderson, 2003). Ces auteurs en viennent donc à la conclusion qu'il est très important de cibler la rétention en traitement avec cette clientèle qui éprouve des problèmes de toxicomanie.

Des analyses subséquentes des résultats de l'étude de DATOS ont permis d'établir qu'une moins grande sévérité des problèmes lors de l'entrée en traitement et l'alliance thérapeutique prédit la persistance en traitement et les résultats positifs (Broome, Simpson, & Joe, 1999; Simpson, 2003). Simpson (2003) souligne l'importance de favoriser l'engagement des clients dans une démarche de traitement qui soit suffisamment prolongée pour permettre d'en arriver à de bons résultats thérapeutiques. Pour ce faire, l'alliance thérapeutique

et des changements concrets réussis par le client en début de démarche semblent être des éléments essentiels à la persistance en traitement et au maintien des gains à long terme (Simpson, 2003). Ainsi, il semble que ce ne soit pas nécessairement de fournir plus de services qui soit important, mais mais bien d'offrir une variété de services qui répondent bien aux besoins spécifiques des clients (Dermatis, Salke, Galanter, & Bunt, 2001) et un suivi d'une durée suffisamment prolongée pour permettre à la personne de changer tout en bénéficiant d'un soutien.

Notons qu'il soit possible que ces résultats soient différents selon le type de dépendance vécue par la personne et selon la présence ou l'absence de troubles concomitants ou de polytoxicomanie. Le projet MATCH, l'une des plus grandes études contrôlée sur l'appariement, montre que des approches brèves peuvent être efficaces pour traiter des personnes alcooliques (pour une revue critique, voir Brown & Wood, 2002). Par ailleurs, il est possible que l'évaluation préliminaire des participants d'une durée de 8 heures puisse avoir eu un effet (Brown & Wood, 2002). Aussi, la généralisation des résultats est limitée étant donné, entre autres, le fait que l'échantillon n'est pas représentatif de la population typique d'alcoolique, les participants abusant d'autres substances ayant par exemple été exclus (Brown & coll., 2002).

Néanmoins, une étude québécoise auprès de 103 homme et 81 femmes admis dans un programme de traitement pour la comorbidité toxicomanie-troubles mentaux montre que les résultats thérapeutiques sont comparables pour ceux qui ont bénéficié d'une seule rencontre individuelle par rapport à ceux qui ont eu

davantage de ce type de rencontres (Nadeau, Landry, & Cournoyer, 2001). Les auteurs de cette étude suggèrent que la décision de consulter et donc de changer puisse être associée à des stratégies de changement qui pourraient être mieux comprises via l'étude du processus de rémission sans traitement ou encore par le biais du modèle de changement de Prochaska et DiClemente (voir Nadeau, Landry, & Cournoyer, en préparation). Ainsi, la rémission sans traitement pourrait être possible chez ce type de clientèle, puisque l'ensemble des participants s'améliorent, même après un nombre restreint d'entrevues, un pattern qui ressemble davantage aux clients sans comorbidité (Stark, 1992, cité dans Nadeau & coll., 2001). Par ailleurs, il est possible que d'autres variables que la quantité d'entrevues individuelles puissent venir brouiller les résultats, tel que le suggèrent les résultats de DATOS.

1.2.2.4.3 Processus de changement : le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.

L'étude de Velasquez, Carabonari & DiClemente (1999) cible le processus de changement de 132 personnes alcooliques en traitement dans un programme pour ceux qui présentent un trouble mental concomitant. Des mesures permettant de vérifier le modèle transthéorique du changement de Prochaska & DiClemente (1984) ont été utilisées. Ce modèle postule que les individus changent leurs comportements selon différents stades qui ne se succèdent pas nécessairement de façon linéaire : pré-contemplation, contemplation, préparation au changement, action, maintien et rechutes. Cette étude révèle d'abord que plus une personne vit de la détresse psychologique, plus elle rapporte être tentée de boire, l'échelle des affects négatifs du *Brief Symptoms Inventory* (BSI) étant la plus fortement liée à celle mesurant les tentations de boire de l'alcool. Les

auteurs soulignent que l'hypothèse d'automédication peut être particulièrement pertinente chez cette sous-population et que leur traitement devrait viser à les aider à reconnaître leurs émotions négatives qui déclenchent leur envie de boire en plus de leur permettre d'apprendre des stratégies nouvelles et efficaces pour les gérer. Aussi, cette étude montre une relation entre la détresse psychologique et le stade du maintien, ce qui suggère que les patients qui présentent un niveau sévère de détresse ressentent le besoin de faire davantage d'efforts et d'être plus vigilants pour prévenir la rechute que ceux qui vivent moins de détresse.

Une autre étude trouve des résultats similaires entre le stade de maintien de Prochaska et DiClemente et plusieurs échelles du *Million Clinical Multiaxial Inventory* qui mesurent des indicateurs de troubles de personnalité (King, 1994). Cet auteur suggère ce résultat reflète que la lutte continuelle de ces clients face à leurs problèmes psychologiques récurrents. Il est difficile de savoir si cette vigilance est aidante ou si celle-ci reflète plutôt leur difficulté à faire confiance en leur capacité de changer et à gérer leur anxiété (Velasquez & coll., 1999). Aussi, l'étude de Velasquez et de son équipe (1999) montre que les personnes qui perçoivent davantage de désavantages à boire sont ceux qui vivent des problèmes psychiatriques et d'alcool plus sévères ainsi que ceux qui ont déjà été admis en traitement. Cela peut refléter l'effet cumulatif des différents épisodes de traitement sur la prise de conscience des problèmes qui sont par ailleurs plus sévères pour les personnes qui font partie de cette sous-population.

En somme, les études quantitatives s'attardant au processus de changement chez les personnes alcoolique et toxicomanes en traitement sont encore peu nombreuses et ne permettent d'expliquer que de faibles proportions de variance.

Par ailleurs, certains résultats contradictoires et complexes, notamment relatifs à la persistance en traitement, mettent en relief l'importance d'étudier plus en profondeur le processus de changement de ces personnes. Pour ce faire, Nadeau et ses collaborateurs (2001) recommandent de recueillir des données plus précises et plus nombreuses sur l'expérience subjective du traitement par les participants pour être en mesure d'interpréter plus justement ces résultats quantitatifs.

1.2.2.5 Processus de changement tel que perçu

par les personnes alcooliques et toxicomanes

1.2.2.5.1 Description des études qualitatives portant sur le processus de changement

Quelques études se sont attardées à l'étude du processus de changement, tel que perçu subjectivement par les personnes alcooliques et toxicomanes elles-mêmes. L'étude de Robert Castel sur les sorties de la toxicomanie a été abondamment citée (Castel, 1992). Cette étude qualitative est l'une des premières à adopter un cadre de trajectoire de consommation pour examiner le processus de changement au cours de la vie de l'individu, selon la perspective subjective de cette personne. Castel (1992) fait ressortir 6 étapes : 1) l'initiation ou l'expérimentation ; 2) l'escalade ; 3) le maintien ; 4) une période dysfonctionnelle ; 5) l'arrêt 6) la période d'ancien toxicomane.

Dans une analyse critique de sa propre étude, Castel (1994) fait ressortir, entre autres, les points suivants: 1) la toxicomanie constitue un mode d'adaptation qui peut déboucher sur le tragique, même si, sans diminuer l'aspect tragique de

l'expérience de la personne toxicomane, la majorité d'entre eux réussissent à s'en sortir ; 2) le fait de s'en sortir est une notion relative qui peut être définie comme la capacité à organiser sa vie autrement qu'en y plaçant la drogue au centre, ce qui peut inclure des formes de consommation intermittentes, contrôlées, des déplacements vers d'autres substances ; 3) nombreux sont les toxicomanes qui s'en sortent seuls, sans le recours aux services spécialisés, la différence entre ceux qui y arrivent et ceux qui consultent ces services étant mal connue; 4) parmi toutes les possibilités de s'en sortir, aucune ne peut être définie comme la meilleure ; 5) il semble que la capacité de changer dépend moins de la qualité de l'aide reçue que du moment où se produit la décision de changer au cours de la trajectoire de consommation, souvent déclenchée par une lassitude face à tout le cumul de conséquences négatives de la consommation ; 6) cette décision de changer est très souvent accompagnée de nombreuses rechutes qui devraient être interprétées comme un cumul d'expériences menant éventuellement à un succès qui ne peut jamais être considéré comme définitif.

En continuité à cette étude de Castel, quelques recherches qualitatives québécoises se sont attardées au processus de changement des personnes toxicomanes au cours de leur vie, tel que perçu subjectivement par celles-ci. Ces études permettent de mieux comprendre le parcours de réinsertion des personnes sans-abris alcooliques et toxicomanes (Mercier & Alarie, 2000 ; Mercier, Corin, & Alarie, 1999), le rôle de la famille sur le développement des trajectoires types de déviance juvénile de jeunes consommateurs de drogues (Brunelle, Cousineau, & Brochu, 2002), l'injection de drogues chez les jeunes de la rue (Roy, Nonn, &

Haley, 2000) et le rôle de l'expérience de la maternité sur la trajectoire de consommation (Guyon, de Koninck, Morissette, Ostoj, & Marsh, 2002).

Dans l'étude de Mercier et de ses collaborateurs (voir Mercier & Alarie, 2000), l'analyse qualitative d'entrevues menées auprès de 15 hommes et 15 femmes inscrits à un service de suivi dans la communauté dont le statut s'est sensiblement amélioré depuis trois mois, selon leur intervenant, permet d'éclairer le processus de rétablissement de ces personnes. Une prise de décision résultant d'une prise de conscience soudaine ou graduelle de leurs problèmes de consommation est à l'origine d'une démarche active en vue de diminuer leur consommation. Cette prise de conscience est souvent reliée à des événements malheureux, parfois heureux, ainsi que par l'âge, la dégradation des conditions de vie et l'accumulation de perte. Les nombreuses démarches antérieures n'ayant pas donné les résultats escomptés seront réinterprétées comme étant des démarches précoces significatives ayant permis un effet d'entraînement vers le changement désiré. Les moyens utilisés pour réduire la consommation sont de cinq types : 1) demander de l'aide et suivre un traitement ; 2) rompre avec le milieu ; 3) apprendre à dire non ; 4) se refaire une vie (logement, réseau social, emploi du temps, habitudes de vie) ; 5) éviter les situations à risque. Les rechutes font partie intégrante du parcours et sont souvent reliées à l'ennui, l'isolement et des émotions fortes. Ces rechutes deviennent plus courtes et espacées, les personnes ayant développé des stratégies pour y faire face, notamment le soutien de leur intervenant. Le maintien à long terme des acquis est associé à une démarche de croissance personnelle. Ces personnes soulignent l'importance de maintenir des efforts de changement au long cours et de pouvoir

bénéficier d'un soutien à long terme provenant parfois du réseau social, mais plus souvent des services de leur milieu.

L'étude de Brunelle et collaborateurs (2002) auprès de 38 jeunes, dont 16 filles, majoritairement pris en charge dans un centre de traitement de la toxicomanie ou dans un centre jeunesse, met en lumière l'importance de la famille dans l'initiation et le développement de leur trajectoire de consommation. Bien que la majorité d'entre eux consomment avec les pairs lors des premières expérimentations, dans un contexte de plaisir et de curiosité, les jeunes qui persistent à consommer le font parce que 1) leurs parents consomment et pour faire comme eux ; 2) pour oublier ce qui se passe, dans leur milieu familial en particulier (conflits familiaux, expériences de victimisation et prise en charge par la DPJ). Souvent, ceux qui perçoivent leur milieu familial comme fragilisé et difficile sont ceux qui consomment davantage de drogues et des drogues plus dures. Ce sont aussi ceux qui consomment pour oublier leurs problèmes, même si le motif de consommation initial était le plaisir. Les sentiments de rejet et d'abandon familiaux sont reliés à une désaffiliation familiale vers une affiliation à des pairs déviants qui les mène à adopter eux-mêmes une identité déviante. Enfin, les jeunes structurent leur récit autour d'événements de vie marquants qui marquent un point tournant pour différents stades de leur trajectoire : entrée, progression ou sortie.

L'étude de Guyon et son équipe (Guyon & coll., 2002) porte sur 54 mères identifiées comme dépendantes ou ayant fait un usage abusif d'alcool ou de drogues illicites en période prénatale (par le personnel des départements

d'obstétrique et de néonatalogie) et ayant récemment accouché dans cinq hôpitaux québécois. Les deux tiers de ces femmes décrivent leur enfance comme étant marquées par une famille instable qui présente des problèmes multiples. La majorité des participantes rapportent avoir eu un parent qui avait des problèmes d'alcool ou de drogues (71% des pères et 32% des mères) et la moitié d'entre elles ont rapporté qu'un de leur parent souffrait de problèmes psychologiques importants. Toutes les participantes rapportent avoir été victime d'abus au cours de l'enfance : abus psychologiques (60%), physiques (47%) ou sexuels (41%). L'initiation à la consommation s'est faite pour la plupart à l'adolescence, en compagnie d'amis, généralement dans un contexte de fête. La pression des pairs et le désir de se faire accepter du groupe sont des éléments qui reviennent souvent. Le modèle familial de consommation et la rébellion contre la famille sont également des facteurs contextuels cités par les participantes. Plusieurs de ces facteurs contextuels réfèrent également à la facilité de se procurer les produits.

Au plan des facteurs relationnels, l'étude de Guyon et de son équipe (2002) montre que le partenaire amoureux joue un rôle important particulièrement au moment du passage vers des drogues dures. Souvent, les participantes quitteront le nid familial précocement, vers 15 ou 16 ans, et demeureront avec cet amoureux ou des amis de consommation, organisant leur vie autour de la consommation. La fonction d'automédication de la consommation est également souvent rapportée, et ce, dès l'initiation de la consommation. Cette étude met également en lumière l'instabilité au plan des multiples partenaires amoureux associée à l'instabilité de leur consommation. Elles décrivent souvent avoir

arrêté ou recommencer à consommer étant donné leur vécu relié à ces partenaires amoureux.

L'étude de Guyon et de ses collaborateurs (2002) montre aussi que les facteurs associés à l'initiation de la consommation se retrouvent également dans la progression et le maintien de la consommation. Au plan de la grossesse, il s'agit rarement d'un événement planifié. Que ce soit la grossesse ou la naissance, l'enfant est associé pour la grande majorité à une motivation suffisante pour arrêter de consommer. Cet enfant leur permet de donner un sens à leur vie et elles expriment souvent le désir de racheter le passé. La peur de perdre la garde légale de l'enfant est également présente. Suite à la naissance, le soutien de la famille élargie ressort particulièrement des entrevues, type de soutien largement préféré au soutien institutionnel. Près de la moitié d'entre elles élèvent seules leur enfant alors que la majorité des autres rapportent vivre des conflits conjugaux importants. Ces femmes tentent de couper les ponts avec leur milieu de consommation. La crainte de rechuter, le désintérêt face au style de vie de consommation et le bien-être associé à l'arrêt de consommation motivent le processus de modification du style de vie. La rechute reste présente dans leur vie, même si elles hésitent à en parler en entrevue. L'attrait encore présente vis-à-vis les milieux de consommation, la solitude, l'amoureux (une rupture ou sa consommation), la perte de la garde de l'enfant et la culpabilité face à l'enfant constituent des éléments liés à leurs rechutes.

En plus de ces études québécoises, d'autres recherches qualitatives portent spécifiquement sur les femmes qui vivent des problèmes d'alcool et de drogues.

L'étude norvégienne de Vaglum & Vaglum (1987), la plus reconnue et la plus citée, porte sur l'influence des relations amoureuses sur le développement de l'alcoolisme chez 64 femmes alcooliques admises en traitement psychiatrique. Trente-trois femmes attribuent le début de leurs problèmes d'alcool à leur partenaire, 21 rapportent avoir bu pour garder leur partenaire et 12 mentionnent avoir bu pour gérer le fait d'avoir été abandonnées par celui-ci. Divers éléments sont rapportés par des femmes ayant différents types de trajectoire toxicomane: un événement particulier qui suscite une perte d'estime de soi; le sentiment d'être abandonnée par ses parents; le soulagement de l'anxiété ou le désir de s'attacher à un groupe de pairs; la socialisation avec les hommes et la peur d'un épisode psychotique suivant le retrait social.

Le processus de rémission spontanée, c'est-à-dire de rémission de troubles liés aux SPA sans avoir recours au traitement, a pu être éclairé par l'analyse d'histoires de vie de 60 toxicomanes, recrutés via les journaux, ayant mis eux-mêmes un terme à leur dépendance (Klingermann, 1992). L'analyse de ces récits a mené à l'identification des phases de l'auto-rémission: la motivation, la décision et la lutte pour le maintien. Différents facteurs sont associés à chacun des stades. Ainsi, le fait d'avoir atteint un bas fond, de devenir plus mature ou d'avoir l'impression d'être arrivé à un carrefour de sa vie sont des éléments associés par les sujets à l'étape de motivation. Le maintien est notamment associé à des trucs pour bâtir sa confiance en soi, à la réconciliation avec les autres et à un nouveau style de vie, tel devenir soi-même un aidant. Les résultats ne sont cependant pas analysés en fonction du sexe des sujets.

Des études portant spécifiquement sur la recherche d'aide ont également été menées. L'étude de Kline (1996) réalisée auprès de 65 hommes et femmes toxicomanes suggère que l'accumulation d'événements de vie négatifs ou d'événements spécifiques liés à l'atteinte à la santé physique et à la peur de la surdose contribuent à un bas fond qui, à son tour, conduit à la demande d'aide. Les femmes rapportent davantage des symptômes psychologiques comme événement déclencheur alors que, chez les hommes, c'est la peur d'être violenté dans la rue. La motivation la plus importante pour un grand nombre de femmes a pour objet les conséquences de leur consommation sur leurs enfants et leur famille.

Une étude auprès de 17 personnes sous méthadone ayant complété un programme de traitement externe pour leurs problèmes de cocaïne s'est attardée spécifiquement à la perspective subjective de ces personnes au plan des services reçus. Ces clients, bien qu'ambivalents et résistants au début, se sont sentis davantage engagés dans le programme de traitement lorsqu'ils ont constaté les gains qu'ils pouvaient en retirer. Ils ont particulièrement apprécié la nature structurée du programme et les outils de type cognitif-comportemental. En plus de la réduction de leur consommation de cocaïne, la majorité des participants relèvent des améliorations au plan de la gestion de leurs émotions négatives, de leurs relations interpersonnelles, de leur estime de soi et de leur sentiment d'efficacité personnelle. Les participants rapportent que le soutien continu de leur intervenant principal et la confiance qu'ils leur accordaient ont été particulièrement importants pour les aider à prendre conscience de leurs forces et de leur valeur. Cette étude, qui relève très peu d'insatisfaction de la part des participants, ne

permet pas de documenter les différents obstacles qui ont pu mener d'autres participants à abandonner le programme.

D'autres études qualitatives se centrent sur le processus rémission en adoptant une approche narrative, les chercheurs s'attardant à décrire la façon dont les personnes construisent leur compréhension de cette étape de leur vie, processus en lui-même thérapeutique. L'étude de McIntosh & McKeganey (2000) porte sur 70 personnes qui considèrent s'être sortis de leurs problèmes de drogues, ceux-ci ayant été recruté par un échantillonnage de type «boule de neige» à partir d'un recrutement via les journaux et les centres de traitement. Dans cette étude, la construction d'une identité non-toxicomane constitue une notion centrale à la rémission. Les auteurs mentionnent que les participants tendent à réinterpréter leur style de vie toxicomane passé sous une lumière négative. Les personnes relèvent le caractère faux et futile des effets plaisants de leur consommation passée et relèvent le manque d'authenticité qui caractérisaient leur amitié avec les pairs avec qui ils consommaient. La reconstruction de leur identité passe par une définition personnelle de qui ils étaient avant leurs problèmes de drogues, ce qu'ils sont devenus étant donné leur consommation abusive et leur perception de la personne qu'ils espèrent être ou devenir. Le processus de rémission devient un effort pour retrouver la personne qu'ils savent être au fond d'eux-mêmes, leurs problèmes de drogues leur rendant difficile la tâche d'être fidèles à eux-mêmes, de se reconnaître. Aussi, la capacité de pouvoir donner des explications claires et convaincantes au sujet de leur processus de rémission constitue en soi une stratégie qui leur permet de venir renforcer et promouvoir leur sentiment d'avoir changé.

L'étude finlandaise de Hänen & Koski-Jännes (1999) auprès de 22 hommes et de 29 femmes présentant diverses dépendances (alcool, drogues illicites, tabac, nourriture, sexe ou jeu pathologique) et étant abstinents de puis 3 ans, adopte également une approche narrative. Les histoires plaçant les groupes d'entraide, comme les *Alcooliques Anonymes*, au centre de leur processus de changement réfèrent davantage aux hommes alcooliques. Ces personnes voient leur rémission comme un cadeau et rapportent que le changement s'est produit étant donné qu'ils ont reconnu leur impuissance face à l'alcool, après « avoir touché le bas fond. » Le changement repose surtout sur l'aide apporté par les alcooliques en rémission rencontrés dans ces groupes. Le type d'histoire qui caractérise les femmes alcooliques est celle de la croissance personnelle. Ces histoires impliquent : 1) une automédication par l'alcool des problèmes interpersonnels qui sont mis en lien avec l'expérience, étant enfant, de pas avoir été reconnu au plan des besoins et émotions ; 2) la capacité de s'en sortir étant donné une meilleure connaissance de son identité, de ses propres émotions et besoins, permettant la création de relations interpersonnelles plus saines ; 3) la transformation de la perception de soi comme une victime à une personne indépendante capable de consciemment faire des choix et d'agir sur son environnement. Il est possible que ces différences entre hommes et femmes alcooliques puissent s'expliquer par leur façon différente d'interpréter les événements et par leurs façons différentes de gérer leurs difficultés. Traditionnellement, les femmes tendent à présenter un plus grand intérêt pour les activités verbales et l'introspection. Il se peut que les hommes se sentent plus à l'aise par une forme d'aide qui les met en action, comme le permet le soutien

entre pairs. Aussi, ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les femmes toxicomanes présentent davantage de symptômes psychiatriques comorbides, rendant l'introspection plus centrale à leur processus de rémission étant donné les interactions entre leurs problèmes de santé mentale et leurs problèmes de consommation. Ces études, utilisant l'approche narrative, qui laissent davantage de place à l'interprétation du chercheur, bien que ne permettant pas de dresser un profil précis des explications subjectives des participants, n'en demeurent pas moins intéressantes pour approfondir notre compréhension du processus de changement des personnes toxicomanes.

1.2.2.5.2 Synthèse critique des études qualitatives sur le processus de changement

L'ensemble de ces études qualitatives permettent d'identifier certains facteurs communs au processus de changement de sous-populations cliniques différentes :

- 1) L'initiation de la consommation s'inscrit dans un contexte familial instable et désorganisé associé à la fois à la détresse psychologique du jeune et à la disponibilité des substances (Brunelle & coll., 2002; Guyon & coll., 2002 ; Haninen & Koski-Jännes, 1999) ;
- 2) Le processus de rémission n'est pas limité aux épisodes de traitement ou aux services utilisés (Castel, 1994 ; Mercier & Alarie, 2000 ; Guyon & coll., 2002 ; Haninen & Koski-Jännes, 1999; Klingermann, 1992 ; McIntosh & McKeganey, 2000) ;
- 3) Le déclencheur de la prise de décision de changer est souvent relié à un cumul de conséquences négatives liées à la consommation de substances

(Castel, 1994; Hänninen & Koski-Jännes, 1999 ; Klingemann, 1992 ; Kline, 1996 ; Mercier & Alarie, 2000) ;

- 4) Reconstruire sa vie et son identité fait partie intégrante du processus de rémission à long terme (Castel, 1994 ; Hänninen & Koski-Jännes, 1999; Klingemann, 1992 ; McIntosh & McKeganey, 2000; Mercier & Alarie, 2000) ; l'adoption d'une identité déviante a plutôt été constatée chez un échantillon de jeunes toxicomanes (voir Brunelle & coll., 2002) pour qui un processus de rémission à long terme n'est pas enclenché, la remise en question de leur identité déviante n'étant pas une réalité à ce stade de leur vie.

Notons par ailleurs que certains facteurs spécifiques aux femmes apparaissent : le partenaire amoureux joue un rôle important dans l'initiation aux drogues dures, la progression de la toxicomanie et les rechutes (Guyon & coll., 2002 ; Vaglum & Vaglum, 1987) ; la grossesse et l'expérience de mère constituent à la fois une puissante motivation pour chercher à s'en sortir alors que les difficultés entourant ces expériences peuvent également mener à la rechute (Guyon & coll., 2002) ; l'introspection et la croissance personnelle constituent une stratégie utilisée au long cours (Hänninen & Koski-Jännes, 1999; McIntosh & McKeganey, 2000 ; Mercier & Alarie, 2000), qui semble caractériser davantage les femmes (Hänninen & Koski-Jännes, 1999). Enfin, deux de ces études font ressortir que les rechutes sont fréquentes et font partie du processus de rémission qui s'inscrit dans une perspective à long terme (Castel, 1994 ; Mercier & Alarie, 2000). Il est possible que cette récurrence soit davantage manifeste pour certains sous-groupes de

personnes alcooliques et toxicomanes, comme ceux qui présentent des problèmes psychosociaux associés plus sévères.

Par ailleurs, ces études qualitatives présentent certaines limites méthodologiques. Les méthodes d'analyse de contenu ne sont souvent pas décrites et les observations et conclusions ne sont pas validées par d'autres mesures méthodologiques. Au plan du contenu, très peu d'études explorent l'effet d'un même thème en fonction des différentes étapes de la trajectoire. Le processus de rétablissement est souvent étudié de façon indépendante de la trajectoire de consommation, sans tenir compte de la continuité du processus de changement dans le temps. L'effet du cumul des épisodes de traitement est rarement exploré, ni analysé en tenant compte des interactions avec les efforts de changement sans traitement qui peuvent survenir avant ou entre les épisodes de traitement. Il existe très peu de données sur l'évaluation subjective de l'aide reçue de la part des proches et des services spécialisés. Aussi, les recherches ont tendance à s'attarder à la consommation d'une seule SPA, comme l'alcool ou l'héroïne, sans tenir compte de la polytoxicomanie, problématique fréquente chez les femmes (Beaucage, Forget, & Boucher 1999; Nadeau, 1994). Enfin, aucune de ces recherches ne porte spécifiquement sur les femmes en traitement qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale. Pour être en mesure de mieux aider ce sous-groupe de femme, il s'avère judicieux d'étudier en profondeur leur processus de changement au cours de leur vie, selon leur perspective subjective, en portant attention aux interrelations complexes entre les différents facteurs d'influence qui peuvent agir à différents moments de leur trajectoire.

1.3 Objectifs de recherche

Ainsi, la présente étude a pour but de décrire les facteurs et processus identifiés par les participantes comme ayant influencé les diverses variations de leur trajectoire de consommation de substances psychoactives (SPA), c'est-à-dire l'initiation, les périodes de progression, diminution et interruption de la consommation ainsi que les rechutes. Les différentes variations de leur trajectoire de consommation d'alcool et de drogues constituent les points d'ancrage au sujets desquels les participantes sont amenées à décrire leur compréhension de leur processus de changement.

Diverses questions de recherche ont guidé cette étude exploratoire :

1. Quelle est l'influence perçue des facteurs liés aux SPA, tels le type de produit et la méthode d'administration ou la disponibilité des SPA, sur la trajectoire toxicomane?
2. Quelle est l'influence perçue des facteurs liés à l'individu, tels la détresse personnelle, les motivations et le rôle parental, sur la trajectoire toxicomane?
3. Quelle est l'influence perçue des facteurs liés à l'environnement et à la sous-culture, tels l'environnement familial, le partenaire amoureux et le réseau social, sur la trajectoire de consommation de SPA?
4. Quels sont les événements de vie perçus comme ayant eu une influence sur la trajectoire?
5. Quel est le rôle perçu des services spécialisés en toxicomanie, des groupes d'entraide et du réseau social en regard du processus d'interruption ou de diminution de la consommation?

6. Quels sont les déclencheurs de la demande d'aide au cours de la trajectoire de consommation?
7. Quels aspects liés aux services utilisés et à l'aide reçue de groupes d'aide et du réseau social sont évalués comme aidants?
8. Quels sont les obstacles ayant nuit à l'efficacité des différents services utilisés?

Les différents liens entre les facteurs sont explorés. Par exemple, quelle est l'influence du cumul d'épisodes de traitement ? Quelle importance les services prennent-ils dans le processus de rémission et quelles sont les interactions possibles, notamment avec le réseau social ? Y a-t-il des facteurs pouvant être significatifs tant pour la progression que pour l'interruption de la consommation, selon la manière dont ils sont vécus ? Ces différentes questions ont guidé cette étude qui se veut exploratoire et descriptive.

Méthodologie

2. Méthodologie

2.1 Échantillon

Dans le cadre d'un projet de recherche plus large (Brochu, Bergeron, Nadeau et Landry, 1996 et 1999), 586 hommes et 219 femmes ont été retenus sur la base de leurs résultats à leur *Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (IGT) parmi 2661 usagers (822 femmes et 1839 hommes) admis à Domrémy-Montréal, centre public de traitement en alcoolisme et toxicomanie, entre 1991 et 1995. Les critères de sélection définissant l'inadaptation sociale sévère étaient les suivants :

- 1) présenter des problèmes sévères de santé mentale, c'est-à-dire avoir au moins quatre réponses positives sur les huit questions de l'échelle psychologique portant sur la présence à vie de divers symptômes psychiatriques (dépression grave, anxiété ou tensions graves, hallucinations, troubles graves de concentration, auto-mutilation, fortes pensées suicidaires, tentatives de suicide, médicament prescrit pour un problème psychologique) en plus d'avoir eu au moins une hospitalisation pour un traitement psychologique; et/ou 2) avoir commis trois types différents de délits et quatre délits et plus, tel que rapporté sur l'échelle de la situation judiciaire.

Les 219 femmes présentant des indices d'inadaptation sociale sévère se différencient de l'ensemble des 2661 usagers, et ce, de façon statistiquement significative. En effet, elles présentent des problèmes plus sévères sur cinq des sept sphères de l'IGT : psychologique, drogue, emploi, médical et familial. En outre, elles ont moins d'années de scolarité. La présente étude s'intéresse à ce sous-groupe de 219 femmes.

Étant donné la nature des données à recueillir, soit des données qualitatives permettant de documenter le processus de changement au cours la vie de femmes ayant été en traitement pour leurs problèmes de toxicomanie selon leur perspective subjective, il a été prévu d'obtenir un échantillon de 20 à 25 femmes. La taille de cet échantillon permet d'obtenir et d'analyser une masse importante d'information pour mieux décrire et comprendre la complexité de leur processus de changement tout en atteignant un point de saturation de l'information.

Initialement, des tentatives ont été réalisées pour obtenir un échantillon de 25 femmes choisies au hasard parmi le sous-groupe de 219 femmes. Une intervenante du Centre Dollard-Cormier (CDC), anciennement Domrémy-Montréal, a établi un premier contact téléphonique avec ces femmes dans un ordre déterminé au hasard par le logiciel SPSS afin de leur expliquer les buts de la recherche et de leur demander l'autorisation que des chercheurs communiquent avec elles. Étant donné le temps écoulé depuis leur admission au centre et le temps limité pour les rejoindre, une employée du CDC devant être rémunérée pour faire le premier contact, seulement 39 des 219 femmes ont été rejointes. Trente-deux ont accepté que les chercheurs communiquent avec elles. Enfin, 21 femmes ont accepté d'être rencontrées et ont été interviewées. Il est à noter que deux d'entre elles ne se sont présentées qu'à une seule rencontre sur les deux prévues. Pour l'une d'elle, les données sur les aspects aidants et les obstacles reliés aux services utilisés étaient trop incomplètes pour pouvoir l'inclure dans les analyses de ces dimensions, ce qui explique un échantillon de 20 participantes pour cette partie des résultats.

Il s'agit donc d'un échantillonnage théorique, c'est-à-dire inféré du cadre conceptuel en vue d'obtenir un échantillon possédant des caractéristiques permettant d'obtenir efficacement l'information désirée, ce qui est recommandé en recherche qualitative pour assurer la qualité de l'information recueillie (Lessard-Hébert, 1996; Miles et Huberman, 1994). La représentativité de l'échantillon a été établie en situant leurs scores à l'IGT en rapport à l'ensemble des 219 femmes répondant aux critères d'inclusion de l'étude. L'échantillon des 21 femmes présentent des scores composés aux sept sphères de l'IGT et un niveau de scolarité qui ne sont pas statistiquement différents de ceux des 198 autres femmes. La description détaillée de l'échantillon se trouve dans la section des résultats du présent document.

2.2. Matériel

Les données proviennent des trois sources suivantes : les entrevues qualitatives de type histoire de vie, les dossiers cliniques et les résultats à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Cette triangulation des sources de données augmente la fidélité et la validité des observations (Miles et Huberman, 1994; Van der Maren, 1996). L'IGT est une traduction de l'*Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan, Luborsky et Earlen, 1980) dont la validation de la version française montre de bonnes qualités psychométriques (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Ce questionnaire (voir annexe 1), administré sous forme d'entrevue structurée, permet de mesurer la gravité des problèmes de toxicomanie à l'aide d'échelles mesurant sept domaines : la consommation d'alcool et de drogues, l'état de santé physique, les relations familiales et interpersonnelles, l'état psychologique, l'emploi et les sources de revenu et la

situation judiciaire. L'IGT fournit les données prospectives, soit au moment de l'entrée en traitement entre 1991 et 1995 (version longue) puis au moment de l'entrevue entre 1999 et 2000 (version abrégée de recherche). Des scores composés variant de 0 à 1, pour chacune des échelles de l'IGT, permettent d'évaluer la sévérité des problèmes liés à chacun de ces sphères.

2.3 Déroulement de la recherche

Les femmes qui ont accepté d'être rejointes par les chercheurs ont reçu une lettre expliquant les buts, le déroulement de la recherche et le type d'entrevue qui sera réalisée, permettant aux interviewées de se préparer à la rencontre et de fournir une plus grande richesse d'informations (Van der Maren, 1996). Le premier rendez-vous a été fixé lors d'un contact téléphonique avec l'une des deux intervieweuses. Dans un intervalle d'environ une semaine, deux entrevues de deux heures ont été réalisées auprès des participantes, ce qui est recommandé pour permettre à l'interviewée de se sentir à l'aise tout en évitant de l'épuiser (Deslaurier, 1991). Les participantes ont reçu 10,\$ pour participer à la première entrevue et 40,\$ pour la seconde.

Lors de la première rencontre, l'IGT abrégé de recherche se rapportant aux derniers 30 jours a été administré, les données à vie étant déjà disponibles. Les deux intervieweuses ont reçu une même formation de trois heures en plus d'assister à deux passations de ce questionnaire par une intervieweuse formée et expérimentée. La passation de ce questionnaire prenait de 15 à 20 minutes et a permis de connaître la situation présente de l'interviewée. L'entrevue qualitative de type « histoire de vie » a duré deux fois deux heures. L'interviewée a été invitée à raconter sa vie en débutant par l'enfance et en abordant les variations de

sa consommation de SPA. Certains thèmes définis dans une grille d'entrevue (Annexe 2) ont été explorés à mesure qu'ils ont émergé dans le discours de la participante. Aucune question n'était préparée à l'avance et l'intervieweuse adoptait une attitude non directive.

Boutin (1997) souligne que ce type d'entretien requiert de l'intervieweur la capacité de tenir un rôle de « facilitateur », tel que décrit par Rogers (voir Rogers, 1951), et d'utiliser adéquatement des techniques telles le reflet, la clarification, la synthèse. Or, les deux intervieweuses ont été formées spécifiquement selon cette approche, ayant complété deux années aux études supérieures en psychologie du counseling à l'Université de Montréal. De plus, chacune des intervieweuses a réalisé une pré-entrevue non incluse dans la recherche en vue de s'assurer de leur maîtrise de la grille d'entrevue et de l'homogénéité de leur style d'entrevue. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio. La formation homogène des enquêteurs et l'enregistrement mécanique des données permettent d'améliorer la fidélité et la validité de concordance (Van der Maren, 1996). Aussi, la fidélité est favorisée par la transcription écrite du verbatim (Lessard-Hébert, 1996).

2.4 Aspects déontologiques

Le projet de recherche a été soumis à M. Michel Landry, Ph.D., directeur des services professionnels du Centre Dollard Cormier ayant la responsabilité de s'assurer de l'éthique des recherches se déroulant auprès de la clientèle de ce centre. Ce dernier a approuvé la présente recherche sous réserve de se conformer à ces deux exigences : 1) engager un employé du Centre Dollard-Cormier pour

faire le premier contact téléphonique avec l'utilisateur en vue de demander l'autorisation à être contacté par les chercheurs; 2) remettre à chaque participante une carte avec les coordonnées de M. Michel Landry et les informer qu'elles peuvent contacter celui-ci en tout temps pour toute plainte relative au déroulement de la recherche. La lettre d'acceptation du projet rédigée par M. Landry se trouve en annexe (annexe 5). Notons que le *Comité d'éthique sur la Recherche en toxicomanie* (CERT) n'était pas encore mis sur pied au moment de la soumission de ce projet qui a par ailleurs été approuvé par le comité d'évaluation du projet de l'Université de Montréal, composé de Serge Brochu, Ph.D., Jean-Marie Van der Maren, Ph.D. et Louise Nadeau, Ph.D.

Un formulaire de consentement à la recherche assurant aux participantes la confidentialité, le droit de se retirer de l'étude à tout moment et l'assurance que leur participation n'affecte en rien leur droit de recourir aux services du CDC a été signé par chacune des participantes. L'accès à l'IGT et au dossier clinique a été autorisé par écrit par les participantes sous réserve que la confidentialité en soit assurée. Le dossier clinique ne pouvait être photocopié et devait être consulté sur place. Les cassettes et les questionnaires ont été conservés dans un endroit sous clé auquel seule la chercheuse principale a accès. Les participantes ont été identifiées par un numéro et l'analyse des données ont été réalisées à partir de fichiers numérotés. Lors de la présentation des résultats, les participantes ont été identifiées par des prénoms fictifs. Pour bien identifier chaque participante, chacun des prénoms utilisés commence par la lettre correspondant au numéro d'identification de la participante (ex. : 1=Alice, 2=Barabara, 3=Caroline, etc.).

Enfin, notons que les deux intervieweuses avaient complété des formations sur l'intervention de crise et sur l'intervention auprès de personnes suicidaires en plus d'avoir travaillé plus d'un an dans un centre d'appel pour personnes en crise. Également, dans le cadre de leur maîtrise en psychologie, elles avaient complété un stage en psychologie clinique d'une durée d'un an. Elles étaient donc capable d'intervenir et de diriger les participantes vers les ressources appropriées si une situation de crise se présentait. Une seule participante a rapporté des idées suicidaires en cours d'entrevue. L'évaluation a permis d'établir qu'il s'agissait d'un niveau d'urgence faible : elle n'avait pas l'intention de passer à l'acte, n'avait pas pensé à un moyen précis et en discutait régulièrement avec son intervenant qu'elle voyait fréquemment.

2.5 Analyse des données

Le verbatim des entrevues a été entièrement dactylographié et a fait l'objet d'une analyse thématique effectuée à l'aide du logiciel Nud*Ist. Un codage mixte a été effectué puisqu'il répond le mieux aux exigences de la recherche exploratoire (Van der Maren, 1996). Ainsi, une grille de codification (Annexe 3) élaborée à partir du cadre conceptuel a été utilisée. Cette grille a été conçue en vue d'être élargie en fonction des données émergeant des entrevues et dont la grille n'avait pas initialement tenu compte. Seuls quelques codes ont été ajoutés en cours de route: violence conjugale, autres services non reliés à la toxicomanie (description, aspects aidants et obstacles) et type d'aide qu'elles auraient souhaité recevoir au cours de leur vie. L'analyse de ces codes n'a finalement pas été

retenue pour cette thèse, mais pourront faire l'objet d'analyses ultérieures. Un lexique définissant tous les codes, de manière opérationnelle, a été créé.

Une analyse thématique du contenu manifeste a été effectuée, c'est-à-dire une analyse cherchant à identifier les objets du discours par le repérage, le comptage et la comparaison des thèmes, des idées directrices et des thèmes pivots (Van der Maren, 1996). Les questions de recherche précitées ont guidé cette analyse. Des questions de recherche ont été ajoutées selon les données recueillies, tel que recommandé par Deslaurier (1991). Par exemple, les données qui ont émergées ont mené les chercheurs à s'interroger sur l'influence bidirectionnelle du rôle de mère au cours de la trajectoire de consommation des participantes. Pour faciliter cette analyse, des techniques suggérées par Miles et Huberman (1994) ont été utilisées.

Ainsi, des statistiques descriptives ont permis d'établir en quelle proportion les thèmes sont rapportés. Aussi, des lignes du temps ont été créées pour chacune des participantes. Ces lignes du temps ont permis de décrire les types de facteurs (événements de vie, substance, délinquance, individu, environnement) associés à chacune des variations de la consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie d'une même personne. Par exemple, cette ligne du temps peut mettre en lumière combien de fois un événement de vie, comme une rupture amoureuse, survient dans la vie d'une même participante, à quel moment, et l'influence de cet événement, tel que perçu subjectivement par celle-ci, sur les diverses variations de la trajectoire de consommation au cours de la vie. L'analyse de ces lignes du temps et l'analyse thématique du verbatim d'entrevues a permis

d'effectuer des analyses verticales (i.e. des études de cas permettant notamment d'explorer le rôle d'un thème au cours de la vie d'un même individu) et horizontales (comparaison inter-cas). Des points de convergence et de divergence ont été observés.

Le contre-codage, c'est-à-dire la codification des mêmes entrevues par un second codeur aveugle au premier codage, a été effectué sur 20% des entrevues choisies au hasard en vue de contrôler la fidélité et la validité de concordance (Van der Maren, 1996). La comparaison entre les deux codifications a permis d'établir un taux de concordance de 80%. Une fois le codage terminé, chacune des paires discordantes ont été examinées par le premier codeur et le codeur aveugle, pour déterminer les sources de discordance. Parmi les sources de discordance les plus fréquentes, on retrouve des erreurs d'inattention et une façon différente de coder par rapport à l'ampleur de l'extrait du verbatim étant marqué par un même code. Ainsi, par exemple, un codeur pouvait marquer tous les passages faisant référence aux *Alcooliques Anonymes* comme étant un extrait sur la description des groupes d'entraide alors que le second codeur avait décidé de ne pas répéter le code à chaque fois étant donné que les extraits ne fournissaient pas d'informations supplémentaires.

Pour ce qui est des données quantitatives, celles-ci proviennent du questionnaire socio-démographique et de *l'Indice de Gravité d'une toxicomanie* lors de l'admission en traitement et lors du suivi, c'est-à-dire lors de l'entrevue de recherche. Des données statistiques descriptives ont permis de décrire l'échantillon. Le test t de Student a permis de vérifier les différences

significatives, au plan de la gravité des problèmes sur les sept sphères de l'IGT, entre : 1) les scores composés à l'IGT de l'échantillon de 21 participantes comparé au sous-groupe de 219 femmes présentant des problèmes d'inadaptation sociale sévère; 2) les scores composés à l'IGT du sous-groupe de 219 femmes par rapport à l'ensemble des 2661 usagers; 3) les scores composés à l'IGT des participantes lors de leur admission en traitement comparé aux scores composés à leur IGT lors de l'entrevue de recherche qui s'est déroulée 5 à 8 ans après leur admission en traitement. Cette dernière comparaison a permis de documenter, de manière prospective, l'évolution de la gravité des problèmes aux sept sphères de l'IGT des 21 participantes depuis leur admission en traitement.

Le dossier clinique a permis d'avoir accès à l'IGT administré lors de l'admission en traitement et donc à la description détaillée de la consommation d'alcool et de drogues. Des statistiques descriptives ont permis de dresser un portrait détaillé de cette consommation de substances. Aussi, l'analyse détaillée de la trajectoire de consommation et de services d'une participante a été réalisée. L'analyse de son dossier clinique a permis d'établir un haut niveau de concordance au plan des diverses variations de consommation rapportées dans l'histoire de vie et celles documentées dans le dossier clinique. Cependant, étant donné l'ampleur des dossiers cliniques et le temps considérable demandé pour réaliser cette démarche, cette vérification n'a pas été utilisée pour les autres participantes.

2.6 Épistémologie : où cette étude se situe-t-elle?

Il convient ici de prendre un certain recul pour situer cette étude au plan épistémologique. D'abord, étant donné que des données qualitatives et

quantitatives ont été recueillies, il faut mentionner le débat encore très actuel entre deux positions que prennent les chercheurs face au type de rapport qui peut exister entre les méthodologies qualitatives et quantitatives (Lessard-Hébert, 1996). Selon une vision, ces deux types de méthodologies s'opposent au plan du paradigme de recherche et ne peuvent donc être utilisées en même temps. Nous avons donc deux concepts distincts, soit l'approche positiviste et l'approche interprétative, qui correspondent à des postulats et programmes de recherche distincts (Erickson, 1986, cité dans Lessard & Hébert, 1996).

D'autres chercheurs situent plutôt les méthodologies qualitatives et quantitatives sur un continuum, tels Evertson et Green (1986, cité dans Lessard et Hébert, 1996) et Miles et Hubermann (1994). Ces derniers chercheurs mettent également en lumière le fait que le discours et la pratique sont souvent incohérents, puisque la majorité des chercheurs, dans la pratique, ont recours aux deux types de méthodologie. Quand à Evertson et Green (1986), ils proposent un continuum qui permet de décrire la variété d'approches utilisées. À l'un des pôles se situent les approches « fermées » qui se situent dans le contexte de la preuve. Ces approches tendant à réduire ce qui est observé, à l'isoler des variables qui pourraient l'influencer, en vue d'établir des liens de cause à effet. À l'autre extrémité se trouvent les approches « ouvertes » qui se situent dans un contexte de découverte. À cette extrémité, on tente de tenir compte de l'ensemble des variables qui influencent ce qui est observé et d'explorer les interrelations entre ces variables.

C'est dans cette approche que se situe cette thèse qui se veut exploratoire, tout en ayant recours aux méthodologies qualitatives et quantitatives, considérées comme étant compatibles. Plus largement, cette thèse s'inscrit dans le paradigme interprétatif, étant donné que l'objet de cette recherche se centre sur les significations données par l'acteur à son comportement plutôt que sur le comportement observable en lui-même auquel s'intéresse le paradigme positiviste (voir Lessard et Hébert, 1996).

Présentation des résultats

3. Présentation des résultats

La présentation des résultats comporte quatre chapitres. Le premier chapitre porte sur la description de l'échantillon à partir des données quantitatives recueillies. Les trois autres chapitres réfèrent aux trois articles scientifiques qui ont été soumis à des journaux scientifiques et qui font partie intégrante de cette thèse. Le premier article porte sur le développement des problèmes de consommation chez l'échantillon à l'étude et s'attarde spécifiquement à l'initiation et à la progression de la consommation ainsi qu'aux rechutes. Le second article s'attarde au processus de rémission de ces femmes. Les réductions et les interruptions de la consommation sont décrites et la description des rechutes est reprise puisque celles-ci permettent d'éclairer non seulement le développement des problèmes de consommation, mais aussi leur rémission. Enfin, dans le troisième article, on trouve la description de la trajectoire de services et l'identification des aspects aidants et des barrières à l'efficacité des services, tels que perçus par les participantes.

Chapitre 1

Présentation des résultats

Description de l'échantillon : données quantitatives

1. Description de l'échantillon : données quantitatives

1.1 Clientèle lourde et échantillon : comparaison à l'ensemble des usagers

Parmi les 2 661 usagers (822 femmes et 1 839 hommes) admis à Domrémy-Montréal, centre public de traitement en alcoolisme et toxicomanie, entre 1991 et 1995, 586 hommes et 219 femmes ont été retenus sur la base de leurs résultats à leur *Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (IGT). Les critères de sélection définissant l'inadaptation sociale sévère étaient les suivants : présenter des problèmes sévères au plan de la santé mentale et/ou au plan de la délinquance (pour connaître les critères en détail, consulter la section méthodologie). Le tableau 1 montre la distribution selon le sexe et selon le type de problèmes présentés du sous-groupe d'usagers sélectionnés.

Tableau 1 Distribution de la clientèle lourde selon le sexe et le type de problèmes sévères présentés

Type(s) de problèmes sévères (selon l'IGT)	Femmes	Hommes	TOTAL
Santé mentale seulement	152	129	281
Délinquance seulement	55	393	448
Santé mentale ET délinquance	12	64	76
TOTAL	219	586	805

On constate que la répartition des hommes et des femmes selon le type de problème(s) sévère(s) présenté(s) est inégale, et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2=157,696$; $p=0,000$). Ainsi, parmi cette clientèle lourde, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être aux prises avec des problèmes sévères de santé mentale (75% vs 33%) alors que, pour les problèmes

sévères de délinquance, la situation est inversée (31% des femmes par rapport à 65% des hommes).

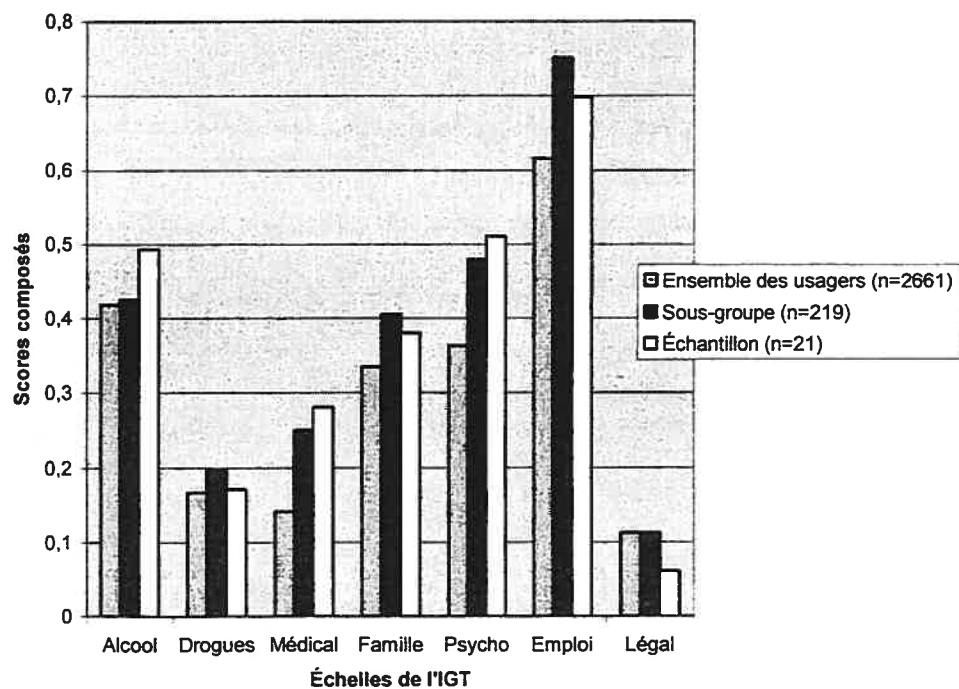
L'âge moyen de la clientèle moins lourde (n=1856) est de 34,0 ans alors qu'il est de 34,4 ans pour la clientèle lourde (n=805). Parmi la clientèle lourde, 73,5% ont moins de 12 ans de scolarité, alors que c'est le cas pour 64% de la clientèle moins lourde, différence statistiquement significative (chi-carré=29,562; p=0,000). Notons que ces dernières analyses ont été réalisées auprès de 2 373 usagers parmi l'ensemble des 2661 usagers étant donné qu'un changement de version de l'IGT ne permettait pas de comparer la totalité de l'échantillon au plan du niveau de scolarité. La proportion de femmes faisant partie de la clientèle lourde ayant moins de 12 ans de scolarité ne diffère pas significativement de celle des autres femmes admises en traitement (70,8% vs 66,2%). Par ailleurs, ces analyses ont seulement pu être réalisées auprès de 730 femmes parmi les 822 femmes admises en traitement, étant donné le même problème technique pré-cité, soit le changement de version de l'IGT.

La figure 1 permet de situer les 21 participantes de l'étude par rapport au sous-groupe sélectionné de 219 femmes présentant des indices d'inadaptation sociale sévère en plus de permettre la comparaison de celles-ci à l'ensemble des usagers admis en traitement. Les 219 femmes composant la clientèle plus lourde présentent des problèmes plus sévères que l'ensemble des usagers sur cinq des sept sphères de vie mesurées par l'IGT : drogue (t=-0,3403; p=0,001); médical (t=-4,878; p=0,000); famille (t=-4,028; p=0,000); état psychologique (t=-8,272;

$p=0,000$); et emploi ($t=-6,078$; $p=0,000$). La sévérité des problèmes d'alcool et légaux ne diffère pas significativement entre ces deux groupes.

Ces résultats confirment à nouveau que les femmes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère associés à leurs problèmes d'alcool et de drogues sont davantage caractérisées par des problèmes de santé mentale que des problèmes légaux. Également, ces problèmes graves de santé mentale, critère ayant permis de sélectionner cet échantillon, sont accompagnés de problèmes sévères d'inadaptation dans plusieurs autres sphères psychosociales.

Figure 1. Scores composés de l'IGT des participantes lors de leur admission en traitement en comparaison du sous-groupe constitué de la clientèle lourde et de l'ensemble de la clientèle



Notamment, les problèmes d'emploi, sphère pour laquelle les scores composés sont les plus élevés pour l'ensemble de la clientèle, affectent encore plus la clientèle lourde. En outre, le fait que la clientèle féminine plus lourde présente des problèmes de drogues plus sévères que l'ensemble des usagers suggère que cette clientèle est davantage confrontée à la polytoxicomanie, même si les problèmes d'alcool demeurent nettement plus sévères que les problèmes de drogues. Enfin, lors de l'admission en traitement, il n'y a aucune différence significative entre les scores composés aux sept sphères de l'IGT et le niveau de scolarité des 21 participantes et ceux du sous-groupe de 219 femmes composant la clientèle lourde. Ainsi, l'échantillon étudié est représentatif de la clientèle lourde admise en traitement entre 1991 et 1995.

1.2 Description socio-démographique de l'échantillon

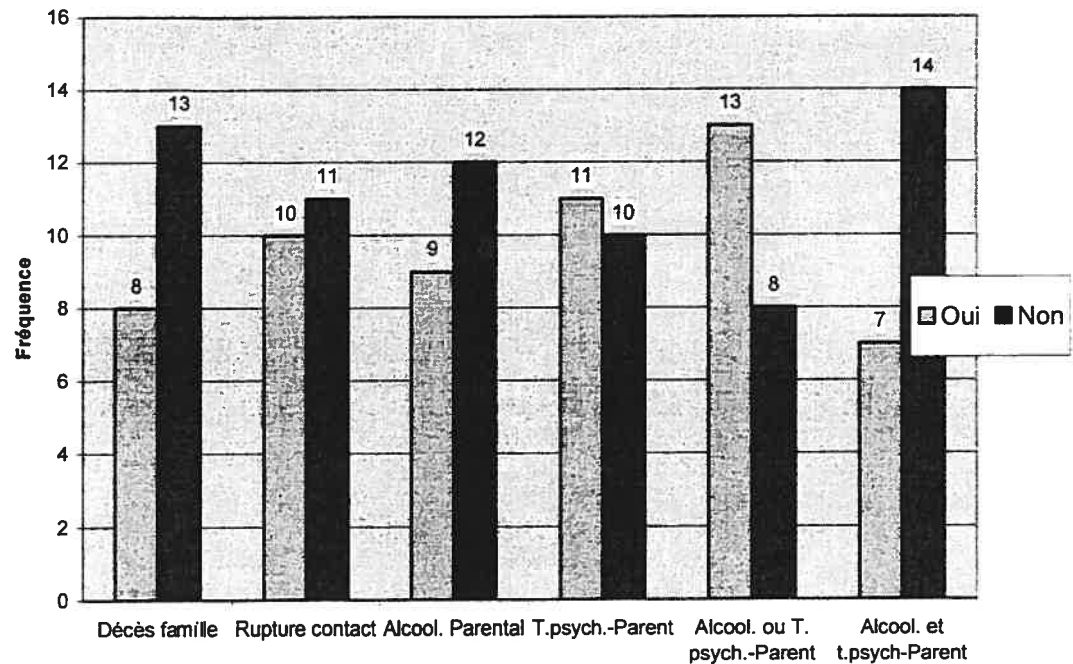
En moyenne, lors de l'entrevue de recherche, les 21 participantes ont 41,9 ans et 12,1 années de scolarité (voir le tableau 2). Dans l'ensemble, elles ont vécu en moyenne 2,48 grossesses, 1,1 avortements et ont eu 0,95 enfant. En ce qui a trait aux avortements, ils ont été vécus par 11 des 21 participantes, ces 11 femmes ayant subi une moyenne de 2,1 avortements. Douze femmes parmi les 21 ont eu une moyenne de 1,7 enfants.

Tableau 2. Description de l'échantillon : âge, scolarité , avortements et grossesses

Variables socio-démographiques	Moyenne	Écart-type	Étendue
Âge	41,9	7,88	31-53
scolarité (années)	12,1	2,12	8-16
Grossesse(s)	2,48	2,29	0-9
Avortement(s)	1,1	1,48	0-6
Enfant(s)	0,95	1,02	0-3

La figure 2 illustre qu'une forte proportion des 21 participantes ont été exposées à divers facteurs de risque au cours de leur enfance. Parmi celles-ci, un peu plus du tiers ont vécu le décès d'un membre de leur famille (parent ou membre de la fratrie) et près de la moitié ont rapporté une période significative de rupture de contact avec l'un des deux parents. Neuf participantes ont mentionné qu'au moins un de leurs parents était alcoolique alors que 11 ont relevé qu'un de leur parent avait un trouble mental, le plus souvent la dépression. Le tiers des participantes ont dit avoir été exposées à ces deux situations alors que près du deux tiers ont vécu l'une ou l'autre de ces situations.

Figure 2. Présence de facteurs de risque durant l'enfance des 21 participantes



Quant au statut civil au moment de l'entrevue de recherche, seulement quatre participantes vivaient avec un conjoint (voir figure 3). Par ailleurs, seulement six participantes se sont déclarées insatisfaites de leur état civil, les femmes jamais mariées mais ayant vécu une union libre dans le passé et les femmes séparées ou divorcées étant les plus insatisfaites. Enfin, au moment de l'entrevue, 12 participantes vivaient de l'aide sociale, six occupaient un emploi et trois rapportaient une autre source de revenu (voir figure 4).

Figure 3. Statut civil et niveau de satisfaction face au statut civil des participantes au moment de l'entrevue

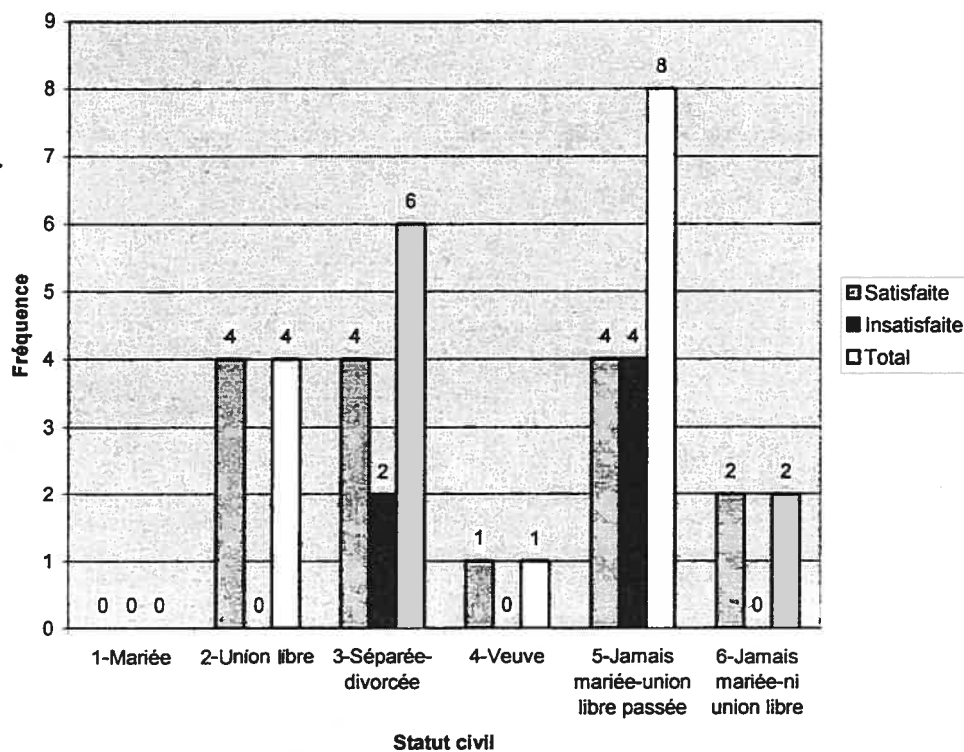
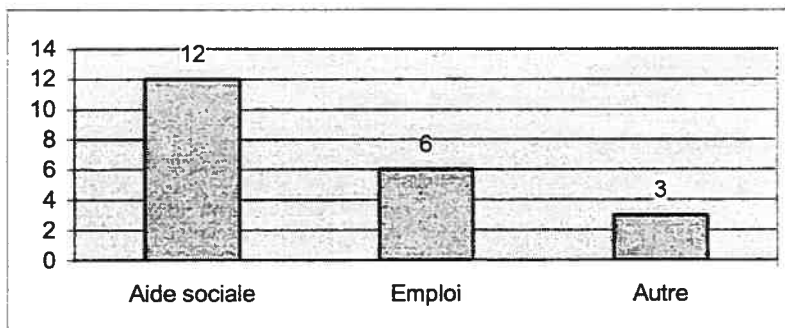


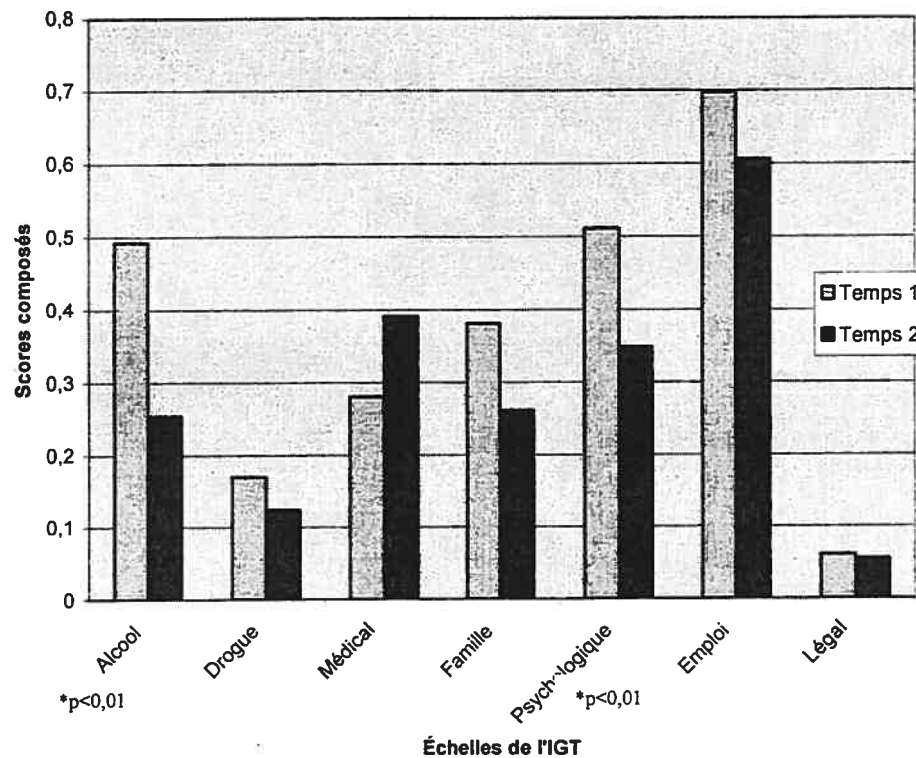
Figure 4. Source de revenu des participantes au moment de l'entrevue



1.3 Évolution de la gravité des problèmes : 5 à 8 ans après l'admission en traitement

La figure 5 illustre l'évolution de la gravité des problèmes, tel que mesuré par les sept échelles de l'IGT, entre l'admission en traitement des 21 participantes et le moment de leur entrevue de recherche qui s'est déroulée de 5 à 8 ans après leur admission.

Figure 5. Scores composés de l'IGT des participantes lors de leur admission en traitement et lors du suivi, 5 à 8 ans après leur admission



Les participantes présentent des problèmes moins sévères lors de l'entrevue de suivi pour deux des sept sphères mesurées par l'IGT, soit les problèmes d'alcool

($t=3,487$; $p=0,002$) et les problèmes psychologiques ($t=3,556$; $p=0,002$). Les autres différences observées ne sont pas significatives au plan statistique.

1.4 Description de l'échantillon : synthèse

En somme, l'échantillon étudié est représentatif du sous-groupe constitué des 219 femmes qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale. Pour cette clientèle féminine composée des cas les plus lourds, l'inadaptation sociale sévère est davantage caractérisée par les problèmes sévères au plan de la santé mentale que par des problèmes légaux. En effet, bien que les critères de sélection de ce sous-groupe incluaient les échelles liées aux dimensions psychologique et légale, peu de femmes ont été sélectionnées sur la base de leurs problèmes légaux uniquement, soit moins de 6%, ces problèmes légaux caractérisant davantage la clientèle lourde masculine. Ces 219 femmes constituant la clientèle la plus lourde présentait des problèmes plus sévères que l'ensemble de la clientèle sur cinq des sept sphères de l'IGT, ce qui est cohérent avec ce qui a été observé dans la littérature (voir McLellan & coll., 1994). Ainsi, la toxicomanie de cette clientèle s'inscrit dans un contexte de multiples problèmes associés. Les données sur l'évolution de la gravité des problèmes soulignent aussi la récurrence de leurs diverses difficultés, même si on note certaines améliorations au plan des problèmes d'alcool et des problèmes psychologiques.

Chapitre 2

Présentation des résultats

Premier article

Trajectoire toxicomane chez des femmes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale : initiation, progression et rechutes

**Trajectoire toxicomane chez des femmes présentant des
problèmes graves d'inadaptation sociale : initiation, progression
et rechutes**

Karine Bertrand

et

Louise Nadeau

Université de Montréal

Article soumis à la Revue canadienne des sciences du comportement

Mots-clé : Trajectoire, comorbidité, toxicomanie, alcoolisme, récits de vie, méthodologie qualitative, initiation, progression, rechute, femme.

Keywords: Trajectory, co-morbidity; addiction; lifetime perspective; qualitative research, initiation, progression, relapse, women.

Résumé

Les personnes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale concomitants à leurs troubles liés aux substances tendent à mettre fin précocement à leur traitement et à rechuter fréquemment. Cette recherche exploratoire et longitudinale porte sur ce sous-groupe et vise deux objectifs: 1) décrire, au cours de leur histoire de vie, les variations de leur trajectoire de consommation d'alcool et de drogues (initiation, progression et rechutes); 2) décrire, selon leur perspective subjective, les facteurs associés à chacune des variations de leur trajectoire de consommation. Dans le cadre d'un projet de recherche plus large, 219 femmes ont été retenues sur la base de leurs résultats à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT), parmi les 2 667 clients admis en traitement dans un centre public de traitement de la toxicomanie à Montréal entre 1991 et 1995. Parmi ce sous-groupe sélectionné, 21 femmes ont été interviewées dans le cadre d'une entrevue de type histoire de vie. L'IGT et les dossiers cliniques complètent les données. Une analyse qualitative thématique du verbatim des entrevues a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NUD*IST.

Résultats : Une expérience de soulagement de la tension lors de l'initiation à une SPA à un âge précoce semble prédisposer au développement d'une trajectoire toxicomane. La progression de la consommation est expliquée par : la difficulté à assumer certaines responsabilités (ex. : rôle de mère, emploi); des difficultés interpersonnelles significatives; une détresse psychologique persistante reliée à des moments de crise récurrents; une sous-culture de consommation (famille, amis, amoureux, travail); l'effet psychoactif de la substance. Des recommandations quant au traitement sont proposées.

Abstract

Those in treatment for addiction with concurrent severe maladjustment problems generally quit treatment early and often relapse. This exploratory research pursues two goals: 1) to describe the life-course consumption of alcohol and / or drugs (initiation, progression and relapses) in women presenting this type of co-morbidity; 2) to identify the factors related to each variation of consumption according to their subjective perception. Among the 2,667 patients admitted in a public treatment centre for addictions in Montreal, 219 women who displayed severe maladjustment problems were selected. Twenty-one were interviewed using a life-history framework. Qualitative analysis was performed with QSR NUD*IST hardware. *Results:* Having had at an early age a tension reduction experience during the first utilization of a substance seems to put these women at risk of developing alcohol and/or drug problems. Women explain the progression of their consumption by the following factors: difficulties with responsibilities associated with social roles (motherhood, employment); problems in relationships; persistent psychological distress related to recurrent crisis episodes; a sub-culture associated to heavy substance use (family, friends, love partner, employment); psychoactive effects of substances. Clinical recommendations are formulated.

Trajectoire toxicomane chez des femmes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale : initiation, progression et rechutes

1. Introduction

Les toxicomanies surviennent fréquemment en concomitance avec d'autres problèmes graves d'inadaptation sociale, tels des troubles mentaux (pour une recension, voir Nadeau, 2001) et des problèmes légaux (Brochu, & Schneeberger, 2001). En raison de l'interaction des problèmes présentés chez ce sous-groupe de toxicomanes, leur traitement représente un défi particulier. Par ailleurs, ces cas sévères représentent une portion significative des coûts sociaux reliés à l'alcool et aux drogues, dont le total s'élevait à 890,6 millions de dollars, au Québec, en 1996 (Desjardins, 1996). L'enquête d'épidémiologie psychiatrique de Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank et Leaf (1996) a constaté que la comorbidité entre les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) et un autre diagnostic de l'axe I entraîne une plus grande utilisation des services et est davantage présente chez les femmes que chez les hommes. Malgré la détresse élevée de ces femmes et notre difficulté à leur fournir des services qui les retiennent en traitement et qui soient efficaces, on connaît peu leur trajectoire de toxicomanie (el-Guebaly, 1995; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995).

Comme les femmes toxicomanes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale sont peu étudiées, la présente recherche sera qualitative et exploratoire. Le premier but de cette étude consiste à décrire la trajectoire toxicomane au cours de la vie de notre échantillon de femmes, c'est-à-dire l'initiation et la

progression de leur consommation d'alcool et de drogues ainsi que leurs rechutes, à partir de leur première consommation jusqu'au moment de la collecte de données. Notons que les réductions et les interruptions de leur consommation sont décrites dans un autre article (Bertrand et Nadeau, soumis B). Le deuxième but est d'explorer les facteurs pouvant expliquer chacune des variations de la consommation selon la perspective subjective des participantes, et ce, dans une perspective d'histoire de vie. Ce type d'analyse permet de mieux comprendre les significations que ces femmes donnent aux événements de leur vie, ce qui peut influencer leur trajectoire toxicomane (Brochu, 1995). Ainsi, ce type de méthodologie est recommandé pour mieux comprendre les processus de changement au cours de la trajectoire toxicomane et les résultats parfois contradictoires de certaines études quantitatives (Battjes & al. 1999; Sthaler & al., 2000). L'importance de l'étude de l'évaluation subjective pour mieux comprendre le comportement humain a également été mise en lumière par la recherche de Downs et Miller (1998) portant sur la relation entre la violence des parents et la symptomatologie psychiatrique. Ces chercheurs en viennent à la conclusion que l'évaluation subjective de la violence est au moins aussi importante que les faits objectifs et devrait être évaluée de manière indépendante. Ils ajoutent que, si ce type d'évaluation est impossible, alors l'évaluation subjective prend le pas sur les faits.

Dans cette étude, les questions suivantes ont guidé l'entrevue de type «histoire de vie». Quels sont les différents facteurs liés aux événements de vie, à la substance, à la délinquance, à l'individu et/ou à l'environnement qui sont identifiés par ces femmes pour expliquer les variations de leur consommation? Plus

spécifiquement, comment les participantes s'expliquent-t-elles l'initiation et la progression de leur consommation ainsi que leurs rechutes? Ces facteurs ont-ils la même influence à différents moments de la trajectoire d'un même individu? Des entrevues qualitatives qui permettent d'obtenir ce type d'informations auprès de clientes en traitement sont susceptibles de contribuer au développement de services plus efficaces appariés aux besoins particuliers d'une clientèle ciblée (Brooks, 1994; Stahler & coll., 2000).

1.1. Trajectoire de consommation chez les femmes de la population générale

Quel que soit le pays ou la période historique étudiée pour lesquels des données sont disponibles, les femmes boivent en plus petite quantité et consomment moins fréquemment (Fillmore, Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi et Temple, 1991; Johnstone, Leino, Ager, Ferrer et Fillmore, 1996; Santé Québec, 1988; 1995; Wilsnack et Wilsnack, 1995). Les femmes augmentent leur consommation d'alcool avant l'âge de 20 ans, puis on constate avec l'âge un déclin de la fréquence et du volume de consommation, ce déclin étant plutôt stable après l'âge de 30 ans (Johnstone et coll., 1996). Une étude longitudinale de référence (Wilsnack et Cheloha, 1987; Wilsnack, Klassen et Schur, 1991; Wilsnack et Wilsnack, 1992; 1995) a été menée en 1981, 1986 et 1991 auprès d'un échantillon stratifié initial de 911 femmes, comprenant 498 buveuses modérées à élevées et 413 buveuses légères ou abstinentes. Cette étude a permis de constater que, parmi les 157 femmes qui ne montrent pas d'indicateurs de consommation d'alcool problématique en 1981, 11% rapportent au moins un indicateur en 1986. Les femmes de 21 à 34 ans sont à la fois plus susceptibles de développer des problèmes liés à l'alcool (27% des consommatrices d'alcool non problématiques

en 81) *et* d'arrêter une consommation d'alcool problématique (38% des consommatrices d'alcool problématiques). L'âge ne peut donc expliquer à lui seul les variations de la consommation d'alcool au cours de la vie, d'où l'importance de comprendre les facteurs liés ou corrélés à l'âge pouvant aider à comprendre les mécanismes de ces changements.

Les résultats probants concernant les facteurs psychosociaux associés à la prise d'alcool et de drogues proviennent des études chez les adolescents. Hawkins, Catalano et Miller (1992), à partir des travaux chez les adolescents, dégagent les consensus concernant les facteurs de risque prédisposant au développement de troubles liés aux substances psychoactives (SPA) : un tempérament difficile, le sexe masculin, des attitudes positives face à une SPA, des pratiques disciplinaires parentales inadéquates, l'abus sexuel et l'abus physique et, enfin, les conflits ou la discorde familiale. Quelques facteurs de protection sont également décrits dans la littérature. Les adolescents qui déclarent de saines relations et une communication ouverte avec leurs parents et qui perçoivent un soutien émotionnel de leur part rapportent moins d'utilisation de drogues (Climent, de Aragon et Plutchik, 1990; Wills, Vaccaro et McNamara, 1992). La cohésion familiale est également associée à une plus faible consommation d'alcool à l'adolescence (Duncan, Duncan et Hops, 1994). La majorité de ces études portent cependant sur les garçons.

Wilsnack et Wilsnack (1995) ont réalisé une recension des écrits sur les facteurs pouvant affecter les variations de consommation d'alcool au cours de la vie des femmes, mettant en relief les facteurs suivants : l'emploi, le statut marital, la

consommation d'alcool du partenaire amoureux, la dépression et l'abus sexuel dans l'enfance. Les motivations à boire de l'alcool constituent également un facteur significatif, mais dont la recension d'écrits précitée ne fait pas mention. Aucune donnée n'est disponible concernant les variations de consommation de drogues chez les femmes de la population générale, étant donné la rareté de ce comportement chez ce segment de la population.

1.1.1. L'emploi

Plusieurs études montrent que la combinaison des rôles familiaux et de l'emploi augmente la fréquence de consommation d'alcool. Cependant, ces rôles multiples n'augmentent ni le taux de grande consommation d'alcool ni les conséquences négatives y sont reliées (Parker, Parker et Wolz, 1980; Shore, 1985; 1992). Ce modèle de consommation serait davantage dû à une plus grande accessibilité à l'alcool qu'au stress (Hammer et Vaglum, 1989; Shore et Batt, 1991). De fait, avoir un seul rôle social serait plus risqué, en regard des problèmes d'alcool, que la multiplication des rôles (Wilsnack et Cheloha, 1987). Cependant, l'étude de Wilsnack et Wilsnack (1992) montre que, parmi les femmes sans emploi en 1981, celles qui ont un emploi rémunéré en 1986 rapportent plus d'épisodes de consommation d'alcool élevée et plus d'indicateurs de consommation problématique que les autres. Ces résultats contradictoires soulignent que le lien entre le travail et ses différents aspects et la consommation de SPA est encore mal compris.

1.1.2. Le statut marital

Dans les enquêtes américaines, les taux de consommation d'alcool et de problèmes liés à l'alcool sont les plus élevés chez les femmes jamais mariées, divorcées ou séparées, les plus bas chez les veuves, la position médiane étant occupée par les femmes mariées (voir : Wilsnack et Wilsnack, 1995). Dans l'étude longitudinale de Schulenberg, Wadsworth, O'Malley, Bachman et Johnston (1997), réalisée auprès de 5 658 jeunes filles de 18 à 24 ans, le mariage constitue un prédicteur du maintien de l'abstinence et de la réduction de la fréquence d'intoxication à l'alcool. Wilsnack et coll. (1991) montrent que les femmes sans problèmes d'alcool qui cohabitent sans être mariées en 1981 sont plus susceptibles que les autres de rapporter en 1986 des épisodes de consommation élevée d'alcool. Selon eux, aux États-Unis, la consommation excessive d'alcool est plus susceptible de survenir dans les unions libres et la cohabitation sans mariage peut augmenter le stress des femmes en raison de l'ambiguïté, de l'incertitude et du manque de soutien institutionnel. Quant au divorce, il peut affecter différemment les femmes selon les diverses histoires de consommation d'alcool. Ainsi, les femmes ayant une consommation d'alcool problématique sont plus susceptibles de se divorcer entre 1981 et 1986, alors que les femmes mariées en 1981 et présentant des indices de consommation problématique sont plus susceptibles d'avoir *réduit* leurs symptômes de dépendance lorsqu'elles se sont séparées. Cette tendance est encore plus forte pour les mariages de 1981 caractérisés par un partenaire consommant fréquemment de l'alcool et/ou par des dysfonctions sexuelles chez les répondantes, suggérant qu'une rupture peut permettre aux femmes de fuir des situations maritales stressantes contribuant à leur abus d'alcool.

1.1.3 La consommation de SPA du partenaire amoureux

D'après les résultats de l'enquête américaine de 1981, les fréquences d'intoxication, de problèmes liés à l'alcool et de symptômes de dépendance des femmes mariées sont associées à la consommation d'alcool de leur conjoint, ce qui n'est pas le cas pour les hommes dans la même situation (Wilsnack et Wilsnack, 1995). Deux études, l'une réalisée auprès de la population générale en Hawaï (Kolonel et Lee, 1981) et l'autre en Norvège (Hammer et Vaglum, 1989) corroborent ces résultats.

1.1.4 Les troubles mentaux concomitants

Une méta-analyse des enquêtes longitudinales provenant des États-Unis, du Canada et d'Écosse (Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, Temple et Fillmore, 1991) conclut que la gravité des symptômes dépressifs prédit, chez les femmes, des niveaux élevés de consommation d'alcool. Selon cette méta-analyse, la consommation d'alcool prédit également les symptômes dépressifs, et ce, davantage chez les femmes que les hommes, témoignant ainsi de l'influence bidirectionnelle entre dépression et alcoolisme. Une analyse des données d'enquête du Québec va dans le même sens (Nadeau et Kairouz, soumis). Dans l'étude de Wilsnack et coll. (1991), les symptômes dépressifs prédisent davantage la chronicité des problèmes liés à l'alcool parmi les femmes ayant déjà des problèmes d'alcool que la survenue de ces problèmes, ce qui souligne l'importance des effets neurotoxiques de l'alcool dans l'apparition ou le maintien de la dépression chez les femmes qui boivent beaucoup.

Dans une étude consacrée à la co-morbidité psychiatrique dans la population générale et comprenant 8 098 répondants (Kessler et coll., 1996), le trouble mental associé aux troubles liés aux SPA apparaît habituellement en premier et ce, plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Selon ces résultats, les seuls désordres qui contribuent à une trajectoire plus persistante pour la dépendance à l'alcool sont les désordres anxieux et la personnalité antisociale. Le trouble primaire (i.e. le premier dans le temps) apparaît à l'adolescence, soit 5 à 10 ans avant la survenue des troubles liés aux SPA. Ainsi, chez ceux qui présentent un diagnostic d'abus au cours des derniers 12 mois, 11 % ont vécu au moins un épisode de dépression, 29 %, au moins un épisode d'anxiété et un total de 33 %, au moins un épisode de trouble mental. Pour le diagnostic de dépendance au cours des derniers 12 mois, on constate que 28 % des sujets ont présenté au moins un épisode de dépression, 36 %, au moins un épisode d'anxiété et 45 %, au moins un épisode de trouble mental. En combinant les diagnostics d'abus ou de dépendance au cours des derniers 12 mois, 23 % des sujets présentent au moins un épisode de dépression, 35 %, au moins un épisode d'anxiété, et un total de 43 %, au moins un épisode de trouble mental. On notera que les répondants qui présentent une comorbidité associée ont fait appel au traitement plus souvent que ceux sans trouble associé. Parmi ceux qui présentent une comorbidité associée, 41 % des cas avec une dépendance à l'alcool et 63 % des cas avec une dépendance aux drogues ont demandé de l'aide alors que tel était le cas de seulement 19 % de ces répondants avec une dépendance à l'alcool et de 26 % avec une dépendance aux drogues sans comorbidité.

1.1.5 L'abus sexuel dans l'enfance

Chez les femmes de la population générale, l'abus sexuel avant l'âge de 18 ans est associé, à l'âge adulte, aux épisodes de grande consommation d'alcool, à l'intoxication, aux problèmes liés à l'alcool, aux symptômes de dépendance à l'alcool et à la consommation de drogues autres que l'alcool (Wilsnack et coll., 1991; Wilsnack et Wilsnack, 1995). De nombreuses études cliniques ont documenté cette vulnérabilité accrue des femmes victimes d'abus sexuel (voir Dufour, Nadeau et Bertrand, 2000).

1.1.6 Les motivations à consommer de l'alcool

Des études portant sur des échantillons de jeunes gens des deux sexes étudiant au collège ou à l'université ont montré que la consommation d'alcool dans le but de diminuer un état aversif, comme la tension ou la déprime, est associée à un plus grand nombre de problèmes liés à l'alcool au cours de la vie (Carey et Correia, 1997) ainsi que dans les derniers neuf mois (Perkins, 1999), à une plus grande fréquence d'intoxication à l'alcool (Williams et Clark, 1998) et à une consommation plus élevée en terme de quantité et de fréquence (Perkins, 1999). De plus, la consommation d'alcool pour réduire l'anxiété devient plus rapidement la motivation la plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et les conséquences négatives reliées à ce type de motivation surviennent plus hâtivement chez elles que chez eux (Perkins, 1999).

Il se dégage de ces travaux avec la population générale que les femmes qui boivent beaucoup, plus que leurs vis-à-vis masculins, présentent des troubles mentaux concomitants et sont plus vulnérables à la dépression qui constitue un

meilleur prédicteur à la fois de la survenue et du maintien de la consommation problématique. Aussi, les femmes sont davantage à risque de développer des problèmes liés à l'alcool que les hommes lorsque leur conjoint ou mari consomme fréquemment et que leur union est caractérisée par des insatisfactions conjugales. Enfin, la période de 21 à 34 ans constitue une période charnière où les problèmes liés à l'alcool sont à la fois plus susceptibles d'augmenter que de diminuer. On peut penser que ces résultats sont cohérents avec les effets inverses attribués au statut marital et à l'emploi, les relations amoureuses et le travail constituant deux défis de l'entrée dans l'âge adulte. Il semble qu'une intégration réussie au marché de l'emploi et l'établissement d'une relation amoureuse stable et satisfaisante puissent contribuer à protéger les femmes face au risque de développer des problèmes liés à l'alcool. À contrario, la difficulté à réussir ces transitions associée à une plus grande accessibilité à l'alcool peuvent rendre ces femmes plus vulnérables au développement de problèmes liés à l'alcool. Cependant, ces hypothèses pour expliquer les mécanisme de changement ne sont pas vérifiées.

1.2 Toxicomanie féminine: populations cliniques

La trajectoire toxicomane de femmes de la population clinique est très peu connue. La *Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism* (Schuckit, Daepfen, Tipp, Hesselbrock et Bucholz, 1998), réalisée auprès de 1 085 femmes et 2 120 hommes en traitement pour alcoolisme, montre que la survenue des problèmes liés à l'alcool débute environ de deux à trois ans plus tard (19,4 ans vs 22,3 ans) chez les femmes que chez les hommes. Les femmes recherchent plus rapidement de l'aide suite au début de leurs problèmes d'alcool (30 ans vs 30,9

ans). Outre la survenue des problèmes liés à l'alcool et l'admission en traitement, la description de la trajectoire toxicomane féminine a été très peu étudiée (Zucker et coll., 1995). Quelques études quantitatives auprès de cette population permettent d'identifier certains facteurs associés à la survenue et à la progression de leurs toxicomanies.

1.2.1 Études sur la survenue et la progression de la toxicomanie

L'abus sexuel (voir : Langeland et Hartgers, 1998; Miller et Downs, 1995; Moncrieff et Farmer, 1998; Nadeau, 1994), la négligence parentale (Nadeau, 1990) et la dépendance à l'alcool dans la famille (Cotton, 1979; Nadeau, 1990) sont les principaux facteurs de risque ayant été associés, chez les populations cliniques féminines, à la survenue de troubles liés aux SPA. Concernant le statut marital, il est établi que, dans les échantillons cliniques, les taux de célibat, de séparation et de divorce sont plus élevés que dans la population générale (voir : Nadeau, 1994). Les études de ces facteurs ne permettent pas, cependant, de se prononcer concernant les mécanismes pouvant expliquer leur influence sur la survenue et la progression des toxicomanies. Les troubles mentaux, l'influence du partenaire amoureux et les modes de consommation ont été étudiés en fonction de leur influence sur la trajectoire toxicomane féminine.

Près de 77 % des hommes et des femmes traités pour un trouble lié à l'alcool ont présenté au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (Hesselbrock, Meyer et Keener, 1985). Le taux de comorbidité ne descend jamais en bas d'un tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés (Penick, Nickel, Cantrell,

Powell, Read et Thomas, 1990). Par ailleurs, les études cliniques montrent que les femmes présentent davantage de troubles comorbides que les hommes (Hesselbrock et coll., 1985; Schuckit et Morissey, 1979; Turnbull et Gomberg, 1988).

Dans les centres de traitement publics québécois, les femmes ont davantage tenté de se suicider au cours de leur vie et présentent plus fréquemment un diagnostic psychiatrique que les hommes (Guyon et Landry, 1996). En 1991-92, pour 984 admissions à Domrémy-Montréal, 33 % avaient déjà été traités pour des problèmes psychiatriques (Guyon et Landry, 1996). Les données québécoises sur trois centres de réadaptation (N= 2 148) (Laflamme-Cusson, Guyon et Landry, 1994) vont dans le même sens et révèlent qu'au cours de leur vie, 75 % des femmes et 65 % des hommes ont souffert d'anxiété et de tensions graves, 32 % des femmes et 26 % des hommes présentent une dépression grave alors que 44 % des femmes et 36 % des hommes éprouvent de la difficulté à se concentrer.

Les femmes qui présentent un indice de dépression, soit une faible estime de soi et/ou une humeur dépressive, ont une consommation d'alcool plus problématique et manifestent plus tôt une perte de contrôle de leur consommation (Turnbull et Gomberg, 1988). Également, les femmes qui ont une faible estime de soi boivent surtout la fin de semaine, ce qui suggère que leurs modèles de consommation leur permettent de gérer les pressions sociales, la solitude ou les interactions sociales. En effet, la fin de semaine est plus propice aux moments de crise comparée à la semaine, mieux structurée par des activités telles le travail (Turnbull et Gomberg, 1988).

Quant à l'influence du partenaire amoureux, trois études réalisées auprès de femmes alcooliques confirment que la consommation d'alcool des femmes est associée à la consommation d'alcool de leur mari (voir la recension de Wilsnack et Wilsnack, 1995). Aussi, il semble que des événements ou des difficultés liées au conjoint soient fréquemment un déclencheur de l'alcoolisme (Gorman, 1990; Gorman et Brown, 1992; Nadeau, 1990). Ainsi, une étude réalisée auprès de 40 femmes alcooliques (Nadeau, 1990) montre que l'alcoolisme a été déclenché principalement par des événements ou difficultés liées au conjoint (35 %) et par des problèmes liés au rôle psychosexuel, comme la maternité ou la vie amoureuse (30 %). L'étude qualitative norvégienne de Vaglum et Vaglum (1987), la plus reconnue et la plus citée, porte sur l'influence des relations amoureuses sur le développement de l'alcoolisme chez 64 femmes alcooliques admises en traitement psychiatrique. Dans cette étude, 33 femmes (51 %) attribuent le début de leurs problèmes d'alcool à leur partenaire, 21 rapportent avoir bu pour garder leur partenaire et 12 mentionnent avoir bu pour gérer le fait d'avoir été abandonnées par celui-ci. Divers éléments sont rapportés par ce groupe de femmes ayant différents types de trajectoire toxicomane: un événement particulier qui suscite une perte d'estime de soi; le sentiment d'être abandonnée par ses parents; le soulagement de l'anxiété ou le désir de s'attacher à un groupe de pairs; la socialisation avec les hommes et la peur d'un épisode psychotique suivant le retrait social.

Le mode de consommation des femmes alcooliques et toxicomanes a également été étudié. Les femmes en traitement pour un trouble lié aux SPA consomment

fréquemment plusieurs substances différentes. Au Québec, parmi 636 femmes admises dans un centre public de traitement, 42,3% des femmes étaient polytoxicomanes (Guyon et Landry, 1996). Les variations ont également trait aux indices de quantité et de fréquence. L'étude précitée de Nadeau (1990) montre que 30 % des femmes alcooliques ne se sont jamais intoxiquées jusqu'à l'ivresse. Leurs modes de consommation varient donc selon le contexte entourant l'usage de SPA. En effet, cette étude indique également que 90% des participantes boivent seules à domicile, mais cette consommation est suivie de conflits et de crises variées qui se déroulent, dans le tiers des cas, devant des proches. Fort probablement, la polytoxicomanie, les intoxications peu fréquentes, mais aiguës, et le contexte dans lequel la consommation se produit peuvent influencer les conséquences entraînées par la toxicomanie ainsi que les variations de la trajectoire.

En somme, les études auprès de populations cliniques portant sur la trajectoire toxicomane des femmes sont peu nombreuses. Peu d'études qualitatives ont été réalisées dans le but de mieux comprendre l'initiation et la progression de la consommation, ce type d'étude se limitant principalement aux processus de rémission. Par ailleurs, ces études confirment les résultats obtenus auprès des femmes de la population générale présentant des problèmes liés à l'alcool: les femmes toxicomanes présentent davantage de troubles mentaux concomitants que les hommes et leurs difficultés tendent à être associées à une forte consommation d'alcool chez le partenaire amoureux et à des taux de célibat, de séparation et de divorce plus élevés. Les facteurs et mécanismes de changement associés aux variations de la consommation sont encore peu connus et le manque

de connaissance sur la trajectoire toxicomane de ces femmes est encore plus marqué lorsqu'on s'attarde plus spécifiquement à celles qui présentent des problèmes graves d'inadaptation sociale. La présente recherche vise donc à recueillir des données sur ces thèmes encore peu investigués.

2. Objectifs de la recherche

Le premier but de cette recherche est de décrire la consommation d'alcool et de drogues, au cours de la vie, chez un échantillon de femmes toxicomanes présentant de graves problèmes d'inadaptation sociale. L'analyse qualitative de leur perspective subjective permet de rencontrer le deuxième but de la recherche, soit la description de l'influence des différents types de facteurs (liés aux événements de vie, à la substance, à la délinquance, à l'individu et à l'environnement) sur les différentes variations de la consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie (initiation, progression et rechute). Ces analyses permettront également de suggérer des modèles pour mieux comprendre les trajectoires toxicomanes de ces femmes.

3. Méthodologie

3.1 Échantillon

Dans le cadre d'un projet de recherche sur l'inadaptation sévère et persistente (Brochu, Bergeron, Nadeau et Landry, 1996 et 1999), 219 femmes ont été retenues sur la base de leurs résultats à l'*Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (IGT) (McLellan, Luborsky et Earlen, 1980; Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Elles ont été sélectionnées parmi les 2 661 clients (822 femmes et 1 839 hommes) admis depuis quatre ans dans un centre public de traitement de la

toxicomanie de Montréal, soit entre 1991 et 1995. Ces 219 femmes présentaient des indices d'inadaptation sociale grave opérationnalisés par des problèmes de santé mentale et/ou de criminalité tels que mesurés par l'IGT. Les critères de sélection de l'échantillon étaient : 1) être une femme et 2) présenter des problèmes sévères d'inadaptation sociale¹ selon l'échelle de l'état psychologique et/ou l'échelle de la situation légale de l'IGT administré à leur admission en traitement. Les 219 participantes étaient différentes du plus grand groupe, et ce, de façon statistiquement significative : elles présentaient des problèmes de drogues, psychologiques, d'emploi, médicaux, familiaux et interpersonnels plus sévères.

Un employé du centre de traitement a tenté de rejoindre par téléphone les 219 femmes sélectionnées. Ces appels ont été effectués dans un ordre déterminé au hasard à l'aide du logiciel SPSS. Étant donné le temps limité pour rejoindre ces femmes (une semaine car le projet devait rémunérer la personne qui faisait ces appels) et la difficulté à les localiser, seulement 39 femmes ont été rejointes. Parmi celles-ci, 32 ont donné l'autorisation d'être rejointes par le chercheur principal. Finalement, les 21 femmes qui ont accepté d'être interviewées ont été rencontrées. Un échantillon de type critérié est recommandé en recherche qualitative pour augmenter la validité des données et obtenir les données pertinentes selon les buts de la recherche (Lessard-Hébert, 1996; Miles, & Huberman, 1994).

¹ Dans cet article, le terme « problèmes sévères d'inadaptation sociale » réfère aux clients qui, selon leurs résultats à l'IGT, présentent des problèmes sévères aux échelles de l'état psychologique et du statut légal.

Les résultats à l'IGT des participantes ne sont pas statistiquement différents de ceux des 219 femmes sélectionnées, et ce, pour toutes les échelles de l'IGT. L'âge moyen de l'échantillon est de 42 ans et leur scolarité moyenne est de 12 ans.

3.2 Instruments

Il y a trois sources de données:

- 1) Des entrevues de type «histoire de vie»: Une entrevue semi-structurée incluant l'histoire de consommation d'alcool et de drogues au cours de la vie et les principaux événements de vie. Les participantes sont d'abord invitées à raconter leur vie librement. En cours d'entrevue, des questions ouvertes non planifiées à l'avance permettent de recueillir des informations pertinentes aux thèmes de recherche. Une grille d'entrevue a été utilisée pour explorer ces thèmes, notamment les circonstances et expériences subjectives entourant chaque variation de consommation d'une SPA.
- 2) *L'indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) est une traduction de l'*Addiction Severity Index* (ASI) (McLelland et al.) dont la validation de la version française montre de bonnes qualités psychométriques (Bergeron et al., 1998). Ce questionnaire, administré sous forme d'entrevue structurée, permet de mesurer la gravité des problèmes de toxicomanie à l'aide d'échelles mesurant sept domaines: la consommation d'alcool et de drogues, l'état de santé physique, les relations familiales et interpersonnelles, l'état psychologique, l'emploi et les sources de revenu et la situation judiciaire.

3) Le dossier clinique à l'admission en traitement.

L'IGT fournit les données quantitatives longitudinales, soit au moment de l'entrée en traitement entre 1991 et 1995 puis au moment de l'entrevue entre 1999 et 2000.

3.3 Analyse des données

Le verbatim des entrevues a été dactylographié. Une analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel NUD*IST. Une table de codification a été élaborée à partir des questions de recherche. Chacun des codes a été défini dans un lexique. Les récits de vie ont été analysés de façon verticale et horizontale, chacune des participantes étant comparées avec elle-même et avec les autres. Pour chaque participante, une ligne de vie comprenant la consommation de SPA, l'utilisation des services et les événements de vie importants permet de décrire leur trajectoire de toxicomanie individuelle. Les données à l'IGT et au dossier clinique complètent les données. Toutes ces mesures sont recommandées par Miles & Huberman (1994) afin d'augmenter la fidélité et la validité des données.

Dans cet article, la trajectoire toxicomane réfère à chacune des variations de la consommation d'une SPA au cours de la vie: alcool, drogues illicites, consommation de médicaments non prescrits ou abus de médicaments prescrits (i.e. prendre une quantité plus grande que prescrite, chercher à obtenir plusieurs prescriptions de différents médecins). L'initiation est définie comme étant la toute première expérience de consommation de chaque SPA au cours de la vie. Une progression est identifiée lorsqu'une substance est consommée plus

fréquemment ou en plus grande quantité; lorsque la consommation passe d'une drogue «douce» à une drogue «dure» (i.e. du cannabis, à la cocaïne, à l'héroïne); et lorsque le mode d'administration devient plus risqué (i.e. de priser à fumer à injecter). Enfin, une rechute se définit par la consommation d'une SPA suite à une période d'interruption.

4. Résultats

4.1 Trajectoire de consommation : données quantitatives

L'IGT administré à l'admission en traitement entre 1991 et 1995 permet de constater que nos participantes se sont initiées à plusieurs substances différentes, la plupart du temps au cours de l'adolescence. Les substances les plus consommées pendant au moins 6 mois sont l'alcool, les sédatifs (autres que barbituriques), le cannabis et la cocaïne. Au moment de leur admission en traitement, les participantes rapportent avoir consommé de l'alcool jusqu'à intoxication pendant 14,3 ans au cours de leur vie. Cette donnée est cohérente avec les récits de vie qui indiquent que l'initiation à l'alcool est précoce et implique la majorité des fois une expérience d'intoxication fréquemment associée à l'effet de soulagement de tension. Ce résultat reflète également le fait que ces femmes ont rarement expérimenté de longues périodes d'interruption de leur consommation et, lorsqu'elles consomment de l'alcool, ce n'est pas avec modération.

Les autres sédatifs ont été consommés en moyenne pendant 5,1 ans, ce qui concorde avec les récits de vie, les participantes situant leur initiation et/ou leur consommation régulière de ce type de produits vers la mi-vingtaine jusque dans

la trentaine. Le cannabis a été consommé en moyenne pendant 9,7 ans. On note cependant une grande variation dans les trajectoires de consommation de cannabis. Le tiers des participantes en a consommé durant moins de 6 mois au cours de leur vie, typiquement à l'adolescence. Cinq rapportent en avoir consommé durant 6 ans ou moins, également durant l'adolescence. Enfin, cinq participantes rapportent en avoir consommé durant 11 à 20 ans, ce qui reflète le fait que les participantes qui rapportent avoir abusé de cannabis ont majoritairement débuté leur consommation tôt au cours de l'adolescence.

Dans les 30 derniers jours précédant leur admission en traitement, entre 1991 et 1995, 10 participantes sur 21 avaient consommé de l'héroïne, même si seulement l'une d'entre elles rapporte une consommation à vie de plus de 6 mois. Neuf participantes rapportent s'être initiées à l'héroïne et ce, en moyenne à 20,3 ans. Les récits de vie nous apprennent que, pour une proportion d'entre elles, il s'agit d'une expérimentation qui prend fin rapidement alors que, pour d'autres, la consommation d'héroïne survient suite à une progression courte et intense de leur consommation de diverses SPA, suscitant un niveau élevé de détresse et une demande de services.

Les résultats à l'IGT administré lors des entrevues de recherche en 2000 permet de documenter la chronicité des problèmes (pour les détails, voir Bertrand et Nadeau, soumis B). Notamment, nous pouvons constater que, dans les 5 à 8 années qui suivent l'admission en traitement, 10 participantes sur 21 rapportent être préoccupées par leurs problèmes d'alcool et/ou de drogues. Seulement six d'entre elles, soit moins de 30%, rapportent être abstinences d'alcool et de

drogues non-prescrites. Parmi les 11 participantes qui rapportent avoir consommé de l'alcool, seulement deux l'ont fait de façon modérée. En outre, elles ont consommé quotidiennement du cannabis pour l'une et de l'héroïne pour l'autre.

4.2 Initiation

Les récits de vie permettent de mettre en lumière les différents facteurs liés aux événements de vie, à la substance, à l'individu et à l'environnement entourant l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues.

4.2.1 Facteurs d'initiation liés aux événements de vie.

Deux tiers des participantes relient l'initiation de la consommation d'une SPA à un événement de vie (voir tableau 1). Le décès d'une figure d'attachement significative est l'événement le plus cité (5/21). Ces décès sont survenus alors que les participantes étaient âgées entre 12 et 17 ans, sauf pour Isabelle², alors âgée de neuf ans. Plusieurs rapportent que leur consommation d'alcool ou de drogues leur a permis de gérer leurs émotions liées à leur deuil, dans un contexte où l'expression de leurs émotions n'était pas favorisée, ou même permise. Par exemple, Kathleen débute son récit de vie en mentionnant :

« C'est à l'âge de 16 ans quand y'est décédé [son père] là que c'est là que moi (...) que... j'pars de là dans ma consommation (...) j'ai eu recours à l'alcool, médicaments pour le deuil (...) C'est la façon dont je l'ai appris (...) [sa tante lui dit] : "bon ben y faut pas que tu pleures, y faut que t'occupes de ta mère, tes frères, tes sœurs, ton père vient de mourir"

² Prénom fictif

pis...faque a m'a renvoyé ça comme ça. Là j'me suis retournée de bord pis
c'était comme, j'étais jammée là .»

-Insérer le tableau 1 environ ici-

Quant à elle, Denise a 13 ans lorsqu'elle apprend que son frère adoptif s'est suicidé, suicide attribué par la famille à l'abus d'alcool et de drogues. Cet été là, Denise s'initie à l'alcool et à plusieurs drogues (sirop décongestionnant, colle, cannabis, acide (un hallucinogène), mescaline, cocaïne et morphine) : « C'est là que j'ai commencé à consommer parce que je voulais savoir pourquoi il m'avait abandonné (...) pis c'est sûr que je ne pouvais pas en parler [du décès], parce que c'était un secret.» Louise ajoute : « La drogue est rentrée après le décès de ma grand-mère (...) j'aimais mieux ma grand-mère que ma propre mère (...) J'ai pas pleuré, j'ai pas été capable de pleurer pis j'peux pas pleurer encore .»

Parmi les autres événements de vie mentionnés, plusieurs sont liés à des difficultés d'adaptation et à la détresse psychologique : abandon par une figure parentale, agression sexuelle, crise d'angoisse, rupture amoureuse, tentative de suicide, échec scolaire, perte d'emploi du conjoint, naissance d'un enfant, opération chirurgicale. Par exemple, Olivia explique :

« À l'âge de 13 ans, je me suis fait violée (...) j'ai resté avec ce secret-là pendant des années parce que j'avais peur de manger une volée (...) fait que quand j'ai fumé mon premier joint, ça été comme « all right! » (...) pour oublier (...) veux, veux pas (...) j'me suis toujours, après ça, sentie sale .»

Les déménagements (2/21) et le nouvel emploi (1/21) sont associés à une plus grande accessibilité à différentes SPA. Par exemple, Patricia quitte le domicile familial à 18 ans et commence à danser nue, où elle se fait offrir acide, mescaline et crystal (forme d'amphétamine). Elle commence dans ce métier, car, dit-elle, « fallait que j'vive pis c'tait rien que ça qui était payant dans ma tête .» Rita déménage à l'âge de 13 ans et deux jours après son arrivée, des jeunes de son nouveau quartier lui offrent de fumer un joint avec eux.

4.2.2 Facteurs d'initiation liés aux substances.

Le tiers des participantes rapportent un soulagement des affects dysphoriques lors de leur première utilisation d'une SPA (tableau 2). Cette expérience d'automédication se déroule à un âge précoce : entre six et huit ans pour une, entre 12 et 16 ans pour cinq d'entre elles et à 23 ans pour la dernière. La majorité du temps, les effets anxiolytiques et de dissociation des SPA ont été constatés de façon fortuite dans un contexte de vie difficile, comme l'illustrent les témoignages qui suivent.

Barbara, régulièrement abusée sexuellement par son père de l'âge de 12 à 20 ans, a commencé à consommer de l'alcool alors que son père l'obligeait à en boire pour faciliter les abus. Elle rapporte : « (...) au moins, ça m'enlevait un poids (...) ça me relaxait (...) j'me sentais un peu mieux dans ma peau.» Émilie, qui a vécu dans un milieu familial dysfonctionnel (abusée sexuellement de 6 à 16 ans par son père alcoolique, témoin de violence conjugale) décrit sa première consommation de marijuana à l'âge de 14 ans : «J'tais une fille ben ben ben, ben nerveuse (...) ça fait que, quand j'ai fumé mon premier joint, là je l'ai aimé, tu

peux pas savoir comment (...) parce que j'ai ressenti un calme qui s'est fait en dedans (...) j'ai accroché tout de suite.» Tout comme Émilie, Maryse a grandi dans un milieu familial pathogène (parents alcooliques, mère psychotique, témoin de violence conjugale) et rapporte avoir découvert l'effet anxiolytique de l'alcool, dès sa première consommation à l'âge de 15 ans. Alors qu'elle est âgée entre 6 et 8 ans, le père de Thérèse lui fait goûter de la crème de menthe. Son contexte de vie est particulièrement stressant. Cardiaque de naissance, elle fait plusieurs séjours à l'hôpital. À la maison, elle se fait battre par son père alcoolique en plus d'être témoin de violence conjugale. Elle rapporte : « J'aimais le goût pis j'aimais que ça me donnait chaud (...) j'avais l'impression de ne plus être malade.» Kathleen, alors qu'elle fait face au décès de son père, consomme de l'alcool pour la première fois à l'âge de 16 ans : « la première fois que j'ai goûté à l'alcool, j'ai pas pris ça à petites gorgées (...) ça faisait tellement de bien (...) c'est tout de suite, là, le fond (...) j'ai jamais associé l'alcool au plaisir, c'tait fonctionnel ».

D'autres effets psychoactifs sont rapportés par les participantes lorsqu'elles décrivent leur première expérience de consommation, telles l'euphorie (3/21), l'effet de désinhiber (1/21) et la stimulation (1/21). Les participantes qui relèvent avoir apprécié le soulagement d'affects dysphoriques lors de leur première consommation ne rapportent pas avoir vécu d'euphorie. D'autres facteurs d'initiation liés aux substances sont cités par une ou deux participantes chacun : goût de l'alcool, perception qu'une SPA est inoffensive, compensation de l'effet d'une autre SPA dont la consommation a été interrompue, tentative de

contrecarrer l'effet d'une autre SPA, diminution de la peur de consommer des drogues « dures » sous intoxication à une autre SPA.

4.2.3 Facteurs d'initiation liés à la délinquance.

Seulement deux participantes relèvent des facteurs liés à la délinquance au tout début de leur trajectoire de consommation. Denise rapporte qu'elle a commencé à boire de l'alcool à 13 ans, alcool qu'elle achetait avec de l'argent volé dans les tiroirs de sa grand-mère. Pour sa part, Hélène a commencé à vendre de la drogue à l'âge de 16 ans, ce qui lui a permis d'avoir accès à de nouvelles SPA, comme l'acide. Les facteurs liés à la délinquance se manifestent plus tard dans les trajectoires, en lien avec le maintien et la progression de la consommation.

4.2.4 Facteurs d'initiation reliés à l'individu.

Dix participantes sur 21 relient leur première consommation d'une substance à leur état de détresse psychologique (voir tableau 1). Comme décrit précédemment, la détresse psychologique est fréquemment vécue dans le contexte d'événements de vie stressants ou encore en lien avec un climat familial malsain. Les participantes rapportent un effet d'automédication à leur souffrance dès leur première consommation d'alcool ou drogues.

Pour six participantes, la curiosité et l'envie de vivre de nouvelles expériences les mènent à essayer une nouvelle SPA au cours de l'adolescence, soit entre 12 et 16 ans. Par exemple, Caroline, qui a goûté de la bière à l'âge de 12 ans, rapporte : « C'tait de la curiosité, était toute noire pis y avait de la broue par dessus. » Maryse, qui à 9 ans a sniffé des vapeurs d'éther dans la pharmacie, ce

qui l'a étourdie et lui a procuré un effet d'euphorie, ajoute : « J'tais curieuse de toute toute toute. » Denise mentionne que personne ne lui a proposé de sniffer de la colle à 13 ans : « Non, c'est moi; moi j'tais souvent à l'avant (...) non c'est moi qui voulais faire l'expérience. » Uma, pour sa part, se fait offrir de la cocaïne à l'âge de 15 ans : « moi naturellement qui étais la petite intrépide qui voulait tout essayer, je l'ai faite ».

Trois participantes mentionnent que leur tendance à rechercher des sensations fortes les a poussées à essayer de nouvelles substances. Par exemple, Hélène explique pourquoi elle a essayé le cannabis à 14 ans : « j'aime le risque, faut pas avoir peur pour essayer la drogue. » Deux de ces mêmes participantes, en plus d'Émilie, ajoutent que leur image de « dure » leur permet de s'intégrer à un groupe de pairs. Le témoignage d'Émilie illustre bien ce facteur : « J'voulais pas montrer ma sensibilité (...), tsé, Émilie, fallait qu'a soye tough (...) fait que, quand le joint s'est présenté, j'ai pas été capable de dire non (...) pas avec l'image que je donnais ».

Sept autres différents facteurs liés à l'individu ont été rapportés par une participante pour chacun des facteurs : recherche d'attention, timidité/anxiété sociale, stress lié au travail, ennui/solitude/isolement, rôle de mère, maladie physique, besoin de comprendre le suicide de son frère.

4.2.5 Facteurs d'initiation liés à l'environnement.

Toutes les participantes décrivant leur initiation à la consommation d'alcool ou de drogues évoquent des facteurs liés à l'environnement, la présence de pairs

étant le plus fréquemment cité (voir tableau 1). Parmi les 16 participantes s'étant initiées à la consommation d'une SPA avec des pairs, la moitié d'entre elles rapportent une initiation à une ou plusieurs drogues illicites, mais non à l'alcool. Cinq participantes ont consommé à la fois de l'alcool et d'autres drogues illicites alors que trois participantes se sont initiées, avec des pairs, uniquement à l'alcool. La quasi-totalité des récits (15/16) d'initiation par les pairs se déroulent durant l'adolescence, soit de 12 à 17 ans, dont 10 descriptions comprenant des initiations au début de cette période, de 12 à 14 ans.

Plusieurs participantes décrivent une sous-culture de consommation et leur désir d'appartenir à un groupe de pairs consommateurs d'alcool et de drogues. Émilie essaie le cannabis et l'alcool à 13 ans : « j'pense que c'est peut-être jusse pour faire comme les autres (...) j'pense que c'est ça qui a faite que j'ai essayé ça pour une première fois (...) parce qu'on était tout le temps en gang.» Maryse explique : « On avait beaucoup de 'party' (...) on buvait ensemble (...) pour suivre les autres (...) pour être comme les autres.» Nathalie est initiée aux joints, à la mescaline et à l'acide, vers 17 et 18 ans, par sa meilleure amie : « elle *dealait* depuis l'âge de 14-15 ans, elle allait dans les bars, elle buvait (...) c'est elle qui m'a initiée aux drogues (...) tout seule, j'en aurais pas pris de ça.» Olivia décrit une sous-culture de consommation : « y avait beaucoup de monde qui fumait du pot à l'école (...) y en a beaucoup qui ont commencé à fumer à ce moment là.» Alice s'est injectée de la coke, pour la première fois à 26 ans : « Quand j'ai pris de la coke, deux ans après avoir arrêté le crystal, j'ai pas pensé une seconde que ça pouvait être dangereux (...) j'en faisais pu depuis deux ans, mais j'ai rencontré un gars de la gang, qui m'a invitée chez quelqu'un, pis j'ai pris la

seringue, une seringue propre, mais c'est relatif.» Denise se différencie des autres, puisqu'elle ne décrit pas un effet d'entraînement, mais plutôt une recherche active de pairs qui pourraient lui donner accès à différents produits : « J'ai commencé à me tenir avec ses amis [de son frère qui s'est suicidé], pis à consommer d'aplomb (...) ça pas duré longtemps, juste assez pour me faire initier là, parce que je connaissais pas ça pantoute ».

Les résultats (voir tableau 1) mettent également en lumière l'importance d'une sous-culture familiale favorisant la consommation d'alcool et de drogues. Douze participantes ont été initiées à une SPA par une figure parentale et/ou un membre de la fratrie, dont 9 par un parent et 5 par un membre de leur fratrie (i.e. il s'agissait d'un frère pour quatre des cinq participantes). Lorsque l'initiation s'est produite avec les parents, c'est majoritairement l'alcool qui était impliqué (7/9) et les participantes ont entre 8 et 16 ans. Avec la fratrie, les participantes, entre 12 et 16 ans, se sont majoritairement initiées aux drogues illicites (4/5), et ce, avec des amis les accompagnant (5/5).

Le récit de vie d'Alice illustre la sous-culture familiale de consommation. Elle consomme de l'alcool pour la première fois à l'âge de 12 ans avec ses frères aînés; elle prend quatre ou cinq bières et est malade. Elle mentionne : « J'tais dans le party depuis l'âge de 9 ans avec eux-autres. Je les suivais. Fait que si y achetaient une caisse de 24, ben j'participais.» Plus tard, à 16 ans, elle partage ses premières expériences de drogues illicites avec ses parents : « Moi, j'appelais ma mère 'Moman, j'viens de prendre un cap de LSD pis j'va t'en reparler de qu'est-ce que ça fait'. Pis je savais que ça l'intéressait. Quand j'ai

fumé un joint de pot, j'en ai gardé un, j't'allée faire fumer mes parents.»
Françoise évoque son initiation à l'alcool : « Ma mère, chez nous-là, c'tait traditionnel, à 13 ans, on prenait une brosse.»

Notons que trois des neuf initiations à une SPA par une figure parentale se sont déroulées dans un contexte d'abus. Barbara, 12 ans, est obligée de consommer de l'alcool par son père qui l'abuse sexuellement. Le beau-père d'Hélène qui l'abuse sexuellement lui donne des ValiumTM (benzodiazépines), car, dit-elle, « il me trouvait nerveuse.» Nicole explique comment elle prend de l'alcool pour la première fois, entre 8 et 10 ans : « Ma mère, a me donnait une volée, pis des fois, ça y arrivait qu'a me donnait une petite shot, elle a buvait du brandy (...) j'allais me nettoyer la figure parce qu'y avait du sang, pis là quand j'repassais dans la cuisine, (...) a disait 'tin bois ça, t'auras pu mal'. »

Pour trois participantes initiées à l'alcool par leurs parents, le premier contact avec cette substance se fait dans un contexte de « boire modéré » : à 12 ans, Caroline goûte la bière de son père dont elle apprécie le goût, mais ne ressent aucun effet; depuis qu'elle a 11 ans, Johanne prend du vin en famille le dimanche, ne rapportant aucun effet psychoactif; entre 6 et 8 ans, le père de Thérèse lui fait goûter de la crème de menthe, en petite quantité, mais suffisamment pour qu'elle rapporte un effet anxiolytique.

L'initiation à une substance psychoactive par un amoureux est rapportée par le tiers des participantes. Typiquement, cette initiation se fait plus tard dans la trajectoire de consommation, vers la fin de l'adolescence, soit entre 15 et 21 ans,

et est reliée à des drogues « dures ». En effet, trois participantes sont initiées par leur partenaire amoureux à la cocaïne, trois essaient des hallucinogènes (acide, mescaline) et une participante s'initie au crystal. Les participantes élaborent très peu dans leur récit de vie sur les amoureux liés à l'initiation d'une nouvelle SPA. Ces derniers semblent faire partie de leur réseau d'amis et les participantes n'apparaissent pas entretenir de relation affective stable avec eux, aucun ne constituant d'ailleurs un conjoint.

4.2.6 Facteurs d'initiation : synthèse des résultats

L'analyse des diverses initiations à une SPA permet de distinguer trois différents types : 1) l'expérimentation de type exploratoire et transitoire au cours de l'adolescence; 2) l'initiation pathogène, c'est-à-dire augmentant le risque de développer une trajectoire toxicomane; 3) l'initiation par le partenaire amoureux au début de l'âge adulte.

L'expérimentation de diverses SPA de manière exploratoire et transitoire ne mène pas à une trajectoire d'abus et de dépendance. On constate une initiation par les pairs à diverses drogues illicites, suivie d'une courte période de progression de la consommation puis de son interruption quelques mois plus tard. Typiquement, ce type d'initiation est associé à ces facteurs liés aux substances, à l'individu et à l'environnement: recherche d'euphorie, curiosité, initiation par des pairs. L'arrêt de cette consommation se produit soit lorsque la curiosité est satisfaite, soit au moment où l'effet de la substance n'est pas apprécié, soit lorsqu'une autre SPA est préférée, ou une combinaison des trois. Il est possible que la tolérance au premier produit se soit instaurée.

Le deuxième type d'initiation réfère à une première consommation d'une SPA qui semble, dès lors, associée à un risque de développer une trajectoire toxicomane. Typiquement, on note une sous-culture familiale qui permet aux participantes d'avoir facilement accès à une SPA qu'elles consommeront la plupart du temps à un âge précoce. Cette accessibilité à la SPA est également facilitée par la sous-culture de consommation chez les pairs déviants qu'elles fréquentent. La première consommation de la substance se produit dans un contexte de détresse psychologique relié à des événements de vie traumatiques, des expériences d'abus et/ou un environnement familial dysfonctionnel. Ce portrait est cohérent avec les résultats portant sur les principaux facteurs prédisposant l'abus de substances chez les jeunes hommes: attitudes positives envers les SPA, pratiques parentales inadéquates, abus sexuel et physique, conflits familiaux (Hawkins & al., 1992). L'analyse des événements de vie reliés aux initiations permet également de mettre en lumière une forme spécifique de détresse liée à un deuil mal résolu dans un contexte où l'expression des émotions face au deuil n'est pas encouragée ou même taboue.

Dès la première consommation du produit, dans un contexte où elles sont exposées à vivre un niveau élevé de détresse psychologique, elles expérimentent l'effet de soulagement d'affects dysphoriques que leur procure la SPA. Cette première expérience d'automédication semble les prédisposer à utiliser des moyens mésadaptés de gestion du stress et de la détresse,³ tel de recourir à nouveau à une SPA pour soulager leur détresse.

³ Le terme provenant de l'anglais « moyens de coping » est souvent utilisé.

L'hypothèse d'automédication a été maintes fois rapportée, mais demeure difficile à prouver étant donné que celle-ci suppose la primauté de la détresse sur l'abus de SPA, alors que l'abus de SPA suscite des symptômes dépressifs et anxieux. C'est le débat sur l'oeuf ou la poule. Cependant, l'enquête épidémiologique de Kessler et de ses collègues (1996) montre que le trouble mental associé aux troubles liés aux SPA apparaît habituellement en premier et ce, plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. De plus, la consommation d'alcool ou de drogues dans le but de réduire la détresse psychologique est reliée à davantage de problèmes reliés aux SPA au cours de la vie (Carey & al., 1997; Perkins, 1999). Les récits de vie de nos participantes suggèrent une détresse psychologique élevée à un âge précoce, précédant l'abus de SPA et une relation aux produits qui n'est pas décrite comme un plaisir, mais comme un soulagement de la tension. L'hypothèse d'une automédication apparaît juste pour les femmes toxicomanes présentant des problèmes d'inadaptation sociale sévères et persistants. De plus, la forte prévalence d'alcoolisme familial permet de supposer que des facteurs génétiques pourraient intervenir. Des études suggèrent qu'une vulnérabilité génétique pourrait réduire la capacité d'un individu à ressentir de l'euphorie suite à une consommation d'alcool et mettre à risque cet individu de consommer davantage d'alcool pour obtenir l'effet escompté (voir Schuckit et al., 1998).

Les hypothèses ci-dessus proposent une explication des processus pouvant mener au développement de problèmes d'alcool et de drogues qui se situent dans un modèle plus global de la compréhension de l'être humain : le modèle de

l'apprentissage social de Bandura (1986). Ce modèle met en lumière le principe de déterminisme réciproque, selon lequel les personnes sont influencées par des facteurs environnementaux, mais choisissent leur façon d'y réagir et participent donc activement à influencer les situations. Marlatt et ses collègues (1999) est l'un des pionniers dans l'application de cette théorie à la problématique de la toxicomanie. Marlatt souligne que, lorsqu'un individu vit une tension dans une certaine situation et qu'il perçoit qu'il a un faible contrôle sur cette situation, la SPA pourra représenter une réponse alternative efficace pour gérer cette situation, d'autant plus si cette SPA est facilement disponible et que des attentes positives vis-à-vis ce produit ont été apprises via l'observation. Malheureusement pour nos participantes, il semble qu'elles ont dû faire face à ce scénario très tôt dans leur vie, à un âge et dans un contexte qui leur fournissait bien peu d'alternatives saines pour gérer leur détresse.

Les participantes décrivent un troisième type d'initiation: avec leur amoureux, au début de l'âge adulte, elles consomment pour la première fois une drogue illicite. Ce type d'initiation est typiquement associé à une progression rapide de la consommation sur une base quotidienne. L'influence de l'amoureux semble se manifester par deux différents mécanismes.

D'abord, une majorité de participantes rapportent avoir eu plusieurs amoureux au cours de leur vie qui étaient vendeurs de drogues, alcooliques ou toxicomanes. Ils semble qu'elles aient recherché ce type de partenaire étant donné que cela leur permettait un accès plus facile à différentes SPA et qu'elles évitaient ainsi de faire critiquer leur style de vie et de faire face éventuellement au rejet. Ainsi, ce

type de partenaire semble moins menaçant pour elles. D'ailleurs, une participante explique que son amoureux, étant donné son statut de vendeur de drogues, était respecté par son entourage et qu'elle se sentait protégée par lui. Un second mécanisme pourrait être l'importance des besoins affectifs des participantes et la tendance à présenter des traits dépendants, ce qui les mènerait à adopter le même style de consommation que leur partenaire amoureux par peur d'être rejetée, tel que suggéré par Vaglum et ses collaborateurs (1987). Cette explication, bien que plausible, n'est pas rapportée par les participantes. Il est possible que la honte, la désirabilité sociale ou encore les limites de leur conscience de soi mènent les participantes à sous-estimer l'influence de leur dépendance affective sur leur trajectoire toxicomane. Dans la documentation, le rôle de l'amoureux est exploré en fonction de son rôle quant à la progression ou à l'interruption de la consommation, mais non en relation avec l'initiation. Ce constat reflète le manque de données sur la consommation de drogues illicites au cours de la vie des femmes.

4.3 Progression

4.3.1 Facteurs de progression liés aux événements de vie

Toutes les participantes ont rapporté avoir vécu des événements de vie significatifs à différents moments de leur trajectoire durant lesquels leur consommation de SPA a augmenté. Les principaux événements de vie cités sont: un déménagement (14/21); une rupture amoureuse (13/21); une naissance (7/21); une perte d'emploi (7/21); l'obtention d'un nouvel emploi (7/21); la perte de la garde de son enfant (6/21) et le décès d'une figure d'attachement significative (6/21) (voir tableau 2).

Parmi les 16 participantes qui citent le déménagement, huit relient cet événement à la hausse de leur consommation d'alcool, quatre, à la hausse de leur consommation d'alcool *et* de drogues illicites et deux, à la progression de leur consommation de drogues illicites seulement. Pour sept des 16 participantes, le déménagement est un départ précoce de la maison familiale (15 à 18 ans) dans des circonstances conflictuelles. Par exemple, Caroline quitte la maison familiale à 18 ans dans un contexte de violence familiale: «Quand je suis partie, j'pensais que j'avais assez d'argent, mais j'en avais pas assez (...) Mais sauf que mon père m'avait poursuivi avec des couteaux dans le dos en pleine rue (...) c'est là que je me suis dit que c'tait la fin de la fin, fallait que je m'en aille (...) j'tais pas prête, j'avais aucun vêtement, pas d'argent.» Elle va se trouver un emploi de *barmaid* pour gagner sa vie et passera alors d'une consommation occasionnelle d'alcool à une consommation au travail de cinq à six consommations par occasion, cinq jours par semaine. Patricia quitte le domicile familial à 17 ans suite à un conflit avec sa sœur: «ça me faisait de la peine parce que j'tais entrain de faire ma valise dans ma chambre (...) ma mère était dans cuisine, pis est pas venue me retenir.» Par la suite, elle se trouvera un emploi de danseuse nue dans un bar, ce qui l'amènera à consommer de l'alcool à tous les soirs jusqu'à intoxication en plus de diverses drogues illicites (acide, cannabis, mescaline). Ces départs du nid familial s'accompagnent également souvent d'une fréquentation accrue d'amis consommateurs qui facilitent l'accès à l'alcool et aux drogues.

Trois participantes mentionnent être déménagées à 14 ans, déménagement qui leur a causé des difficultés d'adaptation et qui leur a donné un accès plus facile aux SPA. Par exemple, Louise rapporte: «J'me suis un peu révoltée (...) j'ai pas été capable de m'adapter à ma nouvelle école.» À partir de ce moment, elle a commencé à voler régulièrement de l'alcool dans les bouteilles de ses parents, alcool qu'elle remplaçait par de l'eau. Rita mentionne: «c'est là que j'ai commencé à me tenir avec des moutons noirs (...) j'en voulais à mes parents en tabarnouche (...) j'avais peur du monde, y avait ben plus de monde là qu'y en avait dans les campagnes.»

Quatre autres participantes rapportent des déménagements au cours de leur vie adulte, déménagements davantage reliés au stress et à l'isolement. Isabelle, qui augmente sa consommation de cannabis lorsqu'elle déménage aux États-Unis, explique: «je me faisais pas d'amis, j'tais trop renfermée, j'tais pas capable (...) c'tait pas ma langue. Barbara déménage 26 fois en 13 ans de mariage: «J'tais pas heureuse là-dedans, toujours épuisée aussi. Parce qu'on déménageait, on déménageait, on achetait des maisons (...) j'me disais enfin un petit pied à terre... oups, on vendait (...) on perdait nos amis à chaque fois (...) je recommençais à zéro.» Elle décrit qu'elle a alors progressivement augmenté sa consommation d'alcool jusqu'à boire plus de 2 litres de vin par jour, seule à la maison.

Presque toutes les participantes (11/13) qui décrivent l'impact d'une rupture amoureuse sur la hausse de leur consommation font référence à l'alcool. Typiquement, cette rupture survient lorsqu'elles sont à la fin de leur vingtaine

(moyenne d'âge = 28,5 ans) et que leur consommation d'alcool est déjà abusive. Suite à la rupture, elles décrivent toutes une progression importante et rapide de leur consommation d'alcool qui les mène à se désorganiser. Elles boivent une grande quantité d'alcool à tous les jours, jusqu'à intoxication, et souvent seules. Deux participantes vivent une rupture amoureuse à plusieurs reprises, ce qu'elles relient à chaque fois à une progression de leur consommation d'alcool (29 et 32 ans pour l'une et 22, 27 et 36 ans pour l'autre). L'histoire d'Uma ressemble à celle des autres, mis à part qu'elle décrit avoir augmenté sa consommation de cocaïne plutôt que d'alcool: «Lui y consommait beaucoup de coke aussi (...) quand j'ai eu ma peine d'amour, là, c'est devenu que je sniffais avant d'aller travailler (...).» Peu de temps après, elle perd son travail: «Là c'était comme free for all pis let's go.»

Le rôle de mère est souvent associé à la progression de la consommation. Le tiers des participantes décrivent que la naissance de leur enfant a constitué un événement stressant significatif auquel elles ne se sentaient pas préparées et qui leur a fait vivre le sentiment d'incompétence. Par exemple, Ginette décrit la naissance de son enfant alors qu'elle a 22 ans: «J'me suis rendue compte que je n'étais pas capable de m'occuper de ma fille (...) ça marchait pas, j'tais pas prête (...).» Thérèse ajoute: «Après le premier enfant, ça été l'enfer (...) je me sentais tellement toute seule, abandonnée, mon mari y s'occupait pas de moi.» D'ailleurs, cinq de ces sept participantes mentionnent avoir plus tard perdu la garde de leur enfant, événement qui a suscité une progression encore plus marquée de leur consommation (voir tableau 2). Hélène a elle-même avisé la Direction de la Protection de la Jeunesse qu'elle se sentait incapable de s'occuper

de ses enfants: «Quand, y sont partis, y avaient 3 mois et 18 mois (...) j'ai essayé une fois la coke, une fois l'héroïne avant qu'ils partent (...) quand j'ai regardé le taxi partir des yeux, j'ai été voir le pusher pis j'ai dit envoye, shoot de l'héro [elle pleure] (...) la seule drogue que j'trouvais qui avait de l'allure pour oublier ça, c'était l'héroïne, parce que là-dessus, y a pas grand chose qui vient te déranger.»

Parmi les sept participantes qui ont augmenté leur consommation suite à une naissance, trois font référence à leur consommation d'alcool uniquement, une a augmenté sa consommation de cannabis et d'alcool et les trois autres ont augmenté leur consommation de drogues «dures» (cocaïne et héroïne). Les naissances se sont produites lorsque les participantes avaient 24 ans en moyenne (écart entre 19 et 32 ans). La perte de la garde d'un enfant s'est produite moins d'un an après la naissance, pour quatre des six participantes ayant vécu cet événement.

Tant la perte d'un emploi que l'obtention d'un nouvel emploi a été relié à la hausse de la consommation de SPA (voir tableau 5). Les participantes décrivent que l'obtention d'un nouvel emploi peut être lié à : une meilleure accessibilité à la SPA, une hausse de revenu, une expérience stressante qui peut être régulée par la consommation d'une SPA. Ginette est fière de son premier emploi à 18 ans dans un grand hôtel de Montréal: «Une fois que j'ai eu quelques payes, j'ai pris un logement (...) et puis là, j'tais sur la partouze. Moi, j'finissais de travailler, j'partais sur la partouze, j'me couchais, j'dormais, pis j'allais travailler.» Patricia mentionne: «J'travailais comme danseuse (...) le monde m'offrait de quoi, j'disais 'envoye', j'en prenais (...) Ma première expérience (...) ma soeur

m'avait dit 'tu vas juste être serveuse' (...) le doorman y me dit 'non, non, tu danses comme les autres' (...) je me suis commandé un double cognac.» Sylvie décrit son nouveau travail, dans le domaine de l'immobilier, qu'elle relie à une hausse de sa consommation d'alcool: «Beaucoup de stress, pas de repos. J'ai été trois ans à travailler sept jours par semaine sans prendre de journée de congé. C'est vidant, alors j'ai commencé à consommer de l'alcool. (...) J'tais avec (...) des hommes d'affaires –dans des restaurants-, pis là j'va en prendre une [bière].»

La perte d'un emploi est également associée par sept participantes à la progression de leur consommation. Elles vivent alors un sentiment d'échec et perdent un élément important qui structurait leur vie, comme l'illustre le récit d'Ursula: «Pis là j'travaillais pu, faque y avait pu ça (...) moi, dans le temps que j'travaillais, ça me tenait (...) fallait que j'rentre travailler le matin (...) tsé, y avait encore des restrictions (...) là, c'tait free for all, pis let's go.»

-Insérer le tableau 2 environ ici-

4.3.2 Facteurs de progression liés à la substance

Plus des deux tiers de l'échantillon rapportent que leur dépendance physique à la substance (tolérance, symptômes de sevrage) explique la progression de leur consommation (voir tableau 3). La majorité (9/15) fait référence à l'alcool et situe le début de leur dépendance en moyenne à 28 ans. Une participante se dit dépendante au cannabis depuis l'âge de 29 ans et les cinq autres rapportent une dépendance à des drogues dures (héroïne, crystal, crack) plus tôt dans leur trajectoire, soit en moyenne à 18 ans. Hélène décrit la progression de sa consommation d'héroïne à partir de 19 ans : « Ça me prenait mon héroïne, sinon je me serais péti un beau sevrage.» Isabelle augmente sa consommation d'alcool

en plus de sa médication anxiolytique, à l'âge de 37 ans, car elle commence à avoir des tremblements et cherche à les calmer avant d'aller travailler : « Quand j'travaillais, j'buvais le matin pis je prenais des Lectopan (...) ça aidait à enlever les tremblements, pis ça me calmait (...) ça été l'alcool, en premier, moi, que j'ai accroché (...) ça m'en prenait tout le temps, tout le temps, du matin au soir.» Quincy décrit également qu'elle consomme des anxiolytiques en plus de l'alcool pour calmer ses tremblements, symptômes de sevrage qui commencent le matin au réveil dès l'âge de 21 ans : « Quand j'ai fini mon verre, fallait qu'il y en ait un autre (...) je prenais un verre de vodka/jus d'orange en me maquillant parce que je tremblais toujours, moi ».

- Insérer le tableau 3 environ ici -

La recherche d'euphorie et le soulagement d'affect dysphoriques sont les deux principaux effets recherchés qui expliquent, selon les participantes, qu'elles ont augmenté leur consommation (voir tableau 3). Le phénomène de polytoxicomanie est illustré par la présence de ces deux facteurs de progression : la substitution d'une SPA par une autre (7/21) et la consommation d'une SPA pour contrecarrer l'effet d'une autre SPA (6/21). Françoise explique : « C'est fatigant boire! C'est là que j'ai commencé aussi la coke parce que j'aimais pas être tombée paf ».

4.3.3 Facteurs de progression liés à la délinquance

Un peu plus de la moitié des participantes (12/21) rapportent que des activités criminelles sont reliées à la progression de leur consommation (voir tableau 4). La vente de drogues et la prostitution sont les facteurs les plus prévalents, suivis de près par le vol d'argent ou vol à l'étalage. Notons que la légalisation de la

prostitution fait l'objet d'un débat de société, ce qui lui donne un statut particulier face aux autres activités criminelles. Cependant, dans cet article, étant donné la nature illégale de l'activité et étant donné l'association entre la prostitution et un style de vie marginal, ce facteur est codé comme un facteur de délinquance. Cette décision ne repose pas sur la base d'un jugement de valeurs de la part des chercheurs.

Les autres activités criminelles identifiées sont : vol de SPA, fraude, vol à main armée, introduction par effraction et proxénétisme. Les facteurs de délinquance sont plus particulièrement liés à la consommation de drogues dures (cocaïne et héroïne) (8/12). Parmi les quatre autres participantes relevant ce type de facteurs, deux ont augmenté leur consommation d'alcool et de cannabis, l'une sa consommation d'alcool uniquement et l'autre, sa consommation d'anxiolytique. L'influence de ces facteurs survient tôt dans la trajectoire de consommation : entre 12 et 26 ans pour 11 participantes sur 12 (moyenne de 18 ans). La douzième participante décrit une expérience différente des autres : elle vole des livrets de prescription de médecins, à 46 ans, pour augmenter sa consommation d'anxiolytiques.

Les participantes expliquent la progression de leur consommation par trois mécanismes : 1) l'activité criminelle leur procure des revenus qui leur donne un accès plus facile à une SPA; 2) les pairs déviants rencontrés dans ces milieux délinquants leur facilitent également la consommation de SPA, consommation encouragée par ces pairs; 3) la consommation de SPA peut faciliter la pratique d'une activité criminelle, particulièrement dans les cas de prostitution.

Ainsi, Denise, qui commence à vendre de la drogue à partir de 14 ans, explique l'importance de l'accessibilité à la SPA et des pairs déviants : « Là, on était embarqué dans la vente (...) on a eu l'opportunité avec quelqu'un qui prenait de la...qui pitonnait les sacs de coke de son frère (...) l'occasion qui a faite que nous autres, on n'en a pris. Parce qu'en réalité, on n'aurait pas eu les moyens-là.» Françoise augmente sa consommation d'alcool vers 24 ans: « J'volais un petit peu la compagnie parce que j'dépensais à boire, pis à sortir.»

Le témoignage d'Hélène illustre l'aspect bidirectionnel entre crime et progression de la consommation. Sa consommation de drogues illicites progresse (*acide*, cannabis, cocaïne, héroïne), de 16 à 20 ans en parallèle avec la gravité de sa trajectoire délinquante (vol à l'étalage, vol qualifié, vol de SPA, prostitution). Au début, les vols lui permettent de payer sa consommation : « *Acide*, TH, pis on volait pour l'avoir.» Ensuite, les vols par effraction (vols de maison) ne sont plus suffisants pour lui permettre de soutenir sa dépendance à l'héroïne et elle commence la prostitution, décrivant alors prendre davantage de SPA pour lui permettre d'en être capable : « J'venais pour faire mes premiers clients, faque j'ai augmenté ma dose pis (...) c'est là que j'me suis ramassée cliniquement morte.» Dans le cas de Nathalie, elle commence à se prostituer à 12 ans, car sa mère la jette dehors le matin sans lui donner à déjeuner et elle découvre qu'elle peut se faire de l'argent de poche au parc près de chez elle. La consommation vient peu après: « Quand chu tombée dans la rue, je m'étais aperçue que, pour coucher avec des bonhommes, c'tait plus facile quand j'avais bu de la bière (...) fait que j'ai commencé à associer que la prostitution et la

consommation, ça allait ensemble (...) J'ai commencé à plus facilement être capable de manipuler les bonhommes pour avoir de l'argent. J'pouvais fumer facilement entre 15 et 30 joints par jour.» Uma explique qu'elle a fait son premier vol à main armée par défi et qu'ensuite l'argent obtenu lui a permis de se procurer de la coke : « y était arrivé à la maison [son frère] (...) tu te prends pour un dieu quand tu fais ça là (...) 'ben voyons donc une fille faire un hold-up'. Pis, c'était juste le défi. Pis là, bon ben tu faisais de l'argent bon ben tu t'achetais de la coke.» Plus tard, elle mentionne que le vol lui sert à soutenir sa dépendance à la cocaïne : « Si tu fais un vol de temps en temps, tu te feras pas nécessairement prendre, mais quand tu deviens que tu le fais parce que t'as besoin d'argent, tu viens que tu te fais prendre (...) ça faisait comme trois jours que j'tais debout à sniffer pis là, j'en avais pu, faque là j'voulais de la coke, j'me suis ambitionnée (...) j'me suis fait prendre (...) j'avais des voies de fait sur les policiers à l'arrestation ».

-Insérer le tableau 4 environ ici-

4.3.4 Facteurs de progression liés à l'individu

Presque toutes les participantes rapportent que leur détresse psychologique a contribué à la progression de leur consommation (voir tableau 5). Près de la moitié de celles-ci relèvent également l'importance de leur timidité/anxiété sociale. Le témoignage de Denise illustre l'influence de ce facteur : « J'avais des problèmes à force de pas pouvoir m'exprimer, j'tais gênée (...) fait que, quand j'ai bu, tout de suite ça m'a comme gonflée, j'me suis sentie bien (...) j'me suis sentie quelqu'un de bien. J'tais capable de parler quand j'tais en boisson ».

Plusieurs autres facteurs liés à l'individu sont cités : l'isolement, la solitude et l'ennui (10/21); le stress et l'épuisement reliés à l'emploi (9/21); l'épuisement et le sentiment d'incompétence reliés au rôle de mère (9/21). Notons que ces derniers facteurs sont surtout reliés à la progression de la consommation d'alcool. Plusieurs participantes rapportent une accumulation de facteurs individuels : des responsabilités associées au rôle de mère et un emploi impliquant de longues heures de travail menant à un épuisement et de la détresse psychologique dans un contexte d'isolement. Françoise explique : « J'ai eu mon autre gars, c'est là que ça été l'élément déclencheur de ma consommation (...) À sept mois, (...) j'travaillais de huit heures à midi comme réceptionniste et (...) comme assistante gérante dans un club vidéo de six heures à 10 heures le soir. Pis, j'avais les deux enfants, pis j'tais tout seule. Faque, ça demandait beaucoup, c'est à ce moment là que j'ai commencé à boire (...) J'avais mes deux enfants, j'tais pu capable, faque une journée, du jour au lendemain (...), j'ai placé mes gars. J'ai busté ben raide.» Barbara ajoute : « Y a des périodes de stress assez merci. Y'a 26 déménagements en 13 ans (...) J'tais pas satisfaite de ma vie sexuelle, j'tais pas satisfaite parce que j'avais pas le temps de m'occuper de mes enfants. On travaillait sept jours par semaine. L'ennui s'est installé, la consommation d'alcool, c'est sûr qu'a pris de l'ampleur (...). J'tais tu seule pis deux bébés sur les bras ».

-Insérer le tableau 5 environ ici-

4.3.5 Facteurs de progression liés à l'environnement

Presque toutes les participantes relèvent que la consommation avec les pairs et la consommation avec un amoureux sont associées à une hausse de leur consommation, soit 20 participantes pour chacun de ces facteurs (voir tableau 6).

L'influence des pairs se manifeste davantage à l'adolescence, 14 participantes sur 20 relevant que l'influence des pairs a été importante dans leur vie alors qu'elles avaient entre 12 et 21 ans. Les pairs sont associés à l'expérimentation de diverses drogues illicites et/ou à une consommation d'une plus grande quantité d'alcool de façon plus fréquente.

Diane explique que parfois les pairs déviants sont recherchés de façon active : « c'est sûr que je me tenais avec du monde qui aimait consommer. » Françoise, qui rechute à 28 ans suite à une interruption d'un an de sa consommation d'alcool, décrit qu'elle recherche des amis qui pourront lui fournir gratuitement alcool et cocaïne : « c'est rare que j'en achetais (...) c'est là que j'tais comme pu capable d'arrêter pis les gens que j'rencontrais, j'espérais qu'y consommaient. Tsé, j'me tenais juste avec du monde qui consommaient, pis j'voulais consommer (...) 'Veux-tu une ligne?' Ben oui, on embarque. » Dans la majorité des cas, les amis sont décrits comme des connaissances, sans lien affectif privilégié, qui font partie d'une sous-culture de consommation, où la recherche de plaisir est le centre de leurs intérêts communs : « J'sortais avec des amis (...). On fumait, on était quatre, pis on s'achetait chacun un gramme. On fumait tout ça, un en arrière de l'autre, pis on s'amusait. » Quelques-unes, comme Patricia, mentionnent plus explicitement le rôle de la consommation pour intégrer un groupe d'appartenance : « La barrière de l'âge disparaissait, j'tais plus ni trop

vieille ni trop jeune, tout le monde avec qui j'étais, on était sur le même pied (...) on venait de fumer un joint, on était tous, autrement dit, sur le même high.»

L'influence du partenaire amoureux se manifeste à partir de l'adolescence, puis tout au cours de la vie (jusqu'à 49 ans). Douze participantes sur 20 rapportent que plusieurs partenaires amoureux (moyenne = 2,5), à différents moments dans leur vie, ont contribué à la progression de leur consommation, tant d'alcool que de drogues. Huit participantes relèvent que leur amoureux était « pusher » (vendeur de drogues), ce qui leur a facilité l'accès à des drogues illicites, dont des « drogues dures » (cocaïne et héroïne) pour six de ces cas.

Plusieurs décrivent que leur consommation est influencée par celle de leur conjoint, quasi de façon automatique, sans s'expliquer davantage pourquoi. Typiquement, leur conjoint est alcoolique ou abuse d'alcool. Par exemple, Barbara mentionne: « Pis, c'est là que j'ai commencé à prendre de la bière, parce qu'avant j'en prenais pas. Lui, c'était un bon buveur de bière, une couple de bières avant le dîner, une couple de bières avant le souper.» Caroline ajoute : « Ben là, ma consommation a augmenté selon lui comment il buvait. S'il buvait à tous les deux jours, je buvais à tous les deux jours (...) il avait un problème de boisson sûrement (...) mais je savais même pas c'était quoi un problème de boisson à ce moment-là.» Françoise décrit le même scénario : « Le père de mon deuxième garçon, c'était quelqu'un qui consommait beaucoup, j'ai consommé beaucoup à ce moment-là.» Le récit de Kathleen est également semblable: « Ça été une période de deux ans où la consommation a été présente, où j'ai commencé à en prendre le matin parce qu'étant donné que lui y'en prenait.»

Maryse décrit que son conjoint était un grand buveur et qu'elle a ainsi eu accès facilement à une grande quantité d'alcool :

« C'est là que j'ai commencé à boire plus. Parce que lui, c'tait un Portugais. Comme tu le sais, les Européens, à chaque repas, y'a du vin à la table (...). Tu sais que j'me suis saoulée tellement de fois là avec lui (...) Y est remarié. Y boit encore son vin, pis lui, y'est pas alcoolique, y boit pas plus que ça...».

L'influence de l'amoureux est parfois attribuée par elles à leur dépendance affective. Diane décrit sa relation, de 13 à 17 ans, avec un amoureux « pusher » : « mon chum, c'tait comme ma bouée (...) j'me suis comme accrochée à lui, c'tait MA (souligné) préoccupation . Lui, y'était vendeur, c'est sûr qui avait un groupe après lui (...) Ça me sécurisait, j'me sentais jamais attaquée (...) C't'une personne influente (...) J'tais protégée.» Ginette explique comment les hommes lui ont permis de se procurer de l'alcool et comment ce type de rapport avec eux lui a rendu difficile la gestion de ses relations amoureuses et sexuelles sans alcool:

« Y a toujours eu beaucoup d'alcool dans mes relations. J'tais un peu trop libre sexuellement (...) ça causé beaucoup de problèmes au point de vue sexuel, l'alcool ou du sexe pour quelque chose en échange (...) Si j'avais pas eu l'alcool, j'aurais probablement pas été de même (...) C'est fini. Pas rien que les hommes, l'alcool, toute, les hommes amènent à l'alcool, pis tatati (...) Lui quand je l'ai mis dehors, j'avais pu les moyens d'acheter mon vinier à toué semaines.»

Notons que, pour cinq participantes, les conflits conjugaux ont également contribué à la hausse de leur consommation (voir tableau 6).

Plus du tiers des participantes mentionnent que l'accessibilité d'une SPA dans leur milieu de travail est associée à la progression de leur consommation (voir tableau 6). Ce facteur a une influence tôt dans la trajectoire, soit de 17 à 21 ans pour cinq participantes sur huit et de 18 à 30 ans pour les trois autres femmes. La moitié de celles-ci (4/8) ont travaillé dans un bar, deux comme danseuse nue et deux comme serveuse. Deux autres occupaient un emploi dans le milieu des affaires, emploi associés à plusieurs repas au restaurant durant lesquels la consommation d'alcool était la norme. Une participante a travaillé sur des bateaux de croisières et décrit une consommation d'alcool élevée chez l'ensemble des collègues. Enfin, la dernière participante était mannequin à l'âge de 17 ans et allait à plusieurs soirées où l'alcool était gratuit et disponible à volonté.

Treize participantes relèvent des facteurs de progression qui ont trait à la famille: absence de réaction ou réactions positives d'une figure parentale (7/21); consommation avec la fratrie (5/21); disponibilité de la SPA dans l'environnement familial (5/21) (voir tableau 6). Denise explique l'absence de réaction de sa mère dépressive alors qu'elle rentrait saoule à la maison à l'âge de 13 ans : « Ma mère a sorti de sa dépression, mais le dégât était déjà fait. A l'a été 6 mois à se bercer dans sa chaise, a dû me voir rentrer ben saouïe (...), mais était pas là, a les voyait pas.» Kathleen décrit une mère envahissante qui l'empêche de quitter le toit familial et qui vit des bénéfices secondaires à ce qu'elle

consomme beaucoup d'alcool : « Aussitôt que je rencontrais quelqu'un (...) ' y était pas fait pour toi, pour moi, c'est ta petite dépression, on va aller acheter du vin'.» Le témoignage de Louise illustre la permissivité entourant la consommation d'alcool et la disponibilité de l'alcool à la maison: « Mes consommations d'alcool ont augmenté quand j'ai eu 14 ans. J'ai eu la permission entre guillemets de consommer en famille lors des réunions familiales (...). J'ai eu le droit de prendre du fort (...) Moi, je prenais ça comme de la liqueur. À tel point que, quand ma mère s'en est aperçu, a dit toi, tu bois pu avant 18 ans. Sauf qu'on avait un bar dans la maison...»

-Insérer le tableau 6 environ ici-

4.3.6 Facteurs de progression : synthèse des résultats

L'analyse des facteurs de progression permet de proposer cinq différents mécanismes pouvant expliquer la progression de la consommation d'alcool et de drogues chez les participantes: 1) difficulté à assumer une ou plusieurs tâches développementales reliées à l'autonomie, comme le départ du nid familial et les rôles de mère, conjointe et de travailleuse; 2) difficultés interpersonnelles significatives suscitant des difficultés d'adaptation plus grandes face à certains stressors, des relations amoureuses conflictuelles ou insatisfaisantes et une tendance à l'isolement; 3) détresse psychologique persistente ayant tendance à se manifester en des moments de crise récurrents suite à des événements de vie liés à des pertes (travail, enfants, amoureux); 4) sous-culture de consommation au plan familial, amical, amoureux et/ou du travail; 5) l'effet psychoactif de la substance qui est de nature à créer une dépendance. Les participantes élaborent moins sur les facteurs de rechute, mais il semble que ce sont ces mêmes

mécanismes qui peuvent expliquer une rechute suite à une période d'interruption de consommation.

Le rôle du partenaire amoureux est souvent cité par ces femmes pour expliquer la progression de leur consommation. Différentes études portent sur la relation entre les problèmes liés à l'alcool chez les femmes et la consommation de leur partenaire ainsi que les conflits conjugaux (Gorman et Brown, 1992; Hammer et Vaglum, 1989; Kolonel et Lee, 1981; Nadeau, 1990; Wilsnack et Wilsnack, 1995). Ce facteur pourrait être plus influent chez les femmes que chez les hommes puisque leur perception que leur conjoint boit fréquemment est corrélé au nombre de problèmes reliés à l'alcool qu'elles rapportent, ce qui n'est pas le cas dans la situation inverse (Wilsnack et coll., 1995). Cette étude longitudinale dirigée par Wilsnack révèle aussi que, bien que le mariage soit un facteur réduisant les risques de développer des problèmes d'alcool, les femmes mariées en 1981 et ayant une consommation problématique sont plus susceptibles d'avoir *réduit* leurs symptômes de dépendance lorsqu'elles se sont séparées, ce qui illustre la complexité du rôle que joue le partenaire amoureux. Les quatre premiers mécanismes cités plus haut pour expliquer la progression de la consommation des participantes peuvent être utiles pour comprendre le rôle du partenaire amoureux. Ainsi, les récits de vie mènent à supposer que :

- 1) La tâche développementale que constitue la création d'une relation intime avec un partenaire amoureux peut susciter une hausse de l'estime de soi et de l'autonomie lorsque réalisée avec succès, mais être reliée à des états de dépendance, d'échec et d'incompétence lorsque mal relevée, expliquant ainsi la double influence que peut avoir ce facteur; dans le cas d'un échec, l'alcool ou les

drogues peuvent permettre à la fois d'auto-médicamenter la détresse et être consommés pour éviter de confronter la tâche angoissante d'entrer en intimité avec quelqu'un, comme l'ont relevé des participantes isolées depuis plusieurs années;

2) Les participantes présentent des difficultés interpersonnelles significatives, tel que mesurées par l'IGT et décrites dans leurs récits de vie. Les facteurs de risque dans l'enfance, notamment l'alcoolisme parental, les abus physiques et sexuels, peuvent en partie expliquer ces difficultés. Ces expériences les prédisposent à vivre des difficultés conjugales et à souffrir de dysfonctions sexuelles. En plus de l'automédication, la consommation d'alcool ou de drogues peut devenir pour elles un moyen d'entrer en communication avec leur partenaire selon un mode de relation souvent appris dans le milieu familial;

3) Le deuil et le vide suivant la séparation du partenaire amoureux sont souvent difficiles à gérer pour ces femmes qui traînent souvent des deuils passés mal résolus et qui ont peu de relations interpersonnelles satisfaisantes pour combler ce vide. Ainsi, une séparation est souvent liée à une période de progression importante de la consommation accompagnée d'idées suicidaires récurrentes; cependant, ce même événement pourra déclencher une demande d'aide, tel un réflexe de survie et les mener vers un processus de rémission (voir Bertrand et Nadeau, soumis);

4) L'influence de la consommation du partenaire amoureux passe souvent par une plus grande accessibilité à la SPA. On peut penser que ce facteur influence davantage les femmes que les hommes puisque, étant donné des facteurs physiologiques, les hommes en général boivent plus que les femmes; si une femme consomme la même quantité d'alcool que son conjoint, elle s'expose à

davantage de risques pour sa santé physique et pour le développement d'une dépendance physique à l'alcool.

Enfin, le rôle de la mère et de l'emploi sont deux autres exemples illustrant l'influence bi-directionnelles de certains facteurs. Le premier mécanisme cité, soit la difficulté à assumer une tâche développementale impliquant la capacité à être autonome, semble pouvoir expliquer en partie cette difficulté.

4.4 Rechute

Les facteurs de rechute sont présentés à la fois dans le présent article et dans un article sur la réduction et l'interruption de la consommation (Bertrand et Nadeau, soumis B), étant donné que l'analyse de ces facteurs permettent à la fois d'éclairer les processus pouvant expliquer la progression et la rémission de la consommation. Cependant, les facteurs associés aux rechutes sont identifiés moins clairement par les participantes. Elles en identifient moins, elles élaborent moins sur leur compréhension de cet aspect de leur trajectoire et il y a peu de consensus entre les participantes (voir le tableau 7).

4.4.1 Facteurs de rechute liés aux événements de vie

Treize participantes relient leur(s) rechute(s) à un événement de vie. Dix-sept événements de vie divers sont cités, dont trois seulement par plus d'une participante : 1) naissance de leur enfant (5/21); 2) séparation (2/21); déménagement (2/21). Typiquement, la rechute liée à la naissance suit une courte période d'interruption, sans aide extérieure, ayant débuté au moment où la participante a appris qu'elle était enceinte. C'est l'arrivée du nourrisson, avec la

prise en charge que cela exige, qui constitue un facteur de rechute. Plusieurs autres événements sont liés à des pertes : perte d'un emploi, perte de la garde de son enfant, suicide d'un pair faisant partie de sa thérapie de groupe, un proche atteint du SIDA, décès d'un proche, fin de la thérapie, arrêt des groupes d'entraide, apprendre que l'on est atteint d'une maladie cardiaque. D'autres événements sont reliés à un accès plus facile à la substance : occasion inhabituelle où la SPA est offerte; recevoir un montant d'argent important et inhabituel. Enfin, un conflit avec un intervenant, une première relation sexuelle après un an et une tentative de suicide sont trois autres événements ayant été identifiés.

4.4.2 Facteurs de rechute liés à la substance

Cinq participantes relient leur rechute à leur dépendance à la SPA, décrivant une expérience de « soif » ou de « craving » (voir tableau 7). Typiquement, elles sont mises en contact avec la SPA et ne se sentent plus capables d'arrêter leur consommation. Par exemple, Nathalie mentionne : « J'prenais un verre, pis là, ça s'est enclenché. » Isabelle ajoute : « J'ouvre le frigidaire, y en a une [bière], j'en prends une. Bon, c'est reparti là-dessus (...). Ben y buvaient normalement eux-autres, tous mes amis. »

4.4.3 Facteurs de rechute liés à l'individu

Treize participantes citent 12 facteurs de rechute variés, liés à l'individu. Parmi ceux-ci, seulement cinq facteurs sont cités par plus d'une participante : détresse psychologique (6/21); faible motivation ou ambivalence (3 /21); peur d'être rejetées/insatisfactions conjugales (3 /21); attente de rechuter (2/21);

isolement/ennui (2/21). Les autres facteurs cités sont : peur du succès/auto-sabotage; incapacité à aller chercher de l'aide; dysfonctions sexuelles; psychose; recherche de sensation; culpabilité lié à une rechute d'une autre SPA; rôle maternel.

-Insérer le tableau 7 environ ici-

4.4.4 Facteurs de rechute liés à l'environnement

La disponibilité de la substance et la consommation d'alcool et de drogues par les amis et le partenaire amoureux sont des facteurs pouvant conduire à une rechute (voir tableau 7). Typiquement, les rechutes les plus graves, relativement à la quantité et à la durée, se produisent avec les partenaires amoureux. Les rechutes liées aux amis ou aux occasions de fêtes sont de moins longue durée, ce qui est cohérent avec le fait que les participantes tendent à éviter les pairs qui consomment et les lieux de consommation pour arrêter leur consommation. Se séparer d'un conjoint consommateur est une stratégie beaucoup plus ardue que les deux précédentes.

4.4.5 Facteurs de rechute: synthèse des résultats

Les femmes de notre échantillon élaborent peu sur les facteurs liés à leurs rechutes. Il est plausible qu'elles puissent vivre de la honte face à cet aspect de leur trajectoire et qu'elles aient donc été peu enclines à élaborer sur ce thème. Aussi, étant donné qu'une forte proportion de l'échantillon a rechuté fréquemment et présente des problèmes liés aux SPA lors de l'entrevue de recherche, on peut supposer qu'elles connaissent mal les facteurs qui les mettent

à risque de rechuter. Il semble que les mêmes mécanismes énoncés pour expliquer la progression de la consommation peuvent également permettre de comprendre les rechutes. Ainsi, lors de l'évaluation et du traitement de ces femmes, il est pertinent de s'attarder aux facteurs de progression de leur consommation pour les aider à identifier leurs différentes vulnérabilités à vivre un épisode de rechute.

5. Conclusion et recommandations

5.1 Principaux constats

Les trajectoires toxicomanes des participantes illustrent que leur processus de changement est complexe, spécifique à chacune d'elles et influencé par une multiplicités de facteurs. L'analyse de la perspective subjective des participantes permet de constater que l'influence de certains facteurs peut être multivariée, associée tant à la progression qu'à la réduction ou à l'interruption de la consommation. L'influence du partenaire amoureux, du rôle de mère et de l'emploi ainsi que certains événements de vie tels une naissance et un déménagement en sont des exemples. Tout de même, certaines tendances et consensus émergent de ces histoires de vie.

D'abord, on remarque que la consommation de SPA est souvent associée, dès le début et à un âge précoce, à un soulagement de tension et non au plaisir. L'anhédonie, c'est-à-dire la difficulté à avoir du plaisir, caractérise cette population. La forte prévalence chez les participantes de facteurs de risque familiaux, notamment l'alcoolisme parental et les diverses formes d'abus, font

partie du contexte de leur initiation aux diverses SPA. Ces expériences traumatiques dans l'enfance sont associées à des conséquences neurobiologiques qui affectent la capacité de gérer le stress et qui peuvent en partie expliquer le maintien à l'âge adulte de divers symptômes psychiatriques, tels la dépression et le syndrome de stress post-traumatique (pour une recension des écrits, voir Bremner, 2003). De plus, ces expériences d'abus et de négligence ne favorisent pas la formation d'une estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, soit la perception de pouvoir faire face aux différents stressors de la vie. Ainsi, ces femmes tendent à vivre, depuis leur enfance, une instabilité émotionnelle, de la détresse psychologique et à utiliser des mécanismes mésadaptés de gestion du stress. La disponibilité des SPA dans leur environnement, en plus de l'effet de « *modeling* », favorise l'utilisation de moyens de fuite tel le recours aux SPA pour soulager une tension et gérer les émotions.

Ces traumatismes dans l'enfance sont associés à des difficultés interpersonnelles et à une instabilité émotionnelle à long terme, présentes tout au long de leur vie. En effet, l'analyse de leur trajectoire de consommation illustre la chronicité de leurs difficultés et la forte prévalence de rechutes. Bien que les facteurs de rechute demeurent flous pour la majorité des participantes, on constate que celles-ci sont reliées aux mêmes facteurs que ceux associés aux périodes de progression de la consommation. Une difficulté à s'adapter à différents stressors, tels des événements de vie ou des responsabilités liées à divers rôles sociaux, ainsi que la consommation de SPA des proches, particulièrement du partenaire amoureux, sont des facteurs importants de progression et de rechute. Celles qui réussissent à s'en sortir (voir Bertrand et Nadeau, soumis) sont celles qui poursuivent leurs

efforts de changement à long terme et qui se donnent des objectifs à plusieurs niveaux, notamment au plan de leurs difficultés interpersonnelles et de la gestion de leurs émotions et des moments de crise.

5.2 Recommandations

Ces constats permettent de formuler des recommandations pour la clinique auprès de femmes toxicomanes qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale :

- 1) Il serait utile d'améliorer l'accessibilité à des services à long terme auprès d'une même équipe de professionnels qui aura favorisé l'établissement d'une alliance thérapeutique avec de telles clientes. Dans ce cadre, une seconde et troisième demande d'aide devrait être jugée comme un progrès tant par les cliniciens que par la cliente, dans la mesure où cette nouvelle demande permet le développement d'une meilleure capacité à identifier les moments de vulnérabilité et/ou moments de crise et d'une capacité accrue à demander de l'aide et à faire confiance. Une telle stratégie pourrait diminuer l'occurrence, la durée et l'intensité de moments de crise et de rechutes.
- 2) Il serait souhaitable d'aider ces femmes à mieux identifier leurs vulnérabilités aux rechutes. Pour ce faire, l'analyse des facteurs d'initiation et des facteurs de progression peut être utile pour aider ces femmes à prendre conscience des facteurs pouvant les mener à rechuter. Pour le clinicien, la tendance d'une cliente à s'inscrire dans des scénarios susceptibles de reproduire ces facteurs de risque devrait également constituer un signal d'alarme.

- 3) Pour celles ayant une capacité d'introspection et la motivation à rester plus longtemps en traitement, il serait souhaitable de les aider à comprendre l'effet de leurs traumatismes dans l'enfance sur leur détresse actuelle et sur leur trajectoire de consommation. Il s'agit donc d'un travail thérapeutique à plus long terme. Ce travail sur leur histoire pourrait leur permettre de mieux identifier et gérer les facteurs de rechute. Cette stratégie pourraient en outre être bénéfique pour celles qui souffrent de symptômes liés au syndrome de stress post-traumatique. Une telle démarche pourrait également légitimer le recours à des services d'aide à long terme. Avec ces clientes, l'écueil, bien connu des cliniciens, consiste à éviter de renforcer la position de victime, qui augmente la passivité, pour utiliser au contraire le traumatisme comme un levier pour soutenir un engagement personnel continu dans l'amélioration de sa santé mentale.
- 4) La chronicité des difficultés de cette population de même que la faible résistance au stress justifie de leur recommander l'abstinence de toute SPA comme objectif thérapeutique. Bien sûr, il demeure important de travailler avec les objectifs du client et avec ses résistances, mais cela ne devrait pas empêcher le clinicien d'émettre une opinion clinique claire. La réduction des méfaits demeure pertinente lorsque la cliente ne se sent pas prête à s'approprier un objectif d'abstinence.
- 5) Les cliniciens devraient favoriser l'adhérence à des mouvements d'entraide pour permettre à ces femmes d'avoir accès à une source de soutien accessible au long cours, même si leurs approches et philosophies peuvent différer de ces mouvements. Il serait idéal que ces femmes

continuent également d'obtenir de l'aide professionnelle pour les aider à gérer les enjeux relationnels propres à ces mouvements (ex. : vulnérabilité au rejet, relations amoureuses), du moins dans les premiers mois où elles rejoignent ces groupes. L'amélioration des habiletés interpersonnelles, qui vient à la fois de la clinique et des mouvements d'entraide, leur permettrait également de mieux choisir leur réseau de soutien.

5.3 Critiques méthodologiques

La présente recherche est de type exploratoire et ne vise ni ne permet d'établir des liens de cause à effet. De plus, les résultats portent sur un sous-groupe spécifique de femmes toxicomanes et, de ce fait, ne peuvent être généralisés à l'ensemble des femmes toxicomanes qui se présentent en traitement. Les caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon étudié sont cependant connues et peuvent être comparées à l'ensemble des femmes ayant ces caractéristiques qui se présentent dans un centre public de traitement de la toxicomanie. En effet, selon l'IGT, les participantes présentent des difficultés psychologiques, des problèmes légaux, d'emploi, médicaux, familiaux et interpersonnels plus graves en plus d'avoir moins d'années de scolarité. Cependant, comme les caractéristiques des 21 femmes de cette étude sont comparables aux 219 femmes qui constituent l'ensemble de l'échantillon, il est possible de comparer nos femmes à celles qui présentent des caractéristiques similaires.

Cette étude qualitative exploratoire se justifie par la rareté des travaux consacrés à cette problématique. La présente étude a permis de mieux connaître la trajectoire toxicomane de ces femmes en plus de proposer une compréhension

des différents mécanismes de changement pouvant expliquer l'initiation et la progression de la consommation ainsi que les rechutes. Les données quantitatives longitudinales fournies par l'IGT, qui viennent compléter les données qualitatives, permettent de fournir un portrait plus robuste de ces trajectoires.

La nature rétrospective des récits de vie peut affecter la validité des informations recueillies, notamment un biais de perception selon lequel, par exemple, les participantes ont pu tenter de réinterpréter les événements passés pour préserver leur estime d'elles-mêmes. L'implication dans des mouvements comme les AA a également pu teinter leurs perceptions. De fait, l'analyse de ces biais permet de mieux comprendre la réalité subjective de ces femmes et permet donc de mieux les comprendre. Ainsi, il serait souhaitable de poursuivre l'étude des trajectoires toxicomanes de cette population en triangulant les méthodologies qualitatives et quantitatives et les sources de données. On devrait privilégier le recours à des études longitudinales et aux histoires de vie. La comparaison des femmes toxicomanes présentant des difficultés sévères d'inadaptation sociale à des femmes toxicomanes sans trouble concomitant et aux hommes toxicomanes permettrait de mieux comprendre la spécificité de cette sous-population.

Références

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Battjes, R.J., Onken, L.S., Delany, P.J. (1999). Drug abuse entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. Journal of Clinical Psychology, *55(5)*, 643-657.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron (Eds). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT), (pp.31-45). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bertand, K. & Nadeau, L. (soumis A). Life-course utilization of services in addicted women: a phenomenological perspective.
- Bertand, K. & Nadeau, L. (soumis B). Remission in Addicted Women: a Lifetime Perspective.
- Bremner, J.D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, *12(2)*, 271-92.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1996). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Non-published manuscript.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1999). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes : suite à la première demande. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Non-published manuscript.
- Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp.73-94). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Brooks, C.R. (1994). Using ethnography in the evaluation of drug prevention and intervention programs. International Journal of Addiction, 29(6), 791-801.
- Carey, K. & Correia, C.J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. Journal of Studies on Alcohol, 58, 100-105.
- Climent, C.E., de Aragon, L.V. et Plutchik, R. (1990). Prediction of risk for drug use in high school students. International Journal of Addiction, 25, 545-556.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.
- Desjardins, S. (1996). Les coûts de l'abus des substances au Québec. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Downs, W.R. et Miller, B.A. (1998). Relationship between experiences of parental violence during childhood and women's self-esteem. Violence Victims, 13(1), 63-77.
- Dufour, M., Nadeau, L. et Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : État de la question. Child Abuse and Neglect, 24(6), 781-797.
- Duncan, T.E., Duncan, S.C. et Hops, H. (1994). The effects of family cohesiveness and peer encouragement on the development of adolescent alcohol use : a cohort-sequential approach to the analysis of longitudinal data. Journal of Studies on Alcohol, 55, 588-599.
- el-Guebaly, N. (1995). Alcohol and polysubstance abuse among women. Canadian Journal of Psychiatry, 40, 73-79.
- Fillmore, K.M., Hartka, E., Johnstone, B.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M.M. et Temple, M.T. (1991). A meta-analysis of life-course variation in drinking. British Journal of Addiction, 86, 1221-1268.
- Gorman, D.M. (1990). Types of life events and the onset of alcohol dependence. British Journal of Addiction, 85, 71-79.
- Gorman, D. M. & Brown, G.W. (1992). Recent developments in life-events research and their relevance for the study of addictions. British Journal of Addiction, 87, 837-849.
- Guyon, L. & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies, 1, 61-81.

- Hammer, T. et Vaglum, P. (1989). The increase in alcohol consumption among women : a phenomenon related to accessibility or stress? A general population study. British Journal of Addiction, 84, 767-775.
- Hartka, E., Johnstone, B.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M., Temple, M.T. et Fillmore, K.M. (1991). A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. British Journal of Addiction, 86, 1283-1298.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, 64-105.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.
- Johnstone, B.M., Leino, E.V., Ager, C.R., Ferrer, H. et Fillmore, K.M. (1996). Determinants of life-course variation in the frequency of alcohol consumption : meta-analysis of studies from the Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. Journal of Studies on Alcohol, 57, 494-506.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17-31.
- Kolonel, L.N. et Lee, J. (1981). Husband-wife correspondence in smoking, drinking and dietary habits. American Journal of Clinical Nutrition, 34, 99-104.
- Laflamme-Cusson, T. Guyon, L. et Landry, M. (1994). Analyse comparée de la clientèle des trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. Cahiers de recherche du RISQ. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- Langeland, W. et Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism : A review. Journal of Studies on Alcohol, 59, p.336-348.
- Laudet, A.B., Magura, S., & Vogel, H.S. (2000). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. Community Mental Health Journal, 36(5), 457-476.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). La recherche qualitative : Fondements et pratiques, 2e édition. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Marlatt, G.A. (1999). Alcohol, the Magic Elixir. In S. Peele & M. Grant, (Eds.): Alcohol and Pleasure: a Health Perspective, (pp.233-249). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., & Earlen, F.. (1980). The Addiction Severity Index. In E. Gottheil, A.T. McLennan, & K.A. Druley (éds). Substance Abuse and Psychiatric Illness (pp. 71-120). New York : Pergamon Press.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). Qualitative data analysis, second edition. Thousand Oaks, Ca : Sage Publications.
- Miller, B.A. et Downs, W.R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. In M. Galanter (éd). Recent developments in alcoholism, volume 12: women and alcoholism (pp. 81-101). New-York : Plenum press.
- Moncrieff, J. et Farmer, R. (1998). Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. Alcohol and Alcoholism, 33, 592-601
- Nadeau, L. (1990). Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs. Revue canadienne des sciences du comportement, 22, 433-444.
- Nadeau, L. (1994). Les femmes et l'alcool : état de la question. In P. Brisson. L'usage des drogues et la toxicomanie. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Nadeau, L. (2001). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp. 45-71). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Nadeau, L. et Kairouz, S. (soumis). An interactive model predicting heavy drinking.
- Parker, D.A., Parker,E.S. et Wolz,M.W. (1980). Sex roles and alcohol consumption : a research note. Journal of Health Social Behavior, 21, 43-48.
- Penick, E.C., Nickel, E.J., Cantrell, P.F., Powell, B.J., Read, M.R., & Thomas, M.M. (1990). The emerging concept of dual diagnosis : an overview and implications. Journal of Chemical Dependency Treatment, 3, 1-54.

- Perkins, H.W. (1999). Stress-motivated drinking in collegiate and post-collegiate young adulthood : life course and gender patterns. Journal of Studies on Alcohol, 60, 219-227.
- Santé Québec (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, volume 1. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Santé Québec (1995). Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Schuckit, M.A., Daepfen, J.B., Tipp, J.E., Hesselbrock, M., & Bucholz, K.K. (1998). The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. Journal of Studies on Alcohol, 59, 581-590.
- Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Drug abuse among alcoholics women. American Journal of Psychiatry, 136, 607-611.
- Schulenberg, J., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. et Johnston, L.D. (1997). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood : variable and pattern-centered approaches to change. In G.A. Marlatt et G.R. Vandenberg (éds). Addictive Behaviors. Readings on Etiology, Prevention, and Treatment, (pp.129-164). Washington: American Psychiatric Association.
- Shore, E.R. (1985). Alcohol consumption rates among managers and professionals. Journal of Studies on Alcohol, 46, 153-156.
- Shore, E.R. (1992). Drinking patterns and problems among women in paid employment. Alcohol Health Research World, 16, 160-164.
- Shore, E.R. et Batt, S. (1991). Contextual factors related to the drinking behaviors of American business and professional women. British Journal of Addiction, 86, 171-176.
- Stahler, G.J., & Cohen, E. (2000). Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. Journal of Substance Abuse and Treatment, 18(1), 1-8.
- Turnbull, J. E., & Gombert, S. L. (1988). Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 12, 374-381.

- Vaglum, S. et Vaglum, P. (1987). Partner Relations and the Development of Alcoholism in Psychiatric Patients. Acta psychiatrica Scandinavica, 76, 499-506.
- Williams, A. et Clark, D. (1998). Alcohol consumption in university students : The role of reason for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. Addictive Behaviors, 23, 371-378.
- Wills, T.A., Vaccaro, D. et McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use : a test of vulnerability and protective factors. American Journal of Community Psychology, 20, 349-374.
- Wilsnack, R.W. et Cheloha, R. (1987). Women's roles and problem drinking across lifespan. Social Problems, 34, 231-248.
- Wilsnack, S.C., Klassen, A.D. et Schur, B.E. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problem drinking : a five-years longitudinal analysis. American Journal of Public Health, 81, 305-318.
- Wilsnack, R.W. et Wilsnack, S.C. (1992). Women, work, and alcohol : failures of simple theories. Alcohol and Clinical Experimental Research, 16, 172-179.
- Wilsnack, S.C. et Wilsnack, R.W. (1995). Dinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends. In M. Galanter. Recent Developments in Alcoholism, volume 12, alcoholism and women. New York : Plenum Press.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., & Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholism : a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen. Developmental Psychopathology, volume 2 : Risk, Disorder, and Adaptation, (pp.677-711). Toronto : John Wiley, & Sons, Inc.

Tableau 1. Facteurs reliés à l'initiation de la consommation

Facteurs d'initiation : Événements de vie	Participants	Fréquence
Décès d'une figure d'attachement significative	D, I, K, L, S	5
Autres événements de vie (13 types)	C, D, G, I, K, N, O, P, Q, R, T, U	12
TOTAL	C, D, G, I, K, L, N, O, P, Q, R, S, T, U	14
Facteurs d'initiation: substances	-----	-----
Automédication : effets liés au soulagement d'affects dysphoriques	B, C, D, E, K, M, T	7
Divers facteurs liés aux substances (8)	A, C, M, N, O, P, Q, R, S, T,	10
Total	A, B, C, D, E, K, N, O, P, Q, M, R, S, T,	14
Facteurs d'initiation liés à la délinquance	-----	-----
Divers facteurs liés à la délinquance (2)	D, H	2
TOTAL	D, H	2
Facteurs d'initiation liés à l'individu	-----	-----
Détresse psychologique	D, E, I, H, L, M, O, P, Q, T	10
Curiosité/expérimentation	C, D, F, L, M, U	6
Divers facteurs liés aux individus (9)	D, E, F, H, I, M, R, T, U	9
TOTAL	C, D, E, F, I, H, L, M, O, P, Q, R, T, U	14
Facteurs d'initiation liés à l'environnement	-----	-----
Initiation avec les pairs	A, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, R, S, U	16
Initiation avec le père et/ou la mère et/ou figure parentale	A, B, C, F, H, J, L, N, T	9
Initiation avec un amoureux	A, F, G, H, J, N, P	7
Initiation avec la fratrie	A, D, F, G, S	5
Alcool ou drogue disponible à la maison	B, G, I, M	4
Prescription d'un médecin	C, I, K, P,	4
Divers facteurs liés à l'environnement	B, H, N, P, R	5
Total	Toutes	21

Tableau 2. Facteurs de progression liés aux événements de vie

Facteurs de progression	Participantés	Fréquence
<i>Événements de vie</i>	-----	-----
Déménagement	A, B, C, D, F, G, I, J, L, M, O, P, R, U	14
Rupture amoureuse	A, B, C, E, G, I, J, K, M, N, Q, T, U	13
Naissance	B, F, G, H, I, N, T	7
Perte d'emploi	C, F, G, J, M, S, U	7
Nouvel emploi	F, G, L, N, P, Q, S	7
Perte de la garde de son/ses enfant(s)	A, B, F, G, H, N	6
Décès d'une figure d'attachement significative	H, L, M, P, S, T	6
Intervention chirurgicale	B, K, S, U, T	5
Expérience d'échec (travail, école,...)	A, C, G, N	4
Nouveau partenaire amoureux (qui abuse d'une SPA)	I, K, M, T	4
Divers facteurs liés aux événements de vie (15)	A, C, B, F, G, H, I, J, M, O, P, Q, S, T, U	15
TOTAL	Toutes	21

Tableau 3. Facteurs de progression liés à la substance

<i>Substance :</i>	Participant	Fréquence
Dépendance physique: sevrage, tolérance	E, F, H, I, J, K, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	15
Effet recherché: euphorie	A, C, D, F, G, H, M, N, O, Q, R, T, U	13
Automédication : effets liés au soulagement d'affects dysphoriques	B, C, D, E, G, I, L, M, N, O, Q, T	11
Substitution de SPA	D, E, F, I, L, N, S	7
La consommation d'une SPA pour contrecarrer les effets d'une autre SPA	E, F, H, I, N, P,	6
Dépendance psychologique	D, F, G, K, T	5
SPA moins dispendieuse	A, C, F, H	4
Effet recherché: pouvoir	N, O, P, U	4
Divers facteurs liés à la substance (5)	C, J, P, Q, R, S, U,	7
Total	Toutes	21

Tableau 4. Facteurs de progression liés à la délinquance.

<i>Délinquance :</i>	Participantés	Fréquence
Vente de drogues	A, D, N, O, P, S,	6
Prostitution	H, N, O, P, R, U	6
Vol d'argent ou vol à l'étalage	D, F, H, N, U	5
Divers facteurs liés à la délinquance (5)	H, M, O, Q, U	5
Total	A, D, F, H, M, N, O, P, Q, R, S, U	12

Tableau 5. Facteurs de progression liés à l'individu

<i>Individu :</i>		
Détresse psychologique	A, B, C, D, E, G, H, K, I, J, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	20
Timidité/anxiété sociale	C, D, E, F, I, J, L, P, Q, T	10
Isolement, solitude, ennui	A, B, F, I, J, L, M, Q, S, T	10
Emploi: stress, épuisement, horaire chargé	B, F, M, S, P, Q	6
Rôle de mère: épuisement, sentiment d'incompétence	A, B, E, F, H, I	6
Faible estime de soi	L, O, T, U	4
Acceptation du style de vie toxicomane, identité	C, E, H, N	4
Divers facteurs reliés à l'individu (24)	Toutes sauf I	20
Total :	Toutes	21

Tableau 6. Facteurs de progression liés à l'environnement

<i>Environnement</i>	<i>Participant</i>	<i>Fréquence</i>
Consommation avec les pairs	Toutes sauf M	20
Consommation avec le partenaire amoureux	Toutes sauf E	20
Disponibilité de la SPA dans l'environnement de travail	A, B, C, G, P, Q, S, T	8
Absence de réaction ou réactions positives des parents ou grand-parents (R) face à l'abus de SPA	D, K, L, B, N, R, U	7
Consommation avec la fratrie	D, F, S, T, U	5
Disponibilité de la SPA dans le milieu familial	H, J, K, L, R	5
Conflits conjugaux/insatisfactions conjugales	B, C, N, Q, T	5
Divers facteurs liés à l'environnement (7)	B, H, J, K, L, N	7
TOTAL	Toutes	21

Tableau 7 . Facteurs de rechute

<i>Événements de vie :</i>	Participant	Fréquence
Naissance	D, E, F, N, T	5
Divers facteurs liés aux événements de vie (16)	A, E, F, I, J, K, L, M, P, S	10
TOTAL	A, D, E, F, I, J, K, L, M, N, P, S, T	13
<i>Substance:</i>		
Soif/craving	I, U, O, P, Q	5
TOTAL	I, U, O, P, Q	5
<i>Délinquance:</i>		
	AUCUNE	0
<i>Individu:</i>		
Détresse psychologique	E, F, G, N, Q, S	6
Divers facteurs liés à l'individu (12)	C, E, F, G, H, I, J, N, P, U	10
TOTAL	C, E, F, G, H, I, J, N, P, Q, S U	12
<i>Environnement:</i>		
Contexte de fête et de bars	A, D, F, O, Q, U	6
Amis qui consomment la SPA	A, F, H, I, J, U	6
Rechute du partenaire amoureux	A, J, M, O, U	5
Partenaire amoureux consommateur de SPA	A, B, I, N	4
Divers facteurs liés à l'environnement (4)	F, I, M, S	4
TOTAL	A, B, D, F, H, I, J, M, N, O, Q, S, U	13

Chapitre 3

Présentation des résultats

Deuxième article de la thèse

Remission in addicted women: a lifetime perspective

Remission in addicted women: a lifetime perspective

Karine Bertrand

et

Louise Nadeau

Université de Montréal

Article soumis au Journal of Substance Abuse Treatment

Mots-clé : Trajectoire, comorbidité, toxicomanie, alcoolisme, récits de vie, méthodologie qualitative, rémission, femme.

Keywords: Trajectory, remission, co-morbidity; substance addiction; lifetime perspective; qualitative research, women.

Résumé

Les femmes toxicomanes présentant des problèmes sévères d'inadaptation sociale ont tendance à rechercher davantage d'aide tout en rechutant plus fréquemment que les autres. Cette recherche exploratoire et longitudinale porte sur ce sous-groupe et vise deux objectifs: 1) décrire, au cours de leur histoire de vie, les variations de leur trajectoire de consommation d'alcool et de drogues associées à leur processus de rémission (diminution, interruption et rechute); 2) décrire, selon leur perspective subjective, les facteurs associés à chacune de ces variations. Parmi 2 667 clients admis en traitement pour leur toxicomanie, un sous-groupe de femmes ont été sélectionnées sur la base de leurs résultats à l'IGT, dont 21 qui ont donné une entrevue de type histoire de vie. *Résultats:* Les participantes présentent des difficultés chroniques, moins du tiers de l'échantillon ayant maintenu l'abstinence d'alcool et de drogues à long terme. Le maintien de l'abstinence a été rendu possible par une constellation de facteurs qui agissent en synergie.

Abstract

Addicted women who exhibit severe problems of social maladjustment have a greater tendency to seek help while at the same time experiencing relapses more frequently than addicted women who do not exhibit such problems. This exploratory, longitudinal study of the sub-group has two objectives: 1) to describe remission (reduction, interruption and relapse) process-related variations in the drug and alcohol use trajectories of these women over the course of their life histories; 2) to describe the factors associated with each of these variations from the subjective perspective of the women. Based on Addiction Severity Index/Indice de gravité d'une toxicomanie results a sub-group of women was selected from amongst 2,667 clients admitted for treatment for substance addiction; 21 of the members of the sub-group took part in life history interviews. *Results:* The participants displayed chronic difficulties, with less than one third of the sample having maintained long-term abstinence from drugs and alcohol. The maintenance of abstinence was made possible by a constellation of factors that behaved synergistically.

Remission in Addicted Women: a Lifetime Perspective

1. Introduction

Substance addictions frequently occur concomitantly with other serious social maladjustment problems, such as mental health issues (for an inventory, see Nadeau, 2001) and legal difficulties (Brochu, & Schneeberger, 2001). Although addicts displaying concomitant mental health issues or legal difficulties make more frequent use of services (Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank, & Leaf, 1996), treatment of such addicts is less effective (Pettinati, Pierce, Belden, & Meyers, 1999; Simpson, Lehman, & Selsls, 1986). Furthermore, both in the general population (Kessler & al., 1996) and in clinical samples (Guyon & Landry, 1996; Hesselbrock, & al., 1985; Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994; Schuckit & Morissey, 1979; Turnbull & Gomberg, 1988), the occurrence of concomitant mental health issues is greater in female addicts than in male addicts. Indeed, these severe cases represent a significant portion of alcohol- and drug-related social costs, which in 1996 amounted to a total of \$ 890.6 million in Quebec (Desjardins, 1996). Despite the high level of distress in these women and our difficulty in providing them with adequate services adapted to their specific needs, little is known of their substance addiction trajectory (el-Guebaly, 1995; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995).

As we are dealing with a little-studied topic concerning a well-defined target population, that of substance addicted women displaying serious social maladjustment issues, the present study will be both qualitative and exploratory. This type of methodology is advisable in order to permit us to develop a better understanding of the processes of change over the course of the substance

addiction trajectory (Battjes & al. 1999; Sthaler & al., 2002). The work of Downs and Miller (1998) on the relation between parental violence and psychiatric symptomatology has also shed light on the importance of studying subjective assessment in order to obtain a better understanding of human behavior. These researchers have concluded that subjective assessment of violence should be evaluated independently and that, when to do so would be impossible, subjective assessment should take precedence over facts. Thus, in addition to describing the periods of relapse, use reduction and interruption experienced over the course of a lifetime, the current study aims to provide a better understanding of our participants' remission process by exploring their subjective perspective regarding the factors that influence these variations. It should be noted that, in this article, we shall be concentrating on all factors external to treatment that influence the remission process, as both the helpful aspects of treatment and the obstacles to the effectiveness of treatment, as defined by the participants' perspective, have already been described (Bertrand & Nadeau, submitted a).

1.1. Predictors of substance use reduction: women in the general population

Little is known of the substance addiction trajectory of women in the general population. An epidemiological study has revealed that women increase their alcohol consumption before the age of 20, as a decrease in the frequency and volume of consumption is observed with age; this decline is relatively stable after the age of 30 (Johnstone & al., 1996). A longitudinal reference study (Wilsnack & Cheloha, 1987; Wilsnack, Klassen & Schur, 1991; Wilsnack & Wilsnack, 1992; 1995), conducted with 911 women, has revealed that women ages 21 to 34

are both more likely to develop alcohol-related problems *and* to put an end to problematic alcohol consumption. Little is known of the factors that might explain the triggering and fostering of the interruption of problematic consumption, apart from marital status.

Thus, according to Schulenberg, Wadsworth, O'Malley, Bachman & Johnston's (1997) longitudinal study, conducted with 5,658 young girls, aged 18 to 24, marriage constitutes a predictor of abstinence maintenance and the reduction of the frequency of alcohol intoxication. However, marital separation can also be a predictor of the reduction of alcohol-related problems; this tendency is even greater for marriages characterized by the presence of a partner who frequently consumes alcohol and/or by sexual dysfunctions (Wilsnack & al., 1995). It would appear that marriage break-up might enable women to escape stressful marital situations that in fact contribute to their alcohol abuse.

1.2. The remission process: quantitative studies

The *Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism* (Schuckit, Daeppen, Tipp, Hesselbrock & Bucholz, 1998), conducted with 1,085 women and 2,120 men in treatment for alcoholism, shows that women are quicker to seek help after the onset of alcohol-related problems, doing so 7.7 years after the onset of their problems, as compared to 11.5 years for men. Other than the onset of alcohol-related problems and admission into treatment, little research has been conducted into the portrayal of the female substance addiction trajectory (Zucker & al., 1995). Remission process studies are primarily quantitative and concerned with help-seeking (for a literature review, see Hartnoll, 1992) and with predictors of

therapeutic success (for an inventory, see Alemi, Stephens, Llorens & Orris, 1995).

Most of these studies are atheoretical and limit themselves to demographic characteristics, in terms of individual functioning and variables pertaining to the individual's alcohol and drug use history. The researchers propose no model to provide a clearer explanation of the remission process of substance-addicted individuals. Few qualitative studies have explored this topic.

1.3. The remission process: qualitative studies

Exploration of the process of remission in the absence of treatment has been made possible through the analysis of the life histories of 60 substance-addicted men and women, who had put an end to their dependencies themselves and were recruited through newspapers (Klingermann, 1992). Analysis of their narratives resulted in the identification of the successive phases of natural remission: the motivation phase, the decision phase and the struggle to maintain remission. Different factors are associated with each of these phases. Thus, the impressions of having hit bottom, becoming more mature, or being at a crossroads in one's life, or a combination of the three are elements associated by the subjects with the motivation phase. The maintenance phase is primarily associated with confidence-building, reconciliation with others, and the adoption of a new lifestyle, such as helping others oneself. The results however have not been analyzed by subject-type.

There have also been studies conducted specifically on the topic of help-seeking. Kline's study (1996) conducted with 65 substance-addicted men and women suggests that the accumulation of negative life events, or of events specifically tied to diminished physical health and the fear of an overdose contribute to the subject's hitting bottom which, in turn, leads to help-seeking. Women have a greater tendency to report psychological symptoms as being the trigger event, while for men the trigger tends to be the fear of being attacked in the street. The most important motivation for many women is the consequences of their drug or alcohol consumption for their children and families.

Alverson, Alverson and Drake (2000) conducted an ethnographic study of 11 men and five women having diagnoses of serious mental disorders (schizophrenia or bipolar disorder) in addition to their substance-related problems. The researchers identified four factors associated with a better quality of life that correlated highly with the interruption of drug and alcohol consumption: 1) practicing a pleasant activity on a regular basis; 2) having stable and decent lodgings; 3) having a stable romantic relationship with a sober partner who accepts the individual's mental illness; 4) having a meaningful and positive relationship with a mental health professional.

These qualitative studies do not explore the effect of a single element with respect to the different phases of the trajectory, nor do they attempt to distinguish the various trajectory types or to formulate hypotheses with respect to why certain women embark on one trajectory rather than another. Consequently, the studies tend to focus on the consumption of a single psychoactive substance (PS)

such as alcohol or heroin, without taking into account the multiple substance addictions common in women, and a fortiori in clinical samples (Beaucage, Forget & Boucher 1999; Nadeau, 1994). Furthermore, the process of remission has been studied for limited time periods and as a distinct process from other variations in the substance addiction trajectory. Yet, a single variable may constitute a maintenance, progression or interruption variable depending on the individual (Brochu, 1995), or the phase in which the individual finds herself. The process of remission, with or without treatment, has thus studied been separately. However, it would appear that the processes of natural remission and remission with treatment overlap over the course of a single individual's lifetime, especially in substance-addicted women characterized by the chronicity of their problems and their multiple attempts to break free. Finally, there has been no data collected on the topic of subjective assessment of assistance received from friends and family, and specialized services.

In short, little is known as yet of the factors associated with the remission process and this lack of knowledge regarding the female substance addiction trajectory becomes even more pronounced when one focuses more specifically on the topic of substance-addicted women with serious social maladjustments. Thus, the aim of the current study is to collect data on these little studied areas.

1.4. Research objectives

The first aim of this study is to describe lifetime alcohol and drug consumption in a sample of substance-addicted women with serious social maladjustments. Qualitative analysis of their subjective perspective has made it possible to

accomplish the second of the study's aims: the portrayal of the influence of various types of factors (related to life events, substances, delinquency, the individual or the environment) on different variations in alcohol and drug consumption over the course of a lifetime (reduction, interruption and relapse). Through these analyses, we are also able to propose models for a better understanding of the remission process in such women.

2. METHODOLOGY

2.1. Sample

Two hundred and nineteen women were selected based on their results for the *Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (ASI/IGT), which will be described subsequently, for a research project on severe and persistent maladjustment (Brochu, Bergeron, Nadeau & Landry, 1996 & 1999). They were chosen from amongst a total sample of 2,661 clients (822 women and 1,839 men) admitted to a public substance addiction treatment center in Montreal over a four-year period, between 1991 and 1995. The 219 women presented serious social maladjustment indicators operationalized by mental health and/or criminality issues as measured by the ASI/IGT. The selection criteria for the sample were: 1) female gender and 2) exhibition of severe social maladjustment issues⁴ based on the psychological and/or legal status scales of the ASI/IGT administered at their admission into treatment. The 219 participants were found to differ in a statistically significant manner from the larger group, displaying more severe psychological, drug, employment, medical, family and interpersonal issues. Interviews were conducted with 21 of the 219 women. The ASI/IGT results of

the 21 interviewees bore no statistical differences to those of the 219 women for all ASI/IGT. The average age of the sample group was 42, and the average number of years of schooling was 12.

2.2. Instruments

Three sources of data were used:

- 1) “Life history” type interviews, exploring the substance consumption trajectory over the course of the participants’ lifetimes, as well as the participants’ subjective perspective regarding any variations therein.
- 2) The *Indice de Gravité d’une Toxicomanie* (ASI/IGT): a validated French version of the *Addiction Severity Index* (McLelland & al., 1980; Bergeron & al., 1998) that has shown to have good psychometric qualities (Bergeron, Landry, Brochu & Guyon, 1998). The questionnaire, which is administered in the form of a structured interview, permits the severity of substance addiction problems to be assessed using scales measuring seven areas: alcohol and drug consumption, state of physical health, family and interpersonal relations, psychological state, employment and sources of income, and judicial status. The ASI/IGT results provided longitudinal quantitative data, at the time of the participants’ entrance into treatment in 1991 and 1995, and at the time of the interview between 1999 and 2000.
- 3) The clinical files at admission into treatment.

⁴ In this article, the term “severe social maladjustment issues” refers to clients who display

2.3. Data analysis

The interviews were transcribed and thematic analysis was conducted using NUD*IST software. Each code employed in the coding table was defined in a glossary. The life narratives were analyzed vertically and horizontally, with each participant being compared both to herself and to the others. The PSs considered for the purposes of this article were alcohol, illegal drugs and unprescribed prescription drugs or prescribed medication taken abusively (i.e. taken in greater quantities than prescribed, or for which the subject attempted to obtain several prescriptions from different doctors). A cessation of consumption lasting at least one month was considered to constitute interruption of consumption. This criterion was determined based on the length of time required by the *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* to establish a remission period (American Psychiatric Association, 1994). If the period of cessation lasted less than one month, if the quantity of PSs consumed diminished or again if a less risky means of consumption was adopted (i.e. changing from injecting to snorting, for example), this was considered to constitute a reduction in consumption. Finally, a relapse was defined as the consumption of a PS after an interruption period.

3. Results

3.1. Description of the trajectory

The ASI/IGT administered at admission into treatment, between 1991 and 1995, revealed the presence of one or more PS-related difficulties in all participants. The ASI/IGT administered in 2000 demonstrated the chronicity of the

serious problems based on their IGT results for the psychological and legal status scales.

participants' consumption problems. Indeed, less than one third of the sample had succeeded in maintaining prolonged abstinence from alcohol or unprescribed drugs. Only two participants reported having abstained from all PS during the 30 days prior to the research interview, while four others reported having taken only their medication as prescribed. Ten out of 21 participants stated they were at least moderately concerned about their problems with alcohol: three of these were also concerned about their drug-related problems.

Moderate consumption of alcohol by the women in our sample was rare. In 2000, 11 participants reported having consumed alcohol in the last 30 days, all of them reporting at least one episode of intoxication (the average number of days on which they had drunk alcohol to the point of intoxication being 10.5). Of the 11 participants, seven had become intoxicated every time they had consumed alcohol, and two others had become intoxicated half the time. Finally, the two other participants had drunk alcohol to the point of intoxication only once, but one reported daily consumption of cannabis, and the other daily heroin use. The other PSs consumed by the 21 participants during the 30 days preceding the research interview were the following: heroin (1/21), methadone (1/21), other opiates (7/21), other sedatives (except for barbiturates) (8/21), antipsychotics/antidepressants/lithium (11/21), cocaine (3/21), cannabis (6/21), and hallucinogens (1/21).

3.2. Reduction

Diverse factors were associated with the reduction of consumption, and there was little consensus regarding them. Tables 1 and 2 show all factors cited by four or more participants.

-Insert Table 1 around here-

3.2.1. Life event-related reduction factors.

Sixteen participants mentioned the role of a range of 15 different life events (see Table 1). The events were associated primarily with two distinct mechanisms capable of explaining such decreases in consumption: 1) the negative consequences of consumption either resulting in an awareness of the problem or affecting the subjects' physical ability to tolerate the PSs; 2) the life events affecting the subjects' environments, which consequently became less conducive to consumption. The event of pregnancy involved the addition of concern for the baby's health. Of the four participants who had undergone marital separations, three explained the decrease in their consumption by the fact that their alcoholic spouses were no longer present in their lives. Barbara stated: "He became more and more aggressive towards me, and towards the little one, and I didn't take it. I went to a women's shelter again. The divorce itself was a relief (...) I even cut back some [on my drinking]." Thus, in addition to reducing their access to PSs, these separations enabled the women to decrease their levels of stress, freeing them from conflictual relationships.

3.2.2. Substance-related reduction factors.

More than one third of participants diminished their alcohol or drug consumption because consumption of the substance in question made them ill (see Table 1).

Caroline explained: “My motivation was my doctor (...) seeing my liver deteriorating. He scared me.” Six participants reduced their consumption because they did not like the effect of a certain PS or because they preferred another one. Six participants attributed the reduction of their consumption of a PS to the progression of their consumption of another substance, as Sylvie explained: “When I did cocaine, I could drink one or two beers and that was enough, because it was more for the cocaine. I drank more alcohol when I didn’t have any coke”.

3.2.3. Delinquency-related reduction factors.

Only one participant associated the reduction of her consumption with a factor related to delinquency. H el ene reduced her heroin consumption when she stopped working as a prostitute, an activity she replaced with drug dealing.

3.2.4. Personal reduction factors.

The majority of participants identified personal factors to explain the reduction of their consumption (see Table 2). Several factors pertained to social roles that caused the individual to try to assume her responsibilities to the best of her ability so as to feel competent, and which provided her with a certain degree of daily structure: the motherhood role (8/21), employment (6 /21), studies (5/21). Alice’s story demonstrated the influence of the motherhood role: “I drank a lot less. My daughter was going to school. Hey! I had to get her to do her homework.” Ursula’s story revealed the structuring aspect of her children’s presence: “ I did it when the children were in bed (...). Because I was afraid of hitting them (...), of doing exactly the same thing as my father. (...) So that

made me hang on until they were out of the way (...). So I did it a lot and then, when the kids were there, my routine started up again.” Studies sometimes played a similar role to motherhood, as explained by Ginette: “I went back to college; then at college, I didn’t have time to drink (...). I worked 24 hours a day, seven days a week.” The same is true of employment: “I thought it was fun (...). Ever since I was little, I’ve wanted to be a hairdresser; now I’m a hairdresser, I can’t allow myself to stay up late (...).”

The comparison of individual progression and reduction factors made apparent the bi-directional effect of the motherhood role in a single individual. Indeed, of the six participants who used distress with regards to their motherhood role to explain the progression of their consumption, four also used their motherhood role to explain the reduction of their consumption. Alice’s account illustrated this phenomenon: “My daughter wasn’t sleeping anymore. She wasn’t sleeping through the night anymore. I freaked out.” She began to drink on a daily basis (2 gallons of wine a week, or 9.1 liters). Later, when her daughter began school, she tried to assume her responsibilities, notably to help her daughter with her homework, and restricted her drinking to weekends as well as taking secretarial courses.

-Insert Table 2 around here-

3.2.5. *Environmental reduction factors*

Eighteen participants identified three categories of environmental factors: 1) support by family, friends and romantic partner; 2) low PS consumption by friends and romantic partner; 3) family criticism of consumption (see Table 2).

Nine participants described the help provided by their families and friends as follows: 1) emotional support/role of confidant (5/9); 2) instrumental support (e.g.: accommodation, food, babysitting) (5/9); 3) encouragement to seek out resources and services (3/9); 4) uninterrupted maternal presence throughout an ordeal (3/9); 5) reconciliation/resolution of prior interpersonal conflicts (1/9). Ginette, who decided to return to Quebec after undergoing a break-up, revealed how family support played a pivotal role in the reduction of her alcohol consumption:

“When I decided to come back to Quebec, it was for my family (...). The deciding factor was: if my sister is at the airport, I’m staying. My sister did a lot to make me feel better when I came back. I went to live with her for three months while I looked for a job (...). She managed to get me to my father’s, and after that, the relationship started up again, stronger than before.”

Five participants mentioned family criticism (by parents and siblings) causing them to diminish their consumption in order to avoid criticism and the resultant guilt. They all described temporary and relatively insignificant reductions in their levels of consumption, which remained high. For ten participants, the low PS consumption of those around them was a factor in the reduction of their consumption. Friends’ consumption levels (6/21) were mentioned as much as those of romantic partners (6/21). Association with non-alcohol or -drug consuming friends was typically episodic and contextual. For example, Sylvie was invited to spend a summer at a friend’s place: “She took me to visit her family, so I couldn’t have no more drugs (...). And, they weren’t the sort of

people who went clubbing either”. A romantic partner’s influence could also be temporary, as in Olivia’s case. Olivia and her spouse reduced their heroin consumption together, but her spouse went through detoxification with her only to subsequently relapse due to her influence. Such decreases in consumption were sometimes limited to specific PSs: “He smoked joints, pot, hash, but he wasn’t somebody who drank... So I cut back on my drinking when we were living there.” (Isabelle).

3.2.6. Reduction factors: results summary

The life narratives suggested that the reduction of consumption was a very different affair from the interruption of consumption. First, the descriptions of the women’s reduction periods highlighted the phenomenon of multiple substance addictions. In some cases, PS abuse persisted, but there was a transfer of dependency, from alcohol to cannabis for example. Thus, the factors mentioned were often physiological, with subjects reporting that they had no choice but to reduce their consumption given that they were becoming sick, yet specifying that this reduction was not the result of a voluntary choice, but rather of a new awareness of the problematic nature of their consumption. Typically, reduction periods were not associated with the seeking of help from family and friends or from pertinent services, and few individual strategies were used to maintain any progress. Analysis of the women’s narratives suggested that the severe social maladjustment problems displayed by these women may have accentuated the difficulty of maintaining moderate PS consumption over the long term.

Nevertheless, these periods of consumption reduction were frequently associated with certain improvements in the participants' quality of life, like the ability to keep a job or to find accommodation for example, even if such periods were often short-lived and followed by periods of consumption progression. Service trajectory results for the sample (Bertrand & Nadeau, submitted a) highlighted the cumulative effect of different treatment experiences. Participants became increasingly aware of consumption-related problems from one episode to the next and gradually built a sense of personal efficacy with regards to their abilities to live without the SPA, and to assume diverse responsibilities. This same process also sometimes occurred when participants attempted to reduce their consumption without recourse to the support of services.

3.3. Interruption of consumption

Tables 3, 4 and 5 summarize the factors associated with interruption of consumption cited by at least four participants. Those most frequently reported were personal factors, with ten such factors being cited by at least one third of the sample.

3.3.1. Life event-related interruption factors.

Several participants reported an accumulation of life events typically resulting either in a) significant psychological distress motivating the subject to make a request for help and/or b) new awareness of the subject's alcohol or drug problems, resulting in the decision to interrupt substance consumption. This interruption period was frequently preceded by a short period characterized by a significant progression in the subject's consumption. Several of the life events

mentioned were related to the negative consequences of PS consumption. The case of Émilie, who entered treatment for the first time at the age of 29 following an accumulation of life events, illustrated the influence such events could have on decision-making:

“I’d quit working, I was on welfare (...) by then, I’d gotten so I needed it, it was a real problem (...) when you see yourself threatening your daughter’s father, saying you’re going to kill him, fuck (...) because you don’t have anything to smoke, and you want to smoke something (...) I wanted to die (...) He [her spouse] had to threaten me, like, if you don’t call [the treatment center], I’m going to take your daughter away from you (...) I couldn’t imagine that, living alone, without my daughter.”

The life event of pregnancy was reported by eight of the 21 participants. Here, the interruption of consumption typically occurred without professional assistance or a support group, and was temporary. It would appear that, during pregnancy, subjects were motivated primarily by the fear of having abnormal children, and the guilt associated with PS consumption during this period. Certain participants also reported pregnancy as giving rise to the hope of better days ahead. Françoise stated: “The day I found out I was pregnant, I stopped cold turkey. Not even one puff of a joint. (...) I was very pleased. Totally oblivious but very happy. I told myself: ‘I’m going to take care of him. He’s going to love me.’ (...) I was afraid for my baby, I wanted him to be a healthy baby”. However, after their babies had been born, five of the eight participants cited their children’s births as relapse factors (see Table 6).

The life event of moving to a new home was associated with the interruption of PS consumption by four participants. The significance of the move varied tremendously from one participant to the next, but primarily involved a change in environment to one less suited to PS consumption.

3.3.2. *Substance-related interruption factors.*

The most commonly cited substance-related interruption factor was not caring for the effect of the PS, or enjoying it less than the effect of another PS (11/21) (see Table 3). The influence of this factor was typically felt during the stage of experimentation with different illegal drugs at the beginning of a subject's consumption trajectory. For example, Louise explained how her *acid* use ended after two months of consumption: "I did some for a month or two and then, all of a sudden, well, it just didn't suit me, the rush was too big, it got me too wired." Later in the consumption trajectory, when PS dependency was well established, another substance-related interruption factor would occur: the PS would make the participant physically ill (6 /21). This was a factor in alcohol consumption (4/6) as much as in cocaine and heroin use (2/6).

-Insert Table 3 around here -

3.3.3. *Delinquency-related factors*

Only one participant, H el ene, mentioned a delinquency-related interruption factor: "I was fed up with turning tricks, and during the holidays, it's even harder, there are no clients. I got discouraged, and told myself, this ain't no life. [That's the main reason you decided to stop using heroin?] That's it, yes." She stopped her consumption after a period of reduction.

3.3.4. *Personal interruption factors.*

Two types of personal interruption factors were identified: factors involved in triggering the decision to interrupt the PS consumption, and the numerous factors involved in facilitating the maintenance of this interruption period (see Table 4). Two factors were associated with the process of deciding to interrupt PS consumption: 1) a new awareness of the problematic nature of the substance consumption (9/21); 2) psychological distress/suicidal thoughts (7/21).

Several factors concerned with life events, the substance itself and the environment gave rise to such awareness; these factors often acted together. Émilie's account provided an illustration of increased awareness resulting from the combined influence of a specific life event, pressure exerted by someone close to the subject, and psychological distress:

“I wanted to die; I was letting myself go (...) until Donald [her spouse] came with the telephone number [of a treatment center] (...) He had to threaten me, saying: ‘If you don’t call, I’m going to take your daughter away from you (...)’. I started to cry, and he threw my pot down on the table. And then, I rolled a joint, and I was crying. And I looked at him, and I said: ‘I can’t believe that my life is dependent on a joint of grass (...) and I’ve become violent and aggressive, I could have killed to have a joint’ “.

The other personal factors involve the maintenance of abstinence, and can be grouped into four categories: 1) various problem-solving strategies ensuring better management of distress, interpersonal difficulties and cravings for alcohol

or drugs; 2) abstinence-related benefits; 3) fear of experiencing the negative consequences of consumption again; 4) social roles associated with feelings of competency, and responsibilities and lifestyles incompatible with an addicted lifestyle.

Four problem-solving strategies were identified: 1) seeking long-term and crisis assistance (10/21); 2) avoiding PS-using peers and areas in which PS consumption occurred (10/21); 3) improved interpersonal skills (7/21); 4) spirituality (6/21); 5) introspection and personal growth from a long-term perspective (5/21) (See Table 4). The first and fifth strategies point to the importance of continuing efforts for change over the long term either on one's own or with the assistance of pertinent services. The account provided by Diane, who had not drunk alcohol for seven years and was still regularly attending AA meetings⁵, was a clear illustration of the influence of these two factors:

“When I came up against hard times, or problems, well, I always had a place to go, at least once a week, to talk about it, about what I was experiencing, to get it out (...) There, I had to become more aware (...) and see my shortcomings, and fix them one after another, it's a long process”.

For one third of the participants, the improvement of interpersonal skills was also a determining factor. Thérèse explained: “I try not to stay in situations where someone wants me to experience rejection or to have power over me anymore (...). Nowadays, I'm aware of having put that into practice. I'm not saying I don't trip up sometimes, mind you, but I become aware of what I'm doing much

⁵ Support group: Alcoholics Anonymous

more quickly.” Spirituality was described by the participants as a concrete strategy for managing distress and emotions:

“I took the bus and went my three stops. But I thought I was going to die on the bus, I was suffocating (...) I started to say the Our Father, and I messed it up, I don’t know how many times I started it over again (...) and, when I got of the bus, no lie, I could have turned around and kissed the bus, I was so proud of myself.” (Thérèse).

Others saw God as an important source of support to whom they could turn at all times, as described by Maryse:

“I know God loves me very much, I love Him very much, I’ve turned my life over to Him. (...) If you knew how often I feel Him near me. (...)”.

Several participants reported experiencing a greater sense of well-being and better psychological health since they had stopped drinking or taking drugs, which both made it easier to maintain their abstinence and motivated them to continue their efforts. Table 4 shows three such factors: 1) autonomy, self-assertion, self-confidence (8/21); 2) a feeling of pride and personal efficacy (7/21); 3) a feeling of well-being tied to a non-substance consuming lifestyle (7/21). Isabelle’s account illustrated the influence these three factors could have:

“You know, like today, I can easily find other ways of breaking out of my isolation or interacting with other people. Now, I’m interested in all sorts of things (...) I’ve gained confidence in myself, and I’ve developed a sense of dignity (...). Not drinking means I’m free to explore the things that interest me (...) I don’t think I’ll ever get bored, with all the interesting things life has to

offer, given how interesting life has become for me all through these years (...).

It had been at least 6 years since I'd stopped drinking. I felt alive at last, as if I finally had some power (...) over all my life in general (...)."

Almost half of the participants revealed that fear of experiencing the negative consequences of their drinking or drug use again was a significant motivating factor in the continuation of their efforts at maintaining abstinence. Thérèse explained:

"I always wanted to dull everything I experienced. (...) Now, I don't even feel like going drinking. For what? To lose everything that I've managed to gain? Because I'm convinced I'd go even lower if I went back to it (...) it would be a failure, and I think the failure would be permanent".

Fifteen participants mentioned four social roles that were of assistance in maintaining the interruption of their PS consumption: the roles of mother (8/21), student (6/21), worker (6/21), and caregiver (5/21). The first three roles may also have figured in their decisions to stop drinking or using drugs. Note that mother, student and worker roles were sometimes associated with an interruption of substance consumption subsequently followed by a progression in consumption that the participants related to the stress, exhaustion and feelings of incompetence created by the heavy burden of responsibilities associated with these roles. Six out of 12 participants reported having had such an experience. Barbara's life history revealed how, at different points during her trajectory, her role as a mother was involved in the instigation of her decision to stop drinking, the maintenance of her abstinence from drinking, and the progression of her

drinking. Barbara increased her consumption of alcohol from ages 21 to 25, following her sons' births, gradually attaining a rate of consumption of one liter of wine a day, which she drank alone at home: "After my son's birth, I turned it on, as they say. I wasn't happy doing what I was doing, always exhausted. I found myself alone, with two kids, not working, and isolated." Barbara stopped drinking from the age of 30 to the age of 36, her decision to seek help having been triggered by an accumulation of loss-related life events, including the loss of custody of her children. She mentioned the birth of her daughter and her role as a mother as having helped her maintain her sobriety from the age of 33 to the age of 36: "I wasn't working anymore then, I threw myself into it. It made me want to live a little more (...). It increased my sense of self-worth. It kept me alive, as they say; I lost my desire to drink, I came out of my depression."

As for the caregiver role, it was associated with long interruption periods lasting several years, and occurred a few years after consumption had stopped. The caregiver role was described as being a contributing element in the construction of a new positive identity out of past consumption problems, problems to which this role permitted the participants to attribute meaning and purpose. Maryse explained: "I suffered a lot. But today, it's a help to me, you see, I listen to people who need someone to talk to at Alcoholics Anonymous (AA), (...) it's made me more human." More rarely, as in the case of Louise, assuming a caregiver role in the first moments of abstinence helped the subject maintain the progress she had made: "He (a friend met at AA), had more problems than me. And helping him helped me too. (...) It was as if I was encouraging myself".

-Insert Table 4 around here-

It should be noted that the participants who identified several personal factors as having assisted them in maintaining the interruption of their PS consumption were those who effectively succeeded in interrupting their consumption for a long period, i.e. a few years. The roles of mother, worker and student, when unaccompanied by other interruption factors, were associated with briefer interruptions of consumption.

3.3.5. Environmental interruption factors

The two principal types of environmental interruption factors were social support, and living in an environment in which there was little or no substance use (see Table 5). Sixteen participants identified support by family (11/21), and/or friends (10/21), and/or romantic partners (5/21) as having helped them interrupt their PS consumption. It should be noted that more participants associated social support with the interruption of their substance consumption than with its reduction (16 versus 9). The social support variable was described differently depending on whether it was a question of the reduction or the interruption of consumption. Indeed, participants who stopped PS consumption mentioned actively seeking support from people who engaged in little or no consumption of the substance. This individual, active aspect of social support is reflected by the fact that long-term help-seeking, avoidance of substance-consuming peers, and improvement of interpersonal skills were individual factors associated by participants with prolonged interruptions of substance consumption, but not with consumption reduction. In addition to providing encouragement to seek out addiction services, close friends and family members could also act as role models, provide experiences of mutuality, of mutual

support, and of being heard, and enable these women to feel less alone as well as help them expand their social networks. Barbara described such an experience: “She’s gone through pretty similar stuff to me, in her life, and to do with alcohol. She had stopped drinking and gotten herself out of it, and she went back to school. We helped one another. (...) I wasn’t alone anymore. We were both poor. (...) And sometimes we’d split a loaf of bread. (...) She helped me have a social life, introduced me to other women who I got to know in AA. She helped me a lot, emotionally, physically and spiritually.” Thérèse explained that the next partner she chose after she stopped drinking was a non-drinker. She explained how it was difficult for her to tell him that she was a member of AA and how helpful his reaction was: “And then, he said: ‘That’s it?’ And that gave me such a warm feeling, you know? He said: ‘I thought you wanted to leave me’. He said: ‘I think that’s beautiful’. And he was always with me in that. He was always happy that I went to my meetings”.

-Insert Table 5 around here -

Eight participants described the low alcohol and drug consumption of their social and family circles as having facilitated the interruption of their substance consumption (Table 5). Often, it was the participants themselves who made a conscious effort to change environments in order to help themselves in their efforts at rehabilitation. Five participants mentioned that their partner’s abstinence helped them interrupt their own consumption. It should be noted that, for four of the five, the situation involved was one of mutual support in which the romantic partner also had a drinking or drug problem. For three of them, their own relapses would be brought about by relapses by their partners (see Table 6).

3.3.6. Interruption factors: synopsis

Participants described themselves as becoming aware of the problematic nature of their substance consumption when it was interrupted, and this new awareness, in most cases, was associated with a request for service (for more details on triggers for requests for service, see Bertrand and Nadeau, submitted a). One exception to the rule concerned pregnancy, often associated with an interruption period not involving recourse to services and ending at the child's birth. This new awareness often occurred when it became vital to the participant's survival, when, to use an expression employed by AA and some authors, the participant "hit bottom" (Klingemann, 1992). Indeed, participants described arriving at this decision after an accumulation of life events related to losses and the negative consequences of substance consumption; to becoming ill from their use of the PS in question, sometimes even to the point of being afraid they would die as a result; or to extreme psychological distress and recurrent suicidal ideas.

Once the decision to interrupt consumption had been made, the process undertaken to reach their objectives and maintain their progress was determined primarily by personal factors, which may be grouped into four categories as described above. All these personal factors indicate that remission was made possible by a personal long-term process that enabled these women to build a better quality of life for themselves, as well as to develop a feeling of personal efficacy and a positive identity. Success in diverse social roles, such as those of mother, spouse and worker contributed to the reinforcement of established progress and the reduction of vulnerability to PSs. It would appear that the social support received during this period could largely be attributed to the women's

newfound confidence in themselves, improved interpersonal skills, and decisions to modify their social networks. Equally, it would seem that over the course of their trajectories, they developed the ability to seek help from addiction services, and established relationships of trust with professionals and/or support groups that enabled them to continue their efforts and maintain their progress over the long term. Thus, it should be noted that, in general, remission involved a constellation of factors that clinical interventions should attempt to reproduce.

3.4. Relapse

The factors associated with relapse were less clearly identified by participants. Fewer factors were mentioned by the women, who elaborated less on their understanding of this aspect of their trajectories, and little consensus was found (see Table 6). These factors have also been described in an article on factors involved in the initiation and progression of consumption identified by the women in our sample (Bertrand et Nadeau, submitted b), however it was decided to provide a description of the results in both articles as analysis of relapse factors permitted clarification as much of the processes associated with the development and progression of substance consumption problems as of the remission process.

3.4.1. Life event-related relapse factors

Thirteen participants associated past relapses with life events, citing 17 different events, only three of which were mentioned by more than one participant: 1) childbirth (5/21); 2) conjugal separation (2/21); and moving to a new home (2/21). Birth-related relapses typically occurred after a brief interruption period

involving no external aid and begun at the time when the participant learned of her pregnancy. The relapse factor in such instances was the infant's arrival, with all the inherent responsibilities. Several of the other events concerned losses, while still others involved increased ease of access to the substance.

3.4.2. Substance-related relapse factors

Five participants explained their relapses by dependency on specific PSs, describing experiences of “thirst” or “cravings” (see Table 6). Typically, they would come into contact with the PS in question and not feel able to halt their consumption. For example, Nathalie stated: “I had one drink, and then, that set it off again.”

-Insert Table 6 around here -

3.4.3. Personal relapse factors

Thirteen participants cited 12 different personal relapse factors, only five of which were cited by more than one participant: psychological distress (6/21); low motivation or ambivalence (3 /21); fear of rejection/marital dissatisfaction (3 /21); expectations of experiencing a relapse (2/21); isolation/boredom (2/21).

3.4.4. Environmental relapse factors.

Substance availability, and alcohol and drug consumption by friends and romantic partners were potential relapse factors (see Table 6). Typically, the most serious relapses, with respect to quantity and duration, occurred in the company of romantic partners. Relapses occasioned by friends or holidays were of shorter duration, which is consistent with the fact that, in order to halt their

consumption, participants tended to avoid substance-consuming peers and places where such consumption occurred. Separation from a substance-consuming spouse was a far more arduous strategy than the other two.

3.4.5. Relapse factors: summary of results

The women in our sample discussed the factors associated with their relapses in little detail. It is possible that they felt ashamed of this aspect of their trajectory and therefore had little inclination to elaborate on this topic. Given that a large proportion of the sample experienced frequent relapses, and exhibited PS-related problems at the time of the study interview, one may suppose that the participants had little understanding of the factors that put them at risk of a relapse. All the same, their life histories illustrated the difficulty the women had in coping with various stressors in their lives. The stressors often caused them to relive certain prior traumatizations, such as losses that had not been properly mourned or experiences of rejection. The women felt rapidly overwhelmed by feelings of distress, and tended to experience a sense of powerlessness in such situations. They were particularly at risk of resorting to old survival mechanisms – PS consumption – to relieve tension when in crisis situations. The likelihood of this became even greater when they found themselves in environments conducive to drug and alcohol use.

Those subjects who had never or rarely experienced relapses were better able to identify the situations in their lives in which they felt vulnerable, and were less panicky when dealing with their distress as they had developed tools for coping with it and reacted more quickly, due to their superior introspection abilities.

Thus, it was their sense of personal efficacy, as defined by Bandura (1986), which enabled them to deal with events and seek alternatives to drug or alcohol consumption. They felt capable of getting through crises, even though they knew it would be difficult.

4. Conclusions and recommendations

4.1. The remission process

The women in our sample were characterized by the chronicity of their difficulties. While all participants had attempted to reduce and interrupt their substance consumption on several occasions, only six out of 21 had succeeded in maintaining abstinence. Relapses were thus frequent and an integral part of the remission process. The participants' testimony demonstrated that each treatment episode (5.7 services used on average, Bertrand & Nadeau, submitted a) was beneficial and that this positive cumulative effect occurred even when they did not seek assistance from specialized services.

Thus, in attempting to understand the process of remission, it is important to consider the overall trajectory. Nicole's account was illustrative of the long struggle undergone by these women to overcome their difficulties. At first glance, her story might seem to be that of a failure: at the time of the interview, she smoked cannabis from morning to night, in addition to drinking alcohol on a daily basis and abusing sedatives. However, her life history shows that she had stopped using heroin and working as a prostitute, and had found herself stable accommodations. In the near future, she was to meet her son who had been in

placed in care for several years, and she was planning to reduce her consumption even more so that he could be proud of her. She did not wish to ask for help from available services, admitting that she was very wary of them. However, there had been improvement with respect to the past, and she appeared optimistic about the future.

Considering the traumatizations the women had experienced and their resultant vulnerability, the courage they demonstrated is remarkable. Those who successfully abandoned their habits (6/21) were those who were aware of their vulnerabilities. They had undertaken long-term remission processes, seeking assistance from local services and those around them, and setting themselves multi-level objectives to try to improve their overall quality of life. They reported a constellation of factors that behaved synergistically. Figure 1 summarizes all the interacting factors that contributed to the process of long-term remission and the maintenance of progress.

-Insert Figure 1 around here-

4.2. Recommendations

The following clinical recommendations would appear helpful in maintaining long-term remission in such women:

- 1) Ensure long-term access to specialized substance addiction services in order to facilitate help-seeking, especially in times of crisis. The establishment of a solid alliance with a clinician or team of professionals is vital as it is difficult for such women to trust other individuals.

- 2) Establish treatment objectives which, in addition to being individualized, deal with the individual's overall improvement with respect to all ASI scales: alcohol, drugs, interpersonal relations, psychological health, physical health, legal problems, employment-related difficulties.
- 3) Recommend abstinence. Moderate PS consumption by such women becomes a precursor to relapse. That said, the harm reduction approach is preferable to problematic consumption.
- 4) Suggest several strategies for remission maintenance, i.e.: integration into a support group suited to these women's needs and finding an adequate and trustworthy sponsor⁶; development of the ability to ask for help from friends and family and to make judicious interpersonal choices; development of the ability for introspection, notably the ability to identify instances of vulnerability to relapse; development of healthy distress and emotional management strategies; choices that foster the individual's overall well-being, notably the ability to enjoy herself without PSs; choices that foster the establishment of a solid and positive identity based on the integration of past consumption problems via the role of a helper and/or the acceptance and forgiveness of past errors; successful accomplishment of various social roles, such as motherhood or work-related roles.
- 5) Improve screening for substance consumption problems and early intervention as well as motivational intervention by front-line workers during pregnancy. At the time of childbirth, suggest professional home support to help the new mother develop a feeling of competence.

4.3. Methodological critique

This study employed the triangulation of data: qualitative data was completed by the longitudinal data provided by the ASI/IGT. The current study neither aims to establish nor permits the establishment of relations of cause and effect. Furthermore, its results cannot be generalized to all addicted women seeking treatment. Our results can however be compared to those for all women bearing the same characteristics. The retrospective nature of life narratives may affect the validity of the data collected, while involvement in movements such as AA may also color subjects' perceptions. Indeed, analysis of these biases permits a better understanding of the subjective reality of these women and thus makes it possible to understand them better. Future studies on such women and their circles of acquaintances (coworkers, family and friends) taking into account the processes of change over the course of the subjects' lifetimes, both with and without the assistance of professional help, would greatly contribute to the development of a better understanding of the remission process.

⁶ Support groups invite members to find a sponsor from amongst the other members of the group so as to obtain special support from someone able to serve as a role-model.

References

- Alemi, F., Stephens, R.C., Llorens, S., & Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes: Expected Treatment Outcome Scale. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 483-509.
- Alverson, H., Alverson, M. & Drake, R.E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. Community Mental Health Journal, 36(6), 557-569.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Battjes, R.J., Onken, L.S., & Delany, P.J. (1999) Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. Journal of Clinical Psychology, 55(5), 643-657.
- Beaucage, B., Forget, J. et Boucher, G. (1999). Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron (Eds). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT), (pp.31-45). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bertand, K. & Nadeau, L. (submitted a). Life-Course Utilization of Services in Addicted Women: a Phenomenological Perspective.

Bertand, K. & Nadeau, L. (submitted b). Remission in Addicted Women: a Lifetime Perspective.

Brochu, S. (1995). Drogue et criminalité, une relation complexe. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1996). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes. Demande de subvention au Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche. Non-published manuscript.

Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1999). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes : suite à la première demande. Demande de subvention au Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche. Non-published manuscript.

Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp.73-94). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Desjardins, S. (1996). Les coûts de l'abus des substances au Québec. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Downs, W.R. et Miller, B.A. (1998). Relationship between experiences of parental violence during childhood and women's self-esteem. Violence Victims, 13(1), 63-77.

el-Guebaly, N. (1995). Alcohol and polysubstance abuse among women. Canadian Journal of Psychiatry, 40, 73-79.

- Guyon, L., & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies, 1, 61-81.
- Hartnoll, R. (1992). Research and the help seeking process. British Journal of Addiction, 87, 429-437.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.
- Johnstone, B.M., Leino, E.V., Ager, C.R., Ferrer, H. et Fillmore, K.M. (1996). Determinants of life-course variation in the frequency of alcohol consumption : meta-analysis of studies from the Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. Journal of Studies on Alcohol, 57, 494-506.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17-31.
- Kline, A. (1996). Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identity. Substance Use, & Misuse, 31, 323-342.
- Klingemann, H. K.-H. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. The International Journal of the Addictions, 27, 1359-1388.
- Laflamme-Cusson, T. Guyon, L. et Landry, M. (1994). Analyse comparée de la clientèle des trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. Cahiers de recherche du RISQ. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., & Earlen, F.. (1980). The Addiction Severity Index. In E. Gottheil, A.T. McLennan, & K.A. Druley (éds). Substance Abuse and Psychiatric Illness (pp. 71-120). New York : Pergamon Press.
- Nadeau, L. (1994). Les femmes et l'alcool : état de la question. In P. Brisson. L'usage des drogues et la toxicomanie. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Nadeau, L. (2001). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp. 45-71). Québec: Les Presses de l'Université Laval
- Pettinati, H.M., Pierce, J.D., Belden, P.P., & Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. American Journal of Addiction, 8(2), 136-147.
- Schuckit, M.A., Daeppen, J.B., Tipp, J.E., Hesselbrock, M., & Bucholz, K.K. (1998). The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. Journal of Studies on Alcohol, 59, 581-590.
- Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Drug abuse among alcoholics women. American Journal of Psychiatry, 136, 607-611.
- Schulenberg, J., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. et Johnston, L.D. (1997). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood : variable and pattern-centered approaches to change. In G.A. Marlatt et G.R. Vandenbos (éds). Addictive Behaviors. Readings on Etiology, Prevention, and Treatment, (pp.129-164). Washington: American Psychiatric Association.

- Simpson, D.D., Joe, L.J., Lehman, W.E.K., & Sells, S.B. (1986). Addiction careers: etiology, treatment and 12 years follow-up outcomes. Journal of Drug Issues, 16(1), 107-121.
- Stahler, G.J., & Cohen, E. (2000). Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. Journal of Substance Abuse and Treatment, 18(1), 1-8.
- Turnbull, J. E., & Gomberg, S. L. (1988). Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 12, 374-381.
- Wilsnack, R.W. et Cheloha, R. (1987). Women's roles and problem drinking across lifespan. Social Problems, 34, 231-248.
- Wilsnack, S.C., Klassen, A.D. et Schur, B.E. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problem drinking : a five-years longitudinal analysis. American Journal of Public Health, 81, 305-318.
- Wilsnack, R.W. et Wilsnack, S.C. (1992). Women, work, and alcohol : failures of simple theories. Alcohol and Clinical Experimental Research, 16, 172-179.
- Wilsnack, S.C. et Wilsnack, R.W. (1995). Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends. In M. Galanter. Recent Developments in Alcoholism, volume 12, alcoholism and women. New York : Plenum Press.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., & Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholism : a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen. Developmental Psychopathology, volume 2 : Risk, Disorder, and Adaptation, (pp.677-711). Toronto : John Wiley, & Sons, Inc.

Table 1: Reduction factors: Life events, substances and delinquency

<i>Life event:</i>	Participants	Frequency
Separation	B, D, G, K	4
Pregnancy	F, I, N, U	4
Various life event-related factors (15)	A, D, F, G, H, I, K, L, O, Q, R, S, U	13
TOTAL	A, B, D, F, G, H, I, K, L, N, O, Q, R, S, U	15
<i>Substance:</i>		
Physical illness/discomfort caused by the PAS	A, C, E, G, N, O, P, Q, R,	8
Effect: not enjoyed or enjoyed less than that of another PS	A, D, G, I, N, S	6
Substitution of one PS by another	E, G, I, N, S, U	6
Various substance-related factors (2)	A, C	2
TOTAL	A, C, D, E, G, I, N, O, P, Q, R, S, U	13
<i>Delinquency</i>		
Cessation of work as a prostitute	H	1
TOTAL	H	1

Table 2. Personal and environmental reduction factors

<i>Personal:</i>		
Motherhood role: increased sense of self-worth, responsibilities	A, B, D, F, G, H, T, U	8
Fear of the harmful consequences of PS consumption	B, C, E, J, K, N, Q, T	8
New awareness of the problematic nature of individual's PS consumption	F, G, J, L, N, O, Q	7
Employment: structure, increased sense of self-worth, responsibilities	A, D, G, K, P, U	6
Studies: structure, increased sense of self-worth, responsibilities	A, G, J, S, U	5
Guilt due to criticism by friends and family	B, H, N, O, U	5
Motivation to reduce PS consumption for self	O, P, Q, S	4
Projects, desire to take action to improve lot	C, G, Q, U	4
Various personal factors (20)	B, C, D, G, H, I, L, N, P, Q, S, U	12
TOTAL	All except M & R	19
<i>Environment:</i>		
Support by family and friends:		
Support by friends	B, G, H, J, S	5
Support by family (parents, siblings)	F, G, H, Q, U	5
Support by romantic partner	G, P, Q, S	4
<i>Low PS consumption by friends and family:</i>		
Low PS consumption by friends	B, F, I, N, P, S	6
Low PS consumption by romantic partner	H, I, M, N, O, U,	6
<i>Criticism:</i>		
Criticism of individual's PS consumption by immediate/extended family	A, D, K, L, P	5
<i>Other:</i>		
Various environmental factors (8)	B, F, K, L, M, N, R, T, U	9
TOTAL	A, B, D, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U	18

Table 3: Interruption factors: life events and substance

<i>Life events:</i>	Participants	Frequency
Pregnancy	A, D, E, F, H, N, T, U	8
Acting-out while intoxicated	D, E, H, L, U	5
Moving to a new home	A, D, E, M	4
Suicide attempt	B, K, L, S	4
Various life event-related factors (21)	A, B, E, F, G, H, I, K, L, M, O, P, Q, R, S, U	16
TOTAL	All, except C and J	19
<i>Substance:</i>	-----	-----
Effect: not enjoyed or enjoyed less than that of another PS	A, B, D, E, F, G, J, L, M, O, Q	11
Physical illness caused by PS	C, E, K, N, O, Q	6
Various substance-related factors (4)	A, L, O, P, S	5
TOTAL	A, B, C, D, E, F, G, J, K, L, M, N, O, P, Q, S	16
<i>Delinquency:</i>	-----	-----
Cessation of work as a prostitute	H	1
TOTAL	H	1

Table 4. Personal interruption factors.

<i>Personal interruption factors</i>	Participants	Frequency (/21)
<i>Triggers</i>		
New awareness of the problematic nature of individual's PS consumption	D, E, I, K, L, N, O, T, U	9
Psychological distress/suicidal ideas	D, E, F, M, N, T, U	7
<i>Maintenance: problem-solving strategies</i>		
Long-term and crisis situation help-seeking	D, E, I, L, M, N, Q, S, T, U	10
Avoidance of peers who consume or places where substance consumption occurs	C, D, E, H, I, K, L, O, P, T	10
Improvement of interpersonal skills	D, E, I, K, M, N, T	7
Spirituality	K, D, M, N, Q, T	6
Introspection and personal growth: long-term	D, K, L, N, T	5
<i>Maintenance: Benefits related to abstinence</i>		
Autonomy, self-affirmation, self-confidence	D, E, I, J, L, M, N, T	8
Feelings of pride and personal efficacy	D, I, K, L, N, O, T	7
Abstinence-related well-being	D, I, J, K, M, O, T	7
<i>Fear of negative consequences</i>		
Fear of the effect or of the negative consequences of PS abuse	C, E, H, I, K, M, N, S, T, U	10
<i>Social role</i>		
Motherhood role: increased sense of self-worth, responsibilities, structure	B, E, F, I, N, O, T, U	8
Studies: self-esteem, structure	F, G, I, N, S, U	6
Employment: structure, increased sense of self-worth, finances	F, I, M, P, S, T, U	6
Helper role	J, K, L, M, T	5
<i>Other</i>		
Various personal factors (17)	A, B, D, F, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, T, U	15
TOTAL	All, except R	20

Table 5. Environmental interruption factors

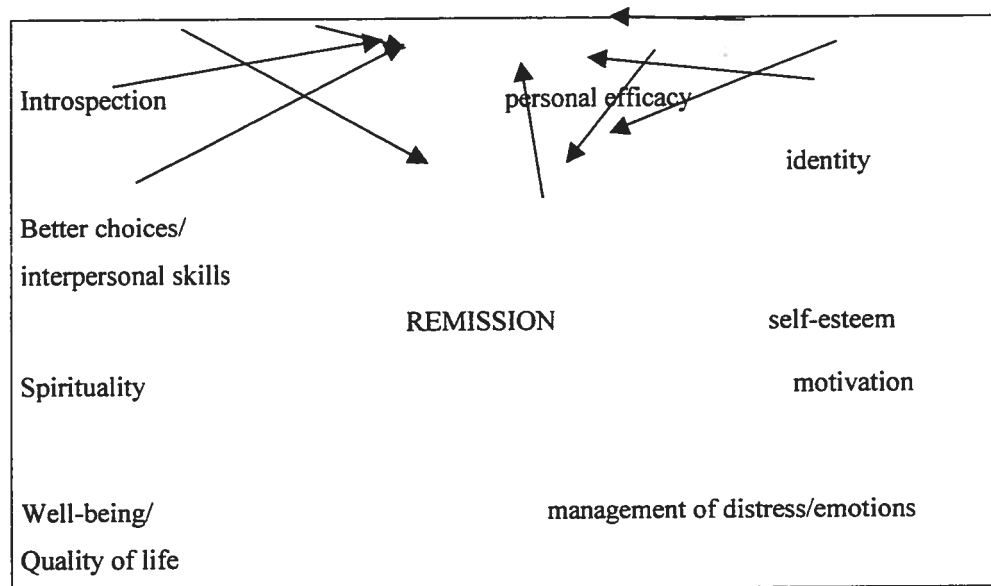
<i>Environment</i>		
<i>Support by family and friends</i>		
Support by family members (parents, siblings, children)	A, E, F, I, K, L, O, P, Q, T, U	11
Support by friends	B, E, I, J, L, M, N, P, S, T	10
Support by romantic partner	F, L, Q, P, T	5
<i>Presence of PS in living environment</i>		
Social and family milieu: little or no PS consumption	C, D, G, H, K, M, O, S	8
Abstinent romantic partner	A, K, M, O, T	5
<i>Criticism</i>		
Criticism by romantic partner/threat of separation	A, B, D, E	4
<i>Other</i>		
Various environmental factors (8)	A, D, F, H, I, L, O, U, Q, T	10
TOTAL	All except R	20

Table 6: Relapse factors

<i>Life events:</i>	Participants	Frequency
Childbirth	D, E, F, N, T	5
Various life event-related factors (16)	A, E, F, I, J, K, L, M, P, S	10
TOTAL	A, D, E, F, I, J, K, L, M, N, P, S, T	13
<i>Substance:</i>		
Thirst/cravings	I, U, O, P, Q	5
TOTAL	I, U, O, P, Q	5
<i>Delinquency:</i>	NONE	0
<i>Individual:</i>		
Psychological distress	E, F, G, N, Q, S	6
Various personal factors (12)	C, E, F, G, H, I, J, N, P, U	10
TOTAL	C, E, F, G, H, I, J, N, P, Q, S U	12
<i>Environmental:</i>		
Party situations and bars	A, D, F, O, Q, U	6
Friends who consume the same PS	A, F, H, I, J, U	6
Romantic partner's relapse	A, J, M, O, U	5
Romantic partner who consumes PSs	A, B, I, N	4
Various environmental factors (4)	F, I, M, S	4
TOTAL	A, B, D, F, H, I, J, M, N, O, Q, S, U	13

**Figure 1 incluse dans le deuxième article :
«Remission in addicted women : a lifetime perspective »**

Figure 1. Remission process



Chapitre 4

Présentation des résultats

Troisième article

Life-course utilization of services in addicted women: their subjective perception

**Life-course utilization of services in addicted women: their
subjective perception.**

Karine Bertrand

et

Louise Nadeau

Université de Montréal

Article soumis au Journal of Substance Abuse Treatment

Mots-clé : Trajectoire, comorbidité, toxicomanie, alcoolisme, récits de vie, méthodologie qualitative, rémission, femme, traitement, services.

Keywords: Trajectory, remission, co-morbidity; substance addiction; lifetime perspective; qualitative research, women, treatment, services.

Résumé

Les toxicomanes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale utilisent des services qu'ils abandonnent souvent précocement et ont des rechutes fréquentes. Cette étude exploratoire vise à 1- décrire la trajectoire de services de femmes toxicomanes présentant ce type de co-morbidité et 2- à dégager, selon la perspective subjective des participantes, les aspects de leur trajectoire de services ayant contribué au succès de leur démarche de réadaptation ainsi que les obstacles rencontrés au cours de leur utilisation de ces services. Dans le cadre d'un projet de recherche plus large, 219 femmes toxicomanes présentant des indices d'inadaptation sociale grave ont été retenues parmi les 2 667 femmes admises dans un centre public de traitement de la toxicomanie de Montréal, entre 1991 et 1995. Parmi celles-ci, 21 femmes sont rencontrées. Les données proviennent d'entrevues qualitatives semi-structurées, des dossiers cliniques et du questionnaire *Indice de gravité d'une toxicomanie*. *Resultats*: L'analyse qualitative des données permet de dégager une accumulation des effets thérapeutiques à chacun des épisodes de traitement. La relation thérapeutique et la relation avec les pairs en traitement constituent un facteur de changement important. *Recommandations* : Pour cette population, il semble plus approprié d'offrir des services à long terme plutôt que d'adopter une approche intensive à court terme. La construction de l'alliance thérapeutique est un défi important pour les cliniciens qui doivent travailler auprès de cette clientèle majoritairement victime d'abus et de violence au cours de l'enfance.

Abstract

Those in treatment for addiction with concurrent severe social maladjustment problems generally quit treatment early and often relapse. This exploratory research pursues two goals: 1- describe the life-course utilization of services in women presenting this type of co-morbidity; 2- identify the helpful therapeutic factors and the barriers to treatment based upon their subjective perception. Within the 2,667 patients admitted in a public addiction center in Montreal, 219 women who displayed severe maladjustment problems were selected. Twenty-one women were interviewed using a life-history framework. Qualitative analysis was accomplished. There is a positive cumulative effect of the different treatment episodes. The relationship with the therapist and with the peers experimenting the same problems is a central helpful therapeutic factor and also a central barrier to treatment. These women require treatment meeting their long-term needs, instead of a short-term intensive approach.

Life-Course Utilization of Services in Women with Severe Maladjustment Problems and Substance Disorder

1. Introduction

Addiction is often accompanied by other maladjustment problems, such as mental disorders (Nadeau, 2001) and legal problems (Brochu, & Schneeberger, 2001). Those suffering from addiction and concurrent problems seem to be pulled in a vicious circle in which they feel they have lost the control of their life. Treatment of this sub-population is a particular challenge. They use services more frequently (Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank, & Leaf, 1996), but, in spite of this, the treatment outcomes for those with concurrent axes I and II disorders as well as for those with legal problems are less favourable (Pettinati, Pierce, Belden, & Meyers, 1999; Simpson, Lehman, & Selsls, 1986). Moreover, in the general population (Kessler, & al., 1996) and in clinical samples (Hesselbrock, & al., 1985; Schuckit, & Morissey, 1979; Turnbull, & Gomberg, 1988), the occurrence of a concurrent disorder is higher in addicted women than men. In Quebec public treatment centres, women have more often attempted at their life and suffer more frequently from a psychiatric disorder (Guyon, & Landry, 1996). Those severe cases constitute an important fraction of the social costs directly related to alcohol and drug use which added up to 890,6 million dollars in Quebec in 1996 (Desjardins, 1996). Furthermore, despite the significant distress of these women and our difficulty to provide them with adequate services matching their needs, their addiction trajectory has been understudied (el-Guebaly, 1995; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995).

To fill this gap, the present study will describe the service trajectory and the subjective perceptions about these services in this sub-population. The qualitative analysis of their perception about their help seeking process, the therapeutic helpful factors and the barriers to treatment will lead to a better understanding of their process of change. Four research topics guided our research questions and will be reviewed in this paper: 1) the description of service trajectory; 2) the help seeking process; 3) the predictors of successful outcomes; 4) qualitative studies about the process of change in addicted patients with concurrent disorders.

1.1. Service Trajectory: Description

Knowledge about the service trajectory of addicted women is limited to few descriptive data. The *Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism* (Schuckit, Daepfen, Tipp, Hesselbrock, & Bucholz, 1998) reveals that, in 1,085 women and 2,120 men in treatment for alcoholism, alcohol problems begin almost three years later (19,4 years vs. 22,3 years) in women than in men, such as found in other studies (for a review, Nadeau, 1994). In addition, women seek help earlier than men after the onset of their alcohol-related problems (30 years vs. 30,9 years). However, these clinical features may be significantly different in women with severe maladjustment problems who use more services (Kessler, & al., 1996) and who suffer more from long-lasting chronic problems.

1.2. Help Seeking Process

Research shows that heroin addicts (Eland-Goossensen, van de Goor, & Garretsen, 1997) and alcoholics (Finney, & Moos, 1995; George, & Tucker, 1996; Timko, Finney, Moos, & Moos, 1995; Tucker, 1995) in treatment have

more substance-related psychosocial problems than those in the community who didn't seek help. Those problems appear to be mainly interpersonal (Tucker, 1995). These results could partly explain why women with severe maladjustment problems use more addiction services and seem to encounter difficulties in developing the trusting therapeutic relationship that is necessary to remain in treatment.

Concerning the environmental factors leading to help seeking, a literature review (Hartnoll, 1992) reveals that family, spouse, children, and references from professionals are key factors. Alcoholics in treatment and in self-help groups receive less encouragement to drink from their social network than those who don't seek help (George, & Tucker, 1996). There are few studies about help seeking among drug addicts (Hartnoll, 1992). The lack of availability of drugs doesn't appear to be at play in the decision to ask for help (Hartnoll, 1992). A qualitative study on 65 addicted men and women suggests that the cumulative effect of negative life events, of specific events related to physical problems, and/or fear of an overdose lead to a sense of "hitting the bottom" and to help seeking (Kline, 1996). Women report more often asking for help because of psychological distress than men. Men will tend to ask for help when they experience threat in the street. On the contrary, the main motivation of women is to protect their children and family from the negative effects of their addiction.

1.3. Successful outcomes predictors

Alemi, Stephens, Llorens and Orris (1995) reviewed the literature concerning the factors leading to therapeutic success, comparing clinical samples who had

achieved their goals and those who hadn't. The 11 predictors of success are: 1) being older; 2) stability of employment situation; 3) a strong motivation; 4) fear of the negative effects of substance use; 5) few contacts with peers who take alcohol and drugs; 6) no criminal history; 7) social support; 8) less severe substance use (less psychoactive substances, lower frequency of use, shorter trajectory of substance abuse with a later onset); 9) having less previous treatment experiences; 10) no concurrent psychiatric disorders; 11) no chronic physical illness. However, these predictors may not be relevant for the small proportion of women with severe challenges, such as concurrent disorder and legal problems. In addition, as Finney and Moos (1995) underline it, most of these studies are atheoretical and limited to socio-demographical characteristics. Therefore, the process of change of addicted women with severe maladjustment problems is still misunderstood, or largely ignored.

1.4. Process of change: qualitative studies

In face of these unanswered questions, researchers agree that quantitative data in evaluative research are insufficient and it becomes imperative to triangulate quantitative and qualitative methodologies in order to reach a better understanding of the process of change among alcohol and drug abusers (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Berkowitz, Brindis, & Clayson, 1996; Broekaert, Raes, Kaplan, & Coletti, 1999; Brooks, 1994; Stahler, & Cohen, 2000). A group of researchers of the *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) highlighted the importance of in-depth study of treatment readmission and of the role of different treatment experiences on the addiction trajectory (Battjes, & al., 1999). To reach this goal, qualitative interviews allow to collect key information about client's

concerns in order to be in a position to develop programs and interventions that are in better accordance to specific needs of a particular clientele (Brook, 1994; Stahler, & al., 2000).

We have identified only two qualitative studies on the process of change of patients with a substance-related disorder and a concurrent disorders (Laudet, Magura, & Vogel, 2000; Maisto, Carey, Carey, Purnine, & Barnes, 1999). These two studies have contributed to significant changes in the care system and in professional practices. Laudet and associates (2000) have used semi-structured interviews to collect data about the challenges of rehabilitation among 310 alcohol or drug addicted patients recruited in a self-help group intended at people with a concurrent disorder: *Double Trouble in Recovery*. For this section of the interview, 29 items were elaborated from the open qualitative interview of 150 participants. The three main challenges of rehabilitation were: emotional regulation, financial and occupational problems, and the maintenance of sobriety. Based upon these results, Laudet and associates (2000) recommend to clinicians working with these patients to pay attention to the emotion regulation of their patients, since they are often related to relapses. In addition, helping patients with their interpersonal problems becomes important, since these problems constitute a major obstacle to their occupational reintegration. Although these recommendations are useful, it is difficult to evaluate the validity of the study, since the qualitative analysis methodology is not described. Also, a more in-depth study of the rehabilitation challenge for each participant would have allowed to draw some conclusions based upon the subjectivel experience of the participants and not only from the logical interpretation of the results to 29 items.

However, this type of in depth analysis could hardly be realizable with 310 participants. Finally, if the researchers had studied the rehabilitation challenge in the lifespan and during the entire service trajectory, they would have collected more precise and useful information.

The second qualitative study concerns the evolution of alcohol and drug use among a clinical sample of 21 schizophrenic patients whom also suffered from a substance-related disorder in their lifetime (Maisto, & al., 1999). The qualitative analysis of the verbatim of every focus group had identified helpful therapeutic factors related to therapy and outside treatment experience. The analysis shows that individual therapy was preferred to group therapy. Therapeutic alliance, psycho-education concerning the negative effects of substance abuse and confrontation were all considered helpful. Even if the group format was less appreciated, the participants had identified helpful therapeutic factors in these groups: psycho-education about social abilities and stress management; structure provided by regular meetings; support from other patients. Mutual self-help groups, like *Alcoholics Anonymous*, were a positive contribution because of the spiritual and educative components, the social support and the validation of the accomplishments of these patients. These results lead to identify the helpful components of treatment that should be kept or added. Moreover, since participants had identified less helpful treatment factors than other types of helpful factors, the researchers suggested changes to treatment administrators, such as the training of clinicians about concurrent disorders. However, the process of change of participants would have been more comprehensively

understood if the life span utilization of services had been measured, as well as the subjective perception related to the use of services.

1.5. Research Aims

Since there are few available studies about the utilization of services and the change process among women presenting both severe maladjustment problems and addiction, the first goal of this research is to describe their service utilization across lifespan. Afterward, the analysis of the subjective experience of these women will permit to achieve the following three goals: 1) Identify the triggers responsible for help seeking; 2) Identify the helpful therapeutic factors within the service trajectory; 3) Identify the barriers to effective services. The achievement of these goals will lead to several recommendations to ameliorate the services to this population.

2. Methodology

2.1. Sample

From a larger research project (Brochu, Bergeron, Nadeau, & Landry, 1996, 1999), 219 women were selected among the 2,661 patients who were admitted in a public treatment centre in Montreal between 1991 and 1995. Among these 2,667 patients there were 822 women and 1,839 men. The selection criteria were: 1) to be a woman, and 2) to display severe maladjustment problems⁷ on their psychological status and/or legal situation scale(s) of Addiction Severity Index (ASI) administered at admission. The 219 selected women were significantly

⁷ In this paper, the term “severe maladjustment problems” will refer to patients who, according to their results at ASI, display severe problems on the psychological status and/or legal situation scale(s).

statistically different from the larger group: they presented more severe psychological, drug, occupational, medical, familial, and interpersonal problems.

A staff from the treatment centre called the 219 selected women in a random order as determined by SPSS software to get their permission to be called by the researchers. Because of the limited time to reach them and the difficulty of locating them, only 39 women were reached and 32 gave their authorization to be called by researchers. Finally, the 21 women who accepted to be interviewed were seen. This sample based on selected criteria is recommended in qualitative research to enhance validity and to collect data relevant to the aims of the study (Lessard-Hébert, 1996; Miles, & Huberman, 1994).

The ASI results of these women are similar to the results of the 219 selected participants for all the scales. The mean age of the sample is 42 years old and average schooling is 12 years. One of the participants didn't show up for the second interview because of a relapse. Therefore, the results on the helpful therapeutic factors and the barriers to treatment derive from the interviews of the other 20.

2.2. Instruments

There are three sources of data:

- 1) Life story interviews: a semi-structured interview about the utilization of psychoactive substances and of services within the life span. An interview guide was created in order to explore specific themes pertinent to the research questions such as the triggers of services request, the

helpful therapeutic factors and the barriers to treatment, as perceived by the research participants.

2) *Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan, Luborsky, & Earlen, 1980):

The validated French version (Bergeron, Landry, Brochu, & Guyon, 1998) of this questionnaire was used. The ASI is a structured interview that measures the severity of addiction problems in seven areas: alcohol and drug use, physical health, interpersonal relationships, psychological status, the work and legal situation.

3) The clinical file at their admission in treatment.

2.3 Analysis

The verbatim of all the interviews were transcribed. A qualitative thematic analysis was performed with the help of NUD*IST software. A codification table was elaborated based on the research questions. Every code was defined in a lexical. Vertical and horizontal analyses were conducted, all participants being compared with themselves and with the others. A second codification of 20% of the data was carried out by a second researcher blinded from the codification by the first author, but using the same codification table and lexical. The concordance rate between the two analyses was 80%, which is considered excellent with this method (see Miles, & Huberman, 1994). A time-line showing the alcohol and drug consumption, the service utilization, and the important life events was also completed to analyse the results in a life-span perspective. The ASI and the clinical files were used to complete and validate the data. All these analysis procedures are recommended by Miles, & Huberman (1994) in order to enhance reliability and validity of the results.

3. Results

3.1. Trajectory of Services: Description

The analysis of the service trajectory of the participants illustrates the severity and the chronicity of the addiction and other maladjustment problems of the participants (cf. table 1). On average, the participants had utilized 5.7 times a service for their addiction. The first service request took place when they were 27.5 years old. The average time length between the first service utilization and the last one was 12.2 years. A third of the 21 participants were still using a service at the time of the interview. Many types of services were utilized: social and medical public services, private services, self-help groups, public treatment centre for addiction, and community services. Each type of service was utilized by more than 40% of the sample (cf. table 1).

-Insert table 1 about here-

3.2. Triggers leading to help seeking

As shown in table 2, two thirds of the sample asked for a service following the advice from a professional, which is consistent with the multiple services used by the participants. Other important triggers were complaints and pressures of family and friends, which are identified by 14 participants on 21.

The triggers identified by the participants differed depending of the main substance of abuse: alcohol (11/21 participants) or illicit drug -cocaine or heroin- (10/21 participants). Those who were abusing alcohol seemed to follow a pattern that led to the decision to ask for help (cf. table 2). First these women

experienced many losses or were confronted to the strong possibility of losing something important in their lives, often in a short period of time: pressure from friends and family, often threatening to cease their relationship with the participants; divorce or separation; fear of losing or the actual loss of a job, financial problems. All these actual or possible losses led to severe psychological distress and were often accompanied by a suicidal attempt under a state of intoxication. At this point, these women were taken in charge by the public and medical services and often referred to addiction services. The experience of Louise illustrates this pattern:

When we split up, I tried to kill myself for the first time (...) He (her partner) wasn't paying his half of the apartment (...) I've never been able to have debts (...) I went to the social welfare and they said that I couldn't have any money until one month. Finally, I came back home and bought 12 beers with the money I had left. I drank about seven beers and I hung myself to a hook. The hook broke. Then I fell down and told to myself that I was crazy. I called 911⁸.

For others, the importance of their children in their life prevented them to attempt at their life and was sufficient to seek help. These women realized the deleterious consequences of their consumption on their children. They felt guilty and wished to protect their children by trying to avoid the repetition of the negative experience they themselves had been through in their childhood. Gisele reported: "I knew that my little girl was not happy to see me drunk; it was really hurting me (...); she was telling me: 'Mom, I don't like it, you take too much beer'".

⁸ 911 is an emergency number in North America.

-Insert table 2 about here-

The experience of the participants abusing cocaine or heroin differed from that of women abusing mainly alcohol (cf. tab. 2). Among the 14 participants reporting on the importance of pressure from friends and family in their decision to ask for help, only five participants were abusing drugs. Only one drug-addicted woman reported asking for help after a separation or a divorce and no one of them reported losing a job as a determinant factor. In addition, only one drug-addicted woman attempted suicide. However, five among these 14 women asked for help because they had severe psychological distress and/or significant suicidal ideation. Despite the fact that the drug-addicted participants didn't make a conscious gesture to attempt at their life, their drug consumption was self-destructive, leading them to be severely physically ill, often close from a lethal overdose. Isabelle explained the physical pain associated with her addiction: "I didn't stop using drugs because I wanted to, I'd stop because I was sick and I wasn't able to take drugs anymore".

The triggers leading to help seeking in the drug-addicted cases were linked to a marginalized lifestyle related to the illegal status of cocaine and heroin. Often these women had already given up many elements associated to a more "normal" life: a husband, friends, a job, and often children. Accordingly they had lesser to lose and therefore didn't report the same triggers than women who were abusing alcohol and who were usually more able to keep a certain occupational and interpersonal life for a certain period of time. To sustain their addiction to illegal and costly substances, they frequently had to commit illegal activities such as

prostitution or drug traffic, which were not always sufficient to prevent them from being homeless. When they became fed up of this marginalized lifestyle, some of the drug-addicted participants asked for help (4/9). Nathalie, addicted to heroin, said: “I was tired of doing prostitution; and during the Holidays, it’s even harder because there’s no client; I told to myself: it’s not a life.”

Also, five drug-addicted women went into treatment because of their fear of losing the legal custody of their children, but only one reported being preoccupied by the negative effect of her consumption on her children. Many drug-addicted women who were able to keep the custody of their children reported that their children filled the emptiness of their life. The important function of their children in addition to the antisocial personality traits associated with a marginalized lifestyle could explain why their service request were mainly motivated by the fear of losing the legal custody of their children and not by their preoccupation about the effect of their addiction on them. Cathy explained how she called a public treatment centre for addiction:

Ben (her ex-spouse) threatened to take my daughter away from me if I didn’t call the number of the treatment centre that he gave to me. I’m not a maternal type. But I was selfish and I didn’t want my daughter to go away. What would I have done all alone?

3.3. Helpful therapeutic factors

The qualitative analysis of the participant’s subjective perception identified three types of helpful therapeutic factors: interpersonal, introspective, and technical.

3.3.1. Interpersonal factors

Almost every participant (19/20) reported the significance of the relationship with her therapist in her recovery process (cf. table 3). This relationship was described as a warm, non-judging, and authentic experience. In order to achieve this positive relationship, the participants identified numerous qualities of their therapist in managing their feelings of distrust. Marie said about her therapist: “She understood me. She was listening carefully and didn’t want to rush me. She respected me (...) I liked her very much”. Valerie stressed the importance of the authenticity in the relationship: “For someone who had never taken drugs (the therapist), she wasn’t fooling around, she was able to see our manipulations and our masks were all falling”.

In addition, a supportive relationship with peers experimenting the same addiction problems was a central helpful therapeutic factor reported by 80% of the participants (cf. table 3). Mutual support, learning to socialize and to have fun without substance use, a feeling of belonging to a group and the possibility of being inspired by positive models were elements that contributed to decreased social isolation and to the development of interpersonal skills as well as trust in others. Isabelle who was sexually abused during her childhood reported: “I learnt that it’s possible that nice people can love me for who I am and not to have sex with me”.

-Insert table 3 about here-

3.3.2. *Technical factors*

The participants also identified many technical helpful therapeutic factors (cf. table 4). More than 50% of the sample underlined the importance of long-term and accessible services that they can use to prevent relapse when they face a crisis situation or to diminish the duration and the severity of a relapse episode. For example, Denise said: “He told me to call him when I was depressed. Well, just that phone call prevented me from being hospitalized for 21 days”.

For half of the sample, pertinent advices about addiction services were a central therapeutic factor that had allowed them to use appropriate services to meet their various needs. Nine participants on 20 said that they had appreciated the structuring aspect of the services, specifically when the service request had taken place in a moment in their life when they were very disorganized. Lisa underlined the value of a structuring environment: “I had therapy from 9 AM to 4 PM. I had ergotherapy, group and individual psychotherapy, I saw a doctor once a week. It’s really all this that pull me out of my cocaine abuse”.

Thirty percent of the participants had also appreciated that a professional met their needs. They felt, as a result, that they received the type and length of treatment that they needed and that the therapeutic objectives fitted their beliefs. This experience enhanced their feeling of being worthwhile and therefore enhanced the motivation in treatment and the feeling of self-efficacy. The experience of Josie illustrates this factor:

When I saw that they had confidence in me and that they wouldn't force me to do anything I didn't want, I trusted them. Then I accepted (the crisis intervention that was being offered)(...). In my childhood, I was forced to change foster homes so many times; I don't want to be forced anymore.

-Insert table 4 about here-

3.3.3. Introspective factors

Thirty-five to 45% of the participants identified several factors related to introspection (cf. table 5). They recollected their many traumatic childhood experiences and gained understanding on how these events influenced their addiction and their interpersonal problems. Julie underlined how this recollection in itself is part of a healing process: "I went through personal issues such as the mourning of my brother (death by suicide), but also I worked through my relationship with my mother; I understood the meaning of my uneasiness in life".

These women also reported that they gained a better understanding of who they are and what are the specific vulnerabilities that could trigger a relapse. They learnt to identify the present sources of stress and to express their feelings instead of denying or fleeing their emotional experience. Gaining a better understanding of their addiction was a manner by which they gained control over their difficulties and learnt to help themselves instead of being self-blaming and feeling apart from the others. This introspective process also led them to stop using their former strategies of dissociation. Therefore, they acquired

behavioural tools to help them cope with their cravings. In addition, the dissociative function of the alcohol or drug consumption became less necessary. Valerie explained how important was her new ability to express her feelings: “If I never had the chance to express myself (as she learnt during a former treatment), I think that I would be far more in trouble than I am now”.

-Insert table 5 about here-

3.4. Barriers to Effective Services

Perceived barriers to effective services were often mentioned by the participants, as were the helpful therapeutic factors, sometimes at the same time and occasionally at different points in their service trajectory. The qualitative analysis underlined the importance of relationships as being both protective and a risk to the process of recovery. Some technical and individual factors were also reported, such as the heterogeneous composition of a support group and the weak motivation to change.

3.4.1. Interpersonal factors

Several interpersonal problems with peers had occurred during the service trajectory. Sixty percent of the participants reported a negative relationship with other clients or members of a mutual help group (cf. table 6). They felt alone and not supported or were confronted to interpersonal conflicts leading to negative feelings: anger, feeling controlled, or rejected. They also had a hard time dealing with the seductive behaviours common in help groups, as Valerie underlined it: “There’s so much cruising in these groups; everyone competes to show that they have used more drugs than you were”.

These women often have a story of maladaptive intimate relationships and are exposed to reproduce this pattern with men encountered in a support group. Six participants had relapsed or had seriously feared of relapsing with a peer using the same service as them. Four participants had fallen in love with a client or a member of their support group. They reported negative consequences of this intimate relationship: relapse and physical abuse.

These interpersonal problems were also present in the relationship with their therapist. Almost half of the sample reported they had difficulties in trusting their therapist (cf. table 6). They had often perceived negatively the first contact with their therapist. In addition, they reported being deceived by the inability of their therapist to perceive their distress beyond the mask of anger or apparent control that they put on. Nicole described her first contact with her therapist: "I came into her office; she was doing something else, wiped her nose and didn't look at me; I was kind of frozen by her; I didn't come again".

Beyond the difficulty of creating a therapeutic relationship with their therapist, 40% of the participants had experienced a conflict with a therapist who created feelings of being controlled, rejected, and/or angry. Bianca described the conflict that led her to a relapse:

I signed a refusal of treatment. The therapist was yelling at me. The patients on the other side of the road heard him (...) He asked me what I would do when I'll get home. I told him I was going to read Virginia

Wolfe. He told me that I would finish like her. How she finished her life?

She killed herself. Very nice answer from a therapist! I was very insulted.

When the therapeutic relationship is optimal, a change of therapist will be experienced as a painful experience often leading to the termination of treatment, as reported by six participants. Since almost every woman who was confronted to a change of therapist perceived this factor as a significant barrier to effective services, it should be avoided as much as possible.

3.4.2. Technical factors

The participants identified some technical factors that were obstacles to their recovery process (cf. table 6). Forty percent mentioned that they disliked heterogeneous groups in which they felt different and in which they couldn't identify with others. Age, sex, mental illness, and severity of addiction contributed to the dislike of heterogeneous therapy or support groups. Monique explained her difficulty to integrate her group: "I was the oldest client and the only single mother in the group. I felt rejected. I was too different from them".

Five participants reported that when others were describing their past alcohol and drug consumption, they experienced at times a craving difficult to control. Finally, five participants felt that their subjective needs were not considered in the preparation of their treatment plan. As Monique, they felt misunderstood, controlled, and not motivated:

They (the therapists) told me I had this problem and that I should do this thing instead of taking the time, even if it's for 3 or 4 sessions, to help me

*identify what I think I need. (...) It was them who were taken decisions.
(...) After that, when they were asking what I think, I wasn't arguing. It's
you, the professional, not me.*

-Insert table 6 about here-

3.4.3. Individual factors

In addition of technical factors that could affect their motivation, half of the participants admitted that they often had a weak motivation at their admission in treatment. They described they had often been very ambivalent. Many of these women had entered treatment under friends and family pressure, or legal obligation. Others had asked for help because of their severe psychological distress but found it hard to let go the advantages of their consumption and/or had felt helpless about their addiction. Isabelle explained her ambivalence: "I wasn't ready for that (...). All my life I took drugs because I didn't want to remember my past and then they asked me to talk about my past! It had no sense for me in a way".

The other individual factors that complicated the helping process during the service trajectory are linked to interpersonal difficulties (cf. table 6). The participants were conscious that significant mistrust, shyness, and social anxiety were a major obstacle in their recovering process. Gisele was aware of her own difficulty to ask for assistance and to accept the help that was being offered: "I met nice people who wanted to help me, but it's me who wasn't accessible at this point in my life".

3.5. Cumulative Effects

The service trajectories contain helpful and difficult experiences, often simultaneously. In average, the participants reported that 68% of their 5,7 service utilizations were positive, at least in one aspect, and the results of the qualitative analysis underline the positive cumulative effect of each service utilization. The vertical analysis of the life story of Monique, an alcoholic of 46 years old, shows that almost every treatment episode was important to her rehabilitation process (figure 1).

At 32 years old, she decided to consult a psychologist specialized in addiction with her husband, also experimenting alcohol problems. Since her husband refused to continue after the first appointment, Monique decided to quit treatment. However, she reported that this experience had been key in helping her recognizing the severity of her alcohol problems. At 33 years old, following a suicidal attempt, she saw a psychologist in a hospital. Monique felt abandoned by the psychologist who had cancelled some appointments without replacing them. However, Monique mentioned that this experience had helped her understand more deeply her alcohol problems. At 37 years old, she saw a therapist 12 times during the next 20 months in a public treatment centre for addiction. Despite the fact that she had stop drinking alcohol for one year, Monique described negatively this treatment episode. She reported that the therapeutic goals were imposed to her, she didn't feel comfortable with her therapist and her past and present feelings of being rejected, central to her life experience, were not being addressed. However, Monique explained that this treatment episode had helped her stop her alcohol consumption and had contributed to her feeling of being able

to be sober and feeling good, without any craving. At 41 years old, she decided to ask for help in the same public treatment centre because she had significant suicidal ideation. She mentioned that her mistrust of professionals was strong and that this was the last chance she was giving to a professional. This second therapy was the most determining experience for Monique. She chose to moderate her alcohol consumption and actually succeeded in her goal. She described the importance of the good relationship with her therapist that allowed her to understand her fear of being rejected.

4. Discussion

4.1. Conclusion and Recommendations

This paper describes information collected in an exploratory framework and doesn't intend to demonstrate causal effects nor to generalize findings to all addicted women. It would have been valuable to interview more women and to present the analyses to the participants in order to have their feedback on the results. However, the fact that these women are difficult to retrace as well as restrictions related to time and money didn't allow the researchers to add those two measures. The other means to enhance validity that were used, such as triangulation of data, use of a codification table and of a lexical, and codification of 20% of the verbatim by a blinded researcher (80% concordance rate), can make for these limits.

The results of this study, although not applicable to all alcohol and drug addicted women, allow a reflection on the services that should be offered to this specific sub-population. These results put into question negation connotation of the

revolving door phenomenon as it has been often described in reference to the service trajectory of this population. The phenomenon is real: the average of 5.7 services by participant and the fact that one third of the sample is still in treatment at the moment of interview confirm the fact that these women use many different services during the course of their substance using trajectory. However, this revolving door phenomenon has been traditionally associated to a sterile circle resulting in wasted efforts and money, which does not concur the subjective description of the participants. In fact, the participants described a positive cumulative effect of every service that they used. This is not a linear process: some failures or negative experiences appear as sets backs, at least temporarily. But, for these women who accepted to meet us, each therapeutic interaction has lead to some form of increased awareness or has moved forward the decision to do something to solve addiction and other problems.

These women require treatment meeting their long-term needs, instead of a short-term intensive approach. The positive cumulative effect of short-term successive therapeutic interactions is consistent with the fact that this sample is characterized by severe maladjustment problems that are difficult to solve and that necessitate numerous short interventions when new challenges arise and/or when crisis situations appear. An ongoing approach would assure continuity in services and would contribute to prevent relapses and diminish the duration and severity of crisis situations, such as those reported by more than half of the sample. This continuity of services is especially important for these women who are themselves aware of their difficulty to trust in someone. If the same clinical

team or help group is available, it seems to increase the probability of asking for help.

In addition, these women need to change in many areas in their life, which could explain their need for different services meeting their various needs. Many participants described that a therapist and an *Alcoholics Anonymous* group both helped them during the same period. They benefited from an expansion of their social network in AA and, at the same time, they were recollecting difficult painful childhood experiences and working their current interpersonal problems with the help of a health professional. Because these services are complementary, it's advisable that professional and self-help groups work together despite their different philosophy or approaches. In addition, professionals whom answer to different psychosocial needs of these women should work together in an integrated approach that has proven to be more efficacious (Health Canada, 2002).

Triggers leading to help seeking are often multiple and severe. Therefore, it's important to train first line health professionals to screen and evaluate alcohol and drug consumption in order to help these women to get services before they show a high level of distress associated to their heavy consumption. Although the participants reported they were ambivalent about change, we know that the level of motivation changes during treatment (Simoneau, 2001), which justifies the use of the motivational approach of Prochaska (1994). In addition, the fact that women abusing alcohol will seek help for different reasons than heroin or

cocaine abusers should guide the elaboration of an adequate individualized treatment plan.

Given the frequent traumatic childhood experiences of these women, therapeutic alliance with this population is particularly challenging, since central to their process of recovery is learning to trust in someone. Actually, the main helpful therapeutic factors and barriers to treatment are both related to interpersonal factors. Therefore, the clinicians should focus their efforts on the establishment and monitoring of the therapeutic alliance by different means: 1) attempt to install a climate of security by empathy, authenticity, unconditional positive regard, and warmth (Rogers, 1951); 2) identify and understand with the client her mask (self-protection mechanism) by using an emphatic confrontation which include the identification of her ambivalence and fear to change; 3) adapt their interventions to the needs and stage of change of the clients, which require to have realistic objectives; and 4) find supervision or use group clinical discussion about the challenge of establishing and maintaining a therapeutic relationship. In addition, clinicians should help these women with their significant interpersonal problems, which is a key factor in preventing relapse. Another key factor is to help these women to recollect their difficult childhood experiences in order to help them deal with their trauma without using the dissociative function of alcohol and drugs. This recollection can also help them to gain a control over their problems by understanding their origins.

Therapy or mutual help groups are recommended, since they allow these women to deal with their interpersonal problems and feel that they're not alone. However, in these groups, they're exposed to reproduce negative interpersonal

patterns and to relapses. The parallel help from a professional that help them deal with the present interpersonal conflicts is decisive. Another successful option has been an adequate godmother in a self-help group, which is something that should be stressed in the mutual help groups.

In sum, this study highlights the particular challenge of the rehabilitation process of addicted women with severe maladjustment problems. Further studies should address the subjective perception of clinicians working with this population. Also, it's advisable to provide integrated services to this population, since their needs are so heterogeneous. With these particularly difficult women, there is a need to put in application the clinical wisdom achieved over the last decades: emphasis on trust between client and therapist to create and maintain a climate of change, attentiveness of their interpersonal relationships, and a continuity in care both with the therapist, if possible, and in long term treatment accessibility. The ideal treatment evaluation should triangulate methods to include objective quantitative measures of improvement and qualitative data reporting of the subjective experience of these clients.

Acknowledgments

This research was supported by a grant from the "Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche" (grant #96750) and by a scholarship from the "Conseil québécois de la recherche sociale", both from the Province of Québec (Canada).

References

- Alemi, F., Stephens, R.C., Llorens, S., & Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes: Expected Treatment Outcome Scale. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 483-509.
- Battjes, R.J., Onken, L.S., & Delany, P.J. (1999) Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. Journal of Clinical Psychology, 55(5), 643-657.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron (Eds). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT), (pp.31-45). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Berkowitz, G., Brindis, C., & Clayson, Z. (1996). Using a multimethod approach to measure success in perinatal drug treatment. Evaluative Health Professions, 19(1), 48-67.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1996). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Non-published manuscript.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1999). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes : suite à la première demande. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Non-published manuscript.

- Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp.73-94). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D., & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an Overview. European Addiction Research, 5(1), 21-35.
- Brooks, C.R. (1994). Using ethnography in the evaluation of drug prevention and intervention programs. International Journal of Addiction, 29(6), 791-801.
- Desjardins, S. (1996). Les coûts de l'abus des substances au Québec. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Eland-Goossensen, A., van de Goor, I.A., & Garretsen, H.F. (1997). Heroin addicts in the community and in treatment compared for severity of problems and need for help. Substance Use and Misuse, 32, 1313-1330.
- el-Guebaly, N. (1995). Alcohol and polysubstance abuse among women. Canadian Journal of Psychiatry, 40, 73-79.
- Finney, J.W., & Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse : a stress and coping model. Addiction, 90, 1223-1240.
- George, A.A., & Tucker, J.A. (1996). Help-seeking for alcohol-related problems : social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or Alcoholics Anonymous. Journal of Studies on Alcohol, 57, 449-457.
- Guyon, L., & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies, 1, 61-81.

- Hartnoll, R. (1992). Research and the help seeking process. British Journal of Addiction, 87, 429-437.
- Health Canada (2002). Best Practices-Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Ottawa: Health Canada Publications.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17-31.
- Kline, A. (1996). Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identity. Substance Use, & Misuse, 31, 323-342.
- Laudet, A.B., Magura, S., & Vogel, H.S. (2000). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. Community Mental Health Journal, 36(5), 457-476.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). La recherche qualitative : Fondements et pratiques, 2e édition. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Maisto, S.A., Carey, K.B., Carey, M.P., Purnine, D.M., & Barnes, K.L. (1999). Methods of changing patterns of substance use among individuals with co-occurring schizophrenia and substance use disorder. Journal of Substance Abuse and Treatment, 17(3), 221-227.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., & Earlen, F.. (1980). The Addiction Severity Index. In E. Gottheil, A.T. McLennan, & K.A. Druley (éds). Substance Abuse and Psychiatric Illness (pp. 71-120). New York : Pergamon Press.

- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). Qualitative data analysis, second edition. Thousand Oaks, Ca : Sage Publications.
- Nadeau, L. (1994). Les femmes et l'alcool : état de la question. In P. Brisson. L'usage des drogues et la toxicomanie. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Nadeau, L. (2001). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp. 45-71). Québec: Les Presses de l'Université Laval
- Pettinati, H.M., Pierce, J.D., Belden, P.P., & Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. American Journal of Addiction, 8(2), 136-147.
- Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychology, 13(1), 47-51.
- Rogers (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin
- Schuckit, M.A., Daepfen, J.B., Tipp, J.E., Hesselbrock, M., & Bucholz, K.K. (1998). The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. Journal of Studies on Alcohol, 59, 581-590.
- Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Drug abuse among alcoholics women. American Journal of Psychiatry, 136, 607-611.
- Simoneau, H. (2001). Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies selon la perspective de la théorie de l'auto-détermination. Non-published manuscript (thesis), Université de Montréal.

- Simpson, D.D., Joe, L.J., Lehman, W.E.K., & Selsls, S.B. (1986). Addiction careers: etiology, treatment and 12 years follow-up outcomes. Journal of Drug Issues, 16(1), 107-121.
- Stahler, G.J., & Cohen, E. (2000). Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. Journal of Substance Abuse and Treatment, 18(1), 1-8.
- Timko, C., Finney, J.W., Moos, R.H., & Moos, B.S. (1995). Short-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 56, 597-610.
- Tucker, J.A. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. Addiction, 90, 805-809.
- Turnbull, J. E., & Gomberg, S. L. (1988). Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 12, 374-381.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., & Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholism : a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen. Developmental Psychopathology, volume 2 : Risk, Disorder, and Adaptation, (pp.677-711). Toronto : John Wiley, & Sons, Inc.

Table 1. Service Trajectory: Description

First service	27.5 Years old	Public treatment center	21/21 participants
Number of services	5.7	Self-help groups	18/21 participants
Duration of the trajectory	12.2 years	Social and medical public services	16/21 participants
Participants still in treatment	7	Private services	9/21 participants
		Community services	9/21 participants

Table 2. Triggers Leading to Help Seeking as Identified by Participants

Triggers	F (/21)	Proportion: Alcohol abuse	Proportion: Drug abuse
Advice from a professional	14	7/14	7/14
Pressure-complaints from friends and family	14	9/14	5/14
Psychological distress/suicidal ideation	11	6/11	5/11
Physical illness due to alcohol or drug abuse	11	5/11	6/11
Divorce-separation	10	9/10	1/10
Service recommended by a user of this service	9	5/9	4/9
Suicidal attempt	7	6/7	1/7
Loss of a job/threat of losing a job	7	7/7	0/7
Legal obligation/fear of losing the child custody	6	1/6	5/6
Awareness of the negative effects on their children	5	4/5	1/5
Tired of addicted lifestyle	4	0/4	4/4
Accompanied by a friend to detoxification	4	2/ 2	2/2
Financial problems	4	3/4	1/4

Table 3. Helpful Therapeutic Factors: Interpersonal Factors

Helpful therapeutic factors	Frequency (/20)
<i>*INTERPERSONAL FACTORS*</i>	-----
Therapist's facilitation of the therapeutic relationship	19
Mutual support between clients or members of a group	16
Development of the social network- decreased social isolation	13
Learning to socialize and to have fun without substances	9
Role model (AA): enhance motivation and feeling of belonging	5
Family involvement	5
Healing relationship: increase trust in others	4
Improved relationships with family	4

Table 4. Helpful Therapeutic Factors: Technical Factors

<i>*TECHNICAL FACTORS*</i>	-----
Relapse prevention: long-term and accessible services	11
Pertinent advices about addiction services	10
Structuring aspect of the service (schedules, daily planned activities)	9
Services meeting the perceived needs of the client	6
AA literature: new guidelines/new lifestyle	5
Being in charge of tasks, having responsibilities	5
Alcohol and drug free environment	5
Psycho-education: learning about addiction	5
Accommodation (comfort, meals, beautiful site)	4
Appropriate medication	4

Table 5. Helpful Therapeutic Factors: Introspective Factors

<i>*INTROSPECTIVE FACTORS*</i>	-----
Recollection of traumatic childhood experiences	9
Identity: improved capacity to define herself	9
Identification of the triggers of their cravings and sources of stress	8
Expression of their feelings/better emotions regulation	8
Awareness of the severity of their SPA related	7
Sense of being more assertive and autonomous	6
Spirituality	5
Enhanced self-efficacy and well-being	4

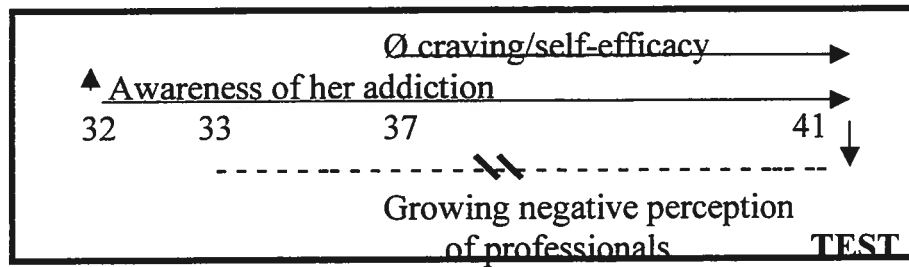
Table 6. Barriers to effective services as perceived by participants

Barriers	Frequency (/20)
INTERPERSONAL FACTORS	
Negative relationships between clients	12
Weak therapeutic relationship	9
Conflict with a therapist	8
Relapse-risk of relapse with a client/member of a self-help group	7
Change of therapist	6
Start of a love relationship: negative effects (relapse, physical abuse, service use ended)	4
TECHNICAL FACTORS	
Heterogeneous groups: feeling of being apart	8
Group sharing: trigger the envy to drink or take drugs	5
Type of services/therapeutic objectives: subjective needs not considered	5
INDIVIDUAL FACTORS	
Weak motivation, ambivalence	10
Distrust: difficulty to accept help	9
Shyness: difficulty to express herself	7
Dislike of group format (feels incompetent, feels overwhelmed by the distress of others)	4

Figure 1 incluse dans le troisième article : « Life-course utilization of services in addicted women: their subjective perception »

Figure 1

Positive Cumulative Effect of Service Trajectory: a Case Illustration



Conclusion

4. CONCLUSION

Les toxicomanies surviennent fréquemment en concomitance avec d'autres problèmes graves d'inadaptation sociale, tels des troubles mentaux (pour une recension, voir Nadeau, 2001) qui sont fréquemment associés à des problèmes graves dans diverses sphères de vie, comme l'emploi et les relations familiales (voir McLellan & coll., 1994). Cette comorbidité se retrouve plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes tant dans les populations générale (Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank, & Leaf 1996) que cliniques (Guyon & Landry, 1996; Hesselbrock, & coll., 1985; Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994; Schuckit, & Morissey, 1979; Turnbull, & Gomberg, 1988). Ces femmes toxicomanes en traitement qui présentent des problèmes graves d'inadaptation sociale représentent un défi clinique particulier.

Les cliniciens tendent à identifier cette clientèle comme étant «lourde» et suscitant des affects d'impuissance. Ils sont confrontés à des femmes qui souffrent beaucoup et qui, bien qu'elles utilisent beaucoup les services, tendent à abandonner précocement leur traitement et à rechuter fréquemment. Ces femmes donnent l'impression d'être prises dans des «portes tournantes», phénomène qui réfère à une utilisation fréquente des mêmes services sans résultats thérapeutiques concluants, ce qui donne l'impression qu'elles «tournent en rond». Bien que les résultats de cette thèse apportent un éclairage nouveau sur le phénomène des «portes tournantes», comme nous le verrons plus loin, il n'en demeure pas moins que la perception des cliniciens et les constats de la littérature scientifique convergent. En effet, malgré leur plus grande utilisation des services (Kessler & coll., 1996), le traitement de ces personnes toxicomanes qui

présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévères est moins efficace (Alemi, Stephens, Llorens, & Orris, 1995; Simpson, Lehman, & Selsls, 1986).

4.1 Les principaux constats découlant de cette thèse

Voyons les principaux constats qui découlent de cette thèse. Huit thèmes se dégagent :

- 1) La chronicité des difficultés;
- 2) la multiplicité des facteurs de risque dans l'enfance;
- 3) l'initiation, la progression de la consommation et les rechutes : les mêmes facteurs de vulnérabilité;
- 4) l'influence du partenaire amoureux;
- 5) l'influence de l'expérience de maternité;
- 6) un éclairage nouveau sur le phénomène des portes tournantes;
- 7) les déclencheurs de la demande d'aide : un effet de cumul;
- 8) le maintien de la rémission : une démarche au long cours;
- 9) l'introspection, les relations interpersonnelles et l'identité : au cœur du processus de rémission.

4.1.1 Chronicité des difficultés

La chronicité des difficultés des participantes prédomine, telle que l'analyse de leur trajectoire de consommation d'alcool et de drogue ainsi que de leur trajectoire de services le montre. Ainsi, les participantes ont eu recours à des services spécifiquement pour leurs problèmes reliés à l'alcool et/ou aux drogues 5,7 fois en moyenne. Leur première demande de service s'est produite à 27,5 ans et leur trajectoire de services s'est déroulée sur une moyenne de 12,2 ans. Parmi

ces femmes qui avaient toutes été en traitement dans un centre public de traitement de la toxicomanie de Montréal entre 1991 et 1995, le tiers d'entre elles utilisaient au moins un service en toxicomanie au moment de l'entrevue de recherche en 2000. Bien que l'ensemble des participantes aient tenté de réduire et d'interrompre leur consommation à plusieurs reprises, seulement six sur les 21 ont réussi à maintenir l'abstinence. Les données longitudinales à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* vont dans le même sens. En effet, bien qu'on observe pour l'ensemble des 21 participantes une diminution des problèmes d'alcool et psychologique lors du suivi, ces sphères demeurent problématiques. En outre, les participantes présentent des problèmes de drogues, médicaux, interpersonnels et d'emploi aussi sévères lors du suivi que lors de leur admission en traitement cinq à huit ans plus tôt.

Cette chronicité des difficultés associée à une plus grande utilisation des services chez les personnes alcooliques et toxicomanes présentant des problèmes d'inadaptation sociale sévère est bien documentée dans la littérature (Alemi & coll., 1995; Kessler & coll., 1996; Simpson & coll., 1986). Notamment, le fait d'avoir été en traitement dans le passé prédit des admissions subséquentes pour le traitement de l'abus de substances (Hser, Anglin, Grella, & Longshore, 1997), ce qui est cohérent avec l'utilisation fréquente des services par les participantes qui, pour le tiers d'entre elles, utilisent toujours des services au moment de l'entrevue de suivi.

4.1.2 Multiplicité des facteurs de risque dans l'enfance

Parmi les points de convergence des divers récits de vie pouvant expliquer cette chronicité des difficultés se trouve la multiplicité des facteurs de risque vécus dans l'enfance. La majorité des initiations à une substance psychoactive (SPA) se déroulent à un âge précoce dans un contexte de détresse psychologique élevée. Plusieurs de ces femmes ont été abusées sexuellement, physiquement ou encore ont vécu très jeunes des événements traumatiques associés à des pertes. Les deuils associés à ces événements sont décrits comme difficiles et mal résolus dans le contexte où l'expression des émotions n'est pas encouragée ou même taboue. Environ la moitié des participantes rapportent avoir eu un parent alcoolique et/ou ayant un trouble mental, éléments associés à un risque accru de négligence parentale (Dunn, Tarter, Mezzich, Vanuyukov, Kirisci, & Kirillova, 2002).

Dès la première consommation d'une SPA, beaucoup de ces femmes ont vécu l'expérience de soulagement d'une tension plutôt que l'euphorie. Leur environnement familial et social facilitant l'accès aux SPA et même l'encourageant, cette première expérience d'automédication à un âge précoce semble les avoir particulièrement mises à risque d'utiliser à nouveau ce moyen pour gérer leur détresse et ainsi développer une trajectoire toxicomane. Ce processus décrit par Marlatt et ses collègues (1999) rend bien compte de la description des initiations de la majorité des participantes.

Aussi, l'expérience précoce d'automédication rapportée par une majorité de participantes trouve écho dans certains constats de la littérature. D'une part, des

enquêtes longitudinales montrent que le fait de consommer pour diminuer un état aversif prédit l'apparition de problèmes d'alcool (Crey & Correia, 1997) et que ce type de motivation à boire, chez les femmes, devient plus rapidement primaire et est associé plus vite à des conséquences négatives. Aussi, des études montrent que certains enfants d'alcooliques seraient plus susceptibles à l'effet anxiolytique de l'alcool (système GABA) ainsi qu'aux effets renforçateurs des psychotropes (système dopaminergique), ce qui pourrait les mettre davantage à risque de recourir à l'automédication (voir Vitaro, Assaad, & Carbonneau, 2004). Le besoin de recourir à l'automédication semble d'autant plus présent étant donné cette multiplicité des facteurs de risque, tels des abus, les tensions familiales, l'alcoolisme parental, la présence d'un trouble mental chez un parent, l'isolement de la famille et la pauvreté, éléments fréquemment rapportés par les participantes et dont la cooccurrence dans un même milieu familial est bien documentée (voir Vitaro & coll., 2004).

Ainsi, le fait que l'initiation de la consommation se déroule dans un contexte familial instable et désorganisé où la substance est souvent facilement disponible apparaît les mettre particulièrement à risque de développer des problèmes d'alcool et de drogues. C'est d'ailleurs de cette façon que les participantes expliquent le début de leurs problèmes de consommation, type d'explication subjective recueillie fréquemment dans d'autres études qualitatives s'attardant à la perspective subjective de personnes quant au développement de leur trajectoire toxicomane (Brunelle, Cousineau & Brochu 2000; Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj, & Marsh 2002; Haninen & Koski-Jänes, 1999). Bien que l'interprétation des événements après le fait puisse jouer un rôle, la convergence

de ces résultats provenant d'études quantitatives et qualitatives appuie la validité de l'hypothèse d'automédication, particulièrement auprès d'une population clinique qui présente une double problématique associée à une multiplicité de facteurs de risque dans l'enfance.

Enfin, le récit détaillé de la toute première consommation d'alcool et des diverses drogues des 21 participantes permet d'amener un éclairage nouveau sur les différents mécanismes par lesquels peuvent agir ces différents facteurs de risque sur le développement de la trajectoire toxicomane. Par exemple, ces récits montrent que près de la moitié des participantes ont consommé pour la toute première fois de l'alcool (7/9) ou de la drogue (2/9) avec les parents, dans des contextes induisant souvent un rapport particulier avec la substance. Ainsi, pour trois d'entre elles, cette initiation s'est faite dans le contexte d'abus physique ou sexuel. Cinq participantes ont été initiées aux substances par leur(s) frère(s), surtout aux drogues illicites (4/5). Ces récits de la toute première consommation de substances sont souvent associés à des événements de vie stressants et la découverte que la consommation peut permettre de les soulager, et ce, en cohérence avec les stratégies utilisées dans leur milieu et le mode de vie familial. L'étude qualitative de Brunelle et de son équipe (2002) met également en lumière l'importance des événements marquants dans le récit de l'initiation de la consommation fait par des jeunes en traitement pour leur toxicomanie. Ce qui est particulier pour le sous-groupe des 21 femmes de notre étude, c'est la précocité de l'expérience d'automédication, souvent rapportée lors de la toute première consommation d'un psychotrope.

4.1.3 Initiation, progression et rechutes : les mêmes facteurs de vulnérabilité

Aussi, les récits de vie de cette étude ajoutent un autre élément nouveau à cette compréhension du processus par lequel la trajectoire toxicomane se développe. En effet, l'analyse des entrevues qualitatives permet de constater que ce sont ces mêmes facteurs de vulnérabilité impliqués lors de l'initiation qui sont reliés à la progression de la consommation et aux rechutes. Ces expériences traumatiques vécues dans l'enfance sont associées à des conséquences neurobiologiques qui affectent la capacité de gérer le stress et qui peuvent en partie expliquer le maintien à l'âge adulte de symptômes psychiatriques, tels la dépression et le syndrome de stress post-traumatiques (pour une recension des écrits, voir Bremner, 2003). De plus, ces expériences ne favorisent pas le développement d'une bonne estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, soit la perception d'être capable de faire face aux stressors de la vie. Ainsi, ces femmes tendent à vivre, dès leur enfance, des difficultés interpersonnelles et une instabilité émotionnelle tout au long de leur vie.

Ces facteurs de vulnérabilité associés aux initiations se retrouvent en ces trois principaux thèmes reliés à la fois à la progression de leur consommation et à leurs rechutes : 1) sentiment d'échec ou d'incompétence face à différentes tâches développementales, comme le départ du nid familial, le rôle maternel ou le rôle de travailleuse; 2) les difficultés interpersonnelles qui font obstacle à la capacité de gérer différents stressors reliés aux relations avec les autres, qui suscitent des conflits conjugaux, amicaux ou familiaux souvent reliés à une détresse psychologique significative et qui mènent souvent ces femmes à s'isoler et à ne

pas demander d'aide; 3) une détresse psychologique persistante souvent associée à des moments de crises récurrents se produisant lorsque ces femmes doivent faire face à des stressseurs devant lesquels elles ne savent pas comment réagir et qui ravivent souvent des blessures liées à d'anciennes expériences de pertes et de rejet.

La tendance à structurer le récit de vie autour d'événements de vie qui marquent un point tournant de la trajectoire de consommation, entrée, progression ou sortie, est également un constat de l'étude qualitative de Brunelle et collaborateurs (2002). Dans la présente étude, ces différents événements stressants se produisent dans un contexte où la SPA est facilement accessible, soit dans le milieu familial et/ou social soit encore via le partenaire amoureux qui, fréquemment, est décrit comme alcoolique, *pusher* ou grand consommateur de SPA. À tout cela s'ajoute l'effet physiologique de la SPA de nature à créer une dépendance psychologique et/ou physique.

Par ailleurs les résultats de l'étude qualitative de Guyon et de son équipe (2002) auprès de 54 mères toxicomanes en arrive également au constat que les facteurs associés à l'initiation de la consommation se retrouvent aussi dans la progression et le maintien de la consommation. Ainsi, les femmes de l'étude de Guyon et de son équipe (2002), comme les participantes de la présente étude, ont recours aux substances pour apaiser leur détresse dans un contexte stressant associé à une disponibilité de ces produits, particulièrement via le partenaire amoureux.

Bien que le lien causal entre le stress et les problèmes d'alcool et de drogues soit controversé, les femmes tendent à percevoir les événements stressants comme étant à la source de leur consommation problématique (Lex, 1991). Une étude récente auprès de femmes présentant une histoire familiale d'alcoolisme ou de troubles anxieux montre que celles-ci ont une plus grande sensibilité à l'effet anxiolytique de l'alcool, ce qui appuie partiellement l'hypothèse du recours aux substances pour gérer le stress (Sinha, Robinson & O'Malley). De plus, il a été établi que les personnes capables de gérer leur stress en faisant face à leurs difficultés plutôt qu'en utilisant des stratégies axées sur le soulagement immédiat de l'émotion consomment moins d'alcool que les autres (voir Brady & Sonne, 1999). Les 21 participantes, étant donné leur milieu familial caractérisé par la présence de multiples facteurs de risque, ne semblent pas avoir eu l'opportunité de développer de telles stratégies efficaces de gestion du stress. D'ailleurs, Castel (1994), à partir de son étude qualitative sur les sorties de la toxicomanie, en vient à la conclusion que la toxicomanie constitue un mode d'adaptation.

Les résultats de l'étude de Velasquez, Caraboni & Diclemente (1999) auprès de 132 personnes alcooliques en traitement dans un programme pour troubles mentaux concomitants vont dans le même sens. Leur étude montre que l'échelle des affects négatifs du *Brief Symptom Inventory* constitue la variable la plus reliée à l'échelle des tentations de boire tel que mesuré par un instrument validé. Ces auteurs soulignent que l'hypothèse d'automédication semble particulièrement pertinente chez les personnes alcooliques qui présentent des troubles mentaux concomitants et que leur traitement devrait viser à les aider à reconnaître leurs émotions négatives et à développer des stratégies nouvelles et

efficaces pour les gérer. Ce constat est cohérent avec le fait que les participantes de notre étude rapportent avoir de la difficulté à gérer leur détresse, particulièrement face à des événements stressants, ce qu'elles associent à l'initiation de leur consommation, le développement de leurs problèmes de substances et leurs rechutes.

4.1.4 Influence du partenaire amoureux

L'importance du partenaire amoureux sur la trajectoire de consommation constitue aussi un constat important de cette thèse. Cette influence se manifeste rapidement au cours de la trajectoire. Le tiers des participantes s'initient aux drogues dures avec leur partenaire amoureux, entre 15 et 21 ans. Ce partenaire est souvent un consommateur quotidien de narcotiques en plus d'être impliqué dans la ventes de drogues. Des enquêtes épidémiologiques canadiennes trouvent également que plusieurs femmes sont initiées à la consommation de drogues par leur conjoint alors que ce n'est pas le cas pour les hommes (voir Dell & Garabedian, 2003). Ce phénomène, peu documenté, est tout de même rapporté dans l'étude qualitative de Guyon et de son équipe auprès de 54 mères (Guyon & coll., 2002). Dans une autre étude auprès 567 héroïnomanes en traitement, 17% des femmes anglophones et 12% des femmes mexicaines rapportent avoir été initiées à l'héroïne par leur partenaire amoureux, qui est souvent un consommateur quotidien, alors qu'aucun homme ne rapporte la même chose (Anglin, Hser, & McGlothlin, 1987).

Les résultats de cette thèse permettent de mieux comprendre comment cette influence intervient. Ainsi, les participantes sont déjà engagées dans un pattern

de consommation abusive lorsqu'elles rencontrent leur partenaire amoureux. Elles tendent à rechercher des amis, dont le partenaire amoureux, qui leur donnent un accès plus facile aux substances et qui ne confrontent pas leur mode de vie. Le départ précoce du nid familial en des circonstances difficiles associé à la cohabitation avec des amis et/ou un partenaire amoureux qui abusent d'alcool et de drogues accélèrent ensuite cette progression de la consommation qui devient rapidement au centre de leur vie. L'étude de Anglin et de ses collègues (1987) en vient au même constat, étant donné qu'une forte proportion des femmes affirment aussi s'être initiées d'elle-même à l'héroïne, tout en reliant leur partenaire amoureux à l'installation de leur dépendance. Comme dans la présente étude, ces femmes sont souvent dépendantes de leur conjoint pour l'accès au produit, celui-ci étant typiquement impliqué dans des activités criminelles lucratives ou la vente de drogues.

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, l'influence du partenaire amoureux survient plus tard dans le récit des participantes, qui tendent à cohabiter, à différents moments de leur vie, avec des hommes alcooliques. Cette réalité, qui caractérise spécifiquement les femmes qui abusent de psychotropes, est bien documentée tant auprès de la population générale (voir Wilsnack et Wilsnack, 1995) qu'auprès des populations cliniques (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Par ailleurs, peu de mécanismes sont proposés dans la littérature pour expliquer cette influence. L'étude qualitative norvégienne qualitative de Vaglum et Vaglum (1987) réalisée auprès de 64 femmes alcooliques propose trois mécanismes, selon la perception subjective des participantes : 1) les problèmes

d'alcool de leur partenaire ont causé le développement de leurs propres problèmes d'alcool, via un effet d'entraînement ; 2) certaines disent avoir bu pour ne pas perdre leur partenaire ; 3) d'autres disent avoir bu pour gérer leur détresse lorsqu'elles se sont fait abandonner par leur partenaire. L'étude longitudinale de Wilsnack & Wilsnack (1995) permet de documenter l'effet des conflits conjugaux sur l'augmentation de la consommation problématique d'alcool.

L'analyse du récit de vie des 21 participantes de la présente étude permet de formuler quatre mécanismes par lesquels l'influence du partenaire amoureux semble opérer :

1) La tâche développementale que constitue la création d'une relation intime avec un partenaire amoureux peut susciter une hausse de l'estime de soi et de l'autonomie lorsque réalisée avec succès, mais être reliée à des états de dépendance, d'échec et d'incompétence lorsque mal relevée, expliquant ainsi la double influence que peut avoir ce facteur. Dans le cas d'un échec, l'alcool ou les drogues peuvent permettre à la fois une automédication de la détresse et l'évitement de la tâche angoissante d'entrer en intimité avec quelqu'un, comme l'ont relevé des participantes isolées depuis plusieurs années.

2) Les participantes présentent des difficultés interpersonnelles significatives, tel que mesurées par l'IGT et décrites dans leurs récits de vie. Les facteurs de risque dans l'enfance, notamment l'alcoolisme parental, les abus physiques et sexuels, peuvent en partie expliquer ces difficultés. Ces expériences les prédisposent à vivre des difficultés conjugales et à souffrir de dysfonctions sexuelles. En plus de l'automédication, la consommation d'alcool ou de drogues peut devenir pour

elles un moyen d'entrer en communication avec leur partenaire selon un mode de relation souvent appris dans le milieu familial.

3) Le deuil et le vide suivant la séparation du partenaire amoureux sont souvent difficiles à gérer pour ces femmes qui traînent souvent des deuils passés mal résolus et qui ont peu de relations interpersonnelles satisfaisantes pour combler ce vide. Ainsi, une séparation est souvent liée à une période de progression importante de la consommation accompagnée d'idées suicidaires récurrentes; cependant, ce même événement pourra déclencher une demande d'aide, tel un réflexe de survie et les mener vers un processus de rémission.

4) L'influence de la consommation du partenaire amoureux passe souvent par une plus grande accessibilité aux substances. On peut penser que ce facteur influence davantage les femmes que les hommes puisque, étant donné des facteurs physiologiques, les hommes en général boivent plus que les femmes; si une femme consomme la même quantité d'alcool que son conjoint, elle s'expose à davantage de risques pour sa santé physique et pour le développement d'une dépendance physique à l'alcool.

L'analyse des récits de vie permet aussi de documenter que le partenaire amoureux ne joue pas un rôle central lors du processus de rémission de ces femmes. Souvent, lorsque le partenaire amoureux est associé à une période de diminution ou d'interruption de la consommation, ce même partenaire amoureux est associé à une rechute. Ainsi, près de la moitié des participantes disent avoir rechuter parce que leur partenaire amoureux consommait des substances ou parce que celui-ci était lui-même en rechute. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Study*) auprès de 7 652 personnes

en traitement pour toxicomanie qui montre que les hommes bénéficient davantage de soutien de leur entourage pour les encourager à demander des services en comparaison des femmes. En effet, dans la présente étude auprès des 21 participantes, celles-ci tendent à rapporter du soutien de leur partenaire amoureux et de leur entourage dans un deuxième temps, suite à une demande de services et à la stabilisation de leur état, alors qu'elles sont capables de faire de nouveaux choix interpersonnels plus judicieux.

4.1.5 Influence de l'expérience de maternité

L'influence bidirectionnelle de l'expérience de maternité constitue également un constat important de cette thèse. En effet, on constate que le fait d'attendre un enfant ou d'être mère se trouve souvent à la source de la motivation à diminuer ou arrêter sa consommation de substance alors que la naissance d'un enfant et l'expérience de la maternité sont souvent associées aux rechutes et à la progression de la consommation, et ce, dans la trajectoire de vie d'une même personne. La forte prévalence des avortements vécus par les femmes de notre échantillon reflète aussi la relation conflictuelle et ambivalente que ces femmes vivent en relation avec leur expérience de maternité.

Cette thèse met particulièrement en lumière les défis importants auxquels ces femmes doivent faire face lorsqu'elles deviennent maman, souvent dans des contextes de vie difficile, comme la monoparentalité ou la présence de conflits conjugaux. La majorité du temps, ces femmes ont tenté seules de modifier leur consommation durant leur grossesse, sans avoir recours à des services. Le niveau élevé de stress associé aux responsabilités parentales devient alors très

difficile à gérer pour ces femmes qui ont peu eu l'occasion de développer des stratégies efficaces pour gérer le stress sans le recours aux substances. Par ailleurs, parmi celles qui réussissent à maintenir leur rémission, leur rôle maternel devient très significatif pour soutenir leur sentiment d'efficacité personnelle et leur estime de soi, ce rôle maternel s'insérant au cœur de leur identité reconstruite et positive.

Cette influence de la maternité sur la trajectoire toxicomane est peu documentée. L'étude de Guyon et de son équipe (2002) auprès de 54 mères toxicomanes montre également que la grossesse est une motivation importante pour changer, la peur de perdre la garde de l'enfant étant aussi significative, comme dans la présente étude. Cependant, l'étude de Guyon et de son équipe porte sur échantillon différent, soit des femmes qui ont obtenu des services au cours de leur grossesse et qui ont accouché depuis peu, ce qui donne moins accès à leur expérience de rechutes, néanmoins présentes. Tant dans cette étude que dans la présente thèse, la perte de la garde des enfants et la culpabilité face à l'enfant sont des facteurs de rechute.

Par ailleurs, dans l'étude de Guyon et son équipe (2002), les femmes reçoivent du soutien de la famille élargie suite à leur accouchement, soutien largement préféré au soutien institutionnel. Les 21 participantes de la présente étude ne rapportent pas un tel soutien, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ce sont des femmes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère. Ainsi, plusieurs de ces femmes vivent des difficultés interpersonnelles significatives, dont l'isolement. La capacité à rechercher de l'aide est d'ailleurs considérée, par

la proportion des participantes qui s'en sont sorties, comme une habileté qu'elles ont apprise au cours de leur démarche de réadaptation et qui les ont grandement aidées. On peut comprendre, étant donné leur milieu familial d'origine souvent désorganisé et instable, qu'elles n'avaient pas développé cette capacité à recherche de l'aide. De plus, la demande d'aide dans un contexte de naissance est d'autant plus difficile étant donné la peur des préjugés qui sont souvent réels (Guyon & coll., 2002 ; Jos, Perlmutter, Marshall, 2003), les approches cliniques auprès des mères toxicomanes étant fréquemment de nature punitive (Perlmutter & coll., 2003). La peur que leur enfant leur soit enlevé est très présente (Grella & Joshi, 1999).

Des enquêtes épidémiologiques canadiennes et américaines confirment certaines associations entre l'expérience de la maternité et la consommation de drogues, même si ces études ne proposent pas de mécanismes pouvant expliquer cette relation (voir Dell & Garabedian, 2003 ; SAMHSA, 2003). Ainsi, les femmes enceintes de la population générale consomment des drogues illicites en moins grand nombre que les autres femmes (voir Dell & Garabedian, 2003 ; SAMHSA, 2003), tout comme les parents, hommes et femmes, ayant la garde de leur(s) enfant(s) (voir NIDA, 1994). Comme pour les participantes de la présente étude qui vivent souvent leur rôle de mère dans un contexte de vie difficile, les parents qui consomment davantage des drogues sont ceux qui ne vivent pas en couple, qui sont sans emploi, qui n'ont pas terminé leur secondaire et qui vivent sous le seuil de la pauvreté (voir NIDA, 1994). Ce cumul d'expériences stressantes associées aux peu de ressources pour y faire face semblent les mettre particulièrement à risque de recourir aux drogues pour s'adapter à leur situation.

Les études portant sur l'influence de la maternité sur la trajectoire de consommation s'attardent davantage à la consommation de drogues que d'alcool. La présente étude ne permet pas de documenter de différences importantes concernant le lien entre la maternité et le type de substances consommées, se ce n'est au plan des déclencheurs de la demande de services. La culpabilité face au rôle de mère est davantage caractéristique des femmes qui abusent principalement d'alcool alors que pour celles qui abusent surtout de drogues, c'est la peur de perdre la garde légale de l'enfant. Étant donné la nature illicite des drogues et le style de vie déviant y étant souvent associé, ce phénomène pourrait possiblement s'expliquer par une tendance, chez les femmes qui abusent de drogues, à présenter davantage de traits antisociaux.

4.1.6 Un éclairage nouveau sur le phénomène de portes tournantes

Bien que cette thèse mette en évidence la chronicité des problèmes de ces femmes, leur processus de rémission est également mis en lumière. D'abord, l'analyse de la perspective subjective des participantes concernant leur trajectoire de services jette un éclairage nouveau sur le phénomène des « portes tournantes ». Bien que le phénomène soit réel, les participantes utilisant en moyenne 5,7 services en toxicomanie au cours de leur vie, la connotation négative de ce phénomène est remise en doute. En effet, pour les participantes, l'utilisation de ces services ne constitue pas une perte de temps et d'énergie. Elles rapportent plutôt un cumul d'effets positifs pour chaque service utilisé au cours de leur vie, allant d'une plus grande prise de conscience et d'une meilleure compréhension de leurs problèmes liés aux SPA, à une meilleure capacité de faire

confiance à un intervenant et à demander de l'aide jusqu'au sentiment d'être capable de vivre une période de leur vie sans recourir aux SPA.

Cet effet positif du cumul d'épisodes de traitement est également rapporté dans l'étude de Mercier & Alarie (2000) réalisée auprès de 15 hommes et 15 femmes toxicomanes inscrits dans un service de suivi à la communauté. Mercier & Alarie (2000) en viennent à la conclusion que ces personnes réinterprètent les démarches passées n'ayant pas donné les résultats escomptés en des étapes significatives et précoces de leur processus de réadaptation. Il se peut effectivement qu'un recadrage de la signification des événements puisse permettre de soutenir l'estime de soi et l'efficacité personnelle des participants. En même temps, ces perceptions sont aussi ancrées dans une certaine réalité étant donné que les participants de l'étude de Mercier & Alarie (2000) rapportent vivre des rechutes qui deviennent plus courtes et espacées étant donné leur nouvelle capacité à rechercher de l'aide, surtout auprès de leur intervenant. Ce processus est aussi décrit par les 21 participantes de la présente étude. Castel (1994) souligne que la décision de modifier sa consommation est très souvent accompagnée de nombreuses rechutes qui constituent en fait un cumul d'expériences menant éventuellement à un succès, jamais définitif.

En outre, cette thèse montre que ce cumul d'expériences survient, chez la même personne, à la fois via des épisodes de traitement que durant des périodes de vie où aucun service n'est utilisé. Les périodes de réduction de consommation, même lorsque non associées à une demande de services, sont reliées à une amélioration de la qualité de vie et à un plus grand espoir de réussir à vaincre ses

difficultés. De l'extérieur, ces périodes de réduction de consommation peuvent parfois passer pour des échecs lorsque l'évaluation de la situation n'est pas individualisée. Par exemple, l'évaluation du progrès d'une femme qui consomme quotidiennement de l'alcool et du cannabis prend un autre sens lorsque son récit de vie nous apprend qu'elle a arrêté de consommer de l'héroïne et de faire de la prostitution et qu'elle s'est trouvé un logement stable. Castel (1994) souligne d'ailleurs que le fait de s'en sortir est une notion bien relative qui peut être définie comme la capacité d'organiser sa vie autrement qu'en y plaçant la drogue au centre.

En somme, il est important de s'attarder à la trajectoire de services au cours de la vie des personnes alcooliques et toxicomanes. Très peu de données existent sur ce sujet, données qui sont surtout descriptives (Hser, Angli, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997). En outre, non seulement une proportion importante de personnes alcooliques et toxicomanes s'en sortent sans avoir recours à des services (Castel, 1994; Klingermann & coll., 2001), mais ceux qui utilisent des services continuent de changer entre leurs divers épisodes de traitement. Il est rare que des études, comme cette thèse, s'attardent au processus de rétablissement des personnes au cours de leur vie en tenant compte de l'ensemble des épisodes de services et de la continuité du processus de changement entre ceux-ci.

4.1.7 Déclencheurs de la demande d'aide : un effet de cumul

Comprendre ce processus de changement au cours de la trajectoire de services implique de s'attarder aux déclencheurs de demande d'aide. La majorité des

demandes de services surviennent suite à un cumul de conséquences négatives de la consommation, souvent liées à des événements de vie traduisant une perte, comme une rupture amoureuse ou la perte d'un emploi. Ce cumul de conséquences négatives est aussi l'un des déclencheurs les plus rapportés dans la littérature (Finney & Moos, 1995; Kline, 1996; Mercier & Alarie, 2000). Dans la présente étude, une forte proportion des participantes demandent de l'aide suite à une tentative de suicide, typiquement réalisée sous intoxication à l'alcool. Cette caractéristique semble spécifique à cet échantillon et peut s'expliquer en partie étant donné l'un des critères de sélection qui impliquent que toutes les participantes ont eu au moins un épisode d'hospitalisation pour des problèmes psychologiques. Par ailleurs, ces résultats soulignent l'importance de références appropriées suite à ces hospitalisations. D'ailleurs, pour les deux tiers des participantes, une référence appropriée constitue le déclencheur d'une demande de services en toxicomanie.

En outre, les résultats permettent de constater que la première demande d'aide survient plus tôt chez les 21 participantes en comparaison des 1085 femmes en traitement pour alcoolisme de l'étude de Schuckit et de son équipe (Schuckit, Daepfen, Tupp, & Moos, 1995), soit à 27,5 ans plutôt qu'à 30 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les problèmes d'inadaptation sociale sévères de ces femmes, notamment au plan de la santé mentale, accélèrent la progression de leurs problèmes de toxicomanie. D'ailleurs, il est établi que les femmes vivent une progression plus rapide de leurs problèmes de toxicomanie que les hommes et qu'elles demandent de l'aide plus tôt qu'eux (Grella & Joshi, 1999), ce qui pourrait en partie s'expliquer par le fait que les

femmes vivent davantage de problèmes psychosociaux associés. D'ailleurs, une méta-analyse de plusieurs enquêtes longitudinales (Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, Temple & Fillmore, 1991) montre que des niveaux élevés de symptômes dépressifs prédisent, chez les femmes, des niveaux élevés de consommation d'alcool et qu'à l'inverse la sévérité des symptômes dépressifs prédisent des niveaux élevés de consommation d'alcool. Ce lien bidirectionnel entre dépression et alcoolisme appuie l'hypothèse d'une progression plus rapide des problèmes de toxicomanie chez les femmes qui présentent une double problématique.

Une autre hypothèse est que les femmes tendent à demander de l'aide plus facilement pour leurs problèmes psychosociaux que pour leurs problèmes de toxicomanie, avenue qui leur facilite, dans un deuxième temps, l'accès à des services pour leurs problèmes de toxicomanie. En effet, l'étude de Anglin, Hser & Booth auprès de 567 héroïnomanes en traitement montre que l'admission en traitement des femmes étaient, en général, facilitée par un intervenant psychosocial, ce qui n'était pas le cas pour les hommes. D'ailleurs, la référence d'un professionnel constitue le déclencheur de demande de service le plus rapporté par les par les participantes de la présente étude (14/21 participantes).

Par ailleurs, l'étude de DATOS auprès de 7 652 personnes en traitement pour leurs problèmes de drogues montre que l'âge à la première demande de service est de 27,3 ans pour les femmes et de 27,4 ans pour les hommes (Grella & Joshi, 1999), ce qui est semblable à l'échantillon de 21 participantes de notre étude. L'abus et la dépendance à des drogues plus dures semblent précipiter plus

rapidement une demande d'aide, notamment étant donné les conséquences graves sur la santé physique associées. Ainsi, bien que les 21 participantes présentent principalement des problèmes d'alcool, tel que mesuré par leur IGT, elles présentent également des problèmes de drogues plus sévères en comparaison de l'ensemble des 2 661 usagers du centre de traitement de la toxicomanie sélectionné dans cette étude. Cette polytoxicomanie se reflète dans leur histoire de vie. Par exemple, une participante héroïnomane explique qu'elle a demandé de l'aide non pas parce qu'elle souhaitait arrêter de consommer, mais parce qu'elle était trop malade physiquement pour continuer.

4.1.8 Maintien de la rémission : une démarche au long cours

Bien que plusieurs rechutent, près du tiers des participantes de notre échantillon a réussi à maintenir sa rémission. L'analyse de la perception subjective de ces femmes quant aux facteurs expliquant l'interruption de leur consommation et les aspects aidants des services utilisés permet d'identifier certaines clés de leur succès et éclaire la compréhension de leur processus de rémission. D'abord, on constate que celles qui ont réussi à s'en sortir sont celles qui ont pris conscience de leur vulnérabilité et de la nécessité d'entreprendre une démarche de rémission à long terme. Cette importance de la continuité des efforts de changement ressort tant dans les témoignages sur les aspects aidants des services que lorsqu'elles explorent ce qui les ont aidées à interrompre leur consommation. Ainsi, ces femmes apprécient les services qui sont accessibles à long terme et au sein desquels elles ont tissé des liens de confiance. À ce niveau, les groupes d'entraide jouent souvent un rôle significatif.

Il semble que cette importance d'aborder le processus de rémission dans une perspective à long terme caractérise particulièrement les personnes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère associés à leur toxicomanie. Ainsi, le stade de maintien du modèle de Prochaska et DiClemente, tel que mesuré par un instrument validé, est associé à un niveau de détresse plus élevé (Velasquez & coll., 1999) et à plusieurs échelles mesurant des indicateurs de troubles de la personnalité (King, 1994). Selon Velasquez et son équipe (1999), il est difficile de savoir si ces résultats reflètent une lutte psychologique continuelle face à leurs problèmes psychologiques récurrents qui leur est aidante ou encore si ces données illustrent plutôt leur difficulté à se faire confiance et à gérer leur anxiété. Les résultats de la présente étude appuient plutôt leur première hypothèse. En effet, pour le tiers de l'échantillon qui est en rémission, la recherche de soutien, la vigilance et l'introspection au long cours sont au centre des explications subjectives qu'elles apportent pour expliquer le maintien de leur abstinence. Cette lutte continuelle pour faire face d'une nouvelle façon aux stressseurs de leur vie est associé à une hausse de leur estime de soi et de leur efficacité personnelle et non pas à un manque de confiance en leur capacité. En même temps, elles arrivent à mieux reconnaître leurs vulnérabilités, ce qui leur donne davantage de prise sur leurs problèmes et sur les moyens d'y faire face.

L'importance des groupes d'entraide, comme les *Alcooliques Anonymes*, comme moyen de rechercher de l'aide au long cours dans des moments de crise, auprès de gens avec qui un lien de confiance est établi, ressort de leurs récits de vie. Les résultats de l'étude de DATOS auprès de 927 personnes en traitement pour leur abus de cocaïne vont dans le même sens (Etheridge, Craddock, Hubbard, &

Rounds-Bryant, 1999). Dans cette étude, alors que la quantité d'entrevues individuelles et de rencontres dans des groupes d'entraide n'est pas reliée au succès thérapeutique, le fait d'assister à au moins deux rencontres d'entraide par semaine durant *l'année qui suit* le traitement est associé à de meilleurs résultats thérapeutiques au suivi d'un an. D'autres études montrent que les groupes d'entraide peuvent aider à prolonger les effets bénéfiques d'un traitement et à diminuer les effets négatifs de l'abandon précoce du traitement (voir Etheridge & coll., 1999). Par ailleurs, une récente méta-analyse de 74 études sur l'impact de la participation aux groupes d'entraide en arrive à la conclusion que les données sont divergentes et que l'effet des groupes d'entraide est mitigé (Tonigan, Toscova, & Miller, 1996).

Les résultats de notre étude qualitative permettent d'émettre quelques hypothèses pour expliquer ces résultats divergents : 1) il est possible que la participation au long cours à des groupes d'entraide soit utile seulement pour des sous-groupes spécifiques de clientèle, comme cela semble être le cas des femmes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère; 2) les résultats peuvent varier selon l'expérience vécue au sein de ces groupes qui n'offrent pas nécessairement la même qualité de services; 3) ces groupes peuvent aussi être associés à des impacts négatifs, comme le fait de rechuter avec un membre de ce groupe ou encore d'être confronté à des difficultés interpersonnelles importantes mettant à risque de rechuter; il semble donc que dans certains cas, notamment lorsqu'une personne vit des problèmes psychosociaux sévères associés à leur toxicomanie, ces groupes puissent être aidants dans la mesure où une aide professionnelle parallèle puisse permettre à la personne de mieux gérer les défis

interpersonnels associé à sa participation à ces groupes; 4) ces groupes, bien qu'aidants, peuvent parfois être insuffisants lors d'un moment de crise psychosociale. Ainsi, les participantes de notre étude, en plus d'avoir recours aux groupes d'entraide, ont demandé de l'aide à plusieurs reprises à des professionnels. Cette continuité et cette disponibilité au long cours des groupes d'entraide ne caractérisent cependant pas souvent les différents services professionnels utilisés.

4.1.9 Introspection, relations interpersonnelles et identité : au cœur du processus de rémission

Que ce soit en lien avec des services en toxicomanie ou non, les participantes en rémission rapportent un travail d'introspection à long terme qui continue, soit via un travail sur soi personnel, soit une capacité accrue à rechercher de l'aide auprès de l'entourage et des services. À cela s'ajoute une compétence accrue dans la capacité à faire des choix judicieux des personnes de leur entourage. Elles cherchent à reconnaître et légitimer leurs vulnérabilités, à mieux les comprendre et à s'outiller pour mieux les gérer. Ces vulnérabilités ont souvent trait aux difficultés interpersonnelles et à des problèmes liés à l'estime de soi, l'autonomie et l'affirmation de soi. C'est d'ailleurs toute la sphère interpersonnelle qui est la plus significative pour expliquer, selon elles, ce qui a été aidant ou difficile au cours de leur trajectoire de services.

Viennent ensuite les facteurs liés à l'individu décrits comme centraux à leur processus de rémission, tant dans leurs démarches personnelles que lorsqu'elles ont utilisé des services. Elles se sont fixé des objectifs de changement à

plusieurs niveaux, cherchant à améliorer globalement leur qualité de vie ainsi qu'à rehausser leur estime d'elles-mêmes et leur sentiment de compétence. Bref, elles ont repris contrôle de leur propre vie et se sont construit une identité positive autour de différents rôles sociaux, comme celui de mère, étudiante ou travailleuse. L'histoire de consommation et les différentes expériences douloureuses du passé ont souvent été intégrées positivement à leur identité, ces femmes prenant conscience de leurs ressources en faisant un travail sur elles-mêmes. Nous sommes donc en présence d'une constellation de facteurs qui, agissant en synergie, contribuent au maintien de la rémission.

Ces différents éléments, soit l'introspection, la sphère interpersonnelle et l'identité sont abordés, souvent de façon séparée, dans la littérature portant sur le processus de rémission des personnes toxicomanes. Les recherches quantitatives portant sur la prédiction du succès thérapeutique chez les personnes alcooliques et toxicomanes en traitement permettent surtout de documenter, parmi ces trois éléments, ceux ayant trait à la sphère interpersonnelle : de rares contacts avec des amis ou connaissances faisant partie d'une sous-culture de consommation, le soutien social (Alemi, Stephens, Llorens & Orris, 1995) et l'alliance thérapeutique (Simpson, 2003). Une étude récente montre que le sentiment d'affiliation avec ses pairs dans une communauté thérapeutique pourrait également être associé au succès thérapeutique (Dermatis, Salke, Galanter, & Bunt, 2001), résultat qui devra cependant être reproduit pour dresser des conclusions plus fermes.

L'analyse des récits de vie des 21 participantes permet de mieux comprendre l'importance et les interactions entre ces différents facteurs. Ainsi, il semble que l'alliance thérapeutique et les relations avec les pairs au sein des rencontres d'entraide ou des thérapies de groupe constituent l'élément central qui les a aidées à bénéficier des services reçus. La création de cette alliance ou de ces liens de confiance était également le principal obstacle pour cette clientèle caractérisée par des difficultés interpersonnelles marquées, dont une méfiance importante. Lors de leur admission en traitement et au cours de l'utilisation des services ou encore suite à leur décision de changer sans traitement, le fait de couper les liens avec un entourage de consommation est souvent l'une des premières stratégies utilisées.

Le soutien social intervient de façon importante seulement dans un deuxième temps, surtout pour celles qui ont réussi à maintenir leur rémission à plus long terme. La capacité de faire confiance à un intervenant sera souvent le prélude à une nouvelle façon d'aborder leurs relations interpersonnelles dans leur vie personnelle. Ce processus est cohérent avec les résultats d'une étude qui examine les liens entre l'abus sexuel, le lien d'attachement avec les parents dans l'enfance et le soutien social chez des femmes en traitement pour abus de substance (Cosden & Cortez-Ison, 1999). Dans cette étude, les femmes ayant été abusées étaient celles qui rapportaient avoir bénéficié de moins de soins de leurs parents, tel que mesuré par le *Parental Bonding Instrument*. Celles qui avaient été abusées et celles qui rapportaient un lien d'attachement plus problématique étaient celles qui abandonnaient précocement le traitement et qui percevaient recevoir moins de soutien social. Il semble donc que les difficultés

d'attachement puissent expliquer la difficulté de ces femmes à créer une alliance thérapeutique et à interagir de façon à recevoir efficacement du soutien de la part de leur entourage. Ces mécanismes reflètent ce que les participantes de notre étude nous expliquent, celles-ci ayant d'ailleurs fréquemment été abusées physiquement ou sexuellement. Par ailleurs, leur récit de vie nous apprend que le fait de vivre une expérience relationnelle différente et aidante est particulièrement bénéfique et réparateur. Ce processus est central à leur rémission.

Quant à l'introspection et à la reconstruction de l'identité au cours de la démarche qui consiste à maintenir la rémission, seulement quelques études qualitatives s'y attardent. Leurs résultats convergent avec ceux de la présente étude. Ainsi, dans l'étude de Mercier et de son équipe (2000) auprès de 30 personnes en traitement, le maintien à long terme des acquis est associé à une démarche de croissance personnelle. Dans l'étude finlandaise de Hänen & Koski-Jännes (1999) auprès de 22 hommes et 29 femmes présentant diverses dépendances, le type d'histoire qui caractérise les femmes alcooliques en rémission est celle de la croissance personnelle. Cette démarche de croissance personnelle implique, comme plusieurs participantes de notre étude, l'exploration des liens entre leur histoire familiale difficile et leurs problèmes de substances, compréhension qui leur donne une meilleure prise sur leurs difficultés présentes dans leur vie qu'elles arrivent à aborder autrement. Dans l'étude de Klingermann (1992) auprès de 60 personnes toxicomanes qui s'en sortent sans traitement, le maintien des acquis est associé à des trucs pour bâtir sa confiance en soi, à la réconciliation avec les autres et à un nouveau style de vie, comme le

fait de devenir soi-même un aidant. Reconstruire sa vie et son identité fait partie intégrante du processus de rémission à long terme, ce qui est documenté par plusieurs études qualitatives (Castel, 1994; Hänenin & Koski-Jännes, 1999; Klingemann, 1992; Kline, 1996; Mercier & Alarie, 2000).

Cette démarche reflète également le processus des participantes qui sont arrivées à maintenir leur rémission, celles-ci bâtissant leur confiance en elles, rapportant des relations interpersonnelles plus harmonieuses et adoptant un style de vie valorisant. Leur identité est reconstruite positivement autour de différents rôles, comme celui de mère, l'emploi, les études ou le fait de devenir un aidant. Ainsi, il semble que le processus de rémission à long terme des femmes présentant des problèmes d'inadaptation sociale sévère, lorsque réussi, puisse ressembler au processus des autres personnes toxicomanes. Cependant, il semble que leurs défis soient encore plus grands et que la prise de conscience de l'importance de mettre des efforts à long terme dans leur démarche de changement, ce qui inclut de demander des services au moment opportun, les caractérise davantage. D'ailleurs, des études sur l'efficacité des traitements tendent à montrer que les personnes alcooliques et toxicomanes qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale n'ont pas tant besoin de davantage de services, mais plutôt de services individualisés et variés adaptés à leurs multiples besoins qui reflètent leurs nombreux défis (voir McLellan, Alterman, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994).

4.2 Recommandations cliniques

De ces principaux constats découle la formulation de huit recommandations cliniques en vue d'améliorer les services auprès des femmes alcooliques et toxicomanes qui présentent des problèmes d'inadaptation sociale sévère

4.2.1 Services : accessibilité et continuité au long cours

Il est important, pour ce sous-groupe de femmes, d'assurer une continuité d'accès à des services spécialisés en toxicomanie. On veut ainsi faciliter le recours à de l'aide, qui sera le plus souvent ponctuelle, notamment dans les moments de crise. Il serait ainsi possible de réduire le nombre, l'intensité et la durée des moments de stress. L'établissement d'une alliance solide avec un intervenant ou une équipe de professionnels est importante puisque qu'il est difficile pour ces femmes de faire confiance à quelqu'un.

4.2.2 Plan de traitement et de services : individualisé et multidimensionnel

Comme la rémission apparaît comme tributaire d'une constellation de facteurs, les objectifs de traitement, en plus d'être fixés de manière individuelle avec ces femmes, doivent comprendre l'amélioration globale de la personne, ce qui inclut toutes les échelles de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) : alcool, drogues, relations interpersonnelles, santé psychologique, santé physique, problèmes légaux, difficultés liées à l'emploi.

4.2.3 L'abstinence : à recommander

Dans ce sous-groupe, étant donné la chronicité de leurs problèmes, l'abstinence devrait être recommandée. L'analyse des récits de vie et des IGT permet de conclure qu'une consommation modérée de SPA, par ces femmes qui vivent à répétition des moments de crise, est rarement possible ou devient un prélude à une rechute. Cela dit, même si le clinicien a la responsabilité d'informer le client de son avis clinique, il est encore plus important qu'il travaille en collaboration avec le client et ses objectifs personnels. L'approche de réduction des méfaits demeure une option préférable à une consommation problématique.

4.2.4 Maintien de la rémission : synergie d'une multitude de facteurs

Plusieurs stratégies devraient être mises de l'avant avec ces clientes pour s'assurer que la rémission se maintienne: s'intégrer à un groupe d'entraide qui corresponde à leurs besoins et trouver une marraine⁹ adéquate et digne de confiance; développer la capacité à demander de l'aide auprès de son entourage et à faire des choix interpersonnels judicieux; développer sa capacité d'introspection, notamment la capacité à identifier les moments de vulnérabilité à la rechute; développer des stratégies saines de gestion de la détresse et des émotions; favoriser le mieux-être global de la personne, notamment la capacité d'avoir du plaisir sans SPA; favoriser l'établissement d'une identité solide et positive basée sur :1) l'intégration des problèmes passés de consommation via un rôle d'aidant et/ou l'acceptation et le pardon d'erreurs passées; 2) la réussite de divers rôles sociaux, tels le rôle de mère ou l'emploi.

⁹ Les groupes d'entraide invitent leurs membres à se trouver un parrain ou une marraine à l'intérieur du groupe pour obtenir un soutien particulier de quelqu'un qui peut jouer le rôle de « modèle ».

4.2.5 Trajectoire de consommation : stratégie clinique intéressante

Il serait souhaitable d'aider ces femmes à mieux identifier leurs vulnérabilités aux rechutes. Pour ce faire, l'analyse des facteurs d'initiation et des facteurs de progression de la consommation au cours de la vie peut être utile pour aider ces femmes à prendre conscience des facteurs pouvant les mener à rechuter. Pour le clinicien, la tendance d'une cliente à s'inscrire dans des scénarios susceptibles de reproduire ces facteurs de risque devrait également constituer un signal d'alarme.

4.2.6 Traumatismes dans l'enfance : possibilité d'un travail thérapeutique à plus long terme

Pour celles ayant une capacité d'introspection et la motivation à rester plus longtemps en traitement, il serait souhaitable de les aider à comprendre l'effet de leurs traumatismes dans l'enfance sur leur détresse actuelle et sur leur trajectoire de consommation. Il s'agit donc d'un travail thérapeutique à plus long terme. Ce travail sur leur histoire devrait leur permettre de mieux identifier et gérer les facteurs de rechute. Cette démarche introspective pourrait en outre être bénéfique pour celles qui souffrent de symptômes liés au syndrome de stress post-traumatique tout en légitimant le recours à des services d'aide à long terme. Il peut être utile de préciser ici qu'avec ces clientes, l'écueil, bien connu des cliniciens, consiste à éviter de renforcer la position de victime, qui augmente la passivité, pour utiliser au contraire le traumatisme comme un levier pour soutenir un engagement personnel continu dans l'amélioration de la santé mentale.

4.2.7 Collaboration entre intervenants psychosociaux et groupes d'entraide

Les cliniciens devraient favoriser l'adhérence à des mouvements d'entraide pour permettre à ces femmes d'avoir accès à une source de soutien accessible au long cours, même si leurs approches et philosophies peuvent différer de ces mouvements. Il serait idéal que ces femmes continuent également d'obtenir de l'aide professionnelle pour les aider à gérer les enjeux relationnels propres à ces mouvements (ex. : vulnérabilité au rejet, relations amoureuses), du moins dans les premiers mois où elles joignent ces groupes. L'amélioration des habiletés interpersonnelles, qui vient à la fois de la clinique et des mouvements d'entraide, leur permettrait également de mieux choisir leur réseau de soutien.

4.2.8 Grossesse et maternité : les défis pour l'intervention

La grossesse est reliée à des interruptions de consommation souvent courtes, sans aide professionnelle, ce qui pose plusieurs défis cliniques. : 1) dépistage de problèmes de consommation par les intervenants de première ligne, particulièrement lors de grossesses; 2) interventions motivationnelles pour aider ces femmes à envisager un arrêt de consommation à long terme et à rechercher de l'aide professionnelle; 3) à la naissance, soutien professionnel, au domicile si possible, pour aider la nouvelle maman avec son nourisson et pour l'aider à développer un sentiment de compétence; 4) formation des différents intervenants pour contrecarrer les préjugés défavorables qu'ils pourraient avoir sur ces femmes et pour favoriser l'établissement d'un lien de confiance avec elles. Également, les intervenants doivent être sensibles aux besoins reliés au rôle

parental des mères alcooliques et toxicomanes qui se présentent en traitement. L'adaptation des services, qui peut être réalisée en partenariat, devrait cibler l'amélioration des compétences parentales de ces femmes ainsi que la diminution des obstacles que peuvent impliquer l'expérience de maternité sur la persistance en traitement (transport, garderie, etc.).

4.3 Limites de l'étude et avenues de recherche

Il est important de souligner que la présente recherche est de type exploratoire et ne vise ni ne permet d'établir des liens de cause à effet. De plus, les résultats portent sur un sous-groupe spécifique de femmes toxicomanes et, de ce fait, ne peuvent être généralisés à l'ensemble des femmes toxicomanes qui se présentent en traitement. Les caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon étudié sont cependant connues et peuvent être comparées à l'ensemble des femmes ayant ces caractéristiques qui se présentent dans un centre public de traitement de la toxicomanie. En effet, selon l'IGT, les participantes présentent des problèmes de drogues, psychologiques, légaux, d'emploi, médicaux, familiaux et interpersonnels plus graves que l'ensemble des usagers admis en traitement dans un centre public de traitement de la toxicomanie de Montréal. Comme les caractéristiques des 21 femmes de cette étude sont comparables aux 219 femmes qui constituent l'ensemble du sous-groupe sélectionné, il est possible de comparer nos femmes à celles qui présentent des caractéristiques similaires. Par ailleurs, il faut être prudent dans la généralisation des résultats. En effet, bien que l'échantillon soit représentatif du sous-groupe de 219 femmes présentant des indices d'inadaptation sociale sévère lors de l'admission en traitement, seulement 39 clientes sur les 219 ont pu être rejointes. Il est possible que celles-ci divergent

sur des dimensions non mesurées. Par exemple, celles qui n'ont pu être rejointes étaient-elles davantage absentes étant donné qu'elles occupaient un emploi à temps plein ou au contraire parce que leur état était davantage instable?

La rareté des travaux consacrés à cette problématique (el-Guebaly, 1995; Santé Canada, 1995; Zucker, Fitzgerald, & Moses, 1995) justifie le recours à une étude descriptive exploratoire. Également, les méthodologies qualitatives permettent de tenir compte de la multiplicité des variables impliqués dans le processus de changement de ces femmes toxicomanes ainsi que des interrelations entre ces variables (Santé Canada, 1995), ce que ne permet pas de faire les études expérimentales. L'importance de trianguler les méthodologies qualitatives et quantitatives et de recourir à l'étude des trajectoires pour mieux comprendre le processus de changement des toxicomanes font également consensus (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Berkowitz, Brindis, & Clayson, 1996; Broekaert, Raes, Kaplan, & Coletti, 1999; Brooks, 1994; Stahler, & Cohen, 2000). La présente étude a permis de mieux connaître la trajectoire toxicomane et de services de ces femmes en plus de proposer une compréhension des différents mécanismes de changement pouvant expliquer le développement de leur toxicomanie et leur processus de rémission. Les données quantitatives prospectives fournies par l'IGT, qui viennent compléter les données qualitatives, permettent de fournir un portrait plus robuste de ces trajectoires.

Par ailleurs, la nature rétrospective des récits de vie peut affecter la validité des informations recueillies, notamment un biais de perception selon lequel, par exemple, les participantes ont pu tenter de réinterpréter les événements passés

pour préserver leur estime d'elles-mêmes. L'implication dans des mouvements comme les AA a également pu teinter leurs perceptions. De fait, l'analyse de ces biais permet de mieux comprendre la réalité subjective de ces femmes et permet donc de mieux les comprendre.

Il est important de continuer d'étudier le processus de rémission de femmes toxicomanes présentant des problèmes graves d'inadaptation sociale. Le recours à une méthodologie quantitative uniquement ne peut pas permettre de comprendre la complexité et la synergie des différents facteurs impliqués. Ainsi, la triangulation des méthodes qualitatives et quantitatives est essentielle à cette meilleure compréhension.

Cette étude a également permis de mettre en lumière les besoins pour des travaux de recherche futurs. Il serait important d'étudier la contribution des différents services et les tentatives de changement sans recours à de l'aide professionnelle comme une seule entité plutôt que deux domaines d'étude séparés, étant donné que c'est la synergie de ces facteurs qui contribuent à la rémission. Le recours à des données longitudinales et à une perspective d'histoires de vie devrait être en outre favorisé. La comparaison de différents sous-groupes de personnes alcooliques et toxicomanes pourrait permettre de mieux connaître la spécificité du processus de changement et des besoins des différents types de clientèle. Par exemple, il serait judicieux de comparer les hommes aux femmes qui vivent les mêmes difficultés ou encore d'explorer les différences entre des sous-groupes avec ou sans troubles concomitants. Enfin, nous avons besoin de mieux comprendre la contribution et les interrelations entre la multitude d'acteurs

impliqués dans ce processus de rémission: les femmes toxicomanes, les cliniciens, les conjoints et les proches.

Références

(pour les sections introduction, méthodologie et conclusion)

- Alemi, F., Stephens, R.C., Llorens, S. et Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes : Expected Treatment Outcome Scale. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 483-509.
- American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anglin, M.D., Hser, Y-I., Booth, M.W. (1987). Sex differences in addict careers. 4. Treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 253-280.
- Anglin, M.D., Hser, Y-I., McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 253-280.
- Arfken, C. L., Klein, C., di Menza, S., & Schuster, C. R. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. Journal of Substance Abuse Treatment, 20, 53-57.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Battjes, R.J., Onken, L.S., & Delany, P.J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. Journal of Clinical Psychology, 55(5), 643-657.
- Beaucage, B., Forget, J. et Boucher, G. (1999). Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Berkowitz, G., Brindis, C., & Clayson, Z. (1996). Using a multimethod approach to measure success in perinatal drug treatment. Evaluative Health Professions, 19(1), 48-67.

- Bohman, M., Sigvardsson, S., & Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted women. Archives of General Psychiatry, 38, 965-969.
- Bordeleau, M.; Perron, B. (2003). Consommation d'alcool et de drogue. In Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec. Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire. (pp. 135-173). Québec : Institut de la statistique de Québec, Gouvernement du Québec.
- Boutin, G. (1997). L'entretien de recherche qualitatif. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brady, K.T., & Sonne, S.C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. Alcohol research and Health, 23(4), 263-272.
- Bremner, J.D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12(2), 271-92.
- Brochu, S. (1995). Drogue et criminalité, une relation complexe. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L. et Landry, M. (1996). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Manuscrit non publié.
- Brochu, S., Bergeron, J., Nadeau, L., & Landry, M. (1999). Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes : suite à la première demande. Demande de subvention au *Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche*. Manuscrit non publié.

- Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp.73-94). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D., & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an Overview. European Addiction Research, 5(1), 21-35.
- Brooks, C.R. (1994). Using ethnography in the evaluation of drug prevention and intervention programs. International Journal of Addiction, 29(6), 791-801.
- Broome, K.M., Simpson, D.D., & Joe, G.W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 127-135.
- Brown, T.G. & Wood, M.A. (2002). Abus de substances: tous les traitements se valent-ils? Québec : Gouvernement du Québec.
- Brunelle, N., Cousineau, M-M., & Brochu, S. (2002). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. Drogues, santé et société, 1(1), 1-20.
- Canadian Center on Substance Abuse (CCSA) (1999) Canadian profile : Alcohol, tobacco and other drugs. Ottawa: CCSA.
- Carey, K. et Correia, C.J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. Journal of Studies on Alcohol, 58, 100-105.
- Caste, R. (1992). Les sorties de la toxicomanie. Paris : GRASS-MIRE.

- Castel, R. (1994). Les sorties de la toxicomanie. *In* A. Ogian & P. Mignon (Eds). La demande sociale de drogues, (pp.23-30). Paris : La documentation française.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., & Sivargdson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse : Cross-fostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry, 38, 861-868.
- Cosden, M. & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 16(2), 149-155.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.
- Dell, C.A.,& Garabedian, K. (2003). Canadian Community Epidemiology Network on drug use (CCENDU) : 2002 national report. Ottawa : Canadian Center on Substance Abuse.
- Dermatis, H., Salke, M., Galanter, M., & Bunt, G. (2001). The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. Journal of Substance Abuse Treatment, 21(2), 105-110.
- Desjardins, S. (1996). Les coûts de l'abus des substances au Québec. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Deslaurier, J.-P. (1991). Recherche qualitative. Guide pratique. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Downs, W.R. et Miller, B.A. (1998). Relationship between experiences of parental violence during childhood and women's self-esteem. Violence Victims, 13(1), 63-77.

- Dufour, M., Nadeau, L. et Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : État de la question. Child Abuse and Neglect, 24(6), 781-797.
- Dunn, M.G., Tarter, R.E., Mezzich, A.C. Vanyukov, M., Kirisci, L., Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. Clinical Psychology, 22(7), p.1063-1090.
- Eland-Goossensen, A., van de Goor, I.A. et Garretsen, H.F. (1997). Heroin addicts in the community and in treatment compared for severity of problems and need for help. Substance Use and Misuse, 32, 1313-1330.
- el-Guebaly, N. (1995). Alcohol and polysubstance abuse among women. Canadian Journal of Psychiatry, 40, 73-79.
- Erickson, F.(1986). Qualitative methods in research on teaching. In M.C. Wittrock (ED). *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, p.162-213.
- Etheridge, R., Craddock, S.G., Hubbard, R.L., & Rounds-Bryant, J.L. (1999). The relationship of counselling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 99-112.
- Evertson, C. & Green, J.L.(1986). Observation as inquiry and method. In M.C. Wittrock (ED). *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, p.162-173.
- Fillmore, KM, Hartka, E., Johnstone, B.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M.M. et Temple, M.T. (1991). A meta-analysis of life-course variation in drinking. British Journal of Addiction, 86, 1221-1268.
- Finney, J.W. et Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse : a stress and coping model. Addiction, 90, 1223-1240.

- George, A.A. et Tucker, J.A. (1996). Help-seeking for alcohol-related problems : social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or Alcoholics Anonymous. Journal of Studies on Alcohol, 57, 449-457.
- Gorman, D.M. (1990). Types of life events and the onset of alcohol dependence. British Journal of Addiction, 85, 71-79.
- Gorman, D. M. & Brown, G.W. (1992). Recent developments in life-events research and their relevance for the study of addictions. British Journal of Addiction, 87, 837-849.
- Glantz, M.D. & Pickens, R.W. (1992). Vulnerability to drug abuse : Introduction and overview. In M. Glantz & R. Pickens (EDS). *Vulnerability to drug abuse*. Washington DC : American Psychological association, p. 1-15.
- Guyon, L. & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies, 1, 61-81.
- Grella, C.E. & Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national drug abuse treatment outcome study. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25(3), 385-406.
- Guyon, L., De Koninck, Morissette, P., Ostoj, M., & Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité. Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée. Drogues, santé et société, 1(1), 1-25.
- Guyon, L., & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies, 1, 61-81.

- Hammer, T. et Vaglum, P. (1989). The increase in alcohol consumption among women : a phenomenon related to accessibility or stress? A general population study. British Journal of Addiction, 84, 767-775.
- Hänninen, V., & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. Addiction, 94(12), 1837-1848.
- Hartka, E., Johnstone, B.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M., Temple, M.T. et Fillmore, K.M. (1991). A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. British Journal of Addiction, 86, 1283-1298.
- Hartnoll, R. (1992). Research and the help seeking process. British Journal of Addiction, 87, 429-437.
- Hasin D, Grant BF, Weinflash J. (1988). Male/female differences in alcohol-related problems: alcohol rehabilitation patients. International Journal of Addictions, 23, p.437-448.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, 64-105.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.
- Hser, Y-I., Anglin, M.D., & Booth, M.A. (1987). Sex differences in addict careers. 3. Addiction. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 231-251.
- Hser, Y-I., Anglin, M.D., & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(1 & 2), 33-57.

- Hser, Y.-I., Anglin, M.D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. Journal of substance abuse and treatment, *14*(6), 543-558.
- Hser, Y., Joshi, V., Anglin, M.D., & Fletcher, B.W. (1999). Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. American Journal of Public Health, *89*(5), 666-671.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., & Anderson, J. (2003). Overview of 5 years follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). Journal of Substance Abuse and Treatment, *25*, 125-134.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., & Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: a natural study effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Johnstone, B.M., Leino, E.V., Ager, C.R., Ferrer, H. et Fillmore, K.M. (1996). Determinants of life-course variation in the frequency of alcohol consumption : meta-analysis of studies from the Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. Journal of Studies on Alcohol, *57*, 494-506.
- Jos, P.H., Perlmutter, M., & Marshall, M.F. (2003). Substance abuse during pregnancy: clinical and public health approaches. Journal of law, medicine & ethics, *31*(3), 340-350.
- Kandel, D.B. (1980). Drug and drinking behavior among youth (1980). Annual Review of Sociology, *6*, 235-285.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, & Kendler KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, *51*(1), 8-19.

- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17-31.
- Kirk, J. & Miller, M.L. (1986). Reliability and validity in qualitative research. Beverly Hill: Sage publishing, inc.
- Kline, A. (1996). Pathways into drug user treatment : the influence of gender and racial/ethnic identity. Substance Use & Misuse, 31, 323-342.
- Klingemann, H. K.-H. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. The International Journal of the Addictions, 27, 1359-1388.
- Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Ellinstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgings, D., Hunt, G., Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M., & Tucker, J. (2001). Promoting self-change from problem substance use. Practical implications for policy, prevention and treatment. London: Kluwer Academic Publishers.
- Kolonel, L.N. et Lee, J. (1981). Husband-wife correspondence in smoking, drinking and dietary habits. American Journal of Clinical Nutrition, 34, 99-104.
- Laflamme-Cusson, T. Guyon, L. et Landry, M. (1994). Analyse comparée de la clientèle des trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. Cahiers de recherche du RISQ. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- Langeland, W. et Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism : A review. Journal of Studies on Alcohol, 59, p.336-348.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1996). La recherche qualitative : Fondements et pratiques, 2e édition. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Lex, B.W. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. Health psychology, *10*, 121-132.
- Marlatt, G.A. (1999). Alcohol, the Magic Elixir. In S. Peele & M. Grant, (Eds.): Alcohol and Pleasure: a Health Perspective, (pp.233-249). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). Addicts's narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. Social Science & Medecine, *50*, 1501-1510.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Metzger, D.S., Grissom, G.R., Woody, G.E. Luborsky, L., & O'Brien (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *62*(6), p. 1141-1158.
- Mercier (2001). Addiction trajectories. Papier présenté dans le cadre du *Senate Committee on Illegal Drugs*, décembre 2001, Ottawa. Disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/ille-e/Presentation-e/mercier-e.htm>
- Mercier, C. & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. In P. Brisson. L'usage des drogues et toxicomanie. Volume III. (p.336-349). Montréal: Gaëtan Morin.
- Mercier, C., Corin, E., & Alarie, S. (1999). Le parcours de réinsertion chez des personnes sans-abri, alcooliques et toxicomanes. Verdun : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1994). Qualitative data analysis, second edition. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- Miller, B.A. et Downs, W.R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. In M. Galanter (éd). Recent developments in alcoholism, volume 12 : women and alcoholism (pp. 81-101). New-York : Plenum press.
- Moncrieff, J. et Farmer, R. (1998). Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. Alcohol and Alcoholism, 33, 592-601.
- Nadeau, L., Landry, M., & Cournoyer, L-G (2001). Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité : toxicomanie-troubles mentaux. Rapport de recherche. Bibliothèque nationale du Canada.
- Nadeau, L., Landry, M., & Cournoyer, L-G. (en préparation). When change does not occur in the expected direction : treatment outcome results.
- Nadeau, L. (1990). Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs. Revue canadienne des sciences du comportement, 22, 433-444.
- Nadeau, L. (1994). Les femmes et l'alcool : état de la question. In P. Brisson. L'usage des drogues et la toxicomanie. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Nadeau, L. (2001). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. (pp. 45-71). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1994). Substance abuse among women and parents. Rapport No 271-89-8325 disponible sur internet. <http://aspe.hhs.gov/hsp/cyp/xsfamdrng.htm>.
- Parker, D.A., Parker, E.S. et Wolz, M.W. (1980). Sex roles and alcohol consumption : a research note. Journal of Health Social Behavior, *21*, 43-48.
- Penick, E.C., Nickel, E.J., Cantrell, P.F., Powell, B.J., Read, M.R., & Thomas, M.M. (1990). The emerging concept of dual diagnosis : an overview and implications. Journal of Chemical Dependency Treatment, *3*, 1-54.
- Perkins, H.W. (1999). Stress-motivated drinking in collegiate and post-collegiate young adulthood : life course and gender patterns. Journal of Studies on Alcohol, *60*, 219-227.
- Pettinati, H.M., Pierce, J.D., Belden, P.P., & Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. American Journal of Addiction, *8(2)*, 136-147
- Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychology, *13(1)*, 47-51.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin.
- Rogers (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Roy, E., Nomm, E., & Haley, N. (2000). L'injection de drogues chez les jeunes de la rue. *In* P. Brisson. L'usage des drogues et toxicomanie. Volume III. (p.336-349). Montréal: Gaëtan Morin.

- Santé Canada (1995). Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes au Canada. Publié dans le cadre de la stratégie antidrogue, PDF.
- Santé Québec (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, volume 1. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Santé Québec (1995). Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Schuckit, M.A., Daepfen, J.B., Tipp, J.E., Hesselbrock, M. et Bucholz, K.K. (1998). The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. Journal of Studies on Alcohol, 59, 581-590.
- Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Drug abuse among alcoholics women. American Journal of Psychiatry, 136, 607-611.
- Sher, K.J. (1993). Children of alcoholics and the intergenerational transmission of alcoholism: a biopsycosocial perspective. In J.S. Baer, G.A. Marlatt, & R.J. McMahon (Eds). Addictive behaviors across the life span.. (pp.3-33). Newbury Park: Sage Publications.
- Shore, E.R. (1985). Alcohol consumption rates among managers and professionals. Journal of Studies on Alcohol, 46, 153-156.
- Shore, E.R. (1992). Drinking patterns and problems among women in paid employment. Alcohol Health Research World, 16, 160-164.

- Simpson, D.D. (2003). Methods & findings from DATOS: Evaluating outcomes and Process. The effectiveness of interventions for addictions, NIH International Conference, 1er avril, Rome.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., & Brown, B.S. (1997). Length of stay in treatment and follow-up outcomes in DATOS. Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4), 294-307.
- Simpson, D.D., Joe, L.J., Lehman, W.E.K., & Sels, S.B. (1986). Addiction careers: etiology, treatment and 12 years follow-up outcomes. Journal of Drug Issues, 16(1), 107-121.
- Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse :: An overview of the DARP research program. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2 (1), 7-29.
- Single, E. Robson, L., Xie, X., & Rehm, J. (1996). Le coût de l'abus des substances au Canada. Toronto : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Sinha, R., Robinson, J., & O'Malley, S. (1998). Stress response dampening: effects of gender and family history of alcoholism and anxiety disorders. Psychopharmacology, 137, 311-320.
- Stahler, G.J., & Cohen, E. (2000). Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. Journal of Substance Abuse and Treatment, 18(1), 1-8.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. Clinical Psychology Review, 12 (1): 93-116.
- Statistique Canada (1996). Canada's alcohol and other drugs survey. Ottawa : Statistique Canada.

- Statistique Canada (2000). National Population Health Survey. Household Component – Cross-sectional. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2003). National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). Washington : SAMHSA.
- Tarter, R.E., Hegedus, A.M., & Gavaler, J.S. (1985). Vulnerability to alcoholism in men: a behavio-genetic perspective. Journal of studies on alcohol, 46, 259-261.
- Timko, C., Finney, J.W., Moos, R.H. et Moos, B.S. (1995). Short-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 56, 597-610.
- Tucker, J.A. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. Addiction, 90, 805-809.
- Tomasson K, Vaglum P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics : a prospective study of a nationwide representative sample. Addiction, 93(3), 423-431.
- Turnbull, J. E., & Gomberg, S. L. (1988). Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 12, 374-381.
- Vaglum, S. et Vaglum, P. (1987). Partner Relations and the Development of Alcoholism in Psychiatric Patients. Acta psychiatrica Scandinavica, 76, 499-506.
- Van der Maren, J.M. (1996). Méthodes de recherche pour l'éducation, 2e édition. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

- Velasquez, M.M., Carbonari, J.P., & DiClemente (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism : the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. Addictive Behaviors, 24(4), 481-496.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R.E., & Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. *In* P. Brisson (Ed.). L'usage des drogues et la toxicomanie. (pp. 279-313). Montréal: Gaëtan Morin.
- Vitaro, F., Assaad, J.M. & Carbonneau, R. (2004). Les enfants de parents affectés d'une dépendance: Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Walter, H., Guitierrez, K., Ramskogler, K., Hertling, I., Dvorak, A., & Lesch, O.M. (2003). Gender-specific differences in alcoholism : implications for treatment. Archives of women's mental health, 6, p. 253-258.
- Westermeyer, J., & Boedicker, B.A. (2000). Course, severity, and treatment of substance abuse among women versus men. American Journal of drug and alcohol abuse, 26(4), p. 523-535.
- Wiesbeck, G.A. (2003). Gender specific issues in alcoholism : Introduction. Archives of women's mental health, 6(4), 223-224.
- Wilsnack, R.W. et Cheloha, R. (1987). Women's roles and problem drinking across lifespan. Social Problems, 34, 231-248.
- Wilsnack, S.C., Klassen, A.D. et Schur, B.E. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problem drinking : a five-years longitudinal analysis. American Journal of Public Health, 81, 305-318.

- Wilsnack, R.W. et Wilsnack, S.C. (1992). Women, work, and alcohol : failures of simple theories. Alcohol and Clinical Experimental Research, 16, 172-179.
- Wilsnack, S.C. et Wilsnack, R.W. (1995). Dinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends. In M. Galanter. Recent Developments in Alcoholism, volume12, alcoholism and women. New York : Plenum Press.
- Zapert, K., Snow, D.L. & Tebes, J.K. (2002). Patterns of substance use in early through late adolescence. American Journal of Community Psychology, 30(6), 835-852.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., & Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholism : a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen. Developmental Psychopathology, volume 2 : Risk, Disorder, and Adaptation, (pp.677-711). Toronto : John Wiley, & Sons, Inc.

Annexe 1

Questionnaire

Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)

Date de la dernière entrevue

Année			mois		jour	

Date de l'entrevue

Année			mois		jour	

Heure début

hrs		min	

Heure fin

hrs		min	

Centre de passation : 1

1 - Centre Dollard-Cormier
(anciennement Domrémy-Montréal/Préfontaine /Alternative)

Code contact : 1

1 - En personne
2 - Téléphone

Catégorie : 2

1 - AEO (T1)
2 - suivi après (1991-1995) (T2)

Nom du répondant : _____ liv

Numéro questionnaire

--	--	--	--	--

Numéro dossier clinique

--	--	--	--	--

Numéro de code de l'interviewer

1 - Karine Bertrand
2 - Véronique Noël-De-Tilly

Âge

--	--

Sexe 2

1 - Homme
2 - Femme

Recherche : 7

1 - RISQ
2 - Persévérance
3 - RISQ + Persev
4 - Grands buveurs (SQ)
5 - Toxic Justice
6 - Toxicomanie et Santé Mentale
7 - Trajectoire toxicomane (FCAR)

Ethnie : _____

1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution?

1 - Oui
2 - Non

Si oui laquelle?

N/A (si non, à la question précédente)

1. Prison, maison de transition
2. Traitement alcool ou drogues (ex., centre de réadaptation ou désintoxication)
3. Traitement médical (ex. hôpital)
4. Traitement psychiatrique (ex., centre de crise)
5. Ressources d'hébergement (ex., pour femmes victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri, résidences d'accueil)
6. Autres : (spécifiez) _____

2. Combien de jours?

N/A (si non à la question 1)

CONSIGNES

- Les codes «9» (ou «99», «999», «9999») sont utilisés pour «NSP = ne sait pas» ou «refus = refus de répondre».
 - Le N/A signifie «ne s'applique pas».
 - Items utilisés pour le calcul des scores composés
- Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication «allez à»). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possible.

Utilisez la grille suivante pour répondre à ces questions.

	30 dern. jours	
▶		
1. Alcool (toute utilisation)		
2. Alcool (jusqu'à intoxication)		
3. Héroïne		
4. Méthadone		
5. Autres opiacés/analgésiques		
6. Barbituriques		
7a) Autres séd./hypn./tranquillisants		
7b) Antipsychotiques/antidépresseurs/lithium		
8. Cocaïne		
9. Amphétamines		
10. Cannabis		
11. Hallucinogènes		
12. Inhalants		

▶ 13. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool) 30 dern. jours

--	--

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :
 9998 = 9998\$ et +
 9999 - NSP ou refus

▶ ■ pour de l'alcool?

--	--	--	--

■ pour des drogues?

--	--	--	--

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

▶ ■ des problèmes d'alcool?

--	--

▶ ■ des problèmes de drogues?

--	--

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

▶ ■ ces problèmes d'alcool?

▶ ■ ces problèmes de drogues?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

- ▶ ■ ces problèmes d'alcool?
- ▶ ■ ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. ■ parce que l'usager dissimule la vérité?
 1-Oui 2-Non
27. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
 1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

1. Combien de fois depuis votre dernière évaluation IGT ___/___/___/ avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique?

(Y compris *surdoses* et *délirium tremens*; excluant désintoxication)

00 - aucune hospitalisation

98 - 98 hospitalisations et plus

99 - NSP ou refus

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie?

1-Oui 2-Non

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique?

1-Oui 2-Non

►8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

►9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique?

►10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. ■ parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1-Oui 2-Non

13. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?

1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

RELATIONS FAMILIALES/INTERPERSONNELLES

1. Êtes-vous présentement...?
1. Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)
 2. Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)
 3. Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 4. Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 5. Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre
 6. Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)

2b. Êtes-vous satisfait de cette situation?

1-Oui 2-Non 3-Indifférent

- 9. Au cours des 30 derniers jours avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relation avec?

Mère biologique	<input type="checkbox"/>	1 - Oui 2 - Non 9 - NSP ou refus N/A - ne s'applique pas car l'utilisateur n'a aucune personne du type mentionné (par exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée
Mère adoptive	<input type="checkbox"/>	
Père biologique	<input type="checkbox"/>	
Père adoptif	<input type="checkbox"/>	
Frères	<input type="checkbox"/>	
Soeurs	<input type="checkbox"/>	
Conjoint	<input type="checkbox"/>	
Enfants	<input type="checkbox"/>	
Autres parents imp.	<input type="checkbox"/>	
Amis	<input type="checkbox"/>	
Voisins	<input type="checkbox"/>	
Collègues de travail	<input type="checkbox"/>	

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :

- a) avec votre famille?
- b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille)

QUESTIONS 18-21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

- 18. ■ vos problèmes familiaux?
19. ■ vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)?

Dans quelle mesure vous semble-t-il important de obtenir un traitement ou de l'aide pour :

- 20. ■ vos problèmes familiaux?
21. ■ vos problèmes de relation avec les autres?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

23. ■ parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non
24. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

Avez-vous connu une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :

- 2. eu une dépression grave? (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes.

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 3. souffert d'anxiété ou de tensions graves? (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable, (pendant au moins 2 semaines)).

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 4. souffert d'hallucinations? (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 5. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension? (pendant au moins 2 semaines)

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

Avez-vous connu une période, RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES, au cours de laquelle vous avez :

- 6. éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 9. tenté de vous suicider? lviii

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 10. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

QUESTIONS 12 ET 13 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

- 12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologique ou émotionnels?

- 13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'être traité pour ces problèmes psychologiques?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

21. ■ parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non

22. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

- ▶ 4. Avez-vous un permis de conduire valide?
 - 1-Oui
 - 2-Non, permis non renouvelé
 - 3-Non, permis suspendu
 - 4-Non, n'en a jamais eu

- ▶ 5. Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile?
 - 1-Oui 2-Non
 - (codez 2, si pas de permis valide)

- ▶ 11. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir)?

Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes?
 9998 = 9998\$ et +, 9999 = NSP ou refus

- ▶ 12. Emploi (revenu net)
 - 13. Prestations de chômage
 - 14. Aide sociale
 - 15. Pension, prestations CSST, RRQ, IVAC, SAAQ, allocations familiales, pension alimentaire
 - 16. Conjoint, famille ou amis, prêts et bourses, revenus imprévus tels TPS, retour d'impôts, loterie.
 - ▶ 17. Sources illégales

 - 19. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?
- 00 - aucun jour (inclut : aucune recherche d'emploi)

QUESTIONS 20 ET 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

- 20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi?

- 21. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

- 28. ■ parce que le répondant dissimule la vérité?
 - 1-Oui 2-Non

- 29. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
 - 1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

SITUATION JUDICIAIRE

2. Présentement, êtes-vous...?

- 1. en libération conditionnelle
- 2. en probation
- 3. en maison de transition
- 4. autres (ex.: prison, pénitencier): _____
(spécifiez)
- 5. aucune mesure légale

► 24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?

1-Oui 2- Non (allez à la Q. 27)

si oui, êtes-vous :

- 1. en instance d'inculpation?
- 2. en attente de procès?
- 3. en attente de sentence?

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu?

--	--

► 28. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit?

--	--

QUESTIONS 29 ET 30 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE. (0 À 4)

► 29. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves? (exclure les problèmes civils)

► 30. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

lx

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés?

32. ■ parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1-Oui 2-Non

33. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?

1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

Commentaires additionnels:

Page, question	Commentaires:

Annexe 2

Grille d'entrevue

Plan de l'entrevue semi-structurée

1- Enfance et adolescence

- Cognitions, sentiments et événements concrets liés à
 - la relation avec la mère, le père, la fratrie, les pairs et tout autre personne significative pour le sujet (marraine, professeur, etc.)
 - les premières relations amoureuses
 - l'expérience scolaire
 - l'occurrence de toute forme d'abus ou de négligence
 - toute expérience de placement

- Circonstances, cognitions et sentiments entourant tout événement significatif pour l'interviewée (ex.: décès d'un parent, déménagement, divorce, arrivée à l'école secondaire...)

2- Initiation de la consommation

- Circonstances:
 - âge, type de substance, méthode d'administration, effets atteints et évaluation de ces effets par l'interviewée (plaisant/déplaisant)
 - la présence (s'il y a lieu) de personnes impliquées dans l'initiation de la consommation de l'interviewée (ex.: pairs, conjoint,...)

- Perceptions, sentiments et comportements entourant les sources de motivation à initier la consommation identifiées par l'interviewée

- Cognitions, sentiments et comportements se rapportant au contexte de vie de l'interviewée durant la période d'initiation à la consommation :
 - événements de vie significatifs pour l'interviewée
 - implication dans des activités criminelles
 - sous-culture: l'initiation de sa consommation est-elle encouragée, réprimandée ou laisse-t-elle indifférente par les gens qui vous entourent (amis, famille, etc.)?
 - Source de revenu (emploi rémunéré, crime, aide sociale, etc.)

3- Trajectoire toxicomane

- Histoire de consommation (type de substance, moyen d'administration, quantité, fréquence) de l'initiation de la consommation jusqu'au moment de l'entrevue
- Facteurs qui, selon l'interviewée, ont contribué au maintien de sa consommation et les cognitions, sentiments et comportements s'y rattachant
- Pour chaque variation de la consommation (progression, régression, interruption, rechute), les facteurs qui, selon l'interviewée, ont contribué à cette variation et les cognitions, sentiments et comportements s'y rattachant
- Contexte de vie tout au long de leur trajectoire toxicomane et les cognitions, les sentiments et les comportements s'y rapportant :
 - l'environnement et la sous-culture de l'interviewée (le conjoint, les enfants, la famille élargie, les amis et les connaissances; climat social et valeurs véhiculées, etc.)
 - événements de vie significatifs pour l'interviewée (ex. : grossesse, naissance d'un enfant, divorce, nouvelle relation amoureuse, deuil, occurrence d'une maladie physique ou mentale)
 - implication dans des activités criminelles (prostitution, vente de drogues,...)
 - source de revenu (emploi rémunéré, aide sociale, crime, etc.)

4- Aide reçue tout au long de leur trajectoire toxicomane

Réseau social informel

- perceptions, sentiments et comportements liés à l'aide reçue par les membres de leur réseau social (faire spécifier le type d'aide reçue par des exemples concrets)
- influence perçue de l'aide reçue sur la trajectoire de réadaptation
- perceptions, sentiments et comportements liés aux aspects nuisibles associés aux membres du réseau social (faire spécifier par des exemples concrets)
- Influence perçue de ces aspects nuisibles associés au réseau social sur la trajectoire de réadaptation
- évaluation de l'aide reçue: niveau de satisfaction, aspects décevants et satisfaisants

Services publics médicaux et sociaux et services privés en toxicomanie, services communautaires et groupes d'entraide

- description des services dont a bénéficié l'interviewée
- contexte, durée, fréquence et moment de l'utilisation de ces services
- explorer, en ce qui concerne 1- les services reçus à Dollard Cormier entre 1991 et 1995, 2- les services reçus subséquents à Dollard Cormier et 3- les services perçus comme étant particulièrement significatifs (aidants ou nuisibles) :
 - les motivations ayant amené l'interviewée à chercher ou accepter le service
 - les sentiments, cognitions et comportements en lien avec l'utilisation du service
 - les aspects du service perçus comme aidants
 - les aspects du service perçus comme nuisibles
 - l'impact perçu de ces services sur la trajectoire de réadaptation
 - les motifs de l'arrêt de l'utilisation du service et sentiments associés
 - l'évaluation de l'aide reçue: niveau de satisfaction, aspects décevants et satisfaisants

Annexe 3

Grille de codification

GRILLE DE CODIFICATION

1. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

2. ADOPTION

2.1 Facteurs de risque

- 2.1.1 Environnementaux
- 2.1.2 Familiaux
- 2.1.3 Personnels
- 2.1.4 Subjectifs

2.2 Facteurs de protection

- 2.2.1 Environnementaux
- 2.2.2 Familiaux
- 2.2.3 Personnels
- 2.2.4 Subjectifs

3. PARCOURS

3.1 Facteurs d'initiation

- 3.1.1 Événements de vie
- 3.1.2 Substance
- 3.1.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
- 3.1.4 Personne
- 3.1.5 Environnement et sous-culture
- 3.1.6 Description (initiation)

3.2 Facteurs de maintien

- 3.2.1 Événements de vie
- 3.2.2 Substance
- 3.2.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
- 3.2.4 Personne
- 3.2.5 Environnement et sous-culture
- 3.2.6 Description (initiation)

3.3 Facteurs de progression

- 3.3.1 Événements de vie
- 3.3.2 Substance
- 3.3.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
- 3.3.4 Personne
- 3.3.5 Environnement et sous-culture
- 3.3.6 Description (progression)

- 3.4 Facteurs de diminution
 - 3.4.1 Événements de vie
 - 3.4.2 Substance
 - 3.4.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
 - 3.4.4 Personne
 - 3.4.5 Environnement et sous-culture
 - 3.4.6 Description (diminution)

- 3.5 Facteurs d'interruption
 - 3.5.1 Événements de vie
 - 3.5.2 Substance
 - 3.5.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
 - 3.5.4 Personne
 - 3.5.5 Environnement et sous-culture
 - 3.5.6 Description (interruption)

- 3.6 Facteurs de rechute
 - 3.6.1 Événements de vie
 - 3.6.2 Substance
 - 3.6.3 Délinquance-déviance-judiciarisation
 - 3.6.4 Personne
 - 3.6.5 Environnement et sous-culture
 - 3.6.6 Description (rechute)

- 3.7 Services en toxicomanie
 - 3.7.1 Domrémy Montréal
 - 3.7.1.1 Description
 - 3.7.1.2 Aspects aidants
 - 3.7.1.3 Obstacles / barrières
 - 3.7.2 Services publics / médicaux / sociaux
 - 3.7.2.1 Description
 - 3.7.2.2 Aspects aidants
 - 3.7.2.3 Obstacles / barrières
 - 3.7.3 Services privés
 - 3.7.3.1 Description
 - 3.7.3.2 Aspects aidants
 - 3.7.3.3 Obstacles / barrières
 - 3.7.4 Groupes d'entraide
 - 3.7.4.1 Description
 - 3.7.4.2 Aspects aidants
 - 3.7.4.3 Obstacles / barrières
 - 3.7.5 Groupes d'entraide
 - 3.7.5.1 Description
 - 3.7.5.2 Aspects aidants

- 3.7.5.3 Obstacles / barrières
- 3.7.6 Demande de services

4. CONSÉQUENCES

- 4.1 Positives
 - 4.1.1 Signification
- 4.2 Négatives
 - 4.2.1 Signification

5. RÉSIDU

Annexe 4

Accord des coauteurs

