

2ml. 2830.3

Université de Montréal

Troubles de la personnalité et trajectoire de réadaptation  
d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées.

par :

Geneviève Lefebvre  
École de Criminologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)

Août, 2000

© Geneviève Lefebvre, 2000



Am. 11. 11. 11

Université de Montréal

Troubles de la personnalité et trajectoire de réadaptation  
d'un groupe de personnes souffrant d'abus sexuels

par

Genevieve Lefebvre  
École de Psychologie  
Faculté des arts et des sciences

HV  
6015  
154  
2001  
n. 001

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître en sciences (M.Sc.)

1999

La Faculté des arts et des sciences



**Page d'identification du jury**

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Troubles de la personnalité et trajectoire de réadaptation  
d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées.

présenté par :

Geneviève Lefebvre

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

<b>PRÉSIDENT-RAPPORTEUR:</b>	<b>DENIS LAFORTUNE</b>
<b>MEMBRE DU JURY:</b>	<b>JACQUES BERGERON</b>
<b>DIRECTEUR DE RECHERHCE:</b>	<b>SERGE BROCHU</b>
<b>CO-DIRECTEUR:</b>	<b>MICHEL LANDRY</b>

Mémoire accepté le : **7 DÉCEMBRE 2000**

à mes parents,  
Jeanne d'Arc Vaillant  
et Alban Lefebvre

## Remerciements

Voici le moment venu de remercier affectueusement tous ceux et celles qui ont facilité la production de ce mémoire. Un travail de cette envergure ne se fait évidemment pas seul. Je tiens aussi à partager la joie que j'éprouve à l'écriture de ces dernières lignes puisqu'elles sont, pour moi, synonymes d'un travail accompli.

Je voudrais, en premier lieu, remercier mes codirecteurs Serge Brochu Ph.D et Michel Landry Ph.D, qui m'ont enseigné l'esprit et la rigueur de la recherche scientifique. Leurs commentaires, lors des différentes lectures de ce document, m'ont permis d'approfondir ma pensée sur les liens unissant les troubles de la personnalité, la délinquance et la toxicomanie.

Je tiens aussi à remercier l'équipe Toxico-Justice pour m'avoir permis d'utiliser leur banque de données. Je désire souligner tout spécialement la contribution de Pascal Schneeberger : il m'a permis d'acquérir la maîtrise de la banque de données. Dans le même ordre d'idée, je veux remercier Pierre Joly Ph.D, surnommé 'mon sauveur' pour son professionnalisme et son aide au niveau des statistiques.

Sur un plan plus personnel, je veux remercier les gens qui ont été près de moi durant ces deux dernières années. Merci à mon conjoint, David Ross, psychologue clinicien, pour ses commentaires très pertinents au moment de la lecture de mon document. Merci à ma mère pour sa vision et son inspiration. Merci à mon père et au reste de ma famille pour leur affection et leur support indéfectible! Finalement, merci à mes amis pour m'avoir changé les idées et m'avoir permis ainsi de garder un équilibre relativement sain au cours de ces deux années!

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Dédicace</b>		p. iii
<b>Remerciements</b>		p. iv
<b>Sommaire</b>		p. xii
<b>Introduction</b>		p. xv
I	Prévalence et impact des troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes en traitement	p. xviii
II	Prévalence et impact de la judiciarisation auprès de populations toxicomanes en traitement	p. xix
III	Impact probable de la présence d'une triple problématique sur la persistance en traitement et sur le traitement	p. xix
IV	Objectifs	p. xx
	<b>Chapitre 1 : Aperçu des connaissances et cadre théorique</b>	p. 1
1.1	Problèmes de judiciarisation chez les personnes toxicomanes en traitement	p. 2
1.2	Les troubles de la personnalité chez les toxicomanes en traitement	p. 7
1.2.1	Définition du concept des troubles de la personnalité	p. 7
1.2.2	Comorbidité des troubles de la personnalité chez les toxicomanes en traitement	p. 9
1.2.3	Prévalence des troubles de la personnalité	p. 10
1.2.3.1	Aux États-Unis	p. 11
1.2.3.2	En Europe	p. 12
1.2.3.3	Au Canada	p. 12
1.2.3.4	Caractéristiques des troubles de la personnalité décelés auprès de populations toxicomanes	p. 14
1.2.3.4.1	Le trouble de la personnalité antisociale	p. 14
1.3	Impact des troubles comorbides sur la détresse psychologique	p. 16
1.4.	Comorbidité, persévérance en traitement et efficacité du traitement	p. 20

1.4.1	Impact de la judiciarisation sur la rétention et les résultats du traitement en toxicomanie	p. 20
1.4.2	Impact de la forte prévalence de troubles de la personnalité sur le traitement en toxicomanie	p. 22
1.5	Conclusion du premier chapitre	p. 26
<b>Chapitre 2 : Démarche méthodologique</b>		p. 28
2	Le Centre Dollard-Cormier	p. 29
2.1	Description du programme de traitement pour toxicomanes contrevenants	p. 30
2.2	Procédures de recrutement	p. 33
2.3	Caractéristiques de l'échantillon	p. 34
2.3.1	Profil des problèmes judiciaires	p. 36
2.3.2	Profil de la dépendance aux substances psychoactives de l'échantillon	p. 37
2.4	Description des variables et instruments utilisés	p. 39
2.4.1	Troubles de la personnalité	p. 39
2.4.2	Amélioration en traitement	p. 42
2.4.3	Détresse psychologique	p. 44
2.4.4	La persévérance en traitement	p. 45
2.5	Analyse des données	p. 46
2.6	Les limites de l'étude	p. 47
<b>Chapitre 3 : Analyse des résultats et discussion</b>		p. 49
3	Caractéristiques de l'échantillon en fonction des troubles de la personnalité	p.51
3.1	Évaluation de la détresse psychologique des sujets en lien avec la présence	

de troubles de la personnalité	p. 53
3.2 Persistance en traitement, en fonction de la présence de troubles de la personnalité	p. 59
3.2.1 Nombre de jours en traitement	p. 59
3.2.2 Nombre d'heures en traitement	p.65
3.3 Évolution en réadaptation d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées en fonction de la présence de troubles de la personnalité décelés en début de traitement	p. 66
Conclusion	p. 79
Bibliographie	p. 87
Appendices:	
Appendice I :	
Moyennes et écart-types des différentes échelles de l'IGT aux quatre temps de passation, selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement	p. 95
Appendice II :	
Figures illustrant l'évolution dans le temps des sujets aux différentes échelles de l'IGT	p. 100
Appendice III :	
Temps passé en traitement (nombre de jours et d'heures de traitement) selon le nombre de troubles décelés chez un sujet en début de traitement (données logarithmiques)	p.105

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Données socio-démographiques de l'échantillon	p. 35
Tableau II :	Situation légale des sujets lors de leur demande d'admission au centre Dollard-Cormier	p. 37
Tableau III :	Profil de la toxicomanie des sujets lors de leur demande d'aide au centre Dollard-Cormier	p. 38
Tableau IV :	Nombre de troubles de la personnalité décelés chez les sujets (146)	p. 50
Tableau V :	Prévalence des troubles de la personnalité	p. 53
Tableau VI :	Détresse psychologique en lien avec la présence d'un trouble de la personnalité	p. 55
Tableau VII :	Détresse psychologique en lien avec le nombre de troubles (4 groupes) décelés par sujet	p. 55
Tableau VIII :	Le nombre moyen de troubles de la personnalité par trouble de la Personnalité	p.57
Tableau IX :	Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon la présence ou non de troubles de la personnalité décelés chez un sujet en début de traitement	p. 62
Tableau X :	Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon le nombre de troubles de la personnalité (4 groupes) décelés chez un sujet en début de traitement	p. 62
Tableau XI :	Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon le nombre de troubles de la personnalité (3 groupes) décelés chez un sujet en début de traitement	p. 63
Tableau XII :	ANCOVA (3 X 4) sur 3 groupes selon le nombre de troubles décelés en début de traitement et des 4 temps de passation de l'IGT	p. 68
Tableau XIII :	Contrastes orthogonaux de l'interaction entre les échelles alcool et drogue, et les différents temps de suivi lorsque la variable du nombre de jours de traitement est contrôlée	p. 69

Tableau XIV : Évolution des sujets selon leur groupe d'appartenance à l'échelle psychologique aux quatre temps de suivi	p. 73
Tableau XV : Corrélations entre les scores composés de l'échelle relationnelle et le nombre de jours de traitement aux quatre temps de suivi	p. 74
Tableau XVI : Corrélations entre les scores composés de l'échelle légale et le nombre de jours de traitement aux quatre temps de suivi	p. 77
Tableau XVII : Temps passé en traitement (nombre de jours et d'heures de traitement) selon le nombre de troubles décelés chez un sujet en début de traitement (données logarithmiques)	p.106

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle alcool selon leur nombre de troubles	p. 71
Figure 2 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle drogue selon leur nombre de troubles	p. 71
Figure 3 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle médicale selon leur nombre de troubles	p. 101
Figure 4 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle relationnelle selon leur nombre de troubles	p. 101
Figure 5 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle psychologique selon leur nombre de troubles	p. 102
Figure 6 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle emploi selon leur nombre de troubles	p. 102
Figure 7 :	Évolution dans le temps des sujets à l'échelle légale selon leur nombre de troubles	p. 103

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

CDC :	Centre Dollard-Cormier
BR :	Base Rate Score ou scores pondérés
SPA :	Substances psychoactives
IGT :	Indice de Gravité d'une Toxicomanie
MCMi :	Millon Clinical Multiaxial Inventory

## Sommaire

Tout comme les scientifiques, les cliniciens des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes ont noté, au cours des dernières années, une présence marquée de problématiques multiples auprès de leur clientèle. Ainsi, la présence accrue des problèmes judiciaires et des troubles mentaux, tels les troubles de la personnalité, est bien documentée. La présente étude fait état de l'omniprésence de ces problématiques en précisant que le temps est venu, non seulement de constater leur présence mais bien, d'étudier leur impact sur la rétention et sur l'issue du traitement. Cette étude de suivi a été effectuée auprès d'un échantillon de toxicomanes contrevenants (n= 146) recevant des services de réadaptation en toxicomanie dans un programme spécifique (Programme Toxicomanie-Justice) d'un centre public de la région de Montréal. Cette recherche vise principalement à savoir si la présence de troubles de la personnalité a un impact sur la trajectoire de réadaptation de cette clientèle. Il a été constaté que près des trois quarts des sujets de l'échantillon (71,9%) présentent au moins un trouble de la personnalité.

Une première hypothèse a été formulée afin savoir si la présence de troubles de la personnalité a un impact sur la détresse psychologique ressentie par les sujets. Les ONEWAY effectuées ont effectivement démontré cette hypothèse. En fait, on observe que le cumul de troubles de la personnalité (i.e. 3 troubles de la personnalité et plus) augmente la détresse psychologique ressentie par les sujets. Pour leur part, les sujets qui présentent un profil défini par la personnalité antisociale ne ressentent pas autant de détresse psychologique.

La deuxième hypothèse posée au cours de cette recherche est à savoir si la présence de troubles de la personnalité chez un sujet a un impact sur la rétention en traitement. Il est démontré que le groupe de sujets qui présentent un ou deux troubles de la personnalité abandonnent le traitement plus rapidement que les autres sujets. Une présence marquée de la personnalité antisociale est notée dans ce groupe. De plus, les sujets chez qui au moins trois troubles de la personnalité ont été décelés demeurent en traitement aussi longtemps que ceux chez qui aucun trouble de la personnalité n'a été décelé. Les résultats obtenus suite à la validation des deux premières hypothèses indiquent que le cumul de troubles de la personnalité non seulement augmente la détresse psychologique ressentie par les sujets mais également, leur rétention en traitement. Ainsi, il semble que la détresse psychologique ressentie a un impact positif sur la persévérance en traitement de cette clientèle. Ceci est aussi appuyé par le fait que la présence de la personnalité antisociale entraîne peu de détresse psychologique et est associée à un abandon plus rapide du traitement.

La troisième hypothèse cherche à vérifier, à l'aide d'ANCOVA (3X4), si la présence de troubles de la personnalité a un impact sur les scores obtenus par les sujets aux différentes échelles de l'IGT à travers le temps. L'hypothèse prédit que la présence de troubles de la personnalité nuit à l'amélioration en traitement des sujets. Les résultats obtenus infirment cette hypothèse. Ce qui ressort de ces analyses est que le temps passé en traitement est associé à une diminution significative des problèmes de toxicomanie des clients, et ce, peu importe le nombre de troubles de la personnalité décelés. Pourtant,

le temps passé en traitement ne se traduit pas par une amélioration des autres sphères de vie de cette clientèle (i.e. sphères relationnelles, psychologique, emploi).

Finalement, la rétention en traitement est le meilleur indicateur de l'amélioration des problèmes de toxicomanie des sujets après un an de suivi. Il serait intéressant d'étudier ce qui peut être fait lors de la thérapie pour augmenter le niveau de fonctionnement des autres sphères de vie de cette clientèle.

## **Introduction**

Depuis quelques années déjà, les cliniciens des centres de réadaptation se questionnent sur ce qui influence les résultats du traitement. Une des questions en intervention, et ce malgré la littérature abondante sur le sujet, demeure toujours comment expliquer le taux d'abandon prématuré d'une portion élevée de clients. Certains argumentent que les caractéristiques personnelles des clients différencieraient ceux qui restent en traitement de ceux qui abandonnent (e.g. détresse psychologique, personnalité, attentes face au traitement). D'autres croient plutôt que l'explication réside dans les modalités de traitement (e.g. alliance thérapeutique, satisfaction des clients face au traitement) ou au niveau des caractéristiques de l'environnement des clients (e.g. support social, pressions judiciaires). Chose certaine on trouve auprès d'une clientèle toxicomane, une présence importante de problématiques multiples (e.g. délinquance, santé mentale, toxicomanie) qui assombrit le profil biopsychosocial de cette clientèle.

Une des préoccupations dans le domaine de la toxicomanie est l'impact de problèmes connexes de santé mentale, plus particulièrement des troubles de la personnalité, sur les résultats du traitement. Est-ce que la présence de problématiques multiples est associée à un abandon précoce et à une faible amélioration en traitement de certains clients? Est-ce que le traitement spécialisé offert est adapté aux besoins spécifiques de cette clientèle? En fait, est-ce que le traitement offert dans les centres pour alcooliques et toxicomanes est efficace auprès d'une clientèle souffrant de problématiques multiples? La présente recherche est ainsi motivée par une volonté de mieux comprendre l'impact des troubles de la personnalité sur le traitement en toxicomanie auprès d'une clientèle toxicomane contrevenante.

## **I. Prévalence et impact des troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes en traitement**

La présence marquée des troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes est établie scientifiquement (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et Goodwin, 1990; Racine et Nadeau, 1995; Landry, Nadeau et Racine, 1996). Au Québec, on observe qu'entre 75% et 88% des toxicomanes en traitement présentent un ou plusieurs troubles de la personnalité (Landry, Nadeau et Racine, 1996, Germain et al., 1999). De plus, lors de la lecture des différentes études effectuées, on constate l'omniprésence des troubles de la personnalité auprès de cette clientèle mais également, le nombre important de troubles de la personnalité diagnostiqués par personne (Racine et Nadeau, 1995; Landry, Nadeau et Racine, 1996; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, Kostogianni, 1998; Thomas Melcher et Banken, 1999).

La comorbidité toxicomanie/santé mentale est associée étroitement à une motivation extrinsèque et à une résistance au traitement (Thomas Melcher et Banken, 1999). Un impact négatif est aussi noté sur la rétention en traitement (i.e. « early drop-out ») et sur les résultats du traitement (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, Kostogianni, 1998; Verheul, Van Den Brink et Hartgers, 1998; Thomas, Melchert et Banken, 1999). Fait intéressant une recherche américaine a établi que le cumul de troubles de la personnalité (i.e. plus de deux troubles de la personnalité) décelés chez un même sujet, a un impact négatif encore plus grand sur le traitement (Thomas, Melchert et Banken, 1997).

## **II. Prévalence et impact de la judiciarisation auprès de populations toxicomanes en traitement**

Une forte prévalence de problèmes légaux a été constatée auprès de populations toxicomanes (Brochu, Desjardins, Douyon et Forget, 1992, Brochu et Schneeberger, 1995; Brochu et Guyon, 1997). En effet, une recherche indique que 74% de la clientèle, provenant de différents centres de traitement en toxicomanie au Québec, a déjà été arrêtée et inculpée pour un délit au cours de leur vie (Brunelle, 1994). Contrairement, aux troubles de la personnalité, le système judiciaire, a un impact positif sur la rétention en traitement en incitant les contrevenants à demeurer en traitement sous peine de sanctions légales s'ils quittent prématurément (Anglin et Hser, 1990). Au Québec, les centres de réadaptation sont d'ailleurs de plus en plus utilisés comme alternative à l'emprisonnement, lorsqu'un problème de SPA est décelé chez les personnes judiciarisées (Brochu et Drapeau, 1997).

## **III. Impact probable de la présence d'une triple problématique sur la persistance en traitement et sur l'impact du traitement.**

Lorsque des problèmes légaux s'ajoutent à la présence d'une comorbidité (toxicomanie, santé mentale), la situation thérapeutique est modifiée : nous constatons alors que les personnes sont en traitement souvent suite à des pressions du système judiciaire. Dans ces situations, il est probable que l'impact négatif du traitement généralement observé

chez les personnes ayant un trouble de la personnalité, soit diminué suite aux pressions judiciaires exercées sur elles.

#### **IV. Objectifs**

Globalement, la présente étude se propose d'accroître les connaissances concernant l'impact des troubles de la personnalité sur la rétention en traitement et sur les résultats du traitement. Cette recherche est effectuée auprès de personnes judiciairisées traitées dans un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes du Québec et vise trois objectifs. Le premier objectif veut vérifier si le fait de présenter un trouble de la personnalité augmente la détresse psychologique des sujets. Le deuxième objectif est de savoir si ceux qui possèdent au moins un trouble de la personnalité abandonnent le traitement plus rapidement que les autres. Finalement, le troisième objectif tentera de vérifier si ceux qui possèdent au moins un trouble de la personnalité amélioreront leurs scores aux échelles de l'IGT autant que les autres, à persévérance égale.

Grâce aux recherches effectuées au cours des dernières années, les cliniciens et les chercheurs possèdent maintenant une meilleure connaissance des caractéristiques de la clientèle des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes du Québec (i.e. santé mentale, judiciarisation). La présente étude veut aller un peu plus loin, en étudiant l'impact de ces troubles sur le traitement en toxicomanie. Accroître ce champ de connaissances peut ainsi permettre de mesurer jusqu'à quel point les services offerts en ce moment, dans les centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sont

efficaces. Est-ce qu'une amélioration est notée chez les clients à travers le temps? Et si oui, à quel niveau? De plus, considérant les ressources investies par les pouvoirs publics pour le traitement de cette clientèle, en plus de tous les coûts sociaux et légaux engendrés par l'échec du traitement (i.e. rechute, délinquance, troubles judiciaires), une analyse de suivi centrée sur le taux de succès thérapeutique est requise. À long terme, cette recherche vise à améliorer les services offerts dans les centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes.

Le présent document est divisé en trois parties. Le premier chapitre fait état des connaissances portant sur la prévalence des problèmes légaux et des troubles de la personnalité auprès des toxicomanes en traitement. Leur impact respectif sur la rétention en traitement et sur la réussite du traitement est rapporté. Les trois hypothèses de cette recherche y sont également présentées. Le deuxième chapitre précise la méthode d'échantillonnage et décrit le centre de réadaptation Dollard-Cormier ainsi que le programme Toxicomanie-Justice d'où provient notre échantillon. Par la suite, la description de l'échantillon, des variables ainsi que des instruments utilisés, sont présentés avec les limites de la recherche. Le troisième chapitre présente et discute les résultats des analyses statistiques effectuées, résultats qui valident en partie les hypothèses émises. Des pistes de réflexions sur les limites de l'intervention traditionnelle en toxicomanie sont également élaborées dans ce chapitre.

## **Chapitre 1**

### **Aperçu des connaissances et cadre théorique**

La section qui suit dresse un portrait de la prévalence des problèmes de judiciarisation et des troubles de la personnalité chez les toxicomanes en traitement, tout en portant une attention particulière à l'influence de ces comorbidités sur l'issue du traitement.

## **1. Problèmes de judiciarisation chez les personnes toxicomanes en traitement**

Les comportements associés à la consommation de certaines substances psychoactives (SPA), de la possession simple à l'importation, sont régis par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (en fonction depuis mai 1997). À titre d'exemple, l'accusé de possession simple de cannabis (moins de 30 grammes de marijuana ou un gramme de haschisch), dans le cas d'une première offense, est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ et/ou six mois d'emprisonnement. Bien que cet acte soit punissable par voie de procédures sommaires, un casier judiciaire accompagne automatiquement toutes les sentences. Lors d'une deuxième infraction, les pénalités maximales doublent. De plus, les infractions de possession dans le but d'en faire le trafic, du trafic lui-même, de production, d'importation ou d'exportation des différents produits du cannabis, sont passibles d'une peine maximale d'emprisonnement à vie. Compte tenu du caractère illégal de la possession de drogue et des sanctions pénales qui s'ensuivent, il est entendu qu'un bon nombre de consommateurs de SPA éprouvent, un jour ou l'autre, des problèmes avec la justice. Non seulement les personnes toxicomanes<sup>1</sup> commettent un acte illégal en

---

<sup>1</sup> Le terme toxicomane sera utilisé dans cette recherche pour désigner toute personne qui éprouve un ou des problème(s) biopsychosocial (aux) lié(s) à sa consommation de substances psychoactives.

consommant une substance illicite mais en plus, bon nombre d'entre elles commettent des activités illégales autres (i.e. vol, trafic de stupéfiants, crime violent) (Ball, Rosen, Flueck et Nurco, 1982). Ball et al (1982) ont suivi 243 personnes considérées dépendantes aux opiacés (majoritairement héroïnomanes) et ont remarqué que 68% d'entre elles commettent au moins un crime par trois jours et demi. En fait, depuis leur première période de dépendance aux opiacés<sup>2</sup>, les 243 sujets avaient commis au moins un délit par jour pendant les 738 jours durant lesquels ils ont été suivis (données excluant les périodes d'incarcération et les périodes passées dans une autre institution). Les auteurs constatent qu'une carrière criminelle évolue en parallèle à la dépendance aux SPA. Ils notent que les activités délictueuses persistent dans le temps et ce, même lors des périodes d'abstinence des sujets et dès que les périodes d'incarcération sont terminées. Les deux phénomènes coexistent sans qu'il n'y ait nécessairement de lien causal entre eux (Brochu, 1995).

À titre d'exemple, Mieczkowski (1990) mentionne qu'il en coûte environ 350 \$ par jour à un toxicomane faisant usage du « crack » à Détroit, pour combler ses besoins de consommation quotidienne. Johnson, Goldstein, Preble, Schmiedler, Lipton, Spunt et Miller (1985) mentionnent, pour leur part, lors de leur étude effectuée auprès d'héroïnomanes, que 40% de leur revenu provenait d'activités illégales.

---

<sup>2</sup> Il est à noter que la possession simple et/ou la consommation de SPA n'étaient pas considérées comme un délit dans cette étude.

Ainsi, le coût élevé de certaines drogues<sup>3</sup> fait en sorte que les toxicomanes (surtout ceux provenant de milieux économiquement défavorisés) ont recours, un jour ou l'autre, à des activités illégales afin de supporter leur dépendance. Cet énoncé s'appuie sur le fait que lors des périodes d'abstinence des toxicomanes dépendants aux opiacés, le nombre de crimes commis diminue significativement. En effet, ce dernier diminue d'un sixième lors des périodes d'abstinence (Ball et al., 1982).

Il n'est donc pas étonnant que certains toxicomanes soient aux prises avec des problèmes judiciaires. Il reste à savoir si les toxicomanes contrevenants entreprennent des démarches de changement en relation avec leur toxicomanie.

Au Québec, une recherche effectuée à l'intérieur de trois centres publics de traitement pour alcooliques et toxicomanes, fait état de la proportion de contrevenants retrouvés en centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes. Brunelle (1994), lors de son étude descriptive et comparative du profil biopsychosocial de 2 148 toxicomanes, remarque que 74% d'entre eux ont été arrêtés et inculpés d'un délit criminel et 44% ont été retrouvés coupables d'une infraction criminelle, au moins une fois au cours de leur vie. Schneeberger (1995), lors d'une autre étude effectuée auprès du même échantillon, mentionne que 16% à 20,5% des sujets étaient sous contrainte légale (i.e. en instance d'inculpation, de procès ou de sentence) et qu'entre 14% et 19% étaient sous mandat judiciaire lors de la demande de services (i.e. probation, libération conditionnelle, détention).

---

<sup>3</sup> Les études américaines se sont principalement intéressées à la criminalité des personnes héroïnomanes et cocaïnomanes (Schneeberger, 1995)

Ces données permettent de mesurer l'ampleur de la judiciarisation des toxicomanes ainsi que leur forte représentation dans les centres de traitement. Ce haut taux de prévalence de personnes judiciarisées dans les centres publics de réadaptation n'est pas étranger aux pratiques actuelles des tribunaux canadiens, qui perçoivent le traitement en toxicomanie comme une alternative à l'emprisonnement (Brochu et Drapeau, 1997). C'est ainsi que des toxicomanes judiciarisés sont référés par le système judiciaire, aux centres de réadaptation, avec bien souvent une motivation extrinsèque face au changement (Germain et al., 1999).

En plus de la motivation extrinsèque de cette clientèle, d'autres caractéristiques démarquent les toxicomanes contrevenants de la population générale de toxicomanes. En effet, une étude effectuée au Québec (Brochu, Guyon et Desjardins, 1996), auprès de 1 054 personnes ayant fait une demande d'aide dans un centre public de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes et de 103 détenus toxicomanes du centre de détention de Montréal, fait état des différences trouvées entre ces groupes. Les scores obtenus par les sujets des deux groupes aux échelles de l'IGT mettent en évidence que les toxicomanes contrevenant affichent des scores significativement plus élevés sur les échelles médicale, emploi et légale. Ainsi, le profil biopsychosocial est significativement plus détérioré (scores plus élevés à trois des cinq échelles de l'IGT décrivant ce profil) chez les toxicomanes contrevenants.

De plus, une recherche effectuée auprès de 1926 détenus du Service Correctionnel du Canada constate qu'outre la présence de troubles mentaux tels la dépression (29,8%) et les troubles anxieux (55,6%), le trouble de la personnalité antisociale domine le profil psychologique de cet échantillon en étant présent dans 74,9% des cas. (Service Correctionnel du Canada, 1991). Par conséquent, la présence de troubles de la personnalité, particulièrement le trouble de la personnalité antisociale, est décelée chez près des trois quarts des personnes incarcérées au niveau fédéral. Cette donnée est peu surprenante puisque par définition, le trouble de la personnalité antisociale est caractérisé par un non respect des règles et des normes sociales (DSM- IV, 1994). La prévalence des troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes est présentée en détail dans la prochaine section.

En conclusion, les troubles légaux tout autant que les troubles mentaux (plus précisément le trouble de la personnalité antisociale) sont souvent présents parmi les toxicomanes qui entreprennent une thérapie dans un centre spécialisé. Parmi eux, nombreux sont ceux qui consultent pour éviter l'emprisonnement. Il est primordial d'étudier la trajectoire (i.e. rétention et issue du traitement) d'une clientèle contrevenante provenant de centres de traitement pour alcooliques et toxicomanes, compte tenu que les tribunaux offrent aux contrevenants l'adhésion au traitement comme alternative à l'emprisonnement. Il est intéressant de vérifier si le traitement traditionnel en toxicomanie arrive à capter l'intérêt de cette clientèle contrevenante et à mobiliser son énergie vers un changement personnel et le respect des normes sociales.

## **1.2 Les troubles de la personnalité chez les toxicomanes en traitement**

Cette partie vise à mieux cerner l'ampleur de la problématique des troubles mentaux auprès de populations présentant des problèmes de SPA. Des troubles mentaux, cette étude ne se limite qu'aux troubles de la personnalité. Nous étudierons l'impact de ces troubles sur la détresse psychologique ainsi que sur les résultats du traitement en toxicomanie.

### **1.2.1 Définition du concept des troubles de la personnalité**

Dans un premier temps, la définition offerte par le DSM-IV sera présentée puisqu'elle représente la nomenclature la plus largement utilisée pour diagnostiquer les troubles mentaux. Ainsi, les troubles de la personnalité sont définis comme « des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même » (DSM-IV, 1984, p.740). L'encadré suivant résume les critères diagnostiques généraux requis pour qu'un diagnostic de troubles de la personnalité soit posé (DSM-IV, 1984, p.743-744).

<p>• <b>Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité</b></p> <p>A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)</li> <li>2. l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)</li> <li>3. le fonctionnement interpersonnel</li> <li>4. le contrôle des impulsions</li> </ol>
<p>B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.</p> <p>C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.</p> <p>E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par des manifestations ou des conséquences d'un autre trouble mental.</p> <p>F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à l'abus ou un médicament) ou d'une affection médicale durable générale (par exemple un traumatisme crânien).</p>

Ces critères diagnostiques distinguent les traits de personnalité des troubles « que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance psychologique ou une altération significative du fonctionnement » (DSM-IV, 1984, p.740).

Pour sa part, Millon (1981) décrit un individu qui présente un trouble de la personnalité comme quelqu'un qui se distingue par un mode relationnel inapproprié, rigide, qui engendre des conflits interpersonnels ou une détresse intérieure. Les troubles de la personnalité sont essentiellement caractérisés par «l'identification d'un patron de comportements persistants, rigides et généralisés» (Racine et Nadeau, 1995: p.3) dans l'ensemble des sphères de la vie d'un individu. Ces troubles de la personnalité débutent généralement à l'adolescence et perdurent dans le temps et

l'espace. Ils « définissent la façon dont un sujet entre en contact avec son environnement» (Racine et Nadeau, 1995: p.2). Les comportements, les attitudes rigides et stéréotypées, de même que les façons dont ces gens entrent en relation, sont souvent sources de conflits avec l'entourage, incluant le thérapeute (Landry, Nadeau et Racine, 1996). Ceci est un facteur important puisqu'il a un impact sur le travail du clinicien qui tente d'établir une alliance thérapeutique, élément essentiel à tout succès thérapeutique (Beck, Wright, Newman et Liese, 1993).

### **1.2.2 Comorbidité des troubles de la personnalité chez les toxicomanes en traitement:**

La forte présence des troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes est bien documentée par les diverses recherches effectuées aux États-Unis, en Europe, et au Québec. Dépendamment des outils d'évaluation utilisés pour déceler les troubles de la personnalité, des drogues de choix des sujets (i.e. opiacé, alcool, autres drogues), et de l'étalon de mesure du succès thérapeutique (i.e. abstinence, taux de rechute, scores composés des échelles de l'IGT/ASI), les résultats des recherches varient quant au pourcentage de troubles de la personnalité décelé et à l'impact de ceux-ci sur le traitement. La section qui suit en fait état.

### 1.2.3 Prévalence des troubles de la personnalité

Le pourcentage de troubles de la personnalité est plus élevé chez les toxicomanes que dans la population générale ( Regier et al, 1990; O'Malley, Kosten et Renner, 1990). Plusieurs recherches de prévalence précisent que le pourcentage de troubles de la personnalité décelés chez les alcooliques/toxicomanes varie entre 20 et 100% dépendamment des échantillons utilisés (Lewis, Rice et Helzer, 1983; Nace, Davis et Gaspari, 1991; Racine, Nadeau, 1995; Thomas, Melchert et Banken, 1999; Goldstein, Powers, McCusker, Lewis, Bigelow, et Mundt, 1998; Verheul, Brink et Hartgers, 1998; Kokkevi, Anastasopoulou et Kostogianni, 1998). Les variations sont dues, en partie, aux outils diagnostics utilisés (i.e. Composite International Diagnostic Interview, Personality Diagnostic Questionnaire Revised, MCMI), au type de traitement (interne, externe), aux drogues de choix des sujets (opiacé, alcool, autres drogues) et au moment choisi pour administrer les questionnaires (Oldham et al., 1992; Verheul et al., 1998; Driessen et al., 1998). Par exemple, le temps choisi pour compléter les questionnaires d'évaluation est important puisque le stress relié à la période de désintoxication et les premiers jours d'abstinence peuvent affecter à la hausse le taux de prévalence des troubles de la personnalité (Thomas, Melchert et Banken, 1999).

Les articles choisis dans cette recension des écrits portent sur la prévalence des troubles de la personnalité et ont été publiées principalement au cours de la dernière décennie. Aucune recherche canadienne n'a été répertoriée. La banque de données du

National Library of Medicine a été utilisée entre autres en utilisant les mots clés suivants (« prevalence of personality disorders and/or Axis II and/or Substance Abuse and/or Addiction and/or Alcoholism »).

### **1.2.3.1 Aux États-Unis**

En 1995, une recension de six études américaines effectuées entre 1985 et 1990 portant sur la prévalence des troubles de la personnalité auprès d'échantillons de toxicomanes a été effectuée par Racine et Nadeau. Cette recension indique qu'un pourcentage élevé (entre 53% et 100%) de personnes toxicomanes en traitement présentent au moins un trouble de la personnalité.

En 1991, une recherche de prévalence effectuée auprès de 100 toxicomanes admis dans un centre interne de traitement pour alcooliques et toxicomanes fait mention que 57% des sujets présentaient au moins un trouble de la personnalité (Nace et al., 1991).

En 1999, une étude effectuée auprès d'un échantillon de 252 sujets (181 hommes et 71 femmes) admis dans un centre interne pour alcooliques et toxicomanes, indique que 50% de l'échantillon présente au moins un trouble de la personnalité (Thomas et al., 1999). Des 50% chez qui un trouble de la personnalité a été décelé, le tiers (33%) présente au moins deux troubles de la personnalité.

### **1.2.3.2 En Europe**

En Hollande, une recherche effectuée auprès d'un échantillon de 187 alcooliques recevant des services à l'interne (82 sujets) et à l'externe (105 sujets), décrit que 45,5% des personnes admises aux services à l'interne présentent au moins un trouble de la personnalité comparativement à 60,4% pour les personnes admises aux services à l'externe (Verheul et al., 1998).

En Grèce, les données présentées en 1998 sont similaires. En effet, 59,5% d'un échantillon de 226 sujets (186 hommes et 40 femmes), principalement héroïnomanes (89,8%), avait au moins un trouble de la personnalité. De plus, 61,2% de ces derniers présentaient plus de deux troubles de la personnalité (Kokkevi et al., 1998).

### **1.2.3.3 Au Canada**

Deux recherches québécoises portent sur la prévalence des troubles de la personnalité auprès d'échantillons de toxicomanes en traitement dans les centres de traitement pour alcooliques et toxicomanes (Landry, Nadeau et Racine, 1996; Germain, Brochu, Bergeron et Landry, 1999).

L'étude québécoise de Landry, Nadeau et Racine (1999) abonde dans le sens des recherches américaines et montre l'importante prévalence de la comorbidité toxicomanie/santé mentale. En effet, des 255 personnes de leur échantillon provenant de huit centres publics de réadaptation, seulement 11,8% des sujets (11,5% pour les

hommes et 12,3% pour les femmes de l'échantillon) ne présentaient aucun trouble de la personnalité. Ainsi, 88,2% de l'échantillon composé de 182 hommes et 73 femmes, présentait au moins un trouble de la personnalité. De plus, les chercheurs indiquent que 71 % de leur échantillon présente au moins deux troubles de la personnalité. Ceci représente en moyenne 2,68 troubles de la personnalité par personne (i.e. 2,52 troubles pour les hommes et 3,08 troubles pour les femmes). Selon les auteurs, ce pourcentage élevé de troubles multiples de la personnalité constitue un indicateur d'une détresse psychologique marquée.

La deuxième recherche effectuée (Germain et al., 1999) est composée d'un échantillon de 216 sujets (191 hommes et 25 femmes) provenant de deux centres publics de réadaptation. Il est à noter que cet échantillon est composé exclusivement de personnes répondant aux critères d'admission du programme Toxicomanie-Justice du centre Dollard-Cormier. Ainsi, la recherche s'intéresse aux personnes toxicomanes contrevenantes. Les auteurs ont utilisé le MCMI-III comme outil de diagnostic afin de déceler la présence de troubles de la personnalité auprès de leur échantillon. Ils ont trouvé que 75% des sujets présentent au moins un trouble de la personnalité et en moyenne chaque individu présente 1,7 troubles de la personnalité. De plus, près de la moitié (46,3%) des sujets présentent plus de deux troubles de la personnalité, rendant le profil psychologique complexe. Les auteurs ont décelé jusqu'à sept troubles de la personnalité chez un même sujet et ont noté que tous les troubles de la personnalité y sont représentés.

#### **1.2.3.4 Caractéristiques des troubles de la personnalité décelés auprès de populations toxicomanes**

##### **1.2.3.4.1 Le trouble de la personnalité antisociale**

Un nombre important de recherches rapporte que parmi les toxicomanes, la personnalité antisociale constitue le trouble de la personnalité le plus représenté (Lewis, Helzer, Colinger, Croughan et Whitman, 1982; Lewis, Rice et Helzer, 1983; Cadoret, Troughton et Widmer, 1984; Gelberg, Linn et Leake, 1988; O'Malley, Kosten et Renner, 1990). Toutefois, O'Malley, Kosten et Renner (1990) précisent que ces conclusions s'appuient, dans la majorité des cas, sur des échantillons constitués d'hommes. Le tableau clinique représenté par des échantillons de femmes soulignerait davantage de problèmes de dépression.

Une des plus imposantes recherches épidémiologiques effectuées aux États-Unis (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, et Goodwin, 1990) auprès de 20 291 sujets (population générale et populations institutionnelles) a analysé, entre autres, la prévalence des troubles comorbides (i.e. alcool, autres drogue et santé mentale). Dans un premier temps cette recherche s'est intéressée aux taux observés de problèmes d'alcool, de drogues et de troubles de santé mentale, auprès de la population en général. Les éléments suivants ressortent de cette recherche : 22,5% de la population générale souffre de troubles mentaux au moins une fois au cours de leur vie (autre que l'abus de SPA); 13,5% souffre de dépendance à l'alcool et 6% ont une dépendance

aux autres drogues<sup>4</sup>. De plus, il faut ajouter que le milieu carcéral est l'endroit où l'on retrouve le plus haut taux de double problématique (santé mentale et toxicomanie). Près des trois quarts (72%) de leur échantillon provenant de milieu carcéral présentent un trouble lié aux SPA<sup>5</sup> et 55,7 % présente au moins un trouble mental dont un trouble de la personnalité antisociale dans 32,7% des cas.

Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats de ces recherches puisque les critères de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale sont similaires, à bien des égards, à ceux utilisés pour déceler un problème d'abus de substances psychoactives (i.e. style de vie; patterns de comportement du toxicomane) (Lewis, Rice et Helzer, 1983; Khantzian et Treece, 1985; Beck, Wright, Newman et Liese, 1993). Entre autres, le fait d'abuser de substances psychoactives constitue un critère de diagnostic de la personnalité antisociale tout autant que de la personnalité limite. Certaines recherches (Nace, Saxon et Shore, 1983; Lewis, et al. 1983) ont d'ailleurs adapté leur design d'étude et ont choisi comme variable contrôle les symptômes qui chevauchent les deux diagnostics. Il est rassurant de constater que ces dernières abondent dans le même sens que les recherches cités plus haut. En effet, elles ont tout de même décelé une forte prévalence de troubles de la personnalité antisociale dans leur échantillon de toxicomanes.

---

<sup>4</sup> Catégories non mutuellement exclusives.

<sup>5</sup> 56,2% liés à une dépendance à l'alcool et 53,7% liés à une dépendance aux autres drogues.

### 1.3 Impact des troubles comorbides sur la détresse psychologique

La détresse psychologique est un concept très large qui regroupe des expériences subjectives (i.e. sentiments ressentis de tristesse, de vulnérabilité, d'anxiété) et des symptômes objectives (i.e. critères physiologiques rapportés en lien avec le sommeil, l'alimentation). Pour les fins de la présente recherche, l'outil choisi ne permet qu'« une investigation sommaire (1<sup>er</sup> niveau) » (Guyon, Landry, Brochu et Bergeron, 1998, p.20) et va chercher la détresse psychologique ressentie par le client (e.g. expériences subjectives)<sup>6</sup>. Il sera important de nuancer les résultats obtenus lors des analyses puisque l'outil ici utilisé pour déceler la détresse psychologique fait référence uniquement aux expériences subjectives vécues par le client et ne veut, en aucun cas, déceler des troubles précis tel la dépression clinique ou l'état d'anxiété généralisée.

De plus, il faut être vigilant dans l'interprétation de l'impact des troubles comorbides (troubles de la personnalité/toxicomanie) sur la détresse psychologique puisque certains critères diagnostiques des troubles de la personnalité recourent la notion de détresse psychologique (i.e. critères diagnostiques des troubles de la personnalité dépressive, évitante, obsessionnelle, borderline. Par contre, cette notion n'est pas présente dans les critères diagnostiques d'autres troubles de la personnalité comme la personnalité antisociale et schizoïde. Une prudence est de mise puisqu'il y a un risque de redondance partielle dans les mesures mises en relation.

---

<sup>6</sup> Le choix de l'outil est justifié et expliqué en détail dans une autre section.

Les troubles comorbides pour leur part, désignent à la présence simultanée de deux problématiques distinctes, d'étiologie différente, chez une personne. L'intérêt d'étudier l'impact de l'une sur l'autre, consiste à vérifier si le fait d'avoir un ou plusieurs troubles de la personnalité, tout en étant dépendant à une SPA, augmente la détresse ressentie chez une personne comparativement à une autre qui ne présente aucun trouble de la personnalité.

Deux recherches américaines comparent différents facteurs reliés au fonctionnement global de la personne en fonction de la présence ou l'absence de troubles de la personnalité.

Nace, Davis et Gaspari (1991) ont effectué une étude auprès de 100 sujets admis dans un centre interne pour alcooliques et toxicomanes aux États-Unis (comparant les 57 sujets chez qui au moins un trouble de la personnalité a été décelé et les 43 autres qui ne présentaient aucun trouble de la personnalité). Les données socio-démographiques indiquent des différences entre les deux groupes précisant que ceux qui possèdent un trouble de la personnalité ont moins d'années d'éducation et sont habituellement célibataires. De plus, des différences importantes ont été constatées entre les deux groupes, en lien avec le fonctionnement global des personnes. En effet, les gens chez qui un trouble a été noté, abusaient davantage de SPA, présentaient davantage de problèmes judiciaires et affichaient une détresse psychologique plus importante, que les autres chez qui aucun trouble n'a été décelé. Entre autres, il faut noter que le taux de dépression et l'insatisfaction générale quant à leur qualité de vie, incluant leur vie

sociale, émotive, relationnelle et emploi/étude, étaient significativement plus élevés auprès du groupe chez qui un trouble de la personnalité a été décelé. Par conséquent, la présence de troubles de la personnalité chez une personne est associée à une détresse psychologique plus grande.

Une autre recherche américaine plus récente (Johnson, Rabkin, Williams, Remien et Gorman, 2000) abonde dans le même sens. Cette étude de suivi effectuée auprès de 138 hommes (95 VIH + et 43 VIH -) a pour objectif d'analyser l'association entre les troubles de la personnalité, les troubles de l'Axe I<sup>7</sup>, les difficultés au niveau des relations interpersonnelles et du fonctionnement global. Les auteurs ont démontré que le seul fait de souffrir d'un trouble de la personnalité, peu importe lequel, affecte ou reflète négativement l'ensemble des sphères de vie d'un individu. La présence d'un trouble de la personnalité est associée significativement à un fonctionnement global détérioré (incluant les sphères de vie sociale et occupationnelle), à des relations interpersonnelles conflictuelles et à un isolement social. Les mêmes résultats sont observés lorsque l'abus de SPA et la présence ou non du VIH, sont statistiquement contrôlés. Ainsi, la présence de troubles de la personnalité constituent un indicateur d'une détresse psychologique et sociale.

En bref, les recherches confirment l'existence d'une forte prévalence de troubles de la personnalité auprès de populations toxicomanes en traitement pour des troubles de

---

<sup>7</sup> Les troubles de l'Axe I réfèrent aux syndromes cliniques et aux conditions non psychiatriques nécessitant une attention médicale (Millon, 1986). Les troubles de l'Axe I sont « circonscrits dans le temps (...) et sont souvent associés à une détresse subjective de la part du sujet » (Racine et Nadeau, 1995, p.10) telle la dépression clinique. Pour une explication plus détaillée, se référer aux critères diagnostiques du DSM-IV.

SPA (entre 20 à 100%). Il en ressort également qu'il n'existe pas de type de personnalité du toxicomane, puisque tous les troubles de la personnalité se retrouvent dans le tableau descriptif de ces populations. De plus, la présence d'au moins un trouble de la personnalité décelé chez un même sujet constitue un indicateur d'une détresse psychologique marquée.

- ❖ La première hypothèse de cette étude porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur la détresse psychologique ressentie par les sujets toxicomanes contrevenants. Elle prédit que la présence d'au moins un trouble de la personnalité chez un sujet va augmenter la détresse psychologique ressentie par le sujet.

Soulignons, d'entrée de jeu, que seulement un faible pourcentage de toxicomanes en traitement (entre 11,8% et 24,9%) au Québec ne présente aucun trouble de la personnalité. Ces observations nous incitent à nous questionner sur l'impact de ces troubles sur le traitement en toxicomanie. Peut-on de façon réaliste espérer améliorer la qualité de vie de contrevenants de carrière aux prises avec un trouble de la personnalité et un problème de SPA? L'interaction de ces problématiques est intéressante à étudier et encore peu connue. Est-ce que ceux qui présentent un portrait psychologique plus complexe persistent en traitement autant que ceux qui n'ont pas de troubles de la personnalité? Est-ce que ceux qui présentent plusieurs troubles de la personnalité bénéficient autant du traitement offert par les centres de réadaptations publics que les autres?

## **1.4 Comorbidité, persévérance en traitement et efficacité du traitement**

Malheureusement, aucune recherche répertoriée ne traite de l'impact de la triple problématique (toxicomanie, santé mentale et délinquance) au niveau de l'efficacité du traitement. La prochaine section s'attardera aux recherches effectuées sur l'impact de l'une ou l'autre de ces problématiques (i.e. judiciarisation et la présence de troubles de la personnalité), sur la rétention en traitement et sur l'issue du traitement.

### **1.4.1 Impact de la judiciarisation sur la rétention et les résultats du traitement en toxicomanie**

Plusieurs études américaines ont montré l'existence d'une relation entre la rétention en traitement et les pressions exercées par le système judiciaire (McGothlin et Anglin, 1981; Collins et Allinson 1983; Simpson et Friend, 1988; Speckart, Anglin et Deschenes 1989; Anglin, Brecht et Maddahian, 1990; Anglin et Hser 1990). Ces recherches indiquent que tant que la pression demeure, le client poursuit son traitement, toutefois, dès que la pression disparaît, le client abandonne le traitement. Ainsi, la coercition augmenterait la persévérance en traitement (Allan, 1987; Beck, Wright, Newman et Liese, 1993).

Une recension des écrits américains (Brochu et Schneeberger, 1995), portant sur la réadaptation des personnes toxicomanes judiciarisées, fait état de l'impact positif de différents traitements auprès de cette clientèle (i.e. communauté thérapeutique,

programmes soutien à la méthadone, A.A, approche biopsychosociale). Au cours de ces recherches, le meilleur indicateur du succès thérapeutique, s'avère être la durée d'exposition au traitement. Le système judiciaire ainsi, constitue un levier de changement en «forçant» les personnes judiciairisées à persévérer, par crainte des conséquences légales suite à un abandon prématuré du traitement (Brochu et Drapeau, 1997).

Plus près de nous, au Québec, Beaudet et Brochu (1995) ont effectué une recherche portant sur 536 sujets inscrits au programme de réadaptation de Domrémy-Montréal (aujourd'hui le Centre Dollard Cormier). Les auteurs avaient deux objectifs principaux : vérifier si les personnes judiciairisées abandonnent le traitement plus rapidement que les autres et si, à persistance égale, le traitement en toxicomanie s'avère être aussi efficace pour les personnes judiciairisées que pour les personnes non judiciairisées. Leur analyse a permis de confirmer leur première hypothèse, à savoir que les personnes judiciairisées abandonnent le traitement plus rapidement que les personnes non judiciairisées ( $\chi^2 = 8.83$ ;  $p < .05$ ). Ces résultats sont toutefois nuancés par une seconde analyse effectuée auprès d'un nombre plus restreint de sujets (148 sujets) pour lesquels les auteurs possèdent des données à trois temps de suivi (avant le début du traitement, après le traitement et après 12 mois). Cette dernière analyse ne permet plus d'établir de différences significatives entre l'abandon prématuré des sujets et leur appartenance à un des deux groupes. Des analyses manova effectuées, avec comme variables dépendantes les sept échelles de l'IGT, permettent de conclure que plus les clients persévèrent en traitement, plus il est

possible de constater une amélioration dans cinq sphères importantes de leur vie : les échelles alcool, drogue, psychologique, légale, et familiale. La conclusion est qu'à persistance égale, il n'y a pas de différence entre les personnes judiciairisées et les personnes non-judicialisées sur les résultats du traitement. Ces résultats vont dans le même sens que les études américaines, pour lesquelles, le temps passé en traitement constitue le meilleur indicateur de l'impact positif du traitement (Anglin et Hser, 1990).

Les résultats montrent que plus les toxicomanes contrevenants persistent en traitement plus ils améliorent leur fonctionnement général à travers le temps, peu importe si leur demande d'aide dans un centre de traitement a été effectuée sous pressions judiciaires ou non.

#### **1.4.2 Impact de la forte prévalence des troubles de la personnalité sur le traitement en toxicomanie**

Des pionniers du traitement des troubles de la personnalité, Beck et Freeman (1990), soulignent que les personnes présentant des troubles de la personnalité constituent les clients les plus difficiles dans le « case-load » d'un intervenant (i.e. contre-transfert négatif, alliance thérapeutique difficile à établir). De plus, un diagnostic de troubles de la personnalité aurait selon les auteurs un impact sur la réponse au traitement (Beck et Freeman, 1990; Beck, Wright, Newman et Liese, 1993).

«The most difficult and pernicious combinations involve, most notably the borderline and the antisocial personality disorder which interact with chemical addictions to form a class of disorders that is substantially resistant to treatment of any kind» (Beck, Wright, Newman and Liese, 1993: p.278).

Pourtant, peu de recherches ont été effectuées concernant l'impact des troubles de la personnalité sur la rétention en traitement. Conséquemment, le rôle que jouent les troubles de la personnalité sur l'impact du traitement en toxicomanie reste inconnu (Thomas et al., 1999). Puisqu'aucune recherche canadienne ne porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur l'issue du traitement en toxicomanie, des recherches américaines et une recherche européenne sont ici présentées.

Deux études, datant déjà de plusieurs années, suggèrent que le trouble de la personnalité antisociale est associé à des résultats de traitement décevants (Shuckit, 1985; Kofoed et al, 1986). Pourtant, des recherches plus récentes présentent des résultats parfois contradictoires.

Une recherche récente effectuée auprès de 226 sujets, principalement héroïnomanes (Kokkevi et al., 1998), a pour objet d'analyser l'impact des troubles de l'Axe I et II<sup>8</sup> sur la rétention en traitement. Un haut pourcentage de personnes présentant un trouble de la personnalité a été observé dans le groupe de ceux qui abandonnent le traitement prématurément (73,5%), et un haut pourcentage a aussi été observé dans le groupe qui poursuit et termine le traitement (55,8%). Les résultats des analyses montrent que

---

<sup>8</sup> L'Axe II réfère, ici, exclusivement aux troubles de la personnalité. En ce qui concerne l'Axe I voir note en bas de page p. 17.

l'abandon prématuré du traitement n'est pas associé à la présence ou non d'un trouble de la personnalité.

Une autre recherche indique que les troubles de la personnalité ont un impact négatif sur le traitement. Thomas et al. (1999) se sont intéressés à l'impact des troubles comorbides sur le traitement auprès de 252 sujets admis dans un centre résidentiel pour alcooliques et toxicomanes. Près de la moitié, soit 41% des sujets (104 sujets) ont participé à leur étude de suivi effectuée un an après leur admission en traitement. Les résultats de leurs analyses démontrent que la présence d'un trouble de la personnalité affecte les résultats du traitement en augmentant les risques de rechute. Leur unité de mesure du succès thérapeutique consiste en la présence ou non de périodes de rechute alors que dans la recherche citée plus haut, l'amélioration du score composé des échelles de l'IGT constitue l'étalon de mesure de la réussite thérapeutique. Ce que les auteurs ont constaté est que la présence d'un trouble de la personnalité augmente les probabilités de rechute de façon significative. Seulement 6% de ceux chez qui un trouble de la personnalité a été décelé, sont abstinents un an après leur admission, comparativement à 44% de ceux qui ne présentent aucun trouble de la personnalité. Les auteurs reconnaissent que ces résultats sont embryonnaires et que des recherches subséquentes s'avèrent nécessaires afin de mieux comprendre l'impact des troubles de la personnalité sur le traitement.

Une troisième étude, effectuée en Hollande en 1998 (Verheul, Brink et Hartgers, 1998) auprès de 187 sujets (105 recevant des services en externe et 82 recevant des

services en interne), constate que la présence d'un trouble de la personnalité peut prédire la rechute. En effet, le taux de rechute est significativement plus élevé, trois mois après l'admission en traitement auprès de ceux qui présentent un trouble de la personnalité (i.e. ratio de 3,4 entre ceux qui présentent au moins un trouble de la personnalité comparativement à ceux qui n'en ont pas), et particulièrement auprès des sujets qui reçoivent un traitement à l'externe (ratio de 5,9 comparativement à 1,1 pour ceux qui reçoivent des services à l'interne). Pour les sujets qui reçoivent des services à l'externe, près de la moitié (45,7%) de ceux qui ont au moins un trouble de la personnalité, ont rechuté trois mois après leur admission comparativement, à 12,5% de ceux qui n'en ont pas. Les effets constatés trois mois après leur admission en traitement s'atténuent avec le temps. Les auteurs mentionnent que les sujets qui possèdent au moins un trouble de la personnalité présentent 28 fois plus de risques de rechute, lors des trois premiers mois de suivi. Toutefois, dès que les sujets demeurent en traitement plus de quatre mois, aucune différence significative n'est observée entre les groupes.

Il est intéressant de noter que les données précédentes vont dans le même sens qu'une recherche effectuée en 1995 (Beaudet et Brochu, 1995) auprès d'une population toxicomane en partie judiciairisée. La conclusion de cette dernière étude est qu'à persistance égale, les contrevenants améliorent leurs scores aux échelles de l'IGT autant que les non contrevenants mais, que les personnes contrevenantes abandonnent le traitement significativement plus rapidement que les non-contrevenants.

- ❖ La deuxième hypothèse porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur la rétention en traitement. Cette hypothèse prédit que les sujets toxicomanes contrevenants chez qui au moins un trouble de la personnalité a été décelé abandonnent le traitement plus rapidement que les sujets chez qui aucun trouble de la personnalité n'a été décelé.
- ❖ La troisième hypothèse porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur l'issue du traitement en toxicomanie. Elle prédit que les sujets toxicomanes contrevenants chez qui au moins un trouble de la personnalité a été décelé font montre d'une amélioration plus modeste aux différentes échelles de l'IGT à travers le temps, que ceux chez qui aucun trouble de la personnalité n'a été décelé.

## 1.5 Conclusion du premier chapitre

La documentation scientifique citée précédemment, suggère que les troubles de la personnalité peuvent affecter les résultats du traitement en réduisant sa durée et en augmentant les risques de rechute. Les troubles de la personnalité sont associés à un fonctionnement global détérioré et à des lacunes importantes sur le plan relationnel ce qui a un impact négatif sur l'alliance thérapeutique requise lors d'une démarche de changement personnel. Le meilleur indicateur du succès thérapeutique pour les échantillons de toxicomanes contrevenants est le temps passé en thérapie (Brochu et Schneeberger, 1995). Plus un client persévère, plus ses scores s'améliorent aux

échelles de l'IGT. Ainsi, le système judiciaire, en « forçant » les contrevenants à persister, semble agir comme un levier de changement.

Ainsi, au fil des lectures du chapitre I, trois hypothèses se sont dégagées concernant un échantillon de toxicomanes contrevenants :

- Hypothèse 1 : La première hypothèse de cette étude porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur la détresse psychologique ressentie par les sujets. Elle prédit que la présence d'au moins un trouble de la personnalité chez un sujet va augmenter la détresse psychologique ressentie par le sujet.
- Hypothèse 2 : La deuxième hypothèse porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur la rétention en traitement. Cette hypothèse prédit que les sujets chez qui au moins un trouble de la personnalité a été décelé abandonnent le traitement plus rapidement que les sujets chez qui aucun trouble de la personnalité n'a été décelé.
- Hypothèse 3 : La troisième hypothèse porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur l'issue du traitement en toxicomanie. Elle prédit que les sujets chez qui au moins un trouble de la personnalité a été décelé font montre d'une amélioration plus modeste aux différentes échelles de l'IGT à travers le temps, que ceux chez qui aucun trouble de la personnalité n'a été décelé.

## **Chapitre 2**

### **Démarche méthodologique**

## **2. Le Centre Dollard-Cormier**

Le Centre Dollard-Cormier a été créé en 1997, à la suite de la fusion de trois centres publics de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes de Montréal, soit les centres Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine. Ce centre est « issu de la volonté de bâtir un réseau de services intégrés et continus en réadaptation, pouvant répondre à l'ensemble des besoins des personnes alcooliques et toxicomanes » (dépliant du centre). Le but général des services offerts vise une réduction des méfaits dus à la consommation de substances psychoactives tout en misant sur une amélioration de la qualité de vie des personnes traitées. L'emphase est mise sur l'accessibilité des services au moment où ils sont requis (re : services d'urgence-toxicomanie; services d'accueil/évaluation/orientation; services de désintoxication et d'hébergement). De plus, les services sont adaptés selon le groupe d'âge de la clientèle (Programme Jeunesse; Programme Adulte et Programme Personnes 55 ans et plus).

Le Centre Dollard-Cormier offre une panoplie de services spécialisés et adaptés aux besoins spécifiques de leur clientèle (Programme Toxicomanie-Justice, Programme Itinérance et Programme Santé mentale). Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997) a relevé que le Centre Dollard-Cormier fait partie des rares centres au Québec où l'on offre la possibilité d'un traitement concomitant de deux troubles (i.e. santé mentale/ toxicomanie).

Le programme de traitement du centre s'appuie sur une approche biopsychosociale, adoptée par le centre en 1989. Cette approche implique que non seulement l'emphase est mise sur les habitudes de consommation de SPA mais également, sur l'amélioration des sphères de vie importantes le plus souvent associées à la toxicomanie. L'approche favorise le maintien en milieu naturel lors du processus de réadaptation toutefois, un séjour au centre interne est possible lorsque la situation de l'usager nécessite un retrait du milieu naturel.

Les sujets de cette étude proviennent du centre Dollard-Cormier. La banque de données utilisée pour cette recherche provient d'une étude réalisée par Brochu, Bergeron, Landry et Germain (1999), qui contient des informations sur les usagers qui ont entrepris une démarche de changement dans un programme spécifique (Programme Toxicomanie-Justice) de ce centre.

## **2.1 Description du programme de traitement pour toxicomanes contrevenants**

En 1994, le Programme Toxicomanie-Justice a été mis sur pied au centre Domrémy-Montréal, devenu par la suite le Centre Dollard-Cormier, suite à des recommandations des cliniciens qui ont constaté la présence de cette double problématique parmi un nombre important de leur clientèle. L'équipe clinique qui a conçu le programme a appuyé ses décisions sur les caractéristiques communes de

---

<sup>9</sup> Le nombre de femme incluses dans l'échantillon ne permet pas la production de groupes suffisamment grands pour mener des analyses statistiques appropriées.

cette clientèle présentant la double problématique de toxicomanie et de délinquance (Domrémy-Montréal, Présentation détaillée d'un programme clinique, 1994).

Les concepteurs du programme ont choisi de recruter deux types de clientèle : ceux qui au moment de leur demande de services, n'ont pas de contraintes judiciaires mais, chez qui un profil de délinquance persistante est décelé; et ceux en demande d'aide sous contraintes judiciaires. La première catégorie inclut les toxicomanes contrevenants qui présentent une délinquance persistante qui est mesurée par le fait d'avoir été arrêté et inculpé d'au moins quatre délits au Code Criminel dont trois de natures différentes (Germain, LeBlanc 1996). La deuxième catégorie inclut les individus qui ont fait une demande d'aide suite aux pressions de différentes instances judiciaires. Bien que ces deux catégories de contrevenants englobent une variété de types de délinquants et de délinquances, les concepteurs rapportent que dans les faits les clients «possèdent souvent les deux caractéristiques» (Domrémy-Montréal, Programme Toxicomanie-Justice, 1997: p.3).

Les rencontres individuelles constituent le mode d'intervention principal du programme externe. Dans un premier temps, l'emphase est mise sur l'évaluation de la ou des problématiques de chaque client. Un plan d'intervention individualisé est alors réalisé conjointement, par l'intervenant clinique et le client. Par la suite, selon ses objectifs personnalisés et le temps alloué pour les réaliser (décidé en collaboration avec le client), le client doit franchir les différentes étapes du processus de réadaptation : 1) la motivation, 2) l'adaptation et 3) la réadaptation. Nous avons

retranscrit les objectifs de chacune de ces phases du document intitulé *Présentation détaillée d'un programme clinique* (Domrémy-Montréal, 1994: p.5)

Motivation:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser chez l'utilisateur le sens de responsabilisation et d'approbation à l'endroit de sa démarche en intervenant sur les dimensions de motivation et d'engagement.</li> </ul>
Adaptation:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration de l'utilisateur dans son environnement et viser la réduction des conflits tant internes que relationnels.</li> </ul>
Réadaptation:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétablir l'équilibre interne de l'utilisateur et améliorer, renforcer et rétablir la qualité du lien entre celui-ci et son environnement.</li> </ul>

Chacune des étapes vise des changements spécifiques, tant au niveau de la consommation de SPA qu'au niveau d'une amélioration psychosociale. Chaque étape est d'une durée variable. En plus des rencontres individuelles, lieu privilégié de l'intervention, vient se greffer toute une gamme de services de groupe: groupes à caractère éducatif, groupes d'intérêt (visant à responsabiliser le client et à l'aider à prendre une décision sur la poursuite ou non de sa démarche de changement), groupes de développement personnel et groupes axés sur des expérimentations en milieu naturel (i.e. bénévolat, loisir, groupe d'habiletés parentales, plateau de travail) (Domrémy-Montréal, 1994). De plus, des rencontres impliquant conjointement l'utilisateur et ses tiers significatifs sont offertes afin d'actualiser les objectifs de celui-ci. Un service à l'entourage, comportant des rencontres de groupes et individuelles, est également offert afin de fournir support, informations et entraide aux personnes directement impliquées dans la vie du toxicomane.

## 2.2 Procédures de recrutement

Les sujets de cette recherche ont été recrutés entre mai 1996 et juillet 1997. L'échantillon initial contient 216 sujets<sup>10</sup> (191 hommes et 25 femmes). Cependant, notre échantillon est composé exclusivement d'hommes (146 sujets) âgés entre 18 et 52 ans ( $\bar{X} = 34,9$  ans, E.T. = 7,4) représentant fidèlement les admissions au programme durant cette période (88% d'acceptation à participer à l'étude).

Un agent de recherche a rencontré les usagers, lors de leur entrée dans le processus d'admission au Programme Toxicomanie-Justice. Lors de cette rencontre d'accueil en groupe, un agent de recherche leur a présenté l'étude et ses implications (e.g. nombre de rencontres, temps requis par rencontre, règles de confidentialité). À la suite de ces explications, les usagers intéressés ont dû signer un formulaire de consentement éclairé, pour qu'un agent de recherche puisse entrer en communication avec eux afin de fixer une date de rencontre. Les usagers étaient libres d'accepter ou de refuser de faire partie de cette recherche. Ils ont été informés que leur décision de participer ou non n'influencerait aucunement leur thérapie. Lors de la première rencontre avec les usagers, des agents de recherche expérimentés ont administré une batterie de tests à chaque sujet. Entre autres, les sujets ont complété le questionnaire du MCMI-III<sup>11</sup>. Il est à noter que l'IGT<sup>12</sup> est administré aux usagers par un intervenant du Centre

---

<sup>10</sup> Cinquante sujets (23,1%) de l'échantillon initial n'ont pas été retenus pour cette étude puisqu'ils proviennent du Centre Domrémy-04, un autre centre de traitement pour alcooliques et toxicomanes. De plus, les femmes ont été retirées de l'échantillon de cette étude parce que leur petit nombre ne permet pas la production de groupes suffisamment grands pour mener des analyses statistiques appropriées.

<sup>11</sup> Les caractéristiques psychométriques de ce questionnaire sont discutées à la section 3.2.

<sup>12</sup> Les caractéristiques de l'IGT sont discutées à la section 3.2.

Dollard-Cormier lors de leur rencontre d'accueil/évaluation/orientation avant même qu'ils ne soient référés au Programme Toxicomanie-Justice.

### **2.3 Caractéristiques de l'échantillon**

Les 146 sujets retenus sont âgés en moyenne de 35 ans ( $\bar{X}$  = 34,95, E.T. = 7,44). Le tableau I présente les données socio-démographiques de l'échantillon. Les trois quarts (72,6%) de l'échantillon reçoivent un revenu annuel inférieur au seuil de la pauvreté (moins de 12 000\$/ an). La moitié des sujets (48,6%) rapporte être bénéficiaire de l'aide sociale et moins de 20% travaille à temps plein.

En ce qui concerne l'éducation, la majorité des sujets n'a pas entrepris d'études post-secondaires (82,3%). En effet, la moitié (50%) a abandonné l'école avant le 4<sup>ème</sup> secondaire et 32,2% a abandonné l'école après leur secondaire IV ou leur secondaire V. Seulement 17,7% des sujets ont complété une formation post-secondaire. Les trois quarts des sujets de l'échantillon sont célibataires (54,2%) et/ou divorcés/séparés (24,7%) et ne vivent pas avec une conjointe.

Ainsi, les trois quarts des sujets de l'échantillon sont pauvres (revenu sous le seuil de pauvreté), peu éduqués et vivent seuls.

**Tableau I**  
**Données socio-démographiques de l'échantillon**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexe : masculin</b>	146	100
<b>Revenu annuel</b>		
Moins de 12 000	106	72,6
\$12 000 et plus	40	27,4
<b>Type d'occupation au cours des 3 dernières années</b>		
Travail temps plein	28	19,2
Travail temps partiel (heures régulières)	1	0,7
Travail temps partiel (heures irrégulières)	8	5,5
Travail saisonnier	7	4,8
Étudiant	1	0,7
Retraite/ invalide	4	2,7
Milieu institutionnel	5	3,4
Chômage	6	4,1
Assistance sociale	71	48,6
Au foyer	1	0,7
Occupations instables	8	5,5
Autres	6	4,1
<b>Scolarisation (années complétées)</b>		
1 à 7 (primaire)	6	11,0
8 à 10 (sec. I à III)	57	39,0
11 à 12 (sec. IV et V)	47	32,2
13 et + (études post-secondaires)	26	17,7
<b>Statut civil (lors de la demande d'admission)</b>		
Célibataires	79	54,2
Conjointe	23	15,8
Mariés	8	5,5
Séparés/ divorcés	36	24,7
<b>Âge</b>	$\bar{X} = 34,9$	E.T. = 7,4

### 2.3.1 Profil des problèmes judiciaires

Le tableau II illustre la situation légale des sujets lors de leur demande d'admission au CDC. Près de la moitié (43,2%) des sujets précise que leur demande d'admission a été imposée par le système judiciaire ou social. Parmi ceux qui se voient imposer une démarche thérapeutique, la grande majorité (85,2%) avaient des démêlés actuels avec le système judiciaire. Pour leur part, les sujets restants (14,7%), se voient imposer une démarche de changement suite à des pressions du système social, plus particulièrement par des intervenants œuvrant à la Protection de la Jeunesse.

Bien que seulement 43,2% mentionne que leur demande d'aide soit imposée par le système judiciaire ou social, près des deux tiers des sujets (62,3%) rapportent être sous une mesure légale (en libération conditionnelle ou en probation ou en maison de transition ou en prison ou en libération sous caution ou autre) au moment de l'admission. Le nombre de sujets sous pressions judiciaires lors de l'admission est probablement sous-estimé puisque ceux qui étaient en instance d'inculpation, de procès ou de sentence ne sont pas inclus dans nos calculs.

**Tableau II**  
**Situation légale des sujets lors de la demande d'admission au Centre Dollard-Cormier**

<b>Condition lors de la demande d'admission</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Admission imposée (système judiciaire / sociale)	63	43,2
Non imposée	83	56,8
<b>Si imposée, par qui*?</b>		
Système judiciaire	52	85,2
Système social	9	14,7
<b>Situation judiciaire</b>		
Sous une mesures légales**	91	62,3
Aucune mesure légale	55	37,7

\* valeurs manquantes = 2

\*\* mesures légales = en libération conditionnelle ou en probation ou en maison de transition ou en prison ou en libération sous caution ou autre

### 2.3.2 Profil de la dépendance aux substances psychoactives de l'échantillon

Le tableau III présente les problèmes de SPA tels que décrits lors de la demande d'admission. Plus de la moitié des sujets (54,1%) rapporte avoir une double toxicomanie, que ce soit une consommation problématique d'alcool et d'une autre drogue, ou de deux drogues excluant l'alcool. Il n'est pas surprenant de retrouver une double toxicomanie dans cet échantillon, puisque la probabilité de développer une autre toxicomanie est de loin supérieure lorsqu'il existe déjà un problème de SPA (Regier et al., 1990). La double toxicomanie réfère surtout à une consommation problématique d'alcool et d'une autre drogue. L'alcool est présente dans 78,5% des cas de double toxicomanie. Les problèmes de SPA rapportés sont comparables aux autres recherches effectuées auprès d'une clientèle toxicomane (Regier et al., 1990). La substance, qui à elle seule est la plus abusée dans cet échantillon, est l'alcool. Plus du quart (28,8%) de l'échantillon rapporte cette consommation comme étant la cause

principale de leurs problèmes. La cocaïne est considérée par 10% des sujets de cet échantillon, comme étant la substance qui leur cause des problèmes majeurs.

**Tableau III**  
**Profil de la toxicomanie des sujets lors de leur demande d'aide au centre**  
**Dollard-Cormier**

<b>Problème(s) majeur(s) de toxicomanie</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alcool	42	28,8
Héroïne	4	2,7
Cocaïne	15	10,3
Cannabis	5	3,4
Inhalants	1	0,7
Alcool et drogues (double toxicomanie)	62	42,5
Polydrogues	17	11,6

En ce qui concerne les demandes antérieures de traitements, l'échantillon est assez homogène. En effet, la grande majorité des sujets n'a jamais été traitée uniquement pour des problèmes d'alcool ou de drogue (83,6% et 84,2% respectivement). Par contre, la moitié des sujets de l'échantillon (45,9%) rapporte avoir été traitée pour des problèmes de polytoxicomanie (alcool et drogue). Un tiers (32,2%) rapporte avoir été traité entre 2 et 18 fois, antérieurement à cette demande d'aide, pour des problèmes multiples de SPA.

En bref, l'échantillon est composé de 146 hommes âgés en moyenne de 34 ans. Ils ont un revenu annuel de moins de 12 000\$ par année, les plaçant sous le seuil de la pauvreté et la moitié rapporte vivre de l'aide sociale. La majorité mentionne vivre seul. Ils sont pour la plupart peu éduqués (66,4% n'a pas obtenu son diplôme de secondaire V). Bien que la grande majorité ait été sous contraintes légales lors de la demande d'aide, seulement la moitié des sujets de l'échantillon précise que la

demande d'aide a été imposée par le système social ou judiciaire. La moitié des sujets de l'échantillon présente des problèmes de double toxicomanie et plus précisément des problèmes d'alcool combinés à une autre drogue. De plus, la moitié des sujets de l'échantillon a déjà été traitée pour des problèmes de double toxicomanie.

## **2.4 Description des variables et instruments utilisés**

### **2.4.1 Troubles de la personnalité**

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory questionnaire (MCMI-III) (Millon, 1994) est un outil de diagnostic construit par Millon selon sa propre théorie de la personnalité. Celle-ci se rapproche des définitions des troubles de la personnalité du DSM-IV qui constitue la nosologie psychiatrique la plus largement utilisée. Le MCMI est aussi utilisé pour des études de prévalence de «double-diagnostic».

Les analyses de consistance interne du MCMI effectuées par Millon et son équipe (1994) obtiennent des scores du coefficient alpha de Cronbach variant entre 0,66 à 0,99, ce qui est satisfaisant. La moyenne des scores d'alpha de Cronbach est de 0,80, sur 20 des 26 échelles.

Les analyses test-retest effectuées auprès des mêmes sujets à neuf jours d'intervalle. Le questionnaire a été complété par les mêmes sujets au cinquième jour et au

quatorzième jour après leur admission (n=87), et a obtenu des coefficients variant entre 0,82 et 0,96, avec un score à la médiane de 0,91.

Les qualités majeures de ce test sont la facilité et la rapidité lors de la passation (175 questions «vrai» ou «faux») et sa validité pour l'évaluation des troubles de la personnalité, qui se rapproche de la classification du DSM-IV (Millon, 1994).

En 1996, la traduction française du MCMI-III a été effectuée par une équipe de chercheurs composée de Michel Landry, Jean Proulx et Louise Nadeau. Dans un premier temps, une autorisation a été obtenue auprès du National Computer System, pour entreprendre une recherche utilisant cet instrument. Par la suite, le processus de traduction et de retrotraduction (retour à la version française) a été effectué avec succès<sup>13</sup>.

Ce test possède un type de classification par prototype (opposé à type de classification par catégorie exclusive et par type de classification par dimension : effet de continuum de chaque trait (i.e. MMPI)). Ce test regroupe un ensemble de comportements selon un profil reconnaissable appelé un syndrome; plus un sujet possède de caractéristiques dans un prototype, plus la probabilité que le diagnostic soit fiable et valide, augmente (Racine et Nadeau, 1995).

---

<sup>13</sup> Les analyses de consistance interne, de fidélité test-retest et de validité discriminante n'ont pas encore été effectuées.

Lors de l'analyse du questionnaire, les sujets obtiennent un score pour chacune des 14 échelles de personnalité mesurées. Les moyennes obtenues sont appelées des « scores pondérés » (Base Rate Scores : abréviation BR). Les scores supérieurs à 84 indiquent la prééminence du trouble de la personnalité alors que les scores supérieurs à 74 sont considérés comme indicatifs de la présence de ce trouble. Le score maximum est de 115 alors que le score moyen est de 60.

Lors de travaux préliminaires plusieurs options ont été envisagées afin de regrouper les sujets selon la gravité, le type, et le nombre de troubles de la personnalité. Dans un premier temps, nous avons effectué des analyses de typologie (cluster) qui regroupent statistiquement les individus sur la base de caractéristiques communes. Cependant, en plus du nombre insatisfaisant de sujets dans le troisième cluster, nous n'avons pu donner un sens théorique au deux premiers cluster : aucun profil ne pouvait être identifié pour différencier les groupes entre eux. Dans un deuxième temps, nous avons tenté de regrouper les sujets selon la gravité des troubles de la personnalité. Pour ce faire, nous avons formé et rencontré un comité d'experts<sup>14</sup>. Suite à cette rencontre, trois catégories de sévérité de troubles sont ressorties.

<b>Troubles sévères</b>	<b>Troubles modérés</b>	<b>Troubles faibles</b>
Antisociale	Dépressive	Dépendante
Limite	Self-defeating	Évitante
Paranoïde		

<sup>14</sup> Le comité d'experts était formé de trois intervenantes œuvrant auprès de clientèles souffrant de troubles comorbides du CDC. Christiane Perreault, Danielle Duhamel et Marie-Claude Pominville ont accepté de nous rencontrer afin de répondre à nos interrogations.

Cependant, le nombre insuffisant de sujets dans le troisième groupe nous a empêché d'utiliser ces catégories.

	<b>Catégories mutuellement Exclusives</b>	<b>Catégories non exclusives</b>
<b>Troubles sévères</b>	24	65
<b>Troubles modérés</b>	13	46
<b>Troubles faibles</b>	1	5

Finalement, nous avons choisi de traiter les troubles de la personnalité, qui constituent la variable indépendante pour les trois hypothèses, selon leur présence ou leur absence chez un même sujet.

#### **2.4.2 Amélioration en traitement**

L'IGT est l'outil d'évaluation de la clientèle adopté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. L'IGT constitue la version française de l'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborski, Woody et O'Brien, 1980), adaptée et validée auprès d'une population alcoolique et toxicomane québécoise (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998; Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992).

Cet instrument psychométrique regroupe en sept échelles indépendantes, les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogue. Les échelles sont les suivantes: 1) alcool, 2) drogue, 3) état de santé physique, 4) relations familiales et interpersonnelles, 5) état psychologique, 6) emploi et ressources, et 7) situation judiciaire.

Un score composé est calculé pour chaque échelle à partir de certaines questions clés. Chaque score est obtenu à partir de calculs mathématiques complexes assurant la pondération de la valeur relative de chaque item clé. Ces scores s'expriment en décimales sur une échelle qui varie entre 0 et 1. La valeur 1 représente le niveau de gravité maximale.

La version française de l'ASI a été traduite et validée par l'équipe de Bergeron et al. (1992). Les analyses de la traduction du questionnaire, effectuées par trois traductrices professionnelles, concluent qu'elle est dans son ensemble, de bonne qualité. La cote inter-juge de 92,4% obtenues signifie que, malgré certaines nuances au niveau de la traduction, les trois juges s'accordent sur sa valeur. La fiabilité du questionnaire est mesurée par le coefficient alpha de Cronbach qui varie selon les échelles entre 0,63 et 0,89. L'échelle présentant un coefficient de consistance interne le plus faible est celle des relations familiales et interpersonnelles. Le coefficient de corrélation de chacun des énoncés formant l'ensemble du score composé varie entre un score tout juste satisfaisant de 0,629 pour l'échelle des relations familiales et interpersonnelles, et un score très satisfaisant de 0,894 à l'échelle alcool. En général, les auteurs concluent qu'il y a homogénéité dans l'ensemble des énoncés, composant chacune des échelles globales de l'IGT. Les analyses de la fidélité test-retest obtiennent des résultats au coefficient de corrélation variant entre 0,50 (le seul résultat insatisfaisant est obtenu à l'échelle médicale) à 0,93 (intervalle de trois jours).

L'IGT permet ainsi d'évaluer la sévérité des symptômes présentés dans les différentes sphères de vie d'une personne et de mesurer les changements qui s'opèrent dans chacune de ces sphères à travers le temps. Ce questionnaire est donc également utilisé pour les études de suivi. Les sept échelles de l'IGT constitueront nos variables dépendantes, afin de mesurer l'impact du traitement selon les scores obtenus aux différents temps de suivi.

### **2.4.3 Détresse psychologique**

En raison de la double vocation du questionnaire de l'IGT, comme instrument d'évaluation clinique et comme instrument de recherche, l'outil doit répondre aux exigences des deux domaines en mesurant, en peu de temps, les aspects multidimensionnels de la toxicomanie. Ainsi, il ne se veut pas un outil de diagnostic mais plutôt, un outil d'évaluation de premier niveau de l'ensemble des sphères de vie d'un individu. L'échelle psychologique de l'IGT a été retenue comme mesure de la détresse psychologique (se référer à la section 1.3 pour plus de détails). Elle mesure la détresse psychologique ressentie par les sujets ce qui limite les analyses effectuées aux expériences subjectives décrites par ceux-ci.

Le score composé de l'échelle psychologique de l'IGT réfère à la détresse psychologique ressentie durant les trente jours antérieurs à la passation du questionnaire. Les états psychologiques mesurés à l'échelle psychologique de l'IGT réfèrent à des « symptômes graves de troubles mentaux pendant une période de temps

significative» (manuel d'utilisation de l'IGT, p.64). Les symptômes recherchés lors de la passation de cette échelle de l'IGT se rapportent aux troubles dépressifs, anxieux, violents (envers les autres et envers soi-même), aux problèmes de concentration et à la présence d'hallucinations.

Le score obtenu par les sujets, à l'échelle psychologique, constituera notre variable dépendante lors de l'analyse de notre première hypothèse. Ceci permettra de mesurer si la présence de troubles de la personnalité fait montre d'une augmentation de la détresse psychologique (re : expériences subjectives).

#### **2.4.4 La persévérance en traitement**

Le nombre d'heures d'intervention réellement suivies par les usagers en traitement, constitue la variable dépendante pour l'analyse de la deuxième hypothèse. Le nombre d'interventions significatives sera compilé à l'aide des notes au dossier de chaque usager. Cette méthode de cueillette de données a été validée en 1995 par Brochu, Landry, Bergeron et Chiocchio. La validité de cette méthode repose principalement sur la fiabilité des dossiers de chaque usager, de rendre compte avec justesse, de la nature et de la quantité des interventions effectuées au centre. Les auteurs ont utilisé le Treatment Services Review (TSR) développé par McLellan afin d'évaluer les services reçus du point de vue des usagers. Quarante-huit usagers du centre Domrémy-Montréal ont participé à cette validation qui portait sur la concordance entre le temps d'exposition au traitement rapporté par les usagers et les notes aux

dossiers. Un coefficient de corrélation de  $r = 0.81$ ,  $p < .005$  a été obtenu, entre les activités thérapeutiques notées aux dossiers des usagers et leur perception des services reçus. Ces résultats témoignent d'un degré de cohérence valable. Le nombre d'heures 'significatives' en traitement sera ainsi compilé.

## **2.5 Analyse des données**

L'opérationnalisation des variables s'effectue de trois façons pour l'analyse statistique de chacune des hypothèses.

Premièrement, une analyse ONEWAY sera effectuée afin de valider si la présence de troubles de la personnalité est associée à une plus grande détresse psychologique selon les scores obtenus à l'échelle psychologique de l'IGT.

Deuxièmement, une analyse ONEWAY sera effectuée afin d'évaluer si la persévérance en traitement des sujets de l'échantillon est associée à la présence de troubles de la personnalité. La variable dépendante sera le nombre d'heures passées en traitement.

Troisièmement, une série de sept analyses de variance (ANOVA) à mesures répétées, sera privilégiée pour cette analyse afin de tenir compte des échelles indépendantes de l'IGT (McLellan et al. 1980). Le plan factoriel comprendra le nombre de troubles de la personnalité, présent chez un sujet en début de traitement (3 groupes), ainsi que les

quatre temps de passation des questionnaires (0, 4, 8, 11 mois après leur demande d'admission en traitement). Compte tenu que le temps d'exposition au traitement risque de varier de façon importante, le temps de traitement pourra être impliqué à l'analyse à titre de co-variable si la deuxième hypothèse est validée. Les ANOVA seront alors remplacés par des ANCOVA (3X4).

## **2.6 Les limites de l'étude :**

Les limites de cette étude, uniquement quantitative, sont fonction de la validité des informations recueillies. Des questionnaires de type auto-révélé ont été administrés dans un contexte particulier, où 88,5%<sup>15</sup> des sujets de l'échantillon étaient sous contraintes judiciaires au moment de leur demande de service au CDC (Germain, Brochu, Bergeron et Landry, 1999). Il se pourrait que certains sujets choisissent de mentir en cherchant à mieux paraître ou encore à normaliser leur vécu par peur des sanctions potentielles infligées par le système pénal (Goldstein et al. 1995). La question est de savoir si les données de type auto-révélé, recueillies auprès d'une population judiciairisée en traitement dans un centre spécialisé en toxicomanie, sont valides et fiables. Une recherche récente (Landry, Brochu et Bergeron, 1999) qui s'est intéressée à ce sujet montre que les données recueillies auprès de cette clientèle sont fiables et valides. Anglin, Hser et Chou (1993) font état, au cours de leur recherche auprès d'une population héroïnomane, que les données recueillies sont fiables si

---

<sup>15</sup> 65.3% des usagers de ce programme sont en libération conditionnelle, en probation, en maison de transition, en prison, ou en libération sous cautionnement, comparativement à 34.7% qui n'ont aucune mesure légale. Cependant, de ces derniers, 22,2% des sujets effectuent une demande de service en instance d'inculpation, en attente de procès ou en attente de sentence (Germain et al., 1999).

certains facteurs sont respectés. Ainsi, une attention particulière a été portée lors de la cueillette des données, afin de créer une ambiance propice au dévoilement, tout en assurant la confidentialité et en expliquant à la clientèle l'utilité de chaque questionnaire.

Une autre limite concerne la généralisation. La banque de données utilisée se limite à l'analyse d'une clientèle spécifique (i.e. contrevenante) provenant d'un centre public de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes. Les données permettent de mieux comprendre les toxicomanes en traitement et non l'ensemble des toxicomanes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de traitement. De plus, les caractéristiques de cette clientèle ne sont pas statiques et ne demeurent pas similaires à travers le temps. Par conséquent, les résultats se limitent aux données recueillies entre 1996-1997.

Finalement, le questionnaire de diagnostic utilisé au cours de cette recherche comporte des limites. Le MCMI n'est pas un outil de diagnostic au sens propre puisque le diagnostic posé suite à sa complétion n'est pas validé par un clinicien dûment formé qui pourrait valider, infirmer ou nuancer les résultats obtenus. De plus, il faut ainsi être prudent dans l'analyse des résultats puisque le questionnaire utilisé a tendance à sur-diagnostiquer les troubles de la personnalité (Chamberland, Boivin et Diguier, 1999).

## **Chapitre 3**

### **Analyse des résultats et discussion**

Le présent chapitre fait état des résultats des analyses effectuées afin de vérifier les trois hypothèses de cette étude. La première hypothèse est à l'effet que la présence de troubles de la personnalité augmente la détresse psychologique ressentie par les sujets. La deuxième hypothèse est à l'effet que les sujets présentant au moins un trouble de la personnalité abandonnent le traitement plus rapidement, que les sujets ne présentant aucun trouble de la personnalité. La troisième hypothèse veut vérifier si la présence de troubles de la personnalité affecte négativement l'issue du traitement. Les résultats de ces analyses, ainsi qu'une discussion sur leurs implications cliniques et scientifiques y sont présentés.

### **3 Caractéristiques de l'échantillon en fonction des troubles de la personnalité**

Le tableau IV fait état de la présence marquée de plusieurs troubles de la personnalité, chez un même sujet (i.e. jusqu'à sept troubles de la personnalité). Tel que mentionné dans la section 2.6, il est important de nuancer ces résultats puisque le MCMI a tendance à sur-diagnostiquer les troubles de la personnalité.

**Tableau IV**  
**Nombre de troubles de la personnalité décelés chez les sujets (n = 146)**

<b>Nombre de troubles/ client</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
0	28,1	41
1	27,4	40
2	20,5	30
3	11,0	16
4	5,5	8
5	2,7	4
6	2,7	4
7	2,1	3
Total	100	146

Au moins deux troubles de la personnalité ont été décelés chez 44,5% des sujets mais en revanche, 28,1% des sujets ne présentent aucun trouble de la personnalité (BR<84). La moyenne de troubles de la personnalité décelés par sujet, s'élève à 1,68 troubles (E.T. = 1,68). Ces pourcentages sont un peu moins élevés que ceux trouvés par Landry, Nadeau, Racine (1996), où 88,2% des sujets de leur échantillon provenant du CDC, présentaient au moins un trouble de la personnalité et 71% des sujets en présentaient au moins deux. Cette différence laisse supposer qu'il y a davantage de sujets qui présentent au moins un trouble de la personnalité dans la population générale provenant des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes. Ainsi, un nombre moindre de sujets présente au moins un trouble de la personnalité dans un échantillon restreint de toxicomanes contrevenants.

Le tableau V est présenté à titre indicatif, afin d'illustrer les moyennes des scores pondérés (Base Rate Scores : abréviation BR) obtenus aux différentes échelles du MCMI en début de traitement. Les scores supérieurs à 84 indiquent la prééminence du trouble, alors que les scores supérieurs à 74 sont considérés comme indicatifs de la présence de ce trouble. Les troubles les plus représentés (BR> 84) sont les troubles dépressifs (24,7%), les troubles dépendants (22,6%), les troubles antisociaux (20,5%) et les troubles limites (18,5). Trois troubles de la personnalité sont peu ou pas représentés dans l'échantillon, soient les troubles histrioniques (0%), les troubles compulsifs (0,7%), et les troubles narcissiques (4,1%). Ces résultats confirment les

conclusions faites par d'autres chercheurs, validant la thèse qu'il n'existe pas de personnalité type du toxicomane puisque la plupart des troubles y sont représentés.

On peut se demander si le test a bien différencié les syndromes dépressifs, fréquemment diagnostiqués auprès de cette clientèle, du trouble de la personnalité. Puisque les syndromes dépressifs peuvent précéder la consommation, peuvent être causés par la consommation ou peuvent apparaître suite au sevrage, il peut être difficile de reconnaître un patron de comportements pathologiques tel un trouble de la personnalité. Un test « papier-crayon » comme le MCMI ne permet pas de nuancer le diagnostic selon la généralité, la rigidité et la persistance des patrons de comportements comme un clinicien pourrait le faire suite à une entrevue semi-dirigée. Ainsi, on peut supposer que le trouble de la personnalité dépressive est ici surestimé.

Pour sa part, le score moyen fait référence à la moyenne obtenue pour chaque trouble de la personnalité chez les sujets de l'étude. Le trouble de la personnalité antisociale arrive en première place.

**Tableau V**  
**Prévalence des troubles de la personnalité**

AXE II	BR > 84		BR > 74		Score moyen	
	%	rang	%	rang	%	rang
Aucun trouble	28,1					
Dépressive	24,7	1	56,8	2	74,9	2
Dépendante	22,6	2	50,0	3	71,0	5
Antisocial	20,5	3	67,8	1	77,2	1
Limite	18,5	4	41,1	6	71,5	4
Passive-agressive	15,1	5	44,5	5	67,8	8
«Self-defeating»	13,7	6	45,2	4	71,8	3
Paranoïde	12,3	7	21,9	9	70,4	6
Sadique	11,6	8	28,1	8	67,9	7
Schizoïde	8,2	9	9,9	10	65,6	9
Évitant	8,2	9	28,8	7	65,1	10
Schizotypique	7,5	11	16,4	11	63,8	11
Narcissique	4,1	12	11,6	12	51,9	12
Compulsive	0,7	13	1,4	13	36,6	13
Histrionique	0	14	0	14	33,8	14

### 3.1 Évaluation de la détresse psychologique des sujets en lien avec la présence de troubles de la personnalité

La première hypothèse porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur la détresse psychologique. Pour ce faire, des analyses ONEWAY sont utilisées. L'échelle psychologique de l'IGT est utilisée comme variable dépendante.

Les comparaisons de moyennes démontrent que la présence d'au moins un trouble de la personnalité augmente la détresse psychologique des individus ( $F = 6,503$ ;  $p > 0,01$ ). En effet, des différences significatives sont constatées à l'échelle psychologique de l'IGT entre le groupe d'individus qui ne présente aucun trouble de la personnalité ( $\bar{X} = ,248$ , E.T. = ,178) et celui qui en présente au moins un ( $\bar{X} = ,339$ , E.T. = ,196). Les

résultats de cette recherche appuient les conclusions d'études antérieures (Nace, Davis et Gaspari, 1991; Johnson et al., 2000).

Suite aux résultats obtenus, des analyses plus approfondies ont été effectuées afin de vérifier si ce n'est pas le nombre de troubles décelé chez la même personne qui est en fait, associé à une plus grande détresse psychologique.

Les sujets ont ainsi été divisés en quatre groupes égaux, chacun représentant approximativement un quart de l'échantillon. Les analyses ONEWAY effectuées sont rapportées au tableau VII. Elles démontrent que la présence de plusieurs troubles de la personnalité, chez la même personne, est associée à une détresse psychologique accrue ( $F = 5,133$ ;  $p > 0,01$ ). Plus précisément, suite aux analyses de moyennes et surtout grâce à un score intergroupe significatif (analyses POST HOC effectuées en utilisant le test conservateur de Scheffé), on observe que c'est la présence accrue de troubles de la personnalité (i.e. 3 et plus) qui augmente la détresse psychologique ressentie. Aucune autre différence intergroupe n'est notée lors des analyses.

Ainsi, les comparaisons de moyennes valident en partie l'hypothèse I : la présence accrue (i.e. 3 et plus) de troubles de la personnalité augmente la détresse psychologique ressentie par les sujets. Il semble donc que ce ne soit pas seulement la présence ou l'absence de troubles de la personnalité qui soit reliée à la détresse psychologique mais, que cette différence est fonction du nombre de troubles (i.e. 3 troubles et plus de la personnalité), chez une même personne.

Tableau VI

Détresse psychologique en lien avec la présence d'un trouble de la personnalité.

	0 trouble	1 trouble et plus	Total	F
	N = 41	N = 103	N = 144	
Échelle psycho	$\bar{X} = ,248$ E.T. = ,178	$\bar{X} = ,339$ E.T. = ,196	$\bar{X} = ,314$ E.T. = ,195	F = 6,503** Eta = ,209

\*  $p > 0,05$  \*\*  $p > 0,01$

Test d'homogénéité : Levene non significatif

Tableau VII

Détresse psychologique en lien avec le nombre de troubles décelés par sujet (4 groupes)

	0 trouble	1 trouble	2 troubles	3 troubles et +	Total	F	Différences intergroupes (Scheffe)
	N = 41	N = 39	N = 30	N = 34	N = 144		
Échelle Psychologique	$\bar{X} = ,248$ E.T. = ,178	$\bar{X} = ,321$ E.T. = ,176	$\bar{X} = ,303$ E.T. = ,182	$\bar{X} = ,389$ E.T. = ,222	$\bar{X} = ,314$ E.T. = ,195	F = 3,454* Eta = ,262	0 et 3 troubles et +*

\*  $p > 0,05$  \*\*  $p > 0,01$

Test d'homogénéité : Levene non significatif

Les recherches citées antérieurement (Nace, Davis et Gaspari, 1991; Jonhson et al., 2000) se sont arrêtées à l'impact de la présence ou de l'absence de troubles de la personnalité auprès de toxicomanes en traitement. Les résultats présentés ici, ont de particulier leur contribution originale, à savoir que c'est le cumul de troubles de la personnalité qui est associé à une détresse psychologique accrue. Aucune recherche répertoriée ne fait cette distinction.

Les résultats obtenus peuvent être expliqué par le fait que le trouble de la personnalité modal auprès des sujets qui ne présentent qu'un seul trouble (se référer au tableau VIII), est la personnalité antisociale. Celle-ci, par définition, n'entraîne pas de détresse psychologique (DSM-IV, 1994).

Pour leur part, les troubles de la personnalité dépendante et dépressive, qui sont les troubles les plus fréquents dans l'échantillon, sont par définition caractérisés par une souffrance clinique élevée. Les sujets chez qui ces troubles sont présents, ont en moyenne 3 troubles de la personnalité ( $\bar{X} = 2,96$  et  $\bar{X} = 3,05$  troubles respectivement) ce qui expliquerait nos résultats.

Tableau VIII

## Le nombre moyen de troubles de la personnalité par trouble de la personnalité

AXE II si BR > 84	Nbre de clients	Moyenne de troubles	% des troubles purs <sup>16</sup>	Nbre de clients
Aucun trouble	41	N/A	N/A	41
Antisociale > 84	30	2,16	46,7	14
Évitante > 84	12	4,5	0	0
Limite > 84	27	3,29	11,1	3
Compulsive > 84	1	1	100	1
Dépendante > 84	33	2,96	18,2	6
Dépressive > 84	36	3,05	13,9	5
Histrionique > 84	0	0	0	0
Narcissique > 84	6	2,50	16,7	1
Paranoïde > 84	18	4,38	5,6	1
Passive-agressive > 84	22	4,22	9,1	2
Sadique > 84	17	3,64	5,9	1
Schizoïde > 84	12	3,75	8,3	1
Schizotypique > 84	11	4,45	9,1	1
Self-defeating > 84	20	3,15	20,0	4

Une autre explication possible est qu'il peut être difficile de concilier chez la même personne un nombre important de troubles de la personnalité. Par exemple, un sujet de l'échantillon obtient un BR supérieur à 84 aux échelles des troubles de la personnalité antisociale, dépendante, schizoïde et self-defeating. Les caractéristiques de ces troubles sont par définition contradictoires et inconciliables. La personnalité schizoïde est définie par un « détachement des relations sociales » (DSM-IV, 1994, p.739) et la personnalité dépendante est définie par « un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge » (DSM-IV, 1994, p.739). Ainsi négocier le quotidien pour ce sujet représente tout un défi et entraîne une détresse psychologique accrue.

Toutefois, la présence chez un sujet de trois troubles de la personnalité, qui par définition ont des similarités, peut être plus facilement conciliable. Les troubles de la personnalité identifiés dans le DSM-IV (10 troubles) sont regroupés en trois groupes selon leurs similarités descriptives (i.e. en cluster) : le premier groupe regroupe les bizarres ou excentriques avec les personnalités paranoïdes, schizoïdes, schizotypiques; le deuxième groupe assemble les dramatiques ou émotifs avec les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques; et le troisième groupe réunit les anxieux avec les personnalités évitantes, dépendantes, et obsessionnelles-compulsives. Millon (1994) regroupe également les troubles de la personnalité (14 troubles) en cluster selon leurs similarités. Ainsi, la comorbidité des troubles n'est pas en soi nécessairement conflictuelle, cela dépend du type de chaque trouble présent chez une personne.

Il serait donc intéressant lors d'une recherche subséquente de regrouper les troubles de la personnalité en cluster et de vérifier l'impact de ceux-ci sur la rétention en traitement ainsi que sur l'issue du traitement. Le nombre de troubles présent par sujet gagnerait à être précisé selon les types associés de troubles.

De plus, il faut se rappeler que les sujets ont peu de support social et se retrouvent souvent seuls pour faire face aux défis engendrés par leur état psychologique parfois très complexe.

---

<sup>16</sup> Pourcentage des troubles de la personnalité pures réfère au nombre de clients qui ne présentent qu'un trouble spécifique. Par exemple, un client qui ne présente que le trouble de la personnalité antisociale.

### **3.2 Persistance en traitement en fonction de la présence de trouble(s) de la personnalité**

La deuxième hypothèse de cette recherche porte sur l'impact des troubles de la personnalité sur l'abandon prématuré des sujets. La variable indépendante est ainsi composée de deux groupes (i.e. 0 trouble et plus d'un trouble de la personnalité). La rétention en traitement est analysée à partir de deux variables dépendantes, soient le nombre de jours de traitement reçu et le nombre d'heures de traitement reçu.

Les ONEWAYS furent effectuées après une transformation logarithmique des deux variables dépendantes (i.e. heures en traitement et jours de traitement). Les transformations logarithmiques ont été effectuées afin de respecter le postulat des analyses bivariées et multivariées qui veut que les variables soient distribuées de façon normale.

#### **3.2.1 Nombre de jours en traitement**

Le nombre de jours de traitement indique le laps de temps écoulé entre l'ouverture du dossier et la date de la dernière intervention effectuée. Cette variable est intéressante puisqu'elle précise le nombre de jours durant lesquels le sujet avait des liens, même minimaux, avec le centre.

Les comparaisons de moyennes indiquent que les sujets qui ont au moins un trouble de la personnalité, abandonnent le traitement significativement plus tôt ( $\bar{X} = 137,23$

longtemps en traitement que les autres sujets. Toutefois, aucune différence n'est notée entre les sujets qui présentent trois troubles et plus de la personnalité, et ceux chez qui aucun trouble n'a été décelé. Le tableau XI en fait état.

Ces résultats peuvent être interprétés par une approche motivationnelle. Le groupe de sujets qui présente au moins trois troubles de la personnalité, affiche une détresse psychologique accrue et demeure aussi longtemps en traitement que le premier groupe. Ainsi, la détresse psychologique aurait un impact positif sur la rétention en traitement. Certaines recherches font état de cette association entre la détresse psychologique ressentie par les clients et leur rétention en traitement (Stark, 1992; Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997; Simoneau, Bergeron, Cournoyer, Landry et Brochu, 1999). Toutefois, les conclusions de ces recherches précisent que ressentir une grande détresse psychologique n'explique pas, à elle-seule, la rétention en traitement. D'autres facteurs s'y greffent. Être conscient de leur détresse psychologique, est au mieux, un indice d'une volonté de changer leur situation actuelle. Pour leur part, le groupe de sujets qui abandonne la traitement rapidement est caractérisé par la présence marquée de la personnalité antisociale, qui tel que rapporté dans la recension des écrits, représente tout un défi thérapeutique.

**Tableau IX**

**Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon la présence ou non de troubles de la personnalité décelés chez un sujet en début de traitement**

	0 trouble	1 et +	Total	F
<b>Nombre de jours de traitement</b>	n = 40 X = 185,27 E.T. = 174,80 Md = 126	n = 97 X = 137,23 E.T. = 164,56 Md = 77,00	n = 137 X = 151,30 E.T. = 168,4 Md = 84	F = 6,64** Eta = ,23
<b>Nombre d'heures de traitement</b>	n = 41 X = 13,54 E.T. = 13,91 Md = 9,00	n = 99 X = 13,86 E.T. = 19,36 Md = 6,30	n = 140 X = 13,7 E.T. = 17,9 Md = 7,2	F = ,324 Eta = ,04

\* p > 0,05 \*\* p > 0,01

Test d'homogénéité : Levene non significatif

**Tableau X**

**Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement (4 groupes)**

	0 trouble	1 trouble	2 troubles	3 troubles et +	Total	F	Différences intergroupes (Scheffe)
<b>Nombre de jours de traitement</b>	n = 40 X = 185,27 E.T. = 174,80 Md = 126	n = 37 X = 130,43 E.T. = 141,24 Md = 77	n = 28 X = 115,11 E.T. = 151,91 Md = 67,50	n = 32 X = 164,46 E.T. = 198,31 Md = 79	n = 137 X = 151,3 E.T. = 168,4 Md = 84	F = 2,531 (p > 0,06) Eta = ,247	
<b>Nombre d'heures de traitement</b>	n = 41 X = 13,54 E.T. = 13,91 Md = 9,00	n = 37 X = 13,23 E.T. = 16,02 Md = 6,85	n = 29 X = 15,18 E.T. = 25,09 Md = 6,60	n = 33 X = 13,40 E.T. = 17,52 Md = 4,65	n = 140 X = 13,7 E.T. = 17,9 Md = 7,2	F = ,163 Eta = ,060	

\* p > 0,05 \*\* p > 0,01

Test d'homogénéité : Levene non significatif

**Tableau XI**  
**Temps passé en traitement (nombre de jours et nombre d'heures de traitement) selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement (3 groupes)**

	0 trouble	1 et 2 troubles	3 troubles et +	Total	F	Différences intergroupes (Scheffe)
<b>Nombre de jours de traitement</b>	n = 40 X = 185,27 E.T. = 174,80 Md = 126	n = 65 X = 123,83 E.T. = 144,96 Md = 72	n = 32 X = 164,46 E.T. = 198,31 Md = 79	n = 137 X = 151,3 E.T. = 168,4 Md = 84	F = 3,505* Eta = ,237	0 vs 1 et 2 trouble(s) et + *
<b>Nombre d'heures de traitement</b>	n = 41 X = 13,54 E.T. = 13,91 Md = 9,00	n = 66 X = 14,08 E.T. = 20,35 Md = 6,72	n = 33 X = 13,40 E.T. = 17,52 Md = 4,65	n = 140 X = 13,7 E.T. = 17,9 Md = 7,2	F = ,173 Eta =	

\* p > 0,05 \*\* p > 0,01

Test d'homogénéité : Levene non significatif

Afin de mieux saisir le lien entre la rétention en traitement et le nombre de troubles décelés par sujet, et parce que les écarts-types sont élevés, nous avons observé les médianes des différents groupes. La comparaison des médianes permet de nuancer les résultats obtenus. En comparant les médianes avec les moyennes, il est clair que des scores extrêmes étirent les moyennes. Un nombre important de sujets abandonnent le traitement rapidement alors que d'autres y demeurent très longtemps. Par exemple, la moyenne indique que les clients demeurent en traitement environ 21,6 semaines alors que la médiane précise que la moitié des sujets mettent fin à leur thérapie après seulement 12 semaines ( $Md = 12$  semaines).

La courbe en « U », observée lors de la comparaison des moyennes des trois groupes en fonction du nombre de troubles ne tient plus, lors de la comparaison des médianes. En effet, la moitié de ceux qui présentent trois troubles de la personnalité et plus, perdure en traitement 11,28 semaines ce qui est très près de la médiane du deuxième groupe (i.e. 10,28 semaines).

Les résultats des ONEWAYS indiquent que les sujets qui ne présentent aucun trouble de la personnalité et ceux qui en présentent trois et plus, demeurent en traitement aussi longtemps. Par contre, les sujets qui présentent un ou deux troubles de la personnalité, abandonnent le traitement plus rapidement. Ainsi, une plus grande détresse psychologique (i.e. 3 troubles et +) annule l'effet négatif généralement observé des troubles de la personnalité sur la persévérance en traitement. La présence

d'une détresse psychologique plus importante favorise la poursuite du cheminement thérapeutique.

### **3.2.2 Nombre d'heures de traitement**

Le nombre d'heures de traitement réfère au temps de traitement reçu par sujet, ce qui inclut la période d'évaluation, les heures de groupe, les heures passées en traitement résidentiel (services à l'interne) lorsque requis, les heures de thérapie individuelle, etc.

Des analyses ONEWAY ont été effectuées en comparant les moyennes d'heures en traitement des sujets chez qui aucun trouble n'a été décelé, et les autres chez qui au moins un trouble a été décelé. Le tableau IX fait état des résultats qui ne montrent aucune différence significative. Les mêmes stratégies d'analyse ont été utilisées que lors des analyses précédentes. Dans un premier temps, les sujets ont été divisés en deux groupes (i.e. 0 trouble et plus d'un trouble). Dans un deuxième temps, les sujets ont été divisés en quatre groupes puis en trois groupes selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement. Il est à noter que même en augmentant la puissance statistique, aucune différence significative n'a pu être observée.

Les résultats obtenus lors de l'analyse de la deuxième hypothèse, indiquent que ce n'est pas la présence ou l'absence de troubles de la personnalité mais bien, le nombre de troubles de la personnalité décelés, qui a un impact sur l'abandon prématuré des sujets en traitement. En fait, la présence d'un ou deux troubles de la personnalité et

plus spécifiquement la personnalité antisociale, est associée à un abandon plus rapide, comparativement à ceux chez qui aucun trouble n'a été décelé. Ainsi, ces données confirment ce que Beck et al., (1993) avancent, en spécifiant que la présence d'un trouble de la personnalité et surtout celle de la personnalité antisociale rend l'alliance thérapeutique difficile à établir et affecte par conséquent la rétention et l'issue du traitement. Par contre, les sujets qui présentent trois troubles de la personnalité et plus, demeurent en traitement aussi longtemps que ceux, chez qui, aucun trouble n'a été décelé. Ainsi, la détresse psychologique ressentie jouerait un rôle en motivant ces derniers à persévérer en traitement.

### **3.3 Évolution en réadaptation d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées en fonction de la présence de troubles de la personnalité décelés en début de traitement.**

Cette dernière analyse vise à observer si les améliorations en réadaptation, d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées, varie selon la présence ou non de troubles de la personnalité. L'analyse finale est donc une analyse de profil où l'on cherche à savoir si un groupe évolue, dans le temps, différemment des autres groupes.

Les sujets sont divisés en trois groupes (0 trouble, 1 et 2 troubles, et 3 troubles et plus) selon la sévérité de leur état psychologique en début de traitement. Deux explications justifient cette façon de faire. Premièrement, diviser les sujets en deux groupes (0 trouble et plus d'un trouble) ne rend pas justice aux résultats des analyses effectuées jusqu'à maintenant. En effet, ces dernières précisent l'importance de tenir

Tableau XII

ANCOVA (3 X 4) résultant de 3 groupes selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement et des 4 temps de passasion de l'IGT

	Alcool	Drogue	Médicale	Relationnelle	Psycho	Emploi	Légale
4 Temps	2,44	1,292	1,469	,963	,759	1,659	,709
4 Temps X jours de tx	<b>4,215**</b>	<b>3,104*</b>	1,367	,546	1,268	,950	,490
4 Temps X nbre de troubles	1,153	,277	,416	,459	,276	,709	1,774
Nbre de troubles <sup>17</sup>	1,894	,738	,662	1,857	<b>10,12***</b>	2,156	2,263
Nbre de jours <sup>18</sup> en tx	3,655	3,402	,026	<b>5,062*</b>	1,355	3,720	<b>4,408*</b>

\* p > 0,05    \*\* p > 0,01    \*\*\* p > 0,001

<sup>17</sup> Les analyses effectuées pour obtenir l'effet principal du nombre de trouble(s) par sujet et l'effet principal des jours de traitement reçus sont calculées séparément par le logiciel SPSS.

<sup>18</sup> Idem à 14.

Les contrastes orthogonaux effectués indiquent que les scores composés obtenus à l'échelle alcool au temps 1, sont significativement différents ( $F = 6,252$ ;  $p > 0,05$ ) des scores obtenus à 4 mois, 8 mois et 11 mois. La figure 1 illustre cette amélioration observée entre les scores obtenus en début du traitement et les scores obtenus aux différents temps de suivi. Les résultats présentés dans le tableau XIII permettent aussi de constater l'existence d'une différence entre le temps 3 (8 mois) et le temps 4 (11 mois) ( $F = 6,985$ ;  $p > 0,05$ ). La figure 1 illustre l'évolution des sujets en traitement selon leur nombre de troubles de la personnalité. Il est surprenant de constater que le premier groupe (0 trouble de la personnalité) augmente son score à l'échelle alcool après le temps 3 (i.e. 8 mois de traitement).

**Tableau XIII**  
**Contrastes orthogonaux<sup>19</sup> de l'interaction entre les échelles alcool et drogue, et les différents temps de suivi lorsque la variable « nombre de jours de traitement » est contrôlée**

	Alcool	Drogue
<b>Temps 1</b>	$F = 6,253^*$	$F = 9,137^{**}$
<b>Temps 2</b>	$F = 1,451$	$F = ,196$
<b>Temps 3</b>	$F = 6,985^{**}$	$F = ,000$

\*  $p > 0,05$     \*\*  $p > 0,01$     \*\*\*  $p > 0,001$

Les contrastes orthogonaux effectués à l'échelle drogue indiquent qu'il y a une nette différence entre les scores obtenus par les sujets au temps 1 ( $F = 9,137$ ;  $p > 0,01$ ) et ceux obtenus aux autres temps. Ainsi, le changement s'opère pendant les premiers

<sup>19</sup> Il n'est pas possible de calculer les post hoc dans une analyse ANCOVA; les contrastes orthogonaux ont été effectués selon la méthode Helmert qui compare l'effet de chacune des catégories (exception faite de la dernière) avec l'effet moyen des autres catégories. Ainsi, cela permet de constater si une différence significative

quatre mois de traitement. La figure 2 présente l'évolution des sujets dans le temps, à cette échelle selon leur groupe d'appartenance (i.e. nombre de trouble(s) de la personnalité). L'amélioration observée entre le temps 1 et le temps 2, et le peu d'amélioration notée après le temps 2, peut être expliquée par le fait que lors de la passation de l'IGT au temps 2, 60% des sujets avaient déjà abandonné le traitement. Les changements s'observent donc pendant la période de contact en traitement.

Il est intéressant de comparer ces résultats à ceux obtenus lors d'une étude effectuée auprès d'un échantillon très similaires de contrevenants toxicomanes<sup>20</sup> (Brochu et al., 1999). Les résultats de leurs ANOVA (2X4) démontrent que les sujets (n = 149) améliorent leurs scores aux échelles alcool, drogue, psychologique, médicale, légale et relationnelle à travers le temps (4 temps de passation de l'IGT). En fait, l'ajout d'une variable dans les analyses (nombre de jour de traitement) permet de constater que la variable temps masquait probablement une autre variable, soit celle du nombre de jours de traitement.

---

existe entre le temps 1 et les autres temps, entre le temps 2 et les temps subséquents et entre le temps 3 et le temps 4.

<sup>20</sup> L'échantillon utilisé pour les fins de la recherche de Brochu et al. est composé du même échantillon utilisé au cours de notre recherche cependant, en plus il est formé d'un groupe de toxicomanes provenant d'un autre centre de réadaptation du Québec.

Figure 1

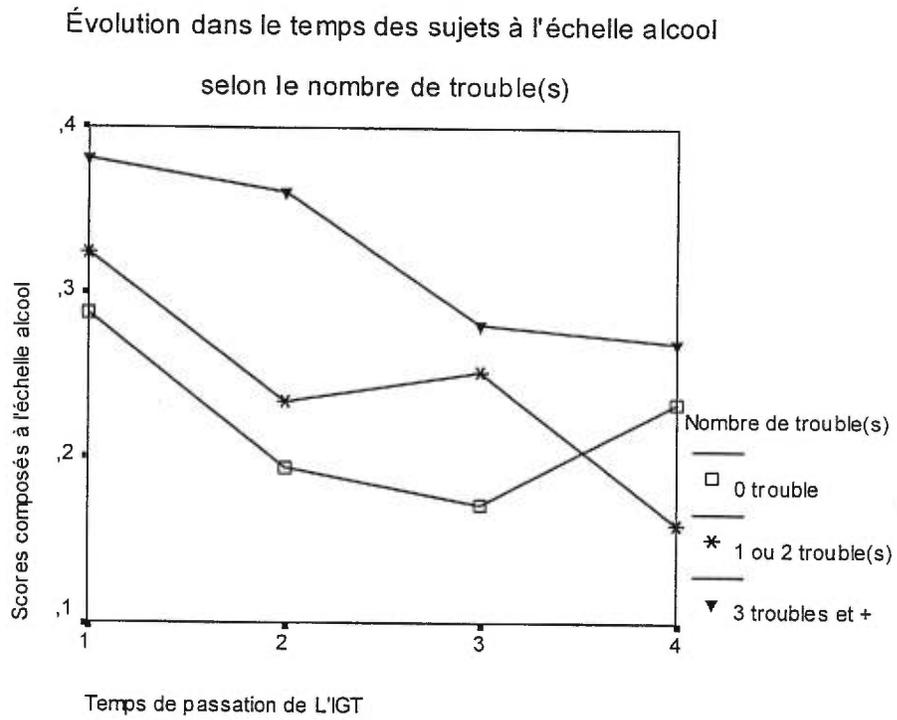
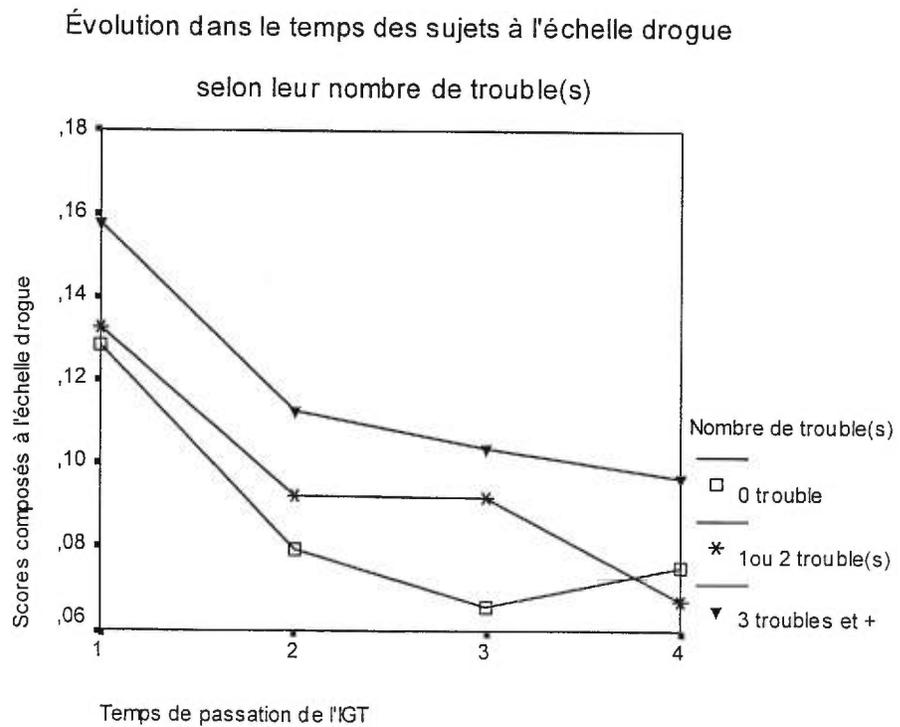


Figure 2



Les prochains résultats présentés au tableau XII montrent qu'il n'existe aucune interaction entre les temps de suivi et la sévérité des troubles psychiatriques (0 trouble, 1 et 2 troubles, et 3 troubles et plus) lorsque le nombre de jours de traitement est contrôlé. Ceci signifie que les sujets, indépendamment de leur groupe d'appartenance, (i.e. nombre de troubles de la personnalité) évoluent de façon similaire à travers le temps, lorsque le nombre de jours en traitement est contrôlé. Donc, à persévérance égale, les troubles de la personnalité ne nuisent pas au traitement des problèmes de consommation (échelles alcool et drogue).

D'un autre côté, les scores obtenus à l'échelle psychologique indiquent que les sujets présentent un profil différent sur cette échelle, selon le nombre de troubles de la personnalité décelés en début de traitement ( $F = 10,12; p > 0,001$ ). Ceci vient confirmer les résultats obtenus lors de la validation de l'hypothèse I. En fait, les différences intergroupes constatées au temps 1, entre le groupe qui ne présente aucun trouble de la personnalité et le groupe qui en présente trois et plus, sont maintenues à travers le temps. On observe ainsi une détresse psychologique plus élevée chez les sujets qui présentent au moins trois troubles de la personnalité et ce, à travers le temps. Le tableau XIV en fait état.

**Tableau XIV**  
**Évolution des sujets selon leur groupe d'appartenance à l'échelle psychologique**  
**aux quatre temps de suivi**

	Échelle psychologique	Différences intergroupes (Scheffe)
Temps 1	F = 5,133**	1 < 3**
Temps 2	F = 5,240**	1 < 3**
Temps 3	F = 6,568**	1 < 3**
Temps 4	F = 3,848**	1 < 3**

\* p > 0,05    \*\* p > 0,01    \*\*\* p > 0,001

Les résultats des ANCOVA présentés au tableau XI, indiquent un autre effet significatif entre le nombre de jours de traitement et les scores composés obtenus à l'échelle relationnelle (F = 5,062; p > 0,05). Des analyses de corrélation (se référer au tableau XIV) ont été effectuées afin de mieux comprendre le sens de ce résultat. Fait pour le moins surprenant, les résultats indiquent que plus les sujets demeurent en traitement, plus ils rapportent des dysfonctionnements à l'échelle relationnelle (r = ,220; p > 0,05) quatre mois après leur admission en traitement. Aucune différence significative n'est observée aux autres temps de suivi (8 mois et 11 mois). Il faut noter que la majorité des clients ne sont plus en traitement lors de la passation de l'IGT à 8 mois et à 11 mois. On peut supposer que le traitement aurait alors l'effet d'augmenter l'état de conscience des sujets face à leur isolement et/ou leurs relations conflictuelles, sans pourtant que cette prise de conscience soit suivie d'une amélioration dans leur relation interpersonnelle. La théorie de Prochaska et DiClemente (1992), qui explique les différentes étapes de changement du processus thérapeutique, donne une explication à ce phénomène. Selon cette théorie, le

traitement aurait permis aux sujets de franchir une des premières étapes du changement thérapeutique qui vise la reconnaissance par ceux-ci de leur dysfonctionnement dans une des sphères de leur vie (i.e. de la pré-contemplation à la contemplation). Cette prise de conscience expliquerait l'augmentation de la détresse ressentie après quatre mois. Cependant, les sujets ne semblent pas avoir franchi les étapes suivantes qui visent non seulement la reconnaissance d'un problème mais aussi, la prise en charge de ce problème en vue de le résoudre. Les limites observées du traitement peuvent être dues au manque de spécificité du traitement, qui n'a pu amener les sujets à cerner clairement la cause de leur dysfonctionnement à cette échelle de l'IGT et à mobiliser leur énergie afin de mettre en place un plan d'action concrétisant le(s) changement(s) souhaité(s).

Autre information contenue dans le tableau XV, est que les scores obtenus au temps 1 sont corrélés aux scores obtenus aux autres temps de passation de l'IGT. La figure 4 illustre que les sujets qui débutent avec un plus haut dysfonctionnement, demeurent avec le plus haut taux de dysfonctionnement.

**Tableau XV**

**Corrélations des scores composés de l'échelle relationnelle aux quatre temps de suivi et selon le nombre de jours de traitement**

	<b>Temps 1</b>	<b>Temps 2</b>	<b>Temps 3</b>	<b>Temps 4</b>
<b>Temps 1</b>		$r = ,251^{**}$	$r = ,291^{**}$	$r = ,238^*$
<b>Temps 2</b>			$r = ,277^{**}$	$r = -,008$
<b>Temps 4</b>			$r = ,358^{**}$	
<b>Jours en tx.</b>	$r = ,154$	$r = ,220^*$	$r = ,172$	$r = ,052$
	* $p > 0,05$	** $p > 0,01$	*** $p > 0,001$	

ou non par le système judiciaire et/ou social (analyse ONEWAY non significative). Une interprétation possible est que comme les sujets poursuivent leurs activités délictueuses, même une fois le traitement commencé, l'impact de cette variable est moindre. La crainte des sanctions judiciaires pèse de façon continue sur les sujets qui poursuivent leurs activités délinquantes.

Suite à ces résultats, il est possible d'avancer que les sujets les plus actifs dans leurs activités délictueuses demeurent en traitement plus longtemps. Il est intéressant de mettre en parallèle les résultats obtenus aux échelles alcool et drogue, lors de l'analyse de l'interaction entre le nombre de jours de traitement et les quatre temps de suivi. Ces résultats démontrent que plus un sujet demeure en traitement, plus il améliore ses scores aux échelles alcool et drogue. Par conséquent, plus les sujets sont actifs dans leurs activités délictueuses, plus ils demeurent en traitement et ainsi, améliorent leurs scores aux échelles alcool et drogue. Ces résultats vont dans le même sens que les recherches américaines citées dans le chapitre I (McGothlin et Anglin, 1981; Collins et Allinson, 1983; Speckart, Anglin et Deschenes, 1989; Anglin et Hser 1990) qui mentionnent que les sujets demeurent en traitement aussi longtemps que des pressions judiciaires sont exercées sur eux. L'amélioration des sujets est ainsi reliée au rôle principal joué par tout centre de traitement en toxicomanie, soit la réduction de la consommation de SPA.

Il serait intéressant d'élaborer un devis de recherche qui permettrait de vérifier plus précisément si la pression judiciaire est le facteur déterminant qui motive les sujets à demeurer en traitement.

**Tableau XVI**  
**Corrélations des scores composés de l'échelle légale aux quatre temps de suivi et selon le nombre de jours de traitement**

	Temps 1	Temps 2	Temps3	Temps 4
Temps 1		r = ,546**	r = ,328**	r = ,405**
Temps 2			r = ,481**	r = ,510**
Temps 4			r = ,602**	
Jours en tx.	r = ,153	r = ,033	r = ,148	r = ,235*

\* p > 0,05    \*\* p > 0,01    \*\*\*p > 0,001

En bref, l'hypothèse III est infirmée par les analyses de variance à mesures répétées. Celles-ci démontrent que, peu importe la présence ou l'absence de troubles de la personnalité décelés chez les sujets, le temps passé en traitement (i.e. nombre de jour) est le meilleur indicateur de l'amélioration de leurs scores aux échelles alcool et drogue.

Ces résultats suggèrent, que même si l'ensemble des sujets ont tendance à abandonner le traitement rapidement (60% de l'échantillon abandonnent dans les 4 premiers mois de traitement), les sujets présentant un cumul important de troubles (i.e. 3 troubles et plus) améliorent, eux aussi, leurs scores à ces échelles s'ils persévèrent en traitement. Ainsi, la présence de troubles n'est pas un frein au changement thérapeutique lorsque les sujets persévèrent en traitement. Les résultats indiquent également, que les changements positifs observés sont davantage attribuables au traitement lui-même. Le programme Toxicomanie-Justice offert au CDC est donc efficace pour aider les sujets à diminuer, voire éliminer, leur consommation problématique de SPA, à condition

que les clients persévèrent. Les sujets qui présentent un ou deux troubles de la personnalité, majoritairement antisociaux, représentent un défi sur le plan clinique car ils abandonnent le traitement rapidement.

## **Conclusion**

Une recherche québécoise était de mise afin de mieux comprendre les liens unissant la toxicomanie, la délinquance et les troubles de la personnalité. Notre objectif était de documenter l'évolution en traitement d'une clientèle toxicomanes contrevenantes en fonction des troubles de la personnalité. Plusieurs études ont démontré la présence accrue de ces troubles auprès des toxicomanes sans pour autant clarifier leur impact sur la rétention en traitement et sur le traitement lui-même.

Les résultats obtenus au cours de cette recherche nous permettent d'avancer que selon le type (i.e. personnalité antisociale) et le nombre de troubles de la personnalité décelés, les toxicomanes contrevenants évoluent différemment en traitement.

Nos résultats indiquent un effet négatif de la présence d'un ou de deux troubles de la personnalité sur la rétention en traitement. Pourtant, la présence de trois troubles de la personnalité ou plus est associée à une détresse psychologique accrue des clients et à une meilleure rétention en traitement. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque certaines caractéristiques des troubles de la personnalité recourent la notion de détresse psychologique. Ainsi puisque les troubles de la personnalité les plus fréquents sont les personnalités dépendante et dépressive, un risque de redondance partielle est présent lorsque ces mesures sont mises en relation.

Avant de présenter les implications cliniques de nos résultats voici quelques données descriptives et explicatives.

Premièrement, les troubles de la personnalité sont, par définition, « syntones avec le Moi » (DSM-IV, 1994, p.740). Ceci signifie que les caractéristiques d'un individu liées à sa façon de penser, de se percevoir dans le monde et d'interagir avec le monde extérieur ne sont pas considérées comme indésirables par l'individu. De plus, il faut noter que le trouble de la personnalité modal auprès des sujets qui ne présentent qu'un seul trouble, est la personnalité antisociale. Celle-ci, par définition, n'entraîne pas de détresse psychologique (DSM-IV, 1994) et est reconnue pour être réfractaire à tout traitement.

Deuxièmement, nous sommes en présence d'individus isolés, peu éduqués, pauvres, criminalisés, polytoxicomanes pour plus de la moitié de l'échantillon, présentant en moyenne entre un et deux troubles de la personnalité et débutant un traitement en toxicomanie avec une motivation bien souvent extrinsèque (i.e. suite à des pressions judiciaires).

Troisièmement, les résultats descriptifs de cette étude indiquent que 60% des sujets abandonnent le traitement avant leur quatrième mois de thérapie. La moitié de l'échantillon reçoit un total de sept heures de traitement! Ce peu de rencontres rend difficile le traitement des problématiques multiples de cette clientèle.

Sur le plan clinique, ces résultats ont des répercussions sur les objectifs de traitement et sur les stratégies d'intervention utilisées. Puisque l'intervenant ne dispose que de

très peu de rencontres pour créer une alliance thérapeutique, le travail clinique se doit d'être à la fois précis dans ses objectifs à atteindre et flexible dans son application afin de créer une ambiance propice au dévoilement et au développement d'un lien de confiance avec le client.

Si l'on prend pour acquis que tout objectif thérapeutique doit être choisi conjointement par le client et l'intervenant, il y a peu de chance que ceux qui présentent un trouble de la personnalité vont automatiquement considérer leur diagnostic de troubles de la personnalité comme nécessitant un changement. Ainsi, diagnostiquer un trouble de la personnalité, chez un sujet, est un indicateur de sa façon de voir et de comprendre son monde extérieur, sans pour autant d'emblée pouvoir être abordé en traitement. Par contre, la souffrance ressentie des individus présentant des troubles multiples de la personnalité ouvre la porte à traiter spécifiquement l'impact de l'interaction de leurs troubles sur leur fonctionnement général. Par conséquent, se doter d'outils pouvant diagnostiquer les troubles de la personnalité est utile non seulement, pour aider le client à mieux comprendre son propre fonctionnement mais aussi, pour l'intervenant qui cherche à saisir la réalité subjective de son client. Cette compréhension éclairée des cliniciens, devrait aider à formuler les résumés de dossiers et les plans de traitement de chaque client.

Il serait intéressant d'étudier plus en profondeur les caractéristiques spécifiques des plans d'intervention mis en place pour motiver les individus à demeurer en traitement. Est-ce que le diagnostic de troubles de la personnalité est considéré lors de

l'élaboration des objectifs de traitement? Puisque malgré le développement d'un programme spécialisé pour la clientèle toxicomane contrevenante (Programme Toxicomanie-Justice), les individus présentant une personnalité antisociale demeurent toujours tout un défi thérapeutique en abandonnant le traitement rapidement. Qu'est ce qui explique l'abandon aussi rapide des clients en traitement? Faut-il chercher les causes auprès des caractéristiques des clients, des thérapeutes ou du programme offert? Bien que des recherches se soient penchées sur le sujet et ait tenté d'expliquer le phénomène par une approche multidimensionnelle, la question reste entière.

Un point central de notre recherche est que le nombre d'heures passées en traitement est un indicateur d'une amélioration des problèmes de toxicomanie des sujets. De plus, la détresse psychologique ressentie auprès de ceux qui ont un cumul de troubles semble avoir un impact positif sur la rétention en traitement. Ce qui est démontré est que peu importe le nombre de troubles de la personnalité décelés chez un sujet, si les sujets demeurent en traitement, ils améliorent leurs scores aux échelles alcool et drogue de l'IGT.

Il est clair que les résultats ici obtenus, auprès de toxicomanes contrevenants, sont notables et appréciables. Ils répondent aux objectifs visés d'un centre de réadaptation spécialisé pour alcooliques et toxicomanes. Pourtant, l'amélioration des scores aux échelles alcool et drogue n'est pas associée à une amélioration des autres sphères de vie des sujets. Le temps passé en traitement est associé uniquement à la réduction de

la consommation. Nombreux sont les problèmes d'adaptation sociale (échelle emploi), de détresse psychologique (échelle psychologique), de troubles médicaux, de dysfonctionnements relationnels (échelle relations familiales et interpersonnelles) persistant après le traitement chez cette clientèle. Bien que certaines améliorations soient notées dans certaines sphères de vie des individus, les changements ne peuvent être attribués au traitement.

Ainsi, les mêmes questions se posent. Est-ce que le peu d'amélioration notée dans l'ensemble des sphères de vie des individus est attribuable au diagnostic de troubles de la personnalité? Suite à notre conception des troubles de la personnalité (patron de comportements rigides, généralisés et persistant depuis l'adolescence), est-ce qu'on peut s'attendre à des changements en profondeur si les habiletés sociales déficientes ne sont pas clairement identifiées et traitées? Est-ce que la rétention en traitement augmenterait si l'intervention était davantage centrée sur les aspects clés des troubles de la personnalité? Est-ce que les intervenants sont bien outillés pour traiter ces problèmes connexes? Ou, est-ce une croyance en intervention, qu'une fois que la consommation problématique de SPA est contrôlée, l'ensemble des autres sphères de vie de l'individu s'améliorent d'elles-mêmes?

Il est aussi probable que les résultats observés, au cours de cette recherche, sont tout simplement dus à une limite incontournable de l'intervention? Les cliniciens ne disposent que d'un nombre restreint de rencontres pour créer une alliance

thérapeutique, faciliter la prise de conscience de l'individu, et travailler sur l'actualisation de plans d'action.

Sur le plan de la recherche, des études subséquentes devraient être effectuées afin de clarifier davantage le lien unissant les troubles de la personnalité et la toxicomanie. Il serait intéressant de pousser plus loin le lien entre la détresse psychologique des clients et le nombre, le type ou la gravité de troubles de la personnalité. À quoi la détresse est-elle reliée? Est-ce bien le cumul de troubles de la personnalité qui augmente la détresse psychologique, ou est-ce un type précis de troubles (cluster) qui masque les résultats trouvés de cette recherche? Est-ce que la détresse ressentie est une des raisons principales de consultation de cette clientèle? Une attention particulière devrait être portée sur l'état psychologique des clients et de leur niveau de motivation par sphère de vie (i.e. les 7 échelles de l'IGT) lors de leur demande d'admission.

En bref, malgré le fait que nos résultats indiquent que les troubles de la personnalité ont un impact modéré sur le traitement en affectant la rétention en traitement, trois questions conclurons cette recherche. Premièrement, est-ce que la présence de troubles de la personnalité est considérée lors de l'élaboration des plans de traitement? Si non, est-ce que ceci explique le peu de rétention en traitement? Et si c'était fait, est-ce que ceci augmenterait la rétention en traitement et permettrait une amélioration plus généralisée de l'ensemble des sphères de vie des clients?

Dans un dernier temps, il serait intéressant de reprendre le devis de recherche actuel et vérifier les résultats obtenus afin de pousser plus loin notre compréhension des liens unissant la délinquance, la toxicomanie et les troubles de la personnalité. On gagnerait sûrement à analyser les troubles de la personnalité selon le type, la gravité et le nombre de troubles de la personnalité afin de mieux comprendre ce qui affecte la rétention et l'issue du traitement.

## BIBLIOGRAPHIE

Alarie, S. (1996). Analyse descriptive de la consommation de substances psychoactives et du profil biopsychosocial de centre de détention de Montréal. Mémoire de Maîtrise présenté à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

Allan, C. (1987). Seeking Help for Drinking Problems from a Community-based Voluntary Agency. Patterns of Compliance Amongst Men and Women. British Journal of Addiction, 82 (10), 1143-1147.

Anglin, M.D., Brecht, M.L., Maddahian, E. (1990). Pretreatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions. Criminology, 23, pp.1011-1027.

Anglin, M.D. et Hser, Y.I. (1990). Treatment of Drug Abuse in M. Tonry, et J.Q. Wilson (Eds). Drugs and Crime. Chicago, University of Chicago Press, pp. 393-460.

Anglin, M.D., Hser, Y.I., Chou, C.P. (1993). Reliability and Validity of Retrospective Behavioral Self-Report by Narcotics Addicts. Evaluation Review, 17(1), 91- 108.

Ball, J.C., Rosen, L., Flueck, J.A., et Nurco, D. N. (1982). Lifetime Criminality of Heroin Addicts in the United States. Journal of Drug Issues, 12( 3), 225-239.

Beaudet, N. et Brochu, S. (1995). Persistance en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal: rapport 5. Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, 46p.

Beck, A. T., Freeman, A. (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford Press,396p.

Beck, A. T., Wright, F.D., Newman, C.F. et Liese, B. S. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York, Guilford Press, 354p.

Beck, N.C., Shekim, W., Fraps, C., Borgmeyer, A. et Witt, A. (1983). Prediction of Discharges Against Medical Advice From an Alcohol and Drug Misuse Treatment Program. Journal of Studies on Alcohol, 44(1), 171-180.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L-G. (1997). Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes : une approche multidimensionnelle. Extrait de Rapport de recherche subventionnée par le conseil québécois de la recherche sociale (#RS 2308-093).

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In Guyon, L., Landry, M., Brochu, S. Bergeron, J. (1998). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT). Collection Toxicomanies. Québec, Les Presses de l'Université Laval. pp. 31-46.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Montréal: Cahier du RISQ.

Boudreault, L., Duhamel, D., Maltais, K. et Marceau, J-P. (1994). Les troubles de la personnalité dans le contexte de l'intervention en toxicomanie. In P. Brisson : L'usage des drogues et la toxicomanie. Montréal : Gaëtan Morin, 2, 437-457.

Brochu, S. (1995). Drogue et criminalité : une relation complexe. Montréal, DeBoeck Université, 226 p.

Brochu, S., Bergeron, J, Landry, M. et Germain, M. (1999). The Impact of Treatment on Criminalized Substance Addicts: Drug Use and Mesure. Texte soumis pour publication.

Brochu, S., Cormier, D., Proulx, R., et Strobel, M. (1983). Évolution du sens de responsabilité sur sa vie chez l'alcoolique au cours d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal. Revue Québécoise de Psychologie, 4(2), 23-37.

Brochu, S., Desjardins, L. Douyon, A. et Forget, C. (1992). Drug Use Prevalence Among offenders. Dans Losel, F.; Bender, D.; Bliesner, T. (1992). Psychology and Law International Perspective. Berlin, Walter, De Gruyter, pp. 105-110.

Brochu, S. et Douyon, A. (1990). Revue de littérature concernant les doubles diagnostics. Montréal: Centre international de criminologie comparée, 59p.

Brochu, S. et Drapeau, A. (1997). La pratique des tribunaux face aux renvois vers les centres de traitement de la toxicomanie. Revue Canadienne de Criminologie, 329-356.

Brochu, S. et Guyon, L. (1997). Drug Addiction Among Inmates. Berlin: De Gruyter, pp.365-373.

Brochu, S., Guyon, L. et Desjardins, L. 1996. Profil de populations toxicomanes adultes prises en charge par le réseau de la réadaptation publique ou la détention. Montréal: Centre International de criminologie comparée

Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. et Chiocchio, F. (1995). Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal. Montréal: Centre international de criminologie comparée.

Brochu, S. et Schneeberger, P. (1995). La réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées: rapport no.4. Université de Montréal: Centre international de criminologie comparée.

Brunelle, N. (1994). Analyse biopsychosociale de personnes admises en traitement pour la toxicomanie. Mémoire de Maîtrise présenté à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

Cadoret, R., Troughton, E. et Widmer, R. (1984). Clinical Differences Between Antisocial and Primary Alcoholics. Comprehensive Psychiatry, 25, 1-8.

Carroll, K. M., Power, M-E. D., Bryant, K. et Rounsaville, B. J. (1993). One-Year Follow-Up Status of Treatment-Seeking Cocaine Abusers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 181 (2), 71-77.

Chamberland, A., Boivin M-D. et Diguier L. (1999). Les troubles de la personnalité chez les toxicomanes : vers une concordance des mesures d'évaluation. Psychotropes, 5 (2), 41-62.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997). Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec. Gouvernement du Québec.

Collins, J.J. et Allison, M. (1983). Legal Coercition and Retention in Drug Abuse Treatment. Hospital and Community Psychiatry, 34 (12), 1145-1149.

Cormier, D. (1984). Toxicomanies: styles de vie. Chicoutimi, Gaëtan Morin ed. 175p.

D'Elia, A. et Lagier, P.M. (1986). Inventaire clinique multiaxial de Million. Montréal: Bureau d'intervention psychosociale.

Domrémy-Montréal (1994). Présentation détaillée d'un programme clinique Toxicomanie-Justice. Montréal: Centre Dollard-Cormier, ouvrage inédit, 12p.

Domrémy-Montréal (1997). Programme Toxicomanie-Justice. Montréal: Centre Dollard-Cormier, ouvrage inédit, 23p.

Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II Comorbidity in Alcohol Dependence and the Two Types of Alcoholism. Clinical and Experimental Research, 22(1), 77-86.

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994). Publié par American Psychiatric Association, Washington.

Fréchette, M. et LeBlanc M. (1987). Délinquance et délinquants. Chicoutimi, QC: Géatan Morin éditeur, 384 pages.

Gelberg, L., Linn, L.S. et Leake, B.D. (1988). Mental Health Alcohol and Drug Use, and Criminal History Among Homeless Adults. American Journal of Psychiatry, 145, 191-202.

Germain, Michel (1996). Étude statistique sur le cheminement de la clientèle référée au programme toxicomanie-santé mentale. Montréal: Centre Dollard-Cormier, ouvrage inédit.

Germain, M. et LeBlanc, M. (1996). Typologie intégrée de la toxicomanie et de la criminalité. Paris: Psychotropes-Revue internationale des toxicomanies, 12 (1), 7-32.

Germain, M., Brochu, S., Bergeron, J. et Landry, M. (1999). Profils des toxicomanes judiciairisés en traitement dans deux centres de réadaptation publics au Québec. (accepté dans Psychotropes).

Goldstein, M.F., Friedman, S.R., Neaigus, A., Jose, B. Ildefonso, G. Curtis, R. (1995). Self-Reports of HIV Risk Behavior by Injecting Drug Users : Are They Reliable? Addiction, 90, pp.1097-1104.

Goldstein, R. B., Powers, S. I., McCusker, J., Lewis, B. F., Bigelow, C. et Mundt, K. A. (1998). Antisocial Behavioral Syndromes Among Residential Drug Abuse Treatment Clients. Drug and Alcohol Dependence, 49 (1998), 201-216.

Gravel, Nathalie (1995). Les troubles associés à la dépendance chez la clientèle du Centre de réadaptation Domrémy-Montréal. Mémoire de maîtrise présenté au département de criminologie de l'Université de Montréal.

Guyon, L. et Landry, M. (1993). Analyse descriptive de la population en traitement de Domrémy-Montréal à partir de l'IGT 1991-1992. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.

Hesselbrock, M.N., Meyer, R. E. et Keener, J.J. (1985). Psychopathology in Hospitalized Alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.

Johnson, B.B.D., Goldstein, P.J., Preble, E., Schmiedler, J., Lipton, D.S., Spunt, B. et Miller, T. (1985). Taking Care of Business: the Economics of Crime by Heroin Abusers. Toronto: Lexington.

Khantzian, E. J., et Treece, C. (1985). DSM-III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts. Archives of General Psychiatry, 42, 1067-1071.

- Kokkevi, A., Anastasopoulou, N.S.N., Kostogianni, C. (1998). Personality Disorders in Drug Abusers: Prevalence and their Association with Axis I Disorders as Predictors of Treatment Retention. Addictive Behaviors, 23(6), 841-853.
- Kolb, J.E. et Gunderson, J.G. (1980). Diagnosing Borderline Patients with a Semistructured Interview. Archives of General Psychiatry, 37, 37-41.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B.J., et Kleber, H.D. (1982). DSM-III Personality Disorders in Opiates Addicts. Comprehensive Psychiatry, 23 (6), 572-581.
- Landry, M., Nadeau, L. et Racine S. (1996). Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.
- Landry, M., Brochu, S. et Bergeron, J. (1999). La fiabilité et la validité des données auto-révélees de personnes judiciairisées en traitement. Texte soumis pour publication.
- Lewis, C.E., Helser, J., Cloninger, C.R., Croughan, J. et Whitman, B. Y (1982). Psychiatric Predispositions to Alcoholism. Comprehensive Psychiatry, 23(5), 451-460.
- Lewis, C. E., Rice, J. et Helzer, J. E. (1983). Diagnostic Interactions: Alcoholism and Antisocial Personality. The Journal of Nervous and Mental Disease, 171 (2), 105-113.
- Johnson, B.D., Goldstein, P.J., Preble, E., Schmeidler, J., Lipton, D.S., Sprunt, B., Miller, T. (1985). Taking Care of Business: The Economics of Crime by Heroin Abusers, Toronto, Lexington.
- Johnson, J.G., Rabkin, J.G., Williams, J.B., Remien, R.H., Gorman, J.M. (2000). Difficulties in Interpersonal Relationships Associated with Personality Disorders and Axis I Disorders: A Community-Based Longitudinal Investigation. Journal of Personality Disorders, 14(1), 42-56.
- McGlothlin, W.H., Anglin, D. (1981). Long-term Follow-up of clients of High-and Low-Dose Methadone Programs. Archives of General Psychiatry, 38 (sept.), 1055-1063.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33.
- McLellan, A. T. (1986). Psychiatric Severity as a Predictor of Outcome from Substance Abuse Treatments. Psychopathology and Addictive Disorders, Meyer, R. E., New York, Guilford.

- McLellan, A.T., Lubrosky, L., Woody, G.E., O'Brien, M.D., Keith, A., Druley. (1983). Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments: Role of Psychiatric Severity. Archives of General Psychiatry, 40: 620-625.
- Mercier, Céline et al (1995). Toxicomanie et santé mentale. Montréal: Document de travail du RISQ.
- Mieczkowski, T. (1990). Crack Distribution in Detroit. Contemporary Drug Problems, 17(1), 9-30.
- Millon, T. (1981). Disorders of personality. DSM-III: Axis II. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). Millon Clinical Multiaxial Inventory. Minneapolis, NM: National Computer Systems.
- Millon, T (1990). The Disorders of Personality. In L.A. Pervin (ed.), Handbook of Personality: Theory and Research. New York:Guilford, 13, 339-370.
- Millon, T. (1994). Manual For the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Minneapolis, NM: National Computer Systems.
- Millon, T. (1996). Disorders of Personality DSM-IV and Beyond. New York, Wiley-Interscience Publication, 818p.
- Nace, E.P., Saxon, J.J., et Shore, N. (1983). A Comparison of Borderline and Nonborderline Alcoholics Patients. Archives of General Psychiatry, 40, 54-56.
- Nace, E.P., Davis, C.W., Gaspari, J.P. (1991). Axis II Comorbidity in Substance Abusers. American Journal of Psychiatry, 148(1) 118-120.
- Nadeau, Louise (1993). La dépendance aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.
- Nadeau, L., Landry, M. et Racine, S. (1999). Prevalence of Personality Disorder Among Clients in Treatment for Addiction. Canadien Journal of Psychiatry, 44, 592-596).
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D. Hyler, S.E., Rosnick, L., Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R Personality Disorders by Two Structured Interviews : Patterns of Comorbidity. American Journal of Psychiatry, 149(2) 213-220.
- O'Malley, S.S., Kosten, T.R., et Renner J.A. (1990). Dual diagnoses:substance abuse and personality disorders. New Directions for Mental Services, 47, 115-137.

Osher, F. C., et Kofoed, L. L. (1989). Treatment of Patients with Psychiatric and Psychoactive Substance Abuse Disorders. Hospital and Community Psychiatry, 40 (10), 1025-1030.

Powell, B. J., Penick, E. C., Othmer, E., Bingham, S. F., et Rice, A. S. (1982). Prevalence of Additional Psychiatric Syndromes Among Male Alcoholics. Journal of Clinical Psychiatry, 43 (10), 404-407.

Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1992). Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors. In Hersen, M., Eisler, R.M. et Miller, P.M. (Eds) Progress in behavior modification. New York: Psycamore.

Proulx, Jean (1994). Troubles de la personnalité et viol : implications théoriques et cliniques. Criminologie, 27(2), 33-54.

Racine, S., Nadeau, L. (1995). Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Co-morbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). Journal of American Medical Association, 264( 19): 2511-2518.

Rounsaville, B. J., Gawin, F., et Kleber, H. D. (1985). Interpersonal Psychotherapy Adapted for Ambulatory Cocaine Abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 11 (3 et 4), 171-191.

Schneeberger, P. (1994). Profil de consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciarisées: rapport no. 1. Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée.

Schneeberger, P. (1995). Profil des activités délictueuses chez les toxicomanes en traitement: rapport no. 2. Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée.

Schuckit M.A. (1985) The Clinical Implications of Primary Diagnostic Groups Among Alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1043-1049.

Service Correctionnel du Canada (1991). Rapport du groupe de travail sur la santé mentale. Ottawa, Approvisionnement et services Canada.

Simoneau, H., Bergeron, J., Cournoyer, L.G., Landry, M. et Brochu, S. (1999). Relation entre la détresse psychologique, le soutien social et la persévérance dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Perspective, 5(1) 7-28.

- Simpson, D.D., Friend, H.J. (1988). Legal Status and Long Term Outcomes for Addicts in the DARP Follow-up Project, in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse : Research and Clinical Practice, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 86, pp.81-98.
- Speckart, G.R., Anglin, M.D., Deschenes, E.P. (1989). Modeling the Longitudinal Impact of Legal Sanctions on Narcotics Use and Property Crime. Journal of Quantitative Criminology, 5(1), 33-56.
- Stark, M.J. (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment : A Clinically Oriented Review. Clinical Psychology Review, 12, 93-116.
- Thomas, V.H., Melchert, T.P., Banken, J.A. (1999). Substance Dependence and Personality Disorders : Comorbidity and Treatment Outcome in an Inpatient Treatment Population. Journal of Studies on Alcohol, 60(2) 271-277.
- Van Horn, D.H.A. (1998). Substance-Use Situations and Abstinence Predictions in Substance Abusers With and Without Personality Disorders. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 24(3), 395-404.
- Verheul, R., Brink V.D., Hartgers, C. (1998). Personality Disorders Predict Relapse in Alcoholic Patients. Addictive Behaviors, 23(6) 869-882.
- Verheul, R., Hartgers, C., Brink, V.D., Koeter, M.W. (1998). The Effect of Sampling, Diagnostic Criteria and Assessment Procedures on the Observed Prevalence of DSM-III-R Personality Disorders Among Treated Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 59(2), 227-236.
- Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., et Rounsaville, B.J. (2000). Axis I and Axis II Disorders in Alcoholics and Drug Addicts : Facts or Artifact? Journal of Studies on Alcohol, 61(1), 101-110.

## **Appendice I**

**Moyennes et écart-types des différentes échelles de l'IGT aux quatre temps de passation, selon le nombre de trouble(s) de la personnalité décelé(s) en début de traitement**

Tableau XVI

Moyennes et écart-types des différentes échelles de l'IGT aux quatre temps de passation, selon le nombre de trouble(s) de la personnalité décelé(s) en début de traitement.

	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 4
<b>Alcool:</b>				
0 trouble	X = ,27 Sd = ,22 N = 41	X = ,16 Sd = ,23 N = 36	X = ,15 Sd = ,18 N = 32	X = ,17 Sd = ,23 N = 30
1 trouble	X = ,28 Sd = ,23 N = 40	X = ,22 Sd = ,26 N = 30	X = ,23 Sd = ,30 N = 30	X = ,11 Sd = ,20 N = 28
2 troubles	X = ,43 Sd = ,22 N = 29	X = ,34 Sd = ,24 N = 26	X = ,25 Sd = ,21 N = 25	X = ,21 Sd = ,24 N = 23
3 troubles et +	X = ,39 Sd = ,24 N = 33	X = ,35 Sd = ,30 N = 28	X = ,29 Sd = ,21 N = 29	X = ,27 Sd = ,32 N = 24
<b>Drogue:</b>				
0 trouble	X = ,11 Sd = ,11 N = 41	X = ,07 Sd = ,11 N = 37	X = ,06 Sd = ,08 N = 32	X = ,07 Sd = ,08 N = 28
1 trouble	X = ,14 Sd = ,12 N = 40	X = ,11 Sd = ,11 N = 30	X = ,12 Sd = ,14 N = 30	X = ,07 Sd = ,11 N = 28
2 troubles	X = ,13 Sd = ,12 N = 30	X = ,12 Sd = ,13 N = 27	X = ,06 Sd = ,09 N = 25	X = ,08 Sd = ,11 N = 24
3 troubles et +	X = ,13 Sd = ,11 N = 33	X = ,09 Sd = ,12 N = 29	X = ,09 Sd = ,12 N = 29	X = ,09 Sd = ,12 N = 25

	<b>Temps 1</b>	<b>Temps 2</b>	<b>Temps 3</b>	<b>Temps 4</b>
<b>Médicale:</b>				
0 trouble	X = ,13 Sd = ,27 N = 41	X = ,19 Sd = ,32 N = 37	X = ,11 Sd = ,24 N = 32	X = ,18 Sd = ,33 N = 29
1 trouble	X = ,06 Sd = ,18 N = 40	X = ,23 Sd = ,35 N = 30	X = ,19 Sd = ,27 N = 30	X = ,19 Sd = ,34 N = 28
2 troubles	X = ,11 Sd = ,24 N = 30	X = ,24 Sd = ,34 N = 27	X = ,29 Sd = ,39 N = 26	X = ,22 Sd = ,34 N = 24
3 troubles et +	X = ,16 Sd = ,30 N = 35	X = ,21 Sd = ,34 N = 29	X = ,19 Sd = ,35 N = 29	X = ,25 Sd = ,38 N = 25
<b>Relationnelle :</b>				
0 trouble	X = ,19 Sd = ,23 N = 41	X = ,11 Sd = ,20 N = 37	X = ,11 Sd = ,20 N = 31	X = ,10 Sd = ,21 N = 29
1 trouble	X = ,23 Sd = ,23 N = 37	X = ,15 Sd = ,21 N = 30	X = ,17 Sd = ,22 N = 30	X = ,09 Sd = ,15 N = 28
2 troubles	X = ,32 Sd = ,23 N = 29	X = ,15 Sd = ,18 N = 26	X = ,13 Sd = ,22 N = 26	X = ,15 Sd = ,23 N = 24
3 troubles et +	X = ,23 Sd = ,22 N = 34	X = ,09 Sd = ,16 N = 29	X = ,17 Sd = ,27 N = 29	X = ,14 Sd = ,25 N = 25

	<b>Temps 1</b>	<b>Temps 2</b>	<b>Temps 3</b>	<b>Temps 4</b>
<b>Légale:</b>	X = ,23 Sd = ,19 N = 40	X = ,16 Sd = ,24 N = 37	X = ,13 Sd = ,20 N = 32	X = ,18 Sd = ,24 N = 29
0 trouble	X = ,28 Sd = ,25 N = 38	X = ,29 Sd = ,31 N = 30	X = ,24 Sd = ,28 N = 29	X = ,18 Sd = ,27 N = 28
1 trouble	X = ,35 Sd = ,22 N = 27	X = ,34 Sd = ,30 N = 25	X = ,28 Sd = ,26 N = 26	X = ,21 Sd = ,27 N = 24
2 troubles	X = ,26 Sd = ,20 N = 35	X = ,29 Sd = ,31 N = 28	X = ,32 Sd = ,31 N = 29	X = ,26 Sd = ,28 N = 25
3 troubles et +				

## **Appendice II**

**Figures illustrant l'évolution dans  
le temps des sujets aux différentes échelles de l'IGT**

Figure 1

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle alcool  
selon le nombre de trouble(s)

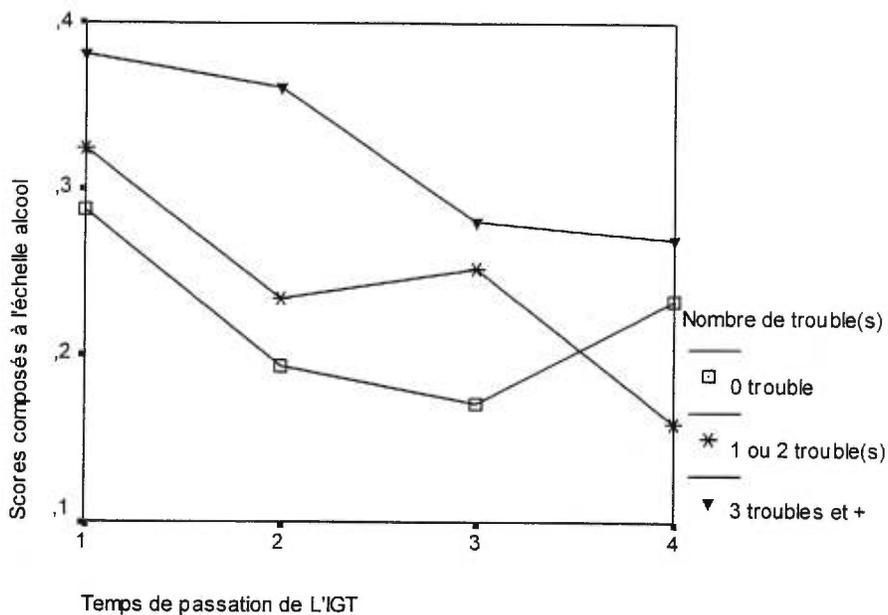


Figure 2

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle drogue  
selon leur nombre de trouble(s)

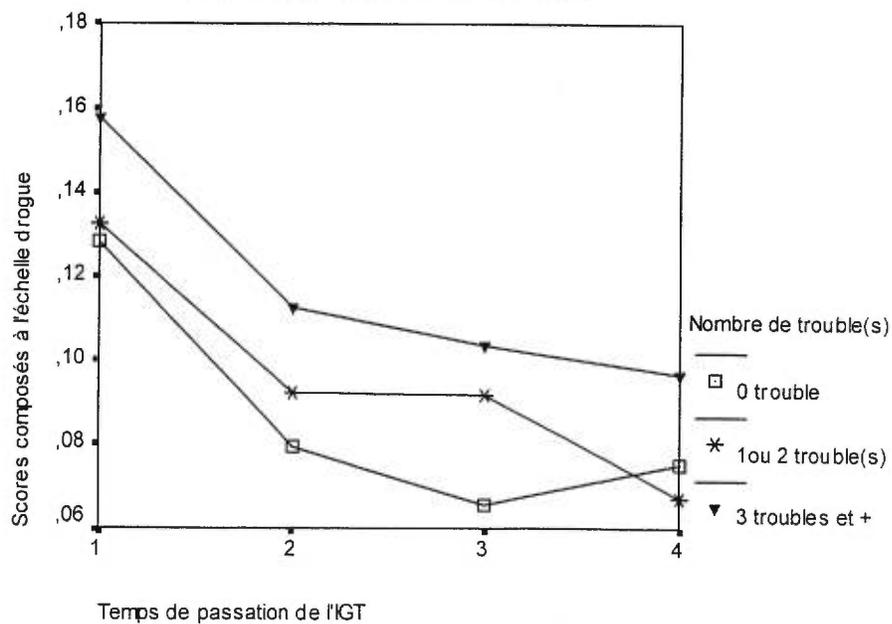


Figure 3

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle médicale  
selon le nombre de trouble(s)

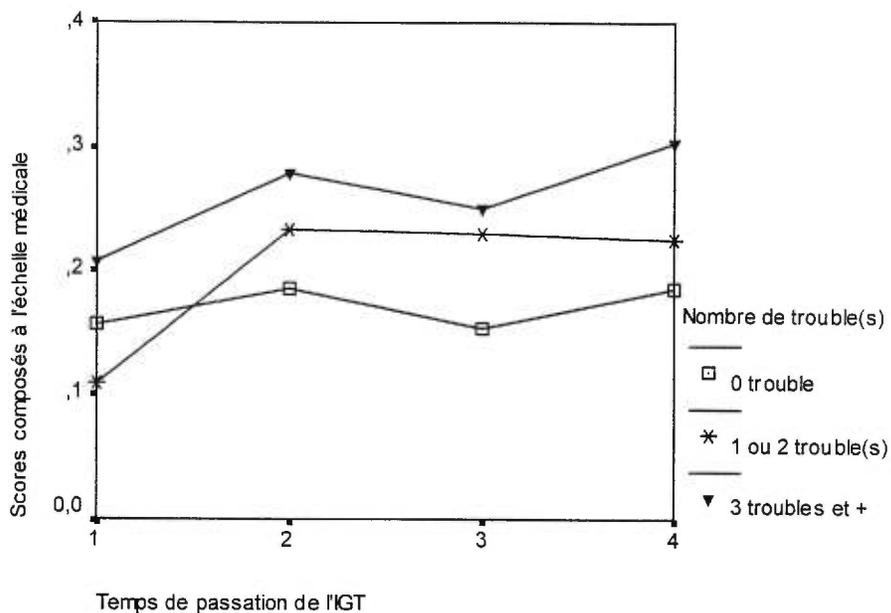


Figure 4

Évaluation dans le temps des sujets à l'échelle relationnelle  
selon le nombre de trouble(s)

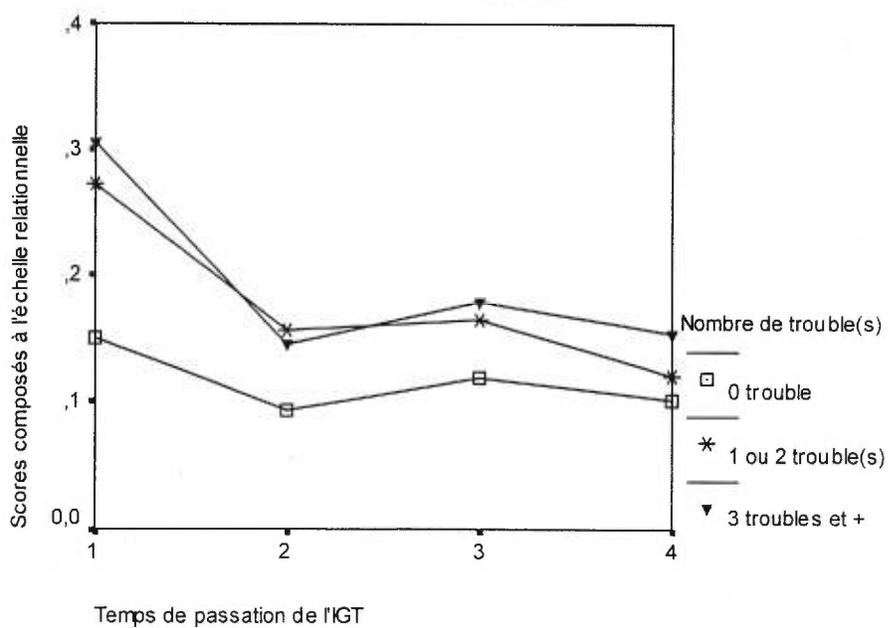


Figure 5

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle psycho.  
selon le nombre de trouble(s)

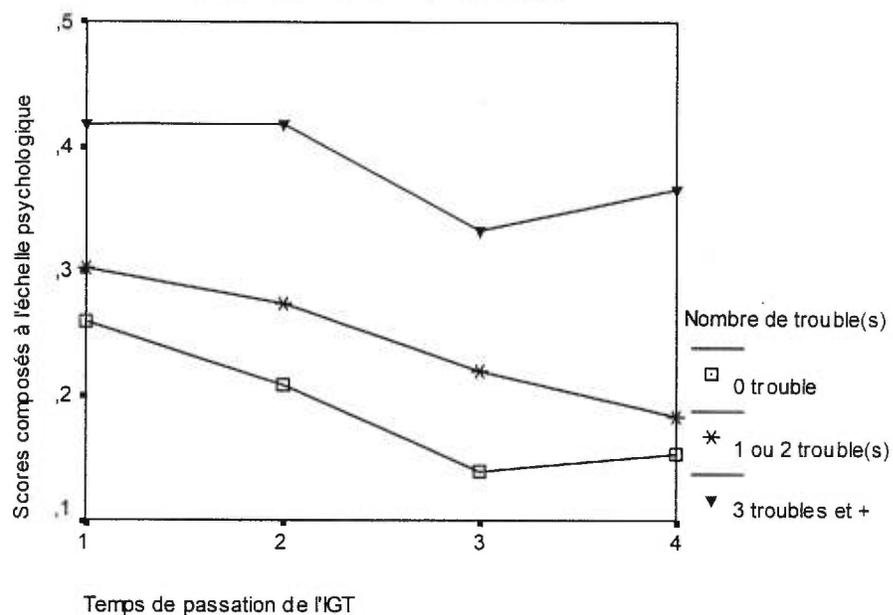


Figure 6

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle emploi  
selon le nombre de trouble(s)

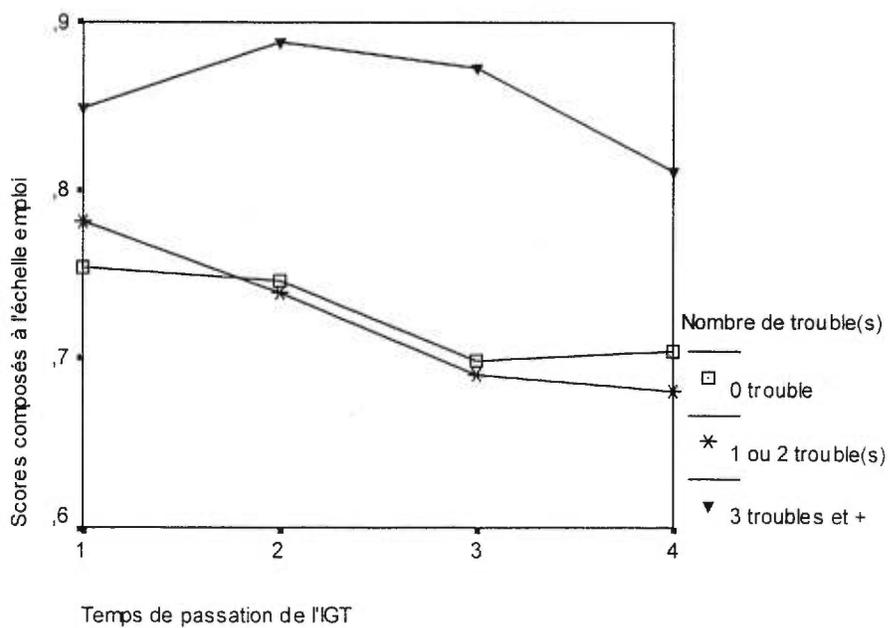
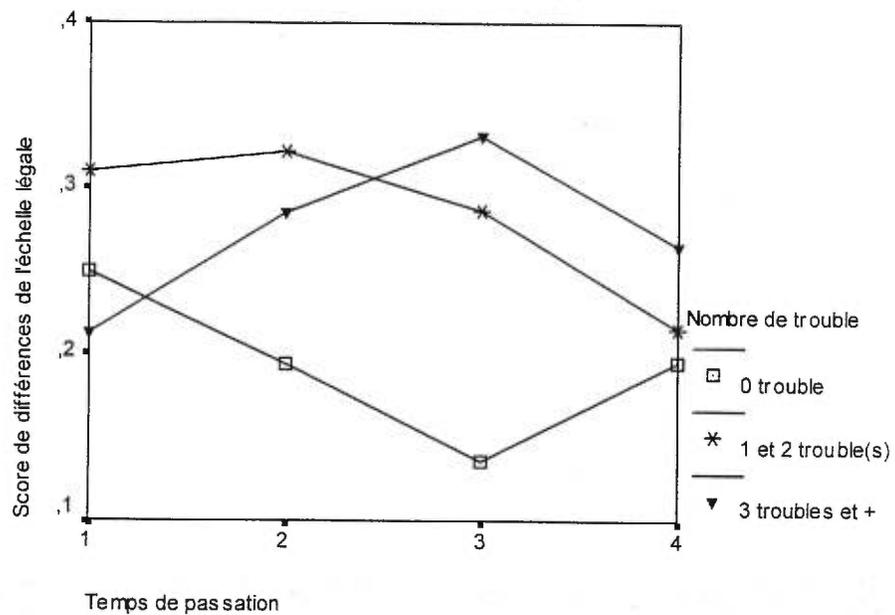


Figure 7

Évolution dans le temps des sujets à l'échelle légale  
selon leur nombre de trouble(s)



## Appendice III

Tableau IX

Nombre de jours de traitement ainsi que nombre d'heures passées en traitement selon la présence ou non d'un trouble de la personnalité décelé(s) chez un sujet en début de traitement

	0 trouble N=41	1 trouble et + N= 97 et 99	Total N= 138 et 139	F
Nombre de jours de traitement	$\bar{X} = 2,163^{21}$ E.T. = ,439	$\bar{X} = 1,857$ E.T. = ,635	$\bar{X} = 1,943$ E.T. = ,601	F = 6,64** Eta = ,23
Nombre d'heures de traitement	$\bar{X} = ,864$ E.T. = ,539	$\bar{X} = ,805$ E.T. = ,558	$\bar{X} = ,822$ E.T. = ,551	F = ,324 Eta = ,04

\*  $p > 0,05$  \*\*  $p > 0,01$

Test d'homogénéité : Levene non significatif

Tableau X

Nombre de jours de traitement ainsi que nombre d'heures passées en traitement selon le nombre de trouble(s) de la personnalité décelé(s) en début de traitement

	0 trouble	1 et 2 trouble(s)	3 troubles et +	Total	F	Différences intergroupes (Scheffe)
Nombre de jours de traitement	$\bar{X} = 2,163$ E.T. = ,439	$\bar{X} = 1,828$ E.T. = ,619	$\bar{X} = 1,913$ E.T. = ,675	$\bar{X} = 1,943$ E.T. = ,601	F = 3,505* Eta = ,237	0 vs 1 et 2 trouble(s) et +*
Nombre d'heures de traitement	$\bar{X} = ,864$ E.T. = ,539	$\bar{X} = ,811$ E.T. = ,562	$\bar{X} = ,793$ E.T. = ,560	$\bar{X} = ,822$ E.T. = ,551	F = ,173 Eta = ,05	

\*  $p > 0,05$  \*\*  $p > 0,01$

Test d'homogénéité : Levene non significatif

<sup>21</sup> Moyennes et écart-types après la transformation logarithmique