

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

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

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

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

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

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

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

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

Fluctuations émotionnelles, relation conjugale  
et consommation de substances

Une étude en vie quotidienne chez un échantillon de femmes toxicomanes

Par

Marion Barrault

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle

au

Département de Psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Université de Montréal

et au

Département de Psychologie

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal

en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en psychologie

et à

l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 en vue de l'obtention du grade de

Docteur en psychologie

mai, 2007

©Barrault, 2007



Université de Montréal  
 Faculté des études supérieures  
 et  
 Département de psychologie  
 Université Victor Segalen Bordeaux 2

Cette thèse intitulée

Fluctuations émotionnelles, relation conjugale  
 et consommation de substances

Une étude en vie quotidienne chez un échantillon de femmes toxicomanes  
 présentée et soutenue à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2  
 a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Membres du Jury

Président-rapporteur et membre du jury	Michel Landry, PhD Département de psychologie Université de Montréal
Directeur de recherche (Université de Montréal)	Louise Nadeau, PhD Département de psychologie Université de Montréal
Directeur de recherche (Université Victor Segalen Bordeaux 2)	Joel Swendsen, PhD Département de psychologie Université Victor Segalen Bordeaux 2
Membre du jury	Véronique Nahoum-Grappe, PhD Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
Membre du jury	Henri Chabrol, Université Toulouse 2 Le Mirail
Examineur externe	Stacey Callahan, PhD Université Toulouse 2 Le Mirail
Examineur externe	Stéphane Rusinek, PhD Université Charles de Gaulle Lille 3
Représentant du doyen de la FES	Michel Landry, PhD Département de psychologie Université de Montréal

## RÉSUMÉ

Cette étude prospective vise à mettre en évidence les déterminants émotionnels et interpersonnels spécifiques à la sphère conjugale, impliqués dans le déclenchement des épisodes de craving et de la consommation de substances. S'appuyant sur un dispositif ambulatoire de recueil de données chez un échantillon de femmes toxicomanes en traitement (n = 80), les analyses ont porté sur les liens en vie quotidienne entre l'intensité de l'expérience émotionnelle et la nature de l'interaction conjugale sur l'intensité des épisodes de craving et la fréquence de consommation de substances. Les résultats montrent qu'il existe un lien chronologique et unidirectionnel entre craving et consommation ultérieure de substances le même jour. Les émotions négatives n'influencent pas l'intensité du craving ou la fréquence de consommation, mais l'intensité du craving est prédite par la diminution de l'intensité des émotions positives, par un haut niveau d'intimité et d'insatisfaction conjugale. Les déterminants proximaux émotionnels et interpersonnels ont donc un rôle déterminant dans le déclenchement de ces épisodes. Ces déterminants sont eux-mêmes influencés par des facteurs distaux tels que la détresse conjugale et la symptomatologie anxio-dépressive. La fréquence de la consommation de substances est déterminée par l'intensité des émotions positives et non prédite par les affects négatifs. Les déterminants interpersonnels proximaux et distaux semblent avoir peu d'impact sur la consommation. Les résultats permettent de souligner l'importance de la méthodologie ambulatoire tant pour examiner empiriquement des modèles dynamiques de la rechute que, dans la prise en charge thérapeutique.

Mots clés : Troubles liés aux substances - Émotions – Interaction conjugale – Craving Modèle dynamique de la rechute- Évaluation écologique momentanée.

## ABSTRACT

This prospective study examines the emotional determinants of craving and substance use, as well as the role of interpersonal events concerning one's partner. Using an ambulatory monitoring technique in a sample of treated substance-dependant women (n = 80), the relationship between emotional intensity or couple interactions in daily life and the intensity of craving and substance use was examined. Results demonstrate a prospective and unidirectional association whereby craving predicted the frequency of substance use over subsequent hours of the same day. Negative emotions did not influence the intensity of craving or the frequency of substance use. The degree of craving was predicted by lower positive emotions, high intimacy level with one's partner and high couple dissatisfaction. Proximal emotional and interpersonal determinants therefore play key role in drug use proneness, and these factors were in turn influenced by distal factors such as marital distress or anxious or depressed symptomatology. Substance use frequency was predicted by the intensity of positive emotions, but not negative emotions. Proximal and distal determinants had little influence on substance use frequency. The findings underscore the interest of ecological momentary assessment in empirically testing dynamic models of relapse and clinical interventions.

**Key words:** Drug disorders - Emotion- Couple interaction – Craving – Dynamic model of relapse - Ecological Momentary Assessment.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>13</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>14</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>15</b>
<b><i>INTRODUCTION</i></b>	<b><i>19</i></b>
<b><i>CONTEXTE THÉORIQUE</i></b>	<b><i>23</i></b>
<b>Chapitre 1 : La problématique addictive chez les femmes</b>	<b>24</b>
1 Définitions et caractéristiques des notions-clés : addiction, toxicomanie, usage, dépendance, abus	24
1.1 Addiction et toxicomanie	24
1.2 L'usage, l'abus et la dépendance	27
2 Spécificité des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes	29
2.1 Prévalence des troubles liés aux substances	30
2.1.1 Consommation de substances psychoactives	30
2.1.2 Diagnostics d'abus et de dépendance aux substances psychoactives	31
2.2 Concomitance des troubles	32
2.2.1 Dans la population générale	32
2.2.2 Dans les échantillons cliniques	34
2.3 Facteurs de risque et conséquences	36
2.3.1 Effets et conséquences physiologiques	36
2.3.2 Facteurs de risque et de maintien	37
2.4 Relation conjugale et dépendance aux substances	40
2.4.1 Quelques définitions	40
2.4.2 Troubles liés aux substances et détresse conjugale	41

	6
2.4.2.1	42
2.4.2.2	43
2.4.3	45
2.4.3.1	46
2.4.3.2	47
2.4.3.3	48
2.4.3.4	49
3	50
<b>Chapitre 2 : Émotions, stress et consommation de substances</b>	<b>53</b>
1	53
1.1	53
1.2	55
1.2.1	55
1.2.2	57
1.2.3	59
1.2.4	61
1.3	64
2	65
2.1	66
2.2	67
2.3	69
2.4	72
3	74
3.1	75
3.2	76
3.3	78
3.4	79
3.4.1	80

	7
3.5 Déterminants de la rechute et du faux-pas _____	82
3.5.1 Déterminants distaux _____	83
3.5.2 Déterminants proximaux _____	84
3.6 Limites méthodologiques _____	88
3.7 Nécessité d'une méthodologie adaptée _____	89
3.8 Synthèse _____	90
<b>Chapitre 3 : L'Évaluation Écologique Momentanée _____</b>	<b>92</b>
1 Les données issues de l'expérience des patients _____	93
2 Du recueil rétrospectif et des expérimentations en laboratoire aux mesures en vie réelle de l'expérience des patients _____	94
2.1 Enjeux méthodologiques _____	94
2.1.1 Confiance dans le rappel des informations _____	94
2.1.2 Les problèmes de validité écologique _____	97
2.2 Problèmes liés à l'intervalle de temps couvert par les mesures rétrospectives _____	99
2.3 Conclusion _____	100
2.4 Comment contrer ces problèmes méthodologiques? _____	100
3 Experience sampling method (ESM, Csikszentmihalyi & Larson, 1987 ; Devries, 1992) et Ecological Momentary Assessment (EMA, Stone & Shiffman, 1994) _____	101
3.1 Perspective historique _____	101
3.2 Caractéristiques de l'ESM et de l'EMA _____	106
3.3 Considérations théoriques sur la méthodologie sur les expériences quotidiennes _____	108
3.3.1 Générer des modèles conceptuels fondés sur des données _____	108
3.3.2 Tester des modèles établis par d'autres méthodologies _____	109
3.3.3 Créer des hypothèses originales _____	110
3.4 Procédures d'utilisation _____	110
3.4.1 L'échantillonnage dépend de l'événement (Event-contingent sampling) _____	111
3.4.2 L'échantillonnage dépend d'un intervalle de temps (Interval-contingent sampling) _____	111
3.4.3 L'échantillonnage dépend d'un signal (Signal-contingent sampling) _____	112
3.5 Aspects technologiques _____	113

	8
3.6 Limites _____	114
4 Synthèse _____	116
<b>OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE</b> _____	<b>117</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> _____	<b>119</b>
1 Population d'étude _____	120
1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion _____	120
1.2 Taille de l'échantillon _____	120
1.3 Caractéristiques principales de l'échantillon étudié _____	120
2 Procédures _____	123
2.1 Phase préparatoire _____	123
2.1.1 Obtention du certificat d'éthique et recrutement des centres de traitement susceptibles de participer _____	123
2.1.2 Participation des intervenants et alliance de recherche _____	124
2.1.3 Programmation des ordinateurs de poche _____	125
2.2 Déroulement de l'étude _____	126
2.2.1 Recrutement des participantes _____	126
2.2.2 Description du protocole d'étude _____	127
2.2.2.1 Première phase _____	128
2.2.2.2 Deuxième phase _____	130
2.2.2.3 Troisième phase _____	132
2.3 Risques encourus _____	133
2.4 La confidentialité des données et leur conservation _____	134
3 Outils et mesures _____	136
3.1 Variables relatives aux caractéristiques individuelles (variables « inter-individuelles ») _____	136
3.1.1 Psychopathologie _____	136
3.1.1.1 Diagnostics des troubles mentaux _____	136
3.1.1.2 Symptomatologie dépressive _____	137
3.1.1.3 Anxiété-trait _____	139

	9
3.1.2	Qualité de la relation conjugale : Échelle d'ajustement dyadique _____ 140
3.1.3	Évaluation de la consommation de substances psychoactives du partenaire amoureux_ 141
3.1.4	Violence conjugale et antécédents d'abus sexuels _____ 142
3.2	Variables de la vie quotidienne (variables « intra-individuelles ») _____ 142
3.2.1	Craving _____ 142
3.2.2	Consommation de substances _____ 143
3.2.3	Interactions avec le conjoint _____ 144
3.2.4	Impact des tracas quotidiens _____ 145
3.2.5	Émotions _____ 146
4	Définition des variables _____ 147
4.1	Variables dépendantes de la vie quotidienne _____ 147
4.1.1	Craving _____ 148
4.1.2	Consommation de substances psychoactives _____ 148
4.2	Variables prédictrices de la vie quotidienne _____ 149
4.2.1	Nature de l'interaction avec le partenaire _____ 149
4.2.2	Intensité des émotions en vie quotidienne _____ 149
4.3	Variables prédictrices relatives aux caractéristiques individuelles (variables « inter-individuelles ») _____ 149
5	Plan d'analyse _____ 150
5.1	Récupération des données _____ 150
5.2	Stratégies d'analyse des données _____ 151
5.3	Modèle d'analyse HLM _____ 152
5.3.1	Types de modèle _____ 152
5.3.2	Équations _____ 153
 <b>PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS _____ 154</b>	
1	Description de l'échantillon _____ 155
1.1	Données cliniques et démographiques _____ 155
1.1.1	Données psychopathologiques _____ 156
1.1.1.1	Troubles liés aux substances _____ 156

	10
1.1.1.2 Concomitance des troubles _____	159
1.1.1.3 Anxiété-trait et symptomatologie dépressive _____	160
1.1.1.4 Antécédents d'abus sexuel _____	160
1.1.2 Données interpersonnelles : consommation du conjoint et nature de la relation amoureuse	
161	
1.1.2.1 Consommation de substances psychoactives du conjoint _____	161
1.1.2.2 Évaluation de la satisfaction conjugale _____	163
1.1.2.3 Violences conjugales _____	163
1.1.3 Synthèse des analyses descriptives des variables inter-individuelles _____	164
1.2 Données intra-individuelles issues de la méthodologie en vie quotidienne _____	164
1.2.1 Participation des participantes à ce type de méthodologie _____	164
1.2.2 Variables étudiées en vie quotidienne _____	165
2 Statistiques inférentielles : prédicteurs des épisodes de craving et de la consommation de substances. Mise à l'épreuve des hypothèses _____	169
2.1 Mise à l'épreuve du lien entre intensité du craving et consommation de substances _____	170
2.1.1 Effets intra-sujets _____	170
2.1.1.1 Effet principal de l'intensité du craving au temps T sur la fréquence des épisodes de consommation au temps T+1 _____	170
2.1.1.2 Effet principal de la fréquence des épisodes de consommation au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1 _____	170
2.2 Prédiction de l'intensité du craving _____	171
2.2.1 Effets principaux des variables inter-individuelles sur l'intensité du craving _____	171
2.2.2 Effets intra-sujets _____	172
2.2.2.1 Effets principaux des variables évaluant les états émotionnels et le stress perçu au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1 _____	172
2.2.2.2 Effets principaux des variables évaluant l'interaction conjugale au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1 _____	174
2.2.3 Variance inter-sujets des effets intra-sujets _____	176
2.2.3.1 Lien entre l'intensité du craving à T+1 et les états émotionnels à T ; influence des	

	11
variables inter-individuelles sur ce lien _____	176
2.2.3.2 Lien entre l'intensité du craving à T+1 et l'interaction conjugale à T ; influence des variables inter-individuelles sur ce lien _____	179
2.3 Prédiction des épisodes de consommation de substances _____	182
2.3.1 Effets principaux des variables inter-individuelles sur les épisodes de consommation de substances _____	182
2.3.2 Effets intra-sujets _____	183
2.3.2.1 Effets principaux des variables évaluant les états émotionnels et le stress perçu au temps T sur les épisodes de consommation de substances au temps T+1 _____	183
2.3.2.2 Effets principaux des variables évaluant l'interaction conjugale au temps T sur les épisodes de consommation de substances au temps T+1 _____	185
2.3.3 Variance inter-sujets des effets intra-sujets _____	186
2.3.3.1 Lien entre l'occurrence des épisodes de consommation à T+1 et les états émotionnels éprouvés à T ; influence des variables individuelles sur ce lien _____	186
2.3.3.2 Lien entre les épisodes de consommation à T + 1 et l'interaction conjugale à T ; influence des variables individuelles sur ce lien _____	188
2.3.3.3 Liens entre l'intensité du craving à T et épisodes de consommation à T+1 ; influence des variables individuelles sur ce lien _____	190
2.4 Synthèse des résultats _____	191

***DISCUSSION GÉNÉRALE*** \_\_\_\_\_ **194**

1 Déterminants du craving _____	195
2 Déterminants de la consommation de substances _____	204
2.1 Liens entre craving et consommation de substances _____	204
2.2 Déterminants émotionnels et interpersonnels potentiels de la consommation de substances	206
3 Synthèse et proposition d'un modèle intégré _____	211
3.1 Craving et émotions positives _____	212
3.2 Facteurs proximaux interpersonnels _____	213
4 Limites _____	215

	12
5 Intérêts, étonnements dans l'utilisation de la méthodologie EMA et retombées pour la pratique clinique _____	218
6 Axes de recherches à développer _____	223
<b>CONCLUSION</b> _____	<b>227</b>
<b>SOURCES DOCUMENTAIRES</b> _____	<b>230</b>
<b>ANNEXES</b> _____	<b>285</b>
1. Certificat d'éthique _____	286
2. Affiche de recrutement pour les participantes _____	288
3. Formulaire de consentement et attestation de reçu de PSION Revo ® _____	290
4. Livret d'aide à la participation _____	299
5. Présentation des questions de l'EMA _____	303
(interface PSION) _____	303
6. Outils utilisés pour la phase 1 _____	318
7. Outils utilisés pour la phase 3 _____	356

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'abus à une substance selon le DSM-IV-TR (APA, 2000)</i>	28
<i>Tableau 2 : Critères diagnostiques de la dépendance à une substance selon le DSM-IV-TR (APA, 2000).</i>	28
<i>Tableau 3 : Description des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon d'étude</i>	122
<i>Tableau 4 : Tableau récapitulatif du codage des variables inter-individuelles</i>	150
<i>Tableau 5 : Pourcentages de la dépendance à une substance et plus d'une substance</i>	158
<i>Tableau 6 : Diagnostics des troubles psychiatriques (vie entière, actuel) dont principalement les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Axe I du DSM-IV)</i>	159
<i>Tableau 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats descriptifs des variables étudiées en vie quotidienne</i>	166
<i>Tableau 8 : Effet principal de l'intensité du craving sur la fréquence des épisodes de consommation</i>	170
<i>Tableau 9 : Effet principal de la fréquence des épisodes de consommation sur l'intensité du craving</i>	170
<i>Tableau 10 : Effets des variables individuelles sur l'intensité du craving</i>	171
<i>Tableau 11 : Effets des affects quotidiens sur l'intensité du craving (perspective longitudinale)</i>	173
<i>Tableau 12 : Effets de l'interaction conjugale quotidienne sur l'intensité du craving (perspective longitudinale)</i>	174
<i>Tableau 13 : Modèles multiniveaux du lien entre états émotionnels, intensité du craving et influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)</i>	178
<i>Tableau 14 : Modèles multiniveaux du lien entre dimensions de l'interaction conjugale, intensité du craving et influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)</i>	180
<i>Tableau 15 : Effets principaux des variables individuelles sur les épisodes de consommation</i>	182
<i>Tableau 16 : Effets des états émotionnels quotidiens sur les épisodes de consommation de substances psychoactives (perspective longitudinale)</i>	183
<i>Tableau 17 : Effets de l'interaction conjugale quotidienne sur la consommation de substances psychoactives (perspective longitudinale)</i>	185
<i>Tableau 18 : Modèles multiniveaux du lien entre états émotionnels, occasions de consommer et influence des</i>	

	14
<i>facteurs individuels (perspective longitudinale)</i>	187
<i>Tableau 19 : Modèles complexes du lien entre les dimensions de l'interaction conjugale, les épisodes de consommation et l'influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)</i>	189
<i>Tableau 20 : Modèles complexes testant le lien entre l'intensité du craving, les épisodes de consommation et l'influence des variables individuelles (perspective longitudinale)</i>	191

## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Diagramme de la rechute et du faux-pas (Shiffman, 2005).</i>	77
<i>Figure 2 : Modèle dynamique de la rechute (Witkiewitz et Marlatt, 2004)</i>	81
<i>Figure 3 : Schéma récapitulatif des phases de la procédure</i>	133
<i>Figure 4 : Prévalence de l'abus aux substances</i>	156
<i>Figure 5 : Prévalence de la dépendance aux substances</i>	157
<i>Figure 6 : Évaluation des dimensions des interactions conjugales en vie quotidienne</i>	168
<i>Figure 7 : Évaluation des affects éprouvés en vie quotidienne</i>	168
<i>Figure 8 : Synthèse des résultats mettant en évidence les déterminants du craving</i>	203
<i>Figure 9 : Synthèse des résultats mettant en évidence les déterminants de la consommation de substances</i>	210
<i>Figure 10 : Proposition d'un modèle intégré</i>	215

## REMERCIEMENTS

### **Monsieur Le Professeur Michel LANDRY**

C'est un grand honneur que vous me faites de présider le jury qui évaluera la qualité de ce travail. Depuis 1999, lors de mon premier stage à l'Université de Montréal et au Centre Dollard Cormier, j'ai eu le plaisir de pouvoir bénéficier de vos connaissances dans le champ de la toxicomanie. Vous avez déjà été membre du jury lors de mon examen de synthèse doctorale. Au bout de ces quatre années et demi, votre participation en tant que président est un joli clin d'œil à une collaboration franco-qubécoise que vous avez déjà initiée depuis plusieurs années.

### **Madame Le Professeur Stacey CALLAHAN**

Madame, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être rapporteur de ma thèse. Votre expertise dans le domaine de la santé mentale des femmes me permettra grâce à votre évaluation de mon travail, d'ouvrir d'autres pistes de réflexion dans ce domaine. Je vous remercie de votre présence.

### **Monsieur Le Professeur Stéphane RUSINEK**

Monsieur, soyez remercié de l'honneur que vous me faites en ayant accepté d'être rapporteur de ma thèse. Votre savoir sur les émotions permettra d'étayer les conclusions de ce travail grâce à l'attention que vous lui portez. Je vous remercie de votre présence.

### **Madame Véronique NAHOUM-GRAPPE**

Madame, merci d'avoir accepté de participer à l'évaluation de cette thèse. Votre regard anthropologique sur les comportements à risque et la différence des sexes sera sans doute un apport appréciable quant aux ouvertures possibles à donner à ce travail.

**Monsieur Le Professeur Henri CHABROL**

Monsieur, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant au jury de ma thèse. Votre intérêt sur la dépendance aux substances, et la personnalité limite me permettra d'enrichir par vos remarques et vos critiques ce travail de doctorat. Je vous remercie de votre présence.

**Monsieur Le Professeur Joel SWENDSEN**

C'est en repensant à ces quatre années et demi, que je prends pleinement conscience de l'énergie que vous avez mis dans l'encadrement de cette thèse. Vous m'avez permis de me former à la méthodologie ESM et de rendre concrète une collaboration déjà existante avec l'Université de Montréal. Je vous suis très reconnaissante de la confiance et de la patience dont vous avez fait preuve. Je souhaite que nous puissions ensemble transmettre à la communauté scientifique les résultats stimulants de ce travail.

**Madame Le Professeur Louise NADEAU**

On dit que les voyages forment la jeunesse. J'en ai fait un à Montréal, il y a maintenant huit ans. Ce fut le début d'une grande aventure intellectuelle et humaine. Merci Louise, de m'avoir offert la possibilité de faire cette thèse en cotutelle, de m'avoir fait découvrir la rigueur et le plaisir de la recherche et donné les moyens d'y arriver. Merci de m'avoir prêté ton vieux vélo un jour de juillet 1999. C'était le début de ma rencontre avec Montréal. Merci aussi de m'avoir laissé voler de mes propres ailes.

*Je tiens à adresser ma sincère reconnaissance à l'ensemble des femmes qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont permis grâce à leur engagement dans ce projet de nous aider à mieux comprendre les difficultés de leur vie quotidienne.*

*Cette recherche a pu voir le jour grâce au soutien financier de l'INSERM, de la MIDLT (convention MIL0407), du Gouvernement Canadien, de l'Université de Montréal, du GRASP (Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé), du Ministère délégué à la Recherche et aux Nouvelles technologies, du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec), du Consulat de France à Montréal et des Relations Internationales de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2.*

*Je remercie chaleureusement les intervenants des centres de traitements de l'île de Montréal de m'avoir aidée dans la mise en route de ce projet et d'avoir accepté de s'engager dans cette étude.*

*Merci à Jack Doron d'avoir accompagné ma formation et à Denis Grabot de m'avoir transmis le goût du Québec et l'envie de faire de la recherche.*

*Sans collaboration d'équipe, sans stimulation intellectuelle, sans partage de connaissance, il n'y a pas de recherche. Je remercie mes collègues de doctorat de l'Université de Montréal et du laboratoire de psychologie clinique de l'Université Victor Segalen.*

*Merci à mon Unité d'Oncogénétique pour le plaisir de travailler ensemble dans la bonne humeur.*

*Merci à Michel Longy de m'avoir laissé du temps pour finir et eu la patience d'attendre. Merci de m'avoir ouvert les portes de l'Institut Bergonié, de m'avoir fait confiance et de m'avoir offert la possibilité de concilier clinique et recherche.*

*Merci Emmanuel pour les midis de l'Horloge, la couleur de la reliure...*

*Merci à mes relecteurs pour le temps passé et cette lecture attentive dont j'avais besoin.*

*Il est difficile de rendre par quelques mots sur du papier, toute l'énergie que « ma base » m'a insufflée pour y arriver. Je me suis souvent dit que j'avais de la chance d'être entourée de gens si généreux de leur temps, de leur écoute et de leur attention.*

*J'exprime toute ma reconnaissance à mes parents qui m'ont offert ce luxe de pouvoir choisir ma voie (aussi longue soit-elle), de m'avoir donné les moyens de m'y engager et de m'avoir soutenu et supporté tout le long du chemin. De Montréal, à Bordeaux, merci pour ce soutien indéfectible de tous les jours.*

*Merci à Caroline et Pierre-Edouard.*

*Mattin, merci pour la lecture, la relecture, les encouragements, le soutien, ton épaule, les discussions-fleuve au téléphone, les marlboro lights et les démarrages en côte. Merci d'être là tous les jours, merci d'être mon ami fidèle, mon compagnon de route avec qui je peux partager mes doutes de psychologue « in progress ». Merci d'avoir pensé plus*

*fort que moi, à ce jour où j'allais soutenir...*

*Eric, merci du temps et de l'écoute que tu me donnes. Merci d'avoir supporté mes fluctuations de l'humeur dans ce dernier sprint. Merci pour tous ces moments précieux que l'on partage. Merci d'être mon ami.*

*Benoît, merci de cette longue histoire que l'on a partagée et poursuivie jusque sur les bords de la rivière des Prairies. Nous avons continué ensemble un autre type de combat. Tu vas gagner la guerre, comme je t'avais promis que je finirais ce travail.*

*Bénédicte, quelques milliers de kilomètres n'ont pas réussi à détendre ce qui nous lie depuis nos 18 ans... Malgré, nos vies bien remplies et la distance, nous avons réussi à faire grandir cette belle rencontre. Je repense avec plaisir à ces heures passées ensemble à la bibliothèque, toi révisant ton internat et moi, les examens de maîtrise. Je te remercie d'être venue partager ce grand moment avec moi.*

*Laura, merci de laisser à Mlle Lancel la possibilité d'avoir toujours des ailes... Merci d'être là.*

*Merci à mes amie (s) d'être ce qu'ils sont : Marianne, Cédric, Clémentine, les PouchPit, Eva et Serge, Clémentine, Audrey, Manue, Pierre-Olivier, Vincent et Chouchou...*

*Patrice, merci d'avoir pu prendre en marche le train de cette thèse, de m'avoir accompagné sur ce chemin. La route que l'on construit tous les jours est encore pleine de surprises...*

# **INTRODUCTION**

Des avancées considérables ont été accomplies dans la compréhension de l'addiction ces dernières années. Des modèles explicatifs ont fourni des apports théoriques permettant d'éclairer l'étiologie ou l'histoire naturelle de ce phénomène. Les recommandations concernant les meilleures pratiques soulignent la nécessité d'intégrer des techniques thérapeutiques diversifiées. Malgré ces progrès dans la compréhension de ces troubles et le développement de prises en charge adaptées, la consommation problématique de substances et ses conséquences délétères demeurent un problème majeur de santé publique. En effet, la prévalence élevée des troubles et l'importance des taux de rechutes soulignent la nécessité de poursuivre activement la recherche auprès de la population toxicomane. Bien que l'addiction puisse être envisagée comme une pathologie chronique et que la rechute soit un des indicateurs de cette chronicité, des différences importantes existent en fonction du genre dans l'étiologie, le maintien, l'accès aux soins et la continuité du traitement.

Les femmes toxicomanes sont particulièrement vulnérables au plan social et psychopathologique. En effet, cette population a souvent de lourds antécédents d'abus sexuels et de violence familiale. La concomitance des troubles de santé mentale est très fréquente et la précarité socioéconomique est souvent importante. Par ailleurs, les problèmes d'utilisation de substances des femmes sont plus lourdement stigmatisés et moins volontiers admis que ceux des hommes. Ces femmes se heurtent aussi à des obstacles significatifs dans l'accès au traitement. En outre, les femmes ayant des problèmes liés aux substances ont pour la plupart des partenaires amoureux faisant un usage problématique de substances et elles rapportent plus souvent que les hommes, des épisodes de consommation en réponse à des difficultés conjugales. Il est ainsi largement admis que

la détresse conjugale est un facteur contributif d'épisodes de rechutes et la cellule familiale un des vecteurs favorisant l'arrêt ou le maintien d'une sur-consommation de substances.

Les modèles conceptuels fondés sur l'hypothèse d'automédication pourraient expliquer partiellement la consommation de substances visant la réduction d'un état psychologique de mal-être et de tensions consécutif à l'impact de stressseurs environnementaux. Cependant, un ensemble de limites méthodologiques ont empêché une bonne analyse des données issues de l'expérience quotidienne des individus abusant des substances et donc l'investigation directe de ces modèles. Très peu de recherches se sont ainsi attachées à étudier l'impact de la détresse conjugale, des stressseurs conjugaux et de l'expérience émotionnelle sur le maintien de la consommation de substances dans la vie quotidienne de femmes toxicomanes en traitement.

Ce projet prend source dans le constat de cette spécificité de la problématique addictive féminine. Il résulte aussi d'une réflexion menée depuis plusieurs années avec les différents professionnels qui ont accompagné notre formation et de notre pratique clinique quotidienne. « Que se passe-t-il dans la vie quotidienne de cette frange si vulnérable de la population toxicomane en traitement qui fait que le maintien de l'abstinence ou d'une consommation modérée de substances ne puissent s'inscrire dans la continuité ? »

Notre travail propose donc de spécifier les déterminants émotionnels et interpersonnels impliqués dans le déclenchement des envies de consommer (craving) et dans le recours à la consommation épisodique de consommation. Nous chercherons à comprendre si le modèle dynamique de la rechute (Witkiewitz et Marlatt, 2004) s'avère pertinent sur le plan empirique pour approcher de manière intégrative ces déterminants. Afin de pouvoir saisir au plus près l'expérience des femmes dépendantes aux substances

(en particulier des variables fluctuant très rapidement tels que les émotions ou l'envie de consommer des substances) dans leur milieu de vie naturel, nous utiliserons l'évaluation écologique momentanée qui permet un recueil de données in situ par un protocole ambulatoire. Cette méthode validée notamment pour l'étude des cognitions, de l'humeur ou de certains comportements indésirables permet de prendre en compte la variabilité intra-individuelle des variables à l'étude dans les analyses, en respectant la structure hiérarchique des données.

Afin de mener à bien cette démarche, nous aborderons dans un premier temps, les fondements théoriques et empiriques dans lesquels elle s'inscrit. Nous approcherons ainsi la spécificité de la consommation de substances chez les femmes et les modèles théoriques permettant de lier stress, émotions et consommation. L'intérêt de nouvelles approches méthodologiques sera ensuite développé. Nous formulerons alors les objectifs de cette recherche et le dispositif méthodologique spécifique permettant de les atteindre. Nous discuterons les résultats afin de mettre en évidence les déterminants spécifiques du craving et de la consommation, l'intérêt de ce dispositif méthodologique avec ce type de population et l'intérêt de cibler précisément ces déterminants dans le but de promouvoir une prise en charge spécifique.

## **CONTEXTE THÉORIQUE**

## **Chapitre 1 : La problématique addictive chez les femmes**

Ce chapitre s'articule autour de deux axes. Dans un premier temps, nous nous attacherons à faire un bref rappel des termes qui sont centraux dans ce projet à savoir l'addiction et ses corollaires. Dans un second temps, la spécificité des conduites addictives chez les femmes sera abordée.

### **1 Définitions et caractéristiques des notions-clés : addiction, toxicomanie, usage, dépendance, abus**

La définition des problématiques addictives ne fait pas l'objet d'un consensus dans la communauté scientifique (Gicquel & Corcos, 2003). Cependant, il convient de tenter d'en cerner les principaux enjeux diagnostiques et psychopathologiques.

#### **1.1 *Addiction et toxicomanie***

Le terme *addiction* a été utilisé jusqu'au Moyen Age dans le vocabulaire juridique et désignait la contrainte par corps (sens étymologique en vieux français). Ainsi, au sens propre, un homme victime d'une addiction devait, sous la contrainte, payer sa dette par son corps (Bergeret, 1991 ; Gicquel & Corcos, 2003 ; Reynaud, 2006). Ce terme comme celui de *dépendance* désignait également la relation entre un fief vassal et un fief dominant (Pedielli, Rouan, & Bertagne, 1997).

C'est en 1905 qu'apparaît le terme de *toxicomanie*. Ce terme désignait « une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues dont il est connu accidentellement ou recherché l'effet

analgésique, euphorique ou dynamique, appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne inévitablement l'augmentation progressive des doses » (cité par Gicquel & Corcos, 2003, p. 31). À partir des années 1960, il sera recommandé par l'OMS de substituer le terme de toxicomanie à celui de dépendance aux drogues puis de pharmacodépendance.

C'est dans les pays anglo-saxons, à notre époque, que s'opère un glissement sémantique du terme d'addiction et qu'il est utilisé dans le champ psychiatrique pour désigner les toxicomanies. L'usage du terme *addiction* plutôt que celui de *toxicomanie* permet de désigner à la fois la dépendance aux substances illicites, à l'alcool, au tabac ainsi qu'aux médicaments psychotropes. En outre, du fait que ce type de comportements a pour dénominateurs communs la tolérance et la dépendance ainsi que le fait de partager des mécanismes neurophysiologiques et des facteurs de vulnérabilité génétique, psychologique et sociale, ils sont souvent abordés comme similaires du fait de l'ingestion de substances psychoactives (SPA)<sup>1</sup> (Donovan, 2005). Un des autres intérêts de l'usage de ce terme est de relativiser la place des produits dans les dépendances et de pouvoir ainsi souligner les dimensions communes aux comportements addictifs n'impliquant pas la consommation de SPA tels que le jeu pathologique, les achats compulsifs ou l'addiction sexuelle aussi appelées « addictions comportementales » (Donovan, 2005 ; Reynaud, 2006).

Goodman (1990) a voulu en regroupant des différents troubles sur le plan des manifestations cliniques (substances versus comportement) faire émerger sa conception

---

<sup>1</sup> Tout au long de ce document, le terme de « substance psychoactive » sera employé pour désigner toutes les drogues, incluant l'alcool.

d'une addiction trans-nosographique. Il définit ainsi l'addiction comme « un processus au cours duquel un comportement peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle (impuissance) et sa persistance en dépit des conséquences négatives (perte de contrôle) ». Selon Pedinielli et al. (1997), la définition communément admise de l'addiction est celle proposée par Goodman. Les définitions terminologiques des concepts d'addiction, de toxicomanie et de dépendance sont loin de s'exclure entre elles. Valleur et Matysiak (2006) emploient ces termes de façon équivalente. Ils précisent que toxicomanie et addiction renvoient à une acception du terme de dépendance dans un sens plus global que le simple besoin physique. Selon ces auteurs, « l'addiction est une structure de relation entre un être humain et un objet, ou une conduite, qui entraîne une perte du contrôle de cette relation. La perte de contrôle n'est toutefois pas l'élément central et obligatoire de cette définition, qui se situe dans l'aliénation subjective et la perte du choix de s'engager ou non dans cette conduite. » Au cœur du comportement addictif, on trouve la dépendance, la répétition et l'impossibilité de lutter contre la dépendance. Tout consommateur d'alcool ou de cocaïne n'est pas un *sujet addict* (Valleur & Matysiack, 2006). En effet, un individu présente ce type de caractéristiques quand l'ensemble de son existence est tourné vers « la recherche des effets produits sur son corps et son esprit par une substance ou une conduite sous peine d'éprouver un intense malaise physique et/ou psychologique » (Ibid., p. 20).

Il existe un continuum de gravité sur le plan physiologique, psychopathologique et social selon que l'on se situe dans un contexte d'usage, d'abus ou de dépendance aux SPA. Selon Reynaud, Parquet et Lagrus (2000), le rassemblement sous le terme générique de *pratiques addictives* des notions d'usage nocif (ou l'abus) et de dépendance permet de sortir de l'utilisation parfois stigmatisante des termes « alcoolisme » ou « toxicomanie »

ainsi que d'aborder les troubles liés à l'abus et à la dépendance de SPA.

## **1.2 L'usage, l'abus et la dépendance**

L'usage de substances psychoactives est individuellement et socialement réglé, et il est caractérisé par une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Le caractère licite ou illicite des produits n'est pas retenu comme un critère (OFDT, 2005).

En matière de comportements problématiques, deux diagnostics cliniques sont distingués : l'usage nocif (l'abus) et la dépendance. Ces définitions sont communément admises dans la communauté scientifique et reposent sur des définitions catégorielles des troubles définis selon les classifications des troubles mentaux en vigueur : celle de l'Organisation Mondiale de la santé, la *Classification internationale des maladies* ou CIM-10 (OMS, 1992), et celle de l'Association américaine de psychiatrie, qui est décrite dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM IV-TR* (APA, 2000). Pour arriver à une compréhension commune de cette définition, il faut prendre connaissance des critères diagnostiques qui servent à caractériser ce syndrome clinique dans la pratique clinique et dans la recherche.

L'usage nocif (ou l'abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire, sociale ou juridique. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'usager lui-même ou à un tiers. Le caractère pathologique de cette consommation est défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'abus à une substance selon le DSM-IV-TR (APA, 2000)

<p>A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours du période de 12 mois :</p> <p>1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations fondamentales, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou de mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)</p> <p>2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)</p> <p>3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;</p> <p>4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance</p> <p>B. Dans tous ces cas les symptômes n'ont jamais atteint, pour la substance mise en cause, les critères de la dépendance à une substance...</p>
---

La dépendance est entendue comme un comportement pathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. La dépendance peut être définie comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté de contrôler sa propre consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Critères diagnostiques de la dépendance à une substance selon le DSM-IV-TR (APA, 2000).

<p>Mode d'utilisation inadéquat d'une substance pouvant conduire à une altération du comportement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :</p> <p>1. La tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :</p> <p>a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;</p> <p>b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.</p> <p>2. Sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des manifestations suivantes :</p> <p>a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.</p> <p>b) La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager les symptômes de sevrage.</p> <p>3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.</p>
--

- 4) Un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5) Un temps considérable est consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins, ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer) ou récupérer de ses effets.
- 6) Des activités importantes, sociales, professionnelles ou de loisirs, sont abandonnées ou réduites à l'occasion de l'utilisation de la substance.
- 7) L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la consommation de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne; ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Si l'on finit par s'accorder sur une définition commune de l'addiction, ainsi que sur les critères diagnostiques de l'abus et de la dépendance, leurs déterminants sont multiples en fonction des cultures et des populations ayant une consommation problématique de substances. Le genre apparaît être une variable importante à prendre en considération dans le champ de la toxicomanie. La proportion de femmes nécessitant un traitement pour des problèmes de drogues a augmenté au cours des dix dernières années et elles représentent environ un tiers de la population admise en traitement (Brady & Ashley, 2005). La documentation scientifique ainsi que la pratique clinique permettent de mettre en lumière les déterminants spécifiques de la toxicomanie féminine. Dans la partie suivante, nous nous attacherons à montrer cette spécificité tant sur le plan des facteurs de risque que des facteurs de maintien.

## **2 Spécificité des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes**

Il est difficile de dresser un panorama complet de la consommation féminine de SPA et des problèmes connexes liés à un usage abusif. En effet, les études de prévalence et les recherches dans les domaines de la biologie, de la prévention et du traitement n'abordant pas systématiquement les spécificités liées au sexe (ONU, 2004 ; Somers,

Goldner, Waraich, & Hsu, 2004 ; Vogeltanz & Wilsnack, 1997). Cependant, des différences générales peuvent néanmoins être constatées tant au niveau de la prévalence des troubles liés aux substances et des troubles concomitants, que des facteurs de risque de dépendance et de maintien d'une consommation problématique de substances entre les hommes et les femmes.

## **2.1 Prévalence des troubles liés aux substances**

### **2.1.1 Consommation de substances psychoactives**

Quels que soient le pays ou la période historique étudiés pour lesquels des données sont disponibles, les femmes consomment de l'alcool en plus petite quantité et moins fréquemment que les hommes (Fillmore, Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi et al., 1991; Johnstone, Leino, Ager, Ferrer, & Fillmore, 1996 ; Wilsnack & Wilsnack, 1995 ; Wilsnack et al., 2000). Ainsi, les études quantitatives menées sur un nombre important d'individus ont fait le même constat: les comportements d'alcoolisation massive et les troubles liés à l'alcool sont à forte prédominance masculine (Fillmore et al., 1997 ; Kessler et al., 1997; Kessler et al., 1994 ; Plant, 1990 ; Regier et al., 1990).

En ce qui concerne les autres SPA, selon l'enquête nationale de 2002 menée aux USA sur l'usage de drogues et la santé (NSDUH), dans la population âgée de 12 ans et plus, 6,4% de femmes par rapport à 10,3% d'hommes signalent l'utilisation (au cours du mois précédent) d'une substance illicite (SAMHSA, 2004). La même année, 11,3% de la population canadienne rapportaient avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (14,5% des hommes versus 8,2% des femmes). La consommation d'héroïne et de cocaïne demeurait marginale, avec moins de 1% de la population qui rapporte en consommer (Gravel, Connolly, & Bédard, 2004).

Les taux d'utilisation non médicale de médicaments psychotropes sont très semblables : 2,6% pour les femmes et 2,7% pour les hommes (SAMHSA, 2004). Cependant, les recherches montrent que les femmes utilisant des sédatifs ou des tranquillisants sont significativement plus à risque que les hommes de développer une dépendance à ces substances (Kandel, Warner, & Kessler, 1998).

### **2.1.2 Diagnostics d'abus et de dépendance aux substances psychoactives**

En Amérique du Nord, les taux de prévalence concernant les diagnostics d'abus de drogues au cours des 12 derniers mois s'élèvent à 1,37% contre 4,65% pour l'alcool (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour et al., 2004). La prévalence pour la dépendance aux drogues sur les 12 derniers mois est estimée à 0,63% en population américaine et 0,8% en population canadienne (Gravel et al., 2004). Pour le diagnostic de dépendance actuelle à l'alcool, les taux varient de 1,8% au Canada (Kairouz, Nadeau, & Lo Siou, 2005) à 3,81% aux Etats-unis (Grant et al., 2004). La prévalence vie entière s'élève pour le diagnostic d'abus à 7,9% pour les drogues et 13,2% pour l'alcool. Concernant le diagnostic de dépendance, la prévalence vie entière est estimée à 3% pour les drogues et 5,4% pour l'alcool (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas et al., 2005).

De façon constante, les études épidémiologiques tendent à mettre en évidence une prévalence plus élevée des troubles liés aux substances chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, l'étude NESARC met en évidence que la prévalence vie entière des troubles liés aux substances (toutes substances confondues) est de 13, 8% pour les hommes contre 7,1% pour les femmes (Conway, Compton, Stinson & Grant, 2006). Concernant les troubles actuels, l'abus et la dépendance alcoolique serait 2 à 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Gravel et al., 2004 ; Somers, Goldner, Waraich & Hsu,

2004).

## **2.2 Concomitance des troubles**

### **2.2.1 Dans la population générale**

La dépendance aux drogues est fréquemment associée à d'autres troubles de santé mentale sur l'axe I ou l'axe II du DSM-IV. Ces troubles ne sont pas nécessairement la conséquence des effets neurotoxiques des substances, bien qu'ils soient aggravés par la consommation. Les études épidémiologiques américaines parmi les plus récentes, le *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition*, NESARC (Conway, et al., 2006) et le *National Comorbidity Survey Replication*, NCS-R (Kessler et al., 2005) révèlent que la prévalence vie entière des troubles liés aux substances (abus et dépendance toutes substances confondues) varie environ entre 10 et 14% (NESARC, 10,33% ; NCS-R, 14,6%). Les troubles de l'humeur ont une prévalence à vie d'environ 20% et les troubles anxieux ont des taux de prévalence compris entre 16,16% (NESARC) et 28,8% (NCS-R) (Conway et al., 2006 ; Kessler et al., 2005).

Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés aux substances sont des troubles fréquents en population générale. Il a été constaté que plus les troubles liés aux substances sont sévères, plus le risque de présenter une psychopathologie concomitante est élevée (Conway et al., 2006). Ainsi, les personnes présentant un diagnostic actuel d'abus ou de dépendance à l'alcool ont 2,6 fois plus de risque d'avoir des troubles de l'humeur et 1,7 fois plus de risque de présenter des troubles anxieux que les personnes sans troubles liés à l'alcool (Grant et al., 2004). Les individus présentant seulement un diagnostic de dépendance ont une augmentation de risque de 4,1 pour les troubles de l'humeur et 2,6 pour les troubles anxieux. On trouve des tendances similaires

dans les échantillons de population canadienne. Comparativement aux individus ne présentant pas de troubles liés à l'alcool, les personnes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance sur la vie ont un risque augmenté de 2,7 de présenter des troubles de l'humeur et de 2,2 de présenter des troubles anxieux concomitants. Les individus avec un diagnostic de dépendance vie entière ont une majoration de risque de 4,2 pour les troubles de l'humeur et de 3,3 pour les troubles anxieux (Ross, 1995). Ces résultats sont congruents avec ceux mis en évidence dans les premières études épidémiologiques (Helzer & Pryzbeck, 1988 ; Kessler et al., 1994 ; Regier et al., 1990).

La concomitance des troubles est plus élevée chez les femmes que chez les hommes bien que la prévalence des troubles liés à l'usage de SPA soit moins élevée (Conway et al., 2006). Tout d'abord, la concomitance entre les troubles liés à l'alcool et les troubles liés à l'utilisation d'autres drogues est de 41% chez les hommes et de 47% chez les femmes (Kessler et al., 1997). Il semble donc que la consommation problématique de SPA chez les femmes est fortement liée une autre problématique de santé mentale (Kessler et al., 2001 ; Lasser et al., 2000). Une méta-analyse des enquêtes longitudinales provenant des États-Unis, du Canada et d'Écosse (Hartka, Johnstone, Leino, Motoyoshi, Temple, & Fillmore, 1991) conclut que des niveaux élevés de symptômes dépressifs prédisent, chez les femmes, des niveaux élevés de consommation d'alcool. Selon cette méta-analyse, la consommation d'alcool prédit également les symptômes dépressifs, et ce, davantage chez les femmes que les hommes, témoignant ainsi de l'influence réciproque entre dépression et alcoolisme. On constate donc que les hommes et les femmes diffèrent également par l'ordre chronologique d'apparition des troubles concomitants apparaissent (Brady, Grice, Dustand, & Randall, 1993). Chez les femmes, les troubles psychiatriques comme la dépression, le trouble de panique et l'état de stress post-traumatique (TSPT) précéderaient le plus vraisemblablement

le début d'un trouble d'utilisation de substances, tandis que chez les hommes, la dépression au moins aurait de grandes chances d'être une conséquence de l'utilisation de substances, en particulier de cocaïne et d'alcool (ONU, 2004).

En outre, il semble exister une concomitance importante entre troubles liés aux substances et certains troubles de la personnalité. Ce lien a été largement documenté (p.ex., Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2005 ; Grant, Stinson, Dawson, Chou, Ruan et al. , 2004; Verheul, Kranzler, Poling, Tennen, Ball & Rousanville, 2000). Il apparaît que les femmes dépendantes à l'alcool (trouble actuel) présentent significativement plus de troubles de personnalité de type obsessionnel-compulsif (O.R : 2), limite (O.R : 5,8) et histrionique (O.R : 6,2) que les hommes. Les femmes dépendantes aux drogues (trouble actuel) présenteraient en plus des trois catégories précédemment citées une prévalence significativement plus élevée que les hommes pour le trouble schizoïde (O.R : 7.8, Grant, Stinson, Dawson, Chou et al., 2004).

### **2.2.2 Dans les échantillons cliniques**

Dans les échantillons cliniques, les taux de problèmes liés aux substances sont plus nombreux que dans la population générale (Rach Beisel, Dixon, & Gearon, 1999 ; Room, 1997). Chez les personnes qui consultent pour des troubles liés aux substances, les troubles concomitants sont la règle plutôt que l'exception (Santé Canada, 2002). Les personnes qui consultent dans les services de toxicomanie ou dans les services psychiatriques ne sont pas représentatives des cas identifiés dans la population générale. Ce sont les cas les plus graves (en terme de dépendance aux substances et de troubles concomitants) de la population générale qui viennent en traitement (Nadeau, 2001 ; Ross, Lin & Cunningham, 1999). Une analyse secondaire non publiée de l'enquête Santé Québec signale que les

répondants qui avaient le nombre de problèmes liés à l'alcool le plus élevé (quatre et plus) rapportaient les pourcentages de traitement pour leurs troubles les plus élevés (Nadeau et al., 1997).

La concomitance des troubles n'est jamais inférieure au tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés (Penick et al., 1990). Ainsi, dans l'enquête épidémiologique NCS, Kessler et al. (1996) montrent que chez les patients consultant pour un trouble liés aux substances, 19% présentent uniquement une dépendance à l'alcool contre 41% présentant un autre trouble sur l'axe I associé à cette dépendance ; 26% sont dépendants aux drogues (hors alcool) contre 63% présentant au moins un diagnostic de dépendance aux substances et à un autre trouble. Les troubles concomitants les plus fréquents chez les personnes ayant un diagnostic de trouble lié aux SPA sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux de même que le trouble de la personnalité antisociale (Santé Canada, 2002). Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont présents chez 23 à 60% des hommes et 35 à 67% des femmes alcooliques (Ross, Glasser, & Stiasny, 1988). Le risque de présenter des troubles concomitants est plus important chez les polytoxicomanes (Kandel, Huang, & Davies, 2001). Une étude montre que 47% des sujets dépendants aux opiacés en traitement de substitution à la méthadone présentent des troubles psychiatriques concomitants (Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Bigelow, 1997). De plus, les mêmes auteurs constatent que, pour cet échantillon clinique, le diagnostic de dépendance peut être posé pour au moins deux autres substances que les opiacés.

Les études ont également permis de constater que, comparativement aux hommes, les femmes qui ont des problèmes d'usage de substances présentent des taux plus élevés de troubles psychiatriques comorbides, se manifestant le plus généralement sur l'axe I (les

troubles anxieux, de l'humeur, des troubles du comportement alimentaire) et sur l'axe II (troubles de personnalité limite) (Hall, Teeson, Lynskey, & Degenhardt, 1999 ; Hesselbrock, Bmeyer, & Keener, 1985 ; Kessler et al., 1996 ; Marsden, Gossop, Stewart, Rolfe, & Farrel, 2000 ; Schuckit & Morissey, 1979 ; Weiss, Martinez-Raga, Griffin, Greenfield, & Hufford, 1997). Les études indiquent également que les femmes présentent des taux plus élevés d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide que les hommes (Marsden et al., 2000) alors que chez les hommes, on diagnostique plus souvent un trouble de la personnalité antisocial (Weiss et al., 1997).

### **2.3 Facteurs de risque et conséquences**

Les hommes et les femmes diffèrent dans les séquences comportementales de consommation d'alcool au cours de la vie, et ce, en lien avec des expériences de vie (Wilsnack & Wilsnack, 1995). En effet, le profil des femmes qui viennent en traitement est différent de celui des hommes en termes de démographie, d'antécédents, d'utilisation de substances, de type et de sévérité des problèmes connexes (ONU, 2004). Il existe des différences liées au genre non seulement dans les patterns de consommation et dans l'apparition des problèmes liés à une consommation excessive mais également dans la persistance de ces schèmes comportementaux.

#### **2.3.1 Effets et conséquences physiologiques**

Les recherches ont mis en évidence des effets physiologiques des substances différents selon les sexes. Ainsi, pour ce qui est de certaines substances, comme l'alcool et le tabac, les femmes sont plus vulnérables que les hommes à leurs effets physiologiques tant aigus qu'à long terme (Brady & Ashley, 2005). Par exemple, après consommation de la

même quantité d'alcool, les femmes présentent des taux supérieurs d'alcoolémie que les hommes (Hill, 1995; Lieber, 1997). Cette différence est expliquée notamment par des différences dans le processus de métabolisation de l'alcool.

Les études sur les effets à long terme de l'alcool montrent que les femmes sont plus à risque de présenter des dommages hépatiques sévères ainsi que des atteintes neurologiques et cardiovasculaires (Becker et al., 1996 ; Lieber, 1997 ; NIAAA, 1999 ; Norton, Batey, Dwyer, & MacMahon, 1987 ; Piano, 2002). Ces effets apparaissent également tant chez les buveuses modérées que chez les femmes alcooliques (Harper, Smith, & Knill, 1990). De même, les études sur le tabagisme ont montré que les femmes qui fument encourent davantage de conséquences à long terme sur la santé, comme le cancer du poumon et les troubles cardiaques, que les hommes. Par ailleurs, les éventuelles différences entre les sexes concernant les effets aigus et les conséquences à long terme des substances illicites demeurent en partie inexplicées (Reynolds & Bada, 2003 ; Brady & Ashley, 2005).

### **2.3.2 Facteurs de risque et de maintien**

Les recherches faites aux Etats-Unis (Arfken, Klein, Di Menza, & Schuster, 2001 ; Acharyya, & Zhang, 2003 ; Callaghan & Cunningham, 2002 ; Green, Polen, Dickinson, Lynch, & Bennett, 2002 ; Messina, Wish, & Nemes, 2000 ; Weschberg, Craddock, & Hubbard, 1998 ; Westermeyer & Boedicker, 2000), ont constaté que les femmes qui sollicitent un traitement, présentent des facteurs spécifiques en terme de vulnérabilité socio-économique et psychopathologique.

### **2.3.2.1 Facteurs de précarité socio-économique**

Comparativement aux hommes, les femmes consultant pour une consommation problématique de substances, sont plus jeunes (Green et al., 2002), moins instruites et avec un revenu inférieur (Green et al., 2002 ; Weschberg et al., 1998). Ces difficultés financières poussent parfois les femmes à des activités comme le commerce du sexe et le trafic de drogues pour survivre (ONU, 2004). De plus, elles ont des enfants à charge (Weisner & Schmidt, 1992 ; Weschberg et al., 1998 ; Wong, Badger, Sigmund, & Higgins, 2002), sont le plus souvent des femmes au foyer, mariées ou en ménage et ont plus fréquemment des problèmes d'emploi que les hommes (Green et al., 2002 ; Brady & Ashley, 2005). Elles sont moins souvent impliquées dans des activités criminelles et sont plus souvent référées par des services sociaux (Anglin, Hser, & McGlothlin, 1987).

### **2.3.2.2 Facteurs de risques psychopathologiques et environnementaux**

En plus des facteurs de précarité sociale, il existe un ensemble de facteurs de risque de vulnérabilité au plan psychopathologique et environnemental pouvant favoriser la consommation problématique de SPA et le maintien de comportements d'abus et de dépendance aux drogues (ONU, 2004). Ainsi, comparativement aux hommes, les femmes consultant pour des troubles liés aux SPA sont plus susceptibles de présenter des troubles concomitants tels que des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur et moins de troubles de la personnalité antisociale (voir paragraphe 2.2). Elles ont des antécédents familiaux d'alcoolisme, d'abus d'autres substances ou d'autres troubles de santé mentale (Chatham, Hiller, Rowan-Szal, Joe, & Simpson, 1999). En outre, elles reçoivent peu de soutien de la part de leur conjoint ou de leur famille (Beckman & Amaro, 1986). Leur partenaire, souvent un usager de SPA, peut être un utilisateur de drogues par injection et

avec lequel elles se piquent. Elles peuvent avoir été initiées aux substances et à l'utilisation de drogues par injection par leur partenaire (Amaro & Hardy-Fanta, 1995 ; Blum, Nielsen, & Riggs, 1998 ; Henderson, Boyd, & Mieczkowski, 1994 ; Riehman, Iguchi, Zeller, & Morral, 2003 ; ONU, 2004). Le partenaire peut être opposant à la demande de traitement émise par sa conjointe et cela peut entraîner des difficultés dans la relation (violences, rupture). Riehman et al. (2003) soulignent que la consommation abusive du partenaire semble liée à la motivation à s'engager dans le traitement, alors que chez les hommes, la motivation serait en partie déterminée par la pression familiale (Grella & Joshi, 1999).

### **2.3.2.3 Traumatismes et antécédents d'abus sexuels ou physiques**

L'abus sexuel et physique pendant l'enfance a été mis en évidence comme un facteur de risque pour développer une dépendance aux substances (Hughes, Johnson, & Wilsnack, 2001 ; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997). Selon les études, la prévalence de l'abus sexuel sur la vie varie de 30 à 75% chez les femmes dépendantes aux substances (Price & Simmel, 2002). Un rapport du service national d'évaluation des données des États-Unis (2001) relève des taux allant jusqu'à 90% d'abus sexuel vie entière chez les femmes ayant des troubles liés aux SPA. Cinquante % d'entre elles auraient été physiquement maltraitées au moins une fois dans leur vie (ONU, 2004). Les études montrent également que les femmes qui ont des problèmes d'usage de substances, rapportent plus souvent que les hommes être victimes de violences physiques et/ou sexuelles (Green et al., 2002 ; Weschberg et al., 1998 ; Westermeyer, Wahmanholm, & Thuras, 2001).

Au vu de la prévalence élevée de l'abus sexuel et physique pendant l'enfance chez les femmes ayant des troubles liés à l'usage de substances, il n'est pas étonnant de constater que 30 à 59% d'entre elles présentent un diagnostic de TSPT (Santé Canada, 2002). Les femmes ayant un TSPT semblent avoir une plus grande propension à des comportements de victimisation ainsi qu'à une plus grande vulnérabilité à de nouveaux traumatismes (Brady & Ashley, 2005 ; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders, & Best, 1997). On constate que l'observance du protocole thérapeutique est moins bonne et les résultats de la prise en charge plus médiocres (Grella, 2003 ; Santé Canada, 2002).

## **2.4 Relation conjugale et dépendance aux substances**

Les relations familiales ont un rôle central dans l'étiologie et le maintien des troubles liés à l'utilisation de substances (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, & Kelley, 2002). Il semble que le partenaire amoureux joue un rôle clé dans le maintien de la dépendance ou dans la décision de s'engager dans un processus de soin et de le maintenir. Dans la partie suivante, nous nous attacherons à mettre en évidence le lien de circularité entre détresse conjugale et toxicomanie, et souligner la spécificité de la relation amoureuse dans laquelle un ou les deux membres ont une consommation problématique de substances.

### **2.4.1 Quelques définitions**

Afin de faciliter la compréhension, il semble nécessaire de s'attarder à définir deux concepts centraux dans la partie suivante, à savoir les termes de partenaire amoureux et de détresse conjugale.

Nous utiliserons les termes « *partenaire amoureux* » ou « conjoint » de manière équivalente pour faire référence à la personne avec laquelle la femme toxicomane entretient

un lien privilégié d'intimité affective, relationnelle et sexuelle (Price & Simmel, 2002). Cela ne préjuge en rien du statut marital permettant de qualifier la relation, c'est-à-dire être marié ou concubin. Le fait de vivre avec son partenaire n'est pas pris en considération dans la qualification de la relation. Quand ce type d'informations (statut marital ou cohabitation) se doit d'être indiqué, cela sera précisé explicitement dans le texte.

*La détresse conjugale*<sup>2</sup> a été définie comme un ensemble de situations au cours desquelles les partenaires font l'expérience de difficultés dans les champs de la communication, de la résolution de problèmes et présentent également des difficultés à appréhender et accepter les différences de l'autre (Jacobson & Chirstensen, 1996 ; Mead, 2002).

#### **2.4.2 Troubles liés aux substances et détresse conjugale**

Un nombre important de recherches ont mis en évidence que la consommation problématique de substances affecte la qualité et la nature de la relation conjugale. On a également constaté que la relation conjugale a un impact sur l'initiation, le maintien, le développement de problèmes liés à l'usage de substances (Epstein & McCrady, 2002 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003). Les études sur les résultats du traitement chez les patients toxicomanes soulignent la nécessité de prendre en considération les facteurs familiaux et conjugaux (McCrady, Epstein, & Sell, 2003 ; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003 ; Walitzer & Dearing, 2006).

---

<sup>2</sup> Tout au long du texte, on pourra noter que les termes suivants : détresse conjugale, maritale voire insatisfaction conjugale sont utilisés comme des synonymes.

### 2.4.2.1 Concordance du partenaire amoureux

Les troubles liés aux substances ainsi que l'anxiété et la dépression sont fortement concentrés dans certaines familles (Maes, Neale, Kendler, Hewitt, Silberg, et al. 1998 ; Merikangas, 1982 ; Schuckit & Smith, 2000). Si les aspects héréditaires jouent un rôle, les études en épidémiologie génétique ont clairement démontré que les facteurs environnementaux (notamment la consommation problématique dans la cellule familiale) expliquent également une grande partie de ce phénomène (Merikangas, Risch & Weissman, 1994 ; Merikangas & Swendsen, 1997 ; Schuckit, Smith, Eng & Kunovac, 2002).

*Les études en population générale* (Hammer & Vaglum, 1989 ; Kolonel & Lee, 1981 ; Wilsnack & Wilsnack, 1995) montrent que l'intoxication, les problèmes d'alcool et les symptômes de dépendance sont d'autant plus fréquents que les femmes mariées ont perçu une consommation élevée et fréquente chez leur conjoint, ce qui n'est pas le cas pour les hommes, dans la situation inverse. En outre, l'enquête épidémiologique NESARC permet de souligner que les femmes ayant un conjoint avec des problèmes d'alcool sont plus souvent victimes de violences de la part de leur conjoint, présentent plus de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et ont une moins bonne santé physique comparativement à celles ayant un conjoint sans problème de consommation (Dawson, Grant, Chou & Stinson, 2007). Dawson et al. (2007) soulignent également que la prévalence de troubles liés aux substances (alcool compris) chez ces femmes est supérieure à celles des femmes dont le conjoint n'abuse pas des substances.

*Les études sur les échantillons cliniques* de femmes dépendantes aux substances soulignent que le problème environnemental majeur est la concordance avec le conjoint par rapport à l'abus (ou la dépendance) de substances. Tandis que les hommes alcooliques choisissent souvent un partenaire féminin sans trouble lié aux substances, les femmes

alcooliques sélectionnent bien plus souvent un partenaire masculin polytoxicomane (Merikangas, 1982 ; Nadeau, Truchon & Biron, 2000 ; Pépin & Nadeau, 2001 ; Windle, 1997). Il faut également tenir compte du fait que la prévalence de l'alcoolisme masculin est plus élevée que l'alcoolisme féminin, ce qui augmente la probabilité pour une femme de choisir un conjoint présentant des troubles liés aux substances.

Les études familiales ont mis en évidence que le contact avec l'alcool ou d'autres substances aboutissait à leur utilisation pour la majorité des autres membres du foyer (Conway, Swendsen, & Merikangas, 2003 ; Luthar, Anton, Merikangas, & Rounsaville, 1992 ; Schuckit et al., 2002). On peut donc considérer la famille comme un facteur favorisant la poursuite ou l'arrêt de la sur-consommation de SPA.

#### **2.4.2.2 Circularité de la relation entre consommation problématique et détresse conjugale**

##### *Rupture et consommation de substances*

Les événements de vie majeurs peuvent avoir des conséquences importantes sur la trajectoire de consommation de substances. Il existe un consensus sur le fait que le mariage serait un facteur de stabilité et de réduction de la consommation d'alcool. Être marié est également associé à un bien-être psychologique accru (Stack & Eshleman, 1998 ; Wood, Rhodes, & Whelan, 1989), une bonne santé physique (Joung, 1997) et une plus grande longévité (Hu & Goldman, 1990). Cependant, les avantages liés au fait d'être marié sont circonscrits aux personnes qui sont « heureusement » mariés (Coyne & DeLongis, 1986). Roberts et Leonard (1997) soulignent que le statut marital aurait un rôle protecteur face à une consommation abusive d'alcool et les conséquences délétères qui lui sont liées. La rupture des liens d'attachement avec le partenaire, avec comme événement associé à la désagrégation de l'environnement familial, seraient des facteurs prédisposant à une

alcoolisation plus massive (Fillmore et al., 1997). Il semblerait que la séparation ou le divorce aient un impact plus important sur la consommation d'alcool chez les femmes jeunes (moins de 40 ans) que chez les hommes jeunes (moins de 40 ans). Ainsi, les conséquences émotionnelles d'une rupture conduiraient les femmes à utiliser de l'alcool à des fins d'automédication, et ce, plus que les hommes (Fillmore et al., 1997). Une autre explication serait que ces jeunes femmes seraient moins contraintes dans leur consommation, car aucun partenaire ne serait présent pour réagir face à la quantité ou à la fréquence de consommation (Fillmore et al., 1997). Ainsi, les effets d'une séparation sur la consommation chez les femmes mettent en lumière le lien important qui existe chez les femmes entre consommation d'alcool et sentiments négatifs, voire une symptomatologie dépressive (Fillmore et al., 1997). Chez les femmes, dépression et consommation d'alcool semblent s'inscrire dans un cercle vicieux (Wilsnack, Klassen, Schur, & Wilsnack, 1991).

#### *Détresse conjugale chez les couples ayant des problèmes de consommation*

Selon Pearlin & Schooler (1978), la détresse conjugale est un stressor envahissant et persistant (stressor chronique). Ce type de stressor pourrait être un prédicteur significatif des problèmes liés à la consommation de substances, ainsi que du trouble d'anxiété généralisée, de l'épisode dépressif majeur et du trouble panique (Marlatt & Gordon, 1985 ; Whisman, Sheldon, & Goering, 2000).

En plus des risques directement associés à l'exposition aux substances, les foyers dont un ou les deux membres du couple présentent des problèmes d'abus ou de dépendance aux substances représentent souvent un environnement particulièrement instable ou perturbé. Ces couples présentent des comportements hostiles, peu de réciprocité, de communication intime avec le partenaire (Epstein & McCrady, 2002), de nombreux conflits (Leadley, Clark, & Caetano, 2000), et une faible satisfaction conjugale (Zweben, 1986).

Tous ces facteurs ont pour conséquence d'accroître la détresse psychologique. Les conflits familiaux et la détresse psychologique semblent avoir une influence réciproque. Or, il a été démontré que la détresse conjugale et la psychopathologie individuelle s'exacerbent mutuellement (Halford, Bouma, Kelly, & Young, 1999).

Chez les conjoints d'alcooliques, un accroissement des conflits familiaux est associé à une augmentation de la dépression et de l'anxiété (Moos, Finney, & Gamble, 1982). En effet, le lien fort qui existe entre conflits maritaux et détresse psychologique a conduit à l'idée largement répandue que les problèmes conjugaux jouent un rôle clé dans l'apparition de dépression (Coyne & Benazon, 2001 ; Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997 ; Gollan, Friedman, & Miller, 2002). Si l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre la détresse conjugale et la consommation, la majorité des modèles d'interventions auprès des couples dépendants aux substances a été établie sous la présomption d'une relation bidirectionnelle de la consommation et du fonctionnement relationnel (Epstein & McCrady, 2002, cité par Saint Jacques & Nadeau, 2007).

#### **2.4.3 Tableau clinique du couple dont la consommation de substances psycho-actives est inadaptée**

La régulation des conduites au sein du couple s'appuie nécessairement sur un enchevêtrement multidimensionnel de déterminants affectifs, cognitifs et comportementaux (Karney & Bradbury, 1995). L'étude de l'ensemble des déterminants de la détresse conjugale a montré que le style d'interaction des conjoints serait directement relié à la qualité de leur mariage, en général, et à leur degré de satisfaction conjugale en particulier (Gottman & Krokoff, 1989 ; Julien, Markman, & Lindhal, 1989 ; Weiss, 1989). Dans cette

partie, nous décrivons les styles d'interactions les plus caractéristiques des couples qui consultent pour une consommation problématique de substances, à savoir la satisfaction conjugale, les problèmes de communication et de résolution des problèmes, la sexualité et le risque de violence conjugale.

#### **2.4.3.1 Mode de consommation et satisfaction conjugale**

Le mode de consommation (*drinking patterns*, en anglais) a des effets différentiels sur la satisfaction conjugale. Les couples dont les modes de consommation sont discordants (un des partenaires est un grand buveur et l'autre ne l'est pas, par exemple) rapportent moins de satisfaction conjugale, ont plus de conflits que chez les couples concordants (Leonard & Jacob, 1997 ; Roberts & Leonard, 1998) et la consommation est souvent au centre des interactions négatives entre les partenaires (Saint Jacques & Nadeau, 2007).

Les couples, dans lesquels seule la femme a une consommation problématique de substances, rapportent une satisfaction plus faible et un engagement moins significatif dans la relation comparativement aux couples dans lesquels l'homme présente des troubles liés aux substances (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1999). En outre, comparées aux hommes, les femmes qui abusent de substances signalent plus souvent des relations amoureuses non réciproques (Pépin & Nadeau, 2001).

L'utilisation d'alcool peut aussi servir une fonction adaptative dans la famille. Certains patrons d'interactions familiales (nettoyer la maison après un épisode d'intoxication, servir d'alibi sur le plan professionnel, ne pas être confrontant pendant les épisodes de consommation) permettent le maintien de la consommation problématique, en renforçant positivement les comportements de consommation (Epstein & McCrady, 2002 ; Marshal, 2003). De plus, l'alcool permettrait temporairement un relâchement des tensions du système familial. La consommation aurait pour conséquence d'accroître l'expression

émotionnelle et les capacités de résolution de conflits, en garantissant ainsi la stabilité des relations conjugales et familiales (Steinglass, Davis, & Berenson, 1977). Ceci suggère que la consommation problématique est maintenue dans certains systèmes familiaux et que des relations conjugales relativement satisfaisantes peuvent être soutenues par cette consommation. Cette hypothèse, bien qu'attractive, a reçu peu de soutien sur le plan empirique (Jacob, Leonard, & Randolph-Haber, 2001 ; Marshal, 2003). Aussi, cette adaptation à un mode de comportements inadaptés est rarement sans conséquences négatives sur la qualité de vie du couple et de la famille (Epstein & McCrady, 2002 ; Gottman, 1994). Ces différentes hypothèses soulignent la complexité et la circularité du lien entre consommation de substances et dynamique familiale.

#### **2.4.3.2 Communication et résolution de problèmes**

Les couples de patients dépendants aux substances présentent des compétences de communication restreintes et de peu d'habiletés à résoudre les conflits (Birchler, 1995). Les modalités de communication chez ces couples sont caractérisées par des comportements aversifs et défensifs ainsi que des reproches mutuels (Murphy, & O'Farrell, 1997). On constate un taux élevé d'expressions affectives négatives, peu de réponses constructives et empathiques et des comportements de retrait au cours des discussions conflictuelles (Jacob & Leonard, 1992 ; Kelly, Halford, & Young, 2002). L'ensemble de ces modalités d'interaction caractérise les couples présentant de la détresse conjugale (Weiss & Heyman, 1997).

Une autre spécificité de l'interaction chez les couples ayant des problèmes de SPA repose sur le type de cognitions concernant leur relation (Halford, Bouma, Kelly, & Young, 1999). Ainsi, ces couples ont un faible sentiment d'efficacité relationnelle<sup>3</sup> (Kelly, Halford, & Young, 2000). Ainsi, les femmes avec des problèmes d'alcool rapportent peu de confiance dans leurs capacités à résoudre des conflits avec leur conjoint (Kelly et al, 2000).

De plus, les femmes dépendantes ont des attentes spécifiques à la sphère conjugale quant aux effets positifs des substances. Ainsi, l'alcool permettrait d'accroître la capacité d'expression émotionnelle et l'intimité dans la relation (Halford et al., 1999). La consommation d'alcool peut être une stratégie de coping chez les femmes ayant peu de pouvoir dans la relation (Lammers, Schippers, & Van der Staak, 1995).

Ainsi, des compétences restreintes dans la communication et la résolution de conflits, des attentes positives quant aux effets des substances sur la dyade conjugale et un faible sentiment d'efficacité relationnelle peuvent contribuer au maintien d'une consommation problématique de substances (Kelly et al., 2000).

#### **2.4.3.3 Violences conjugales**

Le taux de problèmes conjugaux et de violences physiques ou sexuelles chez les femmes est particulièrement élevé dans ces milieux familiaux (Dembo, Williams, Wothke, Schmeidler & Brown, 1992 ; Famularo, Kinscherff & Fenton, 1992 ; Gabel & Shindlecker, 1990 ; Hernandez, Lodico & DiClemente, 1993 ; Leonard, 1993 ; Roesler & Dafler, 1993). Plus précisément, les recherches de Murphy et ses collaborateurs révèlent

---

<sup>3</sup> L'efficacité relationnelle est la confiance dans la compétence du couple à résoudre efficacement un conflit.

que, lorsqu'un conjoint est alcoolique, le niveau de violence conjugale n'en est que plus élevé (Murphy & O'Farrel, 1997 ; Murphy, O'Farrel, Fals-Stewart, & Feehan, 2001). Ainsi, dans les échantillons cliniques, de 40 à 75% des couples rapportent qu'au moins un des deux conjoints a eu des comportements impliquant de la violence physique au cours de la dernière année (Murphy & O'Farrell, 1997 ; Saint-Jacques et al., 2006). L'occurrence des épisodes de violence physique est accrue les jours de consommation, et plus particulièrement lors d'intoxications aiguës, que les jours de sobriété (Caetano, Nelson, & Cunradi, 2001). De plus, l'analyse journalière du lien chronologique entre consommation d'alcool et épisodes de violence physique montre que la consommation d'alcool précède l'acte de violence tant dans les échantillons cliniques d'hommes en traitement pour violence que d'hommes dépendants aux substances (Caetano, Schafer, Fals-Stewart, O'Farrell, & Miller, 2003).

#### **2.4.3.4 Sexualité**

Les problèmes sexuels sont très fréquents dans les couples ayant des problèmes de consommation de SPA. La documentation scientifique fait état de dysfonctions sexuelles à la fois chez les individus de la population générale (Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997) et chez les couples alcooliques en traitement (Blume, 1992). On a également constaté que, dans ces couples, la satisfaction sexuelle est plus altérée, la fréquence des rapports sexuels moins importante et les désaccords au sujet de la sexualité comparativement aux couples non conflictuels (O'Farrel, Choquette, & Birchler, 1991). Noel, Mc Crady, Stout, & Fisher-Nelson (1991) rapportent également que, plus les troubles liés aux SPA sont graves, plus la fréquence des rapports sexuels est faible chez les femmes. De plus, les attentes des conjoints quant aux effets positifs des SPA sur leur sexualité influencent les interactions sexuelles.

Les femmes ayant des attentes quant aux effets de l'alcool sur leur satisfaction sexuelle rapportent un désir sexuel accru en lien avec la consommation d'alcool (Wilsnack, Plaud, Wilsnack, & Klassen, 1997). Par ailleurs, et c'est le paradoxe, à cause des mêmes effets déprimeurs de l'alcool sur le SNC, l'alcool, les opiacés et plusieurs médicaments psychotropes (les benzodiazépines, les antidépresseurs) inhibent les réponses physiologiques d'excitation sexuelle et les fonctions orgasmiques chez les hommes et les femmes. Après avoir constaté les effets délétères des substances sur la performance sexuelle, plusieurs en viennent à éviter toute intimité sexuelle après avoir consommé ou consomment jusqu'à la somnolence pour ne pas avoir à répondre aux avances du conjoint (Saint Jacques & Nadeau, 2007).

### **3 Synthèse**

De façon générale, les femmes qui ont un problème d'usage de substances ont moins de ressources (éducation, emploi, revenu) que les hommes, ont une plus grande probabilité de vivre avec un partenaire ayant lui-même un problème d'usage de substances, ont des enfants nécessitant leur attention et se heurtent à des problèmes plus graves en début de traitement. Les femmes toxicomanes présentent plus souvent que les hommes des traumatismes liés à des abus physiques et sexuels et des troubles psychiatriques concomitants, en particulier des troubles anxieux et des troubles de l'humeur. Les études montrent que les femmes sont sensibles plus rapidement aux effets délétères de la consommation de substances. On parle de télescopage des complications chez les femmes alcooliques (King, Bernardy & Hauner, 2003).

Au vu de ces différences, il ne paraît pas étonnant de constater que les hommes et les femmes répondent différemment au traitement (O'Farrell, Birchler, & Kelley, 2002 ;

Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, & Kelley, 2002). Bien que la demande de soins chez les femmes dépendantes aux SPA soit plus précoce dans leur histoire de consommation problématique de substances (Anglin, Hser, & Booth, 1987), elles sont confrontées à plus de stigmatisation que les hommes et ces barrières sociales sont un frein à l'accession au traitement (Grella, 1996 ; 1997 ; Gomberg, 1988 ; Hagen, Finnegan & Nelson-Zlupko, 1994 ; ONU, 2004). Les études suggèrent que l'environnement et la vulnérabilité psychopathologique expliquent une large proportion de la variance dans la progression d'une consommation d'alcool sociale à une dépendance alcoolique (King et al. 2003). Ainsi, la détresse conjugale est un facteur contributif d'épisodes de rechutes (Cummins, Gordon, & Marlatt, 1980). Cette variable est plus fréquemment reliée à la consommation chez les femmes que chez les hommes. Les femmes dépendantes rapportent plus souvent des épisodes de consommation en réponse à des difficultés conjugales que les hommes dépendants (Olenick & Chalmers, 1991).

La relation entre le stress et les variables psychologiques soutient l'idée qu'il existerait un continuum de risque (de faible à élevé) pour le développement d'une dépendance aux substances (Birbaum, Taylor & Parker, 1983). La dysrégulation émotionnelle, telle que l'anxiété et un niveau de stress élevé engendrent des difficultés chez les femmes à maintenir l'abstinence après le traitement (Mercer & Khavari, 1990). Il semble que très peu d'études s'attachent à étudier l'impact de l'insatisfaction et des interactions conjugales dans la vie quotidienne de femmes toxicomanes en traitement. La cellule familiale pouvant être un des vecteurs favorisant l'arrêt ou le maintien d'une surconsommation de substances, il serait intéressant de s'interroger sur les liens entre les tracasseries conjugales quotidiennes, les fluctuations émotionnelles associées et la consommation de substances. Ceci pourrait en effet permettre la mise en lumière de « contextes à risque »

dans le couple ou la famille, et qui précipitent le recours à la consommation.

## **Chapitre 2 : Émotions, stress et consommation de substances**

Force est de constater que le lien entre stress et émotions est au cœur des modèles étiologiques de la consommation de substances et du développement de la dépendance tant au niveau de l'initiation que du maintien d'une consommation abusive et des processus inhérents à la rechute. Avant de souligner les hypothèses explicatives de cette relation, il nous paraît important de tenter de cerner les contours de ces deux concepts centraux et du lien qu'ils entretiennent avec l'apparition de troubles psychopathologiques.

### **1 Émotions, stress et psychopathologie**

#### **1.1 Définition des concepts : émotions et humeurs**

Il n'existe pas de théorie univoque pour définir une émotion. Toute « expérience émotionnelle » appartient à un ensemble de phénomènes concernant l'état subjectif d'un individu. C'est un état senti ou ressenti par l'individu (Parkinson, Totterdel, Briner & Reynolds, 1996).

L'humeur et l'émotion ont des caractéristiques communes (Larsen, 2000a). Elles présentent toutes deux une composante affective (valence affective). Celle-ci prend naissance de l'évaluation cognitive primaire faite de l'expérience émotionnelle. Elle sera ainsi qualifiée de bonne ou mauvaise, plaisante ou déplaisante, c'est-à-dire une tendance ressentie conduisant à fuir ou à s'approcher. L'expérience affective prépare donc l'organisme à agir, impliquant donc une activation centrale appelée, « disposition à l'action » (Izard, 1993 ; Lang, 1995). Bon nombre d'auteurs organisent ces dispositions à l'action selon deux dimensions : le niveau d'activation énergétique (bas versus haut) et la

valence (agréable versus désagréable) (Lang, 1995 ; Larsen & Diener, 1992). Cette description en deux dimensions rend ainsi compte des deux systèmes motivationnels cérébraux : un système aversif gouvernant les réactions de défenses et un système attractif centré sur les comportements d'approche (Lang, 1995).

Le second point de rapprochement entre humeur et émotions est la nature éminemment sociale de l'expérience émotionnelle. En effet, l'expression faciale des émotions est perçue par autrui. Un des déterminants d'un bon fonctionnement social est la capacité à déterminer l'état émotionnel de ses pairs. Ce décodage comporte un aspect central : il permet d'adapter nos comportements aux différentes situations de la vie quotidienne (Baudoin & Franck, 2006).

Le dernier point commun entre émotions et humeurs est leur substrat biologique. Les émotions sont associées à des changements physiologiques aigus ou phasiques et font appel aux systèmes nerveux centraux et autonomes (réponse biologique rapide). L'humeur est associée à des changements physiologiques chroniques ou toniques et fait appel aux systèmes immunitaires et hormonaux. Malgré ces caractéristiques communes, la plupart des chercheurs s'accordent sur la distinction entre humeurs et émotions (Gross, 1998).

L'émotion est définie comme une réaction aiguë et brève, provoquée par un stimulus spécifique connu et caractérisée par un ensemble cohérent de réponses cognitives et physiologiques (Davidson & Ekman, 1994 ; Frijda, 1986). En revanche, l'humeur est considérée comme une manifestation plus durable, dans lequel le stimulus inducteur n'est plus nécessairement présent et pas toujours connu (Frijda, 1986 ; Larsen, 2000a).

L'humeur s'installe progressivement (à rapprocher d'un état chronique) alors que l'émotion apparaît brutalement (à rapprocher d'un état aigu) (Bungener & Besche-Richard, 2006). L'humeur pourrait ainsi être définie comme une émotion durable et l'émotion

comme une humeur ponctuelle et intense. La durée et l'intensité permettraient ainsi de distinguer l'émotion de l'humeur.

Dans le champ de la toxicomanie, il s'avère essentiel de discriminer ces deux entités afin de cerner leur implication potentielle dans les mécanismes de maintien d'une consommation problématique. De plus, les effets neurotoxiques des SPA agissent sur la réponse émotionnelle et sur le fonctionnement cognitif en particulier sur l'attention et la mémoire (Leonard & Blane, 1999 ; Sayette, 1993). Par conséquent, il semble nécessaire d'aborder l'expérience émotionnelle en faisant référence à ses interactions potentielles avec les processus cognitifs (Lang, Patrick, & Stritzke, 1999).

## **1.2 Émotions, cognitions et stress**

La nature informationnelle du processus émotionnel serait un discriminant essentiel de l'émotion et l'humeur (Larsen, 2000a). La capacité à évaluer son état émotionnel, le nommer et à s'y ajuster impliquerait donc des processus cognitifs mobilisés plus ou moins rapidement, conscients ou automatiques. Cependant, le sens de la relation entre émotion et cognition ne fait pas consensus.

### **1.2.1 Primauté de l'émotion ou de la cognition : un débat non résolu**

La documentation scientifique dans le domaine de la cognition et des émotions est extrêmement prolix et complexe. Cependant, il nous paraît important de tenter de souligner en quoi la nature de l'expérience émotionnelle et la manière de la traiter cognitivement sont étroitement liées et peuvent conduire à l'apparition de troubles de santé mentale, dont les troubles liés aux substances.

La plupart des théoriciens de l'émotion s'accordent sur le rôle de la cognition dans

l'activation émotionnelle ainsi que l'importance de leur interaction. Cependant, le point de désaccord se situe au niveau de la primauté des cognitions ou des émotions. Dès 1962, Schachter et Singer (cités par Bastien & Bastien-Toniazzo, 2002) ont proposé une conception bifactorielle des relations entre cognition et émotion : la situation déclencherait d'une part une excitation physique et d'autre part « une étiquette cognitive » qui servirait d'indicateur (« *label* »), l'émotion étant constituée comme l'intégration de ces deux composantes. Les théoriciens des émotions fondamentales (Izard, 1977 ; Tomkins, 1962) ainsi que Zajonc (1980) avancent le fait que l'expérience émotionnelle peut intervenir sans évaluation cognitive de la situation (sans identifier ou nommer son émotion).

Lazarus (1984), bien qu'admettant que l'expression de certaines émotions ne requiert pas toujours de processus conscients, propose que même les émotions brèves impliquent souvent un traitement cognitif rapide de la situation. C'est ce qui permet au sujet de savoir à quoi il réagit. Les émotions complexes comme la culpabilité, le bonheur, l'amour seraient très clairement des interprétations et des attentes du sujet. La manière dont un sujet explique les événements affecte à la fois ses émotions et ses motivations (Larsen, Diener, & Cropanzano, 1987). Selon Morris (1992), les émotions fourniraient une information sur la nature des demandes émergeant des contraintes provenant du milieu. Les émotions nous signaleraient ce qui est une menace potentielle ou une source de gratification environnementale. Les humeurs seraient un indicateur de la disponibilité de notre état interne (capacités de ressources internes disponibles) pour faire face à l'environnement.

Cependant, les recherches dans le domaine de la psychologie cognitive montrent que l'incidence des émotions sur les processus cognitifs est hautement variable et le sens du lien entre émotions et processus cognitifs est bidirectionnel (De Bonis, 2002). Les systèmes motivationnels impliqués dans la réaction émotionnelle influencent et sont influencés par

des processus cognitifs complexes tels que l'attention, la perception, la mémoire déclarative (Lang, 1995 ; LeDoux, 1995).

### **1.2.2 Le modèle transactionnel du stress**

Le développement des recherches sur le stress a largement nourri les modèles liant l'émotion et la cognition. Le modèle du stress auquel la majorité des travaux se réfère est le modèle transactionnel du stress développé par Lazarus et Folkman (Folkman, 1984 ; Folkman & Lazarus, 1988). Lazarus (1992) distinguera dans ce modèle cognitif du stress, l'évaluation primaire ou (stress perçu) et l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire désigne la façon dont un individu identifie une situation et évalue ses caractéristiques. Ainsi, une même situation pour certaines personnes pourra être perçue comme une menace et, pour d'autres, comme un défi (Bruchon-Schweitzer, 2002). L'évaluation secondaire renvoie à l'évaluation qu'un individu fait de ses propres ressources internes et sociales pour faire face à une situation (contrôle perçu et soutien social perçu). Selon cette approche transactionnelle, le stress correspond à l'épuisement ou à l'insuffisance des ressources émotionnelles, cognitives ou sociales perçues comme nécessaires pour répondre aux contraintes spécifiques d'une situation. Ce qui épuise le sujet, c'est la discordance entre les exigences situationnelles et ses capacités (Lazarus & Folkman, 1984). Pour faire face à l'évaluation que le sujet fait des stressors avec lesquels il est aux prises, il met en place des stratégies d'ajustement (*coping*). Le coping, selon Lazarus et Launier (1978), désigne l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation

afin d'en réduire son impact. Le coping représente donc l'ensemble des efforts de l'individu pour réguler le stress perçu (Lazarus, 1999). Les stratégies de coping générales ou méta-stratégies les plus souvent rapportées se décomposent en coping centré sur le problème<sup>4</sup> (dit également actif ou vigilant) et en coping centré sur l'émotion<sup>5</sup> (dit passif ou évitant) (Cousson, 1996). L'efficacité d'une stratégie de coping est mise en évidence si elle permet à l'individu de maîtriser une situation stressante ou d'en diminuer son impact sur son bien-être psychique et physique (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cela implique donc que l'individu arrive à contrôler ou à résoudre le problème et à réguler ses émotions négatives (Lazarus & Folkman, 1984, cités par Bruchon-Schweitzer, 2002). Il n'existe pas de stratégie de coping dont l'efficacité se révélerait transcontextuelle. Elle dépend des caractéristiques individuelles et situationnelles (notamment de la nature contrôlable ou non de la situation).

Selon Lazarus (1999), l'émotion est un système supérieur qui inclut la motivation (les buts d'un individu), les évaluations primaires et secondaires, le stress, l'affect et le coping comme des sous-ensembles. Le coping serait un médiateur de l'expérience émotionnelle et serait inclus dans le processus émotionnel pendant toute sa durée (Folkman & Lazarus, 1988). L'évolution d'un état émotionnel dépend, en partie, du type de stratégie de coping mis en place par l'individu pour y faire face (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986).

---

<sup>4</sup> Le coping centré sur le problème désigne les efforts cognitifs et comportementaux destinés à résoudre le problème.

<sup>5</sup> Le coping centré sur l'émotion regroupe l'ensemble des stratégies destinées à maîtriser la détresse émotionnelle suscitée par la situation stressante.

On comprendra alors aisément, l'importance des stratégies d'ajustement dans le domaine de l'addiction. Dans le but de réguler l'expérience émotionnelle, la consommation problématique de SPA peut être, en partie, le résultat de stratégies d'ajustement défailtantes (épuisement des ressources adaptatives de l'individu) ou la stratégie de coping en tant que tel (coping évitant). Selon cette approche cognitive, il apparaît que la capacité d'un individu à mettre en place des stratégies efficaces pour réguler son état émotionnel interne est centrale pour garantir son bien-être subjectif et dépend en partie du type de régulation émotionnelle qu'il utilise.

### **1.2.3 Régulation émotionnelle et psychopathologie**

Émanant en partie des travaux de Lazarus et Folkman, le champ de recherche sur la régulation émotionnelle s'est récemment développé (Catanzaro & Greenwood, 1994 ; Gross, 1998 ; Thayer, 1996). La régulation émotionnelle est définie comme le processus par lequel nous agissons sur les émotions que nous expérimentons au moment où elles se produisent (Gross, 1998). Ce processus peut être automatique ou contrôlé, conscient ou inconscient (Gross, 1999). Il est dynamique au vu de la variabilité de la réponse émotionnelle en termes de durée, d'intensité, de vitesse d'apparition et du type de réponses générées (comportementale, expérientielle, physiologique). Le concept de régulation est plus large que le fait de mettre en place des stratégies pour faire diminuer ou disparaître des émotions négatives. Selon Parrott (1993), les individus visent à maintenir, augmenter ou diminuer les émotions positives et négatives. La régulation émotionnelle est un des processus possibles de régulation affective. Parmi ces processus possibles, on compte le coping, la régulation de l'humeur et les mécanismes de défenses (Gross, 1998 ; Larsen, 2000a).

Le coping et la régulation émotionnelle sont des concepts qui se recoupent, particulièrement en ce qui concerne le coping centré sur l'émotion. Cependant quelques distinctions doivent être faites. Pour Gross (2006), le coping implique également que des actions non émotionnelles soient prises pour atteindre des buts non émotionnels (coping centré sur le problème) alors que la régulation émotionnelle concerne les émotions dans le contexte dans lequel elles émergent. Pour Gross, Richards et John (2006), on fait état de processus de régulation émotionnelle quand la cible du processus régulateur est l'émotion qui vient d'être générée. Les stratégies de régulation émotionnelle peuvent être distinguées en fonction du moment où elles interviennent dans les processus générant la réponse émotionnelle. Empiriquement, deux types de stratégies centrales de régulation émotionnelle ont été mis en évidence dans la vie quotidienne : la réévaluation cognitive et la suppression de l'expression émotionnelle (ou inhibition) (Gross et al., 2006). La réévaluation cognitive implique la construction d'une situation émotionnelle potentielle dans le but d'en changer l'impact émotionnel. La suppression de l'expression émotionnelle est une réponse de modulation émotionnelle qui implique l'inhibition de l'expression de l'émotion (Gross & Levenson, 1993). Ces deux stratégies peuvent s'activer à des moments différents de la réponse émotionnelle (Gross, 1998).

Il semble que les mécanismes de régulation émotionnelle jouent un rôle important dans le développement de troubles psychopathologiques (Bradley, 1990 ; Van Praag, 1990). Greenspan et Porges (1984) avancent l'idée que l'échec à développer des habiletés de régulation émotionnelle est en lien avec l'apparition de troubles de santé mentale à l'âge adulte. Cette capacité d'autorégulation est un élément essentiel dans les modalités d'interaction humaine particulièrement quand les conditions sont stressantes (Larsen, 2000a).

### 1.2.4 Événements stressants et psychopathologie

L'impact subjectif des événements de vie (stress perçu) sur la santé a donné lieu à de nombreuses recherches dans ce domaine. La documentation scientifique met l'emphase sur la manière dont certains événements de vie déclenchent potentiellement une réponse de stress chez l'individu (Larsen, 2000b). Ainsi, il a été mis en évidence que l'environnement joue un rôle déterminant dans la survenue de certains troubles psychiques (Bruchon-Schweitzer, 2002). On s'est, dans un premier temps, attaché à montrer que des événements critiques<sup>6</sup> peuvent déclencher certains états psychopathologiques tels que des épisodes délirants ou dépressifs (Brown & Harris, 1978), une augmentation des hospitalisations pour symptômes et épisodes schizophréniques (Harder, Strauss, Kokes, Ritzler, & Gift, 1980), apparition ou récurrence d'états dépressifs (Brown, Ni Bhrolchain, & Harris, 1979). Dans les années 1980, est apparu un intérêt croissant pour l'étude de l'influence des stressseurs chroniques et en particulier des tracas quotidiens (Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier, & Provost, 1998).

Les tracas quotidiens sont définis par Hahn et Smith (1999) comme des stressseurs qui présentent une faible intensité si on les considère un par un : avoir une dispute avec son conjoint, un enfant avec la grippe qu'on ne peut pas laisser à la garderie, avoir égaré ses clefs. Il faut cependant comprendre que plusieurs tracas quotidiens peuvent intervenir dans une même journée. Selon Lazarus (1984), les tracas quotidiens sont des événements ou problèmes irritants, frustrants ou anxiogènes, qui caractérisent les transactions journalières

---

<sup>6</sup> Caractéristiques aversives des situations pouvant être affrontées au cours de l'existence, souvent de très forte intensité et constituant une menace ou une perte tels qu'un licenciement ou un deuil.

d'un individu avec son environnement. Les stressseurs quotidiens peuvent être la manifestation quotidienne de stressseurs chroniques<sup>7</sup> ou d'événements de vie critiques antérieurs. En d'autres termes, les événements de vie critiques ou les stressseurs chroniques peuvent être une des causes des tracas quotidiens. Ces tracas quotidiens peuvent également être des « irritants » isolés.

À l'issue de nombreuses études, les tracas quotidiens se sont révélés être de bien meilleurs prédicteurs du bien-être physique et psychologique que tous les autres types d'événements ponctuels de la vie, même majeurs (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982 ; Eckenrode, 1984 ; Kanner, Coyne, Shaefer, & Lazarus, 1981 ; Monroe, 1983). Les incidents quotidiens les plus fréquents se situent dans le domaine professionnel ou dans la sphère conjugale. Ces tracas quotidiens jouent un rôle important dans la symptomatologie de l'anxiété et de la dépression en raison de l'intensité des réactions émotionnelles qu'ils peuvent provoquer au moment de leur survenue et dans les heures qui suivent (Cummins, 1990 ; Holahan, Holahan, & Belk, 1984 ; Jung & Khalsa, 1989 ; Kohn, Lafreniere, & Gurevich, 1991 ; Nakano, 1991 ; Reich, Zautra, & Guarnaccia, 1989).

Selon Zautra, Guarnaccia, et Dohrenwend (1986), les incidents mineurs, inscrits ou non dans une problématique plus large, constituent des unités d'interaction personne-environnement beaucoup plus discrètes que les événements majeurs. Les incidents mineurs se produisent beaucoup plus souvent et ont des points de départ et d'achèvement plus clairement identifiables (Zautra, Guarnaccia, Reich & Dohrenwend, 1988). Selon DeLongis

---

<sup>7</sup> Ils s'inscrivent dans la durée et sont d'intensité variable, par exemple la maladie chronique d'un proche, la pauvreté.

et al. (1982), ce serait l'exposition répétée à ces stressseurs quotidiens (apparemment bénins et multiples) qui seraient à l'origine de problèmes de santé sérieux. Selon Bruchon-Schweitzer (2002), les nombreux soucis et ennuis de la vie quotidienne ainsi que les frustrations et irritations multiples qu'ils induisent nécessitent des efforts d'ajustement permanents et variés. Cette sollicitation quotidienne épuiserait davantage les ressources adaptatives des individus que les événements de vie critiques. La vulnérabilité du sujet face aux tracas quotidiens dépend en partie de certains traits de personnalité stables, également impliqués dans le processus de régulation affective tels que le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977 : 1997), la capacité à penser d'une manière constructive (Epstein & Meier, 1989), l'espoir (Snyder et al., 1991), l'ingéniosité acquise (Rosenbaum, 1990), l'optimisme (Scheier & Carver, 1987), pour n'en citer que quelques uns. De plus, la gravité des événements dépend surtout de l'évaluation cognitive de l'individu par rapport aux tracas quotidiens. Les stratégies d'ajustement mise en place pour faire face aux tracas quotidiens seraient un médiateur important entre ces stressseurs et les conséquences sur la santé mentale (Marco, Neale, Schwartz, Shiffman, & Stone, 1999).

Enfin, il y a lieu de croire que ces incidents mineurs sont bien plus nombreux chez des personnes qui vivent dans des situations précaires ou qui sont aux prises avec divers problèmes. Ainsi, comme on l'a mentionné, si certains domaines de la psychologie, et notamment la psychologie de la santé, ont minutieusement étudié l'impact des incidents de vie quotidiens sur la santé physique et mentale, cet aspect n'a pas fait l'objet d'attention, à notre connaissance, dans le cadre de la toxicomanie féminine.

### **1.3 Synthèse**

Il semble que les concepts de coping et de régulation de l'humeur présentent des caractéristiques communes dont l'objectif est le retour à un état de bien-être psychologique ou de moindres tensions (Thayer, 1996). Le bien-être subjectif est relié à la balance affective (fréquence des émotions positives et négatives) ainsi qu'à l'évaluation affective (évaluation globale d'un sentiment de bonheur) et cognitive de la vie (évaluation de la satisfaction par rapport à la vie, degré d'accomplissement perçu des aspirations individuelles) (Diener & Larsen, 1993).

On constate que, dans des conditions aversives (fréquence élevée de tracas quotidiens) et en fonction des déterminants individuels et situationnels, la capacité de l'individu à y faire face dépend en grande partie de ses aptitudes à réguler son expérience émotionnelle par la mise en route de processus dynamiques comportementaux, cognitifs et émotionnels (Levenson, 1994). La flexibilité des mécanismes de régulation révèle la capacité du sujet à s'ajuster et dépend aussi de traits de personnalité stables (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000 ; Gross et al., 2006 ; Levenson, 1994).

La dysrégulation émotionnelle est une caractéristique saillante d'un grand nombre de troubles psychopathologiques (APA, 1994). Plus de 50% des troubles mentaux sur l'axe I (excluant les troubles liés à l'usage de substances) et l'ensemble des troubles de personnalité sur l'axe II impliquent une forme de dysrégulation émotionnelle (Gross & Levenson, 1997). Il existe encore de nombreuses incertitudes sur la façon dont les émotions sont perturbées dans certaines formes de psychopathologie (Gross, 2002), mais la plupart des auteurs précités sont unanimes sur leur rôle clé dans le développement de la psychopathologie, notamment dans la spécificité de l'expérience émotionnelle chez les patients dépendants et les conséquences de ce processus émotionnel sur le maintien de la

consommation de SPA.

## 2 Émotions, stress et consommation de substances

Au cœur des théories sur la consommation de substances et l'addiction, il y a une explicite présomption que les substances psychoactives ont un impact sur l'humeur (effets neurotoxiques des substances, notamment). Goldman, Brown et Christiansen (1987) vont plus loin en avançant que la caractéristique première de l'alcool est sa présumée capacité à diminuer l'anxiété, la dépression et autres altérations de l'humeur. Bien que la consommation de substances soit empreinte de rituels sociaux, il demeure évident que l'expérience émotionnelle est prégnante dans la consommation de substances. Le stress est considéré comme un des déclencheurs de la consommation d'alcool et un facteur important dans le développement de l'abus et de la dépendance alcoolique (Conger, 1956 ; Greeley & Oei, 1999).

Cette idée séduisante, définie sous le terme d'*hypothèse d'automédication* ou de *concept de réduction des tensions*, bien que largement explorée, ne fait pas l'objet d'un consensus sur le plan empirique. Nous allons nous attacher dans la partie suivante à délimiter ce concept, à montrer ses limites et son évolution. La plupart des études testant l'hypothèse d'automédication se sont intéressées surtout à l'alcool comme substance de choix, aussi nous centrerons nos propos sur le lien entre stress et alcool. Cependant, ce débat conceptuel et empirique peut être transféré à l'usage d'autres substances (Greeley & Oei, 1999).

## 2.1 L'hypothèse d'automédication

L'idée est largement répandue que les individus consomment de l'alcool quand ils sont stressés et que l'alcool soulage leur détresse (Critchlow, 1986). Pour expliquer ces associations, dans un texte devenu un classique, Conger (1956) a proposé l'hypothèse de réductions des tensions ou hypothèse d'automédication (*Tension Reduction Concept*). Selon cette hypothèse, l'alcool réduit la peur associée au conflit, ce qui en retour a tendance à renforcer sa consommation.

Une première évolution de cette théorie a pris le nom de « *Stress response dampening effect* » que l'on pourrait traduire par « réponse diminuant l'effet du stress ». Ce concept est moins une alternative à l'hypothèse de réduction des tensions qu'une extension de cette théorie. Son intérêt principal se fonde sur la prise en compte de la spécificité de la réponse au stress et des réponses inter-individuelles face à l'effet anxiolytique de l'alcool sur le stress. La documentation scientifique relative à ce champ théorique est prolixe mais ne fait pas l'objet d'un consensus sur cette question (notamment, Cappel & Herman, 1972 ; Greeley & Oei, 1999 ; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000 ; Pohorecky, 1991; Sayette, 1999). La plupart des études ne parviennent pas à démontrer de relation univoque entre la consommation d'alcool et la réduction de l'anxiété ou du stress en fonction des groupes de consommateurs (Carrigan & Randall, 2003). En outre, la recherche dans ce champ a pendant longtemps peu étudié les effets neurophysiologiques des substances sur le comportement (Lang, Patrick, & Stritzke, 1999).

Les études corrélationnelles sur la comorbidité entre les troubles anxieux et les troubles liés à l'usage d'alcool soutiennent indirectement le lien entre consommation d'alcool et réduction des tensions (Greeley & Oei, 1999). Selon l'hypothèse d'automédication, les individus expérimentant des niveaux élevés d'anxiété, et qui sont un

sous-groupe de l'ensemble des consommateurs, vont utiliser des SPA dans le but de soulager leur état psychopathologique. L'effet des substances interagit avec les perturbations émotionnelles et diminue les affects douloureux (Khantzian, 1985). Les études transversales étudiant la comorbidité de ces troubles ne permettent pas d'établir de lien de causalité entre l'anxiété et la consommation d'alcool, mais soutiennent largement l'idée qu'il existe un lien très fort entre les dysrégulations émotionnelles et la consommation de substances. De fait, comme nous l'avons souligné dans le chapitre I, la concomitance des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et des troubles liés aux SPA est importante dans la population générale mais surtout dans les échantillons cliniques. Par conséquent, il reste possible que les troubles anxieux puissent être ainsi à l'origine de l'initiation et du maintien de la consommation alcoolique ainsi qu'à l'origine du développement de la dépendance et des rechutes (Kushner et al., 2000 ; Swendsen, Tennen, Carney, Affleck, Willard & Hromi, 2000).

## **2.2 Modèle de vulnérabilité au stress**

Bien que le modèle de réduction des tensions ait généré des contributions scientifiques conséquentes, nous venons de souligner combien les résultats produits ne faisaient pas l'objet d'un consensus et que ce modèle s'avère partiellement insatisfaisant pour tenter de comprendre les mécanismes du recours pathologique à la consommation.

Des formulations plus récentes de ce modèle (*Incentive motivation* ; Cox & Klinger, 1990 ; *modèle de vulnérabilité au stress* ; Cooper, Russell & Frone, 1990 ; Cooper, Russell, & George, 1988 ; Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992) ont pris en compte un ensemble plus large de stressseurs. De plus, les mécanismes cognitifs et physiologiques expliquant les propriétés relaxantes de l'alcool ainsi que son effet renforçateur dans les

situations stressantes ont été mis en évidence (Greeley & Oei, 1999 ; Cooper, 1994 ; Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995 ; Cox & Klinger, 1988, 1990). Il s'agirait d'un processus dynamique (liant le stress et la prise d'alcool) par lequel l'évaluation de stressseurs implique la mise en place de stratégies d'ajustement (coping) dans le but de réguler les affects négatifs inhérents aux stressseurs ainsi que les affects positifs. L'usage d'alcool peut être impliqué dans ce processus à différents moments : il peut être choisi en première intention comme stratégie de coping ou choisi en second lieu quand les autres stratégies d'ajustement sont mises en défaut (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Bien que les propriétés relaxantes de l'alcool soient connues (Goldman, Del Boca, & Darkes, 1999), les recherches soulignent de nettes variations dans la façon dont les buveurs auront réellement recours à l'alcool pour faire face à des événements stressants ou des émotions négatives (Greeley & Oei, 1999).

L'identification de ces individus à risque est au centre des préoccupations des intervenants et des chercheurs. Cooper et al. (1995) avancent l'idée qu'il existerait des facteurs individuels distincts associés à une consommation d'alcool ayant pour but l'automédication et associés à une consommation visant à réguler les émotions positives.

Issue de la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1969), une des explications possibles pour rendre compte des différences individuelles à s'engager dans des comportements d'automédication s'appuie sur le fait que ces individus présentent des stratégies de coping mal adaptées (coping évitant) et des croyances bien ancrées concernant les effets positifs (cognitifs et émotionnels: amélioration des compétences sociales, effets d'euphorie, de bien-être, etc.) de la consommation d'alcool (Abrams & Niaura, 1987 ; Cooper, Russell, & George, 1988 ; Maisto, Carey, & Bradizza, 1999). Cooper et al. (1988) proposent que des compétences de coping inadéquates et des attentes positives quant aux

effets de la prise d'alcool peuvent être vues comme des facteurs distaux conduisant à des comportements de consommations d'alcool inadaptée. Les auteurs nommeront le motif de la consommation dans les termes suivants : « boire pour composer ou faire face à l'environnement » (*drinking to cope motives*), donc visant clairement à réduire l'expérience de tensions ou d'émotions négatives. Bien que d'autres motifs de consommation aient pu être mis en évidence sur le plan empirique (boire pour améliorer les interactions sociales, pour augmenter les émotions positives), il apparaît que, lorsqu'on introduit dans les modèles d'analyse la variable contrôle « niveau de consommation d'alcool », seul le motif de consommation visant l'automédication (*drinking to cope*) est directement relié aux troubles liés à l'alcool (Cooper et al., 1995 ; Read, Wood, Kahler, Maddock, & Palfai, 2003). Jusqu'à présent, beaucoup d'études transversales et longitudinales examinant les effets directs des différences individuelles sur le niveau global de consommation et les problèmes d'alcool qui y sont associés ainsi que le rôle modérateur des différences individuelles sur le lien stress-alcool (Cooper et al., 1995 ; Cooper, et al. 1992 ; Evans & Dunn, 1995 ; Windle & Windle, 1996). Des résultats significatifs ont montré que les individus présentant des attentes fortes et positives quant aux effets de l'alcool (lubrifiant social, désinhibition, démonstration de virilité, etc.) et un style de coping évitant ou une consommation motivée par l'automédication consommeront des niveaux plus importants d'alcool quand ils seront stressés. Ce constat supporte donc le modèle de vulnérabilité au stress de Cooper et ses collaborateurs amenant la notion d'individus à « haut risque ».

### **2.3 Limites méthodologiques**

Bien que les résultats précédents soient intéressants, deux limites méthodologiques centrales sont à aborder. Tout d'abord, la plupart des études se fondent sur des

*méthodologies de rappel rétrospectif* pour demander aux participants de rendre compte des situations de stress et de consommation de substances. Or, il s'avère que la capacité des individus à se remémorer avec précision la séquence et l'occurrence des événements même après quelques jours, est relativement mince (Shiffman, Hufford, Hickcox, Paty, Gnys, & Kassel, 1997). En ce qui concerne la consommation d'alcool, les résultats montrent que, bien qu'utilisant le *Time Line Follow Back*<sup>8</sup> (Sobell & Sobell, 1992), les performances de rappel concernant la consommation de SPA pour un jour particulier varient considérablement d'un individu à l'autre (Carney, Tennen, Affleck, Del Boca, & Kranzler, 1998). Les études longitudinales relatives à ces variables utilisent généralement des protocoles d'évaluation couvrant une période de plusieurs jours, semaines, mois ou années. Certaines variables (émotions, sensation de manque, impact des tracasseries quotidiens) ont une durée parfois très brève (de quelques secondes à quelques minutes, plutôt que des jours ou des semaines). De tels protocoles ne peuvent pas en saisir le cycle naturel et l'impact de ces variables sur la consommation ultérieure.

Pour pallier ces limites, il fallait trouver une méthodologie permettant de saisir la variabilité et la séquence chronologique participant aux stimuli d'un instant à l'autre, des phénomènes psychopathologiques. Que faire, en effet, lorsqu'une variable psychologique ou environnementale pouvant être impliquée dans l'expression d'un trouble mental est caractérisée par un « cycle de vie » très court, autrement dit, lorsque la période de temps dans laquelle cette variable peut en influencer une autre est de l'ordre de la minute ou de

---

<sup>8</sup> Cet outil permet d'évaluer rétrospectivement avec précision le niveau moyen de consommation au cours des 28 derniers jours.

l'heure ? Dans le cas de l'automédication, par exemple, l'alcool pourrait être consommé pour calmer une anxiété momentanée ou une envie de consommer qui peut rapidement changer au cours de la journée et être variable en fonction du contexte dans lequel se trouve la personne. Plus précisément, pour l'individu tentant d'arrêter de boire, il est très probable qu'il éprouve une forte sensation de manque et l'envie de consommer à la vue de son conjoint se servant un verre ou s'il fait l'expérience de fortes émotions qu'il soulage d'habitude avec de l'alcool.

À la lumière de ces limites, on peut alors s'interroger sur la validité des inférences rétrospectives concernant les déterminants proximaux de la consommation d'alcool au vu de la difficulté de rappel des quantités d'alcool consommé et des stratégies d'ajustements spécifiques face aux stressseurs (Armeli, Todd, & Mohr, 2005).

Le second problème méthodologique concerne *le niveau d'analyse*. La plupart des études examinent des corrélations entre des niveaux moyens de consommations d'alcool, de stressseurs et d'affects négatifs. Les variables modératrices testées dans ces modèles sont le style de coping, les attentes face aux effets perçus de l'alcool et les motifs de consommation (Cooper et al., 1990 ; Frone, Cooper, & Russell, 1994). Les relations mises en évidence entre les niveaux moyens de stress perçu ou d'anxiété et les consommations d'alcool (niveau inter-individuel) ne nous informent en rien des relations d'un autre niveau d'analyse (Armeli, Tennen, Affleck, & Kranzler, 2000 ; Hox, 2002 ; Swendsen et al., 2000; Snijders & Bosker, 1999). En effet, elles ne permettent pas de tirer des conclusions sur la co-variation journalière de ces variables et n'autorisent pas à inférer si les individus boivent davantage les jours de stress élevé comparativement aux jours où le stress est faible (niveau intra-sujet).

Il semble important de souligner que la plupart de ces modèles liant stress et

consommation de substances opérationnalisent les variables modératrices comme des facteurs stables interindividuels, négligeant la possible variabilité intra-individuelle des stratégies d'ajustements ou des émotions (Todd, Tennen, Carney, Armeli, & Affleck, 2004). Par exemple, de récents modèles sociocognitifs concernant les attentes par rapport à l'alcool mettent en évidence l'existence de processus dynamiques, changeants (et non plus statiques) (Goldman et al., 1999). Dans ces modèles, les attentes positives (ou négatives) par rapport au produit s'avèrent des antécédents proximaux d'épisodes de consommation discrets. Goldman et al. (1999) postulent que les attentes sur les effets de l'alcool sont l'ultime « filtre » au travers duquel les facteurs distaux influencent la prise d'alcool. Enfin, Park, Armeli et Tennen (2004) rappellent la complexité du processus liant le stress et la consommation de substances et la nécessaire prise en compte de celui-ci comme un phénomène dynamique s'inscrivant dans une logique de régulation émotionnelle (positive et négative) journalière.

## **2.4 Synthèse**

La recherche de régulation émotionnelle et de l'activation subjective n'est pas sans effet sur le maintien de la dépendance et elle dépasse largement le simple soulagement des émotions négatives apportées par le manque. Ainsi, on peut s'autoriser à penser que les individus consomment des substances en réponse à des événements journaliers positifs et négatifs et aux états émotionnels rattachés à ces événements. Ce patron est au cœur des modèles motivationnels visant à expliquer la consommation de substances non problématique et problématique (Armeli et al., 2000 ; Cooper, 1994 ; Cooper, et al., 1995 ; Cox & Klinger, 1988 ; 1990). En effet, les individus utilisant ce type de stratégies pour réguler leur humeur et ce, de manière répétitive, risquent d'accroître leur consommation

jusqu'à l'abus ou la dépendance (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Dans ces modèles, les différences inter-individuelles (facteurs de risque psychopathologiques, histoire familiale), les motifs de consommation, les attentes des effets des substances ne doivent pas être mis de côté. En effet, ces variables jouent un rôle central dans le fait de recourir à l'usage de substances comme une stratégie récurrente mal adaptée de coping (en opposition à une activité occasionnelle).

Les méthodes de recherche traditionnelles ne permettent pas de déterminer si les individus choisiront réellement d'utiliser l'alcool comme moyen d'atténuer des affects négatifs. De plus, peu d'études ont entrepris de modéliser explicitement d'une manière écologique fiable, les liens entre stress, affects et utilisation d'alcool (Armeli et al., 2000 ; Tennen et al., 2000 ; Swendsen et al., 2000). En effet, la majorité de la documentation scientifique dans ce domaine (pour une revue, voir Greeley & Oei, 1999) a utilisé des procédés méthodologiques peu appropriés pour saisir ces processus dynamiques et fluctuants rapidement et pour pouvoir répondre aux questions portant sur le fait de savoir si les gens boivent plus ou moins les jours caractérisés par certains types d'événements et d'états émotionnels (Armeli et al., 2000). A cela s'ajoute qu'il est également impossible de comprendre, avec l'utilisation de tels procédés, dans quels contextes un phénomène tel que l'automédication est plus susceptible de s'exprimer dans la vie quotidienne (par exemple, quand l'individu est seul ou entouré, sous une condition de stress particulière, etc.).

Le manque d'évaluation *in vivo* de l'ensemble de ces facteurs (fluctuations émotionnelles, contextes de consommations, stressseurs environnementaux) au cours d'une brève période de temps représente une des limites essentielles dans la documentation scientifique actuelle. Ce dernier point nécessite l'application de méthodes de recherche nouvelles, respectant l'environnement naturel des individus et le cycle des variables à

l'étude.

Les modèles que nous venons d'aborder permettent d'expliquer le lien entre stress, émotions et consommation tant dans le cadre d'une consommation normale que problématique. Cette étude s'intéresse particulièrement aux femmes dépendantes aux SPA. Il convient donc d'aborder les modèles conceptuels explicatifs du maintien de la consommation et la rechute pendant ou après la prise en charge.

### **3 Faux-pas et rechutes**

Comme nous l'avons indiqué dans le premier chapitre, les femmes dépendantes aux substances vivent souvent dans des contextes à haut risque de vulnérabilité psychosociale. La présence de troubles de santé mentale concomitants (principalement les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sur l'axe I et de troubles de personnalité de type limite) et la consommation de substances psychoactives sont des facteurs majeurs de dysrégulation émotionnelle et de difficultés à maintenir des relations interpersonnelles (intimes en particulier) stables et gratifiantes. La présence élevée de tracas quotidiens et la difficulté à pouvoir y faire face, de par l'épuisement des processus d'ajustement cognitifs et émotionnels, sont des facteurs de maintien et de rechute de consommation massive de substances avec les conséquences sanitaires, sociales, psychiques et parfois légales que cela peut entraîner.

La rechute est un événement central dans la prise en charge des individus dépendants aux SPA. Afin de pouvoir saisir les facteurs impliqués dans ce phénomène, il convient d'aborder la difficulté à définir le concept de rechute et dégager les modèles qui ont permis de prendre en considération ce comportement.

### **3.1 Prégnance du phénomène**

Malgré des avancées importantes dans le traitement des patients dépendants aux substances, les périodes de re-consommation avec usage non contrôlé du produit restent un problème central dans le traitement de ces patients (Donovan, 1996 ; Witkiewitz & Marlatt, 2004). La dépendance aux substances est définie chez certains auteurs comme une maladie chronique (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000), ou dont une des caractéristiques est la rechute chronique (Donovan, 2005). L'abstinence et la modération sont rarement définitives dès la première tentative de traitement (Nadeau & Biron, 1998). La plupart des individus qui viennent en traitement ne seront pas en mesure de maintenir une abstinence continue (McKay, Franklin, Patapis, & Lynch, 2006). Selon les études, les résultats concernant la rechute diffèrent, mais suivent une tendance qui demeure la même. Les différences de taux de prévalence sont attribuables en partie aux critères définis comme qualifiant un épisode de rechute ainsi qu'aux types de méthodologies employées pour l'évaluer (Donovan, 2005). Maisto, Pollock, Cornelius, Lynch et Martin (2003) mettent ainsi en évidence que la durée avant la rechute varie de 26 à 90 jours, selon que l'on aura défini qualitativement la rechute comme n'importe quel épisode de consommation de substances, une intoxication ou la combinaison d'un épisode de consommation et des conséquences négatives associées à cette consommation. De la même façon, McKay, Alterman, Koppenhaver, Mulvaney, Bovasso et al. (2001) montrent que si la rechute est définie comme la prise continue de cocaïne pendant 1, 2 ou 3 jours, alors le temps d'abstinence sera variable de 355, 474 à 540 jours selon le critère temporel choisi pour définir la rechute.

On s'accorde, malgré ces problèmes méthodologiques et conceptuels, sur le fait qu'environ 40–60 % des patients traités pour dépendance aux substances psychoactives

repreignent une consommation régulière, voire intense de produits dans l'année qui suit la fin de la prise en charge (Finney & Moos, 1992 ; Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson & Etheridge, 1997 ; McKay & Weiss, 2001).

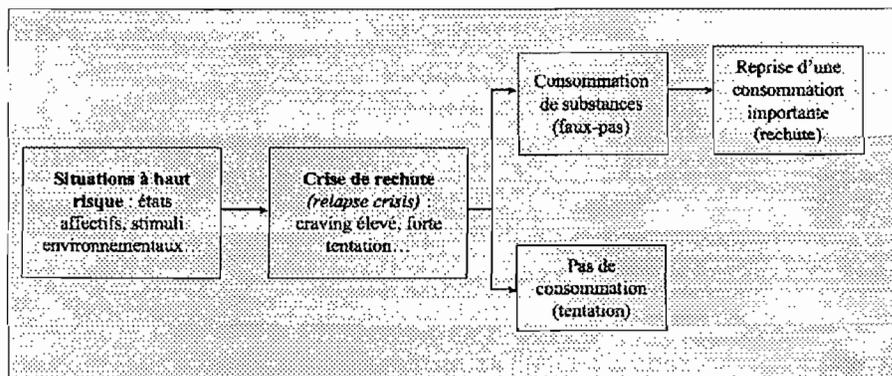
### **3.2 Définitions et évaluations du phénomène**

Le concept de rechute a fait l'objet de nombreuses tentatives de définition. Miller (1996) résume l'ensemble des définitions mises en avant dans la documentation :

- le phénomène peut être défini en fonction de la présence ou de l'absence du comportement de consommation, celui-ci étant fixé par un seuil (d'excès) acceptable défini par l'individu ou le contexte social ;
- la rechute est un processus graduel et insidieux conduisant à l'engagement dans un comportement de consommation après une période d'abstinence ;
- un événement discret défini par un épisode de consommation qui peut être isolé (faux-pas) ;
- le retour à une consommation de même intensité qu'avant une période d'abstinence (rechute) ;
- l'usage de substances pendant plusieurs jours d'affilée ;
- les conséquences délétères de l'usage de substances en regard du besoin de traitement (Donovan, 1996).

Marlatt et Donovan (2005) ainsi que Shiffman (2005) font une distinction entre le faux pas et la rechute. Nous reprendrons le schéma (voir figure 1, p. 77) proposé par Shiffman (2005) visant à clarifier les différents éléments clés du processus.

Figure 1 : Diagramme de la rechute et du faux-pas (Shiffman, 2005).



Selon les auteurs, les faux-pas ne seraient pas un problème en tant que tels s'ils ne conduisaient pas fréquemment à la reprise régulière de la consommation, à savoir une rechute (Kenford, Fiore, Jorenby, Smith, Wetter et al., 1994 ; Polivy & Herman, 2002 ; Shiffman, 2005). Les situations de « crise de rechute » sont considérées comme point nodal qui conduira l'individu à re-consommer ou non. Nous verrons dans la partie 3.5 quels sont les déterminants qui mènent au faux-pas et à la rechute.

McKay et al. (2006) soulignent l'intérêt d'une définition standardisée de la rechute impliquant des critères cliniques de gravité permettant de discriminer la rechute du faux-pas (*lapse*). Cependant, selon les auteurs, il apparaît clairement que le type de substances consommées doit être pris en compte (doit-on considérer que le fait de prendre une fois du crack ou de s'injecter de l'héroïne est une rechute alors que le fait de boire une bière serait considéré comme un faux-pas ?).

Il n'existe pas de consensus concernant la définition de la rechute (Maisto et al., 2003 ; McKay, Franklin, Patatis, & Lynch, 2006). Selon Donovan (1996), « la rechute peut être considérée comme le résultat de l'interaction entre l'état émotionnel de l'individu ; des

facteurs sociaux, interpersonnels et situationnels ; la disponibilité, l'efficacité, l'accessibilité des stratégies de coping ; l'efficacité perçue et la confiance dans la capacité de l'individu à ne pas consommer dans des situations évaluées 'à risque'. Au vu de la nature multiple et interactive de ces éléments ainsi que de la fluctuation d'autres facteurs distaux et proximaux, la capacité à prédire avec précision une rechute ou un faux pas sans une procédure d'évaluation continue est une tâche extrêmement ardue ». (p. 134).

### ***3.3 Peut-on parler de faux-pas et de rechute pendant le traitement ?***

En fonction du type de philosophie de soin proposé au patient, celui-ci s'engagera alors vers l'abstinence totale ou vers une politique de réduction des risques (contrôle de la consommation et de ses effets délétères). Une définition dichotomique de la rechute (reprise ou non de la consommation) ne peut s'inscrire que dans une perspective thérapeutique visant l'abstinence du comportement de consommation. Or, nous avons souligné la nécessité d'une approche plus large du phénomène. Une définition multidimensionnelle et avec des mesures répétées du phénomène de rechutes et de faux-pas permet également d'évaluer le phénomène dans les programmes de réduction des risques (Marlatt & Wietkiewitz, 2002). Les modèles de prévention de la rechute (Marlatt & Gordon, 1985) sont des modèles cognitivo-comportementaux largement diffusés dans la communauté scientifique et clinique permettant de donner des compétences cognitives et émotionnelles aux patients dans le but de pouvoir évaluer et faire face aux situations à risque. De nombreuses études ont mis en évidence l'efficacité de ce type d'intervention (par ex. Carroll, 1996 ; Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999). Dans cette approche, comme dans les autres, la rechute et le faux-pas sont en principe toujours abordés sur le plan thérapeutique pendant la phase active de traitement. Au vu de l'ensemble de cette pratique

clinique, on peut mesurer le faux-pas et la rechute pendant le traitement.

### **3.4 Nécessité d'un modèle multiniveaux**

Comme les faux-pas et les rechutes sont des événements déterminants dans les approches axées sur l'acquisition de l'abstinence ou la réduction des risques, de nombreux travaux, notamment ceux de Allan Marlatt, se sont intéressés à ce phénomène de la reprise de substance durant ou après le traitement.

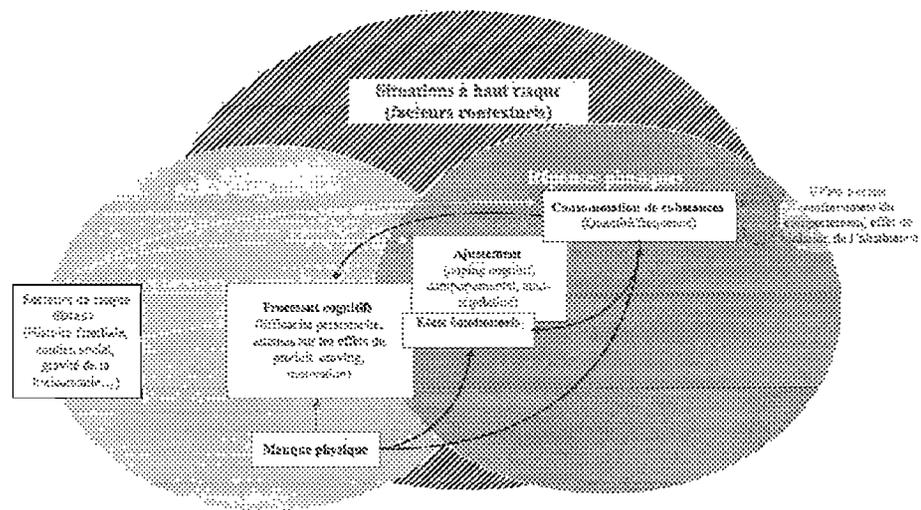
Basé sur l'analyse qualitative de la situation conduisant à un épisode de consommation chez 70 patients alcooliques 90 jours après la fin du traitement, Marlatt développe, en 1978, une taxonomie des situations à haut risque, fondée sur huit catégories de déterminants de la rechute. Il propose alors un modèle cognitivo-comportemental de la rechute (Marlatt & Gordon, 1985). Edwards (1987) critique le modèle en soulignant le fait qu'il n'envisage pas le changement dans une perspective idiosyncrasique et que la rechute n'est pas conceptualisée comme un processus dynamique et fluctuant. Le modèle de Marlatt et Gordon a été soumis à de nombreuses études pour souligner la validité prédictive de la taxonomie des situations à haut risque de rechute. Une reconceptualisation du modèle a été recommandée prenant davantage en considération les interactions dynamiques entre les déterminants multiples impliqués dans le processus de faux-pas et de rechute (Donovan, 1996 ; Kadden, 1996). Ainsi, Witkiewitz & Marlatt (2004), se fondant sur l'ensemble des données empiriques et des critiques concernant la classification hiérarchique des facteurs de rechute (Longabaugh, Rubin, Stout, Zywiak, & Lowman, 1996), ont développé un modèle dynamique de la rechute.

### 3.4.1 Modèle dynamique de la rechute

Le modèle dynamique de la rechute de Witkiewitz et Marlatt (2004) (figure 2, p. 81) comprend des facteurs distaux (en rouge) qui sont définis comme des dispositions stables de l'individu qui augmentent chroniquement la vulnérabilité à la rechute. Les facteurs proximaux (en bleu) sont définis comme les prédicteurs immédiats de la consommation de substances. Les auteurs avancent l'existence de rapports d'influence bidirectionnelle (boucles de rétroaction) entre les facteurs proximaux. Ainsi, les affects négatifs influencent le comportement de consommation et, en retour, les effets neurophysiologiques des substances ont un effet sur la régulation émotionnelle. Les boucles de rétroaction soulignent l'interaction entre le coping, les émotions, le craving et la consommation de substances. Les facteurs liés au contexte (cercle hachuré) sont conceptualisés comme le niveau dans lequel émergent le comportement de consommation et les facteurs proximaux. Les processus toniques (cercle gris clair) représentent la vulnérabilité chronique de l'individu dépendant à s'engager dans un épisode de consommation. Les processus phasiques (cercle gris foncé) incluent des états émotionnels, cognitifs, physiques et la disponibilité des ressources de coping. Les processus phasiques sont conceptualisés comme la « plaque tournante » du système dans lequel la réponse comportementale peut s'exprimer par un changement brutal dans le comportement de consommation.

Ce modèle a pour intérêt de tenter d'appréhender les relations temporelles entre les différents facteurs et permet d'intégrer dans une perspective multiniveaux les facteurs de risque distaux et les facteurs proximaux. On sait que ces derniers jouent un rôle prépondérant dans le recours à la consommation (Miller, Westerberg, Harris, & Tonigan, 1996 ; Piasecki, Fiore, McCarthy, & Baker, 2002).

Figure 2 : Modèle dynamique de la rechute (Wikiewicz et Marlatt, 2004)



Ce modèle a fait l'objet de critiques. Tout d'abord, le soutien social est classé comme un déterminant distal, défini par les auteurs comme « une prédisposition stable qui augmente la vulnérabilité de l'individu à faire un faux-pas ». Or, Stanton (2005) souligne que si, comme le prétendent les auteurs, le faux-pas et la rechute doivent être pensés dans un modèle dynamique, non linéaire, on ne saurait faire l'économie d'une réflexion dans une perspective systémique des enjeux interpersonnels engageant le recours à la consommation de substances. Le soutien social perçu devrait être envisagé comme un facteur proximal des épisodes de consommation et non pas comme une variable trans-situationnelle. De plus, nous constatons que les auteurs, en mettant l'accent sur la prise en compte des facteurs interpersonnels suite aux critiques formulées par Stanton, traitent de manière non discriminante la satisfaction conjugale ou des interactions négatives ponctuelles avec le conjoint. Or, la satisfaction conjugale est une évaluation cognitive globale de l'ensemble des déterminants de la relation amoureuse, c'est donc une dimension relativement stable.

La détresse conjugale est d'ailleurs définie comme un stresser chronique, donc inscrit dans le temps, ce qui supporte l'idée que la satisfaction conjugale et son pendant la détresse conjugale peuvent être vues comme des déterminants distaux de la consommation. Les tracasseries conjugales (interactions avec le conjoint ayant un impact négatif au plan émotionnel sur l'individu) sont à envisager comme des événements discrets, rapidement fluctuants, extrêmement liés au contexte dans lequel ils se produisent et pouvant entraîner une réponse émotionnelle brève et intense. Ils doivent donc être envisagés comme des facteurs proximaux pouvant potentiellement induire un épisode de consommation, ce qui sera le cas dans cette étude.

### **3.5 Déterminants de la rechute et du faux-pas**

Les modèles comme celui de Witkiewitz et Marlatt (2004) abordent de façon générale les rôles des facteurs déterminants dans les rechutes ou les faux-pas. Bien que notre objectif ne soit pas d'en faire une revue exhaustive de la littérature qui est extrêmement importante, il convient de les décrire pour en comprendre les fondements. La distinction que nous opérons entre facteurs distaux et proximaux s'appuie sur la conceptualisation du modèle dynamique de la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004), le modèle heuristique des prédictors de la rechute développé par Shiffman (1989) ainsi que la classification proposée par Donovan (1996) sur les domaines de la rechute à explorer pendant l'évaluation du patient. Cette distinction a pour seul intérêt de souligner comment certaines variables opèrent en « bruit de fond » alors que d'autres engendreront des réactions psychologiques et physiologiques intenses et brèves mettant l'individu à risque de consommer.

### 3.5.1 Déterminants distaux

Les déterminants distaux des épisodes de rechute sont classiquement identiques à ceux qui fondent la dépendance aux substances. Ainsi, on retrouvera comme facteurs de risque individuels :

- *l'histoire familiale de dépendance aux substances psychoactives* (Nadeau & Biron, 1998 ; Schuckit & Smith, 1997) ;
- *l'âge précoce de l'initiation aux substances et certains traits de personnalité* (recherche de sensations et impulsivité en particulier) (Epstein, Labouvie, McCrady, Jensen, & Hayaki, 2002) ;
- *les troubles psychiatriques chez les parents biologiques* (Langbehn, Cadoret, Caspers, Troughton, & Yucuis, 2003) ;
- *la concomitance élevée des troubles sur l'axe I et II associées à la dépendance aux substances* (McGovern, Wrisley, & Drake, 2005). Ces individus expérimentent un nombre élevé de situations à haut risque de rechute associées à l'occurrence ou à l'exacerbation de leur symptomatologie associée à la dépendance (Donovan, 2005) ;
- *la sévérité de la dépendance aux substances*. Les individus ayant des niveaux élevés de dépendance aux *substances* sont très réactifs aux stimuli environnementaux, inter ou intrapersonnels associés à la prise de substance (phénomène de conditionnement classique) (Litt, Cooney & Morse, 2000). En outre, les études montrent que les sujets dépendants aux SPA présentent des biais attentionnels et ont donc une forte propension à concentrer leur attention sur ces stimuli conditionnés (Bradley, Field, Mogg & De Houwer, 2004) ;
- *les attentes sur les effets attendus des substances*. Les trois principales attentes, à savoir, augmenter les émotions positives, faire face aux émotions négatives et améliorer

les compétences interpersonnelles, peuvent être activées dans des situations à risque et être un des facteurs de déclenchement de la consommation (Cooper et al., 1992).

### 3.5.2 Déterminants proximaux

Shiffman (1989) suggère qu'un modèle prenant en considération uniquement les facteurs de risque individuels distaux, permet de prédire qui va rechuter, mais ne peut pas prédire quand la rechute ou le faux-pas peut survenir. Une telle approche est basée sur l'hypothèse d'une propension individuelle constante à la rechute (Donovan, 2005). Les individus présentent des caractéristiques individuelles qui majorent leur risque de faux-pas ou de rechute. Cependant cette augmentation de risque ne peut s'actualiser sans l'interaction avec des facteurs situationnels et des relations dynamiques entre les cognitions, les émotions et les expériences interpersonnelles.

Les facteurs proximaux mis en évidence jusqu'à présent dans les études sont :

- *Le craving*. Malgré l'intérêt de la recherche pour les mécanismes du craving auxquels des numéros entiers de revues spécialisées ont été consacrés (Addiction, vol. 95 ; issue 2, 2000 ; NIAAA, 1997 ; 1998 ; Alcohol Research & Health, 1999), il s'avère difficile de s'accorder sur une définition consensuelle (Lowman, Hunt, Litten, & Drummond, 2000). Le craving renvoie à un désir très intense, une envie très forte de consommer des substances. Il est établi que l'expérience du craving n'implique pas l'état de manque physique (Kassel & Shiffman, 1992). Les résultats concernant le lien entre craving et rechute sont paradoxaux. Certaines études trouvent que le craving est un des facteurs centraux du processus de rechute alors d'autres montrent que le craving prédit moins de rechutes (Anton, 1999 ; Drummond, 2000 ; Drummond, Litten, Lowman, & Hunt, 2000 ; Kassel & Shiffman, 1992 ; Tiffany, 1990). La difficulté à définir le concept et les biais de

mesures ainsi que les problèmes de validité des outils pourraient expliquer ces différences (Lukasiewicz, Benyamina, Reynaud, & Falissard, 2005). Les auteurs s'accordent cependant sur le fait que le craving est un état subjectif complexe, fluctuant rapidement. Il semble être déclenché par l'interaction complexe entre de multiples signaux internes et externes tels que des états émotionnels, des conflits interpersonnels, ou certains environnements géographiques (Lukasiewicz & Frénoy-Peres, 2006). Heather et Stallard (1989) suggèrent que le craving serait le facteur proximal au travers duquel les facteurs inter et intrapersonnels s'exerceraient.

- *L'état émotionnel de l'individu.* Le lien entre affect négatif et rechute a été mis en évidence à plusieurs reprises (Hodgins, el Guebaly, & Armstrong, 1995 ; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel & Hickcox, 1996). Dans le modèle original de Marlatt (1978), les affects négatifs sont considérés comme le prédicteur principal de la rechute après le traitement. Cela conforte par conséquent l'hypothèse d'automédication. Comme nous l'avons déjà souligné dans la partie 2 de ce chapitre, le lien causal entre affect négatif et consommation n'est pas si évident. Il semble en être de même pour les épisodes de consommation qui seraient qualifiés de faux-pas ou de rechute. Hodgins et al. (1995) montrent que les émotions positives et négatives seraient impliquées dans la rechute alcoolique. Ils soulignent que les émotions positives prédiraient plus souvent des faux-pas et les émotions négatives prédiraient plus souvent des rechutes. On retrouve l'idée que nous avons précédemment développée, à savoir que la consommation de substances serait motivée par un processus de régulation émotionnelle globale (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004). De plus, les émotions positives sont associées à un meilleur effet du traitement et à de moindres rechutes (McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Koppenhaver, 2001). Dans deux récentes études utilisant des méthodes de collectes de données

ambulatoires, les résultats obtenus soulignent l'importance des différentes réactions affectives. Ainsi, Shiffman, Gwaltney, Balabanis, Liu, Paty et al. (2002) montrent que la nervosité et l'inquiétude prédisent la consommation de tabac, associée à un craving élevé. En outre, Shiffman et Waters (2004) et Shiffman (2005) montrent que le faux-pas tabagique est prédit par une augmentation importante des affects négatifs dans les heures précédant le faux-pas alors qu'on ne retrouve pas le même lien si l'évaluation des affects négatifs se fait à une distance temporelle de quelques jours du faux-pas.

- *Les tracas d'origine interpersonnelle* s'avèrent de puissants déclencheurs d'épisodes de consommation. Le soutien social négatif s'exprimant sous la forme de conflit interpersonnel (Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980 ; Lowman, Allen, & Stout, 1996) et la pression sociale à utiliser des substances ont été démontrées comme un facteur de risque pour la rechute (Donovan, 2005). La qualité du soutien perçu (en terme de mauvaise qualité) est aussi démontrée comme un facteur de risque de rechute (McMahon, 2001).

- *La motivation*. La motivation est reliée au processus de rechute de deux façons : la motivation pour un changement positif de comportement et la motivation à s'engager dans un comportement problématique (Witkiewitz & Marlatt, 2004). On retrouvera les modalités du conditionnement opérant dans le fait de s'engager dans un comportement de consommation de substances. Ainsi la motivation à consommer est fondée sur le renforcement positif ou négatif des effets attendus. Baker et al. (2004) démontrent que les effets perçus ou attendus de réductions des affects négatifs ou des symptômes de manque renforcent négativement le comportement tabagique et peuvent être décrit comme une motivation à consommer.

- *L'efficacité perçue*. L'efficacité perçue est le degré avec lequel l'individu se sent confiant et capable d'exécuter un certain comportement dans un contexte spécifique

(Bandura, 1977). Il existerait une relation significative entre l'efficacité perçue et les résultats du traitement (Maisto, Connors, & Zywiak, 2000). En utilisant une méthode de recueils de données ambulatoires, les études montrent que le niveau d'efficacité perçue en général par l'individu prédit le premier faux-pas tabagique alors que la stabilité de l'efficacité perçue journalière (peu de variations entre les évaluations) prédit l'abstinence (Gwaltney, Paty, Liu, Kassel et al., 2002 ; Shiffman, 2005 ; Shiffman, Balabanis, Paty, Ergberg, Gwaltney et al., 2000).

- *Le coping*. Comme nous l'avons déjà décrit dans le paragraphe 2.2, la consommation de substances peut être le résultat de l'échec des stratégies d'ajustement ou être une stratégie de coping inefficace pour faire face à une situation stressante et des affects négatifs. Selon le modèle cognitivo-comportemental de la rechute, le prédicteur le plus décisif de la rechute est l'incapacité de l'individu à recourir à des stratégies d'ajustement efficaces pour faire face aux situations à risque (Donovan, 2005). Par exemple, Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina et Moos (2001) démontrent que l'utilisation accrue de stratégie de coping comportemental (méditation, exercices de respiration) prédit une diminution de la sévérité de la dépendance et une réduction des problèmes psychologiques et interpersonnels dans les 12 mois suivant le traitement. Les résultats des recherches soulignent l'interaction dynamique entre le coping, l'efficacité perçue et la motivation (Donovan, 2005). Un sentiment élevé d'efficacité personnelle et/ou des mécanismes d'ajustement efficaces peuvent prévenir l'escalade dans le comportement de consommation.

### 3.6 Limites méthodologiques

Nous aborderons très succinctement les limites méthodologiques qui se posent dans l'étude des processus de rechute et de faux-pas. En effet, les limites abordées sont proches de celles que nous avons décrites pour l'étude du lien entre stress et consommation de substances (voir paragraphe 2.3). En outre, le chapitre III sera consacré aux problèmes méthodologiques inhérents aux méthodes de recherches traditionnelles.

Les facteurs environnementaux ou les caractéristiques individuelles des usagers de substances sont considérés comme des facteurs potentiellement précipitant la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Les méthodologies utilisés pour évaluer ce type de facteurs sont soit prospectifs soit rétrospectifs. Dans le cas de *méthodologie prospective*, les fenêtres temporelles couvertes varient de quelques jours à plus de six mois (McKay et al. 2006) et ne permettent donc pas de saisir les variations liées au cycle très court de certaines variables, tels que l'expérience émotionnelle du sujet ou le craving. Les biais concernant les méthodologies rétrospectives sont bien connus. Un des plus évidents est le manque de conscience ou de capacités d'insight des patients pour rendre compte rétrospectivement des raisons de leur faux-pas ou de la rechute (McKay, Rutherford, & Alterman, 1996). Les effets de l'alcool ou des drogues réduisent la capacité de traitement des informations : réduction de la perception de la plupart des stimuli internes et externes immédiats, rappel erroné des événements (Donovan, 2005).

Un autre problème méthodologique qui peut être soulevé est celui de l'évaluation d'un épisode unique de faux-pas ou de rechute. La plupart des patients dépendants expérimentent de multiples épisodes de rechutes (Dennis, Scott, & Funk, 2003). Évaluer un seul épisode ne rend donc pas compte de la nature dynamique du processus de rechute et des variations entre les différents précipitants des épisodes de consommation. À ce jour,

nous possédons peu d'informations sur les variations intra-individuelles des processus de rechute. Une évaluation répétée avec une prise en compte des facteurs proximaux potentiellement impliqués dans les épisodes de consommation peut être une façon de rendre compte de l'expérience phénoménologique de l'individu.

### **3.7 Nécessité d'une méthodologie adaptée**

Au vu des limites avancées, les auteurs (Donovan, 1996 ; Hufford, Witkiewitz, Shields, Kodya, & Caruso, 2003 ; Shiffman et al., 2000 ; Witkiewitz & Marlatt, 2004) suggèrent l'utilisation de protocoles capables de saisir la nature dynamique du phénomène ainsi que les variations temporelles entre les déterminants (variables intra et interindividuelles) de l'épisode de consommation (faux-pas ou rechute). De plus, l'évaluation se doit d'être répétée périodiquement et régulièrement afin d'appréhender le processus dans son ensemble. L'évaluation écologique momentanée<sup>9</sup> (EMA ; Stone & Shiffman, 1994) semble répondre à ce double objectif.

Cependant, les études utilisant l'évaluation écologique momentanée dans le champ de la toxicomanie avec des échantillons de patients dépendants aux substances restent encore rares (Collins, Morsheimer, Shiffman, Paty, Gnis et al., 1998 ; Litt, Cooney, & Morse, 1998 ; Litt, Cooney, & Morse, 2000 ; Lukasiewicz et al., 2005). En outre, plusieurs auteurs ont exprimé des réserves quant à la possibilité d'initier de telles procédures avec des patients dépendants, notamment McKay et al. (2006) qui s'interrogent sur la qualité de la participation des patients toxicomanes avec ce type de méthodologie. Nous pensons au

---

<sup>9</sup> L'intérêt de cette méthodologie sera abordé dans le chapitre III du contexte théorique.

contraire que l'évaluation écologique ambulatoire se prête particulièrement bien à l'examen du lien entre tracas quotidiens, émotions et consommation de substances dans cette population. En effet, elle permet via un dispositif technologique ambulatoire (ordinateurs de poche) de saisir des comportements récurrents comme la consommation de substance dans le milieu de vie habituel des participants.

### **3.8 Synthèse**

Les émotions exercent un contrôle important sur les cognitions. Elles sont à l'origine de biais cognitifs, induisant des comportements congruents avec l'affect et interrompant les processus auto-régulateurs. De plus, les stimuli situationnels tels que passer à côté d'un bar ou être à proximité du lieu d'injection habituel de l'héroïne, ont une influence (acquise par conditionnement classique) importante sur les processus cognitifs et émotionnels (Niaura, 2000). Une large documentation rappelle l'importance d'analyser chez les toxicomanes l'influence du comportement, des émotions et des cognitions dans le domaine du faux-pas et de la rechute.

Par ailleurs, comprendre les faux-pas et la rechute exige aussi de prendre en compte l'influence des contextes situationnels (Mishel, Shoda, & Mendoza-Denton, 2002). En outre, les résultats des études soutiennent l'hypothèse selon laquelle les facteurs interpersonnels influencent les mécanismes de la rechute, rappelant que faux-pas et rechutes sont des phénomènes dynamiques. Cependant, ce résultat n'est pas établi avec des méthodologies prospectives (Stanton, 2005). Witkiewitz et Marlatt (2005) soulignent l'intérêt de tester empiriquement le modèle dynamique de la rechute qu'ils proposent en 2004, qui comprend donc des processus interpersonnels (phénomènes dynamiques, fluctuants), déterminants proximaux des situations à haut risque de consommation et une

interaction entre les facteurs interpersonnels et intrapersonnels. Stanton (2005), dans les critiques qu'il avance sur ce modèle, suggère que d'autres facteurs intrapersonnels comme les émotions et la motivation, doivent faire l'objet de recherche scientifique.

L'analyse de la documentation citée précédemment permet de suggérer que l'évaluation écologique momentanée (Stone & Shiffman, 1994) semble être la méthodologie répondant le mieux à l'exploration des interactions dynamiques entre les stressors interpersonnels et les fluctuations émotionnelles pouvant potentiellement induire un épisode de consommation de substances.

### Chapitre 3 : L'Évaluation Écologique Momentanée

Dans le chapitre précédent, nous avons brièvement abordé les limites inhérentes aux méthodologies traditionnelles concernant les études entre stress, émotions, consommations de substances et rechutes. Il convenait donc d'explorer des voies alternatives pour pallier ces limites. Ce chapitre vise à mettre en évidence l'intérêt de l'utilisation de procédés méthodologiques permettant de répondre aux limites précitées. Il poursuit cinq objectifs. La première partie s'attache à rappeler le type de données recueillies auprès des personnes auxquelles nous avons accès et à souligner les inexactitudes ainsi que les biais de ces données induits par les méthodes de recherche traditionnelles.

Dans un second temps, nous décrirons le raisonnement qui a conduit les chercheurs à s'éloigner des méthodologies traditionnelles afin de saisir certains phénomènes cliniques, tels que le stress conjugal ou la consommation d'alcool. Troisièmement, nous envisagerons les étapes conceptuelles et méthodologiques qui ont conduit à l'élaboration de ces nouvelles méthodes regroupées sous l'expression « Évaluation Écologique Momentanée » (*Ecological Momentary Assessment* ; EMA ; Stone et Shiffman, 1994) ou « Méthode d'Échantillonnage des Expériences » (*Experience Sampling Method* ; ESM, Csikszentmihalyi & Larson, 1987). Nous aborderons ensuite les fondements conceptuels et les techniques qui sous-tendent ce type de procédures. Quatrièmement, nous discuterons de l'importance de l'observance des participants avec ce type de recueil et, cinquièmement, des limites inhérentes à ces méthodes.

## 1 Les données issues de l'expérience des patients

Obtenir des données fiables et valides de l'expérience des patients requiert une compréhension complète des processus mis en œuvre par les individus lorsqu'ils rapportent des événements et des comportements sur eux-mêmes (Hufford, Shiffman, Paty, & Stone, 2001).

Lorsque les chercheurs demandent aux individus de rapporter une variété d'expériences subjectives ou de rendre compte d'événements objectifs, les éléments recueillis regroupent l'ensemble des éléments ciblés lors des auto-évaluations des individus. Deux types de données peuvent être recueillies : des mesures objectives et des évaluations subjectives.

1) Les mesures objectives : Les chercheurs comptent souvent sur les participants pour fournir des données issues d'auto-observations de leurs comportements. Dans la documentation médicale, les exemples abondent : la toux, l'incontinence urinaire ou le comportement alimentaire. Ces comportements sont objectifs. L'individu est dans la position unique de les rapporter tels qu'ils se produisent dans son milieu de vie habituel. Dans ce cas, l'individu se comporte tel un « *proxi research observer* », c'est-à-dire positionné pour observer les symptômes et les événements en permanence, à travers un large spectre de circonstances et d'environnements issus de son monde naturel (Hufford, et al., 2001).

2) Les évaluations subjectives : on demande également souvent aux individus de rapporter des états subjectifs qui, en principe, ne peuvent être observés par un tiers. Par exemple : la fatigue, la douleur, l'anxiété, les symptômes de sevrage dus aux drogues, le

bien-être.

Selon certains chercheurs, l'ensemble de ces données renvoie à ce que l'on peut nommer l'expérience du patient (Hufford et al., 2001 ; Shiffman & Paty, 2001).

## **2 Du recueil rétrospectif et des expérimentations en laboratoire aux mesures en vie réelle de l'expérience des patients**

### **2.1 Enjeux méthodologiques**

#### **2.1.1 Confiance dans le rappel des informations**

Traditionnellement, les chercheurs et les cliniciens ont compté sur les habiletés des individus à rendre compte de leurs expériences. Il peut s'agir d'un phénomène passé, présent ou hypothétique. Ils cherchent ainsi à caractériser, spécifier, un phénomène à partir de la perspective subjective de l'individu. On demande typiquement aux participants d'évaluer, de résumer ou de décrire via un questionnaire ou un entretien leurs expériences en rapport avec des thèmes spécifiques ou des situations particulières ciblées par le chercheur. Ainsi, nombre d'enquêtes exigent des participants de résumer leurs comportements en rapportant la fréquence d'apparition du comportement ciblé. Par exemple : « Combien de querelles avec violence physique avez-vous eu avec votre mari au cours du mois dernier ? », « Au cours des derniers 30 jours, combien de verres d'alcool avez-vous bu en moyenne par occasion ? ». Les participantes peuvent également faire état de l'intensité (ex : « Quelle était le degré d'intensité du conflit en moyenne ? »), voire encore de caractéristiques plus complexes (ex : « A quels moments de la journée avez-vous le plus l'habitude de consommer ? », « Les conflits avec votre mari sont-ils reliés à votre consommation d'alcool ou à celle de votre mari ? », « Pour quelles raisons avez-vous

consommé de l'alcool ? »). Ce type de réponses exige du participant non seulement de rapporter les informations pertinentes, mais également de les résumer avec exactitude et/ou de porter un jugement dessus (Hufford et al., 2001 ; Reis & Gable, 2000 ; Shiffman & Paty, 2001 ; Stone, Shiffman, & Devries, 1999). Les éléments doivent être rappelés, estimés et combinés grâce à des règles décisionnelles faisant appel à des processus cognitifs de synthèse et d'approximation. Les études démontrent que les participants parviennent difficilement à faire ce type d'exercice (Reis & Gable, 2000 ; Schwartz & Sudman, 1994). A la place, des raccourcis cognitifs permettent aux gens de répondre rapidement et efficacement mais avec une exactitude variable (Ajzen, 1996 ; Carlston & Smith, 1996). Il n'est donc pas surprenant que ces souvenirs soient imparfaits.

En fait, les problèmes inhérents à l'utilisation des méthodes rétrospectives ont été soulevés depuis des années (Schwartz & Sudman, 1994). Ainsi, on a pu constater que l'oubli des expériences passées n'est pas le simple résultat de l'effacement de traces mnésiques au fil du temps (Stone et al., 1999). Le rappel des événements n'est pas qu'un processus de récupération des événements, mais renvoie à des procédés cognitifs complexes pouvant affecter la qualité des données rétrospectives obtenues (Hufford, et al., 2001). Ainsi, la mémoire utilise des stratégies de reconstruction des événements passés, et de telles stratégies sont imparfaites (Bradburn, Rips, & Shevell, 1987). Cette reconstruction est approximative et sujette à l'introduction d'inexactitudes et de biais significatifs à chaque étape du processus de rappel à savoir au moment de l'encodage et au moment du rappel.

Ainsi, l'encodage des informations est influencé par la saillance de l'événement, c'est-à-dire la signification attribuée à l'événement au moment du stockage de l'information. Cette saillance est elle-même dépendante de l'état émotionnel du participant et peut être également modifiée par la distraction de l'individu par des stimuli au moment

du stockage (Erickson & Jemison, 1991 ; Linton, 1991). Ce qui est encodé (donc ce qui est stocké) est influencé par l'état de la personne et la situation (Hufford et al, 2001 ; Teasdale & Fogarty, 1979).

Au moment du rappel de l'information, les individus, dans la plupart des cas, ne « rejouent » pas un enregistrement mental détaillé de l'événement encodé (Schwartz, Groves, & Schuman, 1998 ; Schwartz & Sudman, 1996). En fait, de nombreux biais affectent aussi le processus de rappel. Nous allons en aborder cinq. Les faits les plus récents, les plus saillants, les plus surprenants ou les plus congruents avec l'état mental actuel du sujet sont rappelés (Schwartz, et al., 1998).

- *L'effet de récence* renvoie à une propension de l'individu à rapporter plus facilement les faits les plus récents (Shiffman, Hufford, Hickcox, Paty, Gnys, & Kassel, 1997). Aussi, les résumés de l'humeur en fin de journée seraient plus sensibles aux occurrences récentes (Stone, Neale, & Shiffman, 1993).

- *L'effet de saillance* renvoie au fait que les événements les plus distincts en terme d'intensité, d'impact émotionnel, de signification personnelle tendent à avoir plus d'influence sur le rappel. Aussi, le rappel journalier ou hebdomadaire des émotions tend à refléter les moments de fortes intensités plutôt qu'une moyenne des émotions ressenties pendant la période ciblée (Thomas & Diener, 1990).

- *L'état émotionnel* du participant au moment du rappel est une source de biais. Par exemple, les individus ont tendance à rapporter davantage d'informations négatives quand ils sont d'humeur maussade (Teasdale & Fogarty, 1979).

- *Le rappel rétrospectif de la planification des événements* est notoirement faible (Friedman, 1993 ; Thompson, Skowronski, & Betz, 1993). Les recherches suggèrent que la mémoire autobiographique est particulièrement prompte à ce type d'erreurs de jugements

temporels. En effet, les études révèlent que les individus se souviennent des événements en leur attribuant des occurrences plus récentes que leurs occurrences réelles (Hufford et al., 2001).

- Le biais de « *création de sens* » renvoie à une propension des individus à « déformer » leurs expériences, particulièrement quand les thèmes abordés dans les études sont embarrassants (Ross, 1989). Il semble exister une tendance naturelle et inconsciente chez les individus à reconstruire les événements de façon à les rendre congruents avec d'autres types de souvenirs pour maintenir le souvenir d'une histoire passée confortable et cohérente (Brown & Harris, 1978 ; Eich, Reeves, Jaeger, & Graff-Radford, 1985 ; Schwartz, Kowalski, & McNally, 1993). Ce biais est particulièrement insidieux, car il tend à produire des résultats cohérents et systématiques qui vont souvent dans le sens des hypothèses de recherche (par exemple, que le stress précède la maladie, résultat basé sur le rappel a posteriori d'un stress antérieur), mais qui reflètent davantage les théories internes du participant quant à ses comportements (Hufford, et al., 2001 ; Stone & Shiffman, 2002).

En bref, l'ensemble de ces processus rend le rappel vulnérable aux inexactitudes, ce qui amoindrit la qualité des données sur lesquelles la recherche repose. Cela peut donc conduire à des inférences erronées.

### **2.1.2 Les problèmes de validité écologique**

Une autre procédure développée pour obtenir des renseignements sur les comportements des individus, est l'étude en laboratoire ou dans un contexte spécifique et restreint. Les études en laboratoire comportent un certain nombre d'avantages non négligeables. Elles permettent aux chercheurs de manipuler expérimentalement les variables sous étude et d'échapper aux variables confondantes ou parasites qui sont des

limites inévitables dans le recueil de comportements observés. L'avantage de ce type de méthode est qu'elle permet de construire et d'étudier des circonstances qui sont difficiles ou impossibles à explorer dans le monde réel. On peut ainsi s'assurer de la direction de l'effet et conclure à une causalité. De plus, le comportement des individus en laboratoire peut souvent être observé directement et objectivement, ce qui laisse peu de place ou permet de contourner les biais des méthodes rétrospectives (Shiffman & Stone, 1998). Par exemple, on a pu ainsi observer en laboratoire que l'alcool réduisait les symptômes de l'anxiété (Kushner et al., 1996).

Cependant, ces avantages sont tempérés par des limites considérables. En effet, certains événements environnementaux ou expériences subjectives ne peuvent pas être simulés en laboratoire. Il est en effet difficile de modéliser l'ensemble des stressors environnementaux ou d'autres influences que les individus expérimentent dans leur vie quotidienne (Reis & Gable, 2000). Il est ainsi ardu de réaliser en laboratoire les aléas de la vie quotidienne. De plus, il ne serait pas éthique de reproduire (si tant est qu'on puisse le faire) dans un laboratoire certains objets d'études tels que les traumatismes et conflits inhérents à l'existence dans le monde réel (De Vries, 1992 ; Shiffman & Stone, 1998). Aussi, un contexte contrôlé, bien qu'ajoutant des précisions aux observations, « échoue inévitablement dans la prise en compte d'un ensemble plus large de modes de comportements et de contextes tels qu'ils se produisent dans la vie quotidienne » (Funder, 1991, p.36, cité par Reis & Gable, 2000, traduction libre).

Les études en laboratoire ou dans un seul contexte ne permettent donc pas de déterminer si, dans la vie quotidienne, les variables étudiées vont s'exprimer de façon comparable. Ce type de méthodologie ignore la dimension temporelle du comportement, c'est-à-dire le fait qu'une expérience récente peut affecter l'expérience en cours et que

nombre de comportements significatifs changent au fil du temps (ex : fatigabilité des participants, habituation).

De plus, les participants conscients d'être évalués risquent de produire leur performance optimale et non leur performance typique (Ickes & Tooke, 1988). Des processus tels que la désirabilité sociale, la politesse, la peur de l'évaluation viennent en effet modifier les réactions des participants et les rendre très éloignées de celles émises en vie réelle (Pickering & Devereux, 1987). Ce type de méthodologie limite donc la validité écologique (Brunswick, 1949). Elle ne permet pas de travail basé sur l'examen des effets d'une variété de variables situationnelles.

## ***2.2 Problèmes liés à l'intervalle de temps couvert par les mesures rétrospectives***

Il existe des différences importantes entre les phénomènes naturels que nous étudions dans le domaine de la psychopathologie et les méthodes utilisées à cet effet, en particulier pour prendre en compte la dimension temporelle qui affectent ces phénomènes naturels. En effet, l'impact d'un stressor journalier (tracas quotidien) ou l'expression d'un état émotionnel sont souvent caractérisés par un « cycle de vie » très court, c'est-à-dire que le laps de temps au cours duquel cette variable peut en influencer une autre est de l'ordre de quelques minutes ou de quelques heures (Swendsen, 1998 ; Swendsen, 2000 ; Swendsen, Tennen, Carney, Affleck, Willard et al., 2000). Par ailleurs, les approches méthodologiques classiques permettent seulement d'examiner ces phénomènes rétrospectivement ou transversalement ou encore à travers des évaluations prospectives couvrant une période de

plusieurs jours, semaines, mois ou années. L'inconvénient de ces études est de ne pas pouvoir mesurer les dynamiques temporelles entre les variables et établir des relations de cause à effet dans l'étiologie de nombreuses maladies.

### **2.3 Conclusion**

Les comportements des individus en dehors du laboratoire sont habituellement évalués via des mesures rétrospectives qui comportent des limites significatives dues aux biais rétrospectifs et aux intervalles de temps couverts par les mesures. Ce type de recueil de données dépend de la capacité des participants à rapporter, résumer et interpréter leurs expériences. Ce qui est exigé des procédures d'auto-évaluation rétrospectives excède ce que l'on peut attendre de la mémoire autobiographique et de ce type de procédures (Bradburn, Rips & Shevell, 1987 ; Ross, 1989). Par ailleurs, les études en milieu artificiel dans les laboratoires comportent de nombreux problèmes de validité écologique. D'où la nécessité d'introduire de nouvelles approches pour résoudre ce dilemme.

### **2.4 Comment contrer ces problèmes méthodologiques?**

Pour pallier les limites précédemment décrites, il faut développer une méthode qui utilise l'échantillonnage des expériences dans le temps et se déroule en vie quotidienne.

Le développement de cette méthodologie s'est fait par étapes. Par souci de clarté, nous définissons par « échantillonnage des expériences » le fait de constituer un échantillon le plus représentatif possible de l'ensemble des expériences de l'individu. Ceci implique donc une série d'évaluations répétées des variables sous étude, dans un intervalle de temps défini au préalable.

### **3 Experience sampling method (ESM, Csikszentmihalyi & Larson, 1987 ; DeVries, 1992) et Ecological Momentary Assessment (EMA, Stone & Shiffman, 1994)**

#### **3.1 *Perspective historique***

La psychiatrie n'a pas toujours occulté l'influence des facteurs temporeux et situationnels sur les troubles mentaux. Ces facteurs ont été reconnus à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par Kahlbaum, Kraepelin et Bleuler dans leurs descriptions détaillées de la schizophrénie (DeVries, 1992). Cependant, ces auteurs ne disposaient pas de méthodes leur permettant de soutenir empiriquement leurs affirmations.

À partir des années 1960, dans le milieu de la recherche en médecine et en sciences sociales, une attention accrue aux problèmes liés à l'obtention de données fiables concernant les expériences et les comportements en vie quotidienne a favorisé l'expansion de méthodes de recueil de données quotidiennes (Stone, Shiffman, & DeVries, 1999). D'un point de vue clinique, le besoin d'obtenir des informations valides sur le plan écologique, allant au-delà des entretiens ou des approches en laboratoire, se faisait pressant avec les premiers résultats d'études en vie quotidienne. Ces résultats mettaient en évidence que le style de vie et le stress influençaient significativement la santé et la maladie tant au niveau familial qu'individuel (Meyer & Haggerty, 1962). Ainsi, le défaut de la recherche clinique était de mal comprendre les patients et l'expression de leurs symptômes dans leur contexte habituel de vie, car ces contextes sociaux et environnementaux n'étaient pas accessibles à l'investigation clinique (Stone et al., 1999). Les premières recherches décrivant adéquatement la personne dans son milieu de vie eurent des difficultés en partie attribuables au manque de méthodes d'évaluation valides et pouvant être répétées (DeVries, 1992).

Les méthodologies prenant en compte les facteurs temporeux et contextuels trouvent également leurs racines dans la psychologie du développement (Barker, 1978), l'éthologie (Hinde, 1992), la sociologie (Szalai, Converse, & Feldheim, 1972) et l'anthropologie (Gross, 1984). Dans les études ethnographiques de Malinowski (1935), l'utilisation de l'observation participante<sup>10</sup> a permis d'observer jour après jour les détails vivants de la vie quotidienne. Les restitutions minutieuses et riches en détails de Malinowski donnèrent lieu à la mise en évidence de régularités du fonctionnement social et institutionnel de certaines sociétés (DeVries, 1992). L'utilisation de tels protocoles expérimentaux a permis de souligner l'importance de la prise en compte du milieu de vie naturel des individus et donc l'intégration des variables contextuelles.

L'utilisation plus systématique de techniques d'observations fondées sur l'échantillonnage des expériences dans le temps s'est développée dans les années 1970 dans le champ des études naturalistes (Chapple, 1970 ; Monroe & Monroe, 1971). En psychiatrie clinique, de telles approches furent développées par Reynolds (1965), McGuire et Polsky (1979) ainsi Nelson (1977) lors de recherches sur les troubles psychiatriques en milieux cliniques.

Un des ancêtres clés des méthodologies utilisant l'échantillonnage des expériences en vie quotidienne fut le *International Time Budget Study* (Szalai, Converse & Feldheim, 1972). Cette gigantesque étude a récolté 25 000 journaux intimes dans 12 pays, totalisant

---

<sup>10</sup> L'observation participante peut être définie par une immersion de l'enquêteur dans le milieu sous étude. L'enquêteur doit effacer ses propres conceptions et ses jugements extérieurs et cherchait à saisir de l'intérieur le point de vue de la culture locale. Malinowski recueille les faits constatés au jour le jour tout en construisant des schémas synoptiques.

640 000 événements. Le but était d'étudier les activités quotidiennes de populations urbaines issues de différents pays. Les questions posées portaient sur ce que faisaient les individus, quand, avec qui, où étaient-ils durant toute la journée, combien de temps passaient-ils à dormir, travailler, faire du sport, etc. On cherchait également à savoir si ces activités variaient durant le week-end, si elles étaient dépendantes de l'âge, du sexe, du statut socioéconomique, de la taille de la famille et comment en général des conditions économiques, politiques et culturelles affectaient l'utilisation du temps dans la vie quotidienne. Cette étude a permis de démontrer des différences dans la manifestation de comportements quotidiens en fonction de facteurs culturels, politiques, socio-économiques, professionnels ou personnels (Stone & Nicolson, 1987).

Une autre influence majeure dans l'utilisation progressive de l'échantillonnage des expériences fut la recherche sur les cycles circadiens. Les premiers travaux de Walda (1922) sur cyclicité de la motilité gastrique, suivis de ceux de Kleitman (1963) et Kripke (1983) sur les mouvements rapides des yeux entre les cycles de veille et de sommeil permirent de mettre en évidence que certains phénomènes physiologiques suivaient le cycle circadien et que cette cyclicité était influencée par des indicateurs environnementaux extérieurs, les *zeitgebers*<sup>11</sup>. Ces études eurent l'intérêt de mettre en exergue l'influence des facteurs environnementaux sur les variations des mesures biologiques et comportementales (Minors & Waterhouse, 1981; Monk et al., 1990) et la nécessité de les prendre en

---

<sup>11</sup> *Zeitgebers* est le terme consacré pour faire référence aux indicateurs environnementaux externes qui nous permettent de nous adapter chaque jour à la progression du temps dans les 24h d'une journée. Les *zeitgebers* incluent le lever et le coucher du soleil, l'heure des repas, différentes activités sociales, etc. Certaines fonctions physiologiques impliquant une rythmicité journalière (sécrétion d'hormones, température corporelle, etc.) sont synchronisées avec ces *zeitgebers*.

considération. Les méthodes de recueil de données en vie quotidienne répondirent donc à ce besoin de prendre en compte les contextes dans lesquels pouvaient s'exprimer certains troubles mentaux et d'évaluer l'influence de ces contextes sur les variables sous étude.

Depuis, nombre de chercheurs utilisent des journaux intimes ou agendas dans le but d'obtenir des données une fois par jour (par exemple, Bolger, DeLongis, Kessler, & Schilling, 1989 ; Laurenceau, Feldman Barrett, & Rovine, 2005 ; Lewis, Lewis & Cumming, 1994 ; Neugebauer, 1989). Ce recueil journalier a été vu comme une avancée significative, car il permet le recueil des données dans un intervalle de temps plus proche de leur occurrence et minimise les biais liés au rappel. Cependant, bien que l'intervalle temporel soit réduit, il demeure soumis aux mêmes processus cognitifs régissant la mémoire autobiographique (effet de latence, de récence, état émotionnel du participant au moment du rappel, saillance de l'événement) (Hufford, Shiffman, Paty, & Stone, 2001). Par exemple, Stone et al. (1998) ont montré que le rappel des stratégies de coping utilisées par les individus pour faire face à des difficultés était sujet à des erreurs substantielles (en termes de quantité et de type de stratégies de coping utilisées) quand l'intervalle temporel de rappel est de 24 à 48h. En outre, les données recueillies une fois par jour introduisent des biais qui leur sont spécifiques. En effet, les participants remplissent le journal au moment du coucher ou à la fin de la journée. Or, leurs états physique et émotionnel à ce moment de la journée ne sont pas représentatifs de ceux vécus tout au long de la journée. Le rappel de fin de journée est donc soumis à des distorsions qui peuvent être particulièrement gênantes quand les variables ciblées sont des événements mineurs ou ayant trait à la qualité subjective des expériences de vie quotidienne (Bolger, Davis & Rafaeli, 2003 ; Hufford et al., 2001 ; Reis & Gable, 2000 ; Stone & Shiffman, 2002).

À la lumière de ces limites, les procédures de recueil immédiat (*momentary*

*assessment*) se sont développées. Ce type de méthode demande aux participants d'indiquer comment ils se sentent ou ce qu'ils font dans l'instant ou dans un laps de temps très court et ce, dans le but de minimiser les biais rétrospectifs. Ces procédures utilisent l'accumulation des données issues de multiples rapports immédiats pour saisir et décrire l'expérience des participants (Affleck, Zautra, Tennen, & Armeli, 1999 ; Bolger et al., 2003 ; Hufford et al., 2001 ; Reis & Gable, 2000). Par exemple, au lieu de demander aux individus de rapporter leur niveau moyen de douleur durant la semaine, les procédures d'évaluation immédiates permettent de demander le niveau de douleur plusieurs fois par jour durant une semaine. Comme le contexte et l'état du participant au moment du recueil de données peuvent profondément influencer l'évaluation, les rapports doivent idéalement être faits dans l'immédiat et dans l'environnement naturel de l'individu, dans le but d'échantillonner les expériences de son monde authentique. On évite ainsi d'introduire des biais potentiels par la mise en situation dans des contextes artificiels (Hufford et al., 2001 ; Shiffman & Stone, 1998).

Ce type de procédure repose en outre sur l'auto-surveillance, ou auto-évaluation des participants (*self-monitoring*). Cette auto-évaluation renvoie à un processus en deux temps : dans un premier temps, les individus identifient le comportement, le contexte, l'état subjectif ou l'événement qui est l'objet de l'étude et, dans un second temps, ils enregistrent ou notent leurs réponses via différents supports qui se trouvent à leur portée (carnet, questionnaires, ordinateur de poche, etc.) (Nelson, 1977).

Il s'agissait donc de développer une méthodologie visant à intégrer dans un tout, les différentes procédures que nous venons d'aborder afin de contrer, par l'utilisation d'une méthode intégrée, l'ensemble des biais que nous avons décrits précédemment. La méthode d'échantillonnage des expériences (*Experience Sampling Method*, ESM) est le résultat de

cette intégration. A l'Université de Chicago, des études de référence sur les adolescents (Csikszentmihalyi & Larson, 1984) et l'expérience optimale ou « la fluidité mentale » (*the flow*) (Csikszentmihalyi, 1994) relevèrent ainsi le défi d'étudier les états normaux de conscience dans la vie quotidienne dans le but de comprendre les interactions entre les expériences psychiques optimales et aversives et ce, via l'ESM.

La Méthode d'Échantillonnage des Expériences (*Experience Sampling Method*, ESM ; Csikszentmihalyi & Larson, 1987 ; DeVries, 1992) a été développée afin d'étudier les expériences des individus dans leur environnement naturel par le biais d'auto-évaluations répétées aléatoires. Chaque évaluation se produit plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours. Au cours de chaque évaluation, les participants complètent des questionnaires. En 1994, Stone et Shiffman introduisent un autre terme, l'Évaluation Écologique Momentanée (*Ecological Momentary Assessment* ; EMA) qui vise à rendre compte de l'ensemble des phénomènes impliquant les individus dans leur environnement naturel et non uniquement de leur expérience. Les avancées technologiques ont ainsi permis l'introduction de mesures physiologiques ambulatoires. L'ESM et l'EMA reposent sur les mêmes fondements conceptuels et sur les mêmes caractéristiques que nous allons aborder dans la suite du texte.

### **3.2 Caractéristiques de l'ESM et de l'EMA**

Premièrement, les individus sont étudiés dans leur environnement naturel et habituel. Cet aspect diffère des études cliniques ou en laboratoire dans lesquelles les participants répondent à des tâches variées dans des circonstances très éloignées de leur milieu naturel (Hufford et al., 2001 ; Stone & Shiffman, 1994 ; Stone, Shiffman, & DeVries, 1999). McAdams (1995) souligne en évoquant la psychologie de la personnalité :

« Il n'y a aucune raison particulière de penser que le langage caractérisant des dispositions de l'individu dans un environnement décontextualisé s'applique adéquatement pour décrire des construits qui sont situés dans un temps, un environnement et un rôle » (traduction libre, p.379)". Ainsi, le but de cette méthode est d'assurer la meilleure validité écologique possible (Bronfenbrenner, 1979).

Deuxièmement, l'EMA s'appuie sur un recueil de données en temps réel ou dans un intervalle de temps très proche de l'occurrence des variables à l'étude. Cela permet d'éviter autant que possible les distorsions rétrospectives des données et maximiser la validité des données rapportées par les individus.

Troisièmement, l'EMA repose sur une stratégie d'échantillonnage de plusieurs évaluations par jour. Ce procédé permet de caractériser au mieux le phénomène à l'étude et d'examiner les fluctuations dynamiques du phénomène dans une même journée (DeVries, 1992 ; Stone et al, 1999). Ceci est d'autant plus important quand ce phénomène est très dépendant du moment de sa survenue. Par exemple, la pression artérielle, les hormones, la douleur, la fatigue, la consommation de substances, l'humeur peuvent varier considérablement au cours d'une même journée (Hufford et al., 2001). Ainsi, l'échantillonnage des expériences est central dans l'ESM et dans l'EMA. Ces méthodes considèrent que les contextes et les états subjectifs varient. Csikszentmihalyi évoque même le « flux et reflux » des expériences quotidiennes. Les données recueillies sont issues d'états mentaux particuliers et des contextes spécifiques. L'expérience des participants est donc mieux caractérisée par un échantillon représentatif de moments, d'états et de contextes durant la période d'éveil au cours d'une même journée.

### **3.3 Considérations théoriques sur la méthodologie sur les expériences quotidiennes**

Les méthodologies en vie quotidienne permettent d'établir la prévalence de certains phénomènes dans le milieu naturel et l'impact de certains contextes et événements. Elles visent également à identifier les contextes situationnels dans lesquels certains effets apparaissent. Elles facilitent l'isolation des patrons de cyclicité, de covariation entre des variables cognitives, sociales, émotionnelles et psychophysiologiques et la clarification des interactions entre plusieurs phénomènes naturels (Reis & Gable, 2000). Ces méthodes permettent d'obtenir des données qui ne peuvent être saisies par d'autres procédures. En d'autres termes, ces méthodes sont un complément tant méthodologique que conceptuel aux méthodes de recherches traditionnelles.

Sur un plan conceptuel, ces méthodes permettent de générer des modèles conceptuels fondés sur des données, tester des modèles établis par d'autres méthodologies et créer des hypothèses originales.

#### **3.3.1 Générer des modèles conceptuels fondés sur des données**

Outre leur intérêt pour obtenir des données détaillées et exactes, ces méthodologies sont essentielles au développement des théories. Ainsi, Kelley (1997) insiste sur la nécessité d'une compréhension accrue des variations personnes-situations et de leur interaction dans le développement des modèles théoriques. Hinde (1992) discute l'importance d'observations descriptives afin d'identifier les régularités qui régissent les phénomènes à l'étude et de générer un ensemble d'hypothèses exploratoires. Reis et Gable (2000) rappellent également qu'un certain nombre de modèles conceptuels en psychologie sociale et de la personnalité sont passés outre des descriptions basiques du concept

développé.

### **3.3.2 Tester des modèles établis par d'autres méthodologies**

Les expériences en vie quotidienne peuvent être utilisées pour tester des modèles déjà développés par des méthodologies traditionnelles et ainsi promouvoir la validité hypothético-déductive (Brewer, 2000). On peut le constater spécifiquement dans les champs de recherche portant sur les modèles de consommation de substances (Armeli et al., 2000 ; Swendsen et al, 2000) ; le stress et le coping (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000) ; les fluctuations de l'humeur (Larsen, 1987 ; Larsen & Kasimatis, 1990).

Les inférences causales nécessitent des manipulations expérimentales telles que le contrôle de la situation expérimentale, une condition rarement atteinte avec l'EMA. Cependant, les méthodologies en vie quotidienne viennent compléter, et non se substituer, aux autres démarches expérimentales (Reis & Gable, 2000). Établir une théorie valide et d'envergure nécessite plus que l'établissement d'effets prédicteurs démontrés dans des conditions contrôlées dans un laboratoire (Brewer, 2000 ; Smith, 2000). Bien que la recherche en laboratoire soit la plus adaptée pour établir des liens de causalité, les méthodologies en vie quotidienne permettent de mettre en exergue si un effet déterminé dans des conditions préétablies va s'exprimer quand d'autres facteurs inattendus entrent en jeu (Reis & Gable, 2000). De plus, le développement de procédures statistiques sophistiquées (tels que les modèles hiérarchiques linéaires ou les analyses séquentielles, par exemple) fait de la recherche en vie quotidienne un champ particulièrement fertile dans la construction de modèles théoriques (Affleck, Zautra, Tennen, & Armeli, 1999).

### 3.3.3 Créer des hypothèses originales

Les méthodologies en vie quotidienne permettent parfois de faire des découvertes surprenantes. En permettant l'assemblage de vastes bases de données comprenant un large ensemble de prédicteurs, variables dépendantes et modératrices, ce type de procédure favorise l'exploration et la découverte de nouvelles perspectives théoriques (Affleck et al., 1999 ; Reis & Gable, 2000). Par exemple, Reis, Nezleck et Wheeler (1980) ont montré que l'attrait facial était plus fortement corrélé à la quantité et la qualité de la participation sociale chez les hommes que chez les femmes ; Clark et Watson (1988) ont trouvé qu'une humeur très négative et une humeur positive faible étaient associées avec la maladie physique alors qu'auparavant seuls les affects négatifs avaient été associés avec la maladie dans les analyses inter-individuelles<sup>12</sup>.

Ce type de méthodologie est donc un important atout pour développer les modèles de compréhension de l'influence des facteurs contextuels, temporeux et psychosociaux sur l'apparition, le maintien ou la rémission de phénomènes psychopathologiques (Swendsen et al., 2000 ; Swendsen, 2000).

## 3.4 Procédures d'utilisation

L'EMA se fondant sur des procédures d'évaluation répétées, cela implique la mise en place de modes d'échantillonnage afin de pouvoir prévoir les enregistrements.

---

<sup>12</sup> Il faut noter que les méthodologies en vie quotidienne, de part l'usage de mesures répétées à différents intervalles de temps, fournissent des données intra-individuelles à plusieurs moments de la vie du participant. Ce type de résultat peut être mis en balance avec des données recueillies un fois donc au niveau inter-individuel.

L'échantillonnage dépend de l'événement, de l'intervalle de temps ou d'un signal (Wheeler et Reis, 1991).

### **3.4.1 L'échantillonnage dépend de l'événement (Event-contingent sampling)**

Le participant doit auto-évaluer quand l'événement ciblé se produit et rapporter cette évaluation. Avec ce type de stratégie, le niveau de contrainte lié au protocole est dépendant de la fréquence d'apparition de la variable cible (Shiffman & Stone, 1998). Par exemple, si la consommation de cigarettes est ce que l'on veut évaluer, une personne fumant un paquet par jour sera davantage sollicitée que celle qui fume cinq cigarettes par jour. Cette stratégie semblerait plus adaptée aux comportements de fréquence modérée (Bolger, Davis, Rafaeli, 2003). Dans tous les cas, cette approche implique que le participant reconnaisse spécifiquement l'événement qui doit être enregistré quand il se produit. Cette reconnaissance peut être aisée : c'est le cas du comportement de consommation d'alcool ou de cocaïne. Elle peut aussi être difficile : l'évaluation de la migraine implique une définition consensuelle de ce qu'est une migraine et la capacité de discriminer les douleurs sub-cliniques d'une migraine (Hufford et al., 2001). Même si l'événement est reconnu facilement, cela demande au participant de faire un enregistrement dans le moment où celui-ci se produit. L'observance des participants apparaît alors difficile à mesurer par faute d'avoir une évaluation indépendante de la fréquence d'apparition de la variable en question.

### **3.4.2 L'échantillonnage dépend d'un intervalle de temps (Interval-contingent sampling)**

Ce type de stratégie exige du participant de remplir des enregistrements à des moments prédéfinis dans la journée (par exemple, 10h, 14h, 18h) (Hufford et al., 2001). Le

format le plus fréquent de ce type de stratégie est l'évaluation journalière. Or, celle-ci ne répond pas au critère de recueil en temps réel (ou presque) de l'EMA. Cette stratégie d'échantillonnage peut être utilisée pour évaluer certains comportements comme la prise de médicaments ou la pression artérielle, par exemple.

L'avantage de cette procédure est de pouvoir mettre en lumière la stabilité des phénomènes observés d'un jour à l'autre.

Elle est soumise à deux problèmes :

1. les évaluations peuvent être anticipées. Les participants peuvent devenir plus vigilants quelques minutes avant l'enregistrement et cela peut modifier leur état émotionnel ou leur comportement. Ceci peut être considéré comme un biais dans l'évaluation du phénomène ciblé ;

2. les évaluations prédéterminées passent à côté d'événements ponctuels mais importants dans la vie du participant et peuvent ne pas être représentatifs de la journée de celui-ci.

L'observance est facile à mesurer puisque les enregistrements doivent être faits à chaque signal (Bolger et al., 2003 ; Reis et al., 2000).

### **3.4.3 L'échantillonnage dépend d'un signal (Signal-contingent sampling)**

Les évaluations sont complétées en réponse à un signal extérieur dont l'émission a été programmée pour être aléatoire. Ce type de procédure est celle qui caractérise la méthode d'échantillonnage des expériences (*Experience Sampling Method*, ESM). Avec l'ESM, les participants sont munis de montres multialarmes, d'avertisseurs ou d'ordinateurs de poche qui sonnent aléatoirement. Le fait de pouvoir déterminer des enregistrements aléatoires est une des grandes forces de ce protocole. En effet, en partant de

l'idée que les participants répondent dès qu'ils entendent le signal, on obtient un échantillon représentatif des états et des expériences de l'individu (Stone & Shiffman, 1998). Les participants ne peuvent pas savoir quand le prochain signal se produira, donc ils ne peuvent pas l'anticiper. L'inconvénient de type de procédure est qu'elle est intrusive : outre l'intrusion due aux enregistrements répétés, les participants doivent tolérer l'émission du signal dans des circonstances nécessitant le silence ou la concentration (Stone et al., 1998). L'émission des signaux est limitée à la vie diurne des individus ; aussi, on ne peut pas enregistrer les événements se déroulant très tôt ou très tard dans la nuit. L'observance est facile à contrôler, car il doit y avoir un enregistrement pour chaque signal. Cependant, elle peut être altérée par des aléas techniques (le beeper ne fonctionne pas) ou contextuel (il y a énormément de bruit dans l'environnement du participant et il n'entend pas le signal). La flexibilité de ce type de procédure permet de prendre en compte les phénomènes fluctuants rapidement et très influencés par le contexte, ce qui la rend particulièrement populaire dans les champs de recherche portant sur l'humeur, le stress, les interactions entre les gens (Reis & Gable, 2000 ; Stone & Shiffman, 1994).

Chacune de ces procédures a son intérêt en fonction de l'objet d'étude. Elles peuvent également combinées (Shiffman, Paty, Gnys, Kassel & Hickcox, 1996).

### **3.5 Aspects technologiques**

Afin de permettre l'enregistrement des données, deux types de support sont disponibles : les livrets ou carnets en papier et les ordinateurs de poche. La méthode papier-crayon a l'avantage d'être peu onéreuse, facile d'utilisation et familière (Stone, Shiffman, Schwartz, Broderick, & Hufford, 2003). Cependant, elle souffre de certaines limites (Feldman, Barrett, & Barrett, 2001 ; Shiffman & Stone, 1998). Le problème le plus sensible

est la possibilité des participants de remplir le carnet longtemps après le signal et ainsi d'obtenir une fausse observance et des données peu valides. Litt, Cooney et Morse (1998), dans une étude ESM avec des patients alcooliques, ont pu mettre en évidence que 70% des participants rapportent une « fausse » heure de remplissage au moins une fois par jour pendant toute la durée du protocole expérimental. Afin de contrecarrer ces limites, certains chercheurs ont développé l'utilisation d'ordinateurs de poche (Shiffman & Hufford, 2001). Ces ordinateurs permettent de limiter les données manquantes car les participants ne peuvent pas sauter de questions quand ils font l'enregistrement des données. L'observance est contrôlée via l'enregistrement électronique des heures de remplissage. En comparant l'observance avec des recueils papier-crayon et des ordinateurs de poche, Stone et al. (2003) ont montré, dans une étude avec des patients souffrants, que l'observance réelle des participants utilisant le papier-crayon est de 11% contre 94% pour ceux utilisant l'ordinateur de poche. Cependant, il faut prendre avec précaution ces résultats, car ces résultats ne sont pas observés de façon univoque.

Malgré ces avantages, l'usage de procédés électroniques comporte de réelles contraintes. En effet, les coûts sont importants tant en terme de matériel que de logiciels de programmation ou de temps de formation du personnel et de participants (Shiffman & Hufford, 2001). De plus, les contraintes liées à l'utilisation de matériel électronique peuvent être rébarbatives pour les participants (Shiffman & Hufford, 2001 ; Shiffman & Stone, 1998).

### **3.6 Limites**

Malgré ces nombreux avantages, l'EMA souffre de limites significatives. Une des limites majeures est la distorsion potentielle des données par la réactivité des participants.

Un effet réactif décrit le degré de variation en terme d'intensité, de fréquence et/ou de qualité de la variable cible quand elle sera soumise à une évaluation ou une observation (Hufford et al., 2001). Demander à une personne d'observer chez elle un certain nombre de comportements ou d'états émotionnels plusieurs fois par jour augmente inévitablement la vigilance des participants et donc peut conduire à une modification de leurs comportements ou états subjectifs. Cependant les recherches sur la réactivité avec l'EMA n'ont pas permis de conclure à un effet significatif de ce type de méthodologie (Cruise, Broderick, Porter, Kaell, & Stone, 1996 ; Hufford, Shields, Shiffman, & Balabanis, 2002 ; Peters, Sorbi, Kruse, Kerssens, Verhaak et al., 2000 ; Stone, Broderick, Schwartz, Shiffman, Litcher-Kelly et al., 2003). Malgré tout, le nombre d'études évaluant ces effets étant encore restreint, il convient de demeurer prudent quant aux conclusions à en tirer.

Une autre limite substantielle de ce type de procédure est liée au fait que l'EMA nécessite une observance exceptionnelle des participants. L'émission des signaux sonores peut se produire dans un contexte spatio-temporel gênant ou perturbant pour le participant. Or, les individus dans certains cas ne pourront pas tolérer l'intrusion du signal dans certaines conditions (professionnelles, intimes. etc.). Par exemple, les participants seront plus prompts à ignorer ou « oublier » le signal quand ils sont engagés intensément dans une activité ou s'ils sont bouleversés émotionnellement. Ceci peut donc entraîner une sous-représentation de telles occasions (Shiffman & Stone, 1998). De plus, les individus qui se porteront volontaires pour ce type d'étude ou qui sont capables de remplir la majorité des évaluations ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population ciblée. Ainsi, certaines populations, comme les patients handicapés, peuvent être sous-représentées dans ces protocoles expérimentaux. Cependant, il ne faut pas présumer de la faisabilité de ces recherches avec certains échantillons (Shiffman & Stone, 1998). En effet, ces méthodes ont

été utilisées avec succès auprès de populations dites difficiles telles que les enfants, les personnes âgées, les toxicomanes ou les patients ayant des troubles mentaux graves (Csikszentmihalyi & Larson, 1987 ; DeVries, 1992).

## 4 Synthèse

Les méthodes de collectes de données ambulatoires paraissent un moyen optimal pour pallier certaines des limites que nous avons abordées concernant les méthodologies traditionnelles. Dans la recherche en toxicomanie, il s'avère que cette méthodologie est recommandée pour tester des modèles multiniveaux empiriquement permettant d'envisager les différents prédicteurs de la consommation de substances et d'aborder les situations à risques dans une perspective écologique (McKay et al. 2006 ; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Cependant, il serait illusoire de croire qu'un seul type de méthodologie permettrait de répondre à l'ensemble des objectifs d'évaluation des prédicteurs du faux-pas et de la rechute. Il convient de combiner une variété de techniques différentes pour tenter d'approcher de plus près l'ensemble du processus (Donovan, 1988 ; McKay et al., 2006 ; Shiffman, 1989). L'évaluation des facteurs distaux (concomitances des troubles, gravité de la toxicomanie, histoire familiale) devra ainsi être faite avec des auto-questionnaires ou des entretiens semi-directifs ayant de solides qualités psychométriques. Les facteurs proximaux (craving, émotions, coping) seront plus à même d'être appréhendés avec des méthodes de collectes de données ambulatoires permettant de respecter l'expression rapide de ces variables dans leur contexte naturel.

## OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Les femmes toxicomanes présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité tant psychosociaux que psychopathologiques. Les troubles sur l'axe I (en particulier troubles anxieux et troubles de l'humeur) et un niveau de stress perçu élevé engendrent des difficultés chez les femmes à maintenir l'abstinence. Par ailleurs, les études permettent de soutenir l'hypothèse de l'influence centrale des facteurs interpersonnels (notamment la détresse conjugale) ainsi que des facteurs intrapersonnels (affects négatifs, intensité du craving) sur les mécanismes de la rechute. Le modèle dynamique de la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004) intègre les processus interpersonnels et intrapersonnels (phénomènes dynamiques, fluctuants), déterminants proximaux des situations à haut risque de consommation et leur interaction possible avec des facteurs de risque distaux (troubles concomitants par ex.).

Dans la recherche en toxicomanie, il s'avère que l'évaluation écologique momentanée (Stone & Shiffman, 1994) semble être la méthodologie recommandée pour tester empiriquement des modèles multiniveaux permettant l'exploration des interactions dynamiques entre les différents prédicteurs de la consommation de substances et permettant d'aborder les situations à risques dans une perspective écologique.

Dans cette étude, nous nous attacherons à explorer les déterminants de la consommation de substances et du craving dans la vie quotidienne d'un échantillon de femmes toxicomanes en traitement.

Nous chercherons à comprendre spécifiquement, dans un premier temps le lien entre intensité du craving et épisodes de consommation. Nous faisons donc l'hypothèse qu'il

existe un lien positif entre l'intensité du craving et la consommation de substances.

Notre second objectif de recherche est de comprendre l'influence des fluctuations émotionnelles et des interactions conjugales en vie quotidienne sur l'intensité des épisodes de craving et la fréquence des épisodes de consommation sera testée. Nous faisons donc l'hypothèse que les émotions négatives et des interactions conjugales de mauvaise qualité prédiront des expériences plus intenses de craving et une augmentation de la fréquence de consommation de SPA. Dans un troisième temps, nous évaluerons l'impact des facteurs distaux (troubles concomitants, abus sexuels, détresse conjugale, consommation problématique du conjoint, en particulier) sur le lien entre les fluctuations émotionnelles, les interactions conjugales, l'intensité du craving et la fréquence de la consommation de SPA. L'ensemble de ces analyses nous permettra d'envisager les fondements empiriques du modèle dynamique de la rechute.

## **MÉTHODOLOGIE**

## **1 Population d'étude**

### **1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Pour pouvoir répondre à nos objectifs de recherche, les participantes à cette étude devaient présenter les critères diagnostiques de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues (APA, 2000) et soient en relation intime avec un partenaire depuis au moins six mois. La cohabitation avec le partenaire n'était pas obligatoire. Les femmes en phase aiguë d'intoxication nécessitant une prise en charge interne et non ambulatoire, présentant ou ayant présenté des troubles psychotiques ou refusant de signer le formulaire de consentement ne pouvaient pas être incluses dans le protocole de recherche.

### **1.2 Taille de l'échantillon**

Une analyse de puissance statistique pour déterminer des modèles multi-niveaux, a été effectuée à l'aide du logiciel "Optimal Design Version 1.76" (Spybrook, Raudenbush, Liu & Congdon, 2006). Cette analyse a montré qu'un échantillon de 80 participantes permet avoir une puissance minimum de 0.80 ( $\alpha = 0.05$ ) et pour détecter un effet d'au moins 0.65. Ce qui est considéré comme un effet de moyenne taille (Cohen, 1988).

### **1.3 Caractéristiques principales de l'échantillon étudié**

Notre échantillon final est constitué de 80 femmes recrutées dans des centres de soin pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec. Toutes les participantes présentaient un diagnostic de dépendance au moment de l'étude à une (ou plusieurs) substances psychoactives selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000). Le détail des données sociodémographiques caractérisant l'échantillon de l'étude se trouve dans le tableau 3. L'âge moyen des participantes est de 35,1 ans (min = 18, max = 55, Ecart-type (E.T) = 9,6).

Le niveau de scolarité est faible pour la majorité des participantes. En effet, 48,8% ont complété un niveau de scolarité primaire (1,3%) ou secondaire (47,5%). On constate que 48,8% des participantes annoncent un revenu annuel brut par foyer inférieur ou égal à 15 000\$ (2,5% inférieur à 5000\$ ; 23,8% entre 5000 et 10000\$ et 22,5% entre 10 000 et 15 000\$). Afin de pouvoir situer cet échantillon au niveau économique, il est nécessaire de préciser que Statistique Canada a fixé le seuil de pauvreté à 10 800\$ pour une personne seule, 15 500\$ pour un couple sans enfant et 18 200\$ pour un couple avec enfant. Les personnes dont les revenus se situent au-dessous du seuil de pauvreté n'ont pas les ressources financières suffisantes pour pallier les besoins de base (se nourrir, se loger, se vêtir). Moins d'un cinquième de l'échantillon occupe un poste à responsabilité ou d'encadrement (8,8%) contre 53,8% des femmes qui se déclarent sans emploi. On peut conclure que cet échantillon clinique est précarisé au niveau social et économique.

La durée la plus fréquente de la relation amoureuse est de un à trois ans pour plus d'un quart de l'échantillon (27,6%). Près de la moitié des participantes (44,8%) vivent une relation amoureuse depuis plus de cinq ans. Environ 46% des couples sont mariés ou conjoints de fait (12,5% de couples mariés et 33,8% conjoints de fait). La moitié des participantes (56,3%) vit avec son partenaire amoureux.

Parmi les femmes ayant des enfants (soit 41,3% de l'échantillon), le nombre d'enfants par foyer est de 1,79 (min = 1 ; max = 4 ; E.T = 0.79).

Tableau 3 : Description des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon d'étude

<b>Données sociodémographiques</b>	<b>Moyenne et fréquence en%</b>
<i>Age (années)</i>	35,1 [18-55 ; E.T = 9,6]
<i>Origine ethnique</i>	
Caucasien	
<i>Niveau de scolarité complété</i>	
Primaire	1,3%
Secondaire	47,5%
CEGEP	32,5%
Université	18,8%
<i>Niveau de revenus annuels par foyer</i>	
≤ à 5000 \$	2,5%
Entre 5000 et 10000 \$	23,8%
Entre 10000 et 15000 \$	22,5%
Entre 15000 et 25000 \$	15%
≥ à 25000 \$	36,2%
<i>Catégories socioprofessionnelles</i>	
Cadres supérieurs	3,8%
Enseignements, professionnels des arts et de la culture	5%
Personnel d'administration et de bureau	10%
Personnel technique et paramédical	6,3%
Personnel de soutien	2,5%
Personnel de la vente et des services	6,3%
Étudiants	6,3%
Autres actifs	6,3%
Sans emploi	53,8%
<i>Statut marital</i>	
Célibataire	53,7%
Conjoints de fait	33,8%
Mariées	12,5%
<i>Cohabitation avec le conjoint</i>	56,3%
<i>Durée de la relation amoureuse actuelle</i>	
De 6 mois à 1 an	15%

<b>Données sociodémographiques</b>	<b>Moyenne et fréquence en%</b>
De 1 à 3 ans	27,5%
De 3 à 5 ans	12,5%
De 5 à 10 ans	20%
Plus de 10 ans	25%
<i>Enfants</i>	
Avoir des enfants	41,3%
Nombre d'enfants par foyer	0,74 [0- 4 ; E.T = 1,01]

## **2 Procédures**

### **2.1 Phase préparatoire**

#### **2.1.1 Obtention du certificat d'éthique et recrutement des centres de traitement susceptibles de participer**

Le présent projet, se déroulant à Montréal (Québec), a été soumis au Comité d'Éthique de la Recherche en Toxicomanie (CERT) du Québec. Le CERT a pour objectif de faire l'examen éthique de tous les projets de recherche en toxicomanie se déroulant dans les centres de réadaptation en toxicomanie du Québec. À l'issue de l'évaluation par le comité d'experts, un certificat d'éthique a été délivré à notre projet (voir annexes p. 251).

Afin de pouvoir toucher un grand nombre de participantes et ce, dans un laps de temps d'environ 6 mois, nous avons sollicité plusieurs centres de réadaptation sur l'île de Montréal et dans les environs. Le projet a été présenté à la direction et aux différentes équipes de cliniciens de chaque centre. Parmi les dix centres auxquels le projet a été présenté, deux seulement n'ont pas accepté de collaborer. Une entente préalable a été établie avec les centres de façon à s'assurer de la collaboration des intervenants pour le recrutement des participantes.

### **2.1.2 Participation des intervenants et alliance de recherche**

Afin de s'assurer la collaboration de différents centres de traitement, nous avons présenté ce projet aux professionnels concernés au sein de chaque établissement. La problématique abordée, les retombées dans la pratique clinique ainsi que la curiosité pour la méthode d'échantillonnage des expériences ont suscité un vif intérêt des intervenants. Cependant, nous avons pu constater une certaine défiance quant à la faisabilité de l'étude. En effet, la perte, la vente ou le bris de l'ordinateur de poche par les participantes étaient des arguments régulièrement mis en avant pour expliquer ces réserves. Bien que consciente de la difficulté de travailler auprès de patients toxicomanes, il nous a fallu réfléchir aux moyens de garantir « une alliance de recherche » de bonne qualité susceptible d'impliquer une participation suffisante des participantes. En effet, tout en étant non thérapeutique, le travail à engager avec les participantes a nécessité la mise en place d'une relation de confiance, d'un cadre d'intervention suffisamment sécuritaire pour permettre aux participantes d'aborder des événements souvent douloureux de leur vie. De plus, on peut facilement imaginer les peurs ou l'anxiété que peut générer le fait de partager des comportements et émotions très personnels (via le support de l'ordinateur de poche) et ce, pendant une semaine. Garantir la confidentialité (vis-à-vis de l'extérieur et des intervenants du centre de traitement), prévenir le risque de passage à l'acte suicidaire, encourager la collaboration de la participante furent les principaux piliers de cette alliance (évaluation du risque suicidaire dans le premier temps de l'étude, donner une liste de centre de crise en cas de nécessité, assistance téléphonique assurée par nos soins en cas de difficultés techniques ou psychologiques). Nous avons aussi suivi les recommandations éditées par Nezlek, Wheeler et Reis (1983) pour établir une alliance de recherche avec les participantes, spécifiquement avec des procédures ambulatoires.

### 2.1.3 Programmation des ordinateurs de poche

Une tâche capitale de la présente étude concernait la programmation des ordinateurs de poches PSION Revo<sup>®</sup>. La procédure utilisée sur les PSION Revo<sup>®</sup> est issue d'une programmation en OPL32. Ce programme a été développé au sein du laboratoire de la jeune équipe JE2358 (Université Victor Segalen Bordeaux 2) par Grondin, Husky et Chakroun, en 2002. Le questionnaire EMA<sup>®</sup> a été modifié afin d'introduire des questions permettant d'explorer nos objectifs. Il nous a fallu constituer une interface la plus simple et autonome possible afin que le remplissage s'intègre au mieux au quotidien des participantes.

Le mode opératoire est le suivant : à chaque horaire, aléatoirement défini pour le remplissage, la machine s'allume automatiquement et émet un signal sonore qui active le questionnaire EMA<sup>®</sup>. Les réponses sont alors automatiquement sauvegardées dans des bases de données.

La procédure de programmation se compose de deux modules différents, le premier est le module d'alarme qui signale chaque moment de remplissage. Le deuxième est le module du questionnaire EMA<sup>®</sup> proprement dit. La structure du programme EMA<sup>®</sup> consiste en une série de questions avec des choix prédéfinis que devra sélectionner et valider la participante pour passer à la question suivante. Les réponses de chaque participante sont directement enregistrées. Chaque remplissage EMA<sup>®</sup> entraîne la constitution d'une nouvelle ligne dans la base de données. Chaque ligne est identifiée par l'heure exacte du remplissage ainsi que la durée nécessaire au remplissage du questionnaire

EMA<sup>®</sup> par la participante.

Ce programme spécialement créé pour cette étude a fait l'objet de tests préalables sur des échantillons naïfs<sup>13</sup> avant la mise en route effective de l'étude. La phase de test avait pour but d'identifier et de modifier les éventuels écueils de la programmation de manière à aboutir à un appareil fonctionnel et fiable pour le stockage des données recueillies. De plus, cette phase a permis de reformuler certaines questions dont la compréhension n'était pas évidente pour les participantes.

## **2.2 Déroulement de l'étude**

L'ensemble des phases de l'étude est récapitulé à la figure 3 p. 133.

### **2.2.1 Recrutement des participantes**

Les participantes ont été recrutées dans les différents centres de traitement collaborant à cette recherche. Plusieurs modalités de recrutement ont été mises en place afin de pouvoir toucher l'échantillon le plus large :

1. par le biais d'affiches présentant l'étude, les critères d'inclusion et la rémunération envisagée (voir annexes p. 253) ;
2. par les groupes de thérapie: les cliniciens des centres prêts à participer à ce projet ou nous-mêmes présentions brièvement le projet au début des groupes de thérapie et laissons à disposition des documents récapitulatifs permettant ainsi aux femmes intéressées

---

<sup>13</sup> Une première phase de test du programme initial sur 7 personnes, une deuxième phase de test afin de tester les modifications apportées au programme initial sur 7 autres personnes.

de rentrer en contact téléphonique avec nous ;

3. par les intervenants (psychologues et travailleurs sociaux) des centres de traitement: les intervenants présentaient l'étude aux femmes susceptibles d'y être incluses et recueillaient leur consentement (si elles se disaient intéressées à participer) afin de nous autoriser à rentrer en contact téléphonique avec elles.

Il est important de garder en mémoire que l'échantillon obtenu est auto-sélectionné sur la base du volontariat et ne peut pas être considéré comme un échantillon randomisé car il n'y a pas de groupe contrôle.

Les procédures de recrutement et d'entrevue ont été faites de manière à assurer le consentement libre et éclairé des participantes.

Ainsi, une fois un contact téléphonique établi avec la participante potentielle, les buts ainsi que les conditions de participation à l'étude et du déroulement de la recherche lui étaient expliqués avec précision afin que celle-ci puisse choisir de façon éclairée si elle souhaitait maintenir sa participation au projet. Dans un second temps, le respect des critères d'inclusion était vérifié. La présence des critères de dépendance actuelle aux substances et l'absence de troubles psychotiques est recherchée avec le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview ; Lecrubier et al., 1997 ; Sheehan et al., 1998) suivant les critères DSM-IV (APA, 1994).

## **2.2.2 Description du protocole d'étude**

Dans cette partie, nous décrivons les différentes étapes du protocole de recherche (récapitulatif figure 3, p. 133). Le détail des outils utilisés se fera dans la partie « Outils et mesures ».

### **2.2.2.1 Première phase**

La possibilité d'inclure la participante ayant été vérifiée, un rendez-vous était déterminé avec les individus consentants pour une première rencontre d'environ 1h30 qui se déroulait en plusieurs étapes.

#### **2.2.2.1.1 Obtention du consentement libre et éclairé de la participante**

Au début de la rencontre, nous faisons à nouveau une description des buts, des conditions de participation à l'étude et du déroulement de la recherche. Le formulaire de consentement était lu en intégralité à la participante et les aspects qui paraissaient peu clairs expliqués (voir annexes p. 255). C'est après cette lecture que les participantes donnaient leur accord pour signer les formulaires de consentement et il leur en était remis une copie. Le droit au refus ou à l'arrêt de la participation leur était garanti sans encourir quel que préjudice que ce soit. Les participantes étaient informées de la nature confidentielle de leurs réponses.

Certains problèmes éthiques se posent dans les recherches auprès d'individus toxicomanes. La question du consentement libre et éclairé pose certains défis : les individus intoxiqués ne sont pas aptes à donner leur consentement. Les participantes étaient informées dès le premier contact téléphonique qu'elles ne pouvaient pas participer à l'étude si elles présentaient des signes d'intoxication ou si, au cours de l'entretien, elles ne s'avéraient pas aptes à répondre aux questions.

Si cette situation s'était présentée au cours de l'étude, il leur aurait été alors proposé un rendez-vous ultérieur. En plus du consentement éclairé, les participantes se sont vues proposer de signer un formulaire d'entente leur indiquant qu'elles s'engageaient à restituer l'ordinateur de poche PSION Revo<sup>®</sup> qui leur était laissé pour une semaine.

#### **2.2.2.1.2 Entraînement à la méthode d'évaluation écologique momentanée**

La procédure à suivre pour la phase d'évaluation écologique momentanée était expliquée pas à pas à chaque participante. L'ensemble des questions enregistrées était visualisé sur l'écran de l'ordinateur de poche avec les participantes qui étaient ainsi mises dans la même situation que la phase ambulatoire de la semaine suivant le premier entretien, c'est-à-dire porter un ordinateur de poche de type PSION Revo<sup>®</sup> durant les sept jours suivants ce premier entretien et répondre aux questions affichées sur l'appareil à chaque signal sonore émis par celui-ci, soit cinq fois par jour et à heures fixes. Cette phase d'entraînement nous a permis de clarifier les incompréhensions pouvant entraver un recueil optimal des données. A la fin de l'entretien, un assistant digital personnel (PSION Revo<sup>®</sup>) leur était distribué avec un transformateur permettant de recharger la machine. Il leur était ensuite remis un guide d'aide de la procédure auquel elles pouvaient se référer pendant la semaine (voir annexes p.264).

#### **2.2.2.1.3 Entretien diagnostique, évaluation de la relation conjugale et recueil des Informations sociodémographiques**

Une fois terminée, la phase de familiarisation avec l'ordinateur, la présence actuelle ou passée de troubles psychiatriques était évaluée à l'aide d'un entretien diagnostique structuré. Ensuite, nous posons aux participantes un ensemble de questions relatives à la consommation de substances de leur conjoint et à leur situation socioéconomique. Pour finir, un auto-questionnaire permettant d'évaluer leur relation conjugale leur était proposé.

À l'issue de ce premier entretien, le deuxième entretien était fixé à la fin des sept jours de la phase ambulatoire. Les participantes étaient rémunérées 20 \$CN (soit environ 14 euros) pour cette première phase complétée. Les modalités de paiement étaient clairement expliquées dès le début de l'étude. Les participantes étaient donc informées que le

dédommagement maximal possible pour l'ensemble du protocole était de 100 \$CN (soit environ 70 euros) et était en partie dépendant du taux de remplissage de l'ordinateur de poche.

### **2.2.2.2 Deuxième phase**

L'évaluation écologique momentanée<sup>14</sup> rend possible l'examen d'un échantillon représentatif de comportements, de cognitions, d'états émotionnels ou de relations interpersonnelles dans leurs milieux naturels grâce à l'utilisation d'un procédé électronique (PDA, montres multi-alarmes, téléphone portable) indiquant au sujet le moment de fournir des informations précises et ce, à diverses reprises au cours d'une journée.

Cette méthode permet de recueillir avec précision les expériences quotidiennes d'un individu sans les pertes d'information dues principalement aux problèmes majeurs de biais rétrospectifs. Cette méthodologie a également l'intérêt de permettre de documenter des événements rares, socialement indésirables ou délictueux comme l'abus de drogues, certains délits, des conflits conjugaux ou problèmes sexuels (Larson, Csikszentmihalyi & Freeman, 1984 ; Kaplan, Korf, & Sterk, 1987).

Dans le cadre de cette étude, les participantes devaient utiliser un ordinateur miniature PSION Revo® programmé pour des entrevues électroniques destinées à enregistrer leur consommation de substances, leurs émotions, les contextes environnementaux, leur désir de consommer et la nature des interactions éventuelles avec le

---

<sup>14</sup> L'évaluation écologique momentanée (Ecological Momentary Assessment, EMA) est appelée aussi «méthode d'échantillonnage des expériences en fonction des auteurs», ESM, cf. chapitre 3 du contexte théorique.

conjoint.

Cet ordinateur fonctionne avec des piles et pèse environ 250 grammes. La faisabilité et la fiabilité des entrevues électroniques en tant qu'instrument de recueil de données quotidiennes ont été démontrées lors d'études antérieures (Hyland, Kenyon, & Howarth, 1993; Penner, Shiffman, Paty, & Fritzsche, 1994 ; Shiffman et al., 1997 ; Stone & Shiffman, 1994 ; Stone et al., 1994 ; Swendsen et al., 2000). Les participantes devaient choisir l'une des réponses proposées en faisant descendre ou monter le curseur et en appuyant sur la touche "enter" pour sauvegarder la réponse. Chaque réponse sauvegardée était enregistrée dans une banque de données effaçables à la date et l'heure de saisie. Pendant sept jours, le signal sonore est activé cinq fois par jour, soit une fois par créneau horaire : entre 8:00 et 11:00 ; 11:00 et 14:00 ; 14:00 et 17:00 ; 17:00 et 20:00 ; 20:00 et 23:00. Les signaux sonores étaient programmés pour sonner chaque jour à la même heure pour un même individu (mais différemment pour différents individus).

Les participantes furent contactées par téléphone à deux reprises au cours de la semaine pour encourager leur participation. Elles avaient également la possibilité de nous joindre de 8h à 22h tous les jours de la semaine d'expérimentation sur notre téléphone portable. Cette assistance téléphonique a permis de répondre rapidement aux questions techniques pouvant survenir en cas de mauvaise manipulation ou de dysfonctionnement de l'ordinateur. Cela a également permis de limiter le nombre de signaux manqués et/ou de remplacer un ordinateur défectueux en se rendant au domicile de la participante, si elle l'autorisait. De plus, en cas de situation à risque (passage à l'acte suicidaire possible par exemple) pour la participante, cette possibilité de contact téléphonique a pu permettre une intervention rapide (ce qui s'est produit à deux reprises).

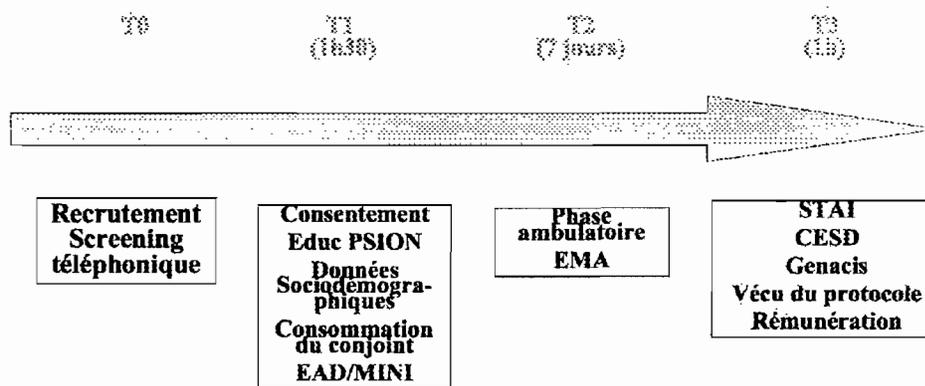
### **2.2.2.3 Troisième phase**

Les participantes étaient revues au bout d'une semaine. L'ordinateur de poche était restitué et le nombre de questionnaires électroniques remplis, comptabilisés. Il était alors proposé aux participantes de remplir une série d'auto-questionnaires permettant d'évaluer la symptomatologie dépressive, l'anxiété-trait et les antécédents d'abus et de violence conjugale.

Dans un dernier temps, il était proposé aux participantes de nous faire part (si elles le souhaitent) de leur vécu (déroulement, prises de conscience éventuelles, intérêt pour elles de faire cette recherche) suite à cette semaine d'expérimentation. L'analyse de ce dernier temps d'expérimentation fera l'objet d'analyses secondaires ultérieures (analyse du contenu de l'entretien).

À l'issue de cette troisième phase, les participantes étaient dédommagées pour l'ensemble de leur participation. Il est à noter que la plupart des participantes ont accepté de recevoir un rapport de recherche des résultats généraux (clause précisée dans le formulaire de consentement).

Figure 3 : Schéma récapitulatif des phases de la procédure



### 2.3 Risques encourus

Certains problèmes éthiques se posent dans les recherches auprès d'individus toxicomanes et présentant des troubles concomitants. S'il s'avère, lors de l'évaluation, que la participante a des idéations suicidaires avec risque de passage à l'acte et qu'elle représente un danger pour elle ou pour autrui, des mesures en conséquence doivent être prises.

Les participantes ont été avisées de notre obligation légale de prendre certaines mesures afin de protéger les individus concernés lorsque nécessaire (faire venir l'ambulance pour un participant suicidaire, prévenir un centre de crise, etc.). Une entente préalable a été prise avec la participante, quand cela était possible. Si une situation de crise survenait, l'un des cliniciens présents au centre de traitement était alors consulté, préférablement avec l'accord préalable du participant.

De plus, les participantes ont été informées de leur possibilité de nous contacter par téléphone en cas de problèmes. En effet, nous sommes conscients que la méthodologie ambulatoire utilisée pouvait amener le sujet à certaines prises de conscience douloureuses et pénibles (l'évaluation des interactions potentielles avec le conjoint cinq fois par jour ainsi que de la consommation pourrait mettre en lumière certaines problématiques occultées jusqu'alors). Le numéro d'un service téléphonique offrant une intervention de crise ainsi qu'une liste de centres leur ont été systématiquement remis à la fin de la première rencontre.

#### **2.4 La confidentialité des données et leur conservation**

Il était rappelé aux participantes la confidentialité de leur participation et expliqué la procédure d'anonymisation des données recueillies. En effet, afin de préserver la confidentialité des participantes, une liste de leur nom, avec un numéro d'identité aléatoire était établie dès le premier contact. Cette liste a été préservée dans un fichier informatique protégé dont nous étions la seule détentrice du mot de passe. Ainsi, tous les dossiers n'affichaient que le code attribué à chacun des participantes. Toutes les informations (questionnaires, notes descriptives) ont été gardées ensemble, dans une pochette attribuée à une participante. Les pochettes des participantes ont été conservées ensemble dans la même section dans un coffre de sécurité au sein d'un local à accès restreint à l'Université de Montréal.

Les résultats des questionnaires et les données en vie quotidienne sont conservés dans un ordinateur et les dossiers sont encryptés et sauvegardés à l'aide d'un mot de passe nécessaire à la lecture, mais aussi nécessaire pour la modification du fichier. Seules les personnes responsables du projet sont autorisées à prendre connaissance de l'ensemble des

**résultats.**

### **3 Outils et mesures**

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons fait le choix d'outils visant spécifiquement à évaluer les variables cibles. Notre choix s'est également fondé sur les qualités métrologiques de chaque outil ainsi que sur le temps de passation (afin d'éviter des entretiens longs et une plus grande fatigue des participantes).

#### **3.1 Variables relatives aux caractéristiques individuelles (variables « inter-individuelles »)**

Les variables relatives aux caractéristiques individuelles ont été évaluées au cours des phases 1 et 3 du protocole d'étude. On trouvera en annexes (p.283 ; 321) l'ensemble des outils utilisés.

##### **3.1.1 Psychopathologie**

###### **3.1.1.1 Diagnostics des troubles mentaux**

En ce qui concerne l'évaluation des troubles mentaux, nous avons fait le choix d'évaluer toutes les participantes avec la version française du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI ; Lecrubier et al., 1997 ; Sheehan et al., 1998). Cet entretien structuré a pour avantage d'être de passation rapide (comparativement aux autres instruments diagnostiques tels que le CIDI) et modulable.

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) utilise les critères du DSM-IV (APA, 1994) pour permettre l'investigation des troubles sur l'axe I. Cet instrument a été développé pour permettre une brève évaluation des diagnostics actuels et de vie entière concernant 17 syndromes cliniques définis selon les critères du DSM-IV

(APA, 1994). Ces syndromes comprennent les troubles anxieux, de l'humeur, ceux liés à l'utilisation de substances et les troubles psychotiques. Dans le cadre de cette recherche, les modules suivants furent explorés : épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, manie, hypomanie, trouble panique, agoraphobie, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, phobie sociale, abus et dépendance aux substances (alcool et drogues), anxiété généralisée, troubles psychotiques. Parmi les troubles de personnalité (axe II du DSM-IV), seule la personnalité antisociale est évaluée. L'intégralité du MINI comprend 120 questions. C'est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément. Pour chaque trouble, on compte deux à quatre questions filtres permettant le dépistage des symptômes ; des questions supplémentaires sont posées permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné. La durée de passation est entre 15 à 25 minutes et le type de réponse proposé est oui/non. Selon les troubles étudiés, la sensibilité du MINI varie entre 0.45 et 0.96, la spécificité entre 0.86 et 1 et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0.43 et 0.90. Les qualités métrologiques du MINI sont particulièrement bonnes pour le diagnostic de dépression, des troubles maniaques, de l'agoraphobie, des troubles psychotiques et de l'état de stress post-traumatique (Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, Pardinielli et al., 2005). Les études de fidélité et de validité du MINI se sont avérées satisfaisantes avec le Composite International Diagnostic Interview, avec une fidélité inter-juges et une fidélité test-retest excellentes (Lecrubier et al., 1997 ; Sheehan et al., 1998).

### **3.1.1.2 Symptomatologie dépressive**

Pour évaluer la symptomatologie dépressive, nous avons choisi d'utiliser la version française de la CESD-S (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff,

1977; validation française de Fuhrer et Rouillon, 1989). Cet autoquestionnaire est composé de 20 items (sélectionnés à partir d'autres instruments d'évaluation déjà validés) exprimant des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. Un nombre restreint d'items a été choisi pour chacun des différents axes de la symptomatologie dépressive identifiés cliniquement et par analyses factorielles : humeur dépressive, sentiment de culpabilité, désespoir, ralentissement psychomoteur, perte d'appétit, troubles du sommeil. Cet auto-questionnaire est facile à remplir pour des participants de niveaux culturels variés. De plus, il a été testé sur des grands d'échantillons cliniques. Son intérêt réside essentiellement dans une approche dimensionnelle de la symptomatologie dépressive du sujet au cours des sept derniers jours. Il donne une indication sur l'intensité actuelle du sentiment dépressif, il n'évalue pas les manifestations pathologiques plus anciennes (Fernandez et al., 2005).

La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points : jamais/très rarement ; occasionnellement ; assez souvent ; fréquemment/tout le temps. Chaque réponse est cotée de 0 (jamais) à 3 (fréquemment) selon la fréquence des symptômes. Seize items traduisent des affects négatifs (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20). Les items 4, 8, 12 et 16 traduisent des affects positifs, pour éviter et/ou dépister des réponses trop systématiques. Ils sont codés de 0 (jamais) à 3 (fréquemment). L'intervalle des notes s'étend de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie dépressive élevée.

Dans les travaux de validation de la version française de cette échelle, Fuhrer et Rouillon (1989) suggèrent de retenir une note-seuil (témoignant d'une symptomatologie dépressive élevée) de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. La consistance interne s'avère très satisfaisante, le coefficient  $\alpha$  de Cronbach est de 0,85 chez des sujets de la

population générale et de 0.90 chez des patients psychiatriques. Cette échelle possède une bonne validité interne.

### 3.1.1.3 Anxiété-trait

Nous avons choisi d'évaluer l'anxiété-trait des participants par la sous-échelle trait du questionnaire d'autoévaluation de l'anxiété de Spielberger, (State-Trait Anxiety Inventory, STAI forme Y, Spielberger, 1983 ; version française de Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993). Ce questionnaire est le plus utilisé actuellement et le plus valide pour évaluer cette dimension est le S.T.A.I.-Y de Spielberger et al. (1983) et il permet d'estimer les sentiments d'appréhension, la nervosité, la tension et l'inquiétude qu'une personne ressent en général.

Pour chacun des 20 items constituant le questionnaire, le sujet est invité à indiquer ce qui correspond le mieux à ce qu'il ressent de manière habituelle en se servant d'une échelle de Likert à 4 points : 1, presque jamais ; 2, parfois ; 3, souvent ; 4, presque toujours. Chaque réponse correspond à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété et 4 le plus fort. On obtient alors un score total se situant entre 20 (minimum) et 80 (maximum).

Les items 2, 4, 5, 8, 11, 12, 15, 17, 18 et 20 sont cotés de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours). Les items 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, et 19 sont cotés de 4 (presque jamais) à 1 presque toujours. Le score obtenu indique le niveau d'anxiété-trait global du sujet.

Le STAI forme Y a été traduite et validée en français par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993). Le coefficient de fidélité (test-retest) pour le score d'anxiété-trait est de .85. Une structure bifactorielle (Trait/État) stable a été obtenue (Bruchon-Schweitzer &

Paulhan, 1993). La validité externe concourante a été testée avec l'Échelle d'Anxiété de Catell (version éditée par E.C.P.A., 1962) et l'E.P.I d'Eysenck (E.C.P.A., 1971, formes A et B). Les relations entre les échelles du STAI-Y et les autres échelles mesurant des troubles de la sphère émotionnelle sont toutes significatives. Les relations plus élevées concernent l'anxiété-Trait et les scores totaux : névrosisme d'Eysenck (0,67) ; anxiété totale de Catell (0,72). Ces corrélations très élevées témoignent d'une bonne validité externe concourante de l'adaptation française du STAI-Y.

### **3.1.2 Qualité de la relation conjugale : Échelle d'ajustement dyadique**

Pour évaluer les modalités de la relation avec le partenaire amoureux, nous avons sélectionné l'Échelle d'ajustement dyadique (EAD). L'EAD (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986) est la version française du Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976). Cet outil est largement utilisé en thérapie de couple pour évaluer la qualité de la relation avec le conjoint.

Spanier a développé son instrument à partir de la conception qu'il se fait de l'ajustement comme d'un processus qui évolue sur un continuum : l'ajustement dépend de divers facteurs comme les différences non assumées dans le couple, les tensions intra et interpersonnelles, la satisfaction, la cohésion et le consensus sur des aspects jugés importants par l'un et/ou l'autre partenaire(s). Il en ressort qu'il considère l'ajustement comme un état plutôt qu'un trait (Baillargeon et al., 1986). Les items choisis sur son échelle évaluent donc des « événements, des circonstances, des interactions qui évoluent sur un continuum » (Spanier, 1976, p.17, cité par Baillargeon et al., 1986).

Cet autoquestionnaire permet d'évaluer l'ajustement des conjoints. L'échelle comprend 32 items mesurant quatre aspects de l'ajustement dyadique : le consensus,

l'expression affective, la satisfaction et la cohésion. La somme de tous les items donne un score global correspondant à un indice de satisfaction conjugale. Il peut varier de 0 à 151 où 0 correspond à un très bas niveau et 151, à un très haut niveau de satisfaction conjugale. L'obtention d'un score de 100 ou moins à cet instrument constitue un indicateur de détresse conjugale. Ce point de césure permet de catégoriser les couples ayant une relation conjugale satisfaisante et ceux ayant une relation conjugale insatisfaisante. Le temps de passation est compris entre 7 à 10 min.

La fidélité de l'instrument, établie à l'aide du coefficient de Cronbach, révèle un degré de consistance interne suffisamment élevé pour les quatre sous-échelles (0,82 ; 0,61 ; 0,85 et 0,79) et pour l'échelle totale (0,91). La validité convergente et discriminante des versions anglaises (Filsinger & Wilson, 1983 ; Spanier, 1976 ; Spanier & Thompson, 1982) et française (Baillargeon et al., 1986 ; Sabourin, Lussier, Laplante & Wright, 1990) ont été démontrées dans de nombreuses recherches et se révèlent de bonnes qualités.

### **3.1.3 Évaluation de la consommation de substances psychoactives du partenaire amoureux**

Pour rendre compte de la consommation de substances (alcool et drogues) du conjoint, nous avons retenu l'évaluation faite par chaque participante de la consommation de son partenaire. Les questions posées ont permis de renseigner la fréquence, la quantité et le type de substances consommées. Cette méthode a l'avantage de ne pas complexifier le protocole en ayant la nécessité de contacter le conjoint. De plus, il s'avère que la qualité des informations rapportées par les épouses sur la consommation de substances du conjoint est fiable et est recommandée dans la documentation scientifique (Sobell, Agrawal & Sobell, 1997).

### **3.1.4 Violence conjugale et antécédents d'abus sexuels**

Nous avons utilisé des questions issues du projet GENACIS (Gender, Alcohol, and Culture: An International Study) pour dépister la présence de violence physique au sein du couple et d'abus sexuels sur toute la vie.

La traduction française a été assurée par les responsables de l'équipe canadienne (Pr. Andrée Demers, GRASP ; Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention). Les questions du GENACIS (section victimisation) sont issues d'outils validés tel que le Revised Conflict Tactic Scale (CTS2 ; Strauss, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996).

Les questions visaient à évaluer la fréquence des gestes physiques dans les 24 mois derniers, le geste le plus violent commis par le partenaire, l'état émotionnel de la participante au moment du geste physique, la consommation de substances psychoactives au moment cette scène et le recours éventuel à des soins médicaux. Les mêmes questions étaient également posées pour explorer la violence féminine à l'égard du conjoint. Les abus sexuels pendant l'enfance et à l'âge adulte étaient également recensés.

## **3.2 Variables de la vie quotidienne (variables « intra-individuelles »)**

On trouvera en annexes (p.268) l'ensemble des questions dans l'ordre d'apparition sur l'interface de l'ordinateur de poche.

### **3.2.1 Craving**

À chaque signal émis par l'ordinateur de poche, les craving sont évalués. Les questions sont adaptées du Questionnaire of Alcohol Urges (Bohn, Krahn, & Stahler, 1995).

Une question filtre permet de savoir si les participantes ont fait l'expérience d'un craving depuis le dernier signal: « Depuis le dernier signal, avez-vous eu vraiment envie de consommer des substances ? Oui/Non ». Si elles répondent «oui» à cette première question, l'intensité de l'envie de consommer est évaluée sur une échelle de type Likert en 8 points : de 1 (faible envie depuis le dernier signal) à 8 (extrêmement envie). Si les participantes répondent ne pas avoir fait l'expérience d'un craving, cette variable sera cotée 0. Il est également demandé à la participante de faire un choix de la substance pour laquelle elle a eu le plus d'appétence depuis le dernier signal : vin, bière, alcool fort, cocktail, tabac, cannabis ou marijuana, cocaïne, héroïne, ecstasy, amphétamines, LSD, solvants, poppers, autre (préciser). Nous avons construit une variable d'intensité de craving allant de 0 (pas de craving) à 8 (craving intense), quelle que soit la substance désirée.

### **3.2.2 Consommation de substances**

A chaque entretien électronique, il est demandé aux participantes de faire état de leur consommation de substances depuis le dernier signal. Le type de substances, la quantité et le mode de consommation sont consignés. La participante a la possibilité d'indiquer si plusieurs substances ont été consommées dans cet intervalle de temps. Il a été précisé (à l'aide d'un support visuel) aux participantes au moment de la phase de familiarisation avec l'ordinateur de poche la quantité d'alcool correspondant à une consommation-standard et l'équivalence entre chaque boisson alcoolisée (en fonction de la taille des canettes de bière et du degré d'alcool pour chacune par exemple). Cette information est également reprise sur le livret d'information qui les accompagne durant la semaine avec l'ordinateur de poche. Cet entraînement permet d'avoir une indication «standardisée» de la quantité consommée de boissons alcoolisées. Pour la cocaïne, une

dose-standard est 1/4 g et pour l'héroïne, une dose-standard est un point.

### 3.2.3 Interactions avec le conjoint

Afin d'évaluer la nature des interactions avec le conjoint, nous avons sélectionné le Rochester Interaction Record (RIR ; Reis & Wheeler, 1991) dont nous avons effectué la traduction en français. Cet outil a été spécialement développé pour évaluer et caractériser les patrons d'interactions sociales dans la vie quotidienne. Les auteurs définissent une interaction sociale de la façon suivante : « N'importe quelle situation impliquant deux personnes ou plus dans laquelle le comportement d'une personne répond à celui d'une autre. Une conversation est le plus évident exemple d'une interaction. Être en présence d'une autre personne n'est pas suffisant en soi. Par exemple, regarder la télévision et ne pas parler à la personne à côté de soi n'est pas une interaction. N'importe quelle situation sociale qui implique une réponse mutuelle peut être prise en considération (Reis & Wheeler, 1991, p. 258) ». Dans le cadre de cette recherche, le RIR est uniquement centré sur les interactions avec le conjoint. Les interactions face à face ou au téléphone sont prises en considération.

La définition d'une interaction est clairement précisée aux participantes pendant le temps de familiarisation avec la méthode EMA. Une question filtre évalue si, depuis le dernier signal, les participantes ont eu une interaction avec leur conjoint. Si elles répondent par l'affirmative, le RIR peut être complété sur l'écran de l'ordinateur de poche. Quatre dimensions du RIR ont été conservées : le dévoilement émotionnel et cognitif de soi, le dévoilement émotionnel et cognitif du partenaire amoureux, l'intimité et la satisfaction de l'interaction. A ces quatre dimensions, nous en avons ajouté trois : le soutien perçu, le soutien donné et le niveau de conflits, de désaccord.

Chaque dimension se présente sous la forme d'une phrase à la première personne, par exemple : « J'ai dévoilé mes sentiments et mes pensées à mon partenaire ». Il est demandé aux participantes de donner leur degré d'accord avec chaque proposition sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (pas ou peu d'accord) à 7 (très en accord).

Le RIR est essentiellement une approche microanalytique. Il permet l'étude des patrons agissant dans une interaction sociale en se focalisant en détail sur les éléments la constituant. Cette stratégie a été régulièrement utilisée dans les études se fondant sur l'observation de dyades conjugales ou amicales. L'utilisation d'auto-évaluation pour circonscrire une interaction s'avère plus rare.

Cet outil s'inscrit dans une perspective naturaliste. Il vise à saisir les «petits» événements de la vie quotidienne et se centre spécifiquement sur l'interaction sociale. Il est modulable : en fonction des questions de recherche, les auteurs précisent que des questions supplémentaires peuvent être rajoutées. De nombreuses études ont permis de souligner l'intérêt de cet outil dans l'analyse des interactions sociales (Gable, Reis, Impett, Asher, & Evan, 2004 ; Gable, Reis & Elliot, 2000 ; Laurenceau, Feldman Barrett & Pietromonaco, 1998 ; Tidwell, Reis & Shaver, 1996 par exemple).

### **3.2.4 Impact des tracas quotidiens**

Pour connaître la nature des tracas quotidiens susceptibles d'affecter les participantes entre deux signaux, nous avons utilisé le répertoire d'événements de vie mineurs construit par Zutra Guarnaccia, et Dohrenwend (1986). Douze domaines, correspondant aux événements de vie mineurs les plus fréquemment rencontrés dans la vie quotidienne, sont proposés au choix : Famille, Éducation, Travail, Loisirs, Maison, Santé/Maladie, Relations non familiales, Rapports avec la justice, Religion/Spiritualité,

Transports, Finances, Autre (précisez votre réponse).

L'impact de la catégorie de tracas sélectionnée était auto-évalué sur une échelle de type Likert en 7 points : de 1 (peu ou pas d'impact négatif) à 7 (impact extrêmement négatif). Nous nous sommes plus particulièrement intéressées aux événements de nature interpersonnelle (correspondant aux catégories Famille, Relation non familiales). L'évaluation d'un impact négatif à un événement de cette nature traduit l'existence d'un conflit, d'une tension dans les relations interpersonnelles. Nous avons défini une variable dichotomique regroupant les tracas d'origine interpersonnelle (Famille, Relations non familiales ou Autre dont le contenu a été recodé).

### 3.2.5 Émotions

Pour évaluer l'intensité des émotions présentes ressenties par la personne, nous avons utilisé une adaptation du Eight Factor Mood Circumplex de Larsen et Diener (1992). Cet outil permet d'évaluer les émotions en fonction de leur valence agréable ou désagréable (*hedonic tone*) ainsi que du haut ou bas niveau d'activation (*arousal tone*) qu'elles génèrent. Nous avons sélectionné 8 items: actif, heureux, détendu, triste, nerveux, calme, ennuyé, avoir de l'entrain. Chaque item reprend une des huit dimensions de l'outil original. Ce modèle a pour intérêt de définir les émotions de façon bidimensionnelle. Ainsi, par exemple, l'affect de nervosité (ou d'anxiété) se caractérise par un haut niveau de déplaisir et un haut niveau d'activation (Affleck, Apter, Tennen, Reisine, Barrows, et al., 2000). Au moment de chaque entretien électronique (c'est-à-dire après l'émission d'un signal sonore et la mise en route de l'ordinateur de poche), il est demandé aux participantes d'évaluer l'intensité de chaque sentiment actuel en se servant d'une échelle de Likert à 5 points: de 0, pas du tout ; à 4, extrêmement.

## **4 Définition des variables**

Les objectifs de cette étude visent à comprendre le déclenchement d'une envie de consommer (craving) et du recours à la consommation de SPA dans une perspective longitudinale. Trois types d'analyse seront effectués entre les variables relatives aux caractéristiques individuelles et les variables de la vie quotidienne :

1. Effet direct des caractéristiques individuelles (variables sociodémographiques, variables psychopathologiques, satisfaction conjugale, par exemple) sur les variables dépendantes en vie quotidienne (intensité du craving ou épisodes de consommation de substances) ;

2. Effet direct des variables de la vie quotidienne (variables intra-individuelles telles que les émotions et les interactions conjugales) sur les variables dépendantes de la vie quotidienne (intensité du craving ou épisodes de consommation de substances) ;

3. Modèle complexe testant les effets de certaines variables inter-individuelles (variables psychopathologiques, sociodémographiques, de couple par exemple) et intra individuelles (émotions et nature de l'interaction conjugale en vie quotidienne) sur les variables dépendantes (intensité du craving et épisodes de consommation).

### **4.1 Variables dépendantes de la vie quotidienne**

Deux variables dépendantes cibles sont explorées : les variables relatives à l'envie de consommer (intensité du craving) expérimentée par la personne et les variables relatives aux épisodes de consommation en vie quotidienne.

### **4.1.1 Craving**

Nous avons construit une variable d'intensité du craving quelle que soit la substance qui déclenche le craving. C'est une variable continue cotée de 0 : aucun craving à 8 : craving intense. L'envie de consommer du tabac a été extraite de la construction de cette variable.

### **4.1.2 Consommation de substances psychoactives**

Nous avons construit une variable de consommation rendant compte d'un épisode de consommation plutôt que du type de substances consommé dans le même épisode. Les participantes en majorité polytoxicomanes vont être amenées à consommer plusieurs produits dans le même intervalle de temps. Nous avons choisi de nous focaliser sur la présence ou non d'un épisode de consommation depuis le dernier signal. Nous avons pris le parti de nous intéresser à l'épisode de consommation et non à la substance consommée prioritairement ou la séquence temporelle de consommation dans cet intervalle de temps (épisode de monoconsommation versus épisode de polyconsommation). Il faut préciser que, dans un même moment de consommation, si plusieurs substances sont rapportées (comme de l'alcool et du cannabis par exemple), un seul épisode sera comptabilisé. Cette variable est dichotomique : codée 0 (pas de consommation depuis le dernier signal) et 1 (consommation d'une ou plusieurs substances depuis le dernier signal). La consommation de tabac est exclue du codage de la variable.

## **4.2 Variables prédictrices de la vie quotidienne**

### **4.2.1 Nature de l'interaction avec le partenaire**

Chaque dimension (dévoilement de soi, dévoilement du conjoint, intimité, soutien perçu, soutien donné, niveau de conflit, satisfaction) décrivant l'interaction avec le partenaire depuis le dernier signal a été évaluée sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (peu de présence de cette dimension) à 7 (présence importante de cette dimension). Chacune de ces dimensions représente une variable indépendante qui sera un des prédicteurs dans le modèle. La moyenne de l'intensité de chaque dimension sera calculée en ne tenant compte que des moments où une interaction s'est produite avec le partenaire amoureux.

### **4.2.2 Intensité des émotions en vie quotidienne**

L'intensité des émotions éprouvées à chaque signal est évaluée sur une échelle de type Likert de 0 à 4. Chaque émotion sera analysée dans le modèle comme une variable continue allant de 0 à 4.

## **4.3 Variables prédictrices relatives aux caractéristiques individuelles (variables « inter-individuelles »)**

Afin d'évaluer le rôle des facteurs distaux sur l'intensité du craving et la consommation de substances, ainsi que leur influence sur les relations entre les variables intra-individuelles (émotions, interactions conjugales, impact des tracasseries interpersonnelles, craving, consommation), nous avons recodé les variables inter-individuelles afin de pouvoir les intégrer dans des modèles multiniveaux. On trouvera dans le tableau 4 une synthèse du recodage des variables utilisées.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif du codage des variables inter-individuelles

<b>Variables indépendantes</b>	<b>Opérationnalisation de la variable</b>	<b>Codage de la variable</b>
Symptomatologie dépressive	STAI-Y	Variable continue de 20 à 80
Anxiété-trait	CEDS	Variable continue de 0 à 60
Troubles anxieux actuels	MINI	Variable dichotomique : 0/1
Troubles de l'humeur actuels	MINI	Variable dichotomique : 0/1
Satisfaction conjugale	EAD (score total)	Variable continue de 0 à 151
Présence de violence conjugale sur les 24 derniers mois	Questions du GENACIS : construction d'une variable de présence d'un geste physique de la part du conjoint dans les 24 derniers mois	Variable dichotomique : 0/1
Antécédents d'abus sexuel	Questions du GENACIS: construction d'une variable d'abus sur la vie	Variable dichotomique: 0/1
Consommation de substances psychoactives du partenaire amoureux	Consommation problématique de substances ou d'alcool	Variable nominale à 3 catégories : 0 : pas de problème 1 : Problème d'alcool 2 : Problèmes d'alcool et de drogues

## 5 Plan d'analyse

### 5.1 Récupération des données

La récupération des données de la vie quotidienne sur ordinateur PC se fait par l'intermédiaire d'une station d'accueil. Les bases de données sont alors converties au format Microsoft Excel afin de pouvoir être exploitées. Elles sont ensuite transférées dans le logiciel SPSS (version 11.5). Les variables obtenues ont alors fait l'objet de recodage nécessaire pour les analyses.

## **5.2 Stratégies d'analyse des données**

L'objectif de nos analyses était tout d'abord de décrire l'expérience individuelle (intra-sujet) relative aux épisodes de consommation de substances, à l'intensité du craving, aux émotions éprouvées et aux interactions amoureuses expérimentés par la personne dans la vie quotidienne. Ces données ont été évaluées cinq fois par jour pendant une semaine. Dans un deuxième temps, il nous fallait tenir compte des effets différentiels de ces variables selon la symptomatologie dépressive, l'anxiété-trait, la présence de troubles anxieux et de l'humeur, l'ajustement conjugal, les antécédents d'abus sexuels et de violence conjugale des participantes évaluées rétrospectivement en une évaluation unique au cours de la première et de la troisième phase de l'étude (variations inter-individuelles). On a donc des mesures répétées d'une même variable pour un individu (par exemple, les occasions de consommer des substances au cours de la semaine) permettant de mettre en évidence la variabilité de l'expérience quotidienne et des mesures uniques pour des variables rendant compte d'une dimension psychologique (par exemple le fait de présenter ou non un diagnostic de troubles anxieux actuel) ou environnementale (avoir ou non un partenaire faisant un usage abusif de substances). Par conséquent, la structure des données recueillies est dite hiérarchique. Les variables de niveau intraindividuel sont «nichées» au niveau individuel. Le fait de ne pas tenir compte de la nature hiérarchique des données (en traitant l'ensemble des observations à un niveau unique) conduit à des erreurs statistiques et conceptuelles et donc des inférences erronées (Diez-Roux, 1998 ; Hox, 2002).

Les récents développements de techniques statistiques appropriées (analyses multi-niveaux) ont permis d'éviter ce type d'erreurs inférentielles. Dans cette approche théorique et méthodologique, les unités d'analyse (au niveau des individus et intra individuelles) peuvent ainsi être examinées dans une structure hiérarchique (Kairouz, Glikman, Demers,

& Adlaf, 2002). Pour ce faire, nous avons utilisé des modèles linéaires hiérarchiques (logiciel HLM ; Bryk & Raudenbush, 2001). Compte tenu de la nature des variables que nous allons tester, nous utiliserons des modèles de régressions logistiques (modèle de type Bernoulli) pour données répétées (variable binaire : consommation de substance oui/non) ou bien des modèles linéaires pour données répétées (variable continue : intensité du craving).

### **5.3 *Modèle d'analyse HLM***

#### **5.3.1 Types de modèle**

Les analyses effectuées ont été de trois types pour chaque hypothèse. Dans un premier temps, l'influence des variables de niveau 2 (variables inter-individuelles) sur les variables dépendantes de niveau 1 (variables intra-individuelles en vie quotidienne : occasions de consommation ou intensité du craving) a été testé. Les analyses effectuées sont de type « means as outcome » (prédiction des effets sur la moyenne). Dans un second temps, nous avons testé l'influence de certaines variables de niveau 1 (intensité des affects et dimensions de l'interaction conjugale) sur les variables dépendantes de niveau 1 (occasions de consommation et intensité du craving) dans une perspective longitudinale. Ces analyses sont de type « random coefficient model ». Dans un troisième temps, nous avons testé la façon dont les variables de niveau 2 peuvent influencer l'organisation des variables de niveau 1 (force du lien entre les occasions de consommer des substances et les interactions conjugales, par exemple). Pour ce faire, nous avons fait des analyses « intercept and slopes as outcomes variables ».

### 5.3.2 Équations

Nous présentons ici un exemple des équations testées qui correspond à une analyse « intercept and slopes as outcomes ».

$$\text{Occasion de consommer}_{(i+1)j} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{Etat affectif}_i) + r_{ij}$$

Où «Occasion de consommer<sub>(i+1)j</sub>» rend compte de la fréquence d'occurrence d'une occasion de consommer évaluée plusieurs fois par jour, au moment de l'observation  $i+1$  pour la personne  $j$ , l'intersection  $\beta_{0j}$  est la fréquence moyenne des occasions quotidiennes de consommation et la pente  $\beta_{1j}$  est le score de l'état affectif au moment de l'observation précédente ( $i$ ) de la personne  $j$  et  $r_{ij}$  est le terme d'erreur associée au moment de l'observation  $i$  de la personne  $j$ .

Les intersections et les pentes pour l'individu  $j$  peuvent être prédites au niveau 2 par les équations suivantes:

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{Age}_j) + \gamma_{02}(\text{STAI}_j) + \gamma_{03}(\text{CESD}_j) + u_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{11}(\text{Age}_j) + \gamma_{12}(\text{STAI}_j) + \gamma_{13}(\text{CESD}_j) + u_{1j}$$

Où  $\gamma_{00}$  est l'intersection générale ;  $\gamma_{01}$  à  $\gamma_{03}$  représentent l'effet de l'âge, du trait anxieux, de la symptomatologie dépressive sur  $\beta_{0j}$  ;  $u_{0j}$  est le résiduel.

Où  $\gamma_{10}$  est l'effet principal du score de l'état affectif sur la fréquence des occasions de consommer de la prochaine évaluation ;  $\gamma_{11}$  est l'effet principal de l'âge de l'individu sur le lien « état affectif à l'évaluation » précédant l'occasion de consommer et occasion de consommer ;  $\gamma_{12}$  est le terme d'interaction entre l'âge et le score de l'état affectif ;  $\gamma_{13}$  est le terme d'interaction entre le trait anxieux et le score de l'état affectif ;  $\gamma_{14}$  est le terme d'interaction entre la symptomatologie dépressive et le score de l'état affectif  $u_{1j}$  est le terme d'incrément associé à l'individu  $j$ .

## **PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS**

## **1 Description de l'échantillon**

Cent vingt cinq personnes ont souhaité participer à cette étude. Parmi les volontaires potentiels, 40 ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Le protocole de l'étude a été présenté au téléphone à 85 personnes. Deux femmes ont refusé de participer. Quatre vingt trois participantes ont commencé l'étude et trois ont souhaité arrêter pendant la semaine de recueil de données en vie quotidienne, jugeant le port de l'ordinateur de poche incompatible avec leur activité professionnelle. L'échantillon final ayant complété l'ensemble du protocole est composé de 80 femmes présentant les critères diagnostiques de la dépendance aux substances. Nous nous attacherons à décrire dans un premier temps les résultats des données cliniques et démographiques (niveau interindividuel) puis ceux issus des données en vie quotidienne (niveau intraindividuel).

### **1.1 Données cliniques et démographiques**

Plusieurs catégories de données cliniques ont été recueillies au cours des phases 1 et 3 de la procédure de recherche. Les données relevant de la dimension psychopathologique individuelle des participantes vont être présentées dans un premier temps. Il s'agit en particulier des diagnostics d'abus, de dépendance aux substances psychoactives ainsi que d'autres troubles sur l'axe I ayant fait l'objet d'une évaluation. La symptomatologie dépressive actuelle ainsi que l'anxiété-trait ont également été évaluées. Les antécédents d'abus sexuels ont été pris en compte. Les données interpersonnelles relevant de la dynamique du fonctionnement conjugal ainsi que celles portant sur les modalités de consommation de substances du partenaire amoureux sont présentées dans un second temps.

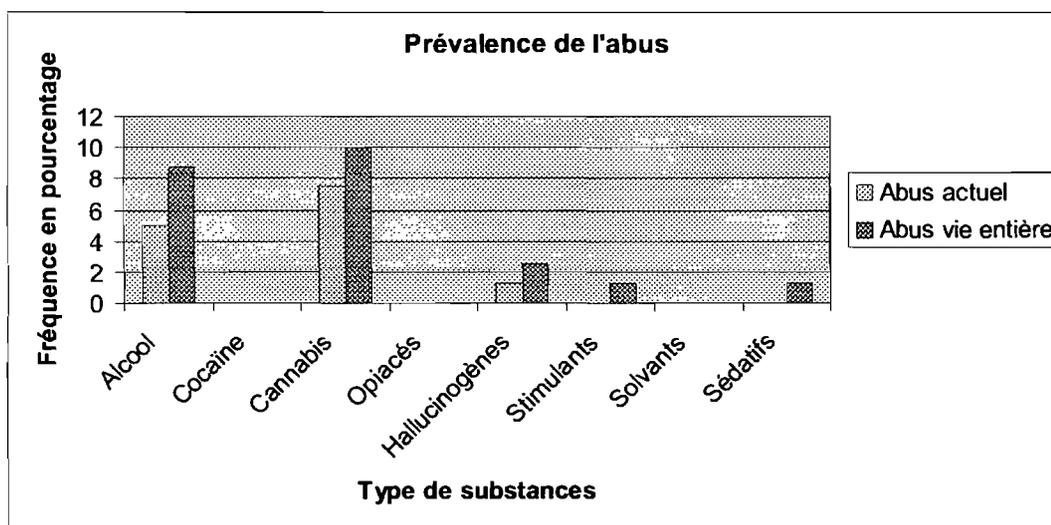
## 1.1.1 Données psychopathologiques

### 1.1.1.1 Troubles liés aux substances

#### 1.1.1.1.1 Diagnostic d'abus aux substances

Pour ce qui a trait à un diagnostic exclusif d'abus de substances (figure 4), on constate que le cannabis, l'alcool et les hallucinogènes sont les substances dont l'usage pathologique est le plus fréquemment rapporté. Les participantes rapportent une fréquence d'abus actuel au cannabis dans 7,5% des cas (10% vie entière). Pour l'alcool, le diagnostic d'abus actuel est posé dans 5% des cas (8,8% vie entière) et pour les hallucinogènes, la fréquence est de 1,3% pour l'abus actuel (2,5% vie entière).

Figure 4 : Prévalence de l'abus aux substances

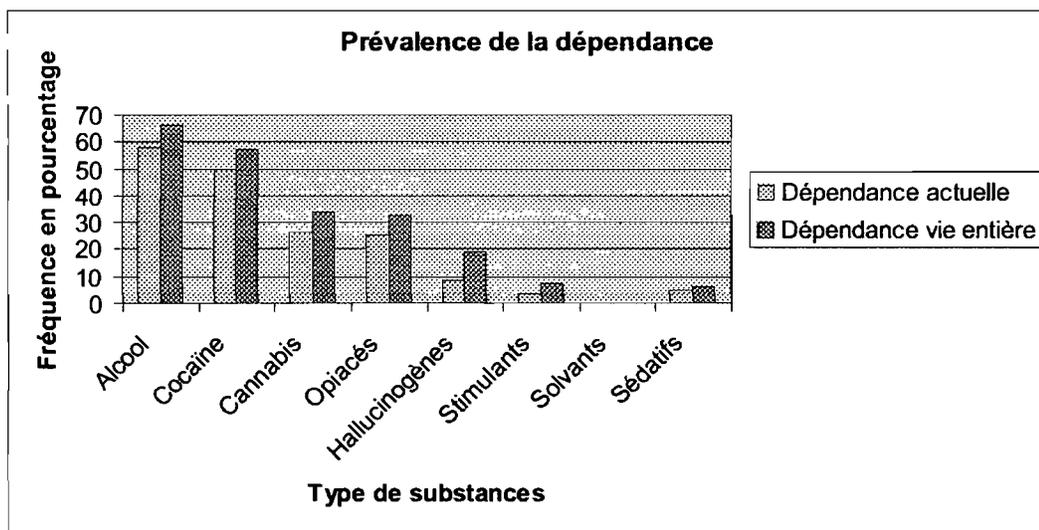


#### 1.1.1.1.2 Diagnostic de dépendance aux substances

Pour ce qui a trait à la dépendance (figure 5), on constate que les substances amenant le plus fréquemment ce type de diagnostic sont l'alcool, la cocaïne, le cannabis et les opiacés. Il faut rappeler que les participantes sont sélectionnées sur la base de ce constat d'un diagnostic actuel de dépendance à une substance quelle qu'elle soit. Les participantes

présentent un diagnostic de dépendance alcoolique actuelle dans 57,5% des cas (vie entière 66,3%). Le diagnostic de dépendance actuelle pour la cocaïne peut être posé dans 50% (vie entière 57,5%). Au moment de l'évaluation, 26,3% des participantes sont dépendantes aux cannabinoïdes (vie entière 33,8%). Le diagnostic de dépendance actuelle aux opiacés est posé dans 25% des cas (vie entière 32,5%). Il nous semble nécessaire de préciser que les patientes incluses dans un programme de maintien à la méthadone depuis au moins 12 mois et ne rapportant aucune consommation d'autre(s) opiacés dans cette fenêtre temporelle n'ont pas été diagnostiquées comme présentant un diagnostic de dépendance actuelle aux opiacés. Dans ce cas précis, la dépendance aux opiacés a été évaluée comme passée.

Figure 5 : Prévalence de la dépendance aux substances



#### 1.1.1.1.3 Un échantillon principalement polytoxicomane

On constate, dans notre échantillon, que 46,3% des participantes présentent un diagnostic de dépendance actuelle pour une substance contre 53,7% atteignant les critères diagnostiques de la dépendance pour au moins deux substances psychoactives. Au cours de

la vie, 71,2% de l'échantillon a présenté plusieurs dépendances aux SPA concomitantes ou en série et/ou présente une polydépendance actuelle aux SPA (cf. tableau 5).

*Tableau 5 : Pourcentages de la dépendance à une substance et plus d'une substance*

	Trouble actuel	Trouble vie entière
Dépendance à une seule SPA	46.3%	28.8%
Dépendance à plusieurs SPA	53.7%	71.2%

Parmi les participantes ayant un seul diagnostic de dépendance actuelle (n = 37), la substance problématique est principalement l'alcool (51,4%), la cocaïne (24,3%), les opiacés (13,5%) et le cannabis (10,8%). Parmi les personnes présentant au moins deux diagnostics de dépendance (n=43), nous avons mis en évidence les combinaisons de substances consommées concomitamment le plus fréquemment. Les participantes sont conjointement dépendantes de l'alcool et de la cocaïne dans 32,6% des cas et de l'alcool et du cannabis, dans 14% des cas. La troisième association la plus fréquente est la cocaïne et l'héroïne dans 14% des cas également.

On peut conclure de l'analyse de ces données que les participantes à cette étude présentent très clairement une problématique de dépendance aux substances. Les substances de choix sont principalement : l'alcool, la cocaïne, le cannabis et les opiacés. L'alcool et le cannabis sont principalement consommés dans une problématique d'abus (avec des critères d'altérations psychiques et sociales moins élevés que dans la dépendance). L'abus est cependant plus l'exception que la règle. Il apparaît également que plus de la moitié de l'échantillon est dépendant d'au moins deux produits.

### 1.1.1.2 Concomitance des troubles

Nous constatons dans le tableau 6, que 16,3% des participantes atteignent les critères diagnostiques d'au moins un trouble de l'humeur actuel. Dans ce sous-groupe, 53,8% ont au moins un double diagnostic de dépendance aux SPA par rapport à 46,2% ne présentant qu'un seul diagnostic de dépendance. En outre, 35% des participantes atteignent les critères diagnostiques d'un trouble anxieux actuel avec une répartition très proche de celle des participantes avec une problématique de dépendance et un trouble de l'humeur (53,6% des sujets anxieux sont dépendants à plusieurs substances contre 46,4% de ces sujets sont dépendants à un seul produit).

Il apparaît ainsi que 42,5% de notre échantillon présentent un trouble actuel sur l'axe I (troubles anxieux et/ou troubles de l'humeur évalués dans ce protocole) concomitant à la dépendance aux SPA (8,8% des participantes présentent à la fois un trouble anxieux et un trouble de l'humeur actuels concomitants au diagnostic de dépendance actuelle).

*Tableau 6 : Diagnostics des troubles psychiatriques (vie entière, actuel) dont principalement les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Axe I du DSM-IV)*

Axe I		
	Actuel (%)	Vie entière (%)
Épisode dépressif majeur	10	73,8
Dysthymie	3,8	–
Hypomanie	1,3	20
Manie	1,3	20
<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>16,3</b>	<b>86,3</b>
Trouble panique	7,5	42,5
Agoraphobie	16,3	37,5
Trouble panique sans agoraphobie	6,3	–
Trouble panique avec agoraphobie	1,3	–

Trouble obsessionnel compulsif	8,8	16,3
État de stress post-traumatique	10	25
Anxiété généralisée	28,8	41,3
<b>Troubles anxieux</b>	<b>35</b>	<b>68,2</b>
<b>Axe II</b>		
Personnalité antisociale	17,5	

### 1.1.1.3 Anxiété-trait et symptomatologie dépressive

Les normes françaises établies par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993) pour le score d'anxiété-trait de 200 adultes révèlent que le score moyen pour les femmes est de 45,06 (E.T = 11,11). L'échantillon de notre étude présente un score moyen d'anxiété-trait de 50,05 ([32-71] ; E.T = 9,49). Ce score est significativement supérieur à celui des normes françaises (Test T de Student sur échantillons indépendants ;  $t = - 3, 77$ ).

En ce qui concerne l'intensité de la symptomatologie dépressive, on constate que la moyenne est de 22,36 pour cet échantillon. Le seuil habituellement considéré comme témoignant d'une symptomatologie dépressive est de 23 pour les femmes (Fuhrer et al., 1985). Notre échantillon est très légèrement en dessous de ce seuil fixé. Ce score est significativement inférieur à celui des normes féminines françaises (Test T de Student sur échantillons indépendants ;  $t = - 7,40$ ).

### 1.1.1.4 Antécédents d'abus sexuel

Près de 70% (68,8%) des participantes ont été agressées sexuellement au moins une fois au cours de leur vie. On se tiendra ici à la définition de l'agression sexuelle donnée par le Code Pénal, à savoir toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (Article 222-22). Environ 56% (56,3%) de l'échantillon a subi un abus sexuel avant 16 ans et 43,8% a subi un abus sexuel après 16 ans. En outre, on constate que 55,6%

des femmes ayant été abusées avant 16 ans l'ont été à nouveau à l'âge adulte.

## **1.1.2 Données interpersonnelles : consommation du conjoint et nature de la relation amoureuse**

Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire les résultats concernant la consommation de substances du conjoint ainsi que certaines modalités de fonctionnement de la relation conjugale. L'ensemble de l'échantillon a un partenaire amoureux (critère d'inclusion) depuis au moins six mois. Plus de la moitié des participantes vit avec son conjoint (56,3%).

### **1.1.2.1 Consommation de substances psychoactives du conjoint**

#### **1.1.2.1.1 Type de consommation**

Il était demandé aux participantes de rapporter la consommation de leur conjoint. Il est rapporté que 77,5% des partenaires amoureux ont une consommation problématique et/ou font un usage non médical de drogues.

#### **1.1.2.1.2 Quantité de substances consommées, fréquence de consommation et type de SPA**

Chez les femmes qui ont des partenaires ne faisant pas de consommation abusive d'alcool ou de drogues (22 conjoints sur 80, soit 27,5% de l'échantillon), 27,5% des conjoints n'ont pas consommé de boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois et 77,3% n'ont pas consommé de drogues dans le même intervalle de temps. Cinquante pourcent des consommateurs d'alcool boivent entre un à quatre jours par semaine et la quantité d'alcool bu par occasion va de une à deux consommations standard pour la moitié

de ce sous-groupe et de trois à cinq consommations standard pour 43,8% des buveurs. Chez les usagers de drogues (n = 5), la principale substance d'usage est le cannabis pour 80% (n = 4) d'entre eux et un seul conjoint est un polyconsommateur (cannabis + cocaïne). La fréquence de consommation est de un à trois jours par semaine pour 40% des usagers et inférieure à une fois par mois pour 40%. Un seul conjoint est un consommateur quotidien. Soixante pourcent de ces usagers de SPA consomment entre une à deux doses par occasion de consommation et 40% de ces usagers consomment entre trois à cinq doses.

*Chez les partenaires avec consommation problématique* (58 conjoints sur 80 soit 77,5% de l'échantillon), 55,2% ont des problèmes d'alcool, 75,9% ont des problèmes de drogues et 31% présentent une double problématique alcool-drogues. Quarante-cinq pourcent (44,8%) de ces consommateurs consomment de l'alcool entre trois-quatre fois par semaine à tous les jours. Parmi ces consommateurs, 46,5% d'entre eux consomment plus de six consommations standard d'alcool en moyenne par occasion de consommation. Plus de 43% (43,1%) consomment des drogues tous les jours. Les principales drogues d'usage sont : le cannabis, la cocaïne et l'héroïne (par ordre de fréquence). Plus de 27% (27,6%) sont des polyconsommateurs de drogues (cocaïne ou héroïne et une autre SPA associée autre que l'alcool). La quantité moyenne de drogues consommées par jour par le conjoint est de une à deux doses pour 12,1% des conjoints ayant une consommation de SPA problématique, de trois à cinq doses pour 39,7% de ces mêmes participantes et 20,7% de ces partenaires consomment entre six à dix doses par jour en moyenne.

À la lecture de ces résultats, on peut conclure que les conjoints de 77,5% des participantes présentent une problématique d'abus à au moins une substance.

### 1.1.2.2 Évaluation de la satisfaction conjugale

Le score total d'ajustement dyadique issu de l'EAD (Echelle d'Ajustement Dyadique, Spanier, 1976) permet de connaître le niveau de satisfaction dans la relation. L'obtention d'un score total inférieur à 100 constitue un indicateur de détresse conjugale. L'échantillon de cette étude présente un score moyen de 93,42 ([12-135] ; ET. = 24, 64). Il apparaît donc que l'échantillon participant à cette étude présente un niveau élevé de détresse conjugale. Nous avons comparé ce résultat à celui établi sur un échantillon de femmes de la population générale (Baillargeon et al., 1986). Ce score est significativement supérieur à celui des normes québécoises (Test T de Student sur échantillons indépendants ;  $t = - 6,14$ ).

### 1.1.2.3 Violences conjugales

On constate que 57,5% des femmes participant à cette étude ont subi un geste d'agression physique dans les 24 mois précédant l'étude. Bien que nous n'ayons pas exploré en détail les épisodes d'agression physique (mode opératoire et scénario de l'escalade de violence), certains éléments peuvent néanmoins être abordés. Il apparaît que le geste physique le plus agressif est de pousser sa partenaire ou de lancer un objet sur elle dans 20,5% des épisodes de violence physique. Le conjoint actuel est impliqué dans 84,1% des cas. Près de 16% des femmes ont eu recours à des soins médicaux après un épisode de violence. Dans 40,9% des épisodes de violence physique, les deux conjoints ont consommé des substances psychoactives. La fréquence des gestes physiques commis par le conjoint dans les derniers 12 mois pour ce sous-groupe (groupe de femmes ayant subi une agression physique) est de un à deux épisodes pour 43,2% d'entre elles, de trois à cinq fois pour 13,6% et plus de 16 fois pour 4,5% de ces femmes.

### **1.1.3 Synthèse des analyses descriptives des variables inter-individuelles**

La lecture de ces données donne à voir que l'échantillon qui s'est prêté à cette étude, outre la précarité socio-économique, est fortement hypothéqué relativement à sa santé mentale. En effet, on constate que la majorité des femmes sont polytoxicomanes et présentent des troubles concomitants sur l'axe I. Leurs partenaires amoureux s'avèrent être pour la majorité des consommateurs abusifs de drogues et/ou d'alcool (voire dépendants aux SPA, mais nous n'avons pas ce genre d'informations sur le plan diagnostique). Les relations intimes interpersonnelles de ces femmes sont donc fortement colorées par la consommation quotidienne de SPA et par des épisodes de conflits, dont plusieurs conduisent à de la violence de la part du partenaire.

## **1.2 *Données intra-individuelles issues de la méthodologie en vie quotidienne***

### **1.2.1 Participation des participantes à ce type de méthodologie**

Sur les 83 personnes qui ont accepté de participer à la phase ambulatoire de ce projet, seulement trois ont arrêté le protocole au bout de 48 heures car il semblait que le port de l'ordinateur de poche n'était pas compatible avec leur activité professionnelle (protocole jugé trop invasif). Nous avons donc recueilli des données complètes pour 80 participantes.

Chaque participante munie de l'ordinateur de poche qu'on lui avait fourni au cours du premier entretien avait à compléter cinq entretiens électroniques (cinq signaux/jour pour alerter la participante du moment du remplissage) et ce, pendant sept jours, ce qui fait 35 observations de chaque variable à l'étude pour chaque participante, soit 2 800 observations

au total pour les 80 sujets.

Sur les 2 800 entretiens électroniques pouvant être recueillis, nous en avons obtenu 2 607 valides et 193 entretiens manqués par l'ensemble des participantes. On peut donc en conclure que 32,58 entretiens électroniques ont été remplis par personne et par semaine en moyenne, soit 4,65 entretiens par jour et par personne. Il apparaît donc que nous n'avons que 6,9% de données manquantes pour ce protocole.

On constate que 94% des données ont pu être recueillies dans l'heure qui a suivi l'émission du signal sonore par la machine. De plus, on peut aussi mettre en évidence que le délai moyen de remplissage pour ces données est de cinq min. et vingt sec. Ce qui s'avère être un indicateur d'excellente qualité pour la validité des données recueillies sur le plan méthodologique. Il n'y a pas de biais rétrospectifs avec un délai si court.

### **1.2.2 Variables étudiées en vie quotidienne**

Le protocole ESM a permis de recueillir sur une semaine et cinq fois par jour des données relatives aux épisodes de consommation, aux cravings, à l'intensité de différents affects, au type d'évènement négatif rencontré et à l'impact sur la personne ainsi que sur les modalités de l'interaction avec le conjoint.

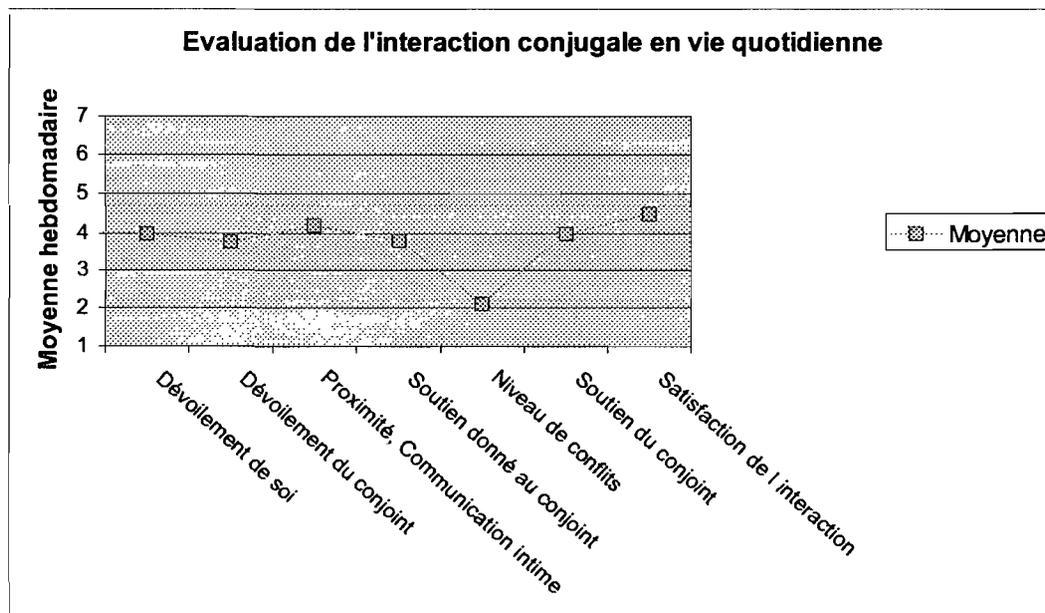
Tableau 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats descriptifs des variables étudiées en vie quotidienne

Variables étudiées	Nombre d'observations recueillies par variable	Description des principaux résultats
Environnement géographique et social	2 551 contextes géographiques 2 564 contextes sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 72,4% des observations se déroulent au domicile.</li> <li>- Personne présente : le conjoint (32,6%), un membre de la famille (19,8%) ou seules (35,8%).</li> </ul>
Craving	<b>851 épisodes de craving (soit une intensité supérieure à 0 ; 37,5% des observations)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Craving d'intensité faible (entre 1 et 2) dans 5% des cas</li> <li>- Craving d'intensité modérée (entre 3 et 5) dans 37,7% des cas</li> <li>- Craving intense (entre 6 et 8) dans 57,2% des cas.</li> <li>- 10,64 épisodes de craving par personne en 7 jours,</li> <li>- <b>1,52 épisodes de craving par jour et par personne.</b></li> </ul>
Consommation de substances	<b>609 épisodes de consommation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7,61 épisodes de consommation par personne dans la semaine,</li> <li>- <b>1,08 épisodes par personne et par jour.</b></li> </ul>
Consommation de substances et craving	Sélection des observations en fonction de la présence d'un épisode de consommation	57,5% d'épisodes (n=350) de craving sont rapportés.
	Sélection des observations en fonction de la présence d'un épisode de craving	41,1% d'épisodes (n=350) de consommation de substances sont rapportés.

Tracas quotidiens	2 586 observations concernant les tracas quotidiens, soit 99% des entretiens électroniques recueillis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tracas interpersonnels : 26%</li> <li>- Tracas en lien avec la santé ou la maladie : 15,5%</li> <li>- Tracas liés à la sphère professionnelle : 8,8%</li> <li>- Impact moyen des événements relationnels est de 4,11 (E.T. = 2,188) sur une échelle d'intensité d'impact de 1 à 7. Il s'avère que l'impact est donc d'intensité modérée.</li> </ul>
Interactions avec le partenaire (cf. fig. 6)	1 467 observations au cours desquelles les participantes ont été en interaction avec leur conjoint, soit dans 56,2% des cas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bas niveau de conflits (2,09).</li> <li>- Le dévoilement de soi (3,9), le dévoilement perçu du conjoint (3,7), le soutien donné (3,7) et perçu (3,9) atteignent des seuils modérés.</li> <li>- La proximité (4,1) et la satisfaction de l'interaction (4,4) ont une intensité légèrement plus élevée.</li> </ul>
Affects (cf. fig. 7)	2 566 observations concernant les affects éprouvés en vie quotidienne soit 98% des entretiens électroniques sont renseignés pour les affects.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut rappeler que les affects sont cotés de 0 (pas du tout) à 4 (beaucoup), 2 étant le niveau moyen.</li> <li>- On constate que les affects positifs tels que le fait de se sentir heureuse, détendue, calme ont des seuils moyens supérieurs à 2 (2,31 ; 2,31 ; 2,40).</li> <li>- Les affects négatifs tels que le fait de se sentir ennuyée, triste, nerveuse ont des seuils moyens inférieurs à 2 (1,55 ; 1,24 ; 1,38).</li> <li>- Les affects référant à une activation (se sentir active, avoir de l'entrain) sont cotés en dessous de 2 (1,71 ; 1,86).</li> </ul>

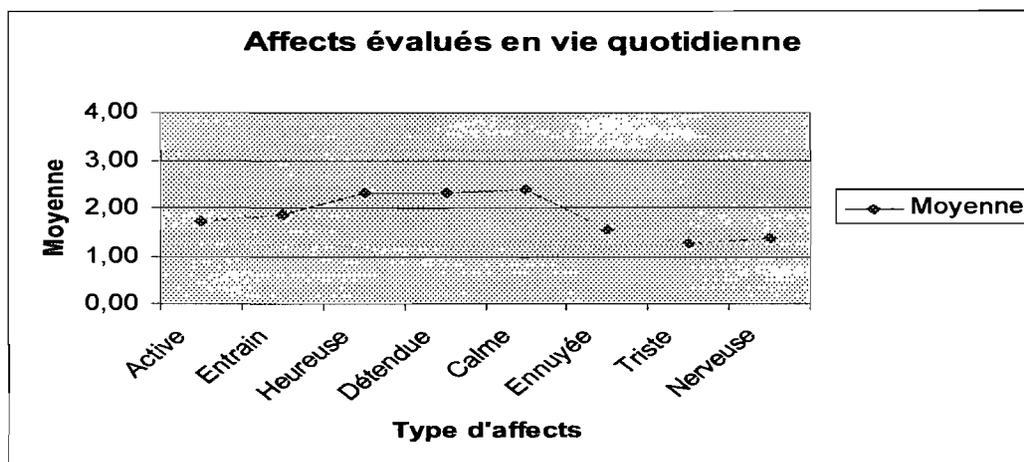
Dans le schéma suivant (figure 6), on peut suivre la répartition des scores de chaque dimension visant à évaluer l'interaction avec le conjoint. On voit ainsi clairement apparaître une répartition autour du niveau moyen des variables évaluant le dévoilement et le soutien, un bas niveau de conflit et un niveau d'évaluation légèrement supérieur à 4 pour la satisfaction et la proximité/intimité.

Figure 6 : Évaluation des dimensions des interactions conjugales en vie quotidienne



Dans la figure 7, on peut remarquer les affects évalués se répartissent autour du point moyen (2).

Figure 7 : Évaluation des affects éprouvés en vie quotidienne



## **2 Statistiques inférentielles : prédicteurs des épisodes de craving et de la consommation de substances. Mise à l'épreuve des hypothèses**

Nos objectifs sont d'étudier le lien entre intensité du craving et consommation de SPS ainsi que l'influence des états émotionnels et de l'interaction avec le conjoint sur l'intensité des épisodes de craving et la fréquence des épisodes de consommation. Dans un premier temps, nous avons testé les effets principaux des variables inter-individuelles sur chaque variable dépendante (l'intensité du craving et les occasions de consommer). Dans un second temps, nous avons testé les effets principaux des variables en vie quotidienne entre eux, c'est-à-dire les affects et les interactions avec le conjoint et le vécu des émotions sur les occasions de consommer et l'intensité du craving dans les heures suivantes. Dans un troisième temps, nous avons examiné des modèles complexes intégrant les deux niveaux de variables. Dans tous les cas, les variables à intégrer dans les versions finales des différents modèles en tant que prédicteurs ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence au niveau clinique et leur significativité statistique.

Avant de mettre en évidence les prédicteurs de l'intensité du craving et ceux spécifiques aux épisodes de consommation, il nous a semblé pertinent de mettre à l'épreuve le lien entre craving et consommation.

## 2.1 Mise à l'épreuve du lien entre intensité du craving et consommation de substances

### 2.1.1 Effets intra-sujets

#### 2.1.1.1 Effet principal de l'intensité du craving au temps T sur la fréquence des épisodes de consommation au temps T+1

Tableau 8 : Effet principal de l'intensité du craving sur la fréquence des épisodes de consommation<sup>1</sup>

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participants ayant eu une interaction avec leur conjoint			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
Occasion de consommer, G00	-1.248	0.127	-9.801	0.000	-1.131	0.143	-7.902	0.000
<i>Intensité du craving, G10</i>	<b>0.086</b>	<b>0.019</b>	<b>4.540</b>	<b>0.000***</b>	<b>0.063</b>	<b>0.024</b>	<b>2.551</b>	<b>0.011*</b>

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Tel que l'indique le tableau 8, on constate que l'intensité du craving éprouvé au temps T prédit très fortement la fréquence des épisodes de consommation au temps T+1 (coefficient = 0.086 ; p = 0.000). Ce résultat est identique pour l'analyse spécifique des unités d'observations liées au conjoint (coefficient = 0.063 ; p = 0.011).

#### 2.1.1.2 Effet principal de la fréquence des épisodes de consommation au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1

Tableau 9 : Effet principal de la fréquence des épisodes de consommation sur l'intensité du craving<sup>1</sup>

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participants ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
Intensité du craving, G00	1.884	0.191	9.834	0.000	1.798	0.215	8.365	0.000
Occasion de consommer, G10	-0.100	0.177	-0.567	0.571	0.124	0.247	0.503	0.614

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Nous avons testé s'il existait un lien chronologique inversé entre craving et consommation. Aucun effet n'a pu être mis en évidence, tel qu'indiqué au tableau 9. On peut donc faire un premier constat essentiel : il existe un lien unidirectionnel et longitudinal entre l'intensité du craving et la fréquence des épisodes de consommation.

## 2.2 Prédiction de l'intensité du craving

### 2.2.1 Effets principaux des variables inter-individuelles sur l'intensité du craving

Plusieurs blocs de variables différentes ont été examinés indépendamment. Ainsi, les catégories socioprofessionnelles ont été testées seules ainsi que l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive actuelle (afin d'éviter la multicollinéarité de ces deux dernières variables). L'ajustement dyadique et la consommation abusive du conjoint ont été introduits comme prédicteurs dans le même modèle. Il en est de même pour les antécédents d'abus sexuels et de violence conjugale ainsi que pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

Tableau 10 : Effets des variables individuelles sur l'intensité du craving<sup>1</sup>

Effets	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Catégories socioprofessionnelles, G01</b>	<b>0.321</b>	<b>0.098</b>	<b>3.247</b>	<b>0.002**</b>
Ajustement dyadique, G01	-0.003	0.007	-0.508	0.611
Consommation abusive du conjoint, G02	-0.157	0.271	-0.580	0.561
Violence physique, G01	-0.145	0.302	-0.481	0.630
Abus, G02	0.329	0.369	0.891	0.373
<b>Anxiété-trait, G01</b>	<b>0.069</b>	<b>0.015</b>	<b>4.339</b>	<b>0.000***</b>
<b>Symptomatologie dépressive, G01</b>	<b>0.073</b>	<b>0.015</b>	<b>4.797</b>	<b>0.000***</b>
Troubles de l'humeur actuels, G01	-0.430	0.567	-0.757	0.449

Effets	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
Troubles anxieux actuels, G02	0.115	0.406	0.285	0.776

\*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.005$  ; \* $p < 0.05$

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Le tableau 10 met en évidence trois résultats significatifs. On constate que l'intensité du vécu dépressif a un effet direct sur l'intensité moyenne du craving expérimenté en vie quotidienne (coefficient = 0.073,  $p = 0.000$ ). On constate également que le niveau d'anxiété-trait a un effet direct sur l'intensité du craving (coefficient = 0.069,  $p = 0.000$ ). La catégorie socioprofessionnelle<sup>15</sup> apparaît aussi comme un fort prédicteur de l'intensité du craving en vie quotidienne. En effet, les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées font l'expérience de craving plus intense (coefficient = 0.321,  $p = 0.002$ ). Aucune autre variable individuelle ne semble prédire l'intensité du craving expérimenté en vie quotidienne.

## 2.2.2 Effets intra-sujets

### 2.2.2.1 Effets principaux des variables évaluant les états émotionnels et le stress perçu au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1

---

<sup>15</sup> La variable « catégorie socioprofessionnelle » est une variable ordinale à 4 catégories soit CSP supérieures, CSP intermédiaire, CSP inférieures et participantes sans emploi. La variable est codée de 1 à 4 (du niveau le plus élevé au plus précaire).

Tableau 11 : Effets des affects quotidiens sur l'intensité du craving (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participant(e)s ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
« État émotionnel d'activité », G10	<b>-0.115</b>	<b>0.051</b>	<b>-2.241</b>	<b>0.025*</b>	-0.110	0.078	-1.411	0.158
« État émotionnel de bonheur », G10	<b>-0.171</b>	<b>0.075</b>	<b>-2.279</b>	<b>0.023*</b>	<b>-0.219</b>	<b>0.099</b>	<b>-2.210</b>	<b>0.027*</b>
« État émotionnel de détente », G10	-0.116	0.068	-1.709	0.087	-0.132	0.089	-1.486	0.137
« État émotionnel de calme », G10	<b>-0.166</b>	<b>0.062</b>	<b>-2.670</b>	<b>0.008*</b>	-0.125	0.076	-1.629	0.103
« État émotionnel d'ennui », G10	-0.002	0.062	-0.046	0.963	0.121	0.082	1.477	0.139
« État émotionnel de tristesse », G10	0.117	0.062	1.874	0.060	0.100	0.089	1.128	0.260
« État émotionnel de nervosité », G10	0.055	0.059	0.933	0.351	0.075	0.089	0.848	0.397
« État émotionnel d'entrain », G10	<b>-0.130</b>	<b>0.061</b>	<b>-2.137</b>	<b>0.032*</b>	-0.100	0.083	-1.207	0.228
Somme des affects négatifs, G10	0.034	0.027	1.242	0.215	0.056	0.041	1.380	0.168

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Le tableau 11 présente des modèles séparés pour chaque humeur du Mood Circumplex, soit huit modèles distincts correspondant aux huit émotions évaluées et un neuvième correspondant au score total d'affects négatifs. Nous avons testé l'influence de ces variables sur l'intensité du craving au temps T+1 à deux reprises : sur l'ensemble des observations et sur les observations faisant l'objet d'une interaction avec le conjoint au temps T.

Pour l'ensemble des observations, on constate que l'intensité du craving est augmentée en fonction d'une diminution de l'intensité de certains affects éprouvés dans les heures précédentes: l'activité, le bonheur, le calme et l'entrain (coefficient = -0.115 ; p = 0.025 ; coefficient = -0.171 ; p = 0.023 ; coefficient = -0.166 ; p = 0.008 ; coefficient = -0.130 ; p = 0.032). Plus les femmes rapportent des états émotionnels de bonheur, de calme, d'entrain et d'activité bas au temps T, plus elles feront l'expérience d'un craving plus intense au temps T+1. Ces émotions ont des niveaux d'activation opposés (haut niveau d'activation pour l'affect lié à l'activité et à l'entrain et bas niveau d'activation pour l'affect

lié au calme) et ont en commun une valence affective positive. Il apparaît que la baisse d'intensité des affects positifs prédit un craving plus intense dans le temps. L'analyse des modèles avec les affect négatifs (nerveux, triste, ennuyé, somme des affects négatifs) montre qu'il n'existe pas de lien significatif entre l'éprouvé d'affects négatifs et l'intensité du craving. L'affect lié à la détente (caractérisé selon le Mood Circumplex par le niveau d'activation uniquement) ne semble pas avoir d'impact sur l'intensité des craving ultérieurs.

Chez les participantes ayant eu une interaction avec leur conjoint au moment de l'évaluation des affects actuels, on note que seul l'affect de bonheur diminué apparaît comme prédicteur d'une intensité élevée de craving dans le temps (coefficient = -0.219 ;  $p = 0.027$ ).

À titre indicatif, et ce, dans le but de contrôler l'erreur de type I, nous avons utilisé la procédure d'ajustement de Bonferroni. Le seuil calculé est  $\alpha = 0.05/9$ , soit 0.005 environ. Aucun des affects ne prédit l'intensité du craving dans le temps avec l'utilisation de ce seuil. Il faut noter que ce type de procédure est très conservateur et augmente le risque d'erreur de type II (diminution de la puissance de chaque test).

On a également testé l'impact des stressors interpersonnels sur l'intensité du craving sans observer de lien significatif entre ces deux variables.

### 2.2.2.2 Effets principaux des variables évaluant l'interaction conjugale au temps T sur l'intensité du craving au temps T+1

Tableau 12 : Effets de l'interaction conjugale quotidienne sur l'intensité du craving (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Participantes ayant eu une interaction avec leur conjoint			
	Coefficient	SE	T-Ratio	P-Value
Dévoilement de soi: G10	-0.056	0.057	-0.998	0.319
Dévoilement du conjoint: G20	0.099	0.060	1.631	0.103

Effets	Participants ayant eu une interaction avec leur conjoint			
Intimité, G30	<b>0.182</b>	<b>0.084</b>	<b>2.158</b>	<b>0.031*</b>
Soutien perçu, G40	-0.023	0.068	0.346	0.729
Niveau de conflit, G50	<b>0.115</b>	<b>0.059</b>	<b>1.938</b>	<b>0.052</b>
Satisfaction, G60	-0.084	0.061	-1.358	0.175
Soutien donné, G70	-0.063	0.098	-0.643	0.520
Intimité, G10	<b>0.191</b>	<b>0.068</b>	<b>2.816</b>	<b>0.005**</b>
Niveau de conflit, G20	0.095	0.056	1.702	0.088
Satisfaction, G30	<b>-0.146</b>	<b>0.072</b>	<b>-2.015</b>	<b>0.044*</b>

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Pour mettre en évidence un lien éventuel entre les déterminants de l'interaction conjugale et l'intensité du craving ultérieur, nous avons testé deux modèles. Dans le premier modèle, nous avons mis l'ensemble des variables issues du Rochester Interaction Record adapté (sept dimensions) et dans le deuxième modèle, nous avons sélectionné trois variables issues du RIR et qui nous semblait le plus pertinente au plan théorico-clinique pour rendre compte de la nature émotionnelle, cognitive et comportementale de l'interaction dyadique sans perte d'information. Nous avons donc retenu l'intimité (communication intime, proximité avec le conjoint), le niveau de conflit et la satisfaction de l'interaction. Nous avons retenu l'intimité dans le deuxième modèle en nous appuyant sur le modèle de l'intimité développé par Reis et Patrick (1996) ainsi que Reis et Shaver (1988). L'intimité est définie comme un processus transactionnel, interpersonnel dans lequel le dévoilement de soi et la réactivité du partenaire amoureux à ce dévoilement sont des composantes essentielles. L'intimité se développe à travers un processus dynamique dans lequel un individu dévoile une information personnelle (pensée, sentiments) à son partenaire ; reçoit une réponse de son partenaire et interprète cette réponse en termes de compréhension, validation de son expérience et attention (caring). Au vu de cette définition, il nous semblait pertinent de retenir cette variable, car cette dimension permet de

réunir des dimensions comme le dévoilement et le soutien.

La deuxième variable retenue est le niveau de conflit durant l'interaction. Il apparaît que cet indicateur témoigne de la détresse conjugale d'où notre intérêt à le tester dans le modèle.

La troisième variable retenue est la satisfaction de l'interaction. Nous l'avons retenu car cette dimension permet d'avoir une évaluation globale de l'interaction.

À la lecture du tableau 12, dans le modèle intégrant les sept dimensions du RIR, il apparaît que des niveaux élevés d'intimité (coefficient = 0.182 ;  $p = 0.031$ ) et de conflits (coefficient = 0.115 ;  $p = 0.052$ , seuil limite de signification) au temps T sont prédicteurs de l'intensité du craving au temps T+1. Dans le modèle à trois dimensions, le niveau d'intimité prédit un craving plus intense dans le temps. On remarque que le seuil de signification est plus élevé que dans le premier modèle (coefficient = 0.0191 ;  $p = 0.005$ ). On constate également que le niveau de satisfaction de l'interaction a un effet direct sur l'intensité du craving ultérieur. Plus le niveau de satisfaction de l'interaction conjugale est bas à T, plus le craving est intense à T+1 (coefficient = -0.0146 ;  $p = 0.044$ ).

En utilisant la procédure d'ajustement de Bonferroni, le seuil de significativité est de  $\alpha = 0.05/2$  (2 modèles différents sont testés) soit 0.025. On remarque la dimension de l'intimité demeure un fort prédicteur de l'intensité du craving dans le modèle à trois variables.

## **2.2.3 Variance inter-sujets des effets intra-sujets**

### **2.2.3.1 Lien entre l'intensité du craving à T+1 et les états émotionnels à T ; influence des variables inter-individuelles sur ce lien**

Nous avons sélectionné les affects dont il a été montrés que l'intensité a une

influence sur l'intensité du craving plus tard dans la journée (tableau 9). Pour l'ensemble de l'échantillon, il s'agit des émotions liées à l'état de bonheur, d'activité, d'entrain, et de calme. Pour le sous-échantillon de participantes ayant eu une interaction avec leur conjoint, l'affect retenu est le sentiment d'être heureuse. En ce qui concerne les variables individuelles, nous avons retenu l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive qui démontraient un effet direct sur l'intensité du craving. Il nous a semblé également pertinent de retenir des variables relevant de facteurs de haut risque de rechute et vulnérabilité psychopathologique tels que l'ajustement conjugal, la présence de violence physique, l'abus sexuel sur la vie et la consommation abusive de substances du partenaire amoureux. Nous avons fait le choix d'exclure la variable socioéconomique. Cette variable apparaît comme prédisant l'intensité du craving. Au vu des données issues de la documentation internationale ainsi que de notre expérience clinique auprès des toxicomanes, il est manifeste que la précarité socioéconomique est un facteur de risque d'apparition de troubles de santé mentale, en particulier de troubles liés à l'usage de substances. Cette variable prédit la gravité de la toxicomanie en termes de durée et de polyconsommation, il apparaît donc logique qu'elle prédise l'intensité du craving. Ce facteur de risque individuel étant fort, nous avons pris la décision de ne pas l'inclure afin de pouvoir « entendre le bruit » des autres prédicteurs. Ainsi, pour chaque variable de niveau 1 retenue en variable dépendante, deux blocs de variables de niveau 2 seront testés à chaque fois (bloc 1 : anxiété-trait, symptomatologie dépressive ; bloc 2 : l'ajustement conjugal, la présence de violence physique, l'abus sexuel sur la vie et la consommation abusive de substances du partenaire amoureux). On testera ce type de modèle dans un premier temps sur l'ensemble de l'échantillon et, dans un second temps, pour les observations spécifiques à l'interaction conjugale.

Tableau 13 : Modèles multiniveaux du lien entre états émotionnels, intensité du craving et influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participant·es ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment heureux, B1</b>								
Sentiment heureux, G10	-0.175	0.073	-2.395	0.017**	-0.204	0.097	-2.098	0.036*
Anxiété-trait, G12	0.005	0.012	0.498	0.618	-0.019	0.016	-1.158	0.247
Symptomatologie dépressive, G13	0.006	0.013	0.505	0.613	0.029	0.022	1.303	0.193
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment heureux, B1</b>								
Sentiment heureux, G10	-0.031	0.105	-0.295	0.768	-0.074	0.167	-0.443	0.657
Ajustement dyadique, G12	<b>-0.009</b>	<b>0.002</b>	<b>-3.724</b>	<b>0.000***</b>	<b>-0.008</b>	<b>0.003</b>	<b>-2.809</b>	<b>0.005**</b>
Violence physique, G13	0.159	0.120	1.324	0.186	0.203	0.213	0.950	0.343
Abus, G14	-0.225	0.133	-1.690	0.091	-0.228	0.205	-1.112	0.267
Consommation abusive du conjoint, G15	0.039	0.084	0.461	0.645	-0.150	0.117	-1.281	0.200
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment actif, B1</b>								
Sentiment actif, G10	-0.119	0.050	-2.361	0.018**				
Anxiété-trait, G12	-0.003	0.006	-0.497	0.618				
Symptomatologie dépressive, G13	0.006	0.008	0.818	0.414				
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment actif, B1</b>								
Sentiment actif, G10	-0.012	0.066	-0.194	0.846				
Ajustement dyadique, G12	<b>-0.003</b>	<b>0.002</b>	<b>-1.416</b>	<b>0.157</b>				
Violence physique, G13	0.127	0.098	1.296	0.195				
Abus, G14	-0.129	0.096	-1.332	0.183				
Consommation abusive du conjoint, G15	0.038	0.075	0.510	0.610				
<b>Pente Intensité du craving/Avoir de l'entraîn, B1</b>								
Avoir de l'entraîn, G10	-0.134	0.060	-2.212	0.027*				
Anxiété-trait, G12	-0.000	0.007	-0.124	0.902				
Symptomatologie dépressive, G13	0.006	0.008	0.787	0.431				
<b>Pente Intensité du craving/Avoir de l'entraîn, B1</b>								
Avoir de l'entraîn, G10	-0.080	0.092	0.874	0.382				
Ajustement dyadique, G12	-0.001	0.002	-0.593	0.553				
Violence physique, G13	0.150	0.110	1.365	0.172				
Abus, G14	<b>-0.290</b>	<b>0.119</b>	<b>-2.419</b>	<b>0.016*</b>				
Consommation abusive du conjoint, G15	0.102	0.076	1.347	0.178				
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment de calme, B1</b>								
Sentiment de calme, G10	<b>-0.173</b>	<b>0.062</b>	<b>-2.763</b>	<b>0.006**</b>				
Anxiété-trait, G12	0.012	0.016	0.757	0.449				
Symptomatologie dépressive, G13	-0.016	0.0183	-0.913	0.362				
<b>Pente Intensité du craving/Sentiment de calme, B1</b>								
Sentiment de calme, G10	-0.022	0.108	-0.208	0.836				

Ajustement dyadique, G12	-0.003	0.002	-1.324	0.186	
Violence physique, G13	-0.080	0.159	-0.503	0.614	
Abus, G14	-0.202	0.145	-1.395	0.163	
Consommation abusive du conjoint, G15	0.081	0.081	0.993	0.321	

\*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.005$  ; \* $p < 0.05$

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge, les diagnostics à vie de troubles anxieux et de troubles de l'humeur.

À la lecture du tableau 13, pour l'analyse de l'ensemble des observations, on remarque que l'intensité de la détresse conjugale a un effet sur le lien entre l'affect heureux et l'intensité du craving ultérieur (coefficient = -0.009 ;  $p = 0.000$ ). On pourrait aussi dire que le lien prospectif entre état émotionnel de bonheur évalué comme bas et intensité du craving est majoré par la détresse conjugale. Un résultat identique apparaît pour les observations spécifiques à l'interaction de couple (coefficient = -0.008 ;  $p = 0.005$ ).

On constate également que l'absence d'antécédents d'abus sexuel a une interaction significative sur le lien entre l'affect d'entrain et l'intensité du craving ultérieur (coefficient = -0.290 ;  $p = 0.016$ ). Le fait de ne pas avoir été abusée durant la vie prédit fortement la diminution de l'intensité du craving quand la participante a éprouvé un affect diminué d'entrain dans les heures précédentes.

Les analyses issues de ces modèles nous informent sur le fait que l'anxiété-trait, la symptomatologie dépressive, la violence conjugale et la consommation de conjoint n'ont pas d'influence sur le lien entre l'éprouvé des affects que nous avons sélectionnés et l'intensité du craving ultérieur.

### **2.2.3.2 Lien entre l'intensité du craving à T+1 et l'interaction conjugale à T ; influence des variables inter-individuelles sur ce lien**

Cette analyse se porte uniquement sur les observations au cours desquelles la

participante a eu une interaction avec son conjoint au temps T. Nous avons retenu les variables intra-individuelles dont la signification a pu être mise en évidence dans les analyses intra-sujets. Les variables sélectionnées sont donc, au niveau 1, l'intimité, le niveau de conflit et la satisfaction de l'interaction. Les prédicteurs de niveau 2 sont les mêmes que dans la précédente hypothèse et répondent donc de la même logique de sélection que celle précédemment expliquée. Nous avons ainsi retenu l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive qui démontraient un effet direct sur l'intensité du craving et quatre variables relevant de facteurs de haut risque de rechute et vulnérabilité psychopathologique tels que l'ajustement conjugal, la présence de violence physique, l'abus sexuel sur la vie et la consommation abusive de substances du partenaire amoureux.

*Tableau 14 : Modèles multiniveaux du lien entre dimensions de l'interaction conjugale, intensité du craving et influence des facteurs individuels (perspective longitudinale) <sup>1</sup>*

Effets	Participant.e.s ayant eu une interaction avec leur conjoint			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Pente Intensité du craving/Intimité, B1</b>				
Intimité, G10	0.155	0.107	1.452	0.146
Anxiété-trait, G12	-0.016	0.015	-1.051	0.294
Symptomatologie dépressive, G13	0.0261	0.014	1.857	0.063
<b>Pente Intensité du craving/Niveau de conflit, B2</b>				
Niveau de conflit, G20	0.040	0.083	0.477	0.633
Anxiété-trait, G21	<b>0.020</b>	<b>0.007</b>	<b>2.697</b>	<b>0.007**</b>
Symptomatologie dépressive, G22	<b>-0.024</b>	<b>0.010</b>	<b>-2.443</b>	<b>0.015*</b>
<b>Pente Intensité du craving/Satisfaction, B3</b>				
Satisfaction, G30	-0.239	0.093	-2.563	0.011*
Anxiété-trait, G31	0.011	0.012	0.852	0.395
Symptomatologie dépressive, G32	<b>-0.022</b>	<b>0.009</b>	<b>-2.229</b>	<b>0.026*</b>
<b>Pente Intensité du craving/Intimité, B1</b>				
Intimité, G10	0.123	0.151	0.815	0.415
Ajustement dyadique, G12	<b>0.002</b>	<b>0.003</b>	0.542	0.588
Violence physique, G13	0.156	0.171	0.910	0.363
Abus, G14	-0.056	0.179	-0.313	0.754

Consommation abusive du conjoint, G15	0.020	0.137	0.147	0.884
<b>Pente Intensité du craving/Niveau de conflit, B2</b>				
Niveau de conflit, G20	0.141	0.117	1.200	0.231
Ajustement dyadique, G21	0.001	0.002	0.543	0.587
<i>Violence physique, G22</i>	<b>0.280</b>	<b>0.134</b>	<b>2.085</b>	<b>0.037*</b>
Abus, G23	-0.085	0.138	-0.618	0.536
Consommation abusive du conjoint, G24	-0.129	0.086	-1.508	0.131
<b>Pente Intensité du craving/Satisfaction, B3</b>				
Satisfaction, G30	-0.117	0.149	-0.786	0.432
Ajustement dyadique, G31	-0.001	0.002	-0.609	0.542
Violence physique, G32	-0.018	0.183	-0.102	0.919
Abus, G33	-0.071	0.154	-0.462	0.643
Consommation abusive du conjoint, G34	-0.174	0.127	-1.373	0.170

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge, les diagnostics à vie de troubles anxieux et de troubles de l'humeur.

On remarque que plus le niveau d'anxiété trait est élevé, plus un niveau élevé de conflits dans l'interaction prédit un craving de forte intensité dans les heures suivantes (coefficient = 0.020 ; p = 0.007). Il apparaît aussi que la présence de violence conjugale dans les 24 derniers mois augmente de manière significative l'impact du niveau de conflits sur l'intensité du craving ultérieur (coefficient = 0.280 ; p = 0.037). A contrario, on constate que la symptomatologie dépressive prédit une diminution de l'impact du niveau de conflits sur l'intensité du craving ultérieur (coefficient = -0.022 ; p = 0.026). En outre, chez les participantes ayant la symptomatologie dépressive la plus intense, la satisfaction de l'interaction aura moins d'impact sur une diminution de l'intensité du craving ultérieur (coefficient = - 0.022 ; p = 0,026).

Il est important de noter que la prédiction de l'intensité du craving à T+1 par le niveau d'intimité et de satisfaction dans l'interaction conjugale à T n'est pas modérée par les variables individuelles sélectionnées.

## 2.3 Prédiction des épisodes de consommation de substances

### 2.3.1 Effets principaux des variables inter-individuelles sur les épisodes de consommation de substances

Dans le but de déterminer les déterminants des épisodes de consommation, plusieurs blocs de variables différentes ont été testés, selon la procédure adoptée pour les déterminants du craving. Ainsi, les catégories socioprofessionnelles ont été testées seules ainsi que l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive actuelle (afin d'éviter la multicollinéarité de ces deux variables). L'ajustement dyadique et la consommation abusive du conjoint ont été testés dans le même modèle. Il en est de même pour les antécédents d'abus sexuels et de violence conjugale ainsi que pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Nous avons aussi fait le choix de retenir les mêmes caractéristiques individuelles afin de mettre en évidence si les prédicteurs de l'intensité du craving différaient de ceux prédisant les épisodes de consommation.

Tableau 15: Effets principaux des variables individuelles sur les épisodes de consommation<sup>1</sup>

Effets	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<i>Catégories socioprofessionnelles, G01</i>	<b>0.290</b>	<b>0.097</b>	<b>2.976</b>	<b>0.003**</b>
Ajustement dyadique, G01	-0.002	0.006	-0.307	0.759
Consommation abusive du conjoint, G02	0.242	0.213	1.138	0.256
Violence physique, G01	-0.063	0.273	-0.232	0.816
Abus, G02	-0.257	0.292	-0.879	0.380
Anxiété-trait, G01	0.028	0.019	1.495	0.135
Symptomatologie dépressive, G01	0.029	0.016	1.751	0.080
Troubles de l'humeur actuels, G01	-0.533	0.389	-1.371	0.171
Troubles anxieux actuels, G02	0.038	0.328	0.116	0.908

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

On constate que la catégorie socioprofessionnelle a un effet direct sur l'occurrence des occasions de consommer des substances (coefficient = 0.290 ;  $p = 0.003$ ). Ce résultat est identique à celui mis en évidence pour l'intensité du craving. Aucune autre variable individuelle ne semble avoir d'effet direct sur la fréquence des occasions de consommer en vie quotidienne.

## 2.3.2 Effets intra-sujets

### 2.3.2.1 Effets principaux des variables évaluant les états émotionnels et le stress perçu au temps T sur les épisodes de consommation de substances au temps T+1

Pour évaluer les effets principaux des variables évaluant les états émotionnels et le stress perçu au temps T sur les épisodes de consommation de substances au temps T+1, nous avons procédé de la même manière que pour tester l'effet des affects sur l'intensité du craving (cf. 2.2.2.1). Le tableau 16 présente huit modèles distincts pour les huit affects du Mood Circumplex, et un neuvième modèle correspondant au score total d'affects négatifs. Nous avons également analysé séparément les unités d'observation correspondant à une interaction avec le conjoint.

*Tableau 16 : Effets des états émotionnels quotidiens sur les épisodes de consommation de substances psychoactives (perspective longitudinale)*

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participants ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
« État émotionnel d'activité », G10	<b>0.096</b>	<b>0.044</b>	<b>2.160</b>	<b>0.031*</b>	0.116	0.064	1.815	0.069
« État émotionnel de bonheur », G10	0.037	0.058	0.638	0.523	0.106	0.064	1.646	0.099
« État émotionnel de détente », G10	-0.026	0.048	-0.542	0.587	-0.003	0.057	-0.052	0.959
« État émotionnel de calme », G10	-0.036	0.044	-0.826	0.409	-0.038	0.051	-0.739	0.460
« État émotionnel d'ennui », G10	-0.004	0.037	-0.123	0.902	-0.019	0.058	-0.326	0.744
« État émotionnel de tristesse », G10	-0.001	0.036	-0.048	0.962	-0.031	0.052	-0.611	0.541

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participant·es ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
« État émotionnel de nervosité », G10	0.061	0.047	1.282	0.200	0.066	0.065	1.010	0.313
« État émotionnel d'entrain », G10	<b>0.137</b>	<b>0.049</b>	<b>2.759</b>	<b>0.006**</b>	<b>0.232</b>	<b>0.063</b>	<b>3.673</b>	<b>0.000***</b>
Somme des affects négatifs, G10	0.008	0.018	0.436	0.663	-0.001	0.045	-0.003	0.998

Dans le tableau 16<sup>16</sup>, on constate que, pour l'ensemble de l'échantillon, le fait d'éprouvé de l'entrain et de se sentir active semblent avoir un effet direct sur l'occurrence des épisodes de consommation ultérieurs (coefficient = 0.096 ;  $p = 0.031$  et coefficient = 0.137 ;  $p = 0.006$ ). Chez les femmes ayant eu une interaction avec leur conjoint, un haut niveau d'entrain est très fortement prédictif d'une consommation de substances dans les heures suivant l'expérience de cet état affectif (coefficient = 0.232 ;  $p = 0.000$ ).

À titre indicatif, et dans le but de contrôler l'erreur de type I, nous avons utilisé la procédure d'ajustement de Bonferroni. Avec ce seuil de signification, on peut ainsi constater que le fait d'éprouver un haut niveau d'entrain prédit une augmentation de la fréquence des épisodes de consommation de substance quelques heures plus tard chez les femmes ayant eu une interaction avec leur conjoint.

L'analyse des modèles avec les affect négatifs (nerveux, triste, ennuyé, somme des affects négatifs) montre qu'il n'existe pas de lien significatif ente l'éprouvé d'affects négatifs et la fréquence des épisodes de consommation. Ce résultat est similaire au résultat mis en évidence dans le modèle du craving.

On a également testé l'impact des stressseurs interpersonnels sur la fréquence des

<sup>16</sup> \*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.005$  ; \* $p < 0.05$

Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

épisodes de consommation sans observer de lien significatif entre ces deux variables.

### 2.3.2.2 Effets principaux des variables évaluant l'interaction conjugale au temps T sur les épisodes de consommation de substances au temps T+1

Tableau 17 : Effets de l'interaction conjugale quotidienne sur la consommation de substances psychoactives (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Participant·es ayant eu une interaction avec leur conjoint			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
Dévoilement de soi, G10	-0.036	0.036	-1.001	0.317
Dévoilement du conjoint, G20	-0.014	0.034	-0.409	0.682
Intimité, G30	0.008	0.057	0.155	0.877
Soutien perçu, G40	-0.073	0.060	-1.224	0.221
Niveau de conflit, G50	0.041	0.037	1.092	0.275
Satisfaction, G60	0.043	0.038	1.115	0.265
Soutien donné, G70	0.061	0.041	1.487	0.137
Intimité, G10	-0.028	0.048	-0.597	0.550
Niveau de conflit, G20	0.027	0.032	0.839	0.402
Satisfaction, G30	0.022	0.039	0.571	0.568

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge.

Pour mettre en évidence, le lien éventuel entre les déterminants de l'interaction conjugale et la fréquence des épisodes de consommation de substances, nous avons testé les deux mêmes modèles que ceux précédemment décrits au paragraphe 2.2.2.2. Dans le premier modèle, nous avons inclus les sept variables du RIR adapté (dévoilement de soi,

dévoilement du conjoint, intimité, soutien perçu, soutien donné, niveau de conflit, satisfaction) et, dans le deuxième modèle, nous en avons retenu trois : l'intimité, le niveau de conflits et la satisfaction. On constate qu'aucune dimension de l'interaction conjugale au temps T ne prédit une augmentation des occurrences des occasions de consommer au temps T+1.

### **2.3.3 Variance inter-sujets des effets intra-sujets**

#### **2.3.3.1 Lien entre l'occurrence des épisodes de consommation à T+1 et les états émotionnels éprouvés à T ; influence des variables individuelles sur ce lien**

Nous avons sélectionné les affects dont il a été montré que l'augmentation de l'intensité prédit la présence d'un épisode de consommation de substances dans les heures suivantes (tableau 16). Pour l'échantillon entier, il s'agit de l'état émotionnel relié au fait de se sentir actif et d'avoir de l'entrain. Dans l'analyse spécifique des observations liées aux interactions conjugales, on retiendra l'état émotionnel relié au fait de se sentir actif. De la même manière que pour tester le modèle prédictif du craving, nous avons retenu les deux blocs de variables individuelles suivantes : Bloc 1 : Anxiété-trait, symptomatologie dépressive ; Bloc 2 : ajustement dyadique, présence de violence conjugale, antécédents d'abus sexuels et consommation de substances du partenaire amoureux. Le fait de retenir les mêmes prédicteurs individuels que pour l'intensité du craving va nous permettre de savoir si ces deux variables cibles sont potentiellement prédites par des caractéristiques individuelles de même nature, venant médiatiser le lien entre les caractéristiques intra-sujets.

On testera l'influence de ces variables individuelles sur le lien entre épisodes de

consommation de substances et affects dans un premier temps sur l'ensemble des observations de l'échantillon puis dans un second temps, sur les observations spécifiques aux interactions de couple.

*Tableau 18 : Modèles multiniveaux du lien entre états émotionnels, occasions de consommer et influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)<sup>1</sup>*

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participant·es ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Pente Occasions de consommer/Sentiment actif, B1</b>								
Sentiment actif, G10	0.106	0.041	2.585	0.010				
Anxiété-trait, G12	<b>0.011</b>	<b>0.005</b>	<b>2.007</b>	<b>0.044*</b>				
Symptomatologie dépressive, G13	<b>-0.013</b>	<b>0.006</b>	<b>-2.138</b>	<b>0.032*</b>				
<b>Pente Occasions de consommer/Sentiment actif, B1</b>								
Sentiment actif, G10	0.183	0.098	1.862	0.062				
Ajustement dyadique, G12	-0.001	0.001	-0.600	0.548				
Violence physique, G13	0.033	0.070	0.482	0.630				
Abus, G14	-0.126	0.110	-1.146	0.252				
Consommation abusive du conjoint, G15	0.060	0.067	0.901	0.368				
<b>Pente Occasions de consommer/Avoir de l'entraîn, B1</b>								
Avoir de l'entraîn, G10	0.162	0.044	3.638	0.001	0.229	0.063	3.602	0.001
Anxiété-trait, G12	<b>0.015</b>	<b>0.007</b>	<b>2.162</b>	<b>0.030*</b>	0.003	0.008	0.419	0.675
Symptomatologie dépressive, G13	<b>-0.022</b>	<b>0.006</b>	<b>-3.277</b>	<b>0.001***</b>	-0.009	0.009	-0.954	0.340
<b>Pente Occasions de consommer/Avoir de l'entraîn, B1</b>								
Avoir de l'entraîn, G10	0.175	0.093	1.873	0.061	0.378	0.118	3.181	0.002
Ajustement dyadique, G12	0.001	0.001	0.777	0.437	0.001	0.002	0.117	0.907
Violence physique, G13	0.082	0.084	0.972	0.331	-0.024	0.116	-0.211	0.833
Abus, G14	-0.055	0.111	-0.501	0.616	-0.232	0.140	-1.658	0.097
Consommation abusive du conjoint, G15	0.065	0.069	0.939	0.348	0.018	0.086	0.209	0.835

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge, les diagnostics à vie de troubles anxieux et de troubles de l'humeur.

Sur l'ensemble des observations (tableau 18), on remarque que le niveau d'anxiété-trait a un effet significatif sur le lien entre sentiment d'être active et la fréquence des épisodes de consommation (coefficient = 0.011 ;  $p = 0.044$ ). Le lien entre le sentiment d'avoir de l'entrain et la fréquence des épisodes de consommation de substances est également augmenté par un niveau élevé d'anxiété-trait (coefficient = 0.015 ;  $p = 0.030$ ). Les affects liés à l'activité et à l'entrain ont un niveau élevé d'activation. L'entrain est caractérisé en plus par sa valence affective positive. Chez les participantes les plus anxieuses, l'état émotionnel à haut niveau d'activation et de tonalité affective positive est très prédictif d'une fréquence accrue de consommation de substances ultérieure.

On remarque aussi que l'intensité de l'expérience dépressive prédit une diminution du lien entre le sentiment d'être active et d'avoir de l'entrain à T et une augmentation de la fréquence des épisodes de consommation à T+1 (coefficient = -0.013 ;  $p = 0.032$  et coefficient = -0.022 ;  $p = 0.001$ ). On remarque également que les prédicteurs individuels tels que l'ajustement dyadique, l'abus sexuel, la présence de violence conjugale et la consommation du conjoint ne semblent pas avoir d'effet sur le lien entre affects et épisodes de consommation.

Si l'on considère les unités d'observations spécifiques aux interactions conjugales, on relève que les caractéristiques individuelles ne semblent pas avoir d'effet significatif sur le lien entre état émotionnel d'entrain et épisodes de consommation.

### **2.3.3.2 Lien entre les épisodes de consommation à T + 1 et l'interaction conjugale à T ; influence des variables individuelles sur ce lien**

Tableau 19 : Modèles complexes du lien entre les dimensions de l'interaction conjugale, les épisodes de consommation et l'influence des facteurs individuels (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Participant(e)s ayant eu une interaction avec leur conjoint			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Pente Occasions de consommer/Intimité, B1</b>				
Intimité, G10	-0.019	0.063	-0.305	0.760
Anxiété-trait, G12	0.009	0.006	1.623	0.104
Symptomatologie dépressive, G13	-0.004	0.008	-0.557	0.577
<b>Pente Occasions de consommer/Niveau de conflit, B2</b>				
Niveau de conflit, G20	0.065	0.047	1.395	0.163
Anxiété-trait, G21	-0.002	0.005	-0.458	0.646
Symptomatologie dépressive, G22	0.003	0.007	0.538	0.590
<b>Pente Occasions de consommer/Satisfaction, B3</b>				
Satisfaction, G30	-0.005	0.05	-0.106	0.916
Anxiété-trait, G31	<b>-0.016</b>	<b>0.006</b>	<b>-2.651</b>	<b>0.008**</b>
Symptomatologie dépressive, G32	<b>0.016</b>	<b>0.006</b>	<b>2.433</b>	<b>0.015*</b>
<b>Pente Occasions de consommer/Intimité, B1</b>				
Intimité, G10	-0.153	0.076	-2.001	0.045
Ajustement dyadique, G12	0.003	0.002	1.547	0.122
Violence physique, G13	0.001	0.095	0.004	0.997
Abus, G14	<b>0.199</b>	<b>0.100</b>	<b>1.977</b>	<b>0.048*</b>
Consommation abusive du conjoint, G15	0.037	0.074	0.505	0.613
<b>Pente Occasions de consommer/Niveau de conflit, B2</b>				
Niveau de conflit, G20	-0.090	0.092	-0.975	0.330
Ajustement dyadique, G21	0.000	0.001	0.043	0.966
Violence physique, G22	-0.002	0.068	-0.035	0.972
Abus, G23	0.159	0.105	1.521	0.128
Consommation abusive du conjoint, G24	0.060	0.051	1.185	0.236
<b>Pente Occasions de consommer/Satisfaction, B3</b>				
Satisfaction, G30	0.036	0.065	0.551	0.581
Ajustement dyadique, G31	-0.002	0.001	-1.387	0.166
Violence physique, G32	-0.057	0.065	-0.883	0.377
Abus, G33	-0.013	0.083	-0.163	0.871
Consommation abusive du conjoint, G34	0.002	0.066	0.038	0.970

\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge, les diagnostics à vie de troubles anxieux et de troubles de l'humeur.

Dans le tableau 19, on remarque que l'anxiété-trait prédit une diminution de l'intensité du lien entre l'insatisfaction de l'interaction et l'augmentation de la fréquence des épisodes de consommation, dans les heures suivantes cette interaction (coefficient = -0.016 ;  $p = 0.008$ ). Par contre, l'intensité de la symptomatologie dépressive prédit une majoration de la fréquence des épisodes de consommation à T+1 suite à une interaction conjugale évaluée comme insatisfaisante au temps T (coefficient = 0.016 ;  $p = 0.015$ ).

On constate également que, chez les participantes présentant des antécédents d'abus sexuels, le fait d'avoir une interaction avec peu d'intimité prédit une augmentation de la fréquence des épisodes de consommation de substances dans les heures suivantes (coefficient = 0.199 ;  $p = 0.048$ ).

De plus, il est important de noter que les variables individuelles telles que l'ajustement dyadique, la présence de violence conjugale dans les 24 derniers mois et la consommation abusive de substances du conjoint ne médiatisent pas la relation entre les déterminants de l'interaction conjugale évaluée cinq fois par jour et la fréquence des épisodes de consommation en vie quotidienne.

### **2.3.3.3 Liens entre l'intensité du craving à T et épisodes de consommation à T+1 ; influence des variables individuelles sur ce lien**

Pour tester l'influence des variables individuelles sur le lien entre l'intensité du craving et la fréquence des épisodes de consommation, nous avons sélectionné les mêmes variables que dans les précédents modèles. Plusieurs blocs de variables différentes ont été testés. Ainsi, les catégories socioprofessionnelles ont été testées seules ainsi que l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive actuelle (afin d'éviter la multicollinéarité des ces deux variables). L'ajustement dyadique et la consommation abusive du conjoint ont été testés dans le même modèle. Il en est de même pour les antécédents d'abus sexuels et de

violence conjugale ainsi que pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

Tableau 20 : Modèles complexes testant le lien entre l'intensité du craving, les épisodes de consommation et l'influence des variables individuelles (perspective longitudinale)<sup>1</sup>

Effets	Échantillon entier (2607 observations)				Participant·es ayant eu une interaction avec leur conjoint (1467 observations)			
	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value	Coefficient	S E	T-Ratio	P-Value
<b>Pente Occasions de consommer/Intensité du craving, B1</b>								
Intensité du craving, G10	0.084	0.022	3.775	0.000	0.051	0.034	1.485	0.137
Anxiété-trait, G12	-0.000	0.002	-0.094	0.926	0.004	0.003	1.249	0.212
Symptomatologie dépressive, G13	0.000	0.002	0.264	0.791	-0.004	0.004	-1.217	0.224
<b>Pente Occasions de consommer/Intensité du craving, B1</b>								
Intensité du craving, G10	0.158	0.034	4.631	0.000	0.114	0.037	3.086	0.002
Ajustement dyadique, G12	-0.000	0.000	-0.500	0.616	-0.000	0.000	-0.659	0.510
Violence physique, G13	0.016	0.032	0.517	0.605	0.025	0.039	0.644	0.519
Abus, G14	<b>-0.098</b>	<b>0.040</b>	<b>-2.441</b>	<b>0.015*</b>	-0.075	0.048	-1.540	0.123
Consommation abusive du conjoint, G15	0.036	0.027	1.314	0.189	0.022	0.053	0.430	0.666

\*\*\*\*p<0.001 ; \*\*p<0.005 ; \*p<0.05

<sup>1</sup> Les analyses sont contrôlées systématiquement pour l'âge, les diagnostics à vie de troubles anxieux et de troubles de l'humeur.

Pour l'ensemble des observations, on constate que l'absence d'antécédents d'abus sexuel diminue l'impact de l'intensité du craving sur la fréquence de consommation dans les heures suivantes (coefficient = -0.098 ; p = 0.015). Les autres caractéristiques individuelles ne semblent pas avoir d'effet sur le lien entre craving et consommation.

## 2.4 Synthèse des résultats

La lecture de ces résultats nous permet de constater que nos hypothèses sont partiellement confirmées. L'ensemble des résultats permet de mettre en évidence certains déterminants spécifiques de l'intensité du craving et de la fréquence des épisodes de consommation. Le lien entre craving et consommation de substances a été testé de façon bidirectionnelle. Il apparaît qu'il existe un lien chronologique unidirectionnel entre craving

et épisodes de consommation. Cela confirme notre première hypothèse. L'antécédent d'abus sexuel est le seul facteur interindividuel dont il a été mis en évidence, qu'il amplifie l'intensité du lien entre craving et fréquence de consommation de SPA et l'absence d'antécédent d'abus diminue la force de la relation entre l'intensité du craving et fréquence de consommation.

Concernant la mise en évidence d'un modèle de prédiction du craving, il apparaît que les deux niveaux de variables (variables inter-individuelles ou facteurs distaux et variables intra-individuelles ou facteurs proximaux) sont impliqués dans l'intensité de l'expérience subjective lié à cet état. Ainsi, certains facteurs distaux liés à la vulnérabilité psychopathologique (l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive) prédisent l'augmentation de l'intensité du craving. Au niveau des facteurs proximaux déterminant l'intensité du craving, la diminution des affects agréables (heureux, entraîné, calme) et avec un haut niveau d'activation (actif) prédit l'expérience de craving d'intensité élevée. La détresse conjugale amplifie le lien entre niveau altéré de bonheur et intensité du craving alors que l'absence d'antécédents d'abus sexuel diminue le lien entre un niveau subjectif bas d'entraîné et un épisode de craving d'intensité élevé dans les heures suivantes.

Certaines variables permettant d'évaluer l'interaction dyadique au cours de la journée se sont révélées prédire l'intensité des épisodes de craving. Ainsi, un haut niveau d'intimité, de conflits et d'insatisfaction de l'interaction sont contributifs de l'intensité du craving dans les heures suivantes l'interaction avec le conjoint. L'intensité de la relation entre niveau de conflits et craving est augmentée par l'anxiété-trait et la violence conjugale au cours des 24 derniers mois. La symptomatologie dépressive diminue l'intensité du lien entre conflits et craving. Par ailleurs, on remarque que l'intensité du lien entre insatisfaction de l'interaction et intensité du craving est amplifiée par la symptomatologie dépressive.

Il apparaît que la consommation de substance est principalement prédite par des facteurs proximaux (au niveau temporel) tels que l'intensité du craving et certaines émotions (haut niveau d'entrain, haut niveau d'activité). Les facteurs proximaux interpersonnels (satisfaction, intimité, conflit) évalués suite à l'interaction avec le conjoint ne démontrent pas d'impact direct sur la fréquence de consommation de SPA. L'analyse de l'influence des variables inter-individuelles (facteurs distaux) permet de constater que seule, l'appartenance à une catégorie sociale précaire prédit l'augmentation de la consommation. Les variables de vulnérabilité psychopathologique (troubles anxieux, troubles de l'humeur, symptomatologie dépressive, anxiété-trait, antécédents d'abus sexuels sur la vie) et interpersonnels (violence conjugale sur les 24 derniers mois, consommation du conjoint, ajustement dyadique) ne semblent pas être en lien avec une majoration de la fréquence de consommation.

Certains résultats non significatifs sont très intéressants. Ainsi, on constate que l'impact des tracasseries quotidiennes interpersonnelles ne prédit pas l'intensité du craving ni la fréquence des épisodes de consommation. De plus, on remarque que les affects négatifs éprouvés en vie quotidienne ne semblent pas prédire l'intensité du craving ni la fréquence des épisodes de consommation et contrairement à l'hypothèse avancée.

## **DISCUSSION GÉNÉRALE**

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier l'influence des états émotionnels et de l'interaction avec le conjoint sur l'intensité des épisodes de craving et la fréquence des épisodes de consommations. L'utilisation de la méthodologie EMA a eu pour grand avantage dans cette recherche de collecter des mesures répétées sur ces variables en temps réel. Dans un premier temps, nous avons testé les effets principaux des variables inter-individuelles sur chaque variable dépendante (l'intensité du craving et les occasions de consommation). Dans un second temps, nous avons testé les effets principaux des variables en vie quotidienne entre eux, à savoir les interactions avec le conjoint et le vécu des émotions sur les occasions de consommer et l'intensité du craving dans les heures suivantes. Dans un troisième temps, nous avons examiné des modèles complexes intégrant les deux niveaux de variables. Dans tous les cas, les variables à intégrer dans les versions finales des différents modèles en tant que prédicteurs ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence au niveau clinique et leur signification statistique.

## **1 Déterminants du craving**

Le craving est un état subjectif multidimensionnel (Anton, 1999 ; Verheul, Van Den Brink, & Geerling, 1999) qui comporte des aspects cognitifs, émotionnels (pensées intrusives centrées sur la recherche de substances, attentes sur les effets positifs du produits tels que relâchement des tensions ou euphorie) et physiologiques (réaction neurophysiologique liée à un état de manque ou déclenchée par un stressor). Certains auteurs s'accordent sur le fait que le craving est une réponse cognitive à différents types de stimuli (Tiffany, 1990 ; Tiffany & Concklin, 2000 ; Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005). Le craving serait l'expérience subjective résultant d'un état de manque (Piasecki, Niaura,

Shadel, Abrams, Goldstein, et al., 2000), d'affects négatifs (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004), des attentes concernant les effets de la substance (Niaura, 2000), de la disponibilité perçue du produit (Wertz & Sayette, 2001) et des remaniements neurophysiologiques liés à la consommation chronique de substances (Robinson & Berridge, 2000).

La documentation citée précédemment témoigne du fait que le craving est une entité subjective assez difficile à définir. Les auteurs avancent que la définition du craving est très liée à l'expérience phénoménologique de l'individu (Westerberg, 2000).

Nos résultats<sup>17</sup> diffèrent de ceux mis en évidence dans la documentation scientifique concernant le lien entre affects négatifs et craving. En effet, nous ne constatons aucune relation significative entre les états émotionnels négatifs (tristesse, nervosité, ennui) et intensité du craving. Or, une relation chronologique a été établie entre la diminution des affects à valence positive (heureux, actif, entraîné, calme) et l'augmentation de l'intensité du craving dans les heures suivantes. Selon le modèle bifactoriel de l'humeur proposé par Larsen et Diener (1992), les états émotionnels d'entraîné, de bonheur et liés au sentiment d'être actif, sont des émotions caractérisées par une tonalité affective positive et un niveau d'activation élevé. L'affect lié au sentiment d'être calme a en commun la valence affective positive avec les autres affects significatifs mais un bas niveau d'activation. Un niveau subjectif élevé d'affects positifs peut être rapproché d'un état de bien-être pour la participante. Sa diminution d'intensité signe de manière claire pour elle une altération de son état psychique momentané.

---

<sup>17</sup> Voir figure 8 p. 203

Ce qui prédirait le craving serait donc la baisse de l'intensité de l'état subjectif de bien-être évaluée par les différentes émotions rapportées. Une majoration de l'état de tension interne (intensité des affects négatifs) ne prédit pas un épisode de craving intense. On constate en outre que c'est la sévérité de la symptomatologie dépressive et la tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses (anxiété-trait) qui prédisent l'intensité des épisodes de craving.

La difficulté des individus à discriminer une émotion négative et une expérience subjective de craving pourrait justifier l'absence de lien entre émotion négative et craving. Les affects négatifs ou anxieux et les signes d'hyperventilation qui peuvent être attribués au manque sont des critères communs au craving ainsi qu'à un certain nombre de troubles anxieux (Westerberg, 2000). Or, 42,5% des femmes ayant participé à cette étude présentent les critères diagnostiques d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur actuel. Il paraît logique que les émotions positives et avec un haut niveau d'activation (avoir de l'entrain, se sentir actif) soient mieux discriminées car plus saillantes par rapport à l'humeur moyenne en général. La fluctuation d'un état de bien-être et d'activation à un état plus altéré pourrait ainsi expliquer l'intensité du craving dans les heures suivantes.

Les facteurs de vulnérabilité psychopathologique (symptomatologie dépressive et anxiété-trait) n'ont pas d'impact sur le lien entre fluctuations émotionnelles positives et intensité du craving alors que certains facteurs de vulnérabilité interpersonnels (détresse conjugale et antécédents d'abus sexuels) majorent l'intensité de cette relation (spécifiquement les émotions liées à un état de bonheur et d'entrain). L'impact de la détresse conjugale et des antécédents d'abus sexuels sur le lien entre altération du bien être et intensité du craving soutient les résultats des précédentes recherches. En effet, la détresse conjugale est considérée comme un stressor chronique, envahissant et persistant (Pearlin

& Schooler, 1978). Il est établi que ce type de stresser peut contribuer de manière significative à l'apparition et au maintien des problèmes liés à la consommation de substances, de l'épisode dépressif majeur et de certaines catégories de troubles anxieux (Marlatt & Gordon, 1985 ; Stone, Lennox, & Neale, 1985 ; Whisman, Sheldon, & Goering, 2000). Dans cet échantillon, près de 70% des femmes ont été abusés sexuellement au moins une fois et 56% de l'échantillon total a subi un abus avant 16 ans. Il est largement documenté que l'abus sexuel pendant l'enfance est un facteur de risque de désordres émotionnels à l'âge adulte, en particulier les troubles de l'humeur (Andrews, 1995), les troubles anxieux (Levitan, Rector, Sheldon, & Goering, 2003). De plus, la détresse conjugale et la psychopathologie individuelle s'exacerbent mutuellement (Halford, Bouma, Kelly, & Young, 1999). On constate ainsi l'importance des déterminants proximaux émotionnels et des facteurs interpersonnels distaux dans le déclenchement d'un épisode de craving .

Dans l'analyse des contextes d'interactions conjugales, il apparaît qu'un niveau élevé d'intimité prédit un épisode de craving intense dans les heures suivantes. Le niveau d'intimité évalué après l'interaction avec le conjoint semble être un facteur proximal interpersonnel. On constate que ce résultat est très significatif (contrôlé avec Bonferroni) et que l'intimité est un prédicteur direct de l'intensité du craving. Les résultats d'études concernant l'attachement chez l'adulte nous ont permis de trouver des pistes explicatives à ce résultat.

L'intimité est un des aspects essentiels des relations interpersonnelles (Bartholomew, 1990 ; Clark & Reis, 1988 ; Prager, 1995 ; Reis, 1990 par exemple). L'intimité, le soutien, l'état émotionnel et la satisfaction sont rapportés comme des indicateurs qualitatifs centraux de l'interaction conjugale (Bartholomew, 1990 ; Clark &

Reis, 1988 ; Hinde, 1995 ; Prager, 1995 ; Reis, 1990 ; Reis, & Wheeler, 1991).

Selon Reis et Shaver (1988), l'intimité est le produit d'un processus transactionnel dans lequel le dévoilement de soi (communication verbale de pensées et d'émotions pertinentes) et la sensibilité du partenaire (capacité d'évaluer les besoins, les sentiments du partenaire et la situation) sont les éléments clés. L'expression des affects constitue un mécanisme régulateur des conduites d'autrui. Dans cette perspective, l'intimité peut être perçue comme un processus dynamique spécifique au système formé par la dyade conjugale et possiblement fluctuant à chaque interaction entre les conjoints.

Hazan & Shaver (1987) ont démontré que les relations amoureuses peuvent être conceptualisées comme un processus d'attachement. Une des fonctions premières de l'attachement est la régulation interpersonnelle des expériences affectives. Les individus sûres ont tendance à chercher du soutien social pour faire face à des situations stressantes alors que les individus insécures auront tendance à recourir à la consommation de substances comme stratégie de coping (Brennan & Shaver, 1995 ; Cooper, Shaver, & Collins, 1998 ; Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003 ; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003).

Dans une revue des études établissant le lien entre type d'attachement et psychopathologie, Dozier, Stovall, & Albus (1999) concluent que l'attachement désorganisé <sup>18</sup> est le plus souvent présent chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Les auteurs mettent en évidence des caractéristiques communes entre

---

<sup>18</sup> Attachement désorganisé : incapacité d'établir une stratégie organisée face aux demandes paradoxales d'autrui ; l'individu est décrit comme étant dépendant, peu aimable, déprimé, avec une estime de soi faible.

attachement désorganisé et trouble limite de la personnalité. La labilité émotionnelle (réactivité marquée de l'humeur, dysphorie intense par exemple), l'instabilité des relations interpersonnelles caractérisées par l'alternance de positions extrêmes de dévalorisation et d'idéalisation ainsi qu'une instabilité persistante de la notion de soi caractérisent le fonctionnement limite (APA, 2000).

Dans notre échantillon, un taux élevé de troubles de personnalité, en particulier les troubles de la personnalité borderline et dépendante a été rapporté<sup>19</sup>. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, cet échantillon a subi un abus sexuel au moins une fois au cours de la vie dans près de 70% des cas. Ces résultats vont dans le sens de ce qui a été montré dans la documentation scientifique (Herman, Perry, & Van der Kolk, 1989 ; Nadeau, Landry, & Racine, 1999).

Dans notre étude, il semble qu'un climat relationnel trop intime déborde probablement les ressources d'ajustement cognitif et émotionnel de la participante et engendre un désir intense de consommer des substances dans les heures qui suivent cette interaction conjugale. On peut faire l'hypothèse que les effets positifs escomptés de la prise de substance (relâchement des tensions ressenties) vont majorer le désir anticipatoire de consommer des substances dans le but de faire diminuer l'inconfort lié à l'interaction intime ou les affects négatifs liés à une évaluation négative de cette interaction.

La difficulté à tolérer un niveau d'intimité élevé avec le conjoint probablement en lien avec les différents facteurs de risque évoqués précédemment (trouble de personnalité

---

<sup>19</sup> Certaines participantes nous ont informés spontanément, du fait qu'un diagnostic de trouble de la personnalité leur avait été donné.

limite, attachement insécure, abus) peut être qualifiée de peur de l'intimité. Selon Descutner et Thelen (1991), la peur de l'intimité est un facteur de risque de problème émotionnel, incluant la consommation problématique de substances. La peur de l'intimité est définie comme la capacité inhibée à partager avec une personne proche des pensées et des sentiments personnels. Cette incapacité serait inhibée par l'anxiété (Thorberg & Liverg, 2006a). Selon certaines études, il existe un lien entre peur de l'intimité, attachement insécure et consommation abusive de substances (Brennan & Shaver, 1995 ; Cooper et al., 1998 ; Dottan et al., 2003 ; Thorberg & Liverg, 2006a). L'intérêt de nos résultats est de pouvoir mettre en évidence l'importance de l'expérience subjective de craving (en amont de la consommation) et de facteur interpersonnel proximal spécifique tel que l'intimité.

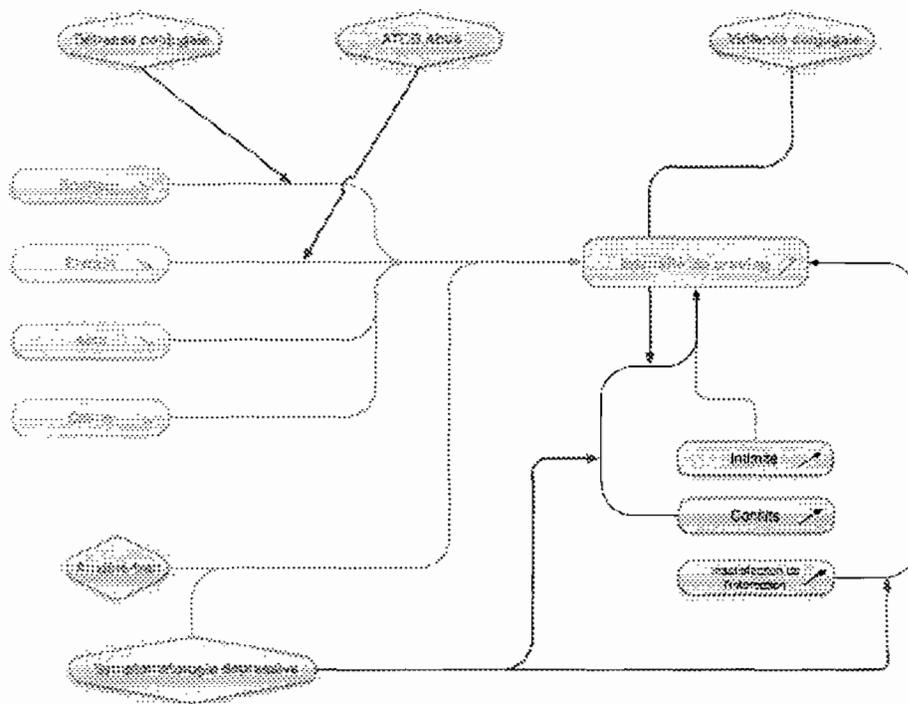
On constate aussi que l'insatisfaction de l'interaction conjugale prédit une expérience subjective plus intense de craving dans les heures suivantes. Une interaction conjugale trop intime pour la participante sera probablement évaluée comme insatisfaisante d'où un résultat en apparence contradictoire. Peu d'études ont permis de mettre en évidence le lien prospectif existant entre insatisfaction de l'interaction et craving et ce, de manière écologique fiable. On retrouve l'influence mutuelle de la détresse conjugale (insatisfaction de l'interaction) et la psychopathologie individuelle (symptomatologie dépressive).

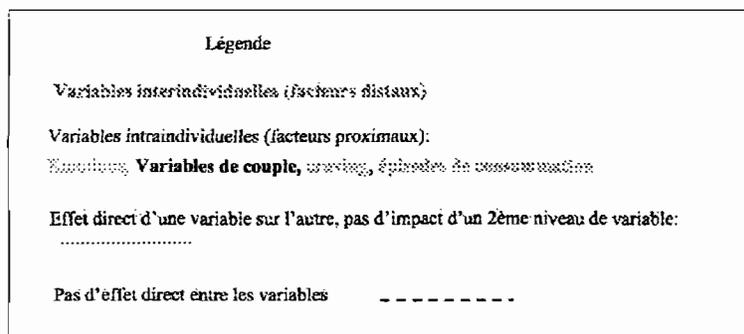
De plus, comme nous l'avons décrit dans le contexte théorique, les couples de toxicomanes présentent, en général, des comportements hostiles, peu de réciprocité, de communication intime avec le partenaire de nombreux conflits et une faible satisfaction conjugale (notamment, Epstein & McCrady, 2002 ; Zweben, 1986). Il apparaît donc assez logique que le lien entre nombre de conflits en vie quotidienne et intensité du craving soit majoré par les antécédents de violence conjugale au cours des 24 derniers mois.

En outre, on constate que la consommation abusive du conjoint n'a pas d'influence

sur les déterminants proximaux interpersonnels et/ou émotionnels ainsi que l'intensité du craving. C'est donc bien plus la qualité des interactions conjugales et les capacités de régulation émotionnelle de la participante que la quantité de SPA consommée par le conjoint qui précipitent le craving. Reis, Collins et Berscheid (2000) soulignent que la structure centrale d'une relation de proximité (close relationship) est sa teneur affective et le type d'émotions expérimentées par chacun des partenaires en interaction avec l'autre. La régulation émotionnelle dépend donc aussi de la qualité des interactions de la dyade conjugale comme système émotionnel (Hinde, 1995).

Figure 8 : Synthèse des résultants mettant en évidence les déterminants du craving





## 2 Déterminants de la consommation de substances

### 2.1 Liens entre craving et consommation de substances

L'association entre craving et consommation de substances est un sujet important mais parfois controversé. Certaines études mettent en évidence de manière rétrospective le lien entre craving et consommation de substances (Lukasiewicz et al., 2005), tandis que d'autres soulignent même que le craving est en lien avec une apparition moins élevée de rechutes (Anton, 1999 ; Drummond, 2001 ; Miller, 1996) ou une absence de lien significatif entre craving et rechutes (Kassel & Shiffman, 1992 ; Tiffany, 1990). Ces résultats contradictoires peuvent s'expliquer par des biais liés aux méthodologies fondées sur un design rétrospectif conduisant à des inférences erronées entre craving et consommation, sur des évaluations uniques du craving et une absence de consensus sur la définition du concept. Un des résultats majeurs de cette étude est la confirmation du sens unidirectionnel du lien entre craving et consommation de substances. En effet, on constate que l'intensité

du craving prédit de manière très significative la fréquence des épisodes de consommation quelques heures plus tard.

L'introduction de facteurs distaux (variables inter-individuelles) liés à la vulnérabilité psychopathologique, aux antécédents d'abus, à la relation conjugale et au niveau socio-économique révèle une absence d'influence de l'ensemble de ces variables à l'exception de l'antécédent d'abus sexuel sur la vie, sur la relation entre craving et consommation. Il apparaît que l'antécédent d'abus a pour effet d'augmenter l'importance du lien entre intensité du craving et consommation. Ainsi, chez les femmes ayant été abusées, plus le craving est intense, plus le recours à l'utilisation de SPA est fréquent. Il est largement documenté que l'abus sexuel est un facteur de risque de développer des problèmes de toxicomanie chez les femmes. Comme nous l'avons déjà indiqué précédemment, dans notre échantillon, ce taux est élevé (68,8%).

Le fait d'être soumis à un stress prolongé comme subir un traumatisme sexuel infantile engendre des modifications neurobiologiques complexes et durables à l'âge adulte (modulation de la transmission dopaminergique en particulier) dans les zones cérébrales impliquées dans les comportements d'attachement (Beech & Mitchell, 2005). Ces phénomènes neurobiologiques participent au développement de processus d'attachement de mauvaise qualité et exposent l'individu à une grande vulnérabilité au stress. Ils apparaissent très impliqués dans le maintien de la consommation abusive de SPA (Kovacs, Sarnyai, & Szabo, 1998 ; Sarnyai & Kovacs, 1994 ; cités par Beech & Mitchell, 2005). Bien que n'expliquant que partiellement ce résultat, cette tentative d'explication neurobiologique permet de souligner l'importance d'un facteur distal tel que l'abus sexuel dans le maintien de la consommation chez les femmes toxicomanes et soulignant la grande vulnérabilité tant psychologique (présence de TSPT concomitants, risques de re-victimisation) que

biologique.

## **2.2 Déterminants émotionnels et interpersonnels potentiels de la consommation de substances**

La fréquence des épisodes de consommation est prédite de manière directe par des déterminants proximaux émotionnels<sup>20</sup>. En effet, il semble exister un lien entre augmentation de l'intensité des émotions liées au sentiment d'avoir de l'entrain et d'être actif et la fréquence des épisodes de consommation dans les heures suivantes. Ces émotions ont pour caractéristiques communes une tonalité affective positive et un haut niveau d'activation. Le niveau d'anxiété-trait vient majorer la force de la relation alors que l'intensité de la symptomatologie dépressive vient la diminuer. L'anxiété-trait se caractérise par de l'appréhension, de la tension et de l'activation autonome momentanée (Bruchon-Schweitzer, 2002). Son rôle catalyseur dans le lien entre des émotions à haut niveau d'activation et consommation de SPA pourrait s'expliquer par ses caractéristiques propres. Par ailleurs, le tableau symptomatologique de la dépression associe notamment des affects négatifs, un ralentissement psychomoteur et de la fatigue. Au vu de ces différents critères, il semble assez logique que la symptomatologie dépressive joue un rôle tampon dans l'intensité de l'expression émotionnelle positive et dans son lien avec la consommation.

De plus, il n'y a aucun effet direct des déterminants proximaux de l'interaction conjugale (intimité, conflit, satisfaction) sur la fréquence de consommation. Le lien existe par l'influence de facteurs distaux. On peut ainsi remarquer qu'un haut niveau d'intimité et

---

<sup>20</sup> Voir figure 9 p 210

un haut niveau de satisfaction prédisent la consommation de substances (uniquement quand on les traite dans des modèles statistiques complexes). On peut supposer que le recours à la consommation suite à une interaction conjugale de bonne qualité vise à maintenir l'état de bien-être lui succédant.

Deux hypothèses sont envisageables pour tenter d'expliquer le fait que le craving et la consommation sont prédits par des émotions de même nature mais avec une valence énergétique opposée. Comme pour le craving, la consommation n'est prédite par aucun affect négatif et aucun prédicteur de vulnérabilité psychopathologique interindividuelle en lien avec ces affects négatifs. On peut se demander si les affects prédisant le recours à la consommation rendent compte d'une consommation visant à majorer un état positif. Les affects prédisant le craving (témoignant d'un sentiment de bien-être altéré) pourraient rendre ainsi compte d'une consommation visant l'auto-médication et le relâchement des tensions. Cette proposition d'explication ne permet cependant pas de valider l'hypothèse d'automédication avec certitude.

Dans ce contexte, le craving serait la première étape avant la consommation. Cette explication trouve pleinement son sens dans le diagramme de la rechute et du faux pas proposé par Shiffman (2005). Le craving peut donc être envisagé comme une « crise de rechute ». Ce lien chronologique entre craving et consommation est d'ailleurs clairement mis en évidence dans cette étude.

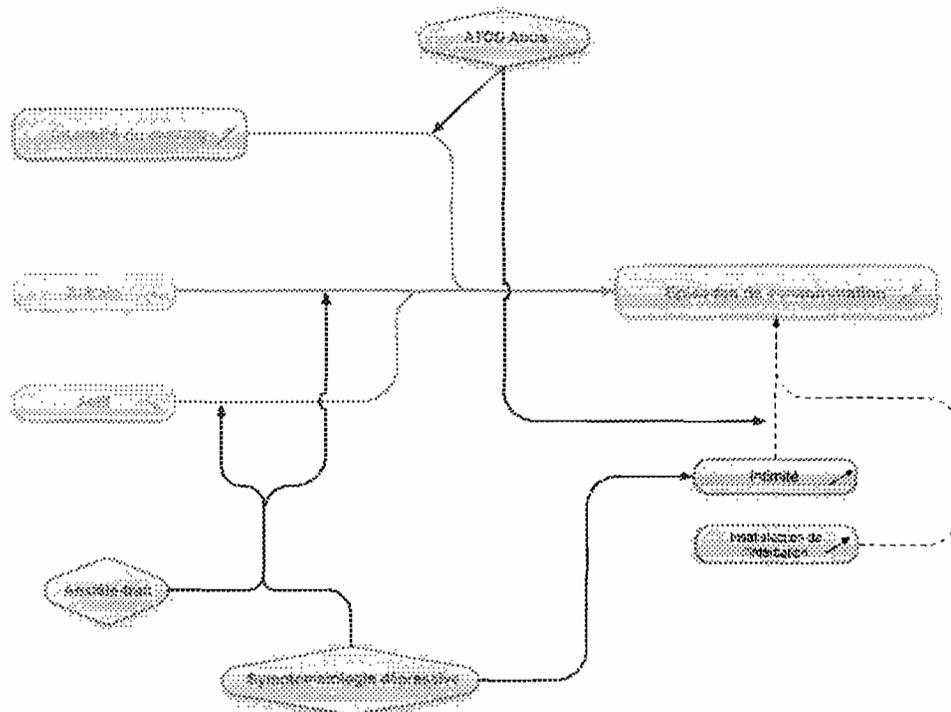
Faire face à « une crise de rechute » (c.f. figure 1 p.73) peut aussi prévenir un faux pas (O'Connell & Martin, 1987 ; Shiffman, 1982 ; Shiffman, et al. 1996). Muraven et Baumeister (2000) ont suggéré que les stratégies d'ajustement correspondent à un réservoir de ressources psychiques limitées qui peut être « asséché » pour mobiliser des stratégies de régulation émotionnelle. Les affects négatifs intenses peuvent également perturber les

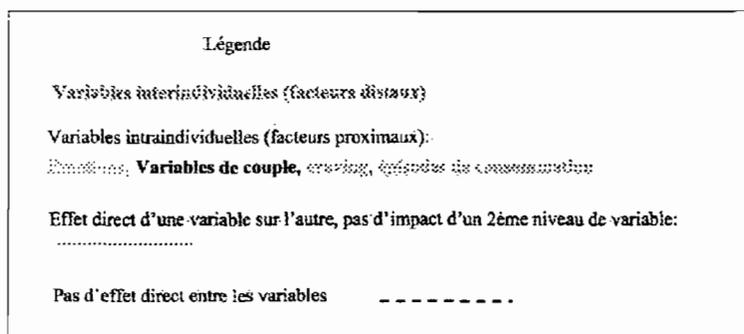
processus cognitifs impliqués dans les stratégies de coping ainsi que les processus cognitifs et motivationnels nécessaires pour initier et soutenir le coping (cognitions axées sur les bénéfices du maintien de l'abstinence, par exemple). Ainsi, Shiffman (2005) montre que « la crise de rechute » et le faux pas sont promus par des fluctuations affectives proximales, survenant dans les heures ou les minutes précédents, bien plus que par des changements toniques liés au niveau moyen de stress ou de l'humeur dans les jours ou les semaines précédents. Ces données suggèrent donc que ces épisodes correspondent à des crises situationnelles, circonstancielles (Shiffman, 2005). Le succès thérapeutique réside donc dans la capacité de l'individu de les éviter ou de les négocier avec succès (acquisition de nouvelles compétences de coping, par exemple).

Les résultats mis en évidence dans cette étude sont dans la continuité de ce qui est avancé par les auteurs. Hodgins et al. (1995) montrent que les émotions positives et négatives seraient impliquées dans la rechute alcoolique. Ils soulignent que les émotions positives prédiraient plus souvent des faux-pas et les émotions négatives prédiraient plus souvent des rechutes. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si les épisodes de consommation ayant des prédicteurs émotionnels positifs (sentiment d'entrain et d'activité élevés) renvoient à un épisode de faux pas ou de rechutes plus sévères. La consommation de substances serait motivée par un processus de régulation émotionnelle globale (Baker et al., 2004). En effet, le recours à la consommation paraît également prédit par un état de bien-être ou vise une exacerbation de cet état, et non pas la seule réduction des tensions. On constate en outre l'importance centrale de la réponse émotionnelle dans la prise de substances. Ceci permet de souligner son rôle de médiateur entre tracasseries quotidiennes et consommation. En effet, on ne constate pas de lien entre l'impact des tracasseries interpersonnelles et consommation et il n'a pas été démontré de relation directe entre les déterminants de

l'interaction conjugale en vie quotidienne et consommation. Il est probable que la réponse émotionnelle soit donc le facteur le plus proximal. Bien que les émotions positives soient associées à un meilleur impact du traitement et à de moindres rechutes (McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss & Koppenhaver, 2001), les résultats mis en évidence soulignent toute la complexité de la prise en charge chez ces patientes.

Figure 9 : Synthèse des résultats mettant en évidence les déterminants de la consommation de substances





### 3 Synthèse et proposition d'un modèle intégré

Dans cette étude, nous avons mis à l'épreuve un certain nombre de variables du modèle dynamique de la rechute proposée par Witkiewitz et Marlatt (2004). L'interaction entre les facteurs proximaux et distaux et leur nécessaire prise en compte apparaît clairement (cf. figure 10 p 215). L'utilisation d'une méthodologie ambulatoire respectant la validité écologique des variables à l'étude s'est avérée particulièrement intéressante pour mettre en évidence le lien chronologique entre les déterminants proximaux émotionnels (spécifiquement les émotions positives), interpersonnels (intimité et satisfaction de l'interaction conjugale) et l'intensité du craving et la fréquence des épisodes de consommation. Les facteurs distaux dont l'impact a été mis en évidence sont, sur le plan interpersonnel, les antécédents d'abus, la détresse conjugale et la violence conjugale sur les 24 derniers mois. Les facteurs distaux témoignant de la vulnérabilité psychopathologique

sont l'anxiété-trait et la symptomatologie dépressive. L'intérêt d'un tel modèle mis à l'épreuve avec l'évaluation écologique momentanée est la prise en compte de l'interaction dynamique, discontinue et complexe entre les différents facteurs dans une situation à risque. Il permet de prendre en considération la séquence temporelle des facteurs de risque dans certains contextes. La réponse de l'individu (le comportement de consommation) peut donc s'organiser comme un système incorporant des facteurs distaux et des facteurs proximaux.

### **3.1 *Craving et émotions positives***

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance considérable des déterminants proximaux émotionnels positifs et du craving dans le recours à la consommation. L'intensité de l'expérience émotionnelle positive vers un état altéré de bien-être est un facteur prédictif de l'intensité du craving alors que la majoration de l'état positif est un facteur prédictif de consommation de SPA. Dans des conditions élevées de stress, ou des situations à risque de consommation, la capacité de l'individu à faire face à l'adversité dépend en grande partie de ses aptitudes à réguler son expérience émotionnelle par la mise en route de processus dynamiques comportementaux, cognitifs et émotionnels (Levenson, 1994). La flexibilité des mécanismes de régulation dépend aussi de facteurs plus stables comme le style d'attachement. Nous avons souligné dans cette étude, que les antécédents d'abus pouvaient avoir un impact sur la capacité de l'individu à établir des liens interpersonnels de bonne qualité et autoréguler ses émotions sur le plan intra-individuel et inter-personnel. Niaura (2000) a comparé le sentiment d'efficacité personnelle et les mécanismes de coping aux freins du circuit affectif/craving.

Selon la théorie du biais attentionnel lié au craving, les stimuli environnementaux

liés à la prise de drogue se dégagent de manière extraordinaire dans le champ perceptuel de la personne, au plan des ressources attentionnelles (Niaura, 2000). Ceci rendrait l'individu particulièrement vulnérable au craving et à s'engager dans un épisode de consommation (Franken, Kroon, & Hendriks, 2000 ; Franken, Kroon, Wiers, & Jansen, 2000 ; Garavan et al., 2000). Heather et Stallard (1989) suggèrent que le craving doit être envisagé comme le déterminant proximal le plus évident au travers duquel les facteurs inter et intrapersonnels exercent leur influence sur la probabilité d'avoir un faux pas ou de faire une rechute.

Les résultats de cette étude vont dans le sens de cette proposition et lui donnent un fondement empirique. Nous mettons en évidence que le craving est un déterminant proximal central dans la prise de substance. On pourrait, ainsi s'autoriser à penser qu'il existe, dans les déterminants proximaux, une « plaque tournante » cognitivo-émotionnelle qui serait composée de la réponse émotionnelle de l'individu, de son expérience de craving, des attentes sur les effets perçus des substances, des biais attentionnels résultant de mécanismes de conditionnement rendant l'individu particulièrement vulnérable aux stimuli environnementaux associés à la prise de substances. Cette plaque tournante implique donc des processus d'autoévaluation émotionnels et cognitifs conscients et automatisés.

### **3.2 Facteurs proximaux interpersonnels**

Le lien circulaire de réciprocité existant entre émotions en vie quotidienne et détresse conjugale (évaluée sur le mode d'une dimension stable) ainsi que celui entre interactions conjugales en vie quotidienne et variables vulnérabilité psychopathologique souligne la probable nature chronique de la détresse conjugale, colorant la réponse émotionnelle en lien avec l'interaction conjugale quotidienne. Il apparaît en outre, que c'est

bien moins la consommation abusive du conjoint que la qualité de la relation amoureuse qui prédit l'intensité du craving. On suppose que la dysrégulation des mécanismes d'ajustements émotionnels augmente le risque de recourir à la consommation. L'impact émotionnel des déterminants interpersonnels s'exprime selon nous au travers de l'expérience subjective du craving. Ces résultats soutiennent empiriquement ce que Witkiewitz et Marlatt (2005) ont proposé comme reformulation de leur modèle. Selon eux, la relation entre les déterminants interpersonnels et la rechute serait médiatisée par des processus intrapersonnels incluant les affects négatifs, l'efficacité perçue, les effets d'attentes et les attributions cognitives. Les résultats de recherche sur la régulation émotionnelle soutiennent cette hypothèse (Wei, Vogel, Ku & Zakalik, 2005). En effet, Wei et al. mettent en évidence que 75% de la variance expliquée des problèmes interpersonnels chez les étudiants est attribuable à l'attachement, la réactivité émotionnelle et l'isolation émotionnelle. En outre, la relation entre les problèmes interpersonnels et la consommation est partiellement expliquée par des changements dans l'intensité des affects négatifs perçus.

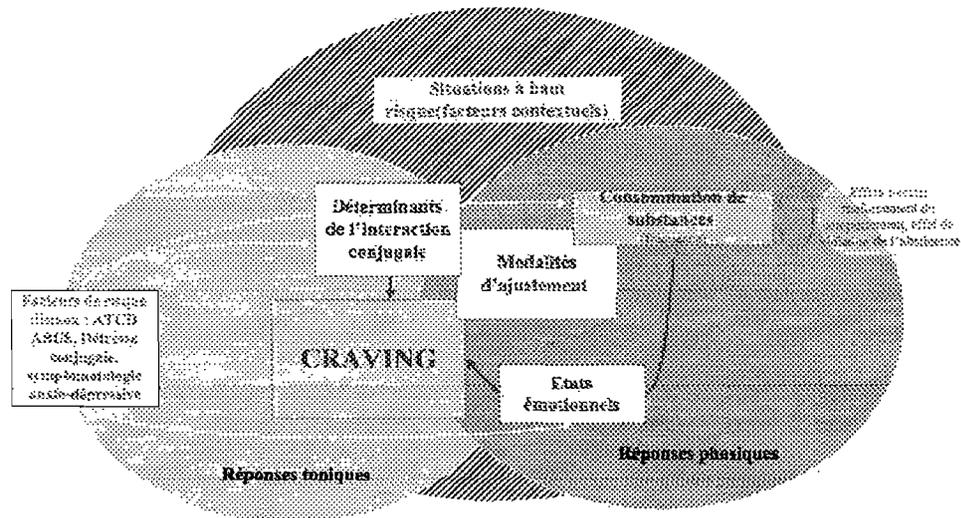
A la différence de Witkiewitz et Marlatt, (2005) qui propose le faux-pas, nous pensons que le craving peut être conceptualisé dans un processus de rétroaction dans lequel des variations interpersonnelles et des variations intrapersonnelles interagissent en induisant un recours potentiel à la consommation de substances.

En conclusion, il semble important de rappeler que, bien que ne permettant pas de prendre en considération l'ensemble des déterminants proximaux impliqués dans les mécanismes de maintien de la consommation de substances chez les femmes toxicomanes en traitement, cette étude se révèle novatrice pour différentes raisons :

- la population étudiée n'a pas fait l'objet de ce type d'étude ayant recours à une méthodologie ambulatoire ;

- le craving peut être conceptualisé comme un processus de rétroaction ;
- la consommation est un événement principalement déterminé par des déterminants proximaux émotionnels et par le craving.

Figure 10 : Proposition d'un modèle intégré



## 4 Limites

Bien que cette recherche présente certains points forts, les limites et des possibles améliorations tant méthodologiques que conceptuelles doivent être abordées.

Les émotions ont été évaluées avec le Mood Circumplexe (Larsen et Diener, 1992). Concernant cet instrument, l'utilisation d'une échelle d'affects à 8 modalités peut s'avérer trop complexe, risquant d'engendrer des réponses automatisées.

Le craving a été mesuré avec une version modifiée du *Alcohol Urge Questionnaire* (Bohn, Krahn, & Staeler, 1995) dont la lecture des résultats et la difficulté de discriminer le désir de consommer des substances d'un état anxieux nous incitent à penser que la nécessité de développer un outil plus fin s'impose. Au vu de l'aspect multifactoriel du concept de craving, il semblerait pertinent de développer un outil rendant compte des facettes cognitives, émotionnelles et physiologiques.

Une autre critique pouvant être faite à ce protocole est l'évaluation du craving et de la consommation de substance à chaque signal sonore émis par l'ordinateur de poche. Ce n'est pas la participante qui déclenche l'enregistrement à chaque nouvelle occurrence de la variable ciblée. L'évaluation déclenchée par le signal peut s'avérer intrusive dans certains contextes nécessitant le silence. Cette nécessaire adaptation au contexte avait été prise en compte puisqu'il avait été indiqué aux participantes la procédure à suivre si elles ne pouvaient pas répondre immédiatement à l'entretien électronique. L'intérêt de ce type de design est de pouvoir avoir une évaluation objective de la participation des participants. Il s'avère que dans cette étude, celle-ci a été extrêmement importante. Ce constat valide l'idée que ce type de méthodologie est utilisable dans des échantillons cliniques présentant des troubles de santé mentaux sévères.

Une des limites majeures de cette étude est la faible possibilité de généraliser les résultats à d'autres échantillons cliniques. En effet, l'échantillon que nous avons recruté s'est avéré être extrêmement hétérogène. Nous n'avons pas tenu compte du stade de changement (Prochaska, Norcross, & Diclemente, 1995) dans le processus de sélection des participantes. Cependant, au vu de la récurrence du phénomène de rechute dans le parcours de soins, il semble que cela n'introduise pas nécessairement un biais majeur dans l'interprétation des résultats mais rende compte de la réalité de ce phénomène dans la prise

en charge.

En outre, cette étude ne prend pas en compte l'ensemble de la population clinique de femmes toxicomanes. Les patientes très intoxiquées, (donc les moins engagées dans leur parcours de soins ou dans une période intense de rechutes) n'étaient pas incluses dans l'étude. Or, on peut se demander s'il ne serait pas pertinent de prolonger cette recherche en incluant des participantes qui font une première demande de soins pour mettre en exergue d'éventuelles différences dans les prédicteurs du craving et de la consommation. La majorité des participantes ont été recrutées par le biais d'affiches, ce qui témoigne de leur motivation et de leur intérêt dans l'étude. Cibler un autre échantillon clinique présentant des troubles de santé mentale potentiellement plus graves, implique une réflexion sur les méthodes de recrutement.

Il apparaît de plus que l'évaluation des troubles de personnalité avec un entretien diagnostique tel que le SCID-II aurait permis de donner davantage de compréhension au lien entre émotion, intimité et craving. Nous avons pris la décision de ne pas introduire cette évaluation complémentaire, alourdissant considérablement le protocole d'évaluation et augmentant potentiellement la pénibilité du protocole pour les participantes. Nous avons cependant mesuré un trait de personnalité très impliqué dans la prise de substance, à savoir l'impulsivité. Il nous paraît essentiel de l'introduire dans des analyses secondaires afin de pouvoir affiner le modèle proposé.

Bien que nous ayons recueilli des informations qualitatives (type, mode de consommation) et quantitatives (nombre de verre, de grammes, de joints) concernant la prise de substances, nous avons fait le choix de construire une variable dichotomique rendant compte de l'occurrence de la consommation quelque soit le type de substances consommées. Il serait certainement pertinent dans un second temps, de tester les intervalles

de temps au cours desquels plus substances ont été consommées concomitamment et de comparer ces épisodes avec ceux n'impliquant qu'une substance. L'intérêt de ce type de comparaison pourrait éventuellement permettre de mettre en évidence des situations de polyconsommation impliquant des facteurs de risque spécifiques.

En outre, il nous paraît également pertinent de poursuivre les analyses en discriminant les femmes abstinentes dans le mois précédant l'étude (données recueillies avec l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie, non exploitée dans ce document) des femmes continuant à consommer des substances. Ce type de comparaison permettrait ainsi de mettre en évidence des facteurs de maintien de l'abstinence.

Pour finir, il paraît important de se demander si la méthodologie utilisée ne modifie pas le phénomène à l'étude. Il serait certainement illusoire de croire que le fait de demander à des individus de rapporter leur consommation de drogues cinq fois par jour est sans impact sur leur niveau d'insight quant à cette consommation. Cependant, à ce jour, nous avons peu de recul sur la réactivité liée à la méthodologie EMA et les résultats ne sont pas univoques (McKay et al., 2006).

## **5 Intérêts, étonnements dans l'utilisation de la méthodologie EMA et retombées pour la pratique clinique**

Il va sans dire que l'utilisation d'ordinateurs de poche chez un échantillon de femmes polytoxicomanes ne s'est pas fait sans soulever un certain nombre de questions, réactions, doutes de la part des intervenants dans les centres qui ont participé ainsi que de notre part quand nous avons conçu ce projet. Vols, perte, manque de collaboration de la part des participantes : voilà l'ensemble des attitudes auxquelles nous risquons d'être exposée durant cette recherche. Paradoxalement à ces réactions, dans l'ensemble des

centres dans lesquels nous avons présenté cette étude, les intervenants ont manifesté un grand intérêt et ont activement collaboré au recrutement des participantes.

Travailler avec cette population ne fait pas l'économie pour soi-même en tant que clinicien-chercheur d'un certain nombre de stéréotypes la concernant... L'implication des participantes, l'intérêt qu'elles ont manifesté, le très faible taux d'attrition (3,61%) et la participation très élevée (32,58 entretiens électroniques/35 par semaine/participante ; 6,9% de données manquantes) ont démontré empiriquement que ces représentations étaient erronées et que l'utilisation de ce type de méthodologie s'avérait tout à fait pertinente dans ces milieux cliniques. L'explication de l'implication des participantes dans le protocole a soulevé de nombreuses questions en équipe, la rémunération pouvant être un des facteurs explicatifs de cette adhésion. En effet, la rémunération des participantes était dépendante du taux de remplissage d'entretiens électroniques. Si les participantes remplissaient 26 entretiens électroniques sur la semaine, le maximum de rémunération leur était alloué. Or, nous avons constaté que 32,58 entretiens ont été remplis en moyenne par personne. On peut donc s'autoriser à croire que les participantes ont trouvé un intérêt supplémentaire que la seule rémunération dans la participation à cette étude.

Bien que n'ayant pas encore fait l'objet d'une analyse de contenu spécifique et rigoureuse, le contenu des entretiens que nous avons menés à la fin de l'étude pour connaître l'expérience subjective de la participante avec le port de l'ordinateur est indicateur de grandes tendances pour l'ensemble de l'échantillon. Nous avons ainsi pu relever que l'intérêt de noter la consommation, l'état émotionnel et le craving (en particulier) plusieurs fois par jour permettait à la participante de prendre acte de ce qui se passait pour elle à ce moment-là. De plus, plusieurs nous ont indiqué combien cela leur avait été utile pour se rendre compte objectivement de la quantité de substances qu'elles

consommaient et dont elles disaient ne pas avoir conscience ou minimiser.

Il apparaît donc très intéressant au plan clinique de développer l'utilisation de procédés ambulatoires comme un des outils du plan de traitement de l'individu. De plus, les résultats de cette étude soulignent l'intérêt de mettre en évidence les différents types de relation prospective entre les facteurs de risque respectant l'expérience phénoménologique des individus. Il nous a paru réellement justifier de proposer de nouvelles pistes d'interventions pour une population stigmatisée et très vulnérable au plan de la santé mentale.

Cette approche ambulatoire peut permettre au patient de prendre conscience de manière objective des situations spécifiques de risque pour lui dans son milieu de vie habituel. De plus, l'intérêt de cibler ces situations à risque permet d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle de l'individu par la mise en évidence de situations dans lequel il a fait l'expérience d'un craving intense qui n'a pas donné lieu à l'usage de substance. L'intérêt de l'utilisation de l'EMA est également de donner la possibilité au patient de faire sa propre analyse fonctionnelle et d'être ainsi plus autonome dans sa prise en charge (Sobell & Sobell, 2005). Selon les théories de l'apprentissage social (Bandura, 1986), les individus s'engagent davantage dans les buts qu'ils ont déterminés eux-mêmes. Cibler ce genre d'intervention permet de développer un sentiment accru de compétence pour l'individu. Cela permet d'ajuster les cibles d'intervention avec le thérapeute entre chaque séance et contribuer à la co-construction de stratégies spécifiques à l'individu avec le thérapeute.

Ce type de monitoring peut aussi être utilisé en temps réel avec le thérapeute et permettre une intervention rapide en cas de situation à très haut risque de passage à l'acte. Cependant, il est important de tester l'intérêt de cette dernière intervention au plan clinique.

En effet, le recours au thérapeute concomitamment à l'expérience d'un craving risque de maintenir l'individu dans une position de dépendance importante face à l'intervenant et être une entrave à l'alliance thérapeutique. Il faut garder en tête qu'une majorité de femmes toxicomanes présentent des troubles de personnalité de type limite et ont vécu des situations graves d'abus, ce qui rend particulièrement périlleux la prise en charge. Le thérapeute s'attend à une faible résistance au stress, à des capacités d'introspection assez limitées. L'usage de l'EMA peut accroître les habiletés de l'individu à analyser son expérience interne. Le monitoring a déjà été démontré comme augmentant l'acuité de l'individu sur son problème et permettant d'accroître les compétences d'autorégulation (Bandura, 1977 ; Armeli et al., 2000). Hufford et al. (2002) soulignent que le monitoring de l'expérience ne suffit pas à activer des compétences de régulation du comportement inadapté. Il doit être combiné avec d'autres techniques thérapeutiques.

Comme nous l'avons déjà soulevé, le traitement des femmes toxicomanes est un défi au plan clinique. L'accumulation des facteurs de risque au plan psychosocial, les difficultés d'accès aux soins et la stigmatisation de cette population rendent erratique la continuité de la prise en charge. De tels cas nécessitent l'action concertée de plusieurs ressources et un plan de traitement au long cours. Le thérapeute doit donc relever les défis de la continuité et de l'intégration des services qui en découlent (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003 cité par Saint Jacques et Nadeau, 2007).

Dans le domaine du traitement des addictions, le modèle cognitivo-comportemental a fait l'objet de nombreuses recherches mettant en évidence son intérêt dans le maintien de l'abstinence, la réduction de la quantité et de la fréquence de consommation (Finney, & Monahan, 1996 ; Kadden, 2001 ; Longabaugh, & Morganstern, 1999) ainsi que dans la prévention de la rechute (Carroll, 1996 ; Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999). Les résultats

de cette étude mettent en évidence que les cibles privilégiées de l'intervention thérapeutique sont le craving et les fluctuations émotionnelles. L'utilisation de la méditation (*mindfulness meditation*) comme technique complémentaire peut s'avérer tout à fait intéressante à explorer, bien qu'elle n'ait fait l'objet de quelques recherches. La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), en français *thérapie cognitive basée sur la pleine conscience*, est une approche de groupe développée par Teasdale, Segal & Williams (1995), qui est destinée à prévenir les rechutes dépressives chez les patients en rémission d'une dépression unipolaire récurrente.

Nous savons qu'en présence d'un état de tristesse transitoire, les patients ayant déjà eu plusieurs épisodes dépressifs ont tendance à réactiver de manière facilitée des patterns de pensées et d'émotions négatives pouvant déclencher une rechute. La MBCT vise la prise de conscience de ce mode de fonctionnement de l'esprit et favorise la construction d'une nouvelle attitude à l'égard de ces pensées et émotions. Les pensées sont alors vues comme des événements mentaux, indépendamment de leur contenu et de leur charge émotionnelle. Ce programme intègre des techniques de thérapie cognitive avec la pratique de la méditation. La méditation permet en particulier de se centrer sur le présent, de se tenir à l'écart des ruminations négatives et de se déconnecter de cette spirale. Bowen, Witkiewitz, Dillworth, Chawla, Simpson et al. (2006) ont démontré l'intérêt de ce type de prise en charge non confrontante chez un échantillon clinique de patients toxicomanes incarcérés (réduction significative de la prise des différentes substances). L'intérêt de cette technique est de permettre à l'individu de développer de nouvelles habiletés cognitives qui seront mobilisées dans les situations à risque. Marlatt (2002) définit ainsi ce type d'habiletés comme des mécanismes de coping centrés sur l'inaction face à un affect négatif ou à un craving. Sur le plan neurobiologique, la méditation a pour intérêt de permettre le

développement d'un autre état de conscience qui s'avère être une alternative au comportement compulsif de l'addiction (Marlatt, 2002). La méditation permet d'interrompre le circuit du craving en acceptant la réponse physiologique et psychologique et en ne lui opposant aucune réaction, ni jugement.

De plus, l'intérêt de ce type d'intervention joue un rôle central dans les mécanismes de régulation émotionnelle. La diminution de la dysrégulation émotionnelle a également un impact sur la dynamique conjugale et ce, de manière circulaire (Fruzzetti & Fruzzetti, 2003; Fruzzetti, & Iverson, 2004). Or, nous avons mis en évidence que l'ensemble de ces variables sont des déterminants d'épisodes de consommation, d'où l'importance de propositions thérapeutiques ciblées. L'optimisation des mécanismes de régulation émotionnelle contribue à la diminution de la détresse personnelle et interpersonnelle et améliore la capacité à se sentir proche de l'autre (Fruzzetti, & Iverson, 2006). La difficulté à supporter l'intimité dans la relation conjugale et les effets délétères de l'abus sexuel (difficultés interpersonnelles, attachement inséure) chez les femmes toxicomanes sont des éléments qui doivent être activement pris en compte dans la prise en charge ainsi que les troubles de personnalité. L'intervention avec le couple pour travailler sur ces aspects spécifiques pourrait envisager d'être couplée avec le modèle de prévention de la rechute centré sur la méditation.

## **6 Axes de recherches à développer**

Dans la suite de cette étude, il nous paraît fondé d'introduire une évaluation clinique des troubles de personnalité chez les femmes en traitement pour une consommation problématique de substances. L'analyse du lien entre impulsivité et craving est également à explorer. De plus, le développement d'outils d'évaluation de l'expérience subjective de

l'individu aux prises avec un besoin intense de consommer des substances peut permettre de fournir une définition plus précise du craving et de discriminer cet état interne d'un état anxieux.

Il apparaît que la compréhension du phénomène de rechutes et du craving peut largement bénéficier de l'utilisation de méthodologies ambulatoires permettant de pallier de nombreux biais méthodologiques et de respecter l'expérience phénoménologique de l'individu. Cependant, comme nous l'avons souligné ci-dessus, un certain nombre de limites demeure. McKay et al. (2006) soulignent ainsi que, dans chaque épisode de consommation (assimilé à un faux pas ou une rechute), il existe « un moment de vérité », au cours duquel l'individu dépendant aux substances prend la décision finale (consciente ou non) de consommer des SPA. Aucune méthodologie n'est capable de saisir ce qui se passe dans l'expérience interne (processus cognitifs et émotionnels) de la personne pour déclencher ce comportement. Il semble qu'une des façons de l'approcher au plus près est par l'utilisation d'entretiens conduits dans un délai très proche de l'épisode de consommation. Cependant, ce type de méthodes présente des limites que nous avons déjà abordées longuement dans ce document (Hammersley, 1994). Le protocole idéal serait ainsi de combiner des méthodologies rétrospectives permettant de saisir les facteurs distaux impliqués dans le maintien d'une consommation problématique, avec des méthodologies ambulatoires capables de saisir les facteurs proximaux (dont le cycle de vie est très court et rapidement fluctuant), ainsi qu'une méthodologie qualitative permettant de mettre en contexte chaque épisode de craving ou de consommation en fonction de l'expérience interne de la personne et la compréhension des enjeux pour elle de cette situation.

Il semble ainsi nécessaire d'orienter notre réflexion future sur le développement de technologies pouvant répondre à ce type de proposition. L'usage de téléphone portable peut

permettre d'initier un entretien avec le participant à la suite de chaque épisode de consommation. Il est possible d'envisager que l'individu réponde à des questions générées par un ordinateur et transmises par le téléphone après un épisode de consommation (Mckay et al., 2006). De plus, ce type de support technologique peut autoriser le dévoilement de comportements indésirables plus facilement que face à une personne physique (Mundt, Bohn, King, & Hartley, 2002). Ce type de méthodologie a déjà été utilisé dans les recherches sur la consommation d'alcool (Collins, Kashdan, & Gollnisch, 2003) et dans un échantillon de patients dépendant à la cocaïne et sans domicile fixe (Freedman, Lester, McNamara, Milby, & Schumacher, 2006) avec des taux de participation très élevés. Des recherches supplémentaires doivent être entreprises pour évaluer dans quelle mesure la durée et la fréquence du rappel (par exemple, plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours consécutifs ou des plusieurs jours tirés au hasard sur une longue période) peuvent influencer la nature des variables à l'étude.

En outre, il semble opportun de fournir des fondements empiriques complémentaires au modèle dynamique de la rechute développée par Witkiewitz et Marlatt (2004). Les auteurs recommandent d'ailleurs d'explorer ce modèle via des méthodologies ambulatoires telles que l'EMA. L'analyse des processus de coping et du sentiment d'efficacité personnelle comme facteurs proximaux en lien avec le craving et la consommation doit être introduite afin de mesurer le rôle tampon de ces variables dans les situations à haut risque de consommation de SPA.

Par ailleurs, force nous est de constater que l'introduction de la méthode EMA a permis de révéler ce qui était jusqu'à demeure invisible, à savoir le rôle déterminants des facteurs proximaux dans l'expérience du craving et dans la décision de consommer. La méthodologie pourrait être améliorée, mais elle constitue, comme cette étude l'a démontré,

un apport intéressant, sinon significatif, à la compréhension du maintien de la consommation chez les femmes toxicomanes.

## **CONCLUSION**

Cette étude a permis de mettre en évidence l'importance des déterminants proximaux émotionnels et conjugaux dans le déclenchement d'épisodes de craving et la consommation de substances. On a également pu confirmer la circularité du lien entre psychopathologie et détresse conjugale dans cet échantillon de femmes dépendantes aux substances. L'impact central du craving dans le recours à la consommation vient apporter un éclairage nouveau au débat existant sur le sens de l'influence de ces deux événements. Les résultats de cette recherche soulignent que ce phénomène varie selon des facteurs ayant une proximité temporelle très courte. En outre, le déclenchement de la consommation est multidéterminé. Le modèle d'évaluation du faux pas et de la rechute se doit donc de prendre en considération l'ensemble des prédicteurs significatifs (émotionnels, cognitifs, physiologiques et interpersonnels) et les différents niveaux dans lesquels leur influence s'inscrit (distale, intermédiaire et proximale). Le modèle dynamique de la rechute récemment revisité par Witkiewitz et Marlatt (2004) permet d'incorporer et de présenter une interface dynamique des différents facteurs, du plus distal au plus proximal, dans une perspective biopsychosociale.

Cependant, il s'avère que le processus de maintien de la consommation ou de faux pas demeure complexe, difficile à prévoir et nécessitant une évaluation répétée et multidimensionnelle des facteurs précipitants. L'évaluation écologique momentanée a permis de prendre en compte l'interaction dynamique des facteurs émotionnels et interpersonnels impliqués dans le craving et la consommation dans le milieu naturel des participantes. Outre, l'intérêt méthodologique et conceptuel de ce protocole, nous avons ainsi pu constater l'impact de ce dispositif ambulatoire sur l'évaluation cognitive de la consommation et l'expérience émotionnelle des femmes dépendantes aux substances.

Il paraît ainsi nécessaire de développer des modalités d'intervention ambulatoire visant à augmenter le niveau d'insight de cette population, leur donnant ainsi des habiletés d'ajustement pour faire face aux situations à risque. L'association de ce type de protocole avec une intervention centrée sur la régulation émotionnelle et engageant le partenaire amoureux dans le parcours de soin de la femme dépendante aux substances pourrait s'avérer une option intéressante.

À l'issue de ce travail, tester empiriquement des modèles intégratifs multiniveaux prenant en considération notamment le sentiment d'efficacité personnelle et le coping demeure une préoccupation centrale. L'enjeu de cette compréhension est d'évaluer au mieux le maintien de la consommation chez cette population vulnérable, pour développer des techniques d'interventions spécifiques.

## **SOURCES DOCUMENTAIRES**

- Acharyya, S., & Zhang, H. (2003). Assessing sex differences on treatment effectiveness from the drug abuse treatment outcome study (DATOS). Am J Drug Alcohol Abuse, *29*(2), 415-44.
- Affleck, G., Apter, A., Tennen, H., Reisine, S., Barrows, E., Willard, A., Unger, J., & ZuWallack, R. (2000). Mood states associated with transitory changes in asthma symptoms and peak expiratory flow. Psychosom Med, *62*(1), 61-8.
- Affleck, G., Zautra, A., Tennen, H., & Armeli, S. (1999). Multilevel daily process designs for consulting and clinical psychology: a preface for the perplexed. J Consult Clin Psychol, *67*(5), 746-54.
- Ajzen, I. (1996). The social psychology of decision making. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), Social Psychology: Handbook of Basic Principles. (pp. 297-325). New York: Guildford Press.
- Amaro, H., & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. J Psychoactive Drugs, *27*(4), 325-37.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed. ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed. ed. Text revised). Washington, DC.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. J Abnorm Psychol, *104*(2), 277-85.
- Anglin, M.D., Hser, Y.I., & Booth, M.W. (1987). Sex differences in addict careers. 4. Treatment. Am J Drug Alcohol Abuse, *13*(3), 253-80.
- Anglin, M.D., Hser, Y.I., & McGlothlin, W.H. (1987). Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. Am J Drug Alcohol Abuse, *13*(1-2), 59-71.
- Anton, R.F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. Alcohol Res Health, *23*(3), 165-73.
- Arfken, C.L., Klein, C., di Menza, S., & Schuster, C.R. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. J Subst Abuse Treat, *20*(1), 53-7.
- Armeli, S., Tennen, H., Affleck, G., & Kranzler, H.R. (2000). Does affect mediate the association between daily events and alcohol use? J Stud Alcohol, *61*(6), 862-71.
- Armeli, S., Todd, M., & Mohr, C. (2005). A daily process approach to individual differences in stress-related alcohol use. J Pers, *73*(6), 1657-86.
- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. Revue canadienne des sciences du comportement, *18*, 25-34.

Baker, T.B., Piper, M.E., McCarthy, D.E., Majeskie, M.R., & Fiore, M.C.

(2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. Psychol Rev, *111*(1), 33-51.

Bandura, A. (1969). Social learning of moral judgments. J Pers Soc Psychol, *11*(3), 275-9.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, *84* (2), 191-215.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice-Hall, NJ: Englewood Cliffs.

Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. Am J Health Promot, *12*(1), 8-10.

Barker, R.J. (1978). Habitats, environments, and human behavior: Studies in the ecological psychology and ecobehavioral science of the Midwest Psychological Field Station: 1947-1972. San Francisco: Jossey-Bass.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: a attachment perspective. Journal of Social and Personal Relationships, *7*, 147-178.

Bastien, C., & Bastien - Toniazzo, M. (2002). Les émotions en psychologie cognitive. In A. Channouf & G. Rouan (Eds.), Émotions et cognitions. (pp. 73-103). Bruxelles: De Boeck.

Baudoin, J.Y., & Franck, N. (2006). La reconnaissance de l'expression faciale émotionnelle par le patient schizophrène. In C. Besche-Richard & C. Bungener (Eds.), Psychopathologies, émotions et neurosciences. (pp. 87-126). Paris: Belin .

Becker, R.C., Gore, J.M., Lambrew, C., Weaver, W.D., Rubison, R.M., French, W.J., Tiefenbrunn, A.J., Bowlby, L.J., & Rogers, W.J. (1996). A composite view of cardiac rupture in the United States National Registry of Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, *27*(6), 1321-6.

Beckman, L.J., & Amaro, H. (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. J Stud Alcohol, *47*(2), 135-45.

Beech, A.R., & Mitchell, I.J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. Clin Psychol Rev, *25*(2), 153-82.

Bergeret, J. (1991). Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique. In J. L. Venisse (Ed.), Les nouvelles addictions. Paris: Masson.

Birnbaum, I.M., Taylor, T.H., & Parker, E.S. (1983). Alcohol and sober mood state in female social drinkers. Alcohol Clin Exp Res, *7*(4), 362-8.

Blum, L.N., Nielsen, N.H., & Riggs, J.A. (1998). Alcoholism

and alcohol abuse among women: report of the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. J Womens Health, 7(7), 861-71.

Bohn, M.J., Krahn, D.D., & Staehler, B.A. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. Alcohol Clin Exp Res, 19(3), 600-6.

Bolger, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. Annual Review of Psychology, 54, 579-616.

Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R.C., & Schilling, E.A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. J Pers Soc Psychol, 57(5), 808-18.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B.D., Larimer, M.E., Blume, A.W., Parks, G.A., & Marlatt, G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. Psychol Addict Behav, 20(3), 343-7.

Bradburn, N.M., Rips, L.J., & Shevell, S.K. (1987). Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. Science, 236(4798), 157-61.

Bradley, B., Field, M., Mogg, K., & De Houwer, J. (2004). Attentional and evaluative biases for smoking cues in nicotine dependence: component processes of biases in visual orienting. Behav Pharmacol, 15(1), 29-36.

Bradley, S.J. (1990). Affect regulation and psychopathology: bridging the mind-body gap. Can J Psychiatry, 35(6), 540-7.

Brady, K.T., Grice, D.E., Dustan, L., & Randall, C. (1993). Gender differences in substance use disorders. Am J Psychiatry, 150(11), 1707-11.

Brady, T.M., & Ashley, O.S. (2005). Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study. Rockville, MD: SAMHSA.

Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic attachment. Personality and Social Bulletin, 21, 267-283.

Brewer, M.B. (2000). Research design and issues of validity. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development. Cambridge, USA: Harvard University Press.

Bronner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W. Jr, & Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry, 54(1), 71-80.

- Brown, G.W.&H.T.O. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. New York: Free Press.
- Brown, G.W., Ni Bhrolchain, M., & Harris, T.O. (1979). Psychotic and neurotic depression. Part 3. Aetiological and background factors. J Affect Disord, *1*(3), 195-211.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Manuel de l'inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y). Paris : Édition du Centre de Psychologie Appliquée.
- Brunswick, E. (1949). Systematic and representative design in psychological experiments. Berkeley, CA: University of California Press.
- Bryk, S.S., & Raudenbush, S.H. (2001). Hierarchical Linear Models. London: Sage Publications.
- Bungener, C., & Besche-Richard, C. (2006). Emotions, cognition et troubles dépressifs. In C. Besche-Richard & C. Bungener (Eds.), Psychopathologies, émotions et neurosciences. (pp. 41-86). Paris: Belin.
- Caetano, R., Nelson, S., & Cunradi, C. (2001). Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences from drinking among white, black and Hispanic couples in the United States. Am J Addict, *10 Suppl*, 60-9.
- Caetano, R., Schafer, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., & Miller, B. (2003). Intimate partner violence and drinking: new research on methodological issues, stability and change, and treatment. Alcohol Clin Exp Res, *27*(2), 292-300.
- Callaghan, R.C., & Cunningham, J.A. (2002). Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. J Subst Abuse Treat, *23*(4), 399-407.
- Cappell, H., & Herman, C.P. (1972). Alcohol and tension reduction. A review. Q J Stud Alcohol, *33* (1), 33-64.
- Carlston, D.E., & Smith, E.R. (1996). Principles of mental representation. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), Social Psychology: Handbook of Basic Principles. (pp. 184-210). New York: Guildford Press.
- Carney, M.A., Armeli, S., Tennen, H., Affleck, G., & O'Neil, T.P. (2000). Positive and negative daily events, perceived stress, and alcohol use: a diary study. J Consult Clin Psychol, *68*(5), 788-98.
- Carney, M.A., Tennen, H., Affleck, G., Del Boca, F.K., & Kranzler, H.R. (1998). Levels and patterns of alcohol consumption using timeline follow-back, daily diaries and real-time "electronic interviews". J Stud Alcohol, *59*(4), 447-54.

Carrigan, M.H., & Randall, C.L. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literature. Addict Behav, 28(2), 269-84.

Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4, 46-54.

Catanzaro, S.J., & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. Journal of counseling psychology, 41, 34-44.

Chapple, E.D. (1970). Cultural and the biological man: Explanations in behavioral anthropology. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Chatham, L.R., Hiller, M.L., Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., & Simpson, D.D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. Subst Use Misuse, 34(8), 1137-65.

Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R.J., & Moos, R.H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. J Consult Clin Psychol, 69(1), 92-100.

Clark, L.A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. J Pers Soc Psychol, 54(2), 296-308.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Collins, R.L., Kashdan, T.B., & Gollnisch, G. (2003). The feasibility of using cellular phones to collect ecological momentary assessment data: application to alcohol consumption. Exp Clin Psychopharmacol, 11(1), 73-8.

Collins, R.L., Morsheimer, E.T., Shiffman, S., Paty, J.A., Gnys, M., & Papandonatos, G.D. (1998). Ecological momentary assessment in a behavioral drinking moderation training program. Exp Clin Psychopharmacol, 6(3), 306-15.

Conger, J.J. (1956). Alcoholism: Theory, problem, challenge: II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 17, 296-305.

Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry, 67(2), 247-57.

Conway, K.P., Swendsen, J.D., & Merikangas, K.R. (2003). Alcohol expectancies, alcohol consumption, and problem drinking: the moderating role of family history. Addict Behav, 28 (5), 823-36.

Cooper, M.L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. Psychological Assessment, 6(1) 117-128).

Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. J Pers Soc Psychol, 69(5), 990-1005.

Cooper, M.L., Russel, M., & Frone, M.R. (1990). Work stress and alcohol effects : a test of stress-induced drinking. Journal of health and Social Behavior, 31, 260-276.

Cooper, M.L., Russell, M., & George, W.H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: a test of social learning formulations. J Abnorm Psychol, 97(2), 218-30.

Cooper, M.L., Russell, M., Skinner, J.B., Frone, M.R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. J Abnorm Psychol, 101(1), 139-52.

Cooper, M.L., Shaver, P.R., & Collins, N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. J Pers Soc Psychol, 74(5), 1380-97.

Cousson, F. Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C. (Ways of Coping Checklist). Psychologie Française, 41, 155-164.

Cox, W.M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. J Abnorm Psychol, 97(2), 168-80.

Cox, W.M., & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In W. M. Cox (Ed.), Why people drink: parameters of alcohol as a reinforcer. (pp. 291-314). New York: Gardner Press.

Coyne, J.C., & Benazon, N.R. (2001). Not agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In S. R. H. Beach (Ed.), Marital and Family Processes in Depression: A scientific foundation for clinical practice. American Psychological Association.

Coyne, J.C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. J Consult Clin Psychol, 54(4), 454-60.

Critchlow, B. (1986). The powers of John Barleycorn: Beliefs about the effects on social behavior. American Psychologist, 41, 751-764.

Cruise, C.E., Broderick, J., Porter, L., Kaell, A., & Stone, A.A. (1996). Reactive effects of diary self-assessment in chronic pain patients. Pain, 67(2-3), 253-8.

Csikszentmihalyi, M. (1994). Flow: The Psychology of Optimal Experience. New York: Harper Collins.

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). Being adolescent: Conflict and Growth in the teenage years. New York: Basic.

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and Reliability of the Experience Sampling Method. Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 526-536.

Cummings, C., Gordon, J.R., & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: strategies of prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), The addictive behavior. (pp. 291-321). Oxford, England: Pergamon Press.

Cummins, R. (1990). Social insecurity, anxiety, and stressful events as antecedents of depressive symptoms. Behav Med, 16(4), 161-4.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Chou, S.P., & Stinson, F.S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. J Stud Alcohol Drugs, 68(1), 66-75.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., & Chou, P.S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. Drug Alcohol Depend, 77(2), 139-50.

De Bonis, M. (2002). Emotion, psychologie cognitive et cognitivisme. In A. Channouf & G. Rouan (Eds.), Emotions et cognitions. (pp. 105-122). Bruxelles: De Boeck.

DeLongis, A., Coyne, J.C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. Health Psychology, 1(2), 119-136.

Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., Schmeidler, J., & Brown, C.H. (1992). The role of family factors, physical abuse, and sexual victimization experiences in high-risk youths' alcohol and other drug use and delinquency: a longitudinal model. Violence Vict, 7(3), 245-66.

Dennis, M.L., Scott, C.K., & Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups for people with chronic substance use disorders. Evaluation and Program Planning, 26, 339-352.

Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of-intimacy scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(2), 218 – 225.

DeVries, M.W. (1992). The Experience of Psychopathology: Investigating Mental Disorders in Their Natural Settings. New York: Cambridge University Press.

Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), Handbook of emotions (pp. 405-415). New York: Guilford Press.

Diez-Roux, A.V. (1998). Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. American Journal of Public Health, 88(2), 216-222.

Donovan, D.M. (1996). Marlatt's classification of relapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes? Addiction, 91 Suppl, S131-7.

Donovan, D.M. (2005). Assessment of addictive behaviors for relapse prevention. In D. M. Donovan & G. M. Marlatt (Eds.), Assessment of addictive behaviors. (pp. 1-48). New York: Guilford Press.

Dottan, R. F., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion and adaptability. Journal of Substance Use and Misuse, 38(2), 271 – 292.

Dozier, M., Stovall, K.C., & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment theory and research. (pp. 497-519). New York: Guilford Press.

Drummond, D.C. (2000). What does cue-reactivity have to offer clinical research? Addiction, 95 Suppl 2, S129-44.

Drummond, D.C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. Addiction, 96(1), 33-46.

Drummond, D.C., Litten, R.Z., Lowman, C., & Hunt, W.A. (2000). Craving research: future directions. Addiction, 95 Suppl 2, S247-55.

Dumont, M., Tarabulsy, G.M., Gagnon, J., Tessier, R., & Provost, M. (1998). Validation française d'un inventaire de micro-stresseurs de la vie quotidienne : combinaison du "Daily Hassles Scale" et du "Uplifts Scale". Journal International de Psychologie, 33(1), 57-71.

Eckenrode, J. (1984). Impact of chronic and acute stressors on daily reports of mood. J Pers Soc Psychol, 46(4), 907-18.

Edwards, G. (1987). Book review of Relapse Prevention, edited by G. A. Marlatt and J.R. Gordon. British Journal of Addiction, 82, 319-323.

Eich, E., Reeves, J.L., Jaeger, B., & Graff-Radford, S.B. (1985). Memory for pain: relation between past and present pain intensity. Pain, 23(4), 375-80.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. J Pers Soc Psychol, 78(1), 136-57.

Epstein, E.E., & McCrady, B.S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), Clinical Handbook of Couple Therapy. (pp. 597-628). New York: The Guildford Press.

Epstein, E.E., Labouvie, E., McCrady, B.S., Jensen, N.K., & Hayaki, J. (2002). A multi-site study of alcohol subtypes: classification and overlap of unidimensional and multi-dimensional typologies. Addiction, *97*(8), 1041-53.

Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. J Pers Soc Psychol, *57*(2), 332-50.

Erickson, J.M., & Jemison, C.R. (1991). Relations among measures of autobiographical memory. Bulletin of Psychonomic Society, *29*, 233-236.

Evans, D.M., & Dunn, N.J. (1995). Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgments: a replication and extension of Copper et al.'s 1988 study in a college sample. J Stud Alcohol, *56*(2), 186-93.

Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & O'Farrell, T.J. (1999). Drug-abusing patients and their intimate partners: dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. J Abnorm Psychol, *108*(1), 11-23.

Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. Child Abuse Negl, *16*(4), 475-83.

Feldman, B.L., & Barrett, D.J. (2001). An introduction to computerized experience sampling in psychology. Soc. Sci. Comput. Rev., *19*, 175-185.

Fernandez, L., Aulagnier, M., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J. L., & Preau, M. (2005). Module VI : Outils psychométriques. [www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie\\_catastrophes/module6.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/module6.pdf).2005.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., & Leino, E.V. (1997). Patterns and trends in women's and men's drinking. In R. Willsnack & S. Wilsnack (Eds.), Gender and Alcohol: Individual and social perspectives. (pp. 21-48). New Brunswick, NJ: Rutgers Centre of Alcohol Studies.

Fillmore, K.M., Hartka, E., Johnstone, B.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M., & Temple, M.T. (1991). A meta-analysis of life course variation in drinking. Br J Addict, *86*(10), 1221-67.

Filsinger, E.E., & Wilson, M.R. (1983). Social anxiety and marital adjustment. Family relations, *35*(513-519)

Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T., & Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression: different causal relationships for men and women? Psychological Science, *8*, 351-357.

- Finney, J.W., & Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. J Stud Alcohol, *57*(3), 229-43.
- Finney, J.W., & Moos, R.H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. J Stud Alcohol, *53*(2), 142-53.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychol, *46*(4), 839-52.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Soc Sci Med, *26*(3), 309-17.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol, *50*(5), 992-1003.
- Franken, I.H., Kroon, L.Y., & Hendriks, V.M. (2000). Influence of individual differences in craving and obsessive cocaine thoughts on attentional processes in cocaine abuse patients. Addict Behav, *25*(1), 99-102.
- Franken, I.H., Kroon, L.Y., Wiers, R.W., & Jansen, A. (2000). Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. J Psychopharmacol, *14*(4), 395-400.
- Freedman, M.J., Lester, K.M., McNamara, C., Milby, J.B., & Schumacher, J.E. (2006). Cell phones for ecological momentary assessment with cocaine-addicted homeless patients in treatment. J Subst Abuse Treat, *30*(2), 105-11.
- Friedman, W.J. (1993). Memory for the time of past events. Psychological Bulletin, *113*, 44-66.
- Frijda, N. (1986). The emotions. Cambridge: University Press.
- Frone, M.R., Barnes, G.M., & Farrel, M.P. (1999). Relationship of work-family conflict to substance use among employed mothers: the role of negative affect. Journal of marriage and family, *56*, 284-291.
- Frone, M.R., Cooper, M.L., & Russell, M. (1994). Stressful life events, gender, and substance abuse: An application of tobit regression. Psychology of Addictive Behaviors, *8*, 56-69.
- Fruzzetti, A.E., & Fruzzetti, A.R. (2003). Partners with borderline personality disorders: dialectical behavior therapy with couples. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), treating difficult couples: Managing emotional, behavioral, and health problems in couple therapy. New York: Guilford Press.

Fruzzetti, A.E., & Iverson, K.M. (2004). Couple dialectical behavior therapy: an approach to both individual and relational distress. Couples Research and Therapy, 10, 8-13.

Fruzzetti, A.E., & Iverson, K.M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), Emotion regulation in couples and families. Pathways to dysfunction and health. (pp. 249-268). Washington, DC: APA.

Fuhrer, R., Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Psychiatrie et Psychobiologie, 4: 163-166.

Funder, D.C. (1991). Global traits: A neo-Allportian Approach to Personality. Psychological Bulletin, 2, 31-39.

Gabel, S., & Shindledecker, R. (1990). Parental substance abuse and suspected child abuse/maltreatment predict outcome in children's inpatient treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29(6), 919-24.

Gable, S.L., Reis, H.T., & Elliot, A.J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday life. J Pers Soc Psychol, 78(6), 1135-49.

Gable, S.L., Reis, H.T., Impett, E.A., & Asher, E.R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. J Pers Soc Psychol, 87(2), 228-45.

Gicquel, L., & Corcos, M. (2003). Addiction: histoire naturelle d'un concept. In M. Corcos, M. Flament, & P. Jeammet (Eds.), Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson.

Gill, T.M., & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA, 272(8), 619-26.

Goldman, M.S., Brown, S.A., & Christiansen, B.A. (1987). Expectancy theory: thinking about drinking. In H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), Psychological theory of drinking and alcoholism. (pp. 181-226). New York: The Guildford Press.

Gollan, J., Friedman, M.A., & Miller, I.W. (2002). Couple therapy in the treatment of major depression. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), Clinical Handbook of Couple Therapy. (pp. 654 The Guildford Press.

Gomberg, E.S. (1988). Alcoholic women in treatment: the question of stigma and age. Alcohol Alcohol, 23(6), 507-14.

Goodman, A. (1990). Addiction: definitions and implications. British Journal of Addiction, 85, 1403-1408.

Gottman, J.M. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gottman, J.M., & Krokoff, L.J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *57*, 7-52.

Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., & Pickering, R.P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry, *65*(7), 948-58.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry, *61*(8), 807-16.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., & Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry, *61*(4), 361-8.

Gravel, R., Connolly, D., & Bédard, M. (2004). Enquete sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien etre. Statistique Canada.

Greeley, J., & Oei, T. (1999). Alcohol and tension reduction. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), Psychological theories of drinking and alcoholism. (pp. 14-53). New York: The Guildford Press.

Green, C.A., Polen, M.R., Dickinson, D.M., Lynch, F.L., & Bennett, M.D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. J Subst Abuse Treat, *23*(4), 285-95.

Greenspan, S.I., & Porges, S.W. (1984). Psychopathology in infancy and early childhood: clinical perspectives on the organization of sensory and affective-thematic experience. Child Dev, *55*(1), 49-70.

Grella, C.E. (1996). Background and overview of mental health and substance abuse treatment systems: meeting the needs of women who are pregnant or parenting. J Psychoactive Drugs, *28*(4), 319-43.

Grella, C.E. (1997). Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need. J Psychoactive Drugs, *29*(1), 67-78.

Grella, C.E. (2003). Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually-diagnosed sample in drug treatment. J Psychoactive Drugs, 35 Suppl 1, 169-79.

Grella, C.E., & Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. Am J Drug Alcohol Abuse, 25(3), 385-406.

Grondin, O., Husky, M., & Chakroun, N. (2002). Ver. 1.0 [ESM program]. Bordeaux; non publié.

Gross, D.R. (1984). Time Allocation: A tool for the study of cultural behavior. American Review of Anthropology, 15, 519-558.

Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol, 74(1), 224-37.

Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 39(3), 281-91.

Gross, J.J., & Levenson, R. (1993). Emotional suppression : Physiology, self-report, and expressive behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 64, 970-986.

Gross, J.J., & Levenson, R. (1997). Hiding feelings : The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. Journal of abnormal psychology, 106, 95-103.

Gross, J.J., Richards, J.M., & John, O.P. (2006). Emotion regulation and everyday life. In D. K. S. J. A. Snyder & J. A. Hughes (Eds.), Emotion regulation in couples and families. Pathways to dysfunction and health. (pp. 13-36). Washington, DC: APA.

Gwaltney, C.J., Shiffman, S., Paty, J.A., Liu, K.S., Kassel, J.D., Gnys, M., & Hickcox, M. (2002). Using self-efficacy judgments to predict characteristics of lapses to smoking. J Consult Clin Psychol, 70(5), 1140-9.

Hahn, S.E., & Smith, C.S. (1999). Daily hassles and chronic stressors: Conceptual and Measurement Issues . Stress Medicine, 15, 89-101.

Halford, W.K., Bouma, R., Kelly, A., & Young, R. (1999). Individual psychopathology and marital distress. Analyzing the association and implications for therapy. Behav Modif, 23(2), 179-216.

Hall, W., Teesson, M., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (1999). The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults:

findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. Addiction, *94*(10), 1541-50.

Hammer, T., & Vaglum, P. (1989). The increase in alcohol consumption among women: a phenomenon related to accessibility or stress? A general population study. Br J Addict, *84*(7), 767-75.

Hammersley, R. (1994). A digest of memory phenomena for addiction research. Addiction, *89*(3), 283-93.

Harder, D.W., Strauss, J.S., Kokes, R.F., Ritzler, B.A., & Gift, T.E. (1980). Life events and psychopathology severity among first psychiatric admissions. J Abnorm Psychol, *89*(2), 165-80.

Harper, C.G., Smith, N.A., & Kril, J.J. (1990). The effects of alcohol on the female brain: a neuropathological study. Alcohol Alcohol, *25*(5), 445-8.

Hartka, E., Johnstone, B., Leino, E.V., Motoyoshi, M., Temple, M.T., & Fillmore, K.M. (1991). A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. Br J Addict, *86*(10), 1283-98.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol, *52*(3), 511-24.

Heather, N., & Stallard, A. (1989). Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process? In M. Gossop (Ed.), Relapse and addictive behavior. (pp. 180-208). London: Routledge.

Helzer, J.E., & Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. J Stud Alcohol, *49* (3), 219-24.

Henderson, D.J., Boyd, C., & Mieczkowski, T. (1994). Gender, relationships, and crack cocaine: a content analysis. Res Nurs Health, *17*(4), 265-72.

Herman, J.L., Perry, J.C., & van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, *146*(4), 490-5.

Hernandez, J.T., Lodico, M., & DiClemente, R.J. (1993). The effects of child abuse and race on risk-taking in male adolescents. J Natl Med Assoc, *85*(8), 593-7.

Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. Arch Gen Psychiatry, *42*(11), 1050-5.

Hill, S.Y. (1995). Mental and physical consequences of alcohol use in women. In M. Galanter (Ed.), Alcoholism and Women. The effect of gender. (pp. 181-197). New York: Plenum Press.

Hinde, R.A. (1992). Developmental Psychology, 28, 1018-1029.

Hinde, R.A. (1995). A suggested structure for a science of relationships. Personal relationships, 2, 1-15.

Hodgins, D.C., el-Guebaly, N., & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. J Consult Clin Psychol, 63(3), 400-7.

Holahan, C.K., Holahan, C.J., & Belk, S.S. (1984). Adjustment in aging: the roles of life stress, hassles, and self- efficacy. Health Psychol, 3(4), 315-28.

Hox, J. (2002). Multilevel analysis. Techniques and applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Hu, Y.R., & Goldman, N. (1990). Mortality differentials by marital status: an international comparison. Demography, 27(2), 233-50.

Hubbard, R.L., Craddock, G., Flynn, P.M., Anderson, J., & Etheridge, R. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11, 261-278.

Hufford, M.R., Shields, A.L., Shiffman, S., Paty, J., & Balabanis, M.

(2002). Reactivity to ecological momentary assessment: an example using undergraduate problem drinkers. Psychol Addict Behav, 16(3), 205-11.

Hufford, M.R., Shiffman, S., Paty, J., & Stone, A.A. (2001). Ecological Momentary Assessment: Real-World, Real-Time Measurement of Patient Experience. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), Progress in Ambulatory Assessment. Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies. (pp. 69-92). Hogrefe & Huber Publishers.

Hufford, M.R., Witkiewitz, K., Shields, A.L., Kodya, S., & Caruso, J.C. (2003). Relapse as a nonlinear dynamic system: application to patients with alcohol use disorders. J Abnorm Psychol, 112(2), 219-27.

Hughes, T.L., Johnson, T., & Wilsnack, S.C. (2001). Sexual assault and alcohol abuse: a comparison of lesbians and heterosexual women. J Subst Abuse, 13(4), 515-32.

Hyland, M.E., Kenyon, C.A., Allen, R., & Howarth, P. (1993). Diary keeping in asthma: comparison of written and electronic methods. BMJ, 306(6876), 487-9.

Ickes, W., & Tooke, W. (1988). The observational method: Studying the interaction of minds and bodies. In S. Duck & D. F. Hay (Eds.), Handbook of personal relationships: Theory, Research and Interventions. (pp. 79-97). Chichester, England: Wiley.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol, 67(4), 563-70.

Izard, C.E. (1977). Human emotions. New York: Plenum.

Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and noncognitive processes. Psychol Rev, *100*(1), 68-90.

Jacob, T., & Leonard, K. (1992). Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, depressed, and nondistressed men. J Abnorm Psychol, *101*(4), 647-56.

Jacob, T., Leonard, K.E., & Randolph Haber, J. (2001). Family interactions of alcoholics as related to alcoholism type and drinking condition. Alcohol Clin Exp Res, *25*(6), 835-43.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). Acceptance and Change in couple therapy. A therapist's guide to transforming relationships. New York : Norton.

Johnstone, B.M., Leino, E.V., Ager, C.R., Ferrer, H., & Fillmore, K.M. (1996). Determinants of life-course variation in the frequency of alcohol consumption: meta-analysis of studies from the collaborative alcohol- related longitudinal project. J Stud Alcohol, *57*(5), 494-506.

Joung, I.M. (1997). The relationship between marital status and health. Ned Tijdschr Geneeskd, *141*(6), 277-82.

Julien, D., Markman, H.J., & Lindhal, K.M. (1989). A comparison of a global and amicroanalytic coding system: implications for future trends in studying interactions. Behavioral Assessment, *11*, 81-100.

Jung, J., & Khalsa, H.K. (1989). The relationship of daily hassles, social support, and coping to depression in black and white students. J Gen Psychol, *116*(4), 407-17.

Kadden, R.M. (1996). Is Marlatt's relapse taxonomy reliable or valid? Addiction, *91 Suppl*, S139-45.

Kadden, R.M. (2001). Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities. Addict Behav, *26*(4), 489-507.

Kairouz, S., Gliksman, L., Demers, A., & Adlaf, E.M. (2002). For all these reasons, I do...drink: a multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. J Stud Alcohol, *63*(5), 600-8.

Kairouz, S., Nadeau, L., & Siou, G.L. (2005). Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis. Can J Psychiatry, *50*(10), 591-8.

Kandel, D.B., Huang, F.Y., & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol Depend, *64*(2), 233-41.

Kandel, D.B., Warner, L.A., & Kessler, R.C. (1998). The epidemiology of

substance use and dependence among women. In C. L. Wethington & A. B. Roman

(Eds.), Drug addiction reseach and the health of women. (pp. 105-130). Rockville, MD:

National Institute on Drug Abuse.

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Shaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurements: daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, *4*, 1-39.

Kaplan, C.D., Korf, D., & Sterk, C. (1987). Temporal and social contexts of heroin-using populations. An illustration of the snowball sampling technique. J Nerv Ment Dis, *175*(9), 566-74.

Kaplan, C.D., Korf, D., & Sterk, C. (1987). Temporal and social contexts of heroin-using populations. An illustration of the snowball sampling technique. J Nerv Ment Dis, *175*(9), 566-74.

Karney, B.R., & Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method, and research. Psychol Bull, *118*(1), 3-34.

Kelley, H.H. (1997). The "stimulus field" for interpersonal phenomena: The source of language and thought about interpersonal events. Personality and Social Psychology Review, *1*(140-169).

Kelly, A.B., Halford, W.K., & Young, R.M. (2000). Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. Addiction, *95*(10), 1537-49.

Kelly, A.B., Halford, W.K., & Young, R.M. (2002). Couple communication and female problem drinking: a behavioral observation study. Psychol Addict Behav, *16*(3), 269-71.

Kenford, S.L., Fiore, M.C., Jorenby, D.E., Smith, S.S., Wetter, D., & Baker, T.B. (1994). Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. JAMA, *271*(8), 589-94.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P.A., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Greenfield, S.F., Kolody, B., Olfson, M., & Vega, W.A. (2001). Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. Arch Gen Psychiatry, *58*(11), 1065-71.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, *62*(6), 593-602.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., & Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, *54*(4), 313-21.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., & Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with

other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 54(4), 313-21.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 51(1), 8-19.

Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. Am J Orthopsychiatry, 66(1), 17-31.

Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry, 142(11), 1259-64.

Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. J Consult Clin Psychol, 65(5), 834-47.

King, A.C., Bernardy, N.C., & Hauner, K. (2003). Stressful events, personality, and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers. Addict Behav, 28(1), 171-87.

Kleitman, N. (1963). Sleep and wakefulness. (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Kohn, P.M., Lafreniere, K., & Gurevich, M. (1991). Hassles, health, and personality. J Pers Soc Psychol, 61(3), 478-82.

Kolonel, L.N., & Lee, J. (1981). Husband-wife correspondence in smoking, drinking, and dietary habits. Am J Clin Nutr, 34(1), 99-104.

Kovacs, G.L., Sarnyai, Z., & Szabo, G. (1998). Oxytocin and addiction: a review. Psychoneuroendocrinology, 23(8), 945-62.

Kripke, D.F. (1983). Phase advance theories for affective illnesses. In T. Wehr & F. Goodwin (Eds.), Circadian rhythms in psychiatry: Basic and clinical studies. Pacific Grove, CA: Boxwood.

Kushner, M.G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. Clin Psychol Rev, 20(2), 149-71.

Kushner, M.G., Mackenzie, T.B., Fiszdon, J., Valentiner, D.P., Foa, E., Anderson, N., & Wangenstein, D. (1996). The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety. Arch Gen Psychiatry, 53(3), 264-70.

Lammers, S.M., Schippers, G.M., & van der Staak, C.P. (1995). Submission and rebellion: excessive drinking of women in problematic heterosexual partner relationships. Int J Addict, 30(7), 901-17.

Lang, A.R., Patrick, C.J., & Strizke, W. (1999). Alcohol and emotional response: a multidimensional-multilevel Analysis. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), Psychological theories of drinking and alcoholism. (pp. 328-371). New York: The Guildford Press.

Lang, P.J. (1995). The emotion probe. Studies of motivation and attention. Am Psychol, 50(5), 372-85.

Langbehn, D.R., Cadoret, R.J., Caspers, K., Troughton, E.P., & Yucuis, R. (2003). Genetic and environmental risk factors for the onset of drug use and problems in adoptees. Drug Alcohol Depend, 69(2), 151-67.

Larsen, R.J. (1987). The stability of mood variability: a spectral approach to daily mood assessments. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 1195-1204.

Larsen, R.J. (2000a). Toward a science of mood regulation. Psychology Inquiry, 11(3), 129-141.

Larsen, R.J. (2000b). Emotion and personality. Personality and social psychological bulletin.

Larsen, R.J., & Diener, E. (1992). Promises and problems with the Circumplex model of emotion. In M. S. Clark (Ed.), Emotion. Review of personality. Newbury Park, California: Sage Publications.

Larsen, R.J., & Kasimatis, M. (1990). Individual differences in entrainment of mood to the weekly calendar. J Pers Soc Psychol, 58(1), 164-71.

Larsen, R.J., Diener, E., & Cropanzano, R.S. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. J Pers Soc Psychol, 53(4), 767-74.

Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Freeman, M. (1984). Alcohol and marijuana use in adolescents' daily lives: a random sample of experiences. Int J Addict, 19(4), 367-81.

Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA, 284(20), 2606-10.

Laurenceau, J.P., Feldman Barrett, L.A., & Rovine, M.J. (2005). The interpersonal process of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel approach. J Fam Psychology, 19(2), 314-323.

Laurenceau, J.P., Feldman Barrett, L.F., & Pietromonaco, P.R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and

perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges . J Pers Soc Psychol, 74(5),

1238-51.

Lazarus, R.S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. J Behav Med, 7(4), 375-89.

Lazarus, R.S. (1992). Coping with the stress of illness. WHO Reg Publ Eur Ser, 44, 11-31.

Lazarus, R.S. (1999). Stress and emotion. New York: Springer .

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Leadley, K., Clark, C.L., & Caetano, R. (2000). Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-related partnership problems. J Subst Abuse, 11(3), 253-63.

Leclubier, Y., Sheenan, D., Weiler, E., Amarin, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., & Dunbar, G.C. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic Structured Interview: reliability and validity according to CIDI. European Psychiatry, 5, 224-231.

LeDoux, J.E. (1995). Emotion: clues from the brain. Annu Rev Psychol, 46, 209-35.

Leonard, K.E., & Blane, H.T. (1999). Psychological theories of drinking and alcoholism. (2nd ed.). New York : The Guildford Press.

Leonard, K.E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. J Stud Alcohol Suppl, 11, 96-108.

Levenson, R.W. (1994). Human emotions: a functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), The nature of emotion: fundamental questions. (pp. 123-126). New York: Oxford Press.

Levitan, R.D., Rector, N.A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of co-morbidity and specificity. Depress Anxiety, 17(1), 34-42.

Lewis, B., Lewis, D., & Cumming, G. (1994). The comparative analgesic efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation and a non-steroidal anti-inflammatory drug for painful osteoarthritis. Br J Rheumatol, 33(5), 455-60.

Lieber, C.S. (1997). Gender differences in alcohol metabolism and susceptibility. In R. Wislnack & S. Wilsnack (Eds.), Gender and Alcohol. Individual and Social Perspectives. (pp. 77-89). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Linton, S.J. (1991). Memory for chronic pain intensity: correlates of accuracy.

Percept Mot Skills, 72(3 Pt 2), 1091-5.

Litt, M.D., Cooney, N.L., & Morse, P. (1998). Ecological momentary assessment (EMA) with treated alcoholics: methodological problems and potential solutions. Health Psychol, 17(1), 48-52.

Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. Alcohol Res Health, 23(2), 78-85.

Longabaugh, R., Rubin, A., Stout, R.L., Zywiak, W.H., & Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. Addiction, 91 Suppl, S73-88.

Lowman, C., Allen, J., & Stout, R.L. (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: overview of procedures and results. The Relapse Research Group. Addiction, 91 Suppl, S51-71.

Lowman, C., Hunt, W.A., Litten, R.Z., & Drummond, D.C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: an overview. Addiction, 95 Suppl 2, S45-54.

Lukasiewicz, M., & Frénoy-Peres, M. (2006). Prévention de la rechute. In M. Reynaud (Ed.), Traité d'addictologie. (pp. 249-255). Paris: Médecine-Sciences Flammarion.

Lukasiewicz, M., Benyamina, A., Reynaud, M., & Falissard, B. (2005). An in vivo study of the relationship between craving and reaction time during alcohol detoxification using the ecological momentary assessment. Alcohol Clin Exp Res, 29(12), 2135-43.

Luthar, S.S., Anton, S.F., Merikangas, K.R., & Rounsaville, B.J. (1992). Vulnerability to substance abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers. J Nerv Ment Dis, 180(3), 153-61.

Maes, H.H., Neale, M.C., Kendler, K.S., Hewitt, J.K., Silberg, J.L., Foley, D.L., Meyer, J.M., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A., & Eaves, L.J. (1998). Assortative mating for major psychiatric diagnoses in two population-based samples. Psychol Med, 28(6), 1389-401.

Maisto, S.A., Connors, G.J., & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. Psychol Addict Behav, 14(3), 257-66.

Maisto, S.A., Pollock, N.K., Cornelius, J.R., Lynch, K.G., & Martin, C.S. (2003). Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. Addict Behav, 28(3), 449-59.

Malinowski, B. (1935). Coral gardens and their magic: Soil tilling and agricultural rites. Bloomington: Indiana University Press.

Marco, C.A., Neale, J.M., Schwartz, J.E., Shiffman, S., & Stone, A.A. (1999). Coping with daily events and short-term mood changes: an unexpected failure to observe effects of coping. J Consult Clin Psychol, *67*(5), 755-64.

Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive behavioral analysis. In P. E. Nathan, G. A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.), New directions in behavioral research and treatment. (pp. 271-314). New York: Plenum Press.

Marlatt, G.A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. Cognitive and behavioral practice, *9*(1), 44-49.

Marlatt, G.A., & Donovan, D.M. (2005). Relapse prevention. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. Addict Behav, *27*(6), 867-86.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A., & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data

from the National Treatment Outcome Research Study. Br J Psychiatry, *176*, 285-9.

Marshall, M.P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. Clin Psychol Rev, *23*(7), 959-97.

McAdams, D.P. (1995). What do we know when we know a person? Journal of Personality, *63*, 365-398.

McCreary, D.R., & Sadava, S.W. (2000). Stress, alcohol use and alcohol-related problems: the influence of negative and positive affect in two cohorts of young adults. J Stud Alcohol, *61*(3), 466-74.

McGovern, M.P., Wrisley, B.R., & Drake, R.E. (2005). Relapse of substance use disorder and its prevention among persons with co-occurring disorders. Psychiatr Serv, *56*(10), 1270-3.

McGuire, M.T., & Polsky, R.H. (1979). Behavioral changes in hospitalized acute schizophrenics. An ethological perspective. J Nerv Ment Dis, *167*(11), 651-7.

McKay, J.R., & Weiss, R.V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. Eval Rev, *25*(2), 113-61.

McKay, J.R., Alterman, A.I., Koppenhaver, J.M., Mulvaney, F.D., Bovasso, G.B.,

& Ward, K. (2001). Continuous, categorical, and time to event cocaine use outcome

variables:

degree of intercorrelation and sensitivity to treatment group differences. Drug Alcohol Depend, 62(1), 19-30.

McKay, J.R., Franklin, T.R., Patapis, N., & Lynch, K.G. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. Clin Psychol Rev, 26(2), 109-27.

McKay, J.R., Merikle, E., Mulvaney, F.D., Weiss, R.V., & Koppenhaver, J.M. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. Addiction, 96(2), 213-25.

McKay, J.R., Rutherford, M.J., & Alterman, A.I. (1996). An investigation of potential time effects in retrospective reports of cocaine relapses. Addict Behav, 21(1), 37-46.

McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA, 284(13), 1689-95.

McMahon, R.C. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. J Subst Abuse Treat, 21(2), 77-87.

McNally, A.M., Palfai, T.P., Levine, R.V., & Moore, B.M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. Addict Behav, 28(6), 1115-27.

Mead, D.E. (2002). Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy: a review. J Marital Fam Ther, 28(3), 299-314.

Mercer, P.W., & Khavari, K.A. (1990). Are women drinking more like men? An empirical examination of the convergence hypothesis. Alcohol Clin Exp Res, 14(3), 461-6.

Merikangas, K.R. (1982). Assortative mating for psychiatric disorders and psychological traits. Arch Gen Psychiatry, 39(10), 1173-80.

Merikangas, K.R., & Swendsen, J.D. (1997). Genetic epidemiology of psychiatric disorders. Epidemiol Rev, 19(1), 144-55.

Merikangas, K.R., Risch, N.J., & Weissman, M.M. (1994). Comorbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety and depression. Psychol Med, 24(1), 69-80.

Messina, N., Wish, E., & Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. Am J Drug Alcohol Abuse, 26(2), 207-27.

Meyer, R.J., & Haggerty, R.J. (1962). Streptococcal infections in families. Factors

altering individual susceptibility. Pediatrics, 29, 539-49.

Miller, W.R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. Addiction, 91 Suppl, S15-27.

Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J., & Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. Addiction, 91 Suppl, S155-72.

Minors, D.S., & Waterhouse, J.M. (1981). Circadian rhythms and the human. Bristol: Wright and Sons .

Mishel, W., Shoda, Y., & Mondoza-Denton, R. (2002). Situation-behavior profiles as a locus of consistency in personality. Current directions in psychological science, 11, 50-54.

Mohr, C.D., Armeli, S., Tennen, H., Carney, M.A., Affleck, G., & Hromi, A. (2001). Daily interpersonal experiences, context, and alcohol consumption: crying in your beer and toasting good times. J Pers Soc Psychol, 80(3), 489-500.

Monk, T.H., Flaherty, J.F., Frank, E., Hoskinson, K., & Kupfer, D.J. (1990). The Social Rhythm Metric. An instrument to quantify the daily rhythms of life. J Nerv Ment Dis, 178(2), 120-6.

Monroe, R.H., & Monroe, R.L. (1971). Household density and infant care in an East African Society. Journal of Social Psychology, 83, 9-13.

Monroe, S.M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: further issues and findings. J Behav Med, 6(2), 189-205.

Moos, R.H., Finney, J.W., & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. J Stud Alcohol, 43(9), 888-909.

Morris, W.N. (1992). A functional analysis of the role of mood in affective systems. In M. S. Clark (Ed.), Review of personality and social psychology. (pp. 256-293). Newbury Park, CA: Sage.

Mueser, K., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L., Barlow, D.H. (2003). Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. New York, NY, US: Guilford Press. 470 pp.

Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., & Manuck, S.B. (1998). What are quality of life measurements measuring? BMJ, 316(7130), 542-5.

Mundt, J.C., Bohn, M.J., King, M., & Hartley, M.T. (2002). Automating standard

alcohol use assessment instruments via interactive voice response technology. Alcohol

Clin

Exp Res, 26(2), 207-11.

Muraven, M., & Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? Psychol Bull, 126(2), 247-59.

Murphy, C.M., & O'Farrell, T.J. (1997). Couple communication patterns of maritally aggressive and nonaggressive male alcoholics. J Stud Alcohol, 58(1), 83-90.

Murphy, C.M., O'Farrell, T.J., Fals-Stewart, W., & Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. J Consult Clin Psychol, 69(3), 528-40.

Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties: la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. Santé mentale au Québec, 26(2), 7-21.

Nadeau, L., & Biron, C. (1998). Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Les Presses de l'Université Laval.

Nadeau, L., Biron, C., Bergeron, J., Brochu, S., Demers, A., Guyon, L., Landry, M., Mercier, C., & Lepage, M. (1997). Cadre conceptuel pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Québec: Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Nadeau, L., Landry, M., & Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. Can J Psychiatry, 44(6), 592-6.

Nadeau, L., Truchon, M., & Biron, C. (2000). High-risk sexual behaviors in a context of substance abuse: a focus group approach. J Subst Abuse Treat, 19(4), 319-28.

Nakano, K. (1991). Coping strategies and psychological symptoms in a Japanese sample. J Clin Psychol, 47(3), 346-50.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1999). Are women more vulnerable to alcohol's effects?, Alcohol Alert ed.

Nelson, R.O. (1977). Assessments and therapeutic functions of self-monitoring. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. Miller (Eds.), Progress in behavior modification. (pp. 3-41). New York: Academic Press.

Neugebauer, R. (1989). Reliability of seizure diaries in adult epileptic patients. Neuroepidemiology, 8(5), 228-33.

Nezlek, J., Wheeler, L., & Reis, H.T. (1983). Studies of social participation. In H.

T. Reis (Ed.), Naturalistic approaches to studying social interaction. (pp. 57-73). San

Francisco, CA: Jossey-Bass .

sNiaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. Addiction, 95 Suppl 2, S155-63.

Noel, N.E., MacCrady, B.S., Stout, R.L., & Nelson, H.F. (1991). Gender differences in marital functioning of male and female alcoholics. Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1, 31-38.

Norton, R., Batey, R., Dwyer, T., & MacMahon, S. (1987). Alcohol consumption and the risk of alcohol related cirrhosis in women. Br Med J (Clin Res Ed), 295(6590), 80-2.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). (2005). Drogues et dépendances, données essentielles. Paris: La Découverte.

O'Connell, K.A., & Martin, E.J. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse, and relapse among participants in smoking cessation programs. J Consult Clin Psychol, 55(3), 367-71.

O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. J Marital Fam Ther, 29(1), 121-46.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., & Birchler, G.R. (1991). Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy. J Stud Alcohol, 52(5), 441-7.

Olenick, N.L., & Chalmers, D.K. (1991). Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. J Stud Alcohol, 52(4), 325-30.

OMS. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural

disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

ONU. (2004). Traitement et suivi des femmes pour abus de substances. Etudes de cas et enseignements. Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

Park, C.L., Armeli, S., & Tennen, H. (2004). The daily stress and coping process and alcohol use among college students. J Stud Alcohol, 65(1), 126-35.

Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R.B., & Reynolds, S. (1996). Changing moods: The psychology of moods and mood regulation. Essex, England : Addison-Wesley.

Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. J Health Soc Behav, 19(1), 2-21.

Pedinielli, J.L., Rouan, G., & Bertagne, P. (1997). Psychopathologie des

addictions. Paris: PUF.

Penick, E.C., Nickel, E.J., Powell, B.J., Bingham, S.F., & Liskow, B.I. (1990). A comparison of familial and nonfamilial male alcoholic patients without a coexisting psychiatric disorder. J Stud Alcohol, *51*(5), 443-7.

Penner, L.A., Shiffman, S., Paty, J.A., & Fritzsche, B.A. (1994). Individual differences in intraperson variability in mood. J Pers Soc Psychol, *66*(4), 712-21.

Pépin, J., & Nadeau, L. (2001). Relations amoureuses, état psychologique et toxicomanie chez un échantillon clinique. Science et Comportement, *28*(3), 193-207.

Peters, M.L., Sorbi, M.J., Kruse, D.A., Kerssens, J.J., Verhaak, P.F., & Bensing, J.M. (2000). Electronic diary assessment of pain, disability and psychological adaptation in patients differing in duration of pain. Pain, *84*(2-3), 181-92.

Piano, M.R. (2002). Alcohol and heart failure. J Card Fail, *8*(4), 239-46.

Piasecki, T.M., Fiore, M.C., McCarthy, D.E., & Baker, T.B. (2002). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. Addiction, *97*(9), 1093-108.

Piasecki, T.M., Niaura, R., Shadel, W.G., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M.C., & Baker, T.B. (2000). Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. J Abnorm Psychol, *109*(1), 74-86.

Pickering, T.G., & Devereux, R.B. (1987). Ambulatory monitoring of blood pressure as predictor of cardiovascular risk. American Heart Journal, *114*, 925-928.

Plant, M. (1990). Women and Alcohol: a review of international literature

on the use of alcohol by females. Geneva: WHO Publications.

Pohorecky, L.A. (1991). Stress and alcohol interaction: an update of human research. Alcohol Clin Exp Res, *15*(3), 438-59.

Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed. False hopes of self-change. Am Psychol, *57*(9), 677-89.

Prager, K.J. (1995). The Psychology of intimacy. New York: Guildford.

Price, A., & Simmel, C. (2002). Partners' influence on women's addiction and recovery: The Connection between Substance abuse, Trauma, and Intimate Relationships. Berkeley, CA: National Abandoned Infants Assistance Resource Center (NAIARC), University of California at Berkeley.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1995). Changing for good.

**A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life**

positively forward. New York: HarperCollins.

RachBeisel, J., Dixon, L., & Gearon, J. (1999). Awareness of substance abuse problems among dually-diagnosed psychiatric inpatients. J Psychoactive Drugs, *31*(1), 53-7.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale :a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. Applied Psychological Measurements, *1*, 385-401.

Read, J.P., Wood, M.D., Kahler, C.W., Maddock, J.E., & Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. Psychol Addict Behav, *17*(1), 13-23.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, *264*(19), 2511-8.

Reich, J.W., Zautra, A.J., & Guarnaccia, C.A. (1989). Effects of disability and bereavement on the mental health and recovery of older adults. Psychol Aging, *4*(1), 57-65.

Reis, H.T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relationships. Journal of social and clinical psychology, *9*, 15-30.

Reis, H.T., & Gable, S.L. (2000). Event-Sampling and Other Methods for Studying Everyday Experience. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology. (pp. 190-222). Cambridge University Press.

Reis, H.T., & Patrick, B.C. (1996). Attachment and intimacy: component processes. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), Social Psychology: Handbook of basic principles. (pp. 523-563). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Reis, H.T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S.

Duck (Ed.), Handbook of personal relationships. (pp. 367-389). Chichester: Wiley.

Reis, H.T., & Wheeler, L. (1991). Studying social interaction with the Rochester Interaction Record. Advances in experimental social psychology, *24*, 269-318.

Reis, H.T., Collins, W.A., & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. Psychol Bull, *126*(6), 844-72.

Reis, H.T., Nezelek, J.B., & Wheeler, L. (19802). Physical attractiveness in social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, *38*, 604-617.

Reynaud, M. (2006). Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In M. Reynaud (Ed.), Traité d'addictologie. Paris: Flammarion-Médecine-Sciences.

Reynaud, M., Parquet, P.J., & Lagrue, G. (2000). Les pratiques addictives. Paris: Odile Jacob.

Reynolds, E.W., & Bada, H.S. (2003). Pharmacology of drugs of abuse. Obstet Gynecol Clin North Am, 30(3), 501-22.

Reynolds, T.D. (1965). Fluctuations in schizophrenic behavior. Medical Annals of the District of Columbia, 34(520-549).

Riehman, K.S., Iguchi, M.Y., Zeller, M., & Morral, A.R. (2003). The influence of partner drug use and relationship power on treatment engagement. Drug Alcohol Depend, 70(1), 1-10.

Roberts, L.J., & Leonard, K.E. (1997). Gender differences and similarities in the alcohol and marriage relationship. In R. Wilsnack & S. Wilsnack (Eds.), Gender and Alcohol: Individual and Social perspectives. (pp. 289-311). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Roberts, L.J., & Leonard, K.E. (1998). An empirical typology of drinking partnerships and their relationship to marital functioning and drinking consequences. Journal of Marriage and the Family, 60, 515-526.

Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. Addiction, 95 Suppl 2, S91-117.

Roesler, T.A., & Dafler, C.E. (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. J Subst Abuse Treat, 10(6), 537-43.

Room, R. (1997). Alcohol, the individual and society: what history teaches us. Addiction, 92 Suppl 1, S7-11.

Ross, H.E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Drug Alcohol Depend, 39(2), 111-28.

Ross, H.E., Glasser, F.B., & Stiasny, S. (1988). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. Br J Addict, 83(10), 1179-92.

Ross, H.E., Lin, E., & Cunningham, J. (1999). Mental health service use: a comparison of treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario. Can J Psychiatry, 44(6), 570-7.

Ross, M. (1989). Relation of implicit theories to the construction of personal histories. Psychological Review, 96, 341-357.

Rubin, A., Stout, R.L., & Longabaugh, R. (1996). Gender differences in relapse situations. Addiction, 91 Suppl, S111-20.

Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: a hierarchical reconciliation. Journal of consulting and clinical psychology, *2*, 333-337.

Saint-Jacques, M., & Nadeau, L. (2007, accepté). L'intervention conjugale auprès de couples alcooliques. Dans J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (Éds.), Les défis de l'intervention psychologique auprès du couple (Chapitre 13). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal

Saint-Jacques, M. et al., (2006). The Coherence of reports of couple violence with male partners in addiction treatment. Family Violence & Sexual Assault Bulletin, vol. 22, n° 2, p.5-13.

Santé Canada. (2002). Meilleures Pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa, Ontario: Publications Santé Canada.

Sarmyai, Z., & Kovacs, G.L. (1994). Role of oxytocin in the neuroadaptation to drugs of abuse. Psychoneuroendocrinology, *19*(1), 85-117.

Sayette, M.A. (1993). An appraisal-disruption model of alcohol's effects on stress responses in social drinkers. Psychol Bull, *114*(3), 459-76.

Sayette, M.A. (1999). Does drinking reduce stress? Alcohol Res Health, *23*(4), 250-5.

Schachter, S., & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. Psychol Rev, *69*, 379-99.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. J Pers, *55*(2), 169-210.

Schuckit, M.A., & Morrissey, E.R. (1979). Psychiatric problems in women admitted to an alcoholic detoxification center. Am J Psychiatry, *136*(4B), 611-7.

Schuckit, M.A., & Smith, T.L. (1997). Assessing the risk for alcoholism among sons of alcoholics. J Stud Alcohol, *58*(2), 141-5.

Schuckit, M.A., & Smith, T.L. (2000). The relationships of a family history of alcohol dependence, a low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders. J Stud Alcohol, *61*(6), 827-35.

Schuckit, M.A., Smith, T.L., Eng, M.Y., & Kunovac, J. (2002). Women who marry men with alcohol-use disorders. Alcohol Clin Exp Res, *26*(9), 1336-43.

Schwartz, E.D., Kowalski, J.M., & McNally, R.J. Malignant memories: Post-traumatic changes in memory in adults after a school shooting. Journal of Traumatic Stress, *6*, 545-533.

Schwartz, N., & Sudman, S. (1994). Autobiographical memory and the validity of retrospective reports. New York: Springer-Verlag.

Schwartz, N., & Sudman, S. (1996). Answering questions: Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research. San Francisco: Jossey-Bass.

Schwartz, N., Groves, R.M., & Schuman, H. (1998). Survey Methods. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), The Handbook of Social Psychology. New York: McGraw-Hill.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., & et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry, *59*(Suppl 20), 22-33, quiz 34-57.

Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: a situational analysis. J Consult Clin Psychol, *50*(1), 71-86.

Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. In M. Gossop (Ed.), Relapse and addictive behaviour. (pp. 149-179). London: Tavistock/ Routledge.

Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse process. J Pers, *73*(6), 1715-48.

Shiffman, S., & Hufford, M. (2001). Methods of measuring patient experience. White Paper Invivodata, Inc.

Shiffman, S., & Paty, J. Patient Experience: A growing focus in clinical trials. (2001). White Paper. Invivodata, Inc.

Shiffman, S., & Stone, A.A. (1998). Ecological Momentary Assessment: A New Tool for Behavioral Medicine Research. In D. S. Krantz & A. Baum (Eds.), Technology and Methods in Behavioral Medicine. (pp. 117-131). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Shiffman, S., & Waters, A.J. (2004). Negative affect and smoking lapses: a prospective analysis. J Consult Clin Psychol, *72*(2), 192-201.

Shiffman, S., Balabanis, M.H., Paty, J.A., Engberg, J., Gwaltney, C.J., Liu, K.S., Gnys, M., Hickcox, M., & Paton, S.M. (2000). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. Health Psychol, *19*(4), 315-23.

Shiffman, S., Gwaltney, C.J., Balabanis, M.H., Liu, K.S., Paty, J.A., Kassel, J.D., Hickcox, M., & Gnys, M. (2002). Immediate antecedents of cigarette smoking: an analysis from ecological momentary assessment. J Abnorm Psychol, *111*(4), 531-45.

Shiffman, S., Hufford, M., Hickcox, M., Paty, J.A., Gnys, M., & Kassel, J.D. (1997). Remember that? A comparison of real-time versus retrospective recall of smoking lapses. J Consult Clin Psychol, *65*(2), 292-300.

Shiffman, S., Paty, J.A., Gnys, M., Kassel, J.A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. J Consult Clin Psychol, *64*(2), 366-79.

Smith, E.R. (2000). Research design. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), Handbook of research methods in social psychology. (pp. 17-39). Cambridge: Cambridge University Press.

Snijders, T., & Bosker, R. (1999). Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling. London, UK: Sage Publications.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol, *60*(4), 570-85.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In Litten & Allen (Eds.), Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biological Methods. Totowa, NJ: The Humana Press, Inc.

Sobell, L.C., Agrawal, S., & Sobell, M.B. (1997). Factors affecting agreement between alcohol abusers' and their collaterals' reports. Journal of Studies on Alcohol, *58*(4), 405-413

Sobell, L.C., Toneatto, T., Sobell, M.B., Leo, G.I., & Johnson, L. (1992). Alcohol abusers' perceptions of the accuracy of their self-reports of drinking: implications for treatment. Addict Behav, *17*(5), 507-11.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, *19*(3), 199-210.

Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hsu, L. (2004). Prevalence studies of substance-related disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry, *49*(6), 373-84.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and Family, *29*, 473-480.

Spanier, G.B., & Thomson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic

Ajustement Scale. Journal of Marriage and Family, 38, 15-28.

Spielberger CD. (1983). Manual for the State-Trait anxiety inventory (Form Y). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Spybrook, J., Raudenbush, Liu, X., & Congdon, R. (2006). Optimal Design for Longitudinal and Multilevel Research: Documentation for the "Optimal Design" Software. Available for download at [http://sitemaker.umich.edu/group-based/optimal\\_design\\_software](http://sitemaker.umich.edu/group-based/optimal_design_software), accessed 18 avril, 2007.

Stack, S., & Eshleman, J. (1998). Marital status and happiness: A 17-nation study. Journal of Marriage and the Family, 60(527-536).

Stanton, M. (2005). Relapse prevention needs more emphasis on interpersonal factors. Am Psychol, 60(4), 340-1.

Steinglass, P., Davis, D.I., & Berenson, D. (1977). Observations of conjointly hospitalized "alcoholic couples" during sobriety and intoxication: implications for theory and therapy. Fam Process, 16(1), 1-16.

Stone, A.A., & Shiffman, S. (2002). Capturing momentary, self-report data: a proposal for reporting guidelines. Annals of Behavioral Medicine, 24(3), 236-243.

Stone, A.A., Broderick, J., Porter, L., Krupp, L., Gnys, M., Paty, J., & Shiffman, S. (1994). Fatigue and mood in chronic fatigue syndrome patients: Results of a momentary assessment protocol examining fatigue and mood levels and diurnal patterns. Annals of Behavioral Medicine, 16, 228-234.

Stone, A.A., Broderick, J.E., Schwartz, J.E., Shiffman, S., Litcher-Kelly, L., & Calvanese, P. (2003). Intensive momentary reporting of pain with an electronic diary: reactivity, compliance, and patient satisfaction. Pain, 104(1-2), 343-51.

Stone, A.A., Neale, J.M., & Shiffman, S. (1993). Daily assessment of stress and coping and their association with mood. Annals of Behavioral Medicine, 15, 8-16.

Stone, A.A., Schwartz, J.E., Neale, J.M., Shiffman, S., Marco, C.A., Hickcox, M., Paty, J., Porter, L.S., & Cruise, L.J. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. J Pers Soc Psychol, 74(6), 1670-80.

Stone, A.A., Shiffman, S., Schwartz, J.E., Broderick, J.E., & Hufford, M.R. (2003). Patient compliance with paper and electronic diaries. Control Clin Trials, 24(2), 182-99.

Stone, A.A., Shiffman, S.S., & DeVries, M.W. (1999). Ecological Momentary Assessment. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.), Well-Being: The Foundations of the Hedonic Psychology. (pp. 26-39). New York: Russel Sage Foundation.

Stone, A.S., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. Annals of Behavioral Medicine, 1999-202.

Stone, P.J., & Nicolson, N.A. (1987). Infrequently occurring activities and contexts in time use data. J Nerv Ment Dis, 175(9), 519-25.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. Journal of Family Issues, 17(3), 283-316.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). Treatment episode data set: 1992-2002. National admissions to substance abuse treatment services. Rockville, MD: DASIS Series: S-23, DHHS Publication N (SMA) 04-3965.

Swendsen, J.D., Tennen, H., Carney, M.A., Affleck, G., Willard, A., & Hromi, A. (2000). Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of the self-medication hypothesis. J Abnorm Psychol, 109(2), 198-204.

Szalai, A., Converse, P., & Feldheim, P.e.al. (1972). The use of time. The Hague: Mouton.

Teasdale, J.D., & Fogarty, S.J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. J Abnorm Psychol, 88(3), 248-57.

Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, J.M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behav Res Ther, 33(1), 25-39.

Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping. Linking theory, research, and practice. Am Psychol, 55(6), 626-36.

Thayer, R.E. (1996). The origin of everyday moods: managing energy, tension and stress. New York: Oxford University Press.

Thomas, D.L., & Diener, E. (1990). Memory accuracy in the recall of emotions. Journal of Personality and Social Psychjology, 59(313-337)

Thompson, C.P., Skowronski, J.J., & Betz, A.L. (1993). The use of partial temporal information in dating personal events. Mem Cognit, 21(3), 352-60.

Thorberg, F.A., & Lyvers, M. (2006a). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav, 31(4), 732-7.

Thorberg, F.A., & Lyvers, M. (2006b). Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav, 31(5), 811-20.

Tidwell, M.C., Reis, H.T., & Shaver, P.R. (1996). Attachment, attractiveness, and

social interaction: a diary study. J Pers Soc Psychol, 71(4), 729-45.

Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. Psychol Rev, 97(2), 147-68.

Tiffany, S.T., & Conklin, C.A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. Addiction, 95 Suppl 2, S145-53.

Todd, M., Tennen, H., Carney, M.A., Armeli, S., & Affleck, G. (2004). Do we know how we cope? Relating daily coping reports to global and time-limited retrospective assessments. J Pers Soc Psychol, 86(2), 310-9.

Tomkins, S. (1962). *Affect, imagery and consciousness: the positive affects*. New York: Springer.

Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2006). *Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. (2<sup>ème</sup> ed.). Paris: Armand Collin.

van Praag, H.M. (1990). Two-tier diagnosing in psychiatry. Psychiatry Res, 34(1), 1-11.

Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., & Rounsaville, B.J. (2000). Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? J Stud Alcohol, 61(1), 101-10.

Verheul, R., van den Brink, W., & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. Alcohol Alcohol, 34(2), 197-222.

Vogeltanz, N.D., & Wilsnack, S.C. (1997). Alcohol problems in women: risk factors, consequences and treatment strategies. In S. J. Gallant, G. P. Keita, & R. Royak-Schaler (Eds.), Health care for women: psychological, social and behavioral influences. (pp. 75-96). Washington, DC: APA.

Wald, T. (1922). An experimental study of hunger and its relation to activity. Archives Psychology Monographs, 8, 1-65.

Walitzer, K.S., & Dearing, R.L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. Clin Psychol Rev, 26(2), 128-48.

Wechsberg, W.M., Craddock, S.G., & Hubbard, R.L. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men? Drugs and Society, 13(1-2), 97-115.

Wei, M., Vogel, D.L., Ku, T.Y., & Zakalik, R.A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems. The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. Journal of counseling psychology, 52(14-24).

Weisner, C., & Schmidt, L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. JAMA, 268(14), 1872-6.

- Weiss, R.D., Martinez-Raga, J., Griffin, M.L., Greenfield, S.F., & Hufford, C. (1997). Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study. Drug Alcohol Depend, 44(1), 35-40.
- Weiss, R.L. (1989). The circle of voyeurs: Observing the observers of marital and family interactions. Behavioral Assessment, 11, 135-147.
- Wertz, J.M., & Sayette, M.A. (2001). A review of the effects of perceived drug use opportunity of self-reported urge. Exp Clin Psychopharmacol, 9(1), 3-13.
- Westerberg, V.S. (2000). Constituents of craving in a clinical alcohol sample. J Subst Abuse, 12(4), 415-23.
- Westermeyer, J., & Boedicker, A.E. (2000). Course, severity, and treatment of substance abuse among women versus men. Am J Drug Alcohol Abuse, 26(4), 523-35.
- Westermeyer, J., Wahmanholm, K., & Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. Am J Addict, 10(2), 101-10.
- Wheeler, L., & Reis, H.T. (1991). Self-recording of the everyday life events: Origins, types, and uses. Journal of Personality and Social Psychology, 62, 760-773.
- Whisman, M.A., Sheldon, C.T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: does type of relationship matter? J Abnorm Psychol, 109(4), 803-8.
- Wilsnack, R.W., Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C., Harris, T.R., Ahlstrom, S., Bondy, S., Csemy, L., Ferrence, R., Ferris, J., Fleming, J., Graham, K., Greenfield, T., Guyon, L., Haavio-Mannila, E., Kellner, F., Knibbe, R., Kubicka, L., Loukomskaja, M., Mustonen, H., Nadeau, L., Narusk, A., Neve, R., Rahav, G., Spak, F., Teichman, M., Trocki, K., Webster, I., & Weiss, S. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction, 95(2), 251-65.
- Wilsnack, S.C., & Wilsnack, R.W. (1995). Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends. Recent Dev Alcohol, 12, 29-60.
- Wilsnack, S.C., Klassen, A.D., Schur, B.E., & Wilsnack, R.W. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problem drinking: a five-year longitudinal analysis. Am J Public Health, 81(3), 305-18.
- Wilsnack, S.C., Vogeltanz, N.D., Klassen, A.D., & Harris, T.R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. J Stud Alcohol, 58(3), 264-71.
- Windle, M. (1997). Mate similarity, heavy substance use and family history of problem drinking among young adult women. J Stud Alcohol, 58(6), 573-80.

Windle, M., & Windle, R.C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. J Abnorm Psychol, 105(4), 551-60.

Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., & Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. J Consult Clin Psychol, 70(2), 344-55.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. Am Psychol, 59(4), 224-35.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2005). Emphasis on interpersonal factors in a dynamic model of relapse. Am Psychol, 60(4), 341-2.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19(3), 211-228.

Wong, C.J., Badger, G.J., Sigmon, S.C., & Higgins, S.T. (2002). Examining possible gender differences among cocaine-dependent outpatients. Exp Clin Psychopharmacol, 10(3), 316-23.

Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being : a consideration of emotional style and marital status. Psychological Bulletin, 106, 249-264.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American Psychologist, 35, 151-175.

Zautra, A.J., Guarnaccia, C.A., & Dohrenwend, B.P. (1986). Measuring small life events. Am J Community Psychol, 14(6), 629-55.

Zautra, A.J., Guarnaccia, C.A., Reich, J.W., & Dohrenwend, B.P. (1988). The contribution of small life events to stress and distress. In L. W. Cohen (Ed.), Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues. (pp. 96-122). Newbury Park, California: Sage.

Zweben, A. (1986). Problem drinking and marital adjustment. J Stud Alcohol, 47(2), 167-72.

# ANNEXES

## **1. Certificat d'éthique**

**Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)**  
 Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

## Certificat d'éthique

Le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT),  
 selon les procédures en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :

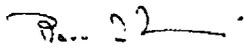
*Relation conjugale, fluctuations de l'humeur et consommation de  
 substances : Une étude en vie quotidienne chez un échantillon de femmes  
 toxicomanes*

*N/D : CERT/2003-020 - Suivi*

et soumis par :

*Madame Louise Nadeau  
 A/S Marion Barroult  
 Université de Montréal  
 Faculté des Arts et des Sciences  
 Département de psychologie  
 C.P. 6128, succursale Centre-ville  
 Montréal, Qc  
 H3C 3J7*

Le comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique.



Marie-Andrée Bertrand, présidente  
 Comité d'éthique de la recherche en  
 toxicomanie (CERT)



Date d'émission

## **2. Affiche de recrutement pour les participantes**



**3. Formulaire de consentement et attestation de reçu de  
PSION Revo ®**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Titre

Relation conjugale, variations de l'humeur et consommation de substances : une étude en vie quotidienne chez un échantillon de femmes toxicomanes.

### Nom des chercheur/es et fonctions

Louise Nadeau	Chercheuse principale	Université de Montréal	
Marion Barrault	Responsable / Étudiante Doctorat	Université de Montréal / Université de Bordeaux	2
(France)			
Joel Swendsen	Chercheur associé	Université de Bordeaux	2
(France)			

### Description du projet de recherche

Il arrive souvent que pour soulager une tension interne, des sentiments négatifs ou des événements stressants, les gens aient recours à la consommation d'alcool ou de drogues. Ce projet cherche à comprendre les relations entre les comportements de consommation de substances, les variations journalières de l'humeur et les événements stressants quotidiens (spécifiquement en lien avec les relations conjugales) chez les femmes toxicomanes.

### Objectifs poursuivis

1. Comprendre les relations entre les variations journalières de l'humeur, les stressors conjugaux et la consommation de substances dans la vie quotidienne.
2. Mettre en évidence les contextes ou « situations à risque » qui favoriseraient des épisodes de consommation.
3. Examiner les événements de vie quotidiens (consommation d'alcool, de drogues, stressors conjugaux) en fonction de la relation conjugale et de la vulnérabilité psychique individuelle des participantes.
4. Proposer des modes d'intervention en matière de gestion de « situations à risque » chez les couples dont la femme présente des problèmes de consommation de substances.

### Procédures

Dans un premier temps, les participantes rencontreront un chercheur/e de notre équipe. Elles auront à répondre à une série de questionnaires (Durée : 1h30). Une pause sera proposée au milieu de la passation afin d'éviter une trop grande fatigue des participantes. A l'issue de cette évaluation, les sujets se verront remettre un ordinateur miniature PSION® programmé pour des interviews électroniques destinées à enregistrer leur consommation de substances, leurs états d'humeur ou psychologiques, les contextes environnementaux sur sept jours, les expériences de vie quotidienne, leur désir de consommer et la nature des

interactions éventuelles avec le conjoint. On leur expliquera le fonctionnement de la machine et elles feront un ou plusieurs tests d'entraînement (30 min).

Dans un deuxième temps, les sujets auront à compléter les interviews électroniques programmés sur l'ordinateur miniature (durée de chaque entretien :  $\approx 2$  min) et ce, pendant sept jours. Le signal sonore sera activé cinq fois par jour, soit une fois par créneau horaire: entre 8:00 et 11:00; 11:00 et 14:00; 14:00 et 17:00; 17:00 et 20:00; et enfin, 20:00 et 23:00. A l'issue de cette semaine d'expérimentation, les participantes reviendront au centre de traitement pour restituer l'ordinateur, remplir quelques questionnaires et se verront offrir la possibilité d'un bref entretien de suivi (30 min).

La durée totale de la participation sera donc de :

Phase d'évaluation et de formation :  $1h30 + 30 = 2h$ ; Phase en vie quotidienne:  $2 \text{ min} \times 5 \text{ signaux} / \text{j} \times 7 \text{ jours} \approx 1 \text{ h}10$ ; Phase de restitution du matériel, passation de quelques questionnaires: suivi d'un entretien éventuel : 30 min

Durée totale : entre 3h40 à 4h

### Prise de contact

1. Les membres de l'équipe de recherche pourront rentrer en contact avec la participante grâce aux numéros de téléphone mentionnés sur la feuille ci-jointe pour la prise de rendez-vous. Les membres de l'équipe de recherche qui appelleront à ces numéros de téléphone prendront soin de ne pas mentionner que la participante est en traitement pour un problème de toxicomanie s'ils rejoignent une autre personne que le sujet de la recherche ou s'ils laissent un message sur son répondeur téléphonique.
2. Les membres de l'équipe de recherche peuvent faire parvenir du courrier à l'adresse courante de la participante, pourvu que l'enveloppe et le contenu de la lettre ne fassent pas mention du Centre \_\_\_\_\_ ou de sa démarche de réadaptation.
3. L'équipe de recherche est autorisée à consulter le dossier d'usager au Centre \_\_\_\_\_ pour connaître les réponses aux questionnaires tels que l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) ou le CIDI (si celui-ci est utilisé par le centre de traitement).

### Avantages et bénéfices

Outre la collaboration à l'avancement de la science et à l'amélioration des services offerts par le Centre \_\_\_\_\_, il faut noter que la participation au projet de recherche peut être l'occasion pour la participante d'effectuer certaines prises de conscience quant à leur situation.

### Inconvénients et risques

Cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour l'intégrité du sujet de la recherche. Les inconvénients découlent principalement du temps demandé à la participation du sujet de la recherche (Questionnaires et Phase en vie quotidienne.). Cependant, si certaines réflexions embêtantes ou un malaise apparaissent

pendant la recherche, l'agent de recherche réfèrera à une ressource la personne qui en éprouverait le besoin. Dès la première rencontre, il lui sera également fourni une liste de centres de crise pouvant être contactés si nécessaire.

### **Durée de la participation du sujet au projet**

La durée de cette étude sera de deux ans.

### **Confidentialité des données recueillies**

Les questionnaires seront détruits à la fin de l'étude. Pendant la durée de l'étude, les questionnaires seront conservés dans un coffre de sécurité au sein d'un local à accès restreint à l'Université de Montréal. Les fichiers contenant les données informatisées seront sécurisés par un mot de passe, connu seulement de l'équipe de recherche. Seules les personnes responsables du projet seront autorisées à prendre connaissance des résultats des questionnaires. Les questionnaires sont confidentiels et seront dénominalisés (c'est-à-dire que les noms seront retirés) avant d'être saisis par un/e assistant/e de recherche qui aura signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Les participantes sont avisées que la confidentialité des informations recueillies lors de cette recherche est garantie dans les limites prévues par les lois canadiennes et québécoises et qu'advenant un danger grave et imminent pour la participante ou pour autrui, l'équipe de recherche devra en informer qui de droit (obligation légale de divulgation).

### **Diffusion des résultats**

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une série de publications dans des revues scientifiques. De plus, à la fin de cette étude, un colloque sera organisé. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que durant la tenue du colloque. Une copie du rapport final, des actes du colloque ou des articles pourra être remis sur demande.

### **Les responsabilités des chercheur/es**

Chaque chercheur/e travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles.

### **Les responsabilités du sujet de recherche**

Le sujet de recherche s'engage à collaborer aux procédures reliées à l'étude. Le sujet s'engage également à exprimer auprès des chercheur/es toute crainte suscitée par sa participation.

### **Participation et retrait**

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheur/es ni subir de préjudice ou perdre des avantages auxquelles vous avez normalement droit. La décision de vous retirer du projet n'affectera d'aucune façon votre droit de recevoir des services de réadaptation. Les données qui auront été recueillies seront toutefois conservées pour fins d'analyse à moins que vous ne signifiez à l'équipe votre volonté qu'elles soient détruites.

### **Compensation**

Une indemnité maximale de 100 \$ sera remise au sujet participant à la recherche. Dans un premier temps, vingt dollars (20\$) seront donnés à la fin de la première phase de la recherche. Pendant la semaine en vie quotidienne, la participante sera rémunérée 1\$ par bip rempli (soit 35 \$ pour 5 bips par jour pendant 7 jours). Si 75 % des bips ont été remplis (soit entre 26 à 27 bips), la participante se verra dédommagée de 35 + 35 \$ soit 70 \$. Dix dollars seront aussi donnés en dédommagement de la passation de quelques questionnaires lors de la restitution de l'ordinateur miniature. Le dédommagement se fera lors de la restitution de la machine. Si la participante abandonne au cours de la phase d'expérimentation en vie quotidienne, elle sera donc dédommagée à hauteur du remplissage de la machine. Cependant, en cas de perte ou de vol de l'appareil, aucune compensation financière ne sera versée en sus des vingt dollars perçus dans la première phase.

### **Commanditaire(s) du projet**

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) – MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie): Organismes subventionnaires publics français.

### **Conflits d'intérêts**

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheur/es, des commanditaires ou de toute autre personne impliquée dans cette étude.

**Personne(s) ressource(s) reliée(s) au projet**

Marion Barrault Téléphone : [REDACTED]  
 Responsable/Doctorante Psychologie  
 Courriel : [REDACTED]

**Personne(s) ressource(s) indépendante(s)**

Michel Landry Téléphone : 514-385-0046 poste : 1135  
 Directeur des services professionnels et de la recherche au Centre Dollard Cormier  
 Courriel : [REDACTED]

**Signature**


---

 Nom du sujet de recherche

---

 Signature

---

 Date
**Formule d'engagement**

Je certifie :

- a) avoir lu et expliqué dans un langage accessible au sujet de recherche les termes du présent formulaire de consentement ;
- b) avoir répondu, à la satisfaction du sujet de recherche, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci ;
- c) avoir explicitement indiqué au sujet de recherche qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche ;
- d) avoir averti le sujet de recherche que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur ou de son représentant :

Fonction :

Signature :

Date :

**FICHE SIGNALÉTIQUE DU SUJET**

Attention : cette feuille doit être brochée au formulaire de consentement et en fait partie intégrante.

Toutefois, la participante n'est pas tenue de répondre à toutes les questions.

# de recherche : \_\_\_\_\_

# de dossier : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

NO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

NO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NO PAGET/CELLULAIRE: \_\_\_\_\_

**LISTE DES MOYENS**

**Cette feuille fait partie intégrante du formulaire de consentement et doit y être brochée**

**Dans l'éventualité où je changerais d'adresse et que l'équipe de recherche n'a plus les moyens de me contacter et ce dans le but de recouvrer l'appareil qui m'a été prêté, j'autorise l'équipe de recherche à contacter le Ministère de la Solidarité sociale afin de s'informer de mes nouvelles coordonnées. Il est entendu que ces mesures ne seront employées que si l'équipe de recherche ne parvient pas à me retrouver avec les renseignements que je leur aurai fournis. Je comprends que ces procédures constituent un dernier recours se faisant en toute légalité et en respectant les mesures de confidentialité.**



\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'agent

L'autorisation que j'accorde à l'équipe de recherche prendra fin le 31 décembre 2005.

**ATTESTATION DE REÇU D'UN PSION REVO**

Je, soussignée \_\_\_\_\_ ai bien reçu un appareil PSION REVO

(Numéro : \_\_\_\_\_ ) ainsi qu'un chargeur, le

au Centre \_\_\_\_\_ .

Je m'engage à restituer le matériel lors du RDV avec \_\_\_\_\_ fixé le

Signature de la participante :

Coordonnées où l'on peut me joindre :

J'accepte qu'on me laisse un message sur ma boîte vocale :

Oui      Non

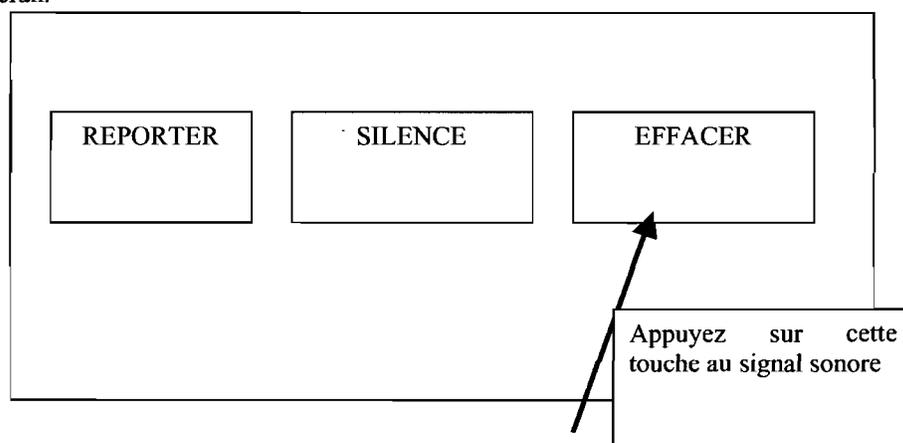
Signature du chercheur :

Le :

#### **4. Livret d'aide à la participation**

**Livret d'aide à la participation à l'étude sur les expériences**  
**en vie quotidienne**

L'appareil qui vous a été remis va sonner 5 fois par jour. Portez-le sur vous autant que possible, il est petit et discret, ne l'oubliez pas chez vous quand vous partez travailler, SVP. **Quand il va sonner**, vous aurez à appuyer sur la touche « effacer » qui se trouve à droite de l'écran.



L'appareil qui vous a été remis va sonner aujourd'hui mais l'étude en tant que telle ne commence que demain. Quand il sonnera aujourd'hui, vous appuierez sur « effacer » mais ne vous inquiétez pas s'il n'y a pas de questions qui apparaissent à l'écran après, c'est normal.

Une liste de questions apparaîtra alors :

**Ex : OÙ ETES-VOUS?**

- Plusieurs choix s'offrent à vous (chez vous, chez vos parents, votre famille, chez votre conjoint, chez vos amis, à votre travail, en classe, en formation, dans un restaurant, un bar, dans un magasin, bureau, dans un véhicule, dans un établissement de santé, de services sociaux, dans un bâtiment public, dans un complexe sportif, terrain de sport, au cinéma, dehors, autre).

- Vous ferez défiler la liste de choix possibles **en appuyant sur les flèches** ← → situées en bas à droite du clavier. Vous validez votre réponse en appuyant sur « **entrée** », située à droite du clavier.
- Si vous choisissez la réponse « **autre** ». On vous demandera de préciser votre réponse en **écrivant quelques mots à l'aide du clavier**.
- **Ce procédé est identique pour les autres questions.**

Essayez de répondre le plus souvent possible, votre avis et ce que vous vivez est très important pour nous. L'entretien électronique dure deux minutes, c'est donc très rapide et facile à remplir.

- Si le psion se met en veille pendant que vous remplissez le questionnaire électronique, c'est-à-dire que l'écran s'éteint. Appuyez sur « **ESC ON OFF** » situé en haut à gauche du clavier. L'écran se rallumera là où vous en étiez.

#### Quelques précisions sur les questions :

- Pour la question : Où êtes-vous?

La réponse « chez votre conjoint » s'applique aux personnes ne cohabitant pas avec leur conjoint.

Dans un bâtiment public = banque, cour, etc.

- Pour la question : « quelle est votre activité principale? »

Besoins vitaux = manger, dormir, etc.

Interaction sociale = être au téléphone avec quelqu'un, prendre un café avec quelqu'un, bavarder, etc.

Divertissements non sportifs = regarder un film, voir une exposition, etc.

- Pour la question : « Depuis le dernier signal, avez-vous consommé des substances? »
  - ✓ Une liste de substances vous est proposée (Vin, bière, alcool fort, cocktail, tabac, marijuana, cocaïne, héroïne, ecstasy, amphétamines, LSD, solvants, poppers, autre). Faites votre choix parmi cette liste.
  - ✓ Si vous faites le choix « **autre** », vous précisez votre réponse avec le clavier.
  - ✓ Vous précisez **la quantité** en appuyant d'abord sur la flèche ↓ située en bas à droite du clavier **pour passer à la ligne « quantité »**.
  - ✓ **Pour marquer le nombre correspondant à la quantité**, vous appuyez en même temps sur la grosse flèche en bas à gauche sur le clavier et sur la ligne de numéro située en haut du clavier.
  - ✓ **A chaque fois que vous ferez « autre » pour la quantité**, vous appuierez en même temps sur la grosse flèche en bas à gauche sur le clavier et sur la ligne de numéro située en haut du clavier.
- Si vous choisissez la substance « bière » :
  - ✓ 1 verre de bière de 360 ml (12 onces) à 5% = **1 verre**

- ✓ 1 verre de bière de 1180 ml à 5% = **3 verres** (si vous avez pris ce type de bière, vous choisissez « 3 » pour la quantité de bière consommée).
  - ✓ 1 verre de bière de 1180 ml à 6% = **4 verres** (si vous avez pris ce type de bière, vous choisissez « 4 » pour la quantité de bière consommée).
  - ✓ 1 verre de bière de 1180 ml à 8% = **5 verres** (si vous avez pris ce type de bière, vous choisissez « 5 » pour la quantité de bière consommée).
  - ✓ 1 verre de bière de 1180 ml à 10% = **6 verres** (si vous avez pris ce type de bière, vous choisissez « 6 » pour la quantité de bière consommée).
- Si vous choisissez la substance « cocaïne » :
    - ✓ Pour préciser la quantité :  $\frac{1}{4}$  g = **1 dose**, donc si vous avez pris 1 g , vous marquez 4 doses.
    - ✓ Si vous avez pris moins d'un  $\frac{1}{4}$  g, vous indiquez la quantité dans la catégorie « autre » pour les quantités.
  - Si vous choisissez la substance « héroïne » :
    - ✓ Pour préciser la quantité :  $\frac{1}{2}$  point = **1 dose**, si vous avez pris 4 demi points, vous marquez 4 doses.
    - ✓ **Si vous avez pris moins d'1/2 point :** Vous appuyez sur « autre » et vous marquez le nombre correspondant (0,25 par ex). Vous appuyez en même temps sur la grosse flèche en bas à gauche sur le clavier et sur la ligne de numéro située en haut du clavier. Pour faire la virgule, vous appuyez juste sur la touche « ? » à droite du clavier.

**Concernant l'entretien du psion :**

**Branchez l'appareil sur son chargeur 1h tous les jours à tous les deux jours. C'est très important pour le stockage des données.**

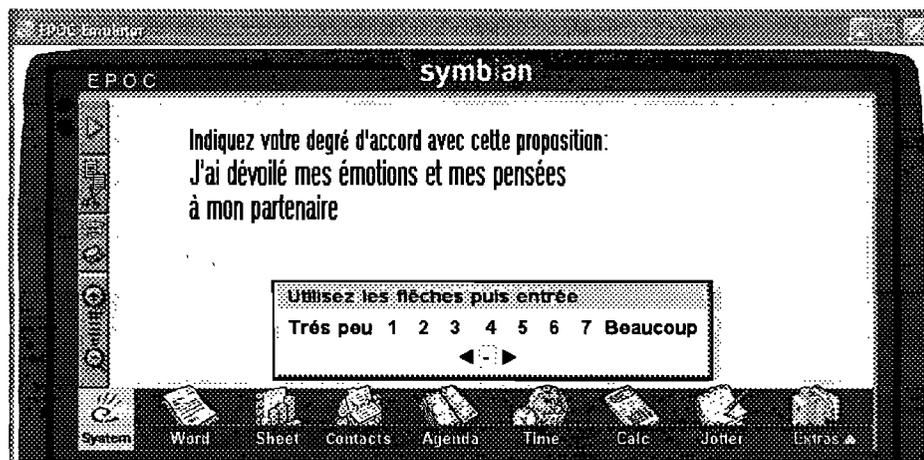
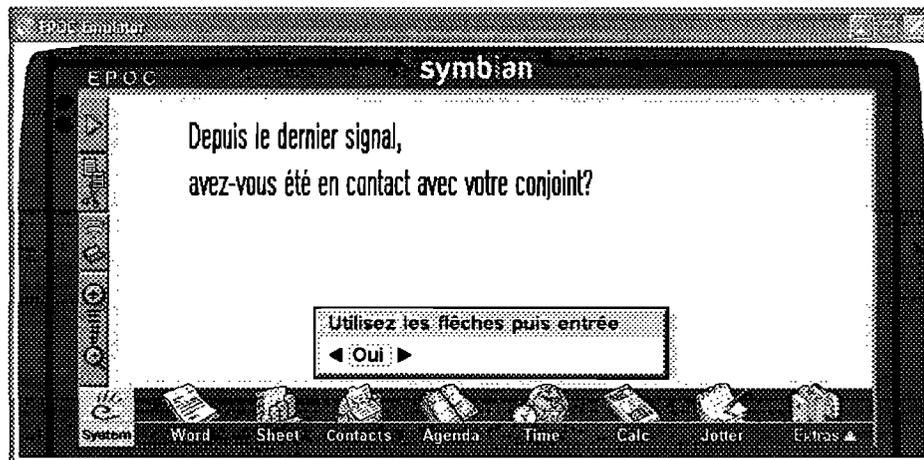
**Il est important de ne jamais allumer le psion pendant la semaine et de ne pas essayer de jouer avec, sans quoi le recueil des données serait compromis. Ne touchez à rien sur la machine, elle est bloquée et le fait de manipuler d'autres programmes pourrait altérer la qualité des données. Si vous modifiez les paramètres du système, vous risquez de compromettre l'enregistrement normal des données, nous vous demandons donc de ne pas le faire.**

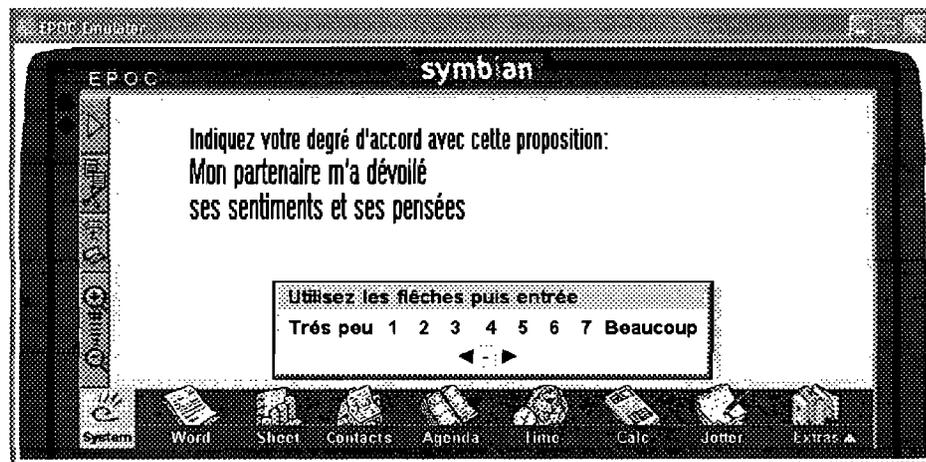
Surtout, si vous avez des questions, des problèmes techniques, etc.

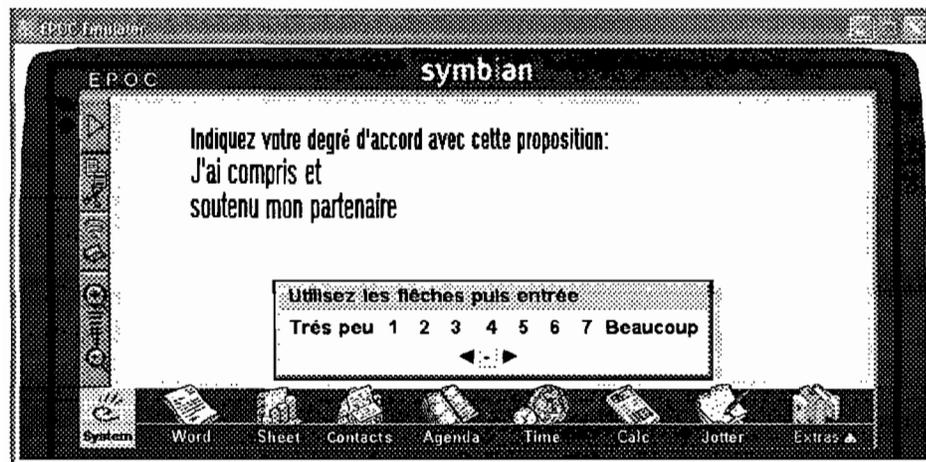
**N'HESITEZ PAS À TELEPHONER AU 514-497-5171**

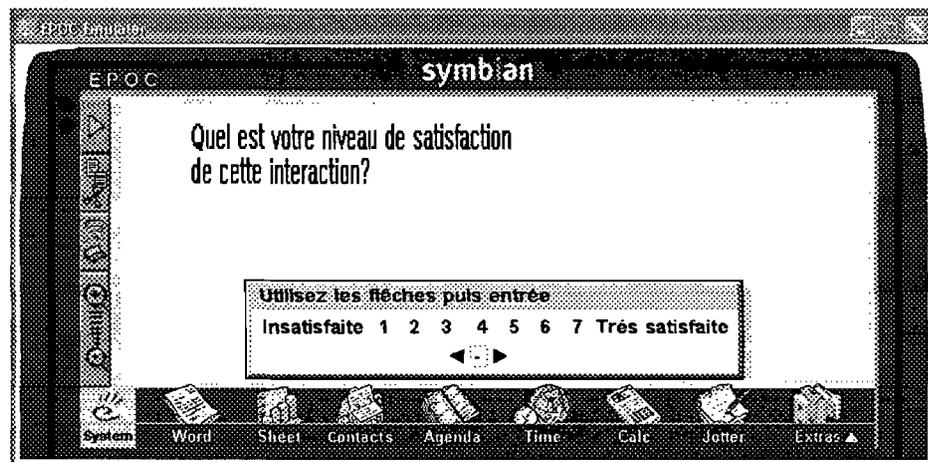
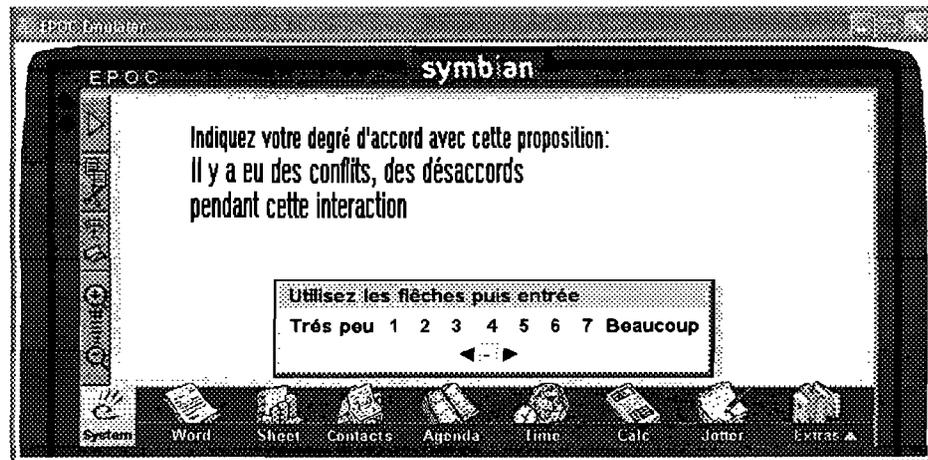
**Merci de votre collaboration et bonne semaine!**

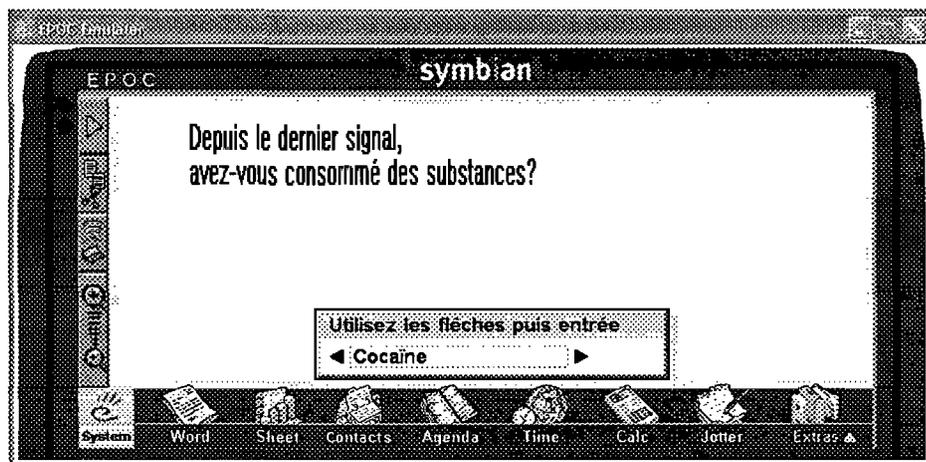
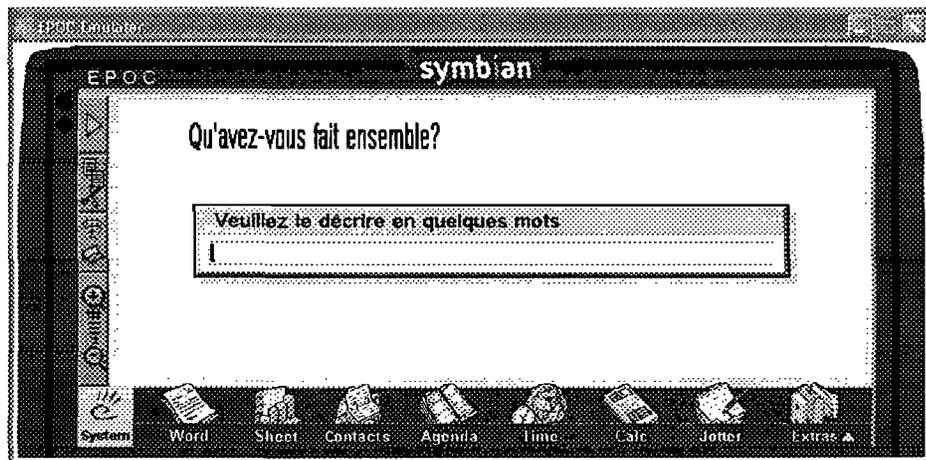
## **5. Présentation des questions de l'EMA (interface PSION)**

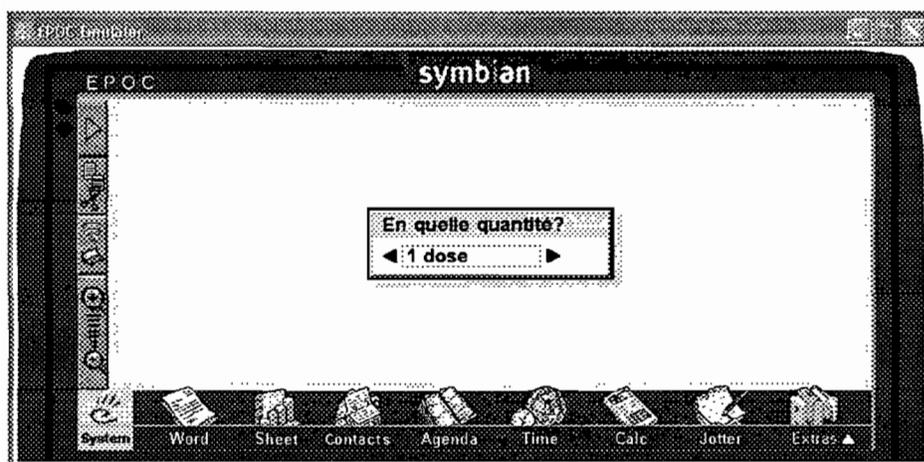
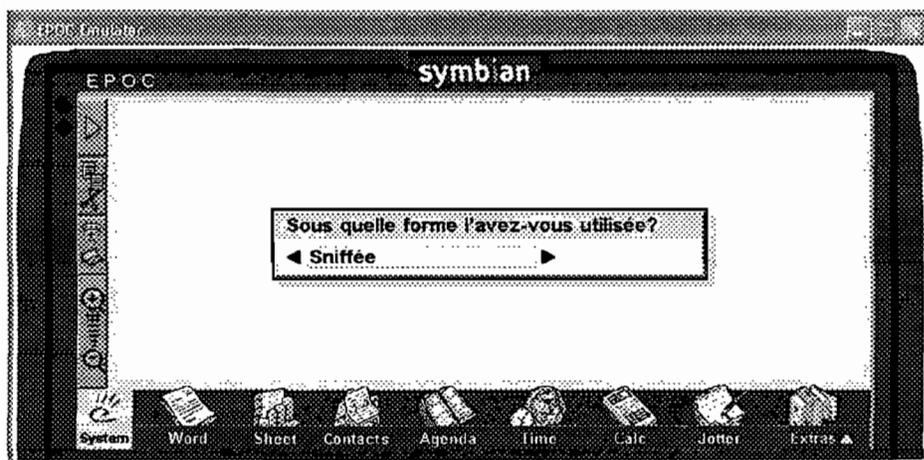


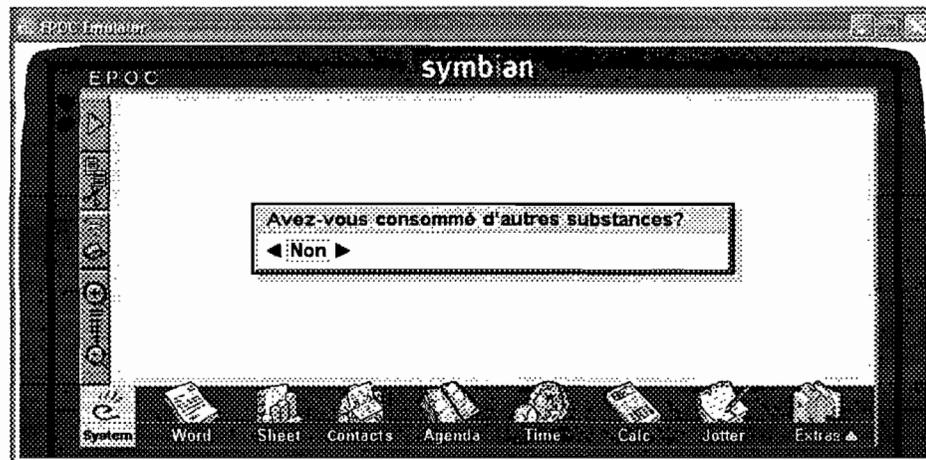
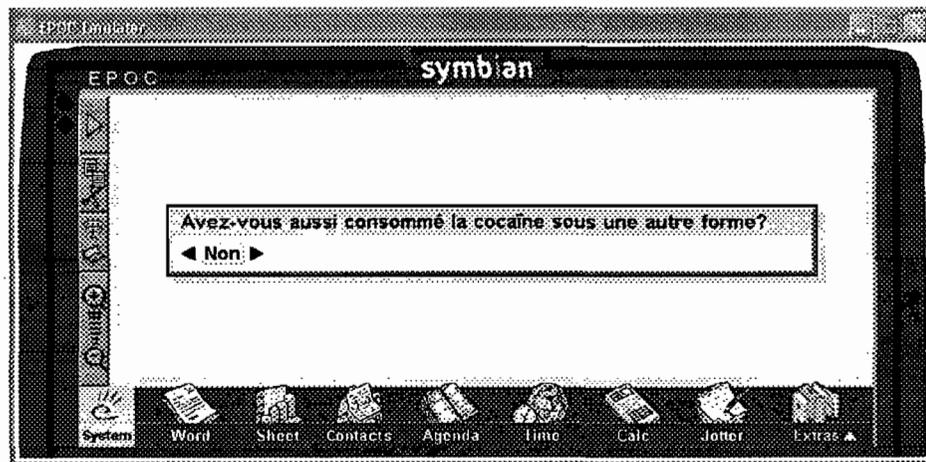


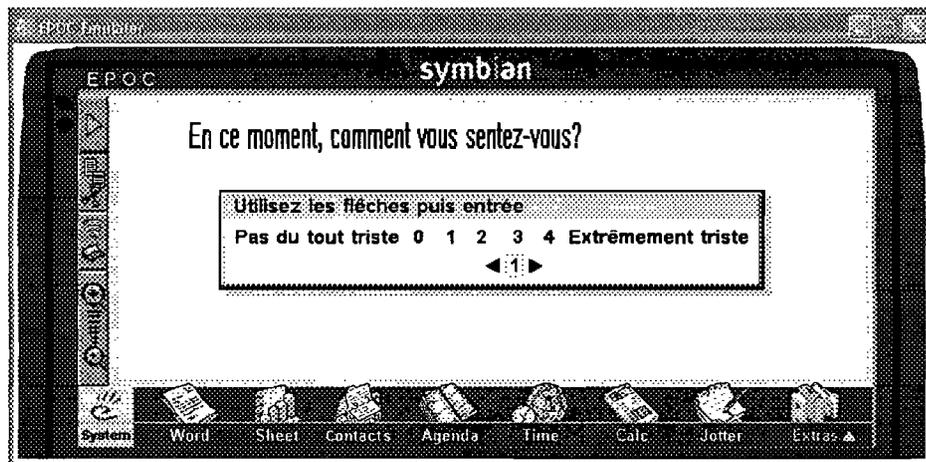
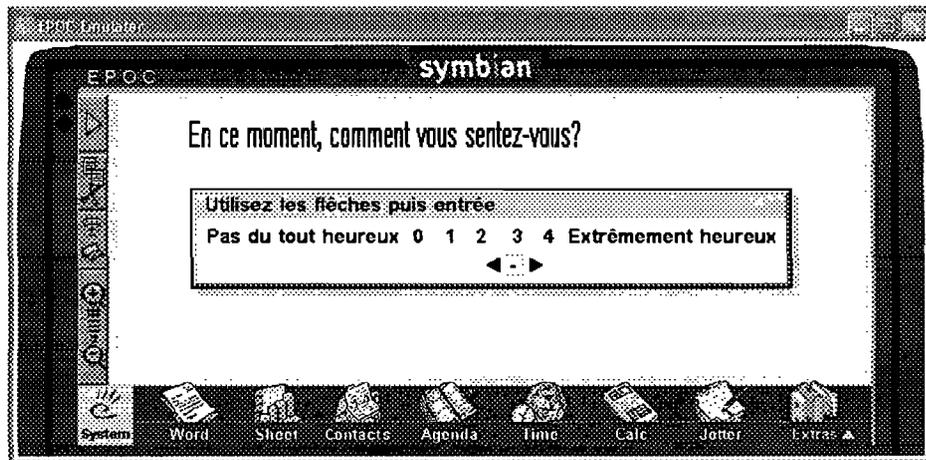


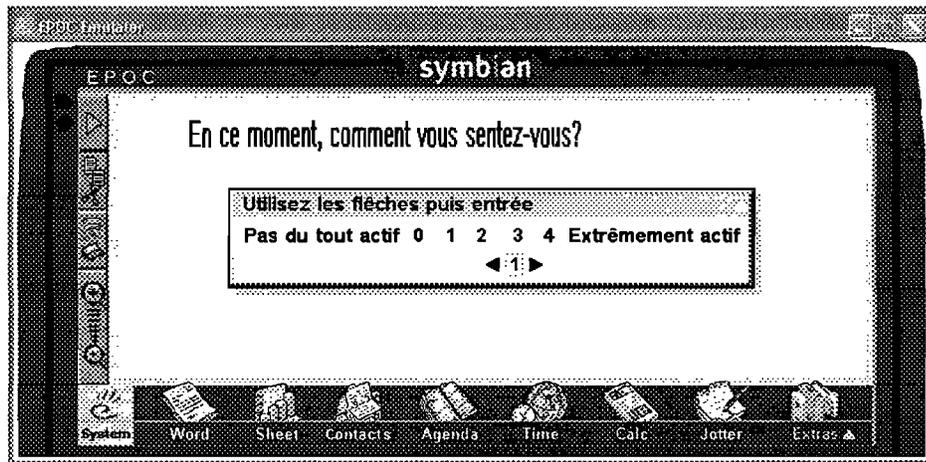
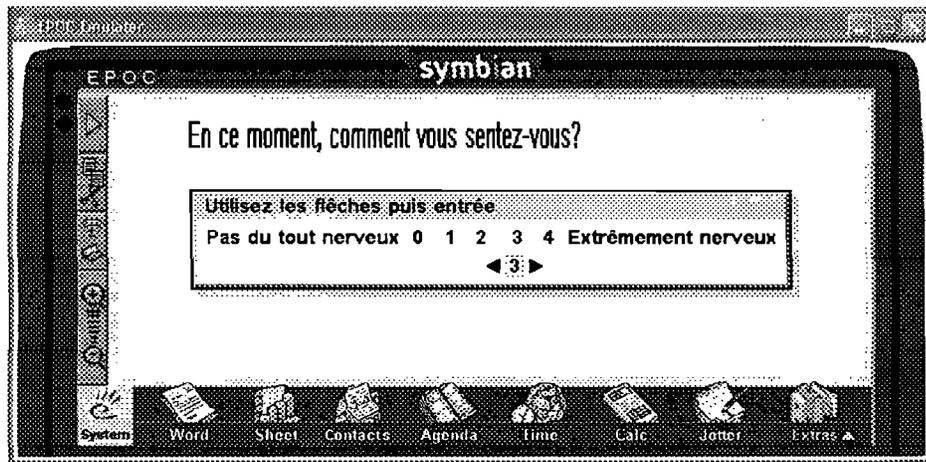


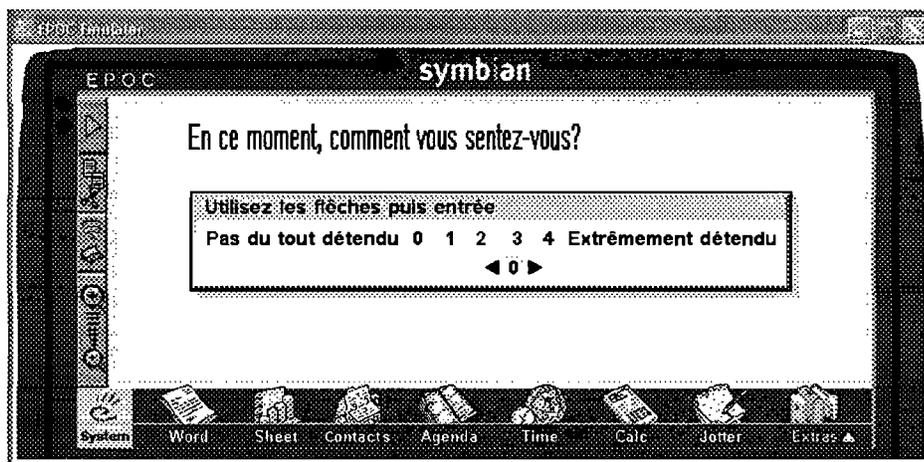
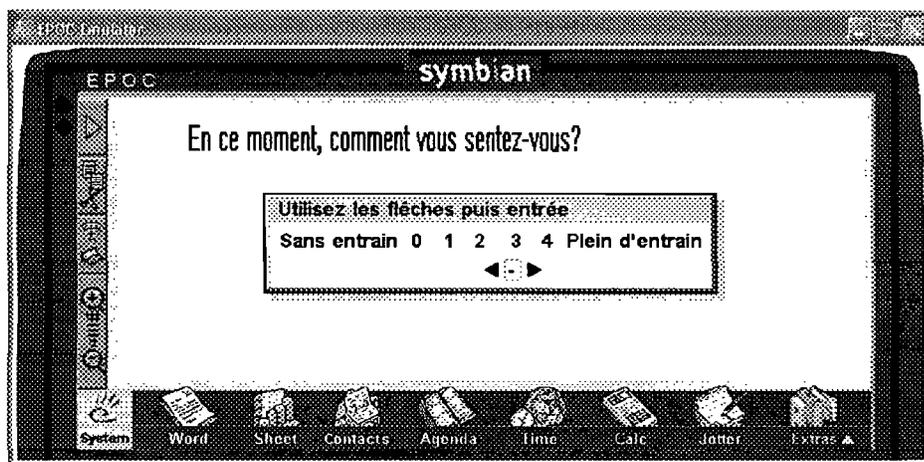


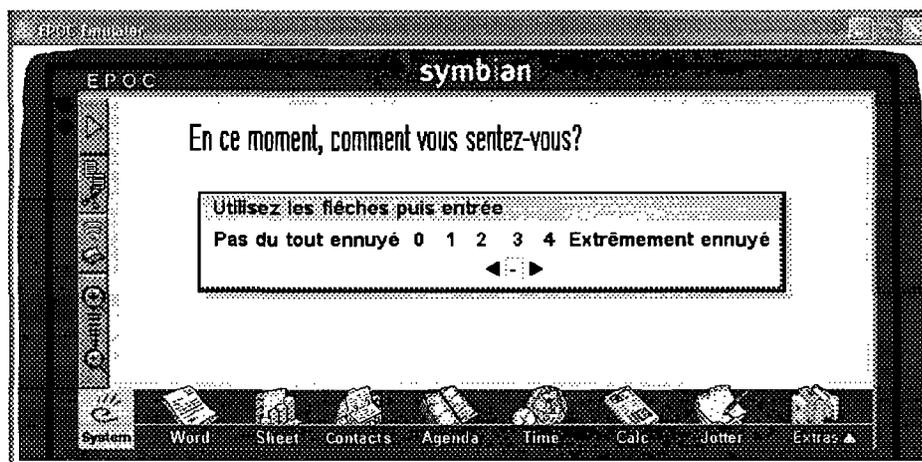
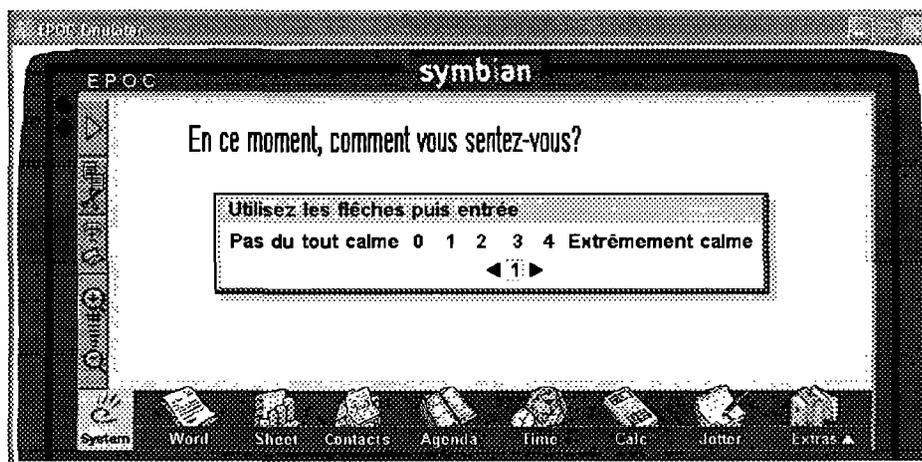


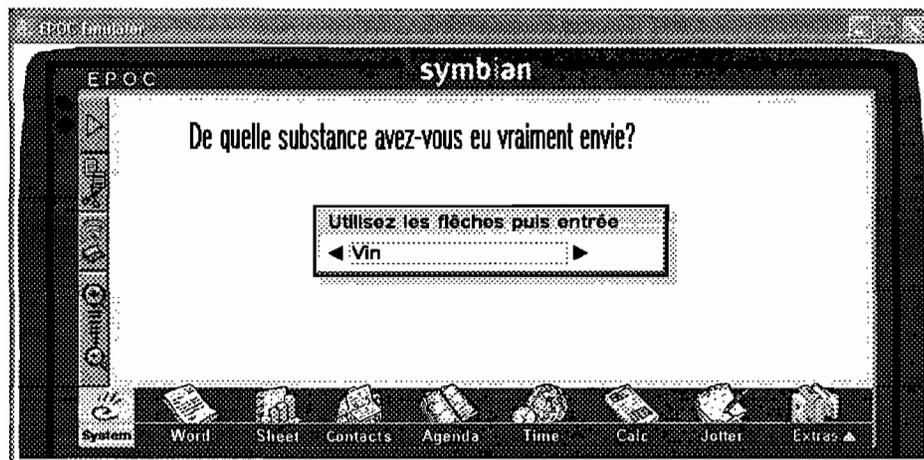
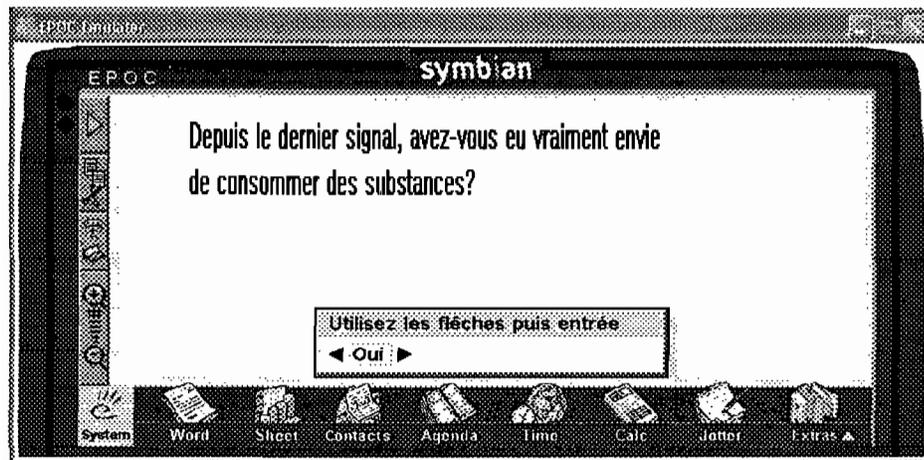


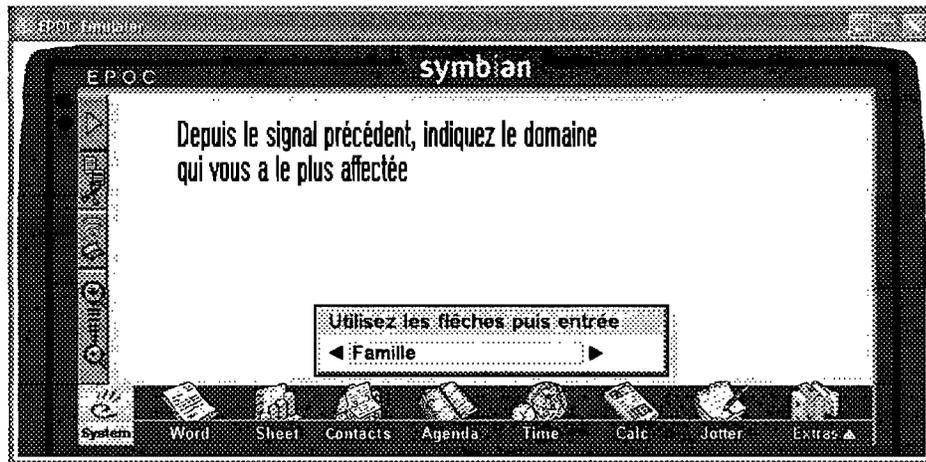
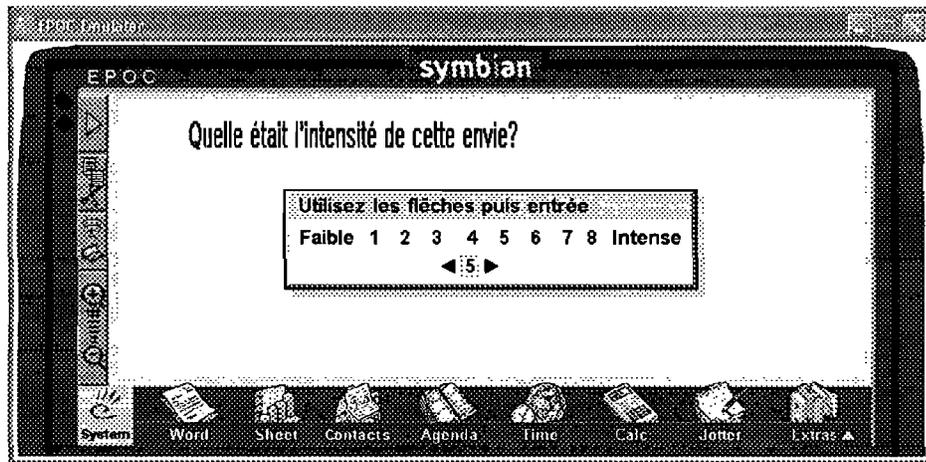


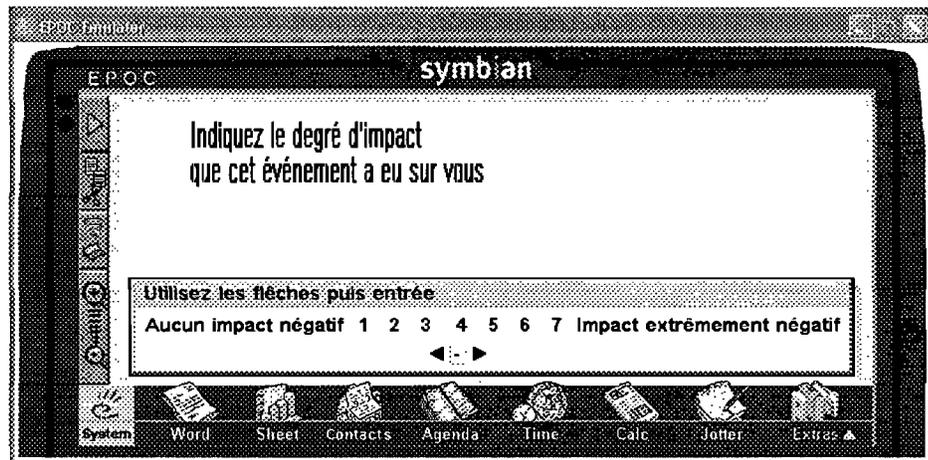
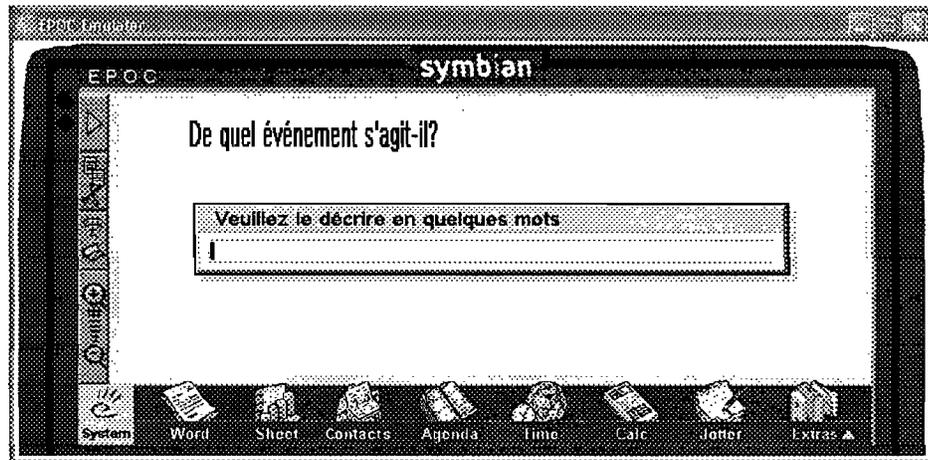












## **6. Outils utilisés pour la phase 1**

**DONNÉES SOCIOÉCONOMIQUES ET CONSOMMATION DU CONJOINT**

NOM :

PRENOM :

ID :

DATE DE NAISSANCE :

SITUATION PROFESSIONNELLE :

NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉE :

1. Primaire
2. Secondaire
3. Cegep
4. Université

NIVEAU DE REVENU PAR AN DU FOYER :

1. 0 à 50000\$
2. 5000 à 10000\$
3. 10000 à 15000\$
4. 15000 à 25000 \$
5. 25000 à 40000\$
6. + de 40000\$

AVEZ-VOUS DES ENFANTS?

SI OUI, COMBIEN

Nous aimerions vous poser quelques questions sur votre situation maritale.

1. Depuis combien de temps connaissez-vous votre partenaire actuel?

2. Depuis combien de temps êtes-vous intime avec cette personne?

- 0 Moins d'une année
- 1-69 Entrer le nombre d'années
- 70 Soixante-dix ans ou plus
- d ne sait pas      r refus

3. Cette personne vit-elle avec vous?

- 1 oui
- 2 non
- d ne sait pas      r refus

4. Êtes-vous mariée ou vivez-vous en union de fait?

5. Et en quelle année vous êtes-vous marié(e)?

6. Et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec ce partenaire?

7. Votre conjoint (partenaire amoureux) a-t-il des problèmes d'alcool?

- Oui
- Non
- NSP ou refus

8. Votre conjoint (partenaire amoureux) fait-il un usage non médical de drogues?

- Oui
- Non
- NSP ou refus

8. En pensant aux 12 derniers mois, environ à quelle fréquence votre partenaire a-t-il consommé des boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de vin, bière, spiritueux?

Enquêteur: Si le répondant dit qu'IL NE SAIT PAS, demandez-lui la meilleure estimation possible de la fréquence de consommation d'alcool du partenaire.

- 1 Tous les jours ou presque tous les jours
- 2 Trois ou quatre jours par semaine
- 3 Une ou deux fois par semaine
- 4 Une à trois jours par mois
- 5 Moins d'une fois par mois
- 0 Jamais au cours des 12 derniers mois

R dit: "mon époux /partenaire ne consomme pas d'alcool »

d ne sait pas      r refus

9: Les jours où votre partenaire consomme de l'alcool, combien de consommations d'alcool votre partenaire boit-il habituellement (une journée typique)? Veuillez penser à tous les types de boissons alcoolisées ensemble.

Enquêteur: Si répondant dit 0, rappelez-lui que la question concerne les jours où le partenaire a consommé. S'il répond toujours 0, demandez-lui si cela veut dire que le partenaire n'a pas consommé DU TOUT au cours des 12 derniers mois. Le 0 doit être entré SEULEMENT SI on vous confirme ceci. Si le répondant dit « Je ne sais pas », demandez-lui la meilleure estimation possible de la fréquence de consommation du partenaire. Si le répondant dit « Cela dépend », demandez-lui la fréquence lorsque le partenaire consomme le plus.

0 Mon époux /partenaire ne consomme pas d'alcool

1-29 Entrer le nombre de consommations

30 Trente consommations ou plus

R dit: "Cela dépend"

d ne sait pas      r refus

.....

10. En pensant aux 12 derniers mois, environ à quelle fréquence votre partenaire a-t-il consommé des drogues ? (Cocaïne, Héroïne, cannabis, benzodiazépine etc.). Faire préciser la substance principale.

Enquêteur: Si le répondant dit qu'IL NE SAIT PAS, demandez-lui la meilleure estimation possible de la fréquence de consommation de drogues du partenaire.

- 1 Tous les jours ou presque tous les jours
- 2 Trois ou quatre jours par semaine
- 3 Une ou deux fois par semaine
- 4 Une à trois jours par mois
- 5 Moins d'une fois par mois

0 Jamais au cours des 12 derniers mois

R dit: "mon époux /partenaire ne consomme pas de drogue. »

d ne sait pas      r refus

11. Les jours où votre partenaire consomme des drogues, quelle quantité consomme-t-il habituellement (une journée typique)? Veuillez penser à toutes les substances ensemble (joints, ligne, dose, cachet):

Enquêteur: Si répondant dit 0, rappelez-lui que la question concerne les jours où le partenaire a consommé. S'il répond toujours 0, demandez-lui si cela veut dire que le partenaire n'a pas consommé DU TOUT au cours des 12 derniers mois. Le 0 doit être entré SEULEMENT SI on vous confirme ceci. Si le répondant dit « Je ne sais pas », demandez-lui la meilleure estimation possible de la fréquence de consommation du partenaire. Si le répondant dit « Cela dépend », demandez-lui la fréquence lorsque le partenaire consomme le plus.

0 Mon époux /partenaire ne consomme pas de drogues.

1-29 Entrer le nombre de consommations

30 Trente consommations ou plus

R dit: "Cela dépend"

d ne sait pas      r refus

.....

## Echelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976; Baillargeon, Dubois et Marineau, 1988)

Les trois prochaines pages portent sur votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure, vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants :

	Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial	1	2	3	4	5	6
2. Le domaine des sports et de la récréation	1	2	3	4	5	6
3. Les questions religieuses	1	2	3	4	5	6
4. Les manifestations d'affection	1	2	3	4	5	6
5. Les amis	1	2	3	4	5	6
6. Les relations sexuelles	1	2	3	4	5	6
7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)	1	2	3	4	5	6
8. La façon de voir la vie	1	2	3	4	5	6
9. Les relations avec les parents et les beaux-parents	1	2	3	4	5	6
10. Les buts, objectifs et choses passées importantes	1	2	3	4	5	6
11. La quantité de temps passé ensemble	1	2	3	4	5	6
12. La manière de prendre des décisions importantes	1	2	3	4	5	6
13. Les tâches à faire à la maison	1	2	3	4	5	6
14. Les intérêts de loisirs et les activités de détente	1	2	3	4	5	6

15. Les décisions concernant le travail  
(métier/profession/carrière)

1 2 3 4 5 6

16. Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà  
arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à  
votre relation actuelle?

1 2 3 4 5 6

17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de  
quitter la maison après une chicane de ménage?

1 2 3 4 5 6

18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont  
bien entre vous et votre partenaire?

1 2 3 4 5 6

19. Vous confiez-vous à votre partenaire?

1 2 3 4 5 6

20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre  
ensemble)?

1 2 3 4 5 6

21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre  
partenaire?

1 2 3 4 5 6

22. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de  
vous taper sur les nerfs?

1 2 3 4 5 6

23. Embrassez-vous votre partenaire?

1 2 3 4 5

**Toujours**  
**La plupart du temps**  
**Plus souvent qu'autrement**  
**Occasionnellement**  
**Rarement**  
**Jamais**

**A chaque jour**  
**Presque chaque jour**  
**A l'occasion**  
**Rarement**  
**Jamais**

	Dans tous les cas	Dans la majorité des cas	Dans quelques uns des cas	Dans très peu de cas	Dans aucun cas
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	1	2	3	4	5

**D'après vous**, combien de fois les événements suivants se produisent-ils?

	Jamais	Moins d'une fois pas mois	Une à deux fois par mois	Une à deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idée stimulant entre vous deux?	1	2	3	4	5	6
26. Rire ensemble	1	2	3	4	5	6
27. Discuter calmement	1	2	3	4	5	6
28. Travailler ensemble sur quelque chose	1	2	3	4	5	6

Les couples ne sont pas toujours d'accord. **Indiquez si les situations suivantes** ont provoqué des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation **au cours des deux dernières semaines**. **Cochez oui ou non.**

29. Etre trop fatiguée pour avoir des relations sexuelles	Oui (1)	Non (2)	_____	_____
30. Ne pas manifester son amour	Oui (1)	Non (2)	_____	_____

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale « heureux » correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. **Cochez la case** qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1	23	4	5	6	7		
Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux	

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation.

**Cochez une seule réponse.**

\_\_\_\_\_ Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais n'importe quoi pour que ça arrive. (1)

\_\_\_\_\_ Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferais tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise. (2)

\_\_\_\_\_ Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise. (3)

\_\_\_\_\_ Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire plus que ce que je fais maintenant pour y arriver. (4)

\_\_\_\_\_ Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation. (5)

\_\_\_\_\_ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir. (6)

**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (Lecrubier et al.,  
1997)**

**A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

A1	Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON	OUI	2
	<b>A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	NON	OUI	
A3 a	Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?	NON	OUI	
	b Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?	NON	OUI	
	SI A3a ET A3b = NON : PASSER A A5 ET EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE SI A3a OU A3b = OUI : PASSER A A4			
A4 a	Depuis combien de temps dure cette période ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jours			
	b L'EPISODE ACTUEL DURE-T-IL DEPUIS AU MOINS 14 JOURS ?	NON	OUI	
	SI A4b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL SI A4b = NON : EXPLORER L'EPISODE PASSE LE PLUS GRAVE			
A5	<b>Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :</b>			
	a Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$ , c. à d. $\pm 3,5$ kg / $\pm 8$ lbs., pour une personne de 70 kg / 120 lbs.)	NON	OUI	3
	COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE			
	b Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI	4
	c Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
	d Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
	e Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
	f Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8

- |    |   |          |          |    |
|----|---|----------|----------|----|
| g  | Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?   | NON      | OUI      | 9  |
| A6 | Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? | ❖<br>NON | OUI      | 10 |
| A7 | Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?  | NON      | ❖<br>OUI | 11 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ?  
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON  
OUI

**EPISODE  
DEPRESSIF  
MAJEUR  
ACTUEL**

**PASSE**

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

- |      |   |  |
|------|---|--|
| A8 a | Au cours de votre vie, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? | Nombre d'EDM : / / /<br>EPISODE ACTUEL COMPRIS |
| b    | Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?  | / / /ans (Première fois)                       |
| c    | Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?  | / / /ans (Dernière fois)                       |
-

## A'. Episode Dépressif Majeur avec caractéristiques mélancoliques (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL, EXPLORER CI-DESSOUS :

A9 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
	SI NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
	A9a OU A9b SONT-ELLES COTEES OUI	NON	OUI	

**Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :**

A10a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	16
d	A5c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A5a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS)?	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A10 ?

NON
OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Mélancoliques ACTUEL</b>

**B. DYSTHYMIE**

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	<b>Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	NON	→ OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	NON	→ OUI	28
B5	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?	NON	→ OUI	29

**B5 EST-ELLE COTEE NON ?**

NON
OUI
<b>DYSTHYMIE ACTUEL</b>

SI LE PATIENT PRESENTE UNE DYSTHYMIE ACTUEL :

B6 Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ayant duré au

moins deux ans où vous vous sentiez déprimé(e) la plupart du temps ?

/\_/\_/ ans (Première  
fois)

B7 Depuis quand dure la période actuelle ?

/\_/\_/ /\_/\_/ années

---

### C. RISQUE SUICIDAIRE

**Au cours du mois écoulé, avez-vous :**

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

**Au cours de votre vie,**

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

**C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER**  
**C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN**  
**C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE**

NON  
OUI

**RISQUE  
SUICIDAIRE  
ACTUEL**

LEGER

MOYEN

ELEVE

## D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?	NON	OUI	1
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.			
	SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.			
	SI OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?	NON	OUI	3
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.			
	SI OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
	<b>D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	NON	OUI	

SI D1b OU D2b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL  
 SI D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

### D3 Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9

f Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?

NON OUI 10

- SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE HYPOMANIAQUE OU MANIAQUE :
- g **NON** **OUI** 11
- D5 a **NON** **OUI** 11
- Difficultés de votre vie au moins une période (faire des achats inconsidérés, conduire rapidement, particulièrement plein(e) d'énergie habituelle) et/ou particulièrement irritable et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? IL AU MOINS 3 OUI EN D3  
OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?
- Nombre : / / /  
EPISODE ACTUEL COMPRIS
- D4 b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? / / \_/ans (Première fois)
- Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ? / / \_/ans (Dernière fois)
- COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

**D4 EST-ELLE COTEE NON ?**

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSE

<p><b>NON</b> <b>OUI</b></p> <p><b>EPISODE</b> <b>HYPOMANIAQUE</b></p> <p><b>ACTUEL</b></p> <p><b>PASSE</b></p>
---

**D4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSE

<p><b>NON</b> <b>OUI</b></p> <p><b>EPISODE</b> <b>MANIAQUE</b></p> <p><b>ACTUEL</b></p> <p><b>PASSE</b></p>
---

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE HYPOMANIAQUE OU MANIAQUE :

- D5 a Au cours de votre vie, combien de périodes avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement plein(e) d'énergie ou exalté(e) et/ou particulièrement irritable et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?
- Nombre : / / /  
EPISODE ACTUEL COMPRIS
- b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? / / \_/ans (Première fois)

## E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) <b>subitement</b> très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?	NON	OUI	1
NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMÉ EN MOINS DE 10 MINUTES				
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	<b>Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</b>			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
SI E5 = NON, PASSER A E7				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI	17

*Trouble Panique  
Vie entière*

Si E6 = OUI, PASSER A F1

*Trouble Panique  
Actuel*

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?

NON OUI 18

*Attaques  
Paucisymptomatiques vie entière*

E8 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle crise ?

/ \_ / ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle crise ?

/ \_ / ans (Dernière fois)

---

## F. AGORAPHOBIE

F1 Avez-vous déjà été anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2 ET EN F3

F2 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?

NON OUI 20

*Agoraphobie  
Passe*

F3 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ces situations ?

NON OUI 21

*Agoraphobie  
Actuel*

F4 a Quand pour la première fois avez-vous redouté ces endroits/situations ?

/ / / ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces endroits/situations ?

/ / / ans (Dernière fois)

F3 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE NON  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON  
OUI**TROUBLE PANIQUE  
sans Agoraphobie  
ACTUEL**

F3 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON  
OUI**TROUBLE PANIQUE  
avec Agoraphobie  
ACTUEL**

F3 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E5 (TROUBLE PANIQUE *VIE ENTIERE*) EST-ELLE COTEE NON ?

NON  
OUI**AGORAPHOBIE**

*sans antécédents de  
Trouble Panique  
ACTUEL*

---

## G. PHOBIE SOCIALE

G1 a	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs périodes où vous redoutiez ou étiez gêné(e) d'être le centre de l'attention ou bien encore où vous aviez peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	NON	OUI	1
b	Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ?	NON	OUI	

Si G1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si G1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

**Durant cette période / Au cours du mois écoulé :**

G2	Pensiez-vous que cette peur était excessive ou déraisonnable ?	NON	OUI	2
G3	Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous deviez les affronter ?	NON	OUI	3
G4	Cette peur entraînait-elle chez vous une souffrance importante ou bien vous gênait-elle de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	NON	OUI	4
G5	Cette peur était-elle toujours déclenchée et maintenue par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?	NON	OUI	5

**G5 EST-ELLE COTEE NON ?**

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON  
OUI

**PHOBIE SOCIALE**  
**ACTUEL**  
**PASSE**

G7 a	Quand pour la première fois avez-vous redouté ces situations ?	/ / / ans (Première fois)
b	Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces situations ?	/ / / ans (Dernière fois)

## H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Avez-vous déjà eu une période où vous aviez souvent des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

SI H1 = NON, PASSER A H4

H2 Aviez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

SI H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensiez-vous que ces idées qui revenaient sans cesse étaient le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous étaient pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Avez-vous déjà eu une période où vous éprouviez, souvent, le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

NON OUI

H5 Pensiez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs étaient déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênaient-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prenaient-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI 6

H7 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu ce type de pensées/pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs ?

NON OUI 7

H7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON  
OUI

**TROUBLE  
OBSESSIONNEL-  
COMPULSIF  
ACTUEL**

H7 EST-ELLE COTEE NON ?

**NON  
OUI  
TROUBLE  
OBSESSIONNEL-  
COMPULSIF  
PASSE**

H8 a Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/\_/\_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/\_/\_/ ans (Dernière fois)

---

## I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

11	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?	NON	OUI	1
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...				
12 a	Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	NON	OUI	2
b	Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ?	NON	OUI	

SI I2b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE  
 SI I2b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

### 13 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?		NON	OUI	

### 14 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?		NON	OUI	

### 15 Durant cette période / Au cours du mois écoulé, ces problèmes ont-ils entraîné chez vous une souffrance importante ou bien vous ont-ils vraiment

gêné dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?

NON OUI 14

15 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON OUI

**ETAT DE STRESS  
POST-TRAUMATIQUE**

**ACTUEL**

**PASSE**

16 a Quel âge aviez-vous quand vous avez vécu cet événement traumatique ?

/\_/\_/ ans

b Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de problèmes ?

/\_/\_/ ans (Première fois)

c Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de problèmes?

/\_/\_/ ans (Dernière fois)

**J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL**

J1 a	Au cours de votre vie avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois durant laquelle il vous est arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	NON	OUI	1
b	Cela vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois ?	NON	OUI	

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

J2	<b>Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus importante / Au cours des 12 derniers mois :</b>			
a	Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la " gueule de bois " ? COTER <b>OUI</b> , SI <b>OUI</b> A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

<p><b>NON</b> <b>OUI</b> <b>DEPENDANCE</b> <b>ALCOOLIQUE</b> <b>ACTUEL</b>  <b>PASSE</b></p>
--

- J2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?
- / \_ / ans (Première fois)
- i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?
- / \_ / ans (Dernière fois)

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE  
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→  
NON OUI

**J3 Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus important e/ Au cours des 12 derniers mois :**

- a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la " gueule de bois " alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
- NON OUI 9
- NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES
- b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?
- NON OUI 10
- c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ?
- NON OUI 11
- d Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?
- NON OUI 12

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON
OUI
<b>ABUS D'ALCOOL</b>
<b>ACTUEL</b>
<b>PASSE</b>

- J3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?
- / \_ / ans (Première fois)
- f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?
- / \_ / ans (Dernière fois)

### K. TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

**K1.** Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si vous avez eu, au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous "défoncer" ?

NON OUI

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMMÉ :

Stimulants : amphétamines, "speed", Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, "coke", crack, "speedball".

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., "acide", mescaline, PCP, "angel dust", "champignons", ecstasy.

Solvants volatiles : "colle", éther.

Cannabinoïdes : haschisch, "hasch", THC, cannabis, "herbe", "shit".

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, "barbis".

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, "poppers". Prenez-vous d'autres substances ?

SPÉCIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMÉE(S) : \_\_\_\_\_

- b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?
- NON OUI

SI J1b = **NON** : EXPLORER LA PÉRIODE PASSÉE LA PLUS SÈVÈRE

SI J1b = **OUI** : EXPLORER LA PÉRIODE ACTUELLE

SPÉCIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI-DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MÊME TEMPS OU SÉQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SÉPARÉMENT  
UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

**K2** En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours de cette période d'au moins 12 mois :

- a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?
- NON OUI I
- b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir

- agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?  
 Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade  
 (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?  
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 2 |
|--|-----|-----|---|
- c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 3 |
|--|-----|-----|---|
- d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 4 |
|--|-----|-----|---|
- e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 5 |
|--|-----|-----|---|
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 6 |
|--|-----|-----|---|
- g Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 7 |
|--|-----|-----|---|

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

\_\_\_\_\_

- K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?
- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ans (Première fois)
- i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?
- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ans (Dernière fois)
- LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE  
 DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?
- |  |     |     |  |
|--|-----|-----|--|
|  | NON | OUI |  |
|--|-----|-----|--|

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

- a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou "défoncé(e)" alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?  
 NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES
- |  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
|  | NON | OUI | 8 |
|--|-----|-----|---|
- b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE

<p><b>NON</b></p> <p><b>DEPENDANCE à</b>  <b>une (des)</b>  <b>SUBSTANCES(S)</b>  <b>ACTUEL</b></p>
---

- SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau. etc. ?
- NON OUI 9
- c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ?
- NON OUI 10
- d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?
- NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

\_\_\_\_\_

- K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

\_/\_/ ans (Première fois)

- f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

\_/\_/ ans (Dernière fois)

<p>NON</p> <p><b>ABUS DE</b></p> <p><b>SUBSTANCE(S)</b></p> <p><b>ACTUEL</b></p>
--

## L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

Ne coter OUI que si les exemples montrent clairement une distorsion de la pensée et / ou de la perception ou s'ils sont culturellement inappropriés.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE " BIZARRE " DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

				BIZARRE		
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.						
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI		1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI	→ L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI		3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI	→ L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI		5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI	→ L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI		7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI	→ L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI		9
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI		10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?	NON	OUI	OUI		1

	COTER OUI " BIZARRE " UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?			1
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	1
				→ L8b 2
L7 a	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.	NON	OUI	13
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	14
	<u>OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :</u>			
L8 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON	OUI	15
L9 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON	OUI	16
L10b	DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?	NON	OUI	17
L11	DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS  UNE QUESTION " b " COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS " b " COTEES OUI (NON BIZARRE) ?	NON                  OUI  <b>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</b>		
L12	DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS  UNE QUESTION " a " COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS " a " COTEES OUI (NON BIZARRE) ? (VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS) OU L11 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON                  OUI  <b>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</b>		
L12a	Quand pour la première fois avez-vous eu ces pensées/impressions ?	/ _ / ans (Première fois)		
b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	/ _ / ans (Dernière fois)		
L13a	SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 : LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE) OU UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?	NON	OUI	
b	Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?	NON	OUI	18

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLORÉES SONT ACTUELLES OU PASSEES

NON	OUI
<b>TROUBLE DE L'HUMEUR</b>	
<i>AVEC</i>	
<b>CARACTERISTIQUES</b>	
<b>PSYCHOTIQUES</b>	
<i>ACTUEL</i>	
<i>PASSE</i>	

---

## O. ANXIETE GENERALISEE

- O1 a Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage ?
- NON OUI 1
- NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...
- b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?
- NON OUI 2
- 
- O2 a Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient-ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ?
- NON OUI 3
- O2 b Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ?
- NON OUI
- SI O2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S  
SI O2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE
- DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT
- O3 **Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**
- a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?
- NON OUI 4
- b D'avoir les muscles tendus ?
- NON OUI 5
- c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?
- NON OUI 6
- d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?
- NON OUI 7
- e D'être particulièrement irritable ?
- NON OUI 8
- f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?
- NON OUI 9
- O4 Ces préoccupations / soucis ont-elles / ils été provoqué(e)s et maintenues par une maladie physique ou par la prise de médicaments ou de drogue ?
- NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON
<b>ANXIETE GENERALISEE</b>
<b>ACTUEL</b>

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?

fois)

/ / / ans (Dernière  
fois)

---

**P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)**

---

**P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passer la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ?                            | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ?                                       | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ?   | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ?                           | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ?                  | NON | OUI | 6 |

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

NON OUI

**P2 NE PAS COTER OUI LES REPONSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.**

**Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7  |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ?  | NON | OUI | 8  |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?  | NON | OUI | 9  |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?  | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?  | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?   | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON  
**TROUBLE DE LA  
PERSONNALITE  
ANTISOCIALE  
VIE ENTIERE**

## **7. Outils utilisés pour la phase 3**

**Center for Epidemiologic Studies Depression Scale**  
**(CES-D, Radloff, 1977 ; traduction Fuhrer et Rouillon, 1989)**

**Au cours de la semaine écoulée** : (pour chaque ligne, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments)

0 = jamais ou très rarement

1 = occasionnellement

2 = assez souvent

3 = fréquemment, tout le temps

1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas.	0	1	2	3
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.	0	1	2	3
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.	0	1	2	3
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.	0	1	2	3
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.	0	1	2	3
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir.	0	1	2	3
9. J'ai pensé que ma vie était un échec.	0	1	2	3
10. Je me suis sentie craintif(ve).	0	1	2	3
11. Mon sommeil n'a pas été bon.	0	1	2	3
12. J'ai été heureux(se).	0	1	2	3
13. J'ai parlé moins que d'habitude.	0	1	2	3
14. Je me suis sentie seul(e).	0	1	2	3
15. Les autres ont été hostiles envers moi.	0	1	2	3
16. J'ai profité de la vie.	0	1	2	3
17. J'ai eu des crises de larmes.	0	1	2	3
18. Je me suis senti(e) triste.	0	1	2	3
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.	0	1	2	3
20. J'ai manqué d'entrain.	0	1	2	3
21.				

**State Trait Anxiety Inventory form Y / Trait Scale**  
**(STAI-Y / échelle trait, Spielberger, 1983)**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à **ce que vous ressentez généralement**. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos **sentiments habituels**.

- 1 = presque jamais
- 2 = parfois
- 3 = souvent
- 4 = presque tout le temps

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
1	Je me sens de bonne humeur, aimable				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) agité(e)				
3	Je me sens content(e) de moi				
4	Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être				
5	J'ai un sentiment d'échec				
6	Je me sens reposé(e)				
7	J'ai tout mon sang-froid				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux les surmonter				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
10	Je suis heureux (se)				
11	J'ai des pensées qui me perturbent				
12	Je manque de confiance en moi				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
14	Je prends facilement des décisions				
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
16	Je suis satisfait(e)				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
18	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
19	Je suis une personne posée, solide, stable				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

## ÉVALUATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE ET DES ATCD D'ABUS

Les prochaines questions ont trait aux comportements agressifs que certaines personnes ont pu avoir à votre égard ou que vous avez pu avoir à l'égard de certaines personnes.

**AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, veuillez m'indiquer à quelle fréquence votre partenaire a fait les choses suivantes :**

1. Tout d'abord, au cours des 12 derniers mois, votre partenaire vous a-t-il insulté ou a-t-il juré/blasphémé contre vous? Cela s'est-il produit trois fois ou plus, une ou deux fois ou cela ne s'est-il jamais produit?

- 3 Trois fois ou plus
- 1 Une ou deux fois
- 0 Jamais
- d ne sait pas      r refus

2. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence votre partenaire a-t-il boudé ou refusé de parler d'un problème?

Au cours des 12 derniers mois, votre partenaire a-t-il fait cela trois fois ou plus, une ou deux fois ou cela ne s'est-il jamais produit?

- 3 Trois fois ou plus
- 1 Une ou deux fois
- 0 Jamais
- d ne sait pas      r refus

3. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence votre partenaire est-il sorti de la maison, d'une pièce ou du jardin subitement et bruyamment?

Au cours des 12 derniers mois, votre partenaire a-t-il fait cela trois fois ou plus, une ou deux fois ou cela ne s'est-il jamais produit?

- 3 Trois fois ou plus
- 1 Une ou deux fois
- 0 Jamais
- d ne sait pas      r refus

**Les gens peuvent être agressifs de plusieurs manières, par exemple en poussant, en frappant, en giflant ou par toute autre forme de comportement agressif.**

4. Quelle est **LE GESTE LE PLUS AGRESSIF PHYSIQUEMENT** que vous avez subi au cours des **2 DERNIERES ANNEES**, par quelqu'un qui est ou qui a été dans une relation sentimentale avec vous, comme un conjoint/partenaire, un amoureux, un(e) ami(e) ou autre?

1. battre
2. agripper
3. frapper
4. frapper avec un objet
5. donner un coup de pied
6. donner un coup de poing
7. pousser
8. violer
9. agresser sexuellement
10. bousculer
11. gifler
12. vous menacer
13. vous menacer avec une arme
14. vous lancer quelque chose
15. utiliser une arme

0

autre, veuillez spécifier

95

abus verbal/aucun abus physique

96

R dit que rien de tout cela ne s'est produit au cours des 2 dernières années

97

n'a pas été dans une relation sentimentale au cours des 2 dernières années

d ne sait pas      r refus

5. **L'autre personne dans cet incident était-il votre partenaire actuel?**

1 oui

2 non

d ne sait pas      r refus

6. Sur une échelle de 1 à 10, où 1 est une agression mineure et 10 est une agression menaçant votre vie, comment évalueriez-vous les agressions que vous avez subies?

1-10 Entrer le nombre de un à dix

d ne sait pas r refus

**Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes sentie suite à l'incident.**

7. Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « pas BOULEVERSEE du tout » et 10 signifie « très BOULEVERSEE », à quel point étiez-vous bouleversée tout juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre de un à dix

d ne sait pas r refus

8. En utilisant la même échelle, où 1 signifie « pas FACHÉE du tout » et 10 est « très fâché(e) », à quel point étiez-vous FACHÉE tout juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre de un à dix

d ne sait pas r refus

9. Et si 1 signifie « pas apeuré(e) du tout » et 10 est « très APEURÉE », à quel point étiez-vous APEURÉE tout juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre de un à dix

d ne sait pas r refus

10. Avez-vous eu recours à des soins médicaux de la part d'un médecin, d'une infirmière, du personnel paramédical ou d'un autre professionnel de la santé que ce soit au moment où la personne vous a fait cela ou dans les quelques jours qui ont suivi?

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas r refus

11. Est-ce que vous, l'autre personne ou tous les deux aviez consommé de l'alcool ou des drogues ou est-ce qu'aucun d'entre vous n'avait consommé de l'alcool ou des drogues lorsque l'incident s'est produit?

Faire préciser la substance si autre que de l'alcool :

- 1 Le répondant seulement
- 2 L'autre personne seulement
- 3 Tous les deux
- 4 Aucun d'eux

d ne sait pas      r refus

12. La question de départ portait sur la/les agression(s) au cours des 2 dernières années. Qu'en est-il des **12 derniers mois**? Combien de fois un incident quelconque d'agression physique de la part d'un conjoint(e)/partenaire intime à votre égard s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?

- 1-20 Entrer le nombre de fois
- 21 21 fois ou plus

0 jamais au cours des 12 derniers mois

d ne sait pas      r refus

13. Quel est le geste le plus agressif physiquement que **VOUS AYEZ POSÉ**, au cours des **2 DERNIÈRES ANNÉES**, à l'égard de quelqu'un qui est ou a été dans une relation sentimentale avec vous?

Si la participante dit qu'elle n'a jamais posé un tel geste au cours des deux dernières années, entourez 96 et passez à la question 22.

1. battre
2. agripper
3. frapper
4. frapper avec un objet
5. donner un coup de pied
6. donner un coup de poing
7. pousser
8. violer
9. agresser sexuellement
10. bousculer
11. gifler
12. vous menacer
13. vous menacer avec une arme
14. vous lancer quelque chose
15. utiliser une arme
- 0 autre, veuillez spécifier

95 abus verbal      abus abus physique

96 R dit qu'il n'a jamais posé un tel geste au cours des 2 dernières années

97 n'a pas été dans une relation sentimentale au cours des 2 dernières années

d ne sait pas      r refus

14. S'agissait-il du même incident?

1 oui

2 non

d ne sait pas      r refus

15. L'autre personne dans cet incident était-il votre partenaire actuel?

1 oui

2 non

d ne sait pas      r refus

16. Sur une échelle de 1 à 10, où 1 est une agression mineure et 10 est une agression menaçant la vie, comment évaluez-vous l'agression que vous avez commise envers l'autre personne?

1-10 Entrer le nombre de un à dix

d ne sait pas      r refus

**Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) suite à l'incident.**

17. Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « pas BOULEVERSEE du tout » et 10 signifie « très BOULEVERSEE », à quel point étiez-vous bouleversé(e) juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre

d ne sait pas      r refus

18. En utilisant la même échelle, où 1 signifie « pas EN COLÈRE du tout » et 10 est « très EN COLÈRE », à quel point étiez-vous EN COLÈRE juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre de un à dix  
d ne sait pas r refus

19. Et si 1 signifie « pas APEURÉE du tout » et 10 est « très APEURÉE », à quel point étiez-vous APEURÉE juste après que l'incident se soit produit?

1-10 Entrer le nombre un à dix  
d ne sait pas r refus

20. Est-ce que l'autre personne a eu recours à des soins médicaux de la part d'un médecin, d'une infirmière, du personnel paramédical ou d'un autre professionnel de la santé que ce soit juste après que vous lui avez fait cela ou dans les quelques jours qui ont suivi?

1 oui  
2 non

d ne sait pas r refus

21. Est-ce que vous, l'autre personne ou tous les deux aviez consommé de l'alcool ou des drogues ou est-ce que ni l'un ni l'autre avait consommé de l'alcool ou des drogues lorsque l'incident s'est produit?

Faire préciser la substance si autre que alcool :

1 Le répondant seulement  
2 L'autre personne seulement  
3 Tous les deux  
4 Aucun d'eux

d ne sait pas r refus

22. La question de départ portait sur la/les agression(s) au cours des 2 dernières années. **Qu'en est-il des 12 derniers mois?** Combien de fois un incident quelconque d'agression physique de votre part envers un conjoint(e)/partenaire intime s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?

0-20 Entrer le nombre de fois  
21 21 fois ou plus

d ne sait pas r refus

**23. Avant d'avoir l'âge de 16 ans, quelqu'un de VOTRE FAMILLE a-t-il déjà tenté de vous faire faire ou de vous faire regarder des actes sexuels alors que vous ne vouliez pas?**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

**24. Avant d'avoir l'âge de 16 ans, quelqu'un, AUTRE QU'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE, a-t-il déjà tenté de vous faire faire ou de vous faire regarder des actes sexuels alors que vous ne vouliez pas?**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

**25. Depuis l'âge de 16 ans, y a-t-il eu un moment où quelqu'un vous a obligé à avoir une activité sexuelle que vous ne vouliez vraiment pas? Ceci pourrait avoir été une relation sexuelle ou toutes autres formes d'activités sexuelles, et aurait pu se produire avec des conjoints, amoureux, ou amis, aussi bien qu'avec d'autres personnes plus éloignées ou même des étrangers.**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

**26. Cette personne était-elle un conjoint, un partenaire, ou quelqu'un avec qui vous aviez une relation sentimentale?**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

**27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été forcé(e) d'avoir des activités sexuelles que vous ne vouliez pas?**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

**28. Cette personne avait-elle bu ou consommé des drogues?**

- 1 oui
- 2 non

d ne sait pas      r refus

# Dépôt des thèses

23 MARS 2011