

Évolution du sens de responsabilité sur sa vie chez l'alcoolique au cours d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal

BROCHU, Serge*
Université de Montréal

PROULX, Robert
Centre Domrémy-Montréal

CORMIER, Dollard
Université de Montréal

STROBEL, Michael
Université de Montréal

Résumé

Comme deuxième variable plus spécifiquement reliée, cette fois, à la nature même du traitement psychosocial de l'alcoolisme, le sens de pouvoir sur sa vie a été choisi comme l'objet d'une étude-sonde visant à déterminer l'opportunité d'un vaste programme d'évaluation de l'efficacité de ce traitement tel que dispensé à Domrémy-Montréal. La première partie porte sur l'anxiété et est rapportée ailleurs.

Tous les 125 alcooliques masculins recevant un traitement résidentiel de 30 jours dans une des cinq unités internes de Domrémy-Montréal, sur une période de 12 mois, ont servi à cette étude. L'adaptation française du Adult's Nowicki and Strickland Internal and External Scale a servi de mesure du sens de responsabilité sur sa vie. Les alcooliques ont été classés en trois catégories selon la taxinomie de Fox et Lyon (primaires : 84 ; secondaires : 20 ; symptomatiques : 22). Ils furent comparés à un groupe témoin équivalent de 41 sujets au moyen de diverses analyses de variance. Afin d'équilibrer les divers sous-groupes, les 84 alcooliques primaires furent ramenés à 50 par une table aléatoire. Un certain nombre d'alcooliques ont abandonné le traitement avant terme, soit 41 (32.8 pour cent), moins qu'il est rapporté d'autres sources pour des traitements de tout genre.

Au cours du traitement, le sens de responsabilité sur sa vie subit un changement significatif, en ce qu'il devient plus internalisé, dans tous les sous-groupes d'alcooliques, alors qu'il demeure stable chez les témoins durant la même période. Ainsi, un des résultats spécifiques du traitement psychosocial est d'accroître le sens de responsabilité des alcooliques concernant les événements de leur vie : ils acquièrent ainsi un plus grand sens de pouvoir sur les incidents qu'ils rencontrent et devant les sollicitations qu'exerce sur eux le monde extérieur. On présume que ceci les rend plus aptes à éviter les problèmes de consommation d'alcool. Est-ce que ceci se produit une fois que l'alcoolique est de retour dans son milieu habituel ? C'est ce que cherche à établir la phase relance en cours.

Ainsi, l'étude démontre que le projet d'évaluation du programme de traitement psychosocial est suffisamment fondé dans la réalité pour ouvrir des perspectives prometteuses quant à sa réalisation.

*Maintenant psychologue au Service correctionnel canadien, Centre régional de réception, Ste-Anne-des-Plaines, Québec.

Ce qui distingue le traitement psychosocial de l'alcoolisme, tel que dispensé à Domrémy-Montréal, est, en plus de l'absence de recours à la médication et aux méthodes thérapeutiques hospitalières, l'insistance sur la prise en charge de soi par l'alcoolique lui-même. Obtenir des modifications importantes dans son fonctionnement personnel en faisant de nouveaux apprentissages face à lui-même et en arriver ainsi à adopter un nouveau style de vie face à l'alcool en constituent les principaux objectifs. L'acceptation par l'alcoolique de la responsabilité de son mode de vie et de comportement s'avère une condition essentielle au changement recherché. Il s'agit de favoriser l'évolution de son sens de pouvoir personnel devant les sollicitations provenant de sources diverses, tant de son monde intérieur que de son monde extérieur, comme ses goûts de s'évader dans l'ivresse, ses tensions émotives, la recherche de moyens de mieux-être, les pressions constantes de l'entourage, les attentes d'autrui, les incitations de la publicité, les «obligations» reliées aux différents rôles, etc. De tels objectifs sont une des spécificités du traitement psychosocial. On s'attend donc ordinairement qu'après un tel traitement intensif en milieu résidentiel, d'une durée d'environ trente jours, des changements notables apparaissent à cette variable, en plus d'une série d'autres modifications.

Comme première étape d'évaluation de cette approche de traitement, une recherche-sonde a porté sur deux de ces dimensions. Une publication par Cormier *et al.* (1982) rapporte la baisse significative de l'anxiété observée en cours de traitement. La présente recherche s'attache à décrire l'évolution du sens de responsabilité dans les mêmes circonstances.

SENS DE RESPONSABILITÉ SUR SA VIE

Ce concept désigne ce que Rotter (1954) a appelé le «locus de contrôle» dans l'élaboration de sa théorie de l'apprentissage social. Selon cette théorie, le locus de contrôle internaliste caractérise une personne qui perçoit les événements de sa vie comme étant les conséquences de ses propres actions. La personne internaliste prend pour acquis qu'elle joue un rôle déterminant sur ses événements de vie. Par contre, un locus de contrôle externaliste se réfère au fait qu'une personne perçoit les événements de sa vie comme échappant à son contrôle; à savoir, ils sont dus à des forces extérieures, comme le hasard, la chance, la Providence, les circonstances, les «autres», «ils», etc.

Le locus de contrôle de l'alcoolique

L'alcoolique est habituellement considéré comme un être immature qui abandonne, ignore ou ne prend pas ses responsabilités. En est-il réellement ainsi et les recherches ont-elles confirmé cette croyance souvent partagée par les cliniciens et les gens de la rue ?

Brochu (1981), Rohsenow et O'Leary (1978) font une revue exhaustive de la documentation disponible et constatent que certaines études (Costello et Manders, 1974 ; Distefano *et al.*, 1972 ; Goss et Morosko, 1970 ; Gozali et Sloan, 1971 ; Oziel *et al.*, 1972) obtiennent des résultats qui vont tout à fait à l'encontre de cette croyance. Ces auteurs voient même chez l'alcoolique un niveau de perception du sens de responsabilité personnelle plus élevé que celui correspondant aux normes de Rotter. Quelques scientifiques n'observent, pour leur part, aucune différence significative à cette dimension en comparaison avec la population générale. C'est en particulier l'opinion de Chess *et al.*, (1971), de Donovan et O'Leary (1975), de Gross et Nerviano (1972). Cependant, Butts et Chotlos (1973) confirment la croyance populaire : les alcooliques ignorent leur capacité de responsabilité sur leur vie et les événements. Globalement donc, les résultats obtenus à ce jour n'apportent pas une vision claire à propos du caractère interne ou externe du locus de contrôle de l'alcoolique.

Évolution du locus de contrôle de l'alcoolique en traitement

Concernant l'évolution du sens de responsabilité sur leur vie des alcooliques en traitement, la documentation se fait plus univoque à ce sujet. En effet, la majorité des chercheurs (Bowen et Twenlow, 1978 ; Chess *et al.*, 1971 ; Greenberg *et al.*, 1979 ; Hawkins, 1973 ; O'Leary *et al.*, 1975) observent des changements dans le sens d'une plus grande prise en charge de soi. Seuls Costello et Manders (1974) et Tumilty (1973) n'arrivent pas à de telles conclusions, mais on soupçonne que la trop brève durée du processus thérapeutique choisi pour leur étude a pu influencer leurs résultats.

Sachant qu'il y a différentes formes d'alcoolisme et différentes catégories d'alcooliques, il paraît nécessaire d'étudier leur réaction face à un traitement identique. Lottman *et al.* (1973) étudient à ce chapitre deux échantillons de 76 alcooliques au moyen de l'échelle de Rotter et un inventaire du sens de succès et d'échec. Les alcooliques qui présentent une perception élevée de leur contrôle personnel se motivent par la réussite, alors que les autres accordent une plus grande importance à l'évitement de l'échec. Les auteurs concluent alors que ceux qui abandonnent le traitement avant terme présentent un locus de contrôle plus externaliste que ceux qui le poursuivent. O'Leary *et al.* (1976) étudient alors un groupe de 111 alcooliques regroupés selon qu'ils quittent un traitement après deux semaines (N = 21), ou qu'ils complètent les 60 jours prévus de traitement (N = 46). Leurs résultats ne démontrent aucune différence significative entre ces groupes en ce qui concerne le locus de contrôle antérieur au traitement. Bowen et Twenlow (1978) concluent, suite à une étude portant sur 90 alcooliques, que cette variable ne semble posséder aucune valeur prédictive sur l'abandon ou la poursuite du traitement. Seul, Schofield (1978) obtient des données en désaccord avec les précédentes recherches. Dans son

échantillon, les 30 alcooliques qui abandonnent le traitement se montrent définitivement plus externalistes que les 80 alcooliques qui se complètent.

PARTICULARITÉS DE LA RECHERCHE

Dans toutes ces recherches, on utilise l'échelle de locus de contrôle de Rotter. Selon toute une série d'études effectuées entre 1967 et 1971 (Altrocchi *et al.*, 1968 ; Cone, 1971 ; Feather, 1967 ; Gold, 1968 ; Goss et Moroskò, 1970 ; Joe, 1971), il semble, cependant, que cette échelle soit entachée d'un haut niveau de désirabilité sociale. De plus, on y détecte une certaine confusion entre le contrôle personnel, le contrôle social et le contrôle idéologique (Gurin *et al.*, 1969 ; Hjelle, 1971 ; Silvern et Nakamura, 1971 ; Thomas, 1970). Enfin, Duke et Nowicki (1973) lui reprochent d'avoir recours au choix forcé et d'être d'un niveau de lecture tel que le questionnaire devient inapproprié pour une population ne possédant pas une scolarité de niveau collégial.

La présente étude sur la valeur d'un type de traitement dispensé au Centre Domrémy-Montréal veut éviter ces écueils en recourant à deux stratégies non encore utilisées. On utilisera une mesure de locus de contrôle qui n'est pas viciée par la désirabilité sociale, ni par la confusion des ordres de concepts : l'*Adult's Nowicki and Strickland internal and external control scale*, dans son adaptation française. De plus, en conformité avec certaines études démontrant que les alcooliques sont loin de constituer une population homogène (Cormier *et al.*, 1978, 1982) et afin d'éviter une annulation possible des résultats en raison de cette hétérogénéité, les alcooliques sont départagés en trois groupes selon la taxinomie de Fox et Lyon (1955), taxinomie qui nous semble plus appropriée à une étude psychologique.

MÉTHODOLOGIE

La population étudiée et le schème expérimental utilisé dans cette recherche sont les mêmes qui ont servi dans l'étude de Cormier, Brochu *et al.* (1982) sur les variations de l'anxiété lors d'un traitement psychosocial résidentiel au Centre de Domrémy-Montréal. Il y a lieu d'exposer sommairement les grandes caractéristiques des sujets formant l'échantillon, les mesures spécifiques employées et les circonstances de la présente recherche.

Sujets étudiés

Le groupe d'alcooliques est composé de 125 sujets masculins. De ce nombre, 84 ont complété le traitement d'environ 30 jours et 41 l'ont abandonnée avant terme. Un groupe témoin de 41 sujets «tout-venant», n'ayant pas suivi le traitement, a servi de comparaison. Ces deux groupes sont essentiellement similaires quant à l'âge, la

scolarité et le statut socio-économique. Le groupe de 84 sujets qui ont poursuivi le traitement jusqu'à son terme a été ramené à 50 par une table aléatoire afin de respecter la proportion des sous-groupes.

Afin d'effectuer des analyses les plus différentielles possibles, les sujets alcooliques ont été regroupés en trois sous-groupes distincts selon la problématique de leur alcoolisme en référant à la taxinomie de Fox et Lyon (1955). Les alcooliques *primaires*, au nombre de 49, sont ceux pour qui l'effet de l'alcool joue plusieurs rôles permettant de suppléer à leur manque de maturité émotive et à leur inadaptation sociale ; ordinairement, ils commencent à boire tôt dans leur vie et ils arrivent rapidement à une perte de contrôle dans leur consommation. Les alcooliques *secondaires* sont représentés par ceux qui, après une longue histoire de consommation régulière, ont assez tardivement des complications surtout d'ordre physique qui précèdent souvent des désorganisations sociales et psychologiques. On ne détecte pas de difficultés psychologiques spéciales dans leur évolution, car ils sont socialement fonctionnels jusqu'à un âge avancé de la vie adulte. L'échantillon total comprend 20 de ces sujets. Enfin les alcooliques *symptomatiques*, 21 sujets, se caractérisent par un état de dépendance à l'alcool résultant de difficultés mentales sérieuses ou lui étant associé et d'une mésadaptation sociale profonde que le boire excessif a cherché à masquer. La plupart du temps ce type d'alcoolique a une entité névrotique ou psychotique décelable. Le tableau 1 rapporte la composition de ces groupes et sous-groupes, de même que la subdivision du groupe témoin en sous-groupes obtenus au moyen d'une table aléatoire. Ces sous-groupes s'avèrent tout à fait identiques au cours des diverses analyses de variance menées sur les cotes des sujets.

En somme, les analyses ont donc été faites sur 50 alcooliques qui ont complété le traitement, soit 25 primaires, 12 secondaires et 13 symptomatiques, sur 41 qui l'ont abandonné, soit 24 primaires, 8 secondaires et 9 symptomatiques, et sur 41 sujets témoins composés de personnes choisies au hasard et réparties en sous-groupes de 14, 13 et 14 sujets.

On observe que les alcooliques secondaires sont en moyenne de 10 ans plus âgés que les autres sujets. Ceci, de fait, correspond à la tendance de ce groupe de développer tardivement un alcoolisme problématique. D'autres caractéristiques sont à souligner. Le taux de rupture maritale est très élevé chez les alcooliques, (37 pour cent) alors qu'il n'est que de sept pour cent chez le groupe témoin. Cependant, il y a plus de célibataires dans ce dernier groupe, soit 49 pour cent comparativement à 22 pour cent chez les alcooliques. Par ailleurs, le chômage affecte davantage le groupe d'alcooliques (49 pour cent) que le groupe témoin (22 pour cent) pourtant choisi dans une zone où le taux de chômage était beaucoup plus élevé que la moyenne de 9.5 pour cent cité à cette époque, pour le Québec.

Mesure du sens de responsabilité

Le sens de responsabilité sur sa propre vie ou de détermination sur elle devant les sollicitations internes ou externes, est mesuré, ici, par l'*Échelle du locus de contrôle*, adaptation française (Cantin, 1978) du *Adult's Nowicki and Strickland internal and external control scale (ANS-IE)* (Duke et Nowicki, 1973). Cette version adaptée de l'instrument apparaît préférable à celle de Rotter (1954) trop affectée par la désirabilité sociale. L'échelle comprend 40 items à réponse dichotomique (oui-non) dont la formulation est telle qu'elle peut être facilement comprise par une population qui a uniquement une cinquième année de niveau primaire. La consistance interne du questionnaire de Nowicki et Strickland est de l'ordre de .84 et .86, par la méthode de bisection, et la validité comparative à l'échelle de Rotter varie de .48 à .68 ($p < .01$).

La vérification de la valeur de l'échelle du locus de contrôle a fait l'objet d'une pré-expérimentation en deux temps. Dans une première étape, le questionnaire fut soumis à un groupe de professionnels oeuvrant dans le domaine de l'alcoolisme qui se sont mis d'accord sur la validité des concepts touchés par l'instrument : la responsabilité personnelle et le pouvoir sur sa vie. De plus, la formulation des items s'est avérée intelligible par cinq alcooliques de divers niveaux de scolarité, possédant de 5 à 12 années d'étude. La seconde étape a porté sur l'étude de la stabilité de cette mesure auprès de 41 sujets «tout venant» par la méthode test-retest à 30 jours d'intervalle. Aucune différence significative n'est apparue entre ces deux passations ($t(40) = 1.70$) et la corrélation de Pearson calculée entre elles est de .89 ($p < .01$). Elle s'avère donc une mesure stable, non soumise aux aléas situationnels. Les résultats obtenus par ce moyen s'avèrent fiables et valides de sorte que les changements observés au cours du traitement pourront être ainsi attribués au traitement lui-même.

À cette échelle, plus la cote obtenue est élevée, plus le sujet se sent déterminé par les événements extérieurs à lui (externaliste) et moins, il a le sens de pouvoir y intervenir.

Traitement psychosocial de prise en charge de soi

Domrémy-Montréal a une philosophie de traitement psychosocial dispensé tant sur une base interne qu'externe. Ses services internes ou résidentiels comprennent cinq unités distinctes qui se différencient par des insistances diversifiées sur les éléments caractéristiques du traitement général. L'unité choisie pour effectuer la recherche est dite «Désensibilisation II». Les intervenants de cette unité ont une formation en sciences humaines, particulièrement en psychologie, en travail social et en éducation spécialisée. La programmation de la réadaptation qui y est offerte est d'une durée d'environ 30 jours et s'adresse à 18 alcooliques des deux sexes. Il

fonctionne selon la formule communautaire dans le sens où les membres de l'unité se partagent toutes les activités au programme et où les échanges interpersonnels ont une place privilégiée. Ses modalités d'intervention intègrent des éléments de la psychologie phénoménologique, existentielle ou expérientielle et humaniste. Une part importante de l'intervention est également consacrée à la rééducation dans le but de favoriser l'apprentissage de stratégies d'adaptation plus appropriées que celles qu'utilisait jusque-là l'alcoolique.

Les objectifs spécifiques de ce traitement se poursuivent sur deux fronts simultanément. D'abord, il vise à faire davantage prendre conscience à l'alcoolique de son problème de toxicomanie, de ses conséquences réelles et de prendre des décisions personnelles pour le contrer. Ceci exige à la fois une connaissance rationnelle de ce phénomène et une prise de position existentielle à son égard. Concurrément, il permet au bénéficiaire de s'attaquer aux problèmes psychosociaux tant dans ses antécédents que dans ses conséquences qui gravitent autour de son alcoolisme ; bref, mieux se connaître comme personne avec ses besoins, son potentiel et ses difficultés de fonctionnement. Par ailleurs, au plan du comportement, il doit apprendre à agir concrètement en conformité avec ses prises de conscience afin d'en arriver à vivre de façon plus satisfaisante et plus responsable sans recourir à son habitude d'alcoolisation.

Déroulement de l'expérience

À la première journée du traitement décrit, une batterie de tests dont l'*Échelle de locus de contrôle* a été administré aux sujets. Le même processus fut répété à la veille du départ, soit 29 jours plus tard, pour ceux qui ont complété le traitement. L'expérience et la cueillette des données se sont déroulées sur une période de 12 mois. Pour le groupe témoin, comme on l'a déjà vu, l'intervalle entre les deux passations a été aussi de 30 jours. Il a été impossible, il va de soi, d'obtenir une deuxième administration pour ceux qui ont abandonné avant terme le traitement.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus sont présentés selon le schème habituel dans ce genre de compte rendu : a) l'étude des différences des cotes de locus de contrôle, ou du sens de responsabilité, au début du traitement ; b) l'étude des différences des cotes à la fin du traitement ; c) l'analyse des changements encourus à cette dimension de la personnalité au cours du traitement.

Le locus de contrôle au début du traitement

À la première partie du tableau 1 apparaissent les moyennes et les écarts-types des cotes de locus de contrôle obtenus par les

Tableau 1

Moyenne et écart-type du locus de contrôle
au début et à la fin du traitement

Groupes	Traitement			
	Début		Fin	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Poursuite (N = 50)	13.86	4.30	11.32	3.64
primaires (N = 25)	13.76	3.60	11.48	3.10
secondaires (N = 12)	13.25	4.85	10.92	4.32
symptomatiques (N = 13)	14.62	5.22	11.38	4.21
Abandon (N = 41)	13.61	4.72		
primaires (N = 24)	14.67	4.79		
secondaires (N = 8)	12.63	4.98		
sumptomatiques (N = 9)	11.67	3.91		
Témoin (N = 41)	12.24	4.58	12.80	4.47
sous-groupe 1 (N = 14)	12.79	4.77	13.14	4.69
sous-groupe 2 (N = 13)	11.92	4.70	12.62	4.11
sous-groupe 3 (N = 14)	12.00	4.57	12.64	4.86

divers sous-groupes au début du traitement. Ces cotes se distribuent entre 11.67 et 14.62. On se rappellera que plus le sens de responsabilité est élevé, plus la cote à cette échelle est faible.

L'analyse de variance 3 x 3 menée sur ces moyennes ne révèle la présence d'aucune différence significative (voir tableau 2) entre les groupes ($F(2,161) = 1.20$) ou les sous-groupes ($F(2,161) = .74$) de sujets à ce stade du traitement. De même, il ne se produit aucune interaction entre les sous-groupes ($F(4,161) = .68$). Ceci indique donc qu'il n'existe pas, à ce moment précis, de différence significative du lieu de contrôle entre le groupe témoin (moyenne = 12.24), les alcooliques qui abandonnent le traitement (13.59) et ceux qui le complètent (13.86). Bien plus, on ne révèle aucune différence significative entre les moyennes des alcooliques primaires (14.67), secondaires (12.63) et symptomatiques (11.67) qui abandonnent le traitement et celles des alcooliques primaires (13.76), des secondaires (13.25) et des symptomatiques (14.62) qui poursuivent le traitement.

Tableau 2

Analyse de variance des cotes de locus de contrôle entre les groupes et les sous-groupes au début et à la fin du traitement

Source de variation	Début (3 x 3)		Fin (2 x 3)	
	dl	F	dl	F
Groupe	2	1.20	1	3.10
Sous-groupe	2	.74	2	.13
Interaction groupe, sous-groupe	4	.68	2	.02
Erreur	161		123	

Le locus de contrôle en fin de traitement

Le tableau 2 de l'analyse de variance des moyennes obtenues en fin de traitement (tableau 1) ne rapporte également aucune différence entre les groupes ($F(1,123) = 3.10$), les sous-groupes ($F(2,123) = .13$) et leur interaction ($F(2,123) = .02$) à ce moment de la recherche. Ainsi, les cotes moyennes obtenues par les sujets du groupe témoin (12.80) et les alcooliques terminant leur cure (11.32) sont essentiellement du même ordre et il en va de même entre les sous-groupes qui les composent, en particulier pour les alcooliques, soit primaires (11.48), soit secondaires (10.92), ou encore symptomatiques (11.38).

Changement du locus de contrôle en cours de traitement

Les résultats de l'analyse de variance 2 x 3 x 2 du tableau 3 révèlent que les différences observées entre les cotes moyennes du début et de la fin du traitement sont significatives ($F(1,123) = 7.4$), ainsi que l'interaction entre les groupes et le moment de la passation du questionnaire ($F(1,123) = 17.81, p = .01$). Le changement dans le locus de contrôle entre le début et la fin du traitement ne serait donc pas de même nature pour le groupe d'alcoolique que pour le groupe témoin.

Tableau 3

Analyse de variance (2 x 3 x 2) des cotes de locus de contrôle entre le début et la fin du traitement

Source de variation	dl	F
Groupe	1	.00
Sous-groupe	2	.19
Interaction groupe, sous-groupe	2	.14
Erreur	123	
Passation	1	7.41 **
Interaction groupe, passation	1	17.81 **
Interaction sous-groupe, passation	2	.14
Interaction groupe, sous-groupe, passation	2	.23
Erreur	123	
Total	257	

** $p \leq .01$

On n'observe aucune autre différences significative, que ce soit entre les groupes ($F(1,123) = .00$) et les sous-groupes ($F(2,123) = .19$), ni au niveau de l'interaction entre eux ($F(2,123) = .14$), ni dans l'interaction entre les sous-groupes et le moment de passation ($F(2,123) = .14$ et $.23$).

Reportées sous forme graphique à la figure 1, les cotes moyennes des groupes montrent bien que les interactions significatives groupe-passation, mentionnées dans chacune des analyses qui précèdent, semblent provenir du groupe témoin chez qui il ne se produit aucune internalisation du locus de contrôle durant la période impliquée. Une nouvelle analyse 3 x 2 excluant le groupe témoin permet de clarifier la situation (tableau 4). En effets ces résultats indiquent à nouveau la présence d'une différence significative entre les deux passations du questionnaires ($F(1,85) = 16.91, p = .01$) sans interaction importante ($F(2,85) = .24$). Ainsi, le locus de contrôle moyen des trois sous-groupes d'alcooliques qui poursuivent le traitement passe respectivement de 13.76 à 11.48 pour les alcooliques primaires, de 13.25 à 10.92 pour les alcooliques secon-

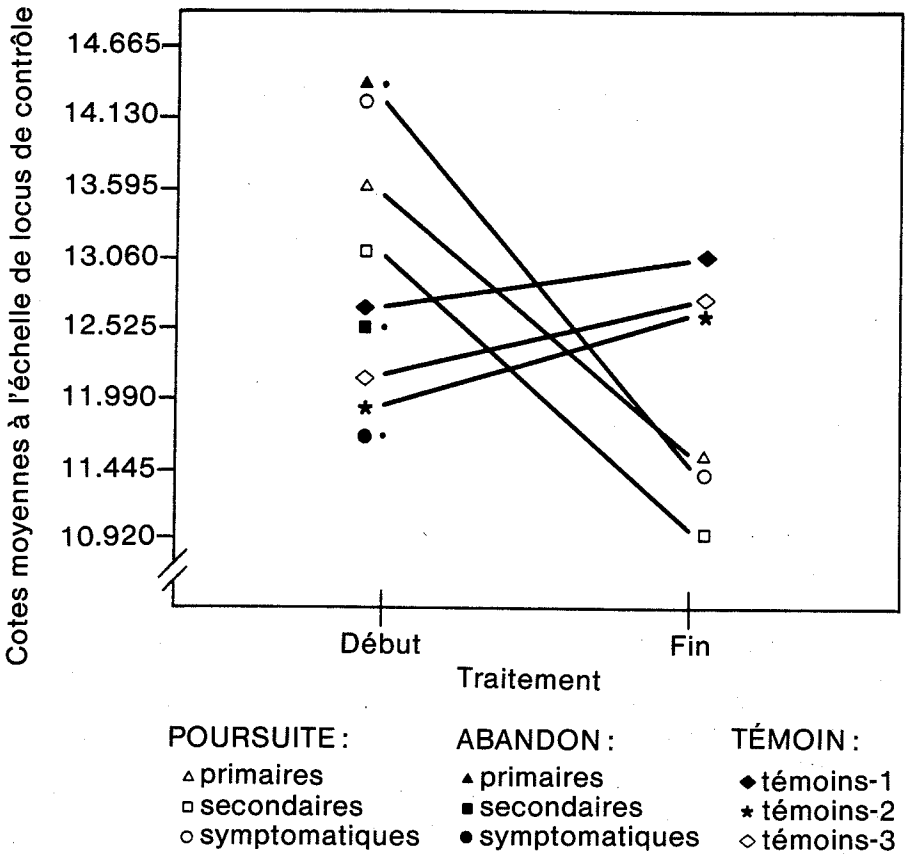


Figure 1 – Changement des cotes moyennes des divers sous-groupes à l'échelle locus de contrôle en début et à la fin du traitement.

dares et de 14.62 à 11.38 pour les alcooliques symptomatiques. Pour sa part, l'analyse de variance effectuée auprès des sous-groupes témoins ne donne rien de significatif ($F(1,38) = 2.76$, $F(2,38) = .09$). Il y a donc un changement notable à cette dimension de la personnalité chez les alcooliques au cours de leur traitement quelle que soit la catégorie d'alcoolisme.

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Les diverses analyses ont donc donné lieu à des résultats précis concernant le locus de contrôle chez les alcooliques et son évolution au cours d'un traitement psychosocial de prise en charge de soi. Ces résultats se résument ainsi :

1. en début de traitement, les alcooliques présentent essen-

Tableau 4

Analyse de variance (3 x 2) des cotes de locus de contrôle pour les groupes d'alcooliques et le groupe témoin pris séparément

Source de variation	Alcooliques		Témoins	
	dl	F	dl	F
Sous-groupe	2	.27	2	.10
Erreur	85		33	
Passation	1	16.91**	1	2.76
Interaction sous-groupe, passation	2	.24	2	.09
Erreur	85		38	
Total	175		81	

** $p \leq .01$

tiellement le même niveau de sens de responsabilité sur leur vie que la personne non-alcoolique.

2. en fin de traitement, même si le locus de contrôle s'est amélioré, il demeure encore, chez l'alcoolique, non différent de celui de la personne non-alcoolique.

3. il n'y a pas lieu d'établir de distinction entre les diverses catégories d'alcooliques pour cette variable particulière, puisqu'aucune différence significative n'apparaît entre elles à quelque moment que ce soit ;

4. les changements observés chez les alcooliques en cours de traitement sont nettement significatifs, alors qu'on n'observe pas d'évolution chez les témoins durant la même période de temps ;

5. il faut ajouter, comme pour l'étude précédente portant sur l'anxiété, que le taux d'abandon en cours de traitement est assez élevé, soit 41 sur 125 ou 32.80 pour cent, et que ceux qui abandonnent se recrutent surtout parmi les alcooliques primaires, 58.54 pour cent, groupe qui, de toute façon, constitue la grande majorité des alcooliques traités dans des centres de réadaptation comme Domrémy-Montréal.

Contrairement à ce qui était attendu, il n'apparaît pas de différence entre les alcooliques et le groupe témoin au début du traitement. Le tout va d'ailleurs dans le sens des observations de Donovan et O'Leary (1976) et semble appeler deux considérations. Est-ce que ces résultats n'infirmeraient pas la croyance existante en milieux cliniques et populaires selon laquelle les alcooliques sont portés à fuir leurs responsabilités en ne croyant pas avoir de pouvoir

suffisant sur leur vie ? Si ce fondement existe réellement, il faudrait alors le vérifier dans d'autres circonstances. Cependant on ne peut pas omettre de s'en référer à la situation présente par elle-même pour comprendre davantage les facteurs en jeu. En effet, les alcooliques de la présente étude ont demandé, pour des motifs de diverses natures, un traitement. L'acceptation, voire la motivation, à se faire traiter n'est-elle pas, en soi, l'indice d'une personne qui, dans des circonstances affligeantes, a suffisamment de sens de responsabilité sur sa vie pour se prendre en main et réclamer l'assistance d'autrui dans sa réadaptation ? Il serait donc très intéressant, même nécessaire pour mieux comprendre les alcooliques, de comparer le locus de contrôle de ceux qui recherchent une forme d'aide quelconque à celui de ceux qui s'opposent à toute forme de traitement ou qui nient toute nécessité en ce sens. En y apportant des raffinements méthodologiques, on pourrait considérer également l'état de cette variable en fonction de la nature de la motivation au traitement de l'alcoolique, selon qu'il désire, pour des motifs intrinsèques, vraiment changer son style de vie ou plutôt qu'il obéisse à quelques pressions extrinsèques en se présentant au traitement.

Face à l'objectif même de la recherche, à savoir évaluer si un traitement psychosocial du genre dispensé dans une unité de Domrémy-Montréal produit des changements positifs significatifs dans le sens de pouvoir exercer plus de détermination personnelle sur sa vie, l'étude confirme amplement les attentes. Après le traitement, les alcooliques étudiés démontrent chez eux l'existence d'un locus de contrôle plus internalisé. Ils seraient plus capables d'assumer leur responsabilité dans leur comportement devant les sollicitations et les appétits de leur propre organisme et devant les invitations envahissantes de l'entourage. Ils seraient donc alors en mesure d'effectuer des changements dans leur mode de vie, d'adopter un nouveau style d'être et être ainsi renforcés de façon intrinsèque. Ils auraient un répertoire de réponses plus adéquates et plus adaptées dans les diverses situations de leur vie au lieu de recourir de façon généralisée à la consommation d'alcool.

Un changement se produit et est observable, mais subsiste-t-il par la suite ? On percevra immédiatement la nécessité d'études post-traitement, non seulement en terme d'abstinence et de rechute, comme la relance en cours prodiguera, mais aussi dans le vécu des situations auxquelles l'alcoolique a à faire face une fois de retour dans son milieu naturel. Peut-être est-il même mieux armé psychologiquement que ne l'est habituellement la personne ordinaire, même si à ce moment on ne peut s'appuyer sur une différence significative à la fin du traitement pour avancer cette hypothèse. Malheureusement, les études de rappel manquent trop. On ne sait pas suffisamment comment vivent les alcooliques après le traitement. On se contente trop facilement de mesurer, lors des relances, les taux d'abstinence et de rechute et non de mesurer l'ensemble

des améliorations réelles. Une rechute peut même s'inscrire dans un contexte d'amélioration globale et ne pas être exclusivement l'indice d'un échec. Autant d'interrogations d'envergure que les scientifiques commencent à considérer.

Contrairement à ce qu'on observe dans les études de l'anxiété (Cormier *et al.*, 1978 ; 1982) où les distinctions entre les diverses catégories d'alcooliques sont nécessaires pour ne pas annuler les résultats réels intervenus entre ces diverses personnalités, il ne semble pas qu'une variable comme le locus de contrôle discrimine entre les divers types. Tous évoluent dans le même sens. À la lumière des résultats obtenus, il conviendrait donc d'attribuer les différences dans ce domaine à des caractéristiques générales indépendantes de la typologie alcoolique, telles que des facteurs d'ordres culturel et socio-économique comme le font d'ailleurs Beigel et Ghertner (1977).

Quant aux alcooliques qui abandonnent le traitement avant terme, ils ne présentent pas, au début du traitement, un degré d'internalisation ou d'externalisation du lieu de contrôle différent de ceux qui poursuivent. Bowen et Twenlow (1978) et O'Leary *et al.* (1976) ont déjà observé le même phénomène. La décision de quitter le traitement semble donc s'opérer sur un autre trait que cette mesure avant le traitement. Les résultats n'appuient donc pas la croyance selon laquelle les alcooliques ayant un locus de contrôle externaliste ou croyant ne pas avoir de pouvoir suffisant sur leur vie abandonneraient tout genre de traitement plus facilement que les alcooliques internalistes qui auraient foi en leurs capacités de changement. Pour le contexte d'un traitement psychosocial, il faudrait même vérifier si ceux qui abandonnent n'auraient pas également changé dans ce domaine et décidé de quitter le traitement avant terme à partir d'un choix personnel : choix de ne plus boire et d'apporter des ajustements dans leur vie ou encore choix délibéré de continuer à boire, plutôt que d'être l'objet de pressions en sens contraire. Et si ceci se produit, quelle proportion en est bénéficiaire ?

CONCLUSION

Le traitement psychosocial touche de façon spécifique la prise en charge de soi plus que ne le fait, apparemment, toute autre sorte de traitement dans laquelle l'incitation et les décisions appartiennent davantage aux soignants. À cette variable du locus de contrôle, les changements observés entre le début et la fin du traitement sont sûrement satisfaisants et encourageants. Le traitement psychosocial, tel qu'il est dispensé à Domrémy-Montréal, a pour effet d'améliorer la personne alcoolique sur des aspects aussi généraux que l'anxiété, l'activité, la réinsertion social comme le font beaucoup d'autres modes d'intervention auprès de l'alcoolique (Cormier *et al.*, 1982). Mais cette amélioration est sensible sur un aspect bien

spécifique, très près de la définition même du traitement et de son objectif ultime : l'alcoolique se prend lui-même en charge et acquiert un plus grand sens de responsabilité concernant sa vie et son mode d'être.

Il faut ajouter que l'étude a également contribué à mettre en évidence de nombreuses avenues d'exploration ultérieure afin d'en arriver à une connaissance plus précise de l'alcoolisme et d'affiner les interventions efficaces auprès de la personne qui en est affectée. Déjà un vaste projet d'étude s'attaque aux questions qui ont surgit dans l'espoir d'accroître la compréhension du phénomène.

Abstract

The effects of a psychosocial treatment program for alcoholics offered at the Domrémy-Montréal were evaluated in a study measuring changes in anxiety and locus of control in the beneficiaries. The results concerning the anxiety variables have been reported elsewhere. The present report focusses on the changes of perceived responsibility in the patients as measured by the Adult's Nowicki and Strickland Internal External Scale (Duke et al., 1973).

Over a period of 12 months, 125 male alcoholics received a 30-day residential treatment in one of the five treatment units of the rehabilitation center. According to Fox and Lyon categories, 84 were classified as primary, 20 as secondary, and 22 as symptomatic alcoholics. One third of the alcoholics did not complete the voluntary treatment. For statistical comparisons three control groups totalling 41 non-alcoholics, matched for socio-economic variables, were included in the analysis.

At the beginning of treatment, the means of the three clinical groups were all higher than those of the controls, indicating greater attribution of control to external factors, although the differences were statistically not significant. At the end of treatment the positions of the group means on the scale were reversed, the treated groups scored lower than the controls and the difference approached the .05 level of significance. This differential change in the groups during treatment, i.e. the group by trial interaction was highly significant beyond the .001 level.

Thus it may be asserted that the specific effect of the psychosocial treatment program is to increase the sense of responsibility in the treated groups. This seems to be the prerequisite for the alcoholic to assume a personal treatment and change his ways of being in his life afterwards. The study shows that the evaluative program of the psychosocial treatment of alcoholics is a legitimate endeavor.

Références

- ALTROCCHI, J., PALMER, J., DAVIS, H. (1968) The Marlowe-Crowe repressor-sensitizer, and internal-external scales and attribution of unconscious hostile intent. *Psychological reports*, 23, 1229-1230.
- BEIGEL, A., GHERTNER, S. (1977) Toward a social model: assessment of social factors which influence problem drinking and its treatment, in B. KISSIN, H. BERGLEITER, (eds.) *Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic* (pp. 197-233) New York: Plenum.
- BOWEN, W.T., TWENLOW, S.W. (1978) Locus of control and treatment drop-out in an alcoholic population. *British journal of addiction*, 73, 51-54.
- BROCHU, S. (1981) Locus de contrôle et niveau d'anxiété des alcooliques en cours de traitement. Thèse de doctorat inédite, Département de Psychologie, Université de Montréal.
- BUTTS, S.V., CHOTLOS, J. (1973) A comparison of alcoholics and non alcoholics on perceived locus of control. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 304, 1327-1332.
- CANTIN, H. (1978) Questionnaire d'opinion: échelle Nowicki-Strickland. Document inédit, Domrémy-Montréal, Ste-Genève-de-Pierrefonds.
- CHESS, S.B., NEURINGER, C., GOLDSTEIN, G. (1971) Arousal and field dependency in alcoholics. *Journal of general psychology*, 85, 93-102.
- CONE, J.D. (1971) Locus of control and social desirability. *Journal of consulting and clinical psychology*, 36, 449.
- CORMIER, D., BROCHU, S., LANDRY, M., STROBEL, M. (1983) Baisse de l'anxiété de l'alcoolique lors d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal. *Revue québécoise de psychologie*, 4, 88-107.
- CORMIER, D., PROULX, R., LAROSE-NADREAU, M. (1978) Pronostic dans le traitement de l'alcoolisme. II. Valeur pronostique de la nature de l'anxiété dans l'abstinence alcoolique. *Toxicomanies*, 11, 201-214.
- COSTELLO, R.M., MANDERS, K.R. (1974) Locus of control and alcoholism. *British journal of addiction*, 69, 11-17.
- DISTEFANO, M.K., PRYER, M.V., GARRISON, J.L. (1972) Internal-external control among alcoholics. *Journal of clinical psychology*, 28, 36-37.
- DONOVAN, D.M., O'Leary, M.R. (1975) Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics. *Journal of abnormal psychology*, 84, 726-728.
- DUKE, M.D., NOWICKI, S. (1973) Personality correlates of the Nowicki-Strickland locus of control for adults. *Psychological reports*, 33, 267-270.
- FEATHER, N.T. (1967) Some personality correlates of external control. *Australian journal of psychology*, 19, 253-260.
- FOX, R., LYON, R. (1955) *Alcoholism: its cope, cause, and treatment*. New York: Random House.
- GOLD, D. (1968) Some correlation coefficients: Relationship among I-E scores and other personality variables. *Psychological reports*, 22, 983-984.
- GOSS, A., MOROSKO, E. (1970) Relation between a dimension of internal-external control and the MMP1 with an alcoholic population. *Journal of consulting and clinical psychology*, 34, 189-192.
- GOZALI, J., SLOAN, J. (1971) Control orientation as a personality dimension among alcoholics. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 32, 159-161.
- GREENBERG, E. A., OBITZ, F.W., KAYE, B.W. (1979) Relationship among control orientation, the FIRO-B, and the ward atmosphere scale in hospitalized male alcoholics. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 39, 68-76.
- GROSS, W.F., NERVIANO, V.J. (1972) Note on the control orientation of alcoholics. *Psychological reports*, 31, 406.
- GURIN, P., GURIN, G., LAO, R.C., BEATTIE, M. (1969) Internal-external control in the motivational dynamics of negro youth. *Journal of social issues*, 25, 29-53.
- HAWKINS, M.K. (1973) Control orientation. A personality dimension among alcoholics and its implication for alcoholism treatment. *Dissertation abstracts international*, 34, 2390A.
- HJELLE, L.A. (1971) Social desirability as a variable in the locus of control scale. *Psychological reports*, 28, 807-816.
- JOE, V.C. (1971) Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological reports*, 28, 619-640.
- LOTTMAN, T.J., MOZDZIERZ, G.J., MACCHITELLI, J.F. (1973) The relationship between alcoholic's success and failure. *Journal of community psychology*, 1, 311-312.
- O'LEARY, M.R., DONOVAN, D.M., HAGUE, W.H., SHEA, R.A. (1975) Shifts in component of locus of control as a function of treatment of male alcoholics. *Journal of clinical psychology*, 31, 359-361.

- O'LEARY, M.R., DONOVAN, D.M., O'LEARY, D.E. (1976) Changes in perceived and experienced control among inpatient alcoholics. *Journal of clinical psychology*, 32, 500-504.
- OZIEL, J.L., OBITZ, F.W., KEYSON, M. (1972) General and specific perceived locus of control in alcoholics. *Psychological reports*, 30, 957-958.
- ROHSENOW, D.J., O'LEARY, M.R. (1978) Locus of control research on alcoholic populations: a review. I. Development, scales and treatment. *International journal of addiction*, 13, 55-78.
- ROTTER, J.B. (1954) *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- SCHOFIELD, L.S. Jr. (1978) Internal-external control and withdrawal AMA from an alcoholic rehabilitation program. *Journal of clinical psychology*, 34, 571-573.
- SILVERN, L., NAKAMURA, C.V. (1971) Powerlessness, social-political action, social-political views: the interrelation among college students. *Journal of social issues*, 27, 137-157.
- THOMAS, L.E. (1970) The I-E scale ideological bias, and political participation. *Journal of personality*, 38, 237-286.
- TUMILTY, T.N. (1973) Correlates of I-E susceptibility to change in locus of control and modification of I-E among inpatient alcoholics. *Dissertation abstracts international*, 34, 1287B-1288B.