

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

DENISE NORMANDIN-BARIDEAU

CHANGEMENT D'ATTITUDES CHEZ LES ALCOOLIQUES
SUITE A UN SEJOUR EN CENTRE DE READAPTATION

AVRIL 1980

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Table des matières

Sommaire	iv
Introduction	1
Chapitre premier - Relevé de la littérature et hypothèse	4
L'alcoolisme	5
Traitement de l'alcoolique	13
Problème de l'évaluation	19
Chapitre II - Qualités psychométriques internes	22
Le questionnaire de Mindlin	23
Expérimentation	25
Adaptation du questionnaire de Mindlin	29
Chapitre III - Validité de construit et stabilité test-retest	36
Attitude face à la motivation	38
Attitude face à l'alcool	41
Attitude d'estime de soi	42
Attitude de dépendance	44
Attitude d'isolation sociale	45
Echelles d'attitudes regroupées	47
Conclusion	50

Appendice A - Mindlin-Questionnaire	53
Appendice B - Traduction du questionnaire de Mindlin....	59
Appendice C - Traduction et adaptation du questionnaire de Mindlin	65
Appendice D - Renseignements généraux	71
Références	74

CHANGEMENT D'ATTITUDES CHEZ LES ALCOOLIQUES
SUITE À UN SEJOUR EN CENTRE DE READAPTATION

Sommaire

La nécessité d'avoir, au Québec, un instrument permettant de mesurer le changement d'attitudes qui se produit chez l'alcoolique en traitement dans une institution, est à l'origine de ce travail. Sauf le questionnaire construit en 1965 par Dorothee Mindlin, on ne trouve pas dans la littérature, d'après les recherches effectuées, d'autres instruments qui répondent à ce besoin.

Le questionnaire de Mindlin renferme cinq échelles correspondant à des attitudes reconnues comme caractéristiques de la personnalité alcoolique: la motivation, l'attitude face à l'alcool, l'estime de soi, la dépendance et l'isolation sociale.

La présente étude consiste en une traduction et une adaptation de ce questionnaire à la population québécoise, plus précisément aux alcooliques qui séjournent au Centre d'Accueil et de Réadaptation Domrémy de Trois-Rivières.

L'analyse statistique des résultats démontre que ce test peut effectivement mesurer le changement qui se produit, dans ces cinq attitudes, chez un alcoolique, pendant son séjour dans une institution de réhabilitation.

Raymond Champagne
Denise Normandin Baribeau

Introduction

Dans la société québécoise, l'alcoolisme représente un problème majeur tant sur le plan social, familial, personnel, qu'économique. De nombreux spécialistes s'intéressent à ce problème au sein d'institutions, d'associations ou de sociétés.

Plusieurs travaux en médecine, en pharmacologie, en sociologie et en psychologie abordent ce domaine. Les recherches psychologiques s'orientent particulièrement vers la définition de la personnalité et des caractéristiques de l'alcoolique, vers le développement de techniques thérapeutiques ou vers la détermination des causes et des effets de l'alcoolisme sur le comportement humain. Le premier chapitre contient un relevé de ces recherches.

A partir de l'identification de ces caractéristiques de l'alcoolique, Mindlin (1965) a mis au point un questionnaire visant à mesurer jusqu'à quel point on retrouve chez un individu les attitudes généralement associées à l'éthylisme. Ce questionnaire se base sur cinq caractéristiques propres à l'alcoolique: la motivation, l'attitude face à l'alcool, l'estime de soi, la dépendance et l'isolation sociale. L'objectif de ce travail est de traduire et d'adapter ce questionnaire à une population

francophone. L'utilisation de ce dernier auprès d'une population de clients de la clinique Domrémy permettra de vérifier les qualités psychométriques du questionnaire et de mesurer sa sensibilité aux changements d'attitudes de l'alcoolique. Les sujets seront en effet testés avant et après leur séjour à la clinique.

Le deuxième chapitre décrit les analyses psychométriques utilisées lors de l'adaptation du questionnaire. Le troisième présente le résultat des comparaisons entre les mesures avant et après le traitement. La dernière partie de ce mémoire conclut la démarche et souligne l'apport de l'instrument au travail du clinicien.

Chapitre premier

Relevé de la littérature et hypothèse

Ce chapitre présente un relevé des travaux psychologiques portant sur l'analyse du phénomène de l'alcoolisme. Il contient trois parties. La première concerne la définition de l'alcoolisme ainsi que les caractéristiques qui lui sont associées.

La deuxième partie renferme quatre méthodes de traitement des alcooliques. Il s'agit des méthodes d'aversion, de renforcement, de relaxation et d'apprentissage du boire.

La troisième partie traite du problème de l'évaluation de l'efficacité du traitement. Le chapitre se termine par la présentation succincte de l'hypothèse.

L'alcoolisme

Jellinek (1960) définit l'alcoolisme comme tout usage d'alcool qui cause un dommage soit à l'individu, soit à la société, ou aux deux partis. Il distingue cinq catégories dans l'alcoolisme. L'alcoolisme alpha implique la dépendance purement psychologique sans perte de contrôle de soi ou d'incapacité de s'abstenir. L'alcoolisme bêta n'entraîne pas la dépendance physique ou psychologique, mais produit seulement l'apparition de certaines complications gastriques. L'alcoolisme gamma

réfère à la dépendance physique accompagnée occasionnellement d'une perte de contrôle de ses actes. Par l'alcoolisme delta, on entend une dépendance physique sans perte de contrôle. Enfin, l'alcoolisme epsilon se rapporte au buveur qui consomme périodiquement de l'alcool.

En somme, Jellinek définit l'alcoolisme surtout à partir de la plus ou moins grande difficulté que ressent le buveur à s'abstenir de boire. C'est pourquoi il ne considère pas les deux premières catégories comme étant des états pathologiques. Seuls l'alcoolisme gamma et celui dit delta entraînent chez le buveur certains changements physiologiques qui contribuent à augmenter sa dépendance à l'alcool.

Pour Freeman, Levine et Reeder (1963), l'alcoolisme est une maladie chronique qui se manifeste par un comportement désordonné. Ce dernier se caractérise par une consommation de boissons alcoolisées qui dépasse la norme acceptable par la société. Conséquemment, la santé du buveur et son fonctionnement économique ou social en sont atteints. Pour ces auteurs, les aspects physiques, sociaux et économiques et non seulement comportementaux entrent dans la définition de l'alcoolisme.

Quant à Boudreau (1972), il traduit l'alcoolisme comme étant "la maladie du buveur excessif qui a définitivement perdu le contrôle de ses consommations" (p. 95). Il semble,

pour Boudreau, que l'aspect quantitatif soit le principal critère qui nous permette de définir l'alcoolisme.

Enfin, Vogel-Sprott et Banks (1965) expliquent que l'alcoolisme est un comportement caractérisé par une consommation excessive d'alcool provoquant une détérioration de la santé ou de certains aspects importants de la vie comme la famille, le travail et les relations interpersonnelles.

Cette dernière définition de l'alcoolisme fait donc la synthèse de tous les critères identifiés dans les recherches précédentes.

Personnalité de l'alcoolique

Suite à tous ces essais de définition de l'alcoolisme, il n'est pas surprenant de voir l'Organisation mondiale de la santé, en 1951, définir l'alcoolique en ces termes: individu dont la dépendance à l'alcool aboutit à un dérangement mental évident ou atteint sa santé physique ou mentale, ses relations interpersonnelles, son fonctionnement économique et social.

Cette définition rallie les propos de plusieurs théoriciens de la personnalité de l'alcoolique.

Ainsi, la théorie psychanalytique (Freud, 1930) tente d'expliquer le dérangement mental par le dynamisme inconscient

conduisant l'individu à devenir alcoolique. On suppose que l'anxiété est à la base de cette maladie et que la consommation d'alcool n'est qu'un substitut du lait maternel. L'alcoolisme serait donc une fixation ou une régression à la phase orale. Bertrand et Masling (1969), dans une étude comparant des alcooliques et des sujets normaux, aboutissent d'ailleurs aux mêmes conclusions. Les résultats au Rorschach confirment une prédominance des réponses de dépendance orale dans le groupe d'alcooliques par rapport au groupe contrôle. Ceci est repris par Fenichel (1974) qui explique l'alcoolisme en termes de personnalité orale et narcissique. Cette personnalité résulterait de nombreuses frustrations de la petite enfance.

D'autres auteurs ont surtout étudié l'influence de l'alcoolisme sur le comportement social de l'individu. Ainsi, Bélanger (1976) définit les alcooliques comme des personnes inadaptées, incapables d'entretenir des rapports sociaux satisfaisants, portés conséquemment à s'isoler. D'une part, elle observe que ces personnes sont dépendantes et qu'elles ont tendance à faire régler leurs problèmes par autrui. D'autre part, elle constate qu'elles possèdent une sensibilité extrême à la souffrance surtout psychique; ceci expliquerait la difficulté à supporter la frustration ou la tension, suite aux profonds sentiments de culpabilité, de remords et d'infériorité qu'elles ressentent.

Traits caractéristiques de l'alcoolique

Toutefois, plusieurs auteurs, par des voies différentes, en sont arrivés à conclure qu'il n'y aurait pas, comme telle une personnalité de l'alcoolique, mais qu'il faudrait plutôt parler de traits propres aux alcooliques. Ainsi, Kenel et Walton (1965) avancent qu'il n'y a pas de personnalité propre aux alcooliques, mais qu'il y a effectivement des types de personnalité qui se rencontrent fréquemment chez eux. De même, Aubertin et Berlinguet (1971) travaillant en clinique de réhabilitation, pensent qu'il est juste de parler de traits communs aux alcooliques.

Bien que Klopfer et Kelly (1946: voir Sutherland et al., 1950) pensent qu'en général les alcooliques ne montrent pas de traits spécifiques et généralisables, d'autres chercheurs observent que certains traits caractéristiques, communs à une majorité d'alcooliques, sont identifiables. Par exemple, Blum (1966) fait ressortir un certain nombre de caractéristiques assez constantes pour pouvoir former une constellation propre à l'alcoolique: la dépendance, le haut niveau d'anxiété dans les relations interpersonnelles, l'immaturité émotionnelle, une basse tolérance à la frustration, une basse estime de soi, des sentiments d'isolation, une confusion sexuelle.

La dépendance est l'attitude la plus commune et la plus fondamentale à l'alcoolique. Selon Blum (1966), dont nous avons précédemment parlé, plusieurs alcooliques demeurent entièrement dépendants de l'un ou de l'autre des parents, d'où vient la fixation de la croissance émotionnelle. Cet échec est associé à diverses formes de rejet (surprotection, surdomination...) de la part des parents, d'où un besoin excessif d'attention, d'affection et d'approbation que l'on retrouve chez l'alcoolique. Cette constatation est également faite par des auteurs tels que Buton (1956), Chafetz (1959), Gerard (1955), Lisansky (1960), McCarthy (1959), Machover et Puzzo (1959).

Ce niveau d'anxiété dans les relations interpersonnelles commande à l'alcoolique l'usage d'alcool pour réduire ses sentiments d'insécurité et profiter pleinement des interactions sociales. Catanzaro (1964) rapporte que plus grande est leur incapacité à communiquer avec les gens, plus prononcé est leur besoin quantitatif d'alcool. Dans l'évolution après traitement, Catanzaro constate que les alcooliques atteignant la plus longue période de sobriété témoignent de l'amélioration dans leur intégration à un groupe et que ceux dont la sobriété est partielle reflètent un léger progrès dans leurs relations interpersonnelles.

MacAndrew et Geertsma (1964) et Rohan et al. (1969) font ressortir, par leurs recherches à l'aide du Minnesota

Multiphasic Personality Inventory (MMPI), l'immaturation émotionnelle de l'alcoolique. Cette dernière explique les rapides changements d'humeur, les demandes de satisfaction immédiate, la tendance à l'acting-out, l'égoïsme et l'impulsivité que l'on remarque chez ce dernier.

De même, la basse tolérance à la frustration signifie l'incapacité à soutenir la frustration qui pousse fréquemment l'alcoolique à renouer avec l'alcool (Jellinek, 1952 et Lysansky, 1960). Et ce n'est pas tout.

La recherche de Vanderpool (1969) porte sur l'estime de soi. Il démontre que les alcooliques, même quand ils sont sobres, présentent des concepts de soi significativement plus bas que les non-alcooliques. Sous l'effet de l'alcool, ces représentations au lieu de s'élever, comme il est permis de le penser, s'abaissent davantage. Ainsi, même s'il réussit à projeter une meilleure image de lui-même, l'alcoolique reste convaincu de son peu de valeur. La raison majeure pour continuer à boire, selon Vanderpool, réside dans le besoin de projeter de meilleures images de lui-même. D'autres recherches (Chafetz, 1959; Clinebell, 1956; Gynther, 1959; Machover et Puzzo, 1959; Roseman, 1955) supportent cette même constatation. Le champ d'investigation n'est pas épuisé.

Pour plusieurs auteurs (Connor, 1962; Buton, 1956; Chafetz, 1959; Clinebell, 1956; Gerard, 1955; Machover et

Puzzo, 1959), l'isolation sociale chez l'alcoolique résulte d'une estime de soi qui souffre de déficience au niveau de la structure, de l'organisation et de l'intégration.

Enfin, pour Botwinick et Machover (1951), la confusion sexuelle engendre un sérieux conflit chez certains alcooliques et implique divers problèmes tels le don juanisme, la frigidity et la perversion. Ces conflits découlent d'une immaturité au niveau du développement émotionnel sexuel de l'alcoolique. Brill (1919) va jusqu'à considérer l'alcoolisme comme une fuite des impulsions homosexuelles.

Se basant sur les données de ces études, il apparaît illusoire d'envisager l'existence d'une personnalité alcoolique spécifique et unique. Cependant, à partir des mêmes données, il semble possible de reconnaître certains traits communs à une majorité d'alcooliques. Des combinaisons variées de ces traits pourraient former l'infrastructure où évolue l'alcoolisme.

Comme il convient de reconnaître qu'il n'y a pas de personnalité alcoolique comme telle, il importe d'admettre cependant qu'il existe des similitudes entre alcooliques au niveau des composantes de la personnalité, des caractéristiques communes, des traits communs, des attitudes, des tendances, des valeurs communes, des sentiments communs. C'est donc sur ces composantes que les diverses méthodes de traitement de l'alcoolique reposent.

Traitement de l'alcoolique

Les méthodes de traitement utilisées avec les alcooliques peuvent varier considérablement. Avant d'en présenter quelques-unes, il importe de noter qu'en général le traitement en groupe s'avère plus efficace que le traitement individuel lorsqu'il s'agit de l'alcoolisme (Kant, 1954). Allen et Jones (1968) mettent en évidence le fait que le traitement en groupe permet à l'alcoolique d'échanger avec ses pairs, lui fait voir qu'il n'est pas seul aux prises avec ce problème et, par conséquent, l'aide à résoudre ses conflits. Pour Mindlin (1965), les thérapies de groupe chez les alcooliques contribuent à augmenter la motivation, à diminuer le sentiment d'isolation et d'anxiété et fournit ainsi la possibilité de leur faire prendre conscience de leur attitude face à l'alcool.

Méthode d'aversion à l'alcool

Parmi les méthodes de traitement, il en fut une qui eut son heure de gloire. Il s'agit de l'aversion à l'alcool qui consiste essentiellement à établir des relations entre des stimuli répugnants et l'acte de la consommation de l'alcool. Le principe de base de cette méthode est de rendre la consommation désagréable à long terme.

Trois genres de stimuli sont employés. Certains chercheurs expérimentent l'emploi de médicaments comme stimuli aversifs, soit les émétiques (Voegtlin, 1940; Miller, Dvorak et Turner, 1960) produisant des nausées et des vomissements, soit des drogues (Madill et al., 1966) paralysant momentanément tout mouvement incluant la respiration. En assimilant l'effet du médicament au goût et à l'odorat de l'alcool, ils produisent chez l'alcoolique un effet d'aversion recherché. Selon Goguen (1977), cette méthode présente trois inconvénients. Il est presque impossible de contrôler le temps exact du déclenchement et de la durée de l'effet de l'aversion. L'administration de ces médicaments est à proscrire dans les cas de troubles gastriques et cardiaques. Par le fait même, la présence d'une équipe médicale est nécessaire.

Utilisant des techniques semblables, Kantorovick (1938) ainsi que d'autres chercheurs utilisent le choc électrique comme stimulus répulsif qu'ils paient avec la consommation d'alcool. Sans nier l'efficacité de cette méthode, d'autres techniques sont plus faciles à administrer, mais toutes exigent une connaissance technique, un matériel spécialisé et, en plus, une sélection des clients à l'aide d'un examen médical. Comme le remarque Goguen (1977), le principal inconvénient pour le sujet est qu'il abandonne souvent le traitement ou développe à long terme une tolérance aux chocs de telle sorte que le traitement perd de son efficacité.

Une troisième sorte de stimulus employé par les chercheurs pour provoquer l'aversion face à l'alcool est l'évocation de l'image. C'est Cautela (1966, 1967) qui préconise cette technique très facile à administrer. Le sujet imagine la situation plaisante (boire de l'alcool) et la stimulation désagréable (image déplaisante). Après relaxation du patient, le thérapeute lui demande de fermer les yeux; il évoque alors une scène dans un bar où le patient se sent malade jusqu'au point de vomir dans son verre de boisson, sur lui, sur le comptoir, tout en étant observé par les gens. Le thérapeute crée dans ces images un besoin pour le sujet de se retirer afin de prendre l'air et de se sentir mieux, etc. Le patient reprend cette scène seul et la pratique chez lui à chaque fois qu'il a envie de boire.

Blake (1967) soutient que l'utilisation de la méthode de relaxation combinée avec la thérapie d'aversion par provocation d'images peut être très efficace dans le traitement de l'alcoolisme. Elle permet, toujours selon lui, d'atténuer la nature déplaisante des techniques d'aversion traditionnelle et, par le fait même, provoque moins d'anxiété chez le patient. Notons que cette méthode est plus difficile à contrôler expérimentalement. Il n'est cependant pas impossible de le faire, puisque le sujet peut signaler la présence ou l'absence d'une image ainsi que l'agrément ou le désagrément des scènes imaginées. La réussite d'une telle intervention repose surtout sur la motivation du sujet.

Méthode de renforcement

Franks (1966) développe une méthode qui favorise l'approche de la thérapie de renforcement. Elle consiste à renforcer certaines activités des patients par un système de points. L'accumulation de ces points les fait bénéficier de privilèges tels l'accès à une salle de télévision luxueuse, d'une chambre individuelle ou de sorties à l'extérieur, etc. Il apparaît que, pour un bon nombre d'alcooliques, cette méthode manque de réalisme. En effet, rares sont les alcooliques qui peuvent avoir recours, hors clinique, à des privilèges revalorisants. Evidemment, l'auteur fait remarquer que cette méthode renforce surtout la dépendance du sujet face à la récompense et à la punition.

Méthode de relaxation

Eysenck (1960) et Lazarus (1965) estiment qu'il ne suffit pas de traiter le comportement spécifique dû à la consommation d'alcool et suggèrent alors un entraînement à la relaxation. Par suggestion hypnotique, on amène le patient à une relaxation profonde, puis on l'invite à imaginer des situations qui provoquent habituellement chez lui de l'anxiété. La présentation des stimuli se fait graduellement en passant du moins anxiogène au plus anxiogène. Cette procédure offre l'avantage d'éviter que l'anxiété suscitée durant le traitement ne devienne

insupportable pour le patient. Le sujet imagine une scène durant une dizaine de secondes. A la demande du thérapeute, il l'oublie et centre son attention sur le bien-être total que lui assure la relaxation. Par cette technique d'alternance, on arrive à créer une association entre un stimulus angoissant et un état de détente musculaire; cette association contribue finalement à éliminer, en grande partie, l'anxiété du sujet. Cependant, Eysenck ajoute que cette technique n'est pas suffisamment développée et demeure, pour le moins difficile à appliquer.

Méthode de l'apprentissage du boire

Durant ces dernières années, le traitement de l'alcoolisme a pris un tout autre aspect. De plus en plus, les auteurs s'efforcent de trouver un moyen d'amener l'alcoolique à la modération en lui apprenant à boire moins, en l'aidant à contrôler l'ampleur de ses gorgées et en l'habituant à ne pas prendre d'alcool pur. Bigelow et al. (1972), Lovibond et Caddy (1970), Mills et al. (1971) et Schaefer (1972) réalisent des expériences dans ce sens et les résultats observés sont très satisfaisants, comme le note Goguen (1977).

Cependant, il est bon de noter que l'état de la recherche sur l'apprentissage du boire social chez l'alcoolique n'est qu'à sa phase embryonnaire mais elle suggère toutefois au thérapeute la possibilité que son client réapprenne à boire grâce à une stratégie de reconditionnement contrôlé (p. 66).

Pour apprendre cette modération à l'alcoolique, on emploie, comme le soulignent Zimberg, Wallace et Blum (1978), plusieurs approches thérapeutiques. Le fait d'en mentionner trois est suffisant.

Certaines institutions s'intéressent à la Gestalt-Thérapie de Frederick Perls (1972). Les éléments thérapeutiques sont tirés du psychodrame, des techniques de relaxation et du processus de groupe. La Gestalt-Thérapie met l'accent sur la situation présente, sur la catharsis émotionnelle et sur le déroulement continu du psychisme conscient.

D'autres établissements préfèrent le psychodrame de Moreno (1920: voir Matisson, 1972). Il consiste à faire jouer au patient divers rôles afin de l'amener à vivre différentes situations. L'engagement de la personne dans un jeu de rôle peut produire des prises de conscience de lui-même, lui apprendre à exprimer et à contrôler ses sentiments et ainsi éveiller le sens de la spontanéité et de la créativité. Prenant part au jeu et aux discussions, le groupe contribue au traitement. Hanna et Weiner (1965) reconnaissent que l'utilisation du psychodrame dans une psychothérapie de groupe pour les alcooliques présente un apport important dans la gamme des traitements qui contribuent à la réhabilitation de l'alcoolique.

On ne peut passer sous silence la thérapie institutionnelle rendue célèbre par les alcooliques anonymes. Comme le dit Ellenberger (1977), elle met l'accent sur l'effet thérapeutique exercé collectivement par une institution psychiatrique sur les malades qui y sont traités en internes ou en externes. Cette thérapie porte souvent le nom de thérapie éducationnelle ou occupationnelle. Elle mise sur la tenue de réunions d'alcooliques ou d'autres groupes associés désireux de participer à des actions thérapeutiques.

Problème de l'évaluation

Cet inventaire permet de constater que la majorité des recherches porte sur les méthodes employées, les techniques développées ou sur le rôle du thérapeute. Rickard (1962) note que vingt-deux études seulement s'intéressent à l'évaluation quantitative par la comparaison du groupe de thérapie avec le groupe contrôle sur un critère objectif, à savoir l'amélioration lors de la thérapie. Mindlin (1965) remarque également que peu de choses ont été faites concernant l'évaluation de l'efficacité du traitement. Une partie de la difficulté en évaluant les résultats de la psychothérapie est la variété des approches employées par les thérapeutes, les différents critères, les différences dans l'échantillonnage et la durée variée du

traitement. A la suite de ces constatations, Mindlin effectue une expérience avec des patients appartenant au groupe de thérapie pour alcooliques et elle utilise le changement d'attitudes et de comportements comme critères de réhabilitation.

Elle mesure le changement intervenu dans les attitudes et les comportements des alcooliques soumis à une thérapie dans l'hôpital où elle travaille. Ceci revient à mesurer l'efficacité du traitement. A cette fin, elle construit un questionnaire contenant cinq attitudes caractérisant l'alcoolique, soit: la motivation, l'attitude face à l'alcool, l'estime de soi, la dépendance et l'isolation. Le chapitre suivant contient une présentation plus détaillée de ce questionnaire. Qu'il suffise pour l'instant de mentionner que cet instrument a permis à Mindlin de démontrer une modification significative des attitudes et des comportements chez les patients alcooliques soumis à une thérapie.

L'objectif de ce travail consiste à traduire et à adapter le questionnaire de Mindlin à une population québécoise. L'administration de ce test à des alcooliques à l'entrée et à la sortie d'un séjour dans un Centre d'Accueil et de Réadaptation Domrémy permettra de mesurer la sensibilité de cet instrument au changement d'attitude qui se produit chez des alcooliques québécois. S'il est sensible à ce changement, il devient une aide précieuse pour les cliniciens. Toutefois, il faut bien préciser qu'il s'agit de mesurer, dans cette étude, le changement

d'attitudes suite à un séjour dans un Centre de Réadaptation pour alcooliques et non de mesurer l'efficacité d'un traitement spécifique. En effet, aucun groupe contrôle ne permet d'isoler l'influence de la méthode thérapeutique employée. La corrélation entre les résultats obtenus avant et après le séjour fournit un indice de la fidélité du test, alors que l'analyse des différences de moyennes avant et après traitement indique la sensibilité de l'instrument à appréhender des différences positives d'attitudes suite à un séjour à la clinique de réhabilitation¹. Si l'instrument est valide, d'une part, et si le séjour est profitable, d'autre part, l'hypothèse suivante devrait se vérifier:

Il y a une amélioration dans la motivation, l'attitude face à l'alcool, l'estime de soi, la dépendance et l'isolation sociale, chez les alcooliques, suite à un séjour au Centre d'Accueil et de Réadaptation Domrémy de Trois-Rivières.

La confirmation de cette hypothèse contribue à la validité de construit du test.

¹Il convient de remercier Mme Lise Gauthier et le Service de l'informatique de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'excellence de leur collaboration pour tous les traitements statistiques exigés par cette recherche.

Chapitre II

Qualités psychométriques internes

Le principal objet de ce chapitre consiste à élaborer un instrument qui permet de mesurer les changements dans la motivation, l'attitude face à l'alcool, l'estime de soi, la dépendance et l'isolation sociale de l'alcoolique. Il s'agit d'abord de traduire le questionnaire de Mindlin et de l'adapter à une clientèle francophone. Cette adaptation s'appuie sur les réponses fournies au questionnaire par un groupe d'alcooliques de Domrémy. Cette adaptation comprend une analyse d'item qui permet de sélectionner, de classifier et de pondérer les cotes attribuées à chacun des item.

Le questionnaire de Mindlin

Mindlin (1965) propose une mesure des changements d'attitudes chez les alcooliques soumis à une thérapie de groupe. Ce questionnaire contient cinq tests d'attitudes: le test M ou de motivation porte sur le désir de changer et le besoin de recevoir de l'aide pour atteindre ce but; le test A ou d'attitude face à l'alcool et à l'alcoolisme reflète l'opinion du sujet concernant les causes de l'alcoolisme et les possibilités de le traiter; le test E ou d'estime de soi révèle les sentiments d'incompétence, de culpabilité, d'infériorité, de dépression et d'insécurité du sujet; le test D ou de dépendance indique son attitude

à l'égard des responsabilités, son autonomie et son besoin de plaire; le test I ou d'isolation sociale concerne la méfiance, l'affirmation de soi et le bien-être du sujet avec les gens. Ces tests ne mesurent pas des traits de personnalité, mais plutôt l'adhésion du sujet aux opinions et aux attitudes qui caractérisent les alcooliques comme groupe (Appendice A).

Pour mettre au point ces tests d'attitudes, Mindlin administre son questionnaire à 155 patients alcooliques de "l'Alcoholism clinic of the district of Columbia", de décembre 1963 à juin 1964. Ces sujets se distribuent en trois groupes: le premier groupe se compose d'alcooliques soumis à une thérapie de groupe. Le second correspond à une classe qui assiste à des cours sur l'alcoolisme et son traitement. Le dernier groupe contrôle n'assiste ni aux thérapies de groupes, ni aux cours. Pour vérifier si son questionnaire mesure effectivement le changement du comportement de l'alcoolique, tous les sujets répondent au questionnaire avant et après le traitement.

Les résultats obtenus par Mindlin démontrent en effet une modification significative des attitudes chez les patients alcooliques qui ont été soumis à une thérapie de groupe ou qui ont suivi une série de cours. Le groupe contrôle ne présente pas de changement entre le premier et le second testing. Il s'avère par conséquent que le questionnaire de Mindlin peut mesurer les changements d'attitude qui se produisent chez les

alcooliques suite à une intervention.

Traduction du questionnaire de Mindlin

Trois experts maîtrisant l'anglais écrit vérifient une première traduction du questionnaire (Appendice B). Pour vérifier la difficulté de compréhension du texte, deux personnes, dont l'une possède une scolarité de niveau primaire et l'autre de niveau secondaire, répondent au questionnaire traduit et révisé. Enfin, trente étudiants de 3e année du baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, acceptent de répondre au questionnaire et suggèrent certains changements qui permettent de nuancer le texte.

La pré-expérimentation se poursuit auprès de huit alcooliques. Il s'agit du nombre de patients qui se présentent au Centre Domrémy au moment où il faut procéder à cette étape de l'élaboration finale de l'instrument. Ce n'est que suite à ces dernières modifications qu'a lieu l'adaptation proprement dite (Appendice C).

Expérimentation

L'analyse des qualités psychométriques de la version finale du questionnaire traduit repose sur les réponses d'un groupe de 45 alcooliques fréquentant le Centre d'Accueil et de

Réadaptation Domrémy de Trois-Rivières¹.

Séjour à Domrémy

Un séjour à la clinique dure habituellement quatre semaines. Dès l'arrivée du client au Centre, les professionnels évaluent son niveau d'implication personnelle et l'orientent vers l'un des trois groupes de traitement du Centre. Les sujets se répartissent également dans ces trois groupes. Le premier groupe, dit d'intégration sociale, réunit les sujets dont le niveau de détérioration est le plus marqué. Le second groupe, dit d'apprentissage personnel social, se compose de quinze sujets qui présentent le meilleur pronostic. Finalement, le groupe dit d'apprentissage social contient les quinze sujets de niveau moyen. La répartition égale des sujets de l'expérience entre ces trois groupes assure un échantillonnage véritablement représentatif de la clientèle du Centre.

Les premiers jours permettent à l'usager de retrouver un état physique plus adéquat. Il est par la suite invité à se soumettre à des exercices physiques quotidiens et à participer à des séances de thérapie d'une durée d'une heure trente par jour, à raison de cinq jours par semaine.

¹Il convient de remercier le Centre d'Accueil et de Réadaptation Domrémy de Trois-Rivières pour l'excellence de sa collaboration.

Echantillon

L'échantillon du Centre Domrémy se compose d'hommes dont l'âge varie de 21 à 65 ans. Trente-deux d'entre eux demeurent dans des villes, onze dans des villages et deux à la campagne. Quant à leur scolarité, vingt-trois ont terminé une scolarité de niveau primaire, vingt de niveau secondaire, un de niveau collégial et un autre de niveau universitaire. Cette clientèle est composée de quatorze divorcés, huit séparés, dix célibataires, douze mariés et un veuf. Treize sujets sur 45 n'ont pas d'enfants. On compte vingt chômeurs, douze journaliers, dix hommes de métier, deux commerçants et un retraité. Neuf en sont à un premier séjour à la clinique, alors que vingt-six y reviennent pour la deuxième fois ou plus. L'un d'eux y séjourne pour la septième fois. Les sujets se définissent comme faisant partie d'une catégorie spécifique de buveurs, vingt-et-un se voient comme buveurs réguliers, dix-neuf comme de grands buveurs et cinq comme buveurs périodiques. En plus de la consommation d'alcool, huit rapportent l'usage de marijuana et de haschisch, douze de tranquillisants et trente-cinq déclarent s'être abstenus de toute autre drogue.

Administration du questionnaire

L'expérimentation de la présente recherche se poursuit de décembre 1978 à mars 1979. Le sujet répond au questionnaire une première fois trois jours après son arrivée au Centre d'Accueil et une seconde fois après le traitement. Le chercheur administre lui-même les tests. Au moment du pré-test, le sujet remplit également une fiche de renseignements généraux qui permet de décrire l'échantillon en fonction du sexe, de l'âge, de l'éducation... (Appendice D).

La consigne utilisée est la suivante: "Nous vous demandons de participer à une recherche. Il s'agit d'adapter un questionnaire américain concernant l'alcoolisme à la population québécoise. Vous avez à répondre à un questionnaire aujourd'hui et à un autre avant votre départ. Vous répondrez par un crochet selon que vous êtes d'accord ou non avec la déclaration. Auparavant, nous aimerions que vous remplissiez une feuille de renseignements généraux."

L'emploi d'un matricule identifiant chacun des sujets garantit la confidentialité et l'anonymat des réponses. Seul le chercheur en connaît le code. Par conséquent, il devient impossible pour quiconque d'établir une relation entre un patient donné et les résultats obtenus.

La durée moyenne du testing est d'environ trente minutes. Tous les patients acceptent effectivement de se soumettre à l'expérience et se montrent même fort intéressés. Le sujet doit alors répondre à chacune des questions en marquant d'un crochet l'une ou l'autre colonne, soit celle du "oui-vrai" ou celle du "non-faux". Il s'agit pour le sujet de se demander si l'énoncé correspond ou non à ce qu'il est ou à ce qu'il pense.

Adaptation du questionnaire de Mindlin

La démarche suivie pour l'adaptation du questionnaire de Mindlin reprend essentiellement celle qui avait été utilisée pour l'élaboration du questionnaire original. Cette démarche comprend neuf étapes. La première étape avait consisté pour Mindlin à réunir un certain nombre d'énoncés par lesquels les alcooliques expriment leur désir d'aide et de changement. Dans une deuxième étape, ces énoncés avaient été présentés à des juges experts. Ces experts dans le traitement de l'alcoolisme devaient évaluer ces énoncés sur une échelle en neuf points selon que l'énoncé exprime une attitude favorable ou défavorable de la part de l'alcoolique qui demande une admission à la clinique. L'accord entre les juges avait été calculé pour chacun des item. Les item qui enregistraient un trop grand nombre de désaccords étaient rejetés de la même façon que les item neutres. La troisième étape portait sur l'ordre de présentation

des item qui avaient résisté à la seconde analyse. Les item de chacun des sous-tests étaient présentés de façon à éviter que les énoncés trop semblables se rapprochent les uns des autres. Une attention spéciale avait aussi été prise pour que les item dont l'accord révélait une attitude positive soient mêlés à ceux dont le désaccord amenait un score positif. C'est à partir de la traduction de ce questionnaire que débute la démarche spécifique de la présente recherche.

Homogénéité des sous-tests

La quatrième étape de l'élaboration du questionnaire porte sur l'existence de l'homogénéité des item composant les divers tests. L'analyse des corrélations item-échelles et des corrélations item-item confirme l'observation de Mindlin à l'effet qu'il ne s'agit pas d'échelles unidimensionnelles du type Guttman. En effet, les item des sous-tests rejoignent des aspects fort divers de la motivation, de l'attitude face à l'alcoolisme, l'estime de soi, de dépendance et d'isolation sociale. Néanmoins, ce questionnaire construit à partir du jugement d'experts reste utile au plan clinique pour juger les dispositions favorables ou défavorables de l'alcoolique à l'égard d'un traitement. Cependant, alors que le jugement des experts aurait pu servir à la pondération des item, ces jugements ont été confrontés avec celui des sujets alcooliques pour déterminer la

pondération accordée à chaque item. Cette confrontation constitue la cinquième étape de la démarche de Mindlin. Il s'agissait en fait de présenter à un certain nombre d'alcooliques la liste des énoncés du questionnaire. Ils devaient indiquer leur accord ou leur désaccord avec chacun des énoncés. Les résultats de cette étude ont démontré à Mindlin l'importance d'abandonner le jugement des experts pour déterminer la pondération des item. Cette analyse n'est pas reprise dans le cadre de la présente recherche; la procédure suivie à l'étape six pour la pondération des item, s'apparente à celle que propose Mindlin.

Pondération des item

L'attribution des cotes à chacun des item résulte d'une procédure en trois étapes. Dans un premier temps, on accorde à chacun des énoncés une cote de 0 lorsque la réponse du sujet révèle, d'après le jugement des experts, une attitude défavorable au succès du traitement et une cote de 1 lorsque la réponse indique une attitude favorable. La somme des cotes attribuées à chacun des sujets pour chacun des sous-tests permet de séparer les sujets dont les attitudes sont favorables au traitement de ceux dont les réponses laissent présager de moins bonnes dispositions. A partir de ces scores, les sujets furent regroupés en cinq catégories: faible, moyen faible, moyen, moyen fort et fort.

L'analyse des différences entre les réponses des groupes moyen et fort pour chacun des item, détermine la pondération de chacun des item. Si le score moyen du groupe fort diverge significativement au seuil de .05 de celui du groupe moyen, la réponse à l'item qui contribue à caractériser le groupe fort se voit attribuer une cote de 1. Si la différence entre ces deux groupes est significative au seuil de .01, la réponse à l'item se voit attribuer une cote de 2. La comparaison entre les groupes faible et moyen permet d'accorder une cote de -1 lorsque les différences sont significatives au seuil de .05 et de -2 lorsqu'elles le sont au seuil de .01. Lorsque la réponse à un item des sujets du groupe moyen ne diffère pas de celle des groupes faible ou fort, la réponse est jugée non discriminative et la cote 0 est accordée (voir Appendice C).

Suite à cette analyse, certains item non discriminatifs ont dû être retranchés. A l'échelle 1 (motivation), six item sur seize ont été rejetés; à l'échelle 2 (attitude face à l'alcool), six sur dix-huit; à l'échelle 3 (estime de soi), deux sur douze; à l'échelle 4 (dépendance), deux sur douze; à l'échelle 5 (isolation sociale), deux sur vingt. Soixante item ont donc été conservés sur un total de soixante-dix-huit. Le tableau 1 présente les item rejetés pour chacune des échelles d'attitudes.

Tableau 1

Item rejetés pour chacune des échelles d'attitudes

Tests d'attitudes	Nombre d'item originaux	Nombre d'item rejetés	Nombre d'item retenus	Numéro des item rejetés*
M =	16	6	10	(2,4,5,6,12,13)
A =	18	6	12	(2,3,7,14,15,17)
E =	12	2	10	(3,10)
D =	12	2	10	(2,4)
I =	20	2	18	(16,20)
	<u>78</u>	<u>18</u>	<u>60</u>	

*Ces numéros correspondent aux item de l'Appendice B.

Consistance interne

L'analyse des corrélations entre deux moitiés de test permet de vérifier la consistance interne des échelles du questionnaire de Mindlin. La formule Spearman-Brown a servi à calculer les coefficients de consistance interne.

Tableau 2

Indices de consistance interne des divers sous-tests de l'adaptation et de la version originale du test de Mindlin

	Test adapté	Test original
1. Motivation	$r = .60$	$r = .80$
2. Attitude face à l'alcool	$r = .50$	$r = .79$
3. Estime de soi	$r = .82$	$r = .80$
4. Dépendance	$r = .79$	$r = .73$
5. Isolation sociale	$r = .89$	$r = .80$

Evidemment, ces coefficients furent calculés à partir des réponses des quarante-cinq sujets à la traduction adaptée du test de Mindlin. Or, suite à l'adaptation du questionnaire, il a fallu rejeter six item sur seize à l'échelle 1 et six item sur dix-huit à l'échelle 2, alors que deux item seulement ont

été rejetés dans chacune des trois autres échelles. Ceci explique peut-être pourquoi l'échelle de motivation et celle d'attitude face à l'alcool sont les deux seules dont les coefficients de fidélité diffèrent vraiment de ceux obtenus par Mindlin.

Une autre explication possible pourrait être le nombre de sujets (45) alors que Mindlin a calculé sa fidélité à partir des résultats de 100 sujets.

Guilford (1965) soutient que les coefficients de fidélité de .90 se retrouvent rarement et qu'un coefficient de .80 et même moins est considéré comme appréciable. Nous devons donc présumer pouvoir, pour cette recherche, poursuivre l'interprétation pour les deux premières échelles, vu leur coefficient de .60 et .50. Evidemment, une prudence s'impose quant à leur interprétation et il ne faudra pas accepter, sans considération sérieuse, les résultats obtenus à ces deux échelles.

Pour déterminer la stabilité test-retest et la validité de construit du questionnaire de Mindlin, ce dernier est administré à quarante-cinq alcooliques au début et à la fin de leur séjour à la Clinique Domrémy. Ces analyses font l'objet du chapitre suivant.

Chapitre III

Validité de construit et stabilité du test-retest

L'analyse des qualités psychométriques internes corrobore les attitudes de l'alcoolique élaborées par le questionnaire de Mindlin, traduit et adapté à une population québécoise. En effet, l'utilisation de ce test sur un groupe de quarante-cinq sujets permet de mesurer avec une précision satisfaisante les attitudes de l'alcoolique. Pour ce faire, un score élevé sur l'une ou l'autre des cinq échelles du questionnaire indique que le sujet adopte des attitudes caractéristiques des alcooliques. De l'avis des experts, ce sujet présente un pronostic favorable. A l'opposé, le sujet qui obtient un score faible sur l'une ou l'autre des échelles, manifeste, dans ce domaine, une attitude semblable à celle des sujets dont, toujours selon l'avis des experts, offrent peu d'espoir de réhabilitation. Ce test s'avère un instrument important pour mesurer le succès ou l'échec d'une thérapie pour alcooliques.

En l'absence d'un instrument qui puisse agir comme critère externe à l'expérience, la notion de validité de construit intervient et facilite la démonstration de la validité du questionnaire. Comme il y a tout lieu de le croire, le séjour à la clinique Domrémy exerce une influence favorable sur les attitudes de l'alcoolique, les résultats qu'il obtient, suite à un séjour, devraient être supérieurs à ceux qu'il

enregistre lors de son arrivée à la clinique, cette notion suppléante repose sur un raisonnement hypothétique.

Tout de même, si cette notion de validité du construit se vérifie, elle permet de confirmer en même temps deux idées: le bien-fondé pour l'alcoolique d'un séjour à la clinique et la sensibilité du questionnaire aux changements positifs d'attitude. La preuve de la sensibilité du questionnaire contribue à la validité de construit.

L'analyse des corrélations entre le test et le retest fournit un aperçu intéressant de la stabilité temporelle du test tout en confirmant la valeur du questionnaire de Mindlin. C'est ce qu'il faut aborder immédiatement.

Attitude face à la motivation

Après un séjour à la clinique, l'attitude de l'alcoolique face à la motivation change. En effet, le score moyen des alcooliques à l'échelle d'attitude face à la motivation, passe de 3.02 à son entrée à 5.50 à sa sortie ou au post-test. La différence entre ces deux moyennes est significative au seuil de .01 (voir tableau 3). Ces cotes correspondent aux réponses d'accord ou pas d'accord accordées par les sujets au test-retest. Le total des scores à cette échelle peut varier

Tableau 3

Moyennes et degrés de signification des résultats
des 45 sujets au pré et au post-test pour
chacune des échelles et pour l'ensemble

N = 45 Echelles	Moyennes		Sigma		Corrélation	"t"	Degré de signification
	Pré	Post	Pré	Post			
1. Motivation	3.02	5.50	7.13	6.42	.71	3.14	.003
2. Attitude face à l'alcool	5.07	7.90	6.92	6.60	.79	4.33	.000
3. Estime de soi	-0.38	4.48	7.64	7.84	.31	3.60	.001
4. Dépendance	-2.02	1.67	5.83	5.85	.41	3.89	.000
5. Isolation sociale	-1.20	3.54	11.83	10.72	.71	3.66	.001
Echelles regroupées	4.49	23.07	23.55	24.22	.69	6.60	.000

de -14 à +15. Ce séjour permet au sujet de se sentir davantage capable de résoudre ses problèmes et même de commencer à assumer les difficultés engendrées par son alcoolisme. Alors il manifeste le désir de changer son mode de vie. Pour y arriver, il accepte l'aide de la clinique pour continuer sa prise en charge. Le séjour à la clinique modifie son attitude face à la motivation. Comment expliquer davantage les raisons de ce changement?

D'autres facteurs interviennent: la vie et la participation à différentes activités à l'intérieur d'un groupe durant son séjour. Impliqué avec des personnes atteintes du même problème de base, obligé d'échanger et de partager les mêmes activités, isolé de son environnement quotidien, des liens et des sentiments d'appartenance et d'acceptation des autres et de soi se développent. Dans un tel contexte de support mutuel et d'entraide, une émulation générale provoque une prise en main de chacun des sujets. L'abstinence totale d'alcool suscite une expérience positive de leurs capacités ainsi qu'un bien-être tant physique que psychologique.

La corrélation de .71 entre le test et le retest indique une stabilité temporelle satisfaisante. Bien qu'elle n'atteigne pas le seuil de .80 normalement exigé pour une telle corrélation, le coefficient de corrélation est jugé satisfaisant puisqu'il ne s'agit que d'un estimé minimal de la

stabilité temporelle à cause du traitement effectué entre les deux tests.

Attitude face à l'alcool

Décidé à se prendre en charge après son séjour à la clinique, plusieurs changements s'opèrent chez l'alcoolique. Aussi son attitude face à l'alcool change-t-elle. En effet, l'échelle d'attitude face à l'alcool indique un changement positif entre le pré-test et le post-test. Les moyennes passent de 5.07 à 7.90. Encore une fois, cette différence entre les deux moyennes dépasse le seuil de .01. Evidemment, les résultats de cette échelle peuvent fluctuer de -12 à +16. Or, comment interpréter ce changement entre le test et le retest?

Le séjour à la clinique permet à l'alcoolique de prendre conscience qu'il boit souvent pour fuir ses responsabilités quotidiennes. Transposé dans un milieu nouveau, loin des préoccupations journalières, le besoin d'alcool se fait moins sentir. Il commence à conceptualiser et à verbaliser en échangeant avec le groupe sur ce changement.

Ce premier point saisi l'amène au second: les dangers de l'utilisation de l'alcool. Peut-il consommer de la boisson sans menace de rechutes et de conséquences graves tant au plan physique que psychologique? La réhabilitation aussi

bien personnelle et sociale lui apparaît possible en autant qu'il développe la volonté et le désir de s'en sortir.

En d'autres termes et en résumé, les raisons déterminantes à ce changement sont les suivantes: une période de sobriété obtenue par un changement d'environnement durant laquelle le sujet objective son comportement et comprend sa détérioration. La communication, facilitée par l'intervention thérapeutique, met le sujet en présence de certaines expériences de dégradation humaine, de perte de valeurs morales, sociales et même de désintégration familiale. L'alcoolique est alors disponible et disposé à reconnaître ses erreurs et sa propre situation qui, souvent, ressemble à celles décrites. Il réagit positivement face aux problèmes de comportement résultant de l'abus d'alcool. Il devient un sujet agissant et non seulement subissant.

Comme le coefficient normalement exigé est de .80 et celui obtenu entre le test et le retest à cette échelle est de .79, la stabilité temporelle est intéressante.

Estime de soi

Davantage motivé, armé d'une attitude positive face à l'alcool, l'échelle de l'estime de soi marque une amélioration. La moyenne des sujets, à cette échelle, passe de -0.38

à 4.48 à la sortie. La différence de moyenne est significative au seuil de .01 et les scores négatifs et positifs à l'échelle peuvent s'échelonner de -12 à +14.

Durant son séjour à la clinique, le sujet acquiert une confiance en soi et en ce qu'il peut devenir. Il réalise qu'il peut encore élaborer des projets et surtout, les concrétiser. Une réflexion et un échange sur les erreurs du passé lui facilitent l'acceptation de ce même passé et de son environnement. Confiant en ses possibilités, il est préparé à faire face à ses problèmes. Pourquoi? Parce que le séjour à la clinique constitue une expérience de valorisation et d'affirmation de soi, ce que son environnement ne lui fournissait plus.

En effet, la source de ces changements positifs à l'échelle d'estime de soi provient de la compréhension, de l'acceptation et du respect témoignés par le groupe à l'égard de chacun des sujets en tant que personne voulant se libérer de l'esclavage de la boisson. Le sujet acquiert ainsi une confiance en lui et une détermination. Il reçoit un renforcement positif, lequel se communique aux autres et au groupe. Ensemble, ils ont réussi à comprendre certaines idées et à se redonner une image plus valorisante d'eux-mêmes.

La corrélation de .31 entre le test et le retest ne suffit pas pour parler de stabilité temporelle. Il est possible que cette faible corrélation soit due au traitement appliqué entre les deux tests. Comme l'impact du traitement sur l'attitude diffère selon les sujets, la corrélation test retest diminue par le fait même.

Dépendance

La moyenne, à l'échelle de dépendance, passe de -2.02 à 1.67 au post-test. Cette différence de moyenne est significative au seuil de .01. Les scores à cette échelle d'attitude du questionnaire peuvent fluctuer de -14 à +9. Comment expliquer ces changements?

Premièrement, le sujet développe une plus grande motivation au traitement. Le changement opéré dans sa vie l'amène à vouloir continuer dans l'acquisition d'une plus forte indépendance sur le plan physique et psychologique. Le besoin de l'alcool se fait moins sentir. Il commence à fonctionner par lui-même sans avoir besoin du secours des autres. Il reprend confiance en lui et, en même temps, sa place dans la société.

Deuxièmement, la vie en groupe, aidée des actions thérapeutiques, lui procure la sécurité affective et sociale

nécessaire au développement de ses possibilités. Le fait d'échanger avec des personnes ayant le même problème que lui, le rassure sur ses opinions et diminue sa marginalité. Il s'identifie comme un homme. Cette manière de vivre facilite une matérialisation de ses capacités et lui redonne une certaine indépendance.

Aussi le fait d'échanger l'amène-t-il à comprendre l'importance des relations interpersonnelles satisfaisantes et revalorisantes. Pour actualiser ses possibilités, il a besoin des autres pour se faire apprécier dans son cheminement et renforcer son développement. De la dépendance, il s'achemine vers l'indépendance en passant par l'interdépendance.

Ici encore, la corrélation de .41 entre le test et le retest est insuffisante pour parler de stabilité temporelle. Comme pour l'estime de soi, cette faible corrélation peut refléter l'impact différentiel du séjour.

Isolation sociale

L'échelle d'attitude d'isolation sociale démontre des résultats variant de -1.20 à 3.54. La différence des moyennes est significative au seuil de .01. Les scores obtenus à cette échelle peuvent varier de -26 à +21.

Le sujet réussit à reprendre contact avec les autres. Ses relations interpersonnelles se structurent et se diversifient. Par conséquent, il se sent apprécié et il ressent le besoin de s'impliquer davantage dans ses échanges. L'échelle d'attitude d'isolation sociale le prouve. Le changement entre les deux tests est significatif à cet égard. Le séjour à la clinique, avec un groupe homogène, favorise l'engagement des sujets.

Cette dimension fondamentale à tout être humain qu'est la vie en société, rétablit l'équilibre entre la vie affective et la vie sociale du sujet. Il s'ensuit un changement d'attitude d'isolation sociale.

En ce qui concerne la corrélation de .71 entre le test-retest, elle indique une stabilité temporelle satisfaisante. Il s'agit d'un estimé minimal de la stabilité dû à la présence du traitement. Il convient de souligner le but de cette recherche qui n'est pas de mesurer la qualité d'un traitement pour les alcooliques, mais bien de mesurer le changement d'attitude suite à un séjour dans un centre de réhabilitation pour alcooliques.

Echelles regroupées

A la somme des cinq échelles en un score total d'attitude, le résultat moyen obtenu au pré-test est de 4.49 et de 23.07 au post-test. La différence entre ces moyennes atteint le seuil de signification fixé à .01. Cette différence reflète un changement d'attitude de l'alcoolique.

Elle indique que l'alcoolique augmente sa motivation à accepter l'aide de d'autres personnes dans son cheminement. Il se sent ainsi plus capable de se prendre en main, de faire face aux problèmes que lui cause l'alcoolisme. Il assume aussi davantage ses responsabilités. Il prend conscience de ses valeurs, développe ses possibilités et son affirmation personnelle. Accepté par son nouvel environnement, l'estime de soi et la confiance en soi de l'alcoolique s'amplifient. Ainsi il acquiert une indépendance et une autonomie qui contribuent à l'orienter vers une nouvelle identité. Il est cependant impossible de conclure à un succès thérapeutique à la suite de ces résultats. Il se peut, en effet, que ces changements d'attitudes, bien que réels, ne constituent qu'un point de départ pour un traitement complet de l'alcoolisme.

La corrélation de .69 entre le test et le retest indique une certaine stabilité temporelle. La présence du traitement entre les deux tests rend minimal cet estimé de la stabilité temporelle.

Il est difficile de préciser exactement les facteurs déterminants qui constituent les éléments thérapeutiques pour le client durant son séjour à la clinique. Les sujets concernés n'ont pas subi exactement le même traitement. La formation des intervenants est hétérogène. L'échantillon utilisé dans cette recherche présente aussi une hétérogénéité quant à l'âge, au statut marital, au statut social, au degré de scolarité, au nombre d'hospitalisations et au type d'alcoolisme des sujets. Le nombre limité des sujets disponibles ne permet pas d'analyser l'impact de ces diverses variables sur les changements d'attitudes occasionnés par le séjour. Cette étude centrée sur la mise au point d'un instrument de mesure ne permet pas d'assurer un lien de causalité entre les changements observés et le séjour, puisqu'aucun groupe contrôle n'a été utilisé. Elle contribue seulement à la validité de construit de l'instrument.

D'autres éléments peuvent expliquer le changement d'attitudes comme, par exemple, le simple fait d'un séjour en clinique permettant de changer d'environnement. A ce point s'ajoutent le sentiment d'appartenance à un groupe et une période de sobriété. Privé d'alcool, le sujet apprend à mieux communiquer avec ses semblables.

Bien que ces éléments puissent servir à des études subséquentes, ils ne font pas partie de cette recherche.

L'objet de celle-ci se limite à adapter le questionnaire de Mindlin et à vérifier sa sensibilité à des changements d'attitudes suite à un séjour à la clinique Domrémy. Cet objectif fut atteint: la validité de ce questionnaire fut confirmée. Les différences entre les moyennes du pré-test et du post-test confirment la validité de l'instrument.

Le présent instrument peut donc servir aux cliniciens dans leur pratique pour orienter un traitement thérapeutique de l'alcoolique et évaluer son efficacité.

Conclusion

Ce travail comprend trois parties. La première contient un relevé de la documentation sur l'alcoolisme. Ce chapitre révèle le besoin de recherches sur l'efficacité du traitement de l'alcoolisme et la pénurie des instruments de mesure nécessaires à cette tâche. La deuxième partie porte sur la description du test de Mindlin. Ce test se compose de cinq échelles correspondant à des attitudes reconnues comme caractéristiques de la personnalité de l'alcoolique. Ce deuxième chapitre présente aussi l'ensemble des analyses statistiques réalisées lors de l'adaptation de l'instrument à une population francophone. La troisième partie se consacre à l'analyse de l'impact d'un séjour en clinique d'accueil sur les réponses des sujets au questionnaire.

L'analyse statistique des résultats démontre la validité de ce test. Un changement dans les cinq attitudes énumérées par le questionnaire de Mindlin se produit chez un alcoolique pendant son séjour dans l'institution en question.

Bien que l'analyse ne porte pas sur les facteurs qui ont pu permettre ou faciliter ce changement d'attitudes durant ce séjour à la clinique, il n'en demeure pas moins que ce travail ouvre plusieurs portes aux cliniciens qui sont à la recherche d'un instrument pertinent à leurs efforts pour réhabiliter l'alcoolique.

Le présent mémoire ne porte pas sur ces facteurs, toutefois l'instrument se montre sensible au changement d'attitudes précises, cinq en l'occurrence, lorsqu'il est utilisé avant et après un séjour dans un établissement de réadaptation pour alcooliques.

Deux types de recherches se dégagent de ce mémoire. Le premier concerne la planification d'un traitement psychologique spécifique à l'alcoolisme. Ce test fournit en effet au thérapeute un guide pour l'amélioration des attitudes de l'alcoolique. Plusieurs recherches pourraient servir à préciser le type de thérapie qui serait le plus susceptible de produire les changements d'attitudes désirés. Ces recherches consisteraient à planifier certaines activités de traitement spécifique et à contrôler leur efficacité relative à l'aide de groupe contrôle.

Le deuxième a trait à l'établissement d'un seuil à partir duquel il serait possible de vérifier pour l'alcoolique la qualité d'un traitement. En effet, en clinique il ne suffit pas que l'écart entre le pré-test et le post-test soit statistiquement significatif pour conclure au succès de la thérapie. La réussite dépend plutôt de l'atteinte du niveau de fonctionnement à partir duquel le thérapeute et le client peuvent se déclarer satisfaits. Des critères de succès thérapeutiques pourraient être déterminés en fonction de chacune des cinq attitudes mesurées par le test de Mindlin.

Appendice A

Mindlin-Questionnaire

Mindlin-Questionnaire

Read each statement and check "yes" if it describes how you feel. Check "no" if it does not describe how you feel.

	Yes True	No False
1. I hope that I can lick my problems		
2. I want help in figuring out what is wrong with me		
3. Most of my troubles are not through any fault of mine		
4. I know that I should do something about my problem		
5. I wish people would stop interfering in my life and let me work things out my own way		
6. I feel I need help with my problems		
7. I think with the help of some medicine I will be all right now		
8. I see no need for making any big changes in my way of life		
9. People often have good reason for criticizing me		
10. I'll never act differently, no matter how much people try to make me over		
11. I wish other people (family or friends, etc.) would change too, if I make any changes in myself		
12. I feel very troubled and want help in finding out way		
13. It is not easy for a person to change, once they have grown up		
14. I think that once I feel a little better physically, everything will be all right.		
15. I would go along with treatment just to make other people happy		
16. If I had a decent job, a good wife (or husband) and my health, I would have no problems		

How do you feel about alcoholism ?

	Yes True	No False
1. Alcoholics drink to escape from something . .		
2. It is all right for an alcoholic to take a social drink now and then		
3. Alcoholism is just a bad habit		
4. It is easy to stop drinking once a person makes up his mind to stop		
5. Most alcoholics have just one special problem: drinking too much		
6. Most of the effort in overcoming alcoholism must be made by the alcoholic himself		
7. The alcoholic usually has problems wich are too great for any normal person to handle . .		
8. All a person needs to stop drinking is will power		
9. Alcoholics are simply sick persons who need care and sympathy		
10. Once a person has lost control over his drinking, he probably can never become a social drinker again		
11. Alcoholics need medicine to keep them sober		
12. The use of large amounts of alcohol has no permanent effect on one's personality		
13. The average alcoholic cannot stop drinking without outside help		
14. An alcoholic usually is not ready to stop drinking until it becomes a matter of life or death		
15. Alcoholism is a form of emotional illness . .		
16. The right kind of medicine will stop an alcoholic from drinking		
17. Alcohol is harmful in the long run to anybody who drinks		
18. Most alcoholics need a great deal of psychological help		

How do you feel about yourself?

	Yes True	No False
1. I feel very unsure of myself		
2. In spite of my problem, I believe that I shall be very successful in life		
3. No matter how many mistakes a person has made, he is still worthy of help		
4. I feel that I am not as good as most other people		
5. I usually can accomplish what I make up my mind to do		
6. I feel that I am less successful than most of my friends		
7. I often feel everybody is down on me		
8. I get to feel discouraged because I have made so many mistakes in my life		
9. I think I have many good qualities		
10. I am happy to be me		
11. I suspect that people look down with contempt on me		
12. I feel pretty confident in most situations		

What do you think about yourself?

	Yes True	No False
1. I believe I am as self-reliant as most people		
2. I think it is fun to tackle difficult problems		
3. I frequently feel quite helpless		
4. It is very difficult for me to refuse when other people insist that I do something . . .		
5. I usually stand up for what I believe in . . .		
6. Most of the time someone has to help me straighten out my difficulties		
7. I usually prefer to have someone else make important decisions for me		
8. I like to make my own plans and carry them out independently		
9. Nobody can persuade me to do things I don't want to do		
10. I prefer not having to depend on anybody for help		
11. Someone else has to settle my troubles or they never get settled		
12. I often rely on others to do things for me . .		

Isolation vs social ease

	Yes True	No False
1. I know many people but none of them very well . .		
2. I make friends easily		
3. I usually feel comfortable in a group of people		
4. At present I do not know anyone whom I would call a close friend		
5. I don't trust people unless I know them very well		
6. I feel that I am very different from most other people		
7. It may be better to be lonely than to wish being disappointed or humiliated		
8. I feel shy in groups		
9. I have always had some very close friends		
10. I never have difficulty in talking to strangers		
11. I usually believe in others unless I have proof that they can't be trusted		
12. I find it hard to get acquainted with people . . .		
13. I usually like people I meet		
14. I love to talk with others		
15. I have some fairly good friends		
16. I feel completely alone in the world		
17. Very few people really care what happens to you		
18. I tend to be on guard with people who are somewhat more friendly than I expected		
19. I enjoy being with a group of people		
20. I believe most people can be trusted		

Appendice B

Traduction du questionnaire de Mindlin

Questionnaire de Mindlin

Lisez chaque déclaration et cochez dans "oui" celle qui décrit ce que vous ressentez; dans le cas contraire, cochez dans "non".

Comment vous sentez-vous face au traitement?

	oui vrai	non faux
1. J'espère que je suis capable de régler mes problèmes	0	-2
2. Je veux de l'aide pour savoir ce qui ne va pas en moi	0	-2
3. La plupart de mes problèmes ne sont pas de ma faute	-2	0
4. Je sais que je dois faire quelque chose pour régler mes problèmes	0	-2
5. Je désire que les gens cessent d'intervenir dans ma vie et me laissent trouver moi-même la solution	-2	0
6. Je sens que j'ai besoin d'aide pour régler mes problèmes	0	-2
7. Je pense qu'avec l'aide des médicaments, je me sentirai mieux maintenant	-2	+2
8. Je ne vois aucune nécessité de faire de gros changements dans ma façon de vivre	-2	0
9. Les gens ont souvent de bonnes raisons pour me critiquer	0	-2
10. Je n'agirai jamais autrement quels que soient les efforts des gens pour m'aider à m'en sortir	-2	0
11. J'espère que les autres personnes (ma famille, mes amis, etc.) changeront également si je réussis à me changer moi-même	-1	+1
12. Je me sens très troublé (je ne me sens pas bien dans ma peau) et je voudrais que l'on m'aide à en trouver le pourquoi	+2	0
13. Ce n'est pas facile de changer, surtout adulte.	+2	0
14. Je crois que quand je me sentirai un peu mieux physiquement, tout ira bien	-2	+2
15. Je suivrai volontiers mon traitement juste pour faire plaisir aux autres	-1	+1
16. Si j'avais une bonne position, une bonne femme et la santé, je n'aurais plus de problèmes	-2	+1

Que pensez-vous de l'alcoolisme?

	oui vrai	non faux
1. Les alcooliques boivent pour échapper à quelque chose	0	-2
2. C'est bon pour un alcoolique de boire socialement de temps à autre	-2	0
3. L'alcoolisme n'est qu'une mauvaise habitude . . .	-2	+1
4. C'est facile d'arrêter de boire quand une personne décide de le faire	0	+1
5. La plupart des alcooliques n'ont qu'un seul problème: ils boivent trop	-1	+2
6. Le gros effort pour se guérir de l'alcoolisme doit être fait par l'alcoolique lui-même	0	-2
7. L'alcoolique a habituellement des problèmes qui sont trop grands pour que n'importe qui puisse s'en occuper	0	+1
8. La seule chose qu'une personne a besoin pour arrêter de boire, c'est de la volonté	-2	+2
9. Les alcooliques ne sont que des malades qui ont besoin de soins et de sympathie	0	+2
10. Lorsqu'une personne a perdu le contrôle sur sa consommation de boisson, elle ne peut probablement plus redevenir un buveur social	0	-2
11. Les alcooliques ont besoin de médicaments pour rester sobres	-2	0
12. La consommation de grandes quantités d'alcool n'a pas d'effet permanent sur la personnalité . . .	-2	0
13. L'alcoolique moyen ne peut cesser de boire sans aide extérieure	+1	-2
14. Habituellement, un alcoolique n'est pas prêt à arrêter de boire à moins que ça ne devienne une question de vie ou de mort	0	+1
15. L'alcoolisme est une forme de maladie émotionnelle	0	-2
16. La bonne sorte de médicaments arrêtera un alcoolique de boire	-1	+1
17. A la longue, l'alcool est dommageable	0	+1
18. La plupart des alcooliques ont un grand besoin d'aide psychologique	0	-2

Comment vous voyez-vous?

	oui vrai	non faux
1. Je me sens très peu sûr de moi-même	0	+2
2. Malgré mon problème, je crois que je réussirai très bien dans la vie	+2	-2
3. Peu importe le nombre de fautes qu'une personne a commis. Elle mérite toujours d'être aidée	0	0
4. Je sens que je ne suis pas aussi bon que la plupart des gens	-2	0
5. Habituellement, je peux accomplir ce que j'ai décidé de faire	0	-2
6. Je sens que j'ai moins de succès que la plupart de mes amis	-2	+2
7. J'ai souvent l'impression que tout le monde me délaisse	-2	+1
8. J'ai tendance à me décourager à cause de toutes les erreurs que j'ai commises dans ma vie	-1	+2
9. Je pense avoir plusieurs bonnes qualités. .	0	-2
10. Je suis heureux d'être ce que je suis . . .	+2	-2
11. J'ai l'impression que les gens me regar- dent avec mépris	-2	+2
12. Je me sens assez confiant dans la plupart des situations	0	-2

Que pensez-vous de vous-même?

	oui vrai	non faux
1. Je crois que j'ai aussi confiance en moi que la plupart des gens	0	-2
2. Je pense que c'est intéressant de s'attaquer à des problèmes difficiles	+1	-2
3. Je me sens souvent impuissant	-1	+2
4. Il m'est très difficile de refuser quand quelqu'un insiste pour que je fasse quelque chose	-2	+1
5. Habituellement, quand je crois en quelque chose, je défends mes opinions	0	-1
6. La plupart du temps, j'ai besoin d'aide pour régler mes problèmes	-2	+1
7. Je préfère habituellement que quelqu'un d'autre prenne les décisions importantes pour moi	-2	0
8. J'aime faire mes propres plans et les exécuter moi-même	0	-2
9. Personne ne peut me convaincre de faire quelque chose que je ne veux pas faire . . .	+1	-1
10. Je préfère ne pas avoir à compter sur l'aide de quelqu'un	0	-2
11. Quelqu'un doit régler mes problèmes pour moi, autrement ils ne seront jamais réglés	-2	0
12. Souvent, je me fie sur les autres pour agir à ma place	-2	+2

Comment vous sentez-vous en société?

	oui vrai	non faux
1. Je connais beaucoup de monde, mais personne à fond	-1	+1
2. Je me fais facilement des amis	0	-2
3. Je me sens habituellement à l'aise dans un groupe	+2	-2
4. Présentement, je ne connais personne que je pourrais considérer comme ami intime	-2	0
5. Je n'ai confiance en personne, à moins de les connaître très bien	-1	+2
6. Je me sens très différent des autres	-2	0
7. Il vaut peut-être mieux se sentir seul que de risquer d'être humilié et déçu	-2	+2
8. Je me sens gêné en groupe	-2	+1
9. J'ai toujours eu des amis intimes	+1	-2
10. Normalement, j'ai confiance aux gens, à moins que j'aie la preuve qu'ils ne sont pas fiables	+2	-1
11. Je n'ai jamais de difficulté à parler avec des étrangers	0	-1
12. J'ai de la difficulté à faire connaissance avec les gens	-2	0
13. Habituellement, j'aime les gens que je rencontre	0	-1
14. J'adore jaser avec les gens	0	-2
15. J'ai quelques très bons amis	0	-2
16. Je me sens complètement seul au monde	-2	0
17. Très peu de gens s'inquiètent de ce qui vous arrive	0	+2
18. J'ai tendance à être méfiant des gens qui se montrent plus amicaux que ce à quoi je m'attendais	0	+2
19. Je me plais quand je suis en groupe	0	-2
20. Je crois que l'on peut se fier à la plupart des gens	+2	0

Appendice C

Traduction et adaptation du
questionnaire de Mindlin

Traduction et adaptation du
questionnaire de Mindlin

Comment vous sentez-vous face au traitement?

Lisez chaque déclaration et cochez dans "oui" celle qui décrit ce que vous ressentez; dans le cas contraire, cochez dans "non".

		Sous-test A	
		oui vrai	non faux
1.	J'espère que je suis capable de régler mes problèmes.	0	-2
2.	La plupart de mes problèmes ne sont pas de ma faute.	0	+2
3.	Je pense qu'avec l'aide des médicaments je me sentirai mieux maintenant.	-2	+2
4.	Je ne vois aucune nécessité de faire de gros changements dans ma façon de vivre.	-2	+1
5.	Les gens ont souvent de bonnes raisons pour me critiquer.	+2	-2
6.	Je n'agirai jamais autrement quels que soient les efforts des gens pour m'aider à m'en sortir.	-1	+2
7.	J'espère que les autres personnes (ma famille, mes amis, etc.) changeront également si je réussis à me changer moi-même.	-2	+2
8.	Je crois que quand je me sentirai un peu mieux physiquement, tout ira bien.	-1	+2
9.	Je suivrai volontiers mon traitement juste pour faire plaisir aux autres.	-1	0
10.	Si j'avais une bonne position, une bonne femme et la santé, je n'aurais plus de problèmes.	-1	+2

Que pensez-vous de l'alcoolisme?

Sous-test B

	oui vrai	non faux
1. Les alcooliques boivent pour échapper à quelque chose.	0	-1
2. L'alcoolisme n'est qu'une mauvaise habitude.	-2	+2
3. C'est facile d'arrêter de boire quand une personne décide de le faire.	0	+2
4. La plupart des alcooliques n'ont qu'un seul problème: ils boivent trop.	-2	+2
5. La seule chose qu'une personne a besoin pour arrêter de boire, c'est de la volonté.	0	+2
6. Les alcooliques ne sont que des malades qui ont besoin de soins et de sympathie.	-1	+2
7. Lorsqu'une personne a perdu le contrôle sur sa consommation de boisson, elle ne peut probablement plus redevenir un buveur social.	+2	0
8. Les alcooliques ont besoin de médicaments pour rester sobres.	-2	0
9. La consommation de grandes quantités d'alcool n'a pas d'effet permanent sur la personnalité.	0	+2
10. L'alcoolique moyen ne peut cesser de boire sans aide extérieure.	+2	-2
11. La bonne sorte de médicaments arrêtera un alcoolique de boire.	-1	0
12. La plupart des alcooliques ont un grand besoin d'aide psychologique.	0	-1

Comment vous voyez-vous?

Sous-test C

	oui vrai	non faux
1. Je me sens très peu sûr de moi-même.	0	+2
2. Malgré mon problème, je crois que je réussirai très bien dans la vie.	0	-2
3. Je sens que je ne suis pas aussi bon que la plupart des gens.	-1	+2
4. Habituellement, je peux accomplir ce que j'ai décidé de faire.	0	-2
5. Je sens que j'ai moins de succès que la plupart de mes amis.	0	+2
6. J'ai souvent l'impression que tout le monde me délaisse.	-2	+2
7. J'ai tendance à me décourager à cause de toutes les erreurs que j'ai commises dans ma vie.	0	+2
8. Je pense avoir plusieurs bonnes qualités.	0	-1
9. J'ai l'impression que les gens me regardent avec mépris.	-2	+2
10. Je me sens assez confiant dans la plupart des situations.	+2	-2

Que pensez-vous de vous-même?

		Sous-test D	
		oui vrai	non faux
1.	Je crois que j'ai aussi confiance en moi que la plupart des gens.	+2	0
2.	Je me sens souvent impuissant	0	+2
3.	Habituellement, quand je crois en quelque chose, je défends mes opinions.	0	-2
4.	La plupart du temps, j'ai besoin d'aide pour régler mes problèmes.	-2	+1
5.	Je préfère habituellement que quelqu'un d'autre prenne les décisions importantes pour moi.	-2	0
6.	J'aime faire mes propres plans et les exécuter moi-même.	0	-2
7.	Personne ne peut me convaincre de faire quelque chose que je ne veux pas faire	0	-2
8.	Je préfère ne pas avoir à compter sur l'aide de quelqu'un.	+2	0
9.	Quelqu'un doit régler mes problèmes pour moi, autrement ils ne seront jamais réglés.	-2	0
10.	Souvent, je me fie sur les autres pour agir à ma place.	-2	+2

Comment vous sentez-vous en société?

		Sous-test E	
		oui vrai	non faux
1.	Je connais beaucoup de monde, mais personne à fond.	-1	0
2.	Je me fais facilement des amis.	+2	-2
3.	Je me sens habituellement à l'aise dans un groupe.	+2	-2
4.	Présentement, je ne connais personne que je pourrais considérer comme ami intime.	0	+2
5.	Je n'ai confiance en personne, à moins de les connaître très bien.	0	+2
6.	Je me sens très différent des autres.	-2	+2
7.	Il vaut peut-être mieux se sentir seul que de risquer d'être humilié et déçu.	-2	+1
8.	Je me sens gêné en groupe.	-2	+2
9.	J'ai toujours eu des amis intimes.	0	-1
10.	Normalement, j'ai confiance aux gens, à moins que j'aie la preuve qu'ils ne sont pas fiables.	0	-2
11.	Je n'ai jamais de difficulté à parler avec des étrangers.	0	-2
12.	J'ai de la difficulté à faire connaissance avec les gens.	-1	+2
13.	Habituellement, j'aime les gens que je rencontre.	0	-2
14.	J'adore jaser avec les gens.	0	-2
15.	J'ai quelques très bons amis.	0	-2
16.	Très peu de gens s'inquiètent de ce qui vous arrive.	0	+2
17.	J'ai tendance à être méfiant des gens qui se montrent plus amicaux que ce à quoi je m'attendais.	-1	+2
18.	Je me plais quand je suis en groupe.	+2	-2

Appendice D

Renseignements généraux

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Dans cette recherche, aucune identité ne peut être révélée, donc nous vous assurons que tout sera strictement confidentiel.

Sexe: masculin [] féminin []

Date de naissance: jour ... mois année

Où vivez-vous? à la ville [] au village []
 à la campagne []

Degré de scolarité: cours primaire [] secondaire []
 collégial [] classique []
 universitaire []

Etes-vous marié [] séparé [] divorcé [] célibataire []

Avez-vous des enfants? oui [] non [] Si oui, combien? []

Quelle est votre occupation principale?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour le même problème?
 oui [] non []

Si vous avez été hospitalisé, combien de fois? []

Dans quelle catégorie de buveur vous placez-vous?

social modéré [] régulier []
 de fin de semaine []
 grand buveur []

solitaire: modéré [] régulier []
 de fin de semaine []
 grand buveur []

Est-ce qu'en plus de l'alcool vous consommez des drogues telles
que: marijuana [] haschish []
 L.S.D. [] autres [] veuillez en mentionner le nom:

.....
.....

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, Monsieur Raymond Champagne, D.Sc.Ed., psychologue et professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à qui il est redevable d'une assistance constante, ainsi qu'à son co-directeur, Monsieur Richard Hould, D.Ps., directeur du Comité des études avancées en psychologie.

Références

- ALLEN, L.R., JONES, M.C. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking pattern in adult males. Journal of consulting and clinical psychology, 32, 2-12.
- AUBERTIN, C., BERLINGUET, M. (1971). L'alcoolisme, la famille et l'intervention clinique en service social. Montréal: Fédération des services sociaux à la famille du Québec.
- BELANGER, J. (1976). L'alcoolisme et la perception des comportements interpersonnels. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- BERTRAND, S., MASLING, J. (1969). Oral imagery and alcoholism. Journal of abnormal psychology, 74, 50-53.
- BIGELOW, G., COHEN, M., LIEBSON, I., FAILLACE, L.A. (1972). Abstinence or moderation? Choice by alcoholics. Behavior research and therapy, 10, 209-213.
- BLAKE, B.G. (1967). A follow-up of alcoholics treated by behavior therapy. Behavior research and therapy, 5, 89-94.
- BLUM, E.M. (1966). Psychoanalytic views of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 27, 259-299.
- BOTWINICK, J., MACHOVER, S. (1951). A psychometric examination of latent homosexuality in alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 12, 268-272.
- BOUDREAU, A. Dr (1972). Connaissance de la drogue. Montréal: Edition du jour.
- BRILL, A.A. (1919). Alcohol and the individual. Medical journal, 109, 928-950.
- BUTON, A.D. (1956). The psychodynamics of alcoholism: a survey of 87 cases. Quarterly journal of studies on alcohol, 17, 443-460.
- CATANZARO, R.J. (1964). A one man team approach to the treatment of alcoholics. Military medicine, 129, 664-669.

- CAUTELA, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. Psychological record, 16, 33-41.
- CAUTELA, J.R. (1967) Covert sensitization. Psychological record, 20, 459-468.
- CHAFETZ, M.E. (1959). Pratical and theoritical considerations in the psychotherapy of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 20, 281-291.
- CLINEBELL, H.J. (1956). Understanding and counseling the alcoholic. New York: Obington.
- CONNOR, R.G. (1962). The self-concepts of alcoholics, in D.J. Pitman, C.R. Snyder (Ed.): Society, culture and drinking patterns. New York: Wiley.
- DAYHAW, L.T. (1969). Manuel de statistique. Ottawa: Edition de l'Université d'Ottawa.
- GOGUEN, L.J. (1977). Analyse et modification du comportement des alcooliques et des autres toxicomanes selon l'approche behaviorale, in Dabrowski, Goguen et autres. S'il y a un toxicomane dans votre famille. Ste-Foy: Edition Saint-Yves.
- ELLENBERGER, H. (1977). Quoi guérit qui? Un panorama des psychothérapies. Psychologie, 92, 51-62.
- EYSENCK, H.J. (1960). Summary and conclusion, in H.J. Eysenk (Ed.). Behavior therapy and the neuroses. London: Pergamon Press.
- FENICHEL, O. (1974) (2e éd.). La théorie psychanalytique des névroses. Tome II. Paris: Presses Universitaires de France.
- FRANKS, C.M. (1966). Conditionning and conditioned aversion therapies in the treatment of the alcoholic. The international journal of the addictions, 1, 61-98.
- FREEMAN, H.E., LEVINE, S., REEDER, L.G. (1963). Handbook of medical sociology. New Jersey: Prentice Hall.
- FREUD, S. (1930). Three contributions to the therapy of sex. Washington: Nervous and Mental Disease Publishing House.
- GERARD, D.L. (1955). Intoxication and addiction, psychiatric observation on alcoholism and opialt drug addiction. Quarterly journal studies alcohol, 16, 681-699.

- GUILFORD, J.P. (1965). Fundamental statistics in psychology and education. New York: McGraw-Hill.
- GYNTHER, M.D., PRESHER, C.H., McDONALD, R.L. (1959). Personal and interpersonal factors associated with alcoholism. Quarterly journal studies alcohol, 20, 321-333..
- HANNA, B., WEINER, H.B. (1965). Treating the alcoholic with psychodrama. Group psychotherapy, 18, 27-49.
- JELLINEK, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. Quarterly journal of studies on alcohol, 13, 673-686.
- JELLINEK, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Jersey: Hillhouse.
- KANT, K. (1954). The treatment of the alcoholic. Springfield: Thomas.
- KANTOROVICK, N.V. (1938). An attempt act associative reflex therapy in alcoholism. Psychological abstract, 4, 493.
- KENEL, N., WALTON, H. (1965). Alcoholism. Middlesex: Penquin.
- LAZARUS, A.A. (1965). Towards the understanding and effective treatment of alcoholism. South african medical journal, 39, 736-741.
- LOVIBOND, S.H., CADDY, G. (1970). Discreminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behavior. Behavior therapy, 1, 437-444.
- LYSANSKY, E.S. (1960). The etiology of alcoholism: the role of psychological predisposition. Quarterly journal of studies on alcohol, 21, 314-343.
- MacANDREW, C., GEERTSMA, R.H. (1964). A critic of alcoholism scales derived from the MMPI. Quarterly journal of studies on alcohol, 25, 68-76.
- MACHOVER, S., PUZZO, F.S. (1959). Clinical and objective studies of personality variables in alcoholism I: clinical investigation of the "alcoholic personality". Quarterly journal studies on alcohol, 20, 505-519.
- MADILL, M.F., CAMPBELL, D., LAVERTY, S., SANDERSON, K., VANDERWATER, S. (1966). Aversion treatment of alcoholics by suciensycholine induced apneir paralyses. Quarterly journal of studies on alcohol, 27, 483-509.

- MATISSON, D.M. (1973). Le psychodrame. Paris: Edition Universitaire.
- MCCARTHY, R.G., FAIN, T.G. (1959). Measuring knowledge of alcoholism in the community. Quarterly journal studies on alcohol, 20, 645,654.
- MILLER, E.C., DVORAK, B.A., TURNER, D.W. (1960). A method of creating aversion to alcohol by reflex. Conditioning in a group setting. Quarterly journal on alcohol, 21, 424-431.
- MILLS, K.C., SOBELL, M.B., SCHAEFER, H.H. (1971). Training social drinking as an alternative to abstinence for alcoholics. Behavior therapy, 2, 18-27.
- MINDLIN, D.F. (1965). Group therapy for alcoholics: a study of the attitude on behavior changes in relation to perceived group norms. Michigan: University Microfilms.
- PERLS, F.S. (1972). Rêves et existence en Gestalt thérapie. Paris: Epi.
- RICKARD, H.C. (1962). Selected group psychotherapy evaluation studies. Journal of general psychology, 67, 35-50.
- ROHAN, W.P., TATRO, R.L., ROTMAN, S.R. (1969). MMPI changes in alcoholics during hospitalization. Quarterly journal of studies on alcohol, 30, 389-400.
- ROSEMAN, S. (1955). The skid row alcoholic and the negative ego image. Quarterly journal studies on alcohol, 16, 447-473.
- SCHAEFER, H.H. (1972). Twelve month followup of behaviorally trained ex-alcoholic social drinkers. Behavior therapy, 3, 286-289.
- SUTHERLAND, E.H., SCHROEDER, H.G., TORDELLA, C.L. (1950). Personality traits and the alcoholics. Quarterly journal of studies on alcohol, vol. 11, 4, 547-561.
- VANDERPOOL, J.A. (1969). Alcoholism and the self-concept. Quarterly journal of studies on alcohol, 30, 59-77.
- VOEGTLIN, W.L. (1940). The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex. American journal of medical science, 199, 802-809.

VOGEL-SPOTT, M.D., BANKS, R.K. (1965). The effect of delayed punishment on an immediately rewarded response in alcoholics and non-alcoholics. Behavior research on therapy, 3, 69-73.

ZIMBERG, S., WALLACE, J., BLUME, B.S. (1978). Practical approaches to alcoholism psychotherapy. New York: Plenum.