

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE LÉPINE

L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES
PSYCHOTIQUES ET L'ADAPTATION SOCIALE

SEPTEMBRE 1996

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.

Résumé

Objectif: Vérifier si, chez les sujets souffrant de troubles psychotiques, l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à la drogue paraît associé à l'adaptation sociale et à l'adaptation prémorbide. Méthode: L'échantillon comprend 55 sujets souffrant de troubles psychotiques provenant soit d'un centre de détention soit d'un hôpital psychiatrique. Deux psychologues cliniciens ont réalisé les entrevues auprès des sujets. Les diagnostics ont été effectués à l'aide du SCID; l'adaptation sociale à l'aide du EAS-II. Une traduction française de la version abrégée du Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia a été utilisée pour cerner l'adaptation prémorbide; les informations nécessaires pour compléter cette échelle ont été tirées du dossier des patients. Résultats: Chez les sujets souffrant de troubles psychotiques, le fait d'avoir eu un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue au cours de la vie est associé à certains indices d'adaptation sociale et d'adaptation sexuelle prémorbide. Conclusion: Il est difficile de porter un jugement global sur l'adaptation sociale, les différences entre le deux groupes ne s'observant uniquement qu'au niveau de certains aspects du fonctionnement social actuel ou prémorbide et ce, en fonction de certains "patrons" d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives.

Mots-clés: psychose-adaptation sociale-adaptation prémorbide-alcool-drogue.

Implications cliniques: I) Il est important de considérer la problématique d'alcool ou de drogue lors de l'évaluation clinique. II) Le potentiel d'adaptation social des

sujets présentant un “double diagnostic” devrait inciter les cliniciens à les percevoir de façon plus positive. III) L’interaction entre les diagnostics primaires et l’abus de substances psychoactives situe l’intervention dans une approche intégrée qui considère l’ensemble de la problématique et non deux problèmes distincts.

Limitations de l’étude: I) La taille de l’échantillon est limitée. II) L’échantillon est composé, pour une bonne part, de sujets souffrant de troubles psychotiques rencontrés en milieu carcéral; ils ne sont pas nécessairement représentatifs de l’ensemble des sujets psychotiques. III) Les données concernant l’adaptation sociale et l’adaptation prémorbide ont été recueillies de façon rétrospective.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Table des matières

Contexte théorique	1
Méthode	6
Résultats	12
Discussion	16
Références	22
Tableaux	26
Tableau 1	26
Tableau 2	27
Tableau 3	28

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de recherche, monsieur Gilles Côté, pour sa grande disponibilité et ses précieux conseils. Son enthousiasme pour la recherche, ainsi que l'intérêt qu'il porte à ses étudiants, ont su m'insuffler le désir de mener à terme ce projet de recherche et d'en entreprendre de nouveaux dans le futur.

Depuis plus d'une vingtaine d'années, une attention accrue a été portée à une nouvelle clientèle de patients atteints de troubles mentaux graves. Ces patients, connus sous le qualificatif de jeunes patients adultes chroniques, sont en grande majorité de sexe masculin, avaient à l'époque de leur identification entre 18 et 40 ans (1, 2, 3, 4) et, bien que pouvant appartenir à diverses catégories diagnostiques, ils sont souvent atteints de troubles schizophrènes (4, 5). Ces jeunes patients adultes chroniques se distinguent des patients plus âgés par le fait qu'ils refusent toute forme de traitement, (1, 2), par le fait qu'ils ont davantage de problèmes avec le système judiciaire (1, 3) et par le fait que bon nombre d'entre eux ont tendance à abuser de l'alcool ou de la drogue (2, 3, 6, 7). En raison de leurs fréquents passages à l'acte, les jeunes patients adultes chroniques provoquent souvent l'antipathie des intervenants et, pour cette raison, ils sont difficilement pris en charge par le système de santé (1, 4, 8).

En dépit d'une perception souvent négative des jeunes patients adultes chroniques, certains auteurs considèrent que leurs passages à l'acte peuvent avoir une fonction adaptative. Pour Pepper et al. (2), ces jeunes patients manifestent un désir d'adaptation sociale et refusent de se percevoir différents des autres, d'où le passage à l'acte qui les caractérise. De même, à partir de ses observations cliniques, Lamb (9) met en évidence que les jeunes patients

adultes chroniques ont conservé le désir d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Ils luttent constamment pour acquérir indépendance et autonomie alors que la plupart des patients plus âgés auraient cessé de lutter pour leur indépendance; ces derniers accepteraient plus facilement leur statut de "malade mental" ainsi que la prise en charge inhérente à ce statut. Dans le même ordre d'idées, certains auteurs croient que la consommation d'alcool ou de drogue a une fonction adaptative, car elle est vue comme une auto-médicamentation permettant aux patients de diminuer le stress ainsi que les autres sentiments pénibles que génèrent en eux les premiers symptômes de la psychose (10, 11, 12, 13, 14, 15). À un niveau plus concret, Intagliata et al. (1) ont mis en évidence que les jeunes patients adultes chroniques sont plus autonomes dans leur vie quotidienne, référant à leur capacité de faire le lavage, la cuisine, de gérer leur argent; ceux-ci sont plus souvent engagés dans un travail et sont davantage capables de vivre de façon autonome, c'est-à-dire sans avoir besoin de logement supervisé.

Toutes ces études fournissent de indices permettant de croire que les patients atteints de troubles mentaux graves, présentant des passages à l'acte tels que des comportements antisociaux ou l'abus d'alcool ou de drogue, pourraient démontrer une meilleure adaptation sociale que leurs homologues ne

présentant pas ce type de passages à l'acte. Jusqu'à présent, quelques auteurs se sont intéressés à cette question. Intagliata et al. (1) ont utilisé le Global Assessment Scale (GAS) (16) afin de comparer le niveau de fonctionnement global des jeunes patients chroniques à celui de leur homologues plus âgés. Leurs résultats ont démontré qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne leur performance au GAS. Cependant, contrairement aux patients plus âgés, le niveau de fonctionnement des jeunes patients adultes chroniques fluctuait beaucoup au cours des six mois ayant précédé l'évaluation. Dans la même lignée, Dixon et al. (11) ont comparé les résultats au GAS de jeunes patients psychotiques abusant de l'alcool ou de la drogue, à de jeunes patients psychotiques n'abusant pas de ces substances psychoactives. Leurs résultats n'indiquent pas de différence significative en ce qui concerne la performance des deux groupes au GAS, mais les auteurs ont démontré que les jeunes patients psychotiques, abusant de l'alcool ou de la drogue, présentent des indices de meilleure adaptation sexuelle au cours de l'adolescence à l'échelle d'adaptation prémorbide de Canno-Spoor et al. (17). Ces résultats viennent appuyer des études ayant démontré que les patients souffrant de troubles mentaux graves, qui abusent de l'alcool ou de la drogue, ont une adaptation prémorbide supérieure à ceux qui n'en abusent pas (10, 14, 18, 19).

L'absence de résultats concluants obtenus avec le GAS peut provenir du fait que cet instrument n'évalue que le niveau de fonctionnement global d'un individu, étant peu spécifique. En effet, en n'utilisant qu'un score global pour évaluer le fonctionnement d'un individu, il y a perte d'informations importantes relativement à sa capacité d'adaptation dans les diverses sphères de sa vie (travail, loisirs, relations sociales, etc.). Cependant, l'absence de résultats concluants peut aussi s'expliquer par le fait que, lorsque les questionnaires ont été administrés, les sujets étaient vraisemblablement dans la phase aiguë de leur maladie. Dans cette situation, il est possible qu'un meilleur potentiel d'adaptation sociale ne se fasse pas sentir à cause de la prépondérance des symptômes. Si cette dernière hypothèse s'avère juste, elle peut fournir une explication au fait que les résultats des recherches portant sur l'adaptation prémorbide semblent plus concluants que les résultats des recherches portant sur le fonctionnement actuel. Cette dernière hypothèse peut aussi rendre compte des résultats obtenus par Dixon et al. (11). Leurs résultats mettent en évidence que les schizophrènes, abusant de l'alcool ou de la drogue avant leur hospitalisation, présentent moins d'indices de pathologie à leur sortie de l'hôpital en comparaison des schizophrènes n'abusant pas de ces substances psychoactives. Dans le même sens, une étude de Ritzler et al. (14) démontre que les patients atteints de troubles mentaux, qui consomment

peu ou pas d'alcool, présentent un moins bon pronostic que les patients qui augmentent considérablement leur consommation d'alcool un mois avant leur hospitalisation.

En plus des problèmes de temps de mesure et de spécificité du GAS, les recherches ayant porté sur l'adaptation des patients atteints de troubles mentaux graves abusant de l'alcool ou de la drogue posent des difficultés au niveau de la définition de l'abus d'alcool ou de drogue. Par exemple, Breakey et al. (18) utilisent le terme consommation d'alcool ou de drogue, alors que Ritzler et al. (14) font référence à cinq types de consommation d'alcool allant de la "consommation importante" à l'"abstinence". Finalement, Arndt et al. (10) parlent d'"usage pathologique" pour définir l'abus d'alcool ou de drogue, ce qui correspond plus ou moins à certains critères du DSM-III.

En raison des limites méthodologiques rencontrées dans les précédentes recherches, il y a lieu de refaire le même type de recherche en apportant une attention particulière au temps de mesure des questionnaires portant sur l'adaptation, en utilisant un questionnaire d'adaptation sociale permettant de cerner l'adaptation d'un individu dans diverses sphères de sa vie, et en opérationnalisant l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à la drogue

sur la base des critères reconnus par l'association américaine des psychiatres.

L'objectif est de démontrer que, chez les sujets souffrant de troubles psychotiques, l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à la drogue est en relation avec des indices d'adaptation sociale et d'adaptation prémorbide.

Méthode

Sujets:

Les sujets sont issus de l'étude de Côté et Lesage (20). L'échantillon original est composé de 129 sujets, soit 69 sujets issus du Centre régional de réception, établissement fédéral où sont envoyés tous les hommes récemment sentencés à deux ans ou plus de détention, et 60 sujets du Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine de Montréal. Dans le projet initial, il s'agit de sujets masculins , francophones ou anglophones, sujets qui rencontrent les critères de la psychose ou ceux des troubles graves de l'humeur dans le mois ayant précédé l'incarcération ou l'hospitalisation.. L'échantillon comparatif, soit celui issu du Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, est stratifié sur la base de l'échantillon tiré du Centre régional de réception en fonction des variables suivantes: sexe, catégorie diagnostique (spectre de la psychose ou spectre des troubles graves de l'humeur) et catégorie d'âge (18-24 ans; 25-34 ans; 35-44

ans; 45 ans et plus). Le jumelage a cherché à tenir compte du temps d'incarcération ou d'hospitalisation; toutefois, le temps maximal d'hospitalisation considéré est de six mois, afin de ne pas surreprésenter le nombre de patients chroniques, ce qui aurait pour effet de favoriser les hypothèses. Pour les fins de la présente recherche, seuls les 55 sujets rencontrant les critères de la psychose ont été retenus. De ce nombre, 32 ont présenté un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue à un moment quelconque de leur vie; pour trois d'entre eux, il s'agit spécifiquement d'un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool seulement, alors que 13 présentent un problème d'abus ou de dépendance à la drogue seulement. Au niveau de l'âge, il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les sujets ayant déjà présenté un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue et ceux n'ayant jamais présenté un tel diagnostic. ($t(52)=1.02$, $p=.315$); les âges moyens sont respectivement de 30,16 ans (écart type=5,6) et 31,77 ans (écart type= 5,9).

Déroulement:

À partir du Centre régional de réception, les intervenants appelés à rencontrer les sujets nouvellement sentencés reçoivent de l'information concernant le projet ainsi qu'une lettre spécifiant les critères de sélection.

Une directive de l'équipe de recherche leur demandait de référer tout sujet susceptible de rencontrer les critères de sélection, incluant ceux pour lesquels ils éprouvaient certains doutes. Au niveau du centre hospitalier, la coordonnatrice du projet recevait une liste de tous les nouveaux patients à chaque semaine, et une liste synthèse de tous les patients de courte durée à tous les deux mois. Ces listes précisaient le diagnostic, l'âge et la durée du séjour. Si un sujet semblait rencontrer les critères de jumelage, elle procédait à une vérification dans le dossier. Si le sujet était retenu, le médecin traitant était informé de la démarche qui allait être entreprise par le biais d'une lettre qui lui était adressée. Si le médecin n'avait pas répondu aux termes des quatre jours suivants, l'infirmière responsable était contactée pour l'informer que nous cherchions à rencontrer l'un de ses patients, d'une part, et savoir s'il n'y avait pas contre-indication pour se faire, d'autre part. Le consentement du patient était par la suite requis. Tous les sujets de l'étude furent rémunérés sommairement pour leur participation. La procédure prévoyait également l'établissement d'un accord inter-juges pour les mesures diagnostiques; ainsi, 24 sujets ont été évalués par deux cliniciens.

Instruments: Deux psychologues cliniciens ont réalisé des entrevues auprès des sujets. Les instruments suivants ont été utilisés.

Diagnostics:

Les diagnostics ont été établis à l'aide d'une version française du Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (21). Il s'agit du seul instrument clinique standardisé permettant d'établir les diagnostics selon les critères du DSM-III-R. La fidélité est bonne, les taux d'accord inter-observateurs variant entre .60 et .79. (22). La fidélité établie dans le cadre du projet initial de Côté et Lesage (20) est excellente. Les coefficients d'accord inter-juges pour chacun des diagnostics de l'axe 1 varient entre .70 et 1.00, le coefficient moyen se situant à .91.

Adaptation sociale: L'adaptation sociale a été mesurée à l'aide du Social Adjustment Scale-II (SAS-II) (23), dont l'appellation française est "Échelle d'adaptation sociale-II" (EAS-II). L'EAS-II comporte 57 items. Les données obtenues à cette échelle peuvent être traitées de deux façons différentes. Elles peuvent d'abord être compilées dans des indices synthèses appelés "échelles compilées". Les "échelles compilées" utilisent le 52 premiers items de l'EAS-II et constituent un score moyen obtenu à chacune des grandes sections de l'EAS-II, soit les échelles Travail, Cohabitation, Famille éloignée, Loisirs et contact sociaux, Bien-être personnel, le tout résumé dans une Évaluation globale basée sur le résultat moyen obtenu à chacune des échelles compilées. Une autre façon de traiter les données consiste à considérer les cinq derniers

items, qui portent sur des jugements cliniques faits par les cliniciens; ceux-ci sont appelés "échelles finales", selon la terminologie de Cyr Toupin et Lesage (24). Ces échelles portent elles aussi sur les grandes sections de l'EAS-II, à l'exception de la section "Bien-être personnel". La dernière "échelle finale" constitue un jugement global de l'Adaptation générale du sujet. Chacune des "échelles finales" est cotée sur une échelle de type Likert complétée par le clinicien. Cet instrument possède une bonne fidélité inter-juges (.83) et une bonne validité (capacité discriminante et sensibilité au changement) (25). Il existe une version française adaptée du SAS-II, version validée par Cyr et al. (24). La fidélité inter-juges établie dans le cadre du projet initial de Côté et Lesage (20) est généralement élevée. Les variables catégorielles présentent un taux d'accord inter-juges pratiquement parfait. Au niveau des corrélations intra-classe, les items 29, 36, 44 et 46 posent des difficultés; un coefficient inférieur à .60 traduit une fidélité inter-juges faible. De plus, les items 4, 5, 6, 7, 8, 21, 22, 23 et 24 ne peuvent être considérés, trop de sujets n'ayant pas de travail ou pas d'enfants. Parmi les autres items, nous observons un coefficient moyen de .88. Finalement, en ce qui à trait aux indices d'évaluation globale, le coefficient moyen s'élève à .86

Adaptation pré-morbide: L'adaptation pré-morbide a été mesurée à l'aide d'une traduction française de la version abrégée du Phillips Rating Scale of

Premorbid Adjustment in Schizophrenia (26). La version abrégée développée par Harris (26) utilise les cinq sous-échelles développées originellement par Phillips (27), lesquelles sont regroupées en deux sous-échelles: The Abreviated Scale of Premorbid Sexual Adjustment et The Abreviated Scale of Premorbid Social-Personal Adjustment. Cet instrument est conçu de façon à permettre aux chercheurs de trouver facilement les informations nécessaires pour compléter les échelles dans le dossier du patient. La validité et la fidélité établies par Harris (26) semblent bonnes. À la première sous-échelle, les coefficients de fidélité établis sur la base du r de Pearson varient de .66 à 1.0 pour divers échantillons de patients schizophrènes alors que, pour la deuxième sous-échelle, les coefficients varient de .84 à .85. Finalement, la validité de concordance entre les deux sous-échelles combinées et l'échelle originale de Phillips est excellente; les coefficients de corrélation variant entre .89 et .98 lorsque trois observateurs sont utilisés. La version française utilisée repose sur une triple traduction, la version finale ayant été l'objet d'une concertation. La procédure prévoyait des accords inter-observateurs. Pour la première sous-échelle, soit l'"Échelle Abrégée de l'Adaptation Sexuelle Prémorbide", le coefficient de corrélation intra-classe est de .99 alors qu'il est de .90 pour l'"Échelle Abrégée de l'Adaptation Sociale Prémorbide." Une partie des informations nécessaires à la cotation de

l'échelle a été tirée des dossiers de recherche. En effet, dans le cadre de l'indice de psychopathie utilisé dans le projet initial, tous les sujets ont été soumis à une entrevue semi-structurée portant sur des données d'anamnèse. Pour compléter ces informations, les dossiers hospitaliers et judiciaires de certains sujets ont été consultés lorsque cela était possible. Comme les données d'anamnèses pouvaient provenir de différentes sources selon les sujets, à titre indicatif, les cotatrices ont attribué un degré de certitude à chacune de leur côte en fonction du nombre et de la pertinence des informations dont ils disposaient. Cet indice de certitude varie de 0, lorsqu'aucune information n'est disponible, à 3, lorsque les informations sont nettement suffisantes. Pour l'"Échelle Abrégée de l'Adaptation Sexuelle Prémorbide", l'indice de certitude moyen établi par la cotatrice principale est de 2.32 alors qu'il est de 1.42 pour l'"Échelle Abrégée de l'Adaptation Sociale Prémorbide". Des accord inter-observateurs ont aussi été réalisés pour les indices de certitude et le coefficient de corrélation intra-classe est de .86 pour la première sous-échelle et de .77 pour la deuxième sous-échelle.

Résultats

Comme le diagnostic est déjà un bon indicateur du niveau de fonctionnement, considérons d'abord la répartition des diagnostics psychotiques. Les résultats montrent que les sujets ayant présenté un problème

d'abus ou de dépendance, que ce soit à l'alcool ou à la drogue, diffèrent significativement des sujets n'ayant jamais présenté de problème avec l'alcool ou la drogue au niveau du diagnostic. En effet, 26% des sujets ayant déjà présenté un problème d'alcool souffrent d'un trouble de type schizophrène alors que 74% d'entre eux souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié. Chez les sujets n'ayant jamais eu de problème avec l'alcool, 69% souffrent d'un trouble de type schizophrène, alors que 31% d'entre eux souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié ($X^2 (1, N=54) = 8,84, p \leq .003$).

De même, 33% des sujets ayant déjà présenté un problème avec la drogue souffrent d'un trouble de type schizophrène, alors que 67% souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié. Chez les sujets n'ayant jamais eu de problème avec la drogue 76% souffrent d'un trouble de type schizophrène, alors que 24% souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié. ($X^2 (1, N=55) = 9,96, p \leq .002$)

Les tableaux 1, 2, et 3 présentent respectivement les résultats obtenus aux "échelles compilées" et aux "échelles finales" du EAS-II, ainsi que ceux obtenus à l' "Échelle abrégée de l'Adaptation Prémorbide". Spécifions que

les catégories "alcool" ou "drogue" ne sont pas mutuellement exclusives; certains sujets ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool peuvent aussi avoir eu un problème d'abus ou de dépendance à la drogue et vice-versa. Les tableaux présentent les rangs moyens ainsi que les résultats médians pour tous les sujets ayant eu des problèmes d'alcool ou de drogue (+) et ceux n'en ayant jamais eu (-). Un résultat médian bas indique une meilleure adaptation sociale, alors qu'un résultat élevé indique plus de difficultés. Les résultats aux sous-échelles traitant du travail n'ont pu être considérés, trop de sujets ne travaillant pas.

Lorsque l'alcool ou la drogue sont considérés indistinctement (tableau 1), certaines échelles du EAS-II permettent d'observer de différences significatives. En effet, les résultats obtenus aux indices Cohabitation (M-W (36) = 1.75, $p \leq .04$) et Adaptation générale (M-W (54) = 1.74, $p \leq .04$) des "échelles finales", ainsi qu'à l'indice Évaluation globale des "échelles compilées" (M-W (54) = 1.72, $p \leq .04$) indiquent que les sujets ayant eu un problème de dépendance ou d'abus d'alcool ou de drogue à un moment de leur vie présentent des indices d'une meilleure adaptation. De même, les résultats obtenus à l' "Échelle Abrégée de l'Adaptation Prémorbide" indiquent que les sujets ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la

drogue ont une adaptation prémorbide supérieure au plan de la sexualité (M-W (49) = 1.69, $p \leq .05$). Il s'agit ici de tests unilatéraux.

(insérer tableau 1 ici)

Lorsque l'abus ou la dépendance à l'alcool au cours de la vie est considéré (tableau 2), l'indice Loisirs et contacts sociaux des "échelles finales" (M-W (52) = 2.38, $p \leq .01$), ainsi que l'indice Évaluation globale (M-W (54) = 1.75, $p \leq .04$) des "échelles compilées", permettent d'observer une différence statistiquement significative allant dans le sens attendu. Aucune différence significative n'est observée à l' "Échelle Abrégée de l'Adaptation Prémorbide".

(insérer tableau 2 ici)

Enfin , lorsque l'abus ou la dépendance à la drogue au cours de la vie est considéré (tableau 3), aucun des indices du EAS-II ou de l' "Échelle Abrégée de l'Adaptation Prémorbide" ne permet d'observer une différence statistiquement significative.

(insérer tableau 3 ici)

Discussion

Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, les sujets souffrant de troubles psychotiques, ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue à un moment de leur vie, présentent certains indices d'une meilleure adaptation sociale et d'une meilleure adaptation prémorbide en comparaison de ceux n'ayant jamais présenté ce type de problème. En ce sens, les différences observées au plan du diagnostic primaire traduisent déjà une attitude moins retraitiste des sujets ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives.

Toutefois, les hypothèses ne sont que partiellement confirmées; elles ne sont vraies que pour certains aspects du fonctionnement social et du fonctionnement prémorbide. En effet, les sujets souffrant de troubles psychotiques ayant eu des problèmes avec les substances psychoactives démontrent une meilleure adaptation au niveau des indices spécifiques liés aux Loisirs et aux contacts sociaux, à la Cohabitations, aux indices d'Adaptation générale et d'Adaptation globale du EAS-II, ainsi qu'à l'Adaptation sexuelle prémorbide.

Les résultats indiquent aussi qu'il est nécessaire de faire une

distinction entre l'alcool et la drogue. En effet, certains résultats diffèrent selon que la différence recherchée tient compte des problèmes liés à l'alcool (Évaluation globale; Loisirs et contacts sociaux), à la drogue (aucun indice significatif), à l'alcool ou à la drogue réunis (Évaluations globale; Cohabitation; Adaptation générale; Adaptation sexuelle prémorbide).

L'analyse des relations entre l'alcool et la drogue s'avère très complexe. D'une part, il y a très peu de sujets qui ne connaissent des problèmes qu'avec l'alcool; 84% des sujets abusant ou dépendant de l'alcool connaissent également des problèmes avec la drogue. Ceux-ci sont généralement polytoxicomanes. D'autre part, 45% des sujets qui rencontrent des problèmes avec la drogue ne connaissent pas de problèmes avec l'alcool. Une étude plus approfondie de ces derniers montre qu'ils ne sont généralement pas polytoxicomanes (77% d'entre eux), alors qu'ils se répartissent à peu près également entre sujets retraitistes (atteints de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif) et sujets moins retraitistes (atteints d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié). Les sujets qui ne connaissent des problèmes qu'avec la drogue paraissent plus difficiles à cerner sur le plan de l'adaptation sociale. En effet, bien que l'analyse retenant tous les sujets ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance à la drogue (ce qui peut inclure des sujets ayant présenté un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool) ne

permet pas de faire ressortir de différences significatives, cela n'exclut pas nécessairement toute relation entre l'abus ou la dépendance à la drogue seulement et des indices d'adaptation. De fait, lorsque les problématiques d'alcool ou de drogue sont réunies, certaines différences apparaissent, différences qui ne se manifestaient pas lorsque l'analyse effectuée ne retenait que la problématique soit d'alcool soit de drogue. Ces différences, concernant les indices d'Adaptation générale, de Cohabitation et d'Adaptation sexuelle prémorbide, indiquent que l'abus ou la dépendance à la drogue seulement, tout comme l'abus ou la dépendance à l'alcool seulement, contribuent à la différence observée. La relation entre l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les sujets psychotiques nécessite donc d'aborder le problème sous l'angle d'une typologie.

Les résultats montrant que l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives est en lien avec des indices d'adaptation, tant actuelle que prémorbide, divergent de ceux obtenus par Dixon et al. (11). Rappelons que ceux-ci avaient comparé les résultats au GAS de jeunes psychotiques abusant de l'alcool ou de la drogue à ceux obtenus par de jeunes psychotiques n'abusant pas de ces substances psychoactives. Ces chercheurs n'avaient pas observé de différence significative en ce qui concerne la performance des deux

groupes au GAS, alors qu'ils avaient observé une telle différence au niveau des indices de meilleure adaptation prémorbide, basée sur des mesures d'adaptation sexuelle au cours de l'adolescence. Pour expliquer cette différence entre le fonctionnement prémorbide et le fonctionnement actuel, ce dernier mesuré par le GAS, Dixon et al. (11) ont émis une hypothèse. Selon eux, l'abus d'alcool ou de drogue perturberait le fonctionnement global des sujets, ce qui aurait pour effet de compromettre leur meilleur potentiel de fonctionnement, perceptible à travers une symptomatologie moins importante, en comparaison du fonctionnement observé chez les patients n'ayant jamais abusé de ces substances psychoactives. Les présents résultats tendent à réfuter cette hypothèse et à suggérer que l'absence de résultats concluants obtenus au GAS, alors que de tels résultats ont été obtenus à l'aide du EAS-II, peut provenir du fait que le GAS n'évalue que le niveau de fonctionnement global d'un individu et, par conséquent, qu'il n'est pas assez spécifique. Certes, les indices globaux ressortent de façon importante dans les résultats obtenus au EAS-II, mais il importe de de considérer que le jugement global est porté après que le clinicien ait évalué les diverses sphères du fonctionnement.

L'absence de différence significative observée aux échelles Bien-être personnel et Famille éloignée et ce, que l'alcool ou la drogue soit considéré,

peut s'expliquer en partie par la difficulté de définir et, par conséquent, de mesurer l'adaptation sociale. Ainsi, la grille de cotation des 57 items individuels du EAS-II permet de constater que l'adaptation sociale à été mesurée de deux façons différentes: Certains items la mesurent en termes de sentiments subjectifs, alors que d'autres la mesurent en termes de comportements manifestes. Or les échelles Famille éloignée et Bien-être personnel sont celles qui, proportionnellement, comportent le plus d'items mesurant l'adaptation sociale en termes de sentiments subjectifs; ce sont précisément ces items qui soulèvent des questions. Par exemple, à l'item 30 portant sur le "souci", la question posée vise à vérifier si le sujet s'est fait du souci au cours du dernier mois pour un ou plusieurs membres de sa famille; le sujet qui ne s'est jamais fait de souci se voit attribuer la plus haute cote d'adaptation. Or il est fort probable que les sujets psychotiques les plus retraitistes, tels les schizophrènes, qui sont plus nombreux parmi ceux n'ayant jamais eu de problèmes d'alcool ou de drogue, soient moins sensibles au vécu des autres en comparaison des sujets psychotiques moins retraitistes. Cela en fait-il pour autant des individus mieux adaptés? Il est permis d'en douter.

Certains problèmes surviennent aussi lorsque vient le moment de mesurer l'adaptation prémorbide dans sa dimension sociale. La difficulté

principale réside dans le fait que la grille de cotation de l'"Échelle Abrégée de l'Adaptation Sociale Prémorbide" indique aux cotateurs de baser leur jugement sur certains faits très spécifiques de la vie sociale du sujet alors que, très souvent, ces faits spécifiques ne sont pas représentatifs de l'adaptation sociale réelle du sujet. Ce dilemme entre les directives de la grille de cotation et le jugement des cliniciens a rendu l'évaluation difficile, ainsi, le degré de certitude est assez bas (1.42/3) à l'échelle sociale, alors qu'il est nettement plus élevé à l'échelle sexuelle (2.32/3).

En définitive, les résultats tendent à indiquer que l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives est en lien avec certains indices d'adaptation sociale et d'adaptation prémorbide. Toutefois, il semble assez difficile de définir l'adaptation sociale et, par conséquent, de la mesurer, en particulier lorsqu'elle concerne des sentiments subjectifs. De même, il semble qu'il soit difficile de porter un jugement global sur l'adaptation sociale des sujets souffrant de troubles psychotiques, les différences entre les deux groupes considérés ne s'observant uniquement qu'au niveau de certains aspects du fonctionnement social actuel ou prémorbide et ce, en fonction de certains "patrons" d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives.

Références

1. Intagliata J, & Baker F. A comparative analysis of the young adult chronic patient in New York State's community support system. *Hosp Community Psychiatry* 1984; 35: 45-50.
2. Pepper B, Kirshner MC, & Ryglewicz H. The young adult chronic patient: Overview of a population. *Hosp Community Psychiatry* 1981; 32: 463-469.
3. Safer DJ. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 511-514.
4. Schwartz SR, & Goldfinger S. The new chronic patient: Clinical characteristics of an emerging subgroup. *Hosp Community Psychiatry* 1981; 32: 470-474.
5. Bachrach LL. Young adult chronic patients: An analytical review of the literature. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33: 189-197.
6. Bergman HC, & Harris M. Substance abuse among young adult chronic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*; 1985, 9: 49-54
7. Caton C L M, Galnick A, Bender S, & Simon R. Young chronic patients and substance abuse. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 1037-1040.

8. Weller MPI, & Weller BGA. Crime and mental illness. *Med Sci Law* 1988; 28: 38-46.
9. Lamb HR. Young Adult Chronic Patients: The new drifters. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33: 465-468.
10. Arndt S, Tyrrell G, Flaum M, & Andreasen NC. Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: The role of pre-morbid adjustment. *Psychol Med* 1992; 22: 379-388.
11. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, & Frances, A. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 224-230.
12. Khantzian, E J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1259-1264.
13. Khantzian E J, & Khantzian N J. Cocaine addiction: Is there a psychological predisposition? *Psychiatric Annals* 1984; 14: 753-759.
14. Ritzler BA, Strauss JS, Vanord A, & Kokes RF. Prognostic implications of various drinking patterns in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 546-549.
15. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, & Ripp K. Substance abuse in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr Bull*

- 1989; 15: 465-476.
16. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, & Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766- 771.
 17. Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RG. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982; 8: 470-484.
 18. Breakey WR, Goodell H, Lorenz PC, & Mc Hugh PR. Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychol Med* 1974; 4: 255-261.
 19. Tsuang MT, Simpson JC, & Kronfol Z. Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 141-147
 20. Côté G, & Lesage A. Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs. Montréal:Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal 1995.
 21. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, & First MB. Introduction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute 1989.
 22. Segal DL, Hersen M, & Van Hasselt VB. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative Review.

- Compr Psychiatry 1994; 35: 316-317.
23. Schooler N, Hogarty G, & Weissman MM. Social Adjustment Scale II (SAS II). In W.A. Hargreaves, C. C. Attkisson, & J. E. Sorenson, Eds. Resource materials for community mental health program evaluators: U. S. Department of Health, Education and Welfare; 1979, pp. 290-330.
 24. Cyr M, Toupin J, & Lesage A. L'évaluation des problèmes psychosociaux chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves. Montréal: Département de psychologie, Université de Montréal 1992.
 25. Weissman MM, Payhel ES, & Prusoff BA. Social Adjustment Scale Handbook: Rationale, reliability, validity, scoring, and training guide. Unpublished manuscript, Yale University School of Medicine 1988.
 26. Harris JG Jr. An abbreviated form of the Phillips rating scale of premorbid adjustment in schizophrenics. J Abnorm Psychol 1975; 84: 129-137.
 27. Phillips L. Case history data and prognosis in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1953; 117: 515-525.

Tableau 1
Problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à
la drogue à vie et adaptation sociale

Variables	Alcool/drogue + Rang moyen (Médiane) n=22	Alcool/drogue - Rang moyen (Médiane) n=32	p
1. Adaptation sociale: Échelles compilées (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	16.69 (2.00)	21.03 (2.29)	N. S.
Famille éloignée	27.74 (1.75)	23.30 (1.50)	N. S.
Loisirs / contacts sociaux	24.97 (3.00)	28.76 (3.20)	N. S.
Bien-être personnel	28.30 (2.75)	26.34 (2.75)	N. S.
Évaluation globale	24.45 (4.58)	31.93 (5.00)	0.04
2. Adaptation sociale: Échelles finales (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	16.00 (3.00)	22.00 (3.50)	0.04
Famille éloignée	26.47 (3.00)	25.57 (3.00)	N.S.
Loisirs/ contacts sociaux	23.87 (4.50)	30.38 (5.00)	N.S.
Adaptation générale	24.52 (4.00)	31.84 (5.00)	0.04
3. Adaptation prémorbide			
Échelle sexuelle	22.28 (3.00)	28.95 (3.00)	0.05
Échelle sociale	21.21 (3.00)	21.89 (3.00)	N. S.
Échelles combinées	18.46 (6.00)	23.26 (6.00)	N. S.

Tableau 2

Problème d'abus ou de dépendance à l'alcool à vie et adaptation sociale

Variables	Alcool + Rang moyen (Médiane) n=19	Alcool - Rang moyen (Médiane) n=35	p
1. Adaptation sociale: Échelles compilées (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	16.46 (2.07)	19.52 (2.29)	N. S.
Famille éloignée	27.92 (1.88)	24.95 (1.75)	N. S.
Loisirs / contacts sociaux	22.31 (2.80)	28.72 (3.33)	N. S.
Bien-être personnel	30.08 (3.25)	26.10 (2.75)	N.S.
Évaluation globale	22.42 (4.33)	30.26 (4.75)	0.04
2. Adaptation sociale: Échelles finales (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	15.46 (3.00)	20.02 (3.00)	N. S.
Famille éloignée	27.14 (3.00)	25.38 (3.00)	N. S.
Loisirs / contacts sociaux	19.78 (4.00)	30.06 (5.00)	0.01
Adaptation générale	23.34 (4.00)	29.76 (5.00)	N. S.
3. Adaptation prémorbide			
Échelle sexuelle	22.39 (3.00)	26.52 (3.00)	N. S.
Échelle sociale	17.50 (3.00)	23.29 (3.00)	N. S.
Échelles combinées	16.42 (5.00)	22.46 (6.00)	N. S.

Tableau 3
Problème d'abus ou de dépendance à la drogue à vie et adaptation sociale

Variables	Drogue + Rang moyen (Médiane) n=29	Drogue - Rang moyen (Médiane) n=25	p
1. Adaptation sociale: Échelles compilées (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	16.79 (2.00)	20.41 (2.29)	N. S.
Famille éloignée	28.64 (1.88)	22.78 (1.50)	N. S.
Loisirs / contacts sociaux	24.59 (3.00)	28.73 (3.30)	N. S.
Bien-être personnel	28.48 (2.75)	27.42 (2.75)	N. S.
Évaluation globale	25.87 (4.71)	30.56 (5.00)	N. S.
2. Adaptation sociale: Échelles finales (EAS-II)			
Travail	-	-	-
Cohabitation	16.55 (3.00)	20.65 (3.00)	N. S.
Famille éloignée	26.98 (3.00)	24.80 (3.00)	N.S.
Loisirs/ contacts sociaux	23.59 (4.00)	29.90 (5.00)	N.S.
Adaptation générale	24.91 (4.00)	30.50 (5.00)	N.S
3. Adaptation prémorbide			
Échelle sexuelle	23.19 (3.00)	27.04 (3.00)	N. S.
Échelle sociale	21.25 (3.00)	21.77 (3.00)	N. S.
Échelles combinées	18.62 (6.00)	22.58 (6.00)	N. S