

Gisèle Labrie et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)
Étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval
Anthropologue, professeur émérite, Université Laval
(1977)

“Études psychologiques
et socio-culturelles de l'alcoolisme:
inventaire des travaux disponibles
au Québec depuis 1960”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Gisèle Labrie et Marc-Adéland Tremblay (1922 -)

Étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval
Anthropologue, professeur émérite, Université Laval

“*Études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme: inventaire des travaux disponibles au Québec depuis 1960*”. Un article publié dans la revue **Toxicomanies**, vol. 10, no 2, avril-juin 1977, pp. 85-135.

Mme Labrie est étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval

M Marc-Adéland Tremblay, anthropologue, professeur émérite retraité de l'enseignement de l'Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.



Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5" x 11")

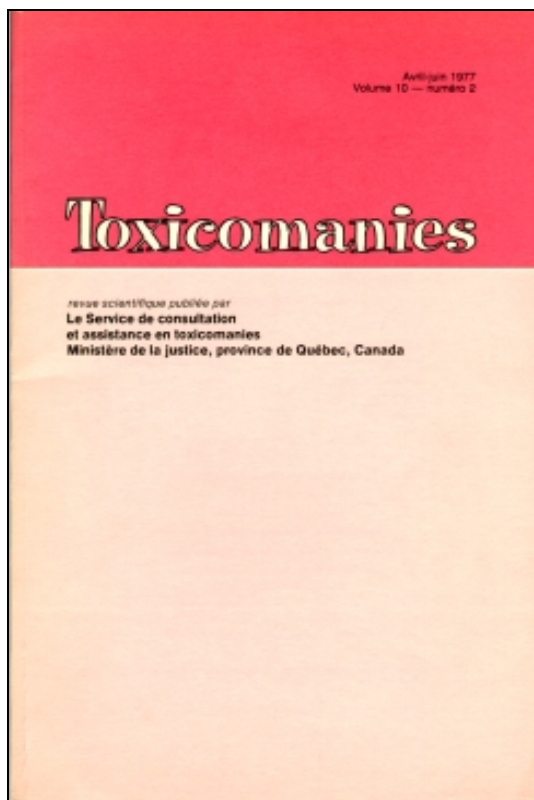
Édition numérique réalisée le 28 mai 2005 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Gisèle Labrie et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval
Anthropologue, professeur émérite, Université Laval

“Études psychologiques et socio-culturelles
de l'alcoolisme : inventaire des travaux disponibles
au Québec depuis 1960”



Un article publié dans la revue **Toxicomanies**,
vol. 10, no 2, avril-juin 1977, pp. 85-135.

Table des matières

[Résumé](#)
[Summary](#)

[Introduction](#)

[Objectifs de cet inventaire et méthodologie](#)
[L'alcoolisme, un problème social](#)

[I. Historique de l'alcoolisme au Québec](#)

[La consommation d'alcool en Nouvelle-France](#)
[Les luttes anti-alcooliques](#)

[II. Études épidémiologiques](#)

[Introduction](#)
[Études expérimentales](#)

- A. [Facteurs étudiés](#)
- B. [Méthodes utilisées](#)
- C. [Populations-cibles](#)
- D. [Bilan des résultats](#)
- E. [Études à entreprendre](#)

[Études théoriques](#)

- A. [Recherches socio-épidémiologiques et la question des valeurs](#)
- B. [La formule Jellinek](#)
- C. [L'alcool et la femme enceinte](#)

[Critiques et recommandations](#)

- A. [Opérationnalisation des concepts et mesures](#)
- B. [Source des données statistiques](#)

III. Études étiologiques

Études expérimentales

- A. Facteurs étudiés
- B. Méthodes utilisées
- C. Populations étudiées
- D. Résultats
 - 1. Facteurs socio-culturels
 - 2. Facteurs psychologiques
- E. Études à entreprendre

Études théoriques

- A. Personnalité de l'alcoolique
- B. Mécanismes psychodynamiques
- C. Modèles de consommation d'alcool

Critiques et recommandations des auteurs

- A. Synthèse des facteurs explicatifs psychologiques
- B. Synthèse des facteurs explicatifs socio-culturels
- C. Conclusion

IV. Études cliniques

Études expérimentales

- A. Facteurs étudiés
- B. Méthodes utilisées
- C. Populations étudiées
- D. Principaux résultats obtenus
 - 1. Études sur le traitement et le réadaptation
 - 2. Études à caractère socio-culturel
 - 3. Évaluation des modes thérapeutiques
- E. Études à entreprendre

Études théoriques

- A. Traitement des alcooliques

- B. [Centres de traitement](#)
- C. [Ressources et techniques thérapeutiques](#)
- D. [Évaluation des modes thérapeutiques](#)

[Critiques et recommandations des auteurs](#)

V. [Études préventives](#)

[Études expérimentales](#)

[Études théoriques](#)

- A. [Sensibilisation des divers publics](#)
- B. [Dépistage précoce des cas et formation d'un personnel spécialisé](#)
- C. [Rapprochement des chercheurs et des praticiens](#)

[Critiques et recommandations](#)

[Conclusion générale](#)

[Bibliographie](#)

- A. [Recherches effectuées au Québec](#)
- B. [Recherches non effectuées au Québec](#)

Gisèle Labrie ¹ et Marc-Adélaré Tremblay (1922 -) ²

Étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval
Anthropologue, professeur émérite, Université Laval

“Études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme : inventaire des travaux disponibles au Québec depuis 1960”

Un article publié dans la revue **Toxicomanies**, vol. 10, no 2, avril-juin 1977, pp. 85-135.

Résumé

[Retour à la table des matières](#)

À partir de vingt-six revues publiées au Québec et de thèses présentées à l'Université Laval depuis 1960, les auteurs dressent un bilan critique des études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme. L'inventaire a été dressé en regroupant les travaux autour de quatre types d'études ; épidémiologiques, étiologiques, cliniques et préventives. Chaque type d'étude comporte une revue commentée des travaux expérimentaux et théoriques ainsi qu'une analyse des principales lacunes à combler. En conclusion, les auteurs énoncent les principes directeurs d'une intervention renouvelée dans le domaine de l'alcoolisme.

¹ Étudiante (Maîtrise) en Anthropologie, Université Laval

² Professeur d'anthropologie et directeur de l'École des gradués, Université Laval, Québec.

Summary

A psycho-socio-cultural study of alcoholism.
A review of published papers in
Quebec since 1960.

Gisèle Labrie
Marc-Adélaré Tremblay

Having reviewed twenty-six journals published in Quebec, the authors establish a critical inventory of psychological and socio-cultural studies of alcoholism published since 1960. The review is built around four types of studies, namely, epidemiological, etiological, clinical and preventive. For each type of study there are extensive comments on empirical and theoretical studies as well as an identification of the main gaps to be filled. In conclusion, the authors formulate the main guiding principles for a renewed public and private action in the field of alcoholism.

Introduction

Objectifs de cet inventaire et méthodologie

[Retour à la table des matières](#)

Le contenu et la disposition de cet article visent deux objectifs complémentaires ; dresser un inventaire des travaux à caractère expérimental et théorique effectués au Québec dans le domaine des aspects psychologiques et socio-culturels de l'alcoolisme et ainsi avoir un meilleur éclairage de l'ensemble des facteurs et populations étudiés, des méthodes utilisées ainsi que des résultats obtenus en vue d'en faire une première évaluation et de formuler des recommandations utiles à d'éventuels chercheurs.

Nous nous sommes limités à recenser seulement les études à caractère psychologique ou culturel portant sur l'alcoolisme effectuées depuis 1960 au Québec, qui ont fait l'objet soit d'articles parus dans 26 revues publiées au Québec ³, soit de thèses de maîtrise ou de doctorat présentées à l'Université Laval. Le recensement des articles parus dans les revues répertoriées a été effectué par le groupe d'étudiants inscrits au cours *d'Anthropologie de la santé* donné à Laval par Marc-Adélar Tremblay lors du trimestre d'hiver 1976. À ce moment, les étudiants

³ Voici, par ordre alphabétique, les 26 revues répertoriées : Action pédagogique, Châtelaine, Communauté chrétienne, Critère, Éducation et Société. Éducation Québec, Hygiène mentale, L'Infirmière canadienne, Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, Interprétation, L'Action nationale, La Revue canadienne de psycho-éducation, La Vie médicale au Canada français, L'Hôpital d'aujourd'hui, Le Maclean, Le Médecin du Québec, L'Union médicale du Canada, Maintenant, Marketing Social, Nous, Prêtres et Laïcs, Québec-Science, Recherches sociographiques, Relations industrielles, Service social, Toxicomanies.

avaient résumé tous les articles traitant des aspects psychologiques et culturels de la santé en général. Pour les besoins de ce bilan, nous n'avons retenu que ceux qui touchaient l'alcoolisme.

À l'ensemble des étudiants (une trentaine) nous exprimons notre reconnaissance. Parmi ceux-ci, il faut mentionner plus particulièrement Diane Cormier, Élisabeth Dehours, Marie-Hélène Dion, Marie-Andrée Leclerc, André Plamondon, Jeanne Roy et France Tanguay, qui en plus d'avoir participé à la cueillette des articles ont préparé un essai couvrant l'un ou l'autre des sujets suivants : *Historique de l'alcoolisme au Québec*, *Les femmes et l'alcoolisme*, et *Le traitement, l'éducation et la prévention*.

Il est à souligner que cet inventaire n'est pas exhaustif. Il aurait fallu constituer une équipe de recherche travaillant sur une plus longue période, les étudiants n'ayant disposé que d'un semestre pour effectuer le dépouillement des revues et recenser les articles traitant du sujet retenu. De plus, il aurait fallu tenir compte de tout ce qui s'est publié au Québec ainsi que des travaux de thèse ou autres accomplis ailleurs dans les centres de recherches et les universités du Québec. Devant la grande variété de sujets d'études, nous avons choisi une méthodologie d'analyse par thèmes d'étude, c'est-à-dire l'épidémiologie, l'étiologie, le traitement et la prévention, subdivisés eux-mêmes selon certaines variables, tels que les facteurs examinés, la population, la méthodologie et les résultats. Quoique cette méthodologie ait un caractère répétitif, elle offre un avantage pour ce premier bilan des études psychosocio-culturelles de l'alcoolisme. Elle permet de mettre en relief les diverses populations en relation avec les variables étudiées. Sur le plan de la comparaison, elle prépare la voie à d'autres travaux et à une comparaison plus rigoureuse.

L'alcoolisme, un problème social

[Retour à la table des matières](#)

« On est six millions, faut se parler » rappelle le slogan publicitaire bien connu, mais, bien sûr, en prenant une bière. La consommation des boissons alcoolisées est devenue un comportement naturel qui fait

partie du décor quotidien. On boit en toute saison : en hiver, pour se réchauffer et en été, pour se désaltérer. On consomme aussi en toute occasion : parce qu'on est heureux ou qu'on se sent malheureux ; pour fêter certains événements avec des camarades ou pour noyer sa solitude ; parce qu'on n'aime pas son travail ou qu'on est surmené à l'ouvrage ; parce qu'on est en chômage ou, tout simplement, parce que c'est devenu une habitude. L'éventail des motivations à la consommation d'alcool est si étendu que les boissons enivrantes sont devenues un palliatif à tous les maux ou un « passe-partout ».

Comme nous le verrons plus loin dans la section traitant de l'épidémiologie, le niveau de la consommation des boissons alcoolisées est élevé au Québec. La consommation excessive d'alcool ici, comme sur le continent nord-américain ou en Europe, est devenue un problème social. Cela tient à deux raisons. En premier lieu, l'alcoolisme entraîne des coûts économiques et sociaux très élevés. De plus les taux croissants d'alcoolisme s'accompagnent de phénomènes de pathologie sociale, tels que les foyers désunis, la délinquance et la criminalité, les désordres psychologiques, etc., ou engendrent ces phénomènes. Il est de plus reconnu que la société exerce une influence sur le type d'alcoolisme qu'elle produit ⁴. Le système socio-culturel définit les modes de consommation d'alcool. Aussi n'est-il pas surprenant de constater une relation entre ceux-ci et les caractéristiques sociales, telles que l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, le statut économique et le lieu de résidence.

La consommation des boissons alcoolisées est un comportement acquis. L'individu doit apprendre des autres où, comment et à quelles conditions il peut obtenir de l'alcool et en consommer. Les modes de consommation des boissons enivrantes sont dictés également par le milieu dans lequel on vit. Toutes ces informations proviennent d'un milieu culturel donné et appartiennent à un mode de vie. D'ailleurs la motivation à boire est en bonne partie un produit de la culture. Les individus réagissent différemment à ces divers stimuli selon leur hérédité, leur état physiologique, leur condition psychologique compte

⁴ Cette affirmation ne vise pas à sous-estimer l'importance des facteurs génétiques et héréditaires. Elle souligne le rôle de la société en tant qu'agent d'apprentissage à la vie sociale et de transmission des valeurs.

tenu des normes admises ou tolérées dans le milieu social où ils évoluent. Chez les individus dont le système psychologique de défense est faible, par exemple, et qui, en plus, sont soumis à toutes sortes de contraintes familiales et sociales, l'alcool représente souvent un instrument d'évasion et de fuite dans l'irréel⁵. C'est la répétition de ce scénario qui, à la longue, suscite l'habitude et crée la dépendance. Tous les cliniciens sont d'accord pour souligner les difficultés de rééducation dont les finalités premières consistent à libérer l'individu de cette dépendance instrumentale et à restaurer sa confiance dans ses propres possibilités. Ces objectifs sont poursuivis en utilisant différentes techniques où le climat d'amitié et d'estime, entre autres, permet à l'individu de s'exprimer plus librement et à renouer connaissance avec un « moi » physique, affectif et socio-culturel revalorisé. Il ressort des études recensées que la dimension psycho-sociale de l'alcoolisme retient de plus en plus l'attention. Cela veut dire que les chercheurs en élaborant des études sur la thérapeutique de l'alcoolisme accordent une importance primordiale au milieu socio-culturel puisque la réinsertion sociale de l'alcoolique tout comme la compréhension des processus de transformation de la société tendant à créer des milieux de vie de plus en plus satisfaisants nécessitent une meilleure compréhension des traditions culturelles et des dynamismes qui les transforment.

Au cours d'une thérapie pour alcooliques doit-on soigner l'individu exclusivement ou insérer la dispensation des soins dans un univers socio-culturel restreint (la famille par exemple) ou même intervenir uniquement sur la société ? En principe, le choix clinique demeure relativement inchangé et s'impose par rapport à des objectifs de traitement à court terme. En poursuivant *cette* problématique on est appelé à ouvrir de plus en plus de cliniques pour traiter un plus grand nombre de patients. C'est là une conception clinique de courte visée. Tant que nous ne connaissons pas mieux les processus étiologiques de l'alcoolisme, n'est-il point essentiel d'étudier les habitudes de consommation d'alcool de populations entières ? Les résultats de ces travaux sur une large échelle permettent de mieux définir les composantes de l'alcoolisme, les caractéristiques génétiques, psychologiques

⁵ La fuite n'est pas nécessairement mauvaise. Henri Laborit en fait la démonstration dans un de ses ouvrages. Cf. *L'éloge de la fuite*, Robert Laffont, Paris, 1976.

et socio-culturelles des alcooliques et les types d'interventions cliniques et sociales à privilégier.

L'alcoolisme fut longtemps conçu comme un problème moral qui relevait de la juridiction des autorités religieuses, qui était de la compétence de l'appareil judiciaire ou qui faisait l'objet de la sollicitude de ceux qui étaient engagés dans des oeuvres sociales. Depuis près d'un demi-siècle l'alcoolisme fait partie de l'univers de la pratique médicale mais selon des conceptions très variées. C'est en 1930 qu'un médecin, Silkworth (Jellinek, 1960), affirma que l'alcoolisme était une maladie, idée qui fut diffusée par l'Association des alcooliques anonymes. Le pionnier québécois de cette conception fut le docteur André Boudreau, ex-directeur général de l'Office de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (Optat) qui est mort prématurément l'automne dernier.

Cette conception de l'alcoolisme-maladie est de plus en plus mise en question par les spécialistes des sciences humaines et même par certains cliniciens. Le docteur Marcoux (1975b), par exemple, est convaincu qu'en considérant l'alcoolique comme un malade, le thérapeute crée une relation traitant-traité qui se bâtit sur les conséquences de la consommation abusive d'alcool sans faire ressortir les causes profondes pour lesquelles l'alcoolique a adopté cette conduite.

Historique de l'alcoolisme au Québec

La consommation d'alcool en Nouvelle-France

[Retour à la table des matières](#)

L'alcoolisme au Québec n'est pas un phénomène nouveau. En effet, déjà au début de la fondation de la Nouvelle-France, les autorités religieuses condamnaient ouvertement l'alcoolisme. Les colonisateurs du Québec consommaient des liqueurs enivrantes en grande quantité (Vachon, 1968, 1969) et fabriquaient de la bière. L'établissement des premières brasseries remonte à 1620 (Boivin, 1972).

Vers 1660, la consommation excessive d'alcool était à l'origine de troubles sociaux et même, affirme-t-on, de la grande pauvreté des habitants. On consommait beaucoup et on buvait « mal » : dans les cabarets, au dire du gouverneur Denonville, c'était une coutume pour tous les buveurs d'ingurgiter une chopine ou une pinte d'eau-de-vie après avoir consommé du vin. Hommes et femmes s'enivraient sans retenue aucune (Boivin, 1972).

Les débits de boisson se multiplièrent rapidement. À Québec, en 1716, on en dénombre 24 pour une population de 2 100 âmes, soit un cabaret pour 88 habitants. Il y avait dix cabarets pour trois cents personnes à Neuville en 1741 (Vachon, 1968).

Durant cette période, la consommation excessive de boissons enivrantes appelée « ivrognerie » était conçue comme une faute morale que l'Église réprimandait sévèrement. L'Église châtiait les ivrognes en refusant de leur donner les sacrements et de les enterrer religieusement. La vente de l'eau-de-vie en 1660 est considérée comme un pé-

ché mortel et monseigneur de Laval décida d'excommunier ceux qui en faisaient la traite.

En désaccord avec les autorités religieuses, les chefs civils prirent des positions contraires. Talon, en 1666, donna l'ordre d'enlever toutes les restrictions sur la vente des spiritueux. Quant à Frontenac, grand buveur lui-même, il encouragea celle-ci, stipulant que ce commerce était nécessaire au bon équilibre du trésor et permettait de stimuler le développement industriel.

Les luttes anti-alcooliques

[Retour à la table des matières](#)

Les luttes anti-alcooliques ont marqué l'histoire du Québec (Bernard, 1968). Désirant édifier sur cette terre de la Nouvelle-France une société religieuse, les autorités ecclésiastiques ont combattu avec véhémence l'ivrognerie encouragée par les trafiquants d'eau-de-vie. En dépit des restrictions morales et des sanctions sévères qui frappaient les transgresseurs, les habitants du Québec se distinguèrent par leurs habitudes de consommation excessive des boissons alcoolisées.

À l'instar des États-Unis où existent des tendances analogues dans certaines régions, s'amorça au Québec au début des années 1840 une croisade de tempérance. C'était la première campagne structurée anti-alcoolique au Québec et elle obtint un succès sans précédent qu'il faut attribuer au pouvoir charismatique et au style de prédication des principaux promoteurs, à l'emprise du clergé sur la population ainsi qu'à la pression contraignante des croyances religieuses et à l'insécurité économique. La vertu de tempérance devint un élément d'importance primordiale de l'idéologie nationale des Canadiens d'expression française. La lutte dura une décennie pour perdre ensuite son intérêt.

Une deuxième campagne de tempérance, dont un des éléments importants fut la parution de la revue *La Tempérance*, débuta en 1905. L'objectif de cette revue spécialisée était de compléter l'œuvre des missionnaires (ou apôtres) de la tempérance. Dès 1907, sous l'inspira-

tion de nombreux laïcs qui endossaient le mouvement, il s'organisa dans les différentes régions du Québec des lignes anti-alcooliques ayant pour fonction de promouvoir l'enseignement antialcoolique, de soutenir les sociétés de tempérance, de préparer et proposer des mesures législatives propres à enrayer ce fléau et de contraindre le gouvernement à en assurer l'application.

De 1916 à 1920, emportée par son propre élan et influencée par le mouvement prohibitionniste mondial concomitant à la première guerre mondiale, la croisade anti-alcoolique poursuivit vigoureusement sa campagne pour l'abolition totale du commerce et de l'usage de toute boisson alcoolique. En 1918, neuf municipalités sur 10 sont prohibitionnistes. D'ailleurs, au cours de la même année le gouvernement Gouin fit voter la loi de la prohibition générale. Malgré ces restrictions législatives, la consommation immodérée de l'alcool ne cessa de s'accroître. En 1921, le nouveau premier ministre Taschereau fit sanctionner la Loi des liqueurs de la Province de Québec qui assurait au gouvernement un contrôle absolu sur le commerce des vins et des spiritueux.

Ce bref aperçu historique sur les habitudes de consommation des Québécois met en relief le rôle prépondérant du clergé dont l'ascendant moral ne fut pas toujours pleinement opérant. C'est au nom des valeurs religieuses et morales et au nom des traditions nationales à ennoblir que l'Église prend la direction du mouvement de tempérance. L'alcool est défini comme un poison corporel, spirituel et social. Par voie de conséquence, les effets désastreux de l'alcoolisme se répercutent d'abord sur l'individu dont il ruine le corps, avilit l'esprit et ternit l'âme, puis sur la famille et, enfin, sur la société et la race toute entière. Voilà les trois traits dominants de l'alcoolisme à cette époque.

L'abstinence totale est vue comme le seul moyen d'enrayer le mal et de sauver la religion catholique et la race. Élités religieuses et politiques ont uni leurs efforts pour réduire les méfaits de l'alcoolisme, les unes en arborant la croix noire de la tempérance, devenue le symbole du courage, du sacrifice et de la mortification chrétienne, les autres, en promulguant une législation prohibitionniste.

Depuis la campagne amorcée en 1905, l'action anti-alcoolique est demeurée une préoccupation constante. Jusqu'au tout début de la « révolution tranquille » (1960) l'action préventive vis-à-vis des méfaits de l'alcool est demeurée entre les mains des autorités religieuses. C'est en 1963 que le gouvernement libéral de Lesage créa le Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme qui se transforma en 1966 en Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (Optat) afin d'assurer de meilleurs services à la clientèle. En plus de fonder de nouveaux centres de traitement, l'Optat a créé un centre de documentation en pathologie sociale, constitué une équipe de recherche qui a entrepris plusieurs études scientifiques sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies (Optat, 1971a, 1971b et 1972f) et éduqué divers publics en collaboration avec d'autres organismes grâce à son équipe d'éducateurs et d'agents d'information. L'Optat a organisé, en collaboration avec l'université de Sherbrooke, des cours d'été (Optat, 1972a, 1972c, 1974a) portant sur les toxicomanies en général et, avec l'appui de la Commission scolaire de Montréal, a entrepris une action préventive contre l'alcoolisme dans le milieu scolaire (Optat, 1972d). De plus l'Optat a organisé des séances d'information (Optat, 1973c) et participé à diverses rencontres et colloques (Marcoux, 1970b).

Depuis 1962 le Québec a investi de fortes sommes d'argent dans le traitement et la prévention de l'alcoolisme. Parallèlement à ces efforts gouvernementaux, les Québécois dépensent de plus en plus chaque année (en dollars constants) pour l'achat de bière, vins et spiritueux. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les jeunes mélangent alcool et drogues, que les femmes absorbent médicaments et boissons alcooliques et que beaucoup plus d'individus recherchent des « paradis artificiels ».

Si l'on tient compte de l'ensemble des ouvrages et articles publiés au Québec dans ce domaine, on note qu'aucune étude n'analyse le phénomène de l'alcoolisme dans sa globalité ni sur une base longitudinale en utilisant une tranche de temps quelque peu significative. De tous les travaux recensés, certains sont des thèses de maîtrise ou de doctorat, d'autres sont des articles parus dans des revues publiées au Québec. Une seule étude, *L'alcool chez les jeunes Québécois*, (Fattah et coll., 1969) a été publiée sous forme de monographie.

Études épidémiologiques

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous le mentionnions plus tôt l'alcool est omniprésent dans nos sociétés modernes. Les messages publicitaires en ont fait un symbole de force et de maturité, un instrument indispensable d'amitié, de réjouissance et de communication. Le nombre de buveurs ne cesse d'augmenter au point que l'alcool est devenu un problème de santé publique. Alors qu'en 1960, 67 pour cent des canadiens adultes étaient des consommateurs d'alcool, ce pourcentage s'élève à 80 pour cent en 1968 et continue de s'accroître ⁶.

Les nombreuses conséquences socio-médicales de l'alcoolisme se répercutent dans tous les univers d'existence : la famille, l'école et les milieux de travail. C'est un champ particulièrement difficile à prospecter et à cerner. En effet, la conceptualisation théorique des phénomènes épidémiologiques ne peut éviter de poser des jugements de valeur. Certains concepts tels qu'ébriété, alcoolisme, normalité, pathologie, etc., se réfèrent à des schémas de pensée et à des systèmes d'attitudes liés à la culture dominante. C'est à cette question d'ambiguïté conceptuelle que se réfère Laforest lorsqu'il écrit : « Les recherches socio-épidémiologiques peuvent réellement servir aux fins de la justice sociale en inspirant des mesures de privation des groupes sociaux défavorisés, le danger subsiste que, sous le couvert de la science, ce type de recherche valorise les idéaux des groupes dominants (Laforest, 1968b) ». L'opérationnalisation des concepts est certes une des phases des plus critiques dans les études expérimentales en sciences humaines puisqu'elle donne accès à la réalité à observer et permet la média-

⁶ Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1973, p. 378.

tion instrumentale. Cela est particulièrement vrai des études épidémiologiques sur les groupes d'alcooliques. Llopis et Santo-Domingo proposent une classification originale de type tridimensionnel en utilisant les facteurs qui sont à l'origine de l'habitude alcoolique, les modalités de la consommation et les conséquences toxiques de l'alcool (Llopis et Santo-Domingo, 1971).

Études expérimentales

[Retour à la table des matières](#)

À l'occasion de nos travaux d'inventaire dans le domaine des toxicomanies, il nous est vite apparu que les chercheurs ont accordé leur préférence au « phénomène-drogue ». Les recherches sur l'alcoolisme demeurent relativement rares. Il nous est difficile d'offrir une explication contrôlée. Il se peut que les drogues, par l'aspect spectaculaire de leurs manifestations, retiennent davantage l'attention. Peut-être, aussi, comme le mentionne Trudel, l'alcool est-il perçu comme la plus respectable des drogues (Trudel, 1974). Toute autre hypothèse serait aussi valable que les deux précédentes.

A. Facteurs étudiés

Les études épidémiologiques sont peu nombreuses et l'éventail des facteurs examinés se limite à quelques situations. Dressons-en l'inventaire : 1° la mesure de la fréquence de l'alcoolisme chez certaines populations du Québec (Laforest, 1972 ; Murphy et Beauchesne, 1972) ; 2° l'alcoolisme et les accidents routiers (Giguère, 1972) ; 3° la fréquence de l'alcoolisme chez les jeunes (Fattah et coll., 1969) ; 4° l'alcoolisme chez la femme (Limoges, 1966) ; 5° la déviance alcoolique (Laforest, 1974a, 1975) ; 6° les modèles de consommation d'alcool en fonction des milieux socio-culturels (Desrochers, 1968) ; et 7° les caractéristiques de la population des centres de traitement pour alcooliques (Gosselin, 1972, 1973).

B. Méthodes utilisées

[Retour à la table des matières](#)

Les quelques auteurs québécois qui ont entrepris des études épidémiologiques les ont réalisées à l'aide de la technique de l'enquête sur échantillon (le questionnaire) soit pour établir des taux épidémiologiques (prévalence de cas d'alcoolisme à un moment donné dans un territoire particulier) (Gosselin, 1972, 1973 ; Murphy et Beauchesne, 1972), soit pour construire des modèles de consommation (Desrochers, 1968), soit pour décrire la situation de l'alcoolisme chez les jeunes (Fattah et coll., 1969). L'étude de Laforest sur la prévalence de l'alcoolisme dans la région du Bas Saint-Laurent (Laforest, 1974a, 1975) est certes la plus complète de toutes tant par sa profondeur théorique que par sa précision méthodologique. L'auteur utilise la théorie sociologique de l'anomie qu'il opérationnalise en s'appuyant sur les travaux de Jessor et de ses collaborateurs (1968) qui, eux-mêmes, avaient réussi à intégrer les éléments conceptuels des perspectives théoriques sur l'anomie élaborée par Merton (1957) et Durkheim (1961). À ces études il faut ajouter un article de Laforest dans lequel il se sert de la formule Jellinek afin de déterminer l'importance de l'alcoolisme à l'échelle du Québec tout entier (Laforest, 1972).

C. Populations-cibles

Les études sur l'alcoolisme ont été menées dans les milieux ruraux plutôt qu'urbains et ont porté sur des populations d'ascendance française, de sexe masculin et de religion catholique. Murphy et Beauchesne ont recueilli, dans une petite ville et trois municipalités rurales, les noms des personnes ayant manifesté un ou plusieurs des neuf comportements anormaux associés à l'alcoolisme (Murphy et Beauchesne, 1972). Laforest, pour sa part, a recueilli ses informations auprès d'un échantillon de 519 chefs de famille de sexe masculin choisis au hasard dans 12 paroisses de la région du Bas Saint-Laurent identifiées à partir d'un modèle d'échantillonnage stratifié (Laforest, 1974a, 1975). C'est auprès des 25 chefs de famille de milieu rural et 25 autres

de milieu urbain que Desrochers a recueilli des données pour la construction de ses modèles de consommation (Desrochers, 1968). L'enquête sur les jeunes en provenance du milieu ouvrier a été faite dans trois écoles de métiers de Montréal auprès de 313 garçons de la région métropolitaine de Montréal (Fattah et coll., 1969). Quant à Gosselin, il a recueilli ses données en utilisant 3 543 dossiers cliniques des centres de traitement pour alcooliques.

Plusieurs lacunes apparaissent à première vue : il ne saurait être question de les identifier toutes. Qu'il suffise de mentionner les deux plus importantes. Aucune étude d'envergure ne se rapporte à des populations urbaines où les caractéristiques d'ethnicité, d'affiliation religieuse, de langue et de localisation sont hétérogènes. On note, au surplus, qu'aucune étude épidémiologique n'a été entreprise auprès des femmes ni non plus auprès des gens âgés. Voilà pourtant des variables tout à fait essentielles à la compréhension des taux épidémiologiques différentiels selon ces diverses caractéristiques socio-culturelles et de l'influence de la culture et des expériences de vie sur les processus étiologiques de l'alcoolisme.

D. Bilan des résultats

[Retour à la table des matières](#)

À l'exception de l'étude de Laforest qui vise à vérifier une hypothèse de départ qui s'insère dans un schéma conceptuel d'ensemble, les autres études épidémiologiques sont descriptives et à caractère d'exploration.

Gosselin présente ses données numériques dans des tableaux établis pour chacune des données des cliniques et pour l'ensemble. Il commente et compare les caractéristiques des populations alcooliques des diverses cliniques afin de dégager les similitudes et les différences (Gosselin, 1973).

En examinant l'influence des facteurs socio-culturels sur les modèles de consommation d'alcool auprès des chefs de famille de milieu

rural et de milieu urbain, Desrochers conclut que les caractéristiques démographiques et sociologiques des deux milieux choisis s'avèrent différentes (Desrochers, 1968). Il en est de même des modèles de consommation, des habitudes de consommation et du type d'alcoolisme existant dans les deux milieux. Le rural consomme moins souvent ou occasionnellement, boit en grande quantité chaque fois qu'il le fait et perd plus souvent la maîtrise de ses décisions. Le citadin, au contraire, boit en petite quantité chaque fois qu'il le fait mais ses consommations sont fréquentes, régulières et habituelles, d'où une tendance possible à une consommation de type pathologique. Pourtant le degré de prévalence de l'alcoolisme dans une petite ville étudiée (Murphy et Beauchesne, 1972) est de 32 pour 1 000 tandis que ce taux s'élève à 65 pour 1 000 dans les communautés rurales étudiées par les mêmes auteurs. Nous sommes en présence de résultats divergents que seules des études plus nombreuses pourraient élucider. En uniformisant les moyennes pour les deux types de milieux étudiés, Murphy et Beauchesne établissent le taux épidémiologique à 2 500 alcooliques pour 100 000 de population.

Appliquant la théorie de l'anomie au contexte rural québécois qu'il stratifie en deux classes socio-économiques, celle des privilégiés et celle des défavorisés, Laforest distingue la prévalence épidémiologique de la déviance alcoolique et de son aggravation (Laforest, 1974a).

La strate des privilégiés possède un nombre relativement plus grand de consommateurs excessifs que celle des défavorisés, mais en revanche, elle est soumise à des conditions plus aiguës d'anomie. Les résultats tendent à démontrer qu'un haut niveau d'anomie associé à la faiblesse des mécanismes de contrôle social, contribuent davantage à justifier la déviance alcoolique qu'une disjonction psychologique aiguë. On explique mieux la déviance alcoolique chez les défavorisés par l'association de l'anomie et d'un faible statut socio-économique tandis que chez les privilégiés c'est l'exposition aux modèles déviants qui est à l'origine de l'aggravation de la déviance alcoolique. La disjonction psychologique ainsi que le sentiment d'isolement social, en tant que variables psychologiques, agissent d'une manière secondaire. Cette étude est la première à utiliser la théorie de l'anomie pour expliquer le processus d'aggravation de la déviance alcoolique.

Par leur étude sur un groupe de jeunes québécois, les membres d'une équipe de chercheurs du Département de criminologie de l'Université de Montréal (Fattah et coll., 1969) visaient davantage à suggérer de nouvelles pistes de recherche qu'à formuler des conclusions générales sur l'ensemble des jeunes vivant au Québec. Les sujets, dont la moyenne d'âge est de 18 ans ont été divisés en deux groupes : les buveurs excessifs (19 pour cent) et les buveurs occasionnels (77 pour cent (7)). L'étude peut être résumée dans les six points qui suivent :

- 1° La première consommation survient à l'âge moyen de 14 ans chez les buveurs excessifs comme chez les buveurs occasionnels ;
 - 2° L'âge d'initiation à la première consommation peut être avancé par les modèles de conduite de la mère ou retardé par l'attitude des parents. Le milieu de résidence, la grandeur de la famille, le statut professionnel du père et son style de consommation n'influencent pas l'âge de la première consommation d'alcool ;
 - 3° La bière est la boisson préférée des jeunes ;
 - 4° Les motivations qui sont à l'origine de la première consommation sont d'ordre social, psychologique et physiologique ;
 - 5° L'initiation se fait en groupe soit en famille soit avec des pairs, le futur buveur-problème ayant tendance à préférer ce cadre social ;
 - 6° L'initiation poussée jusqu'à l'ivresse est beaucoup plus fréquente chez ceux qui, à l'adolescence, deviennent des buveurs excessifs.
7. Les autres, soit quatre pour cent, sont des abstinents.

E. Études à entreprendre

[Retour à la table des matières](#)

Le bilan des études expérimentales se rapportant à l'épidémiologie de l'alcoolisme au Québec met en relief leur pauvreté numérique et leur éparpillement. Les études sont trop peu nombreuses et portent, sur des échantillons très dissemblables rendant ainsi difficiles des généralisations ou des analyses comparées. Les lacunes, soit par rapport à des catégories d'âge, des fonctions professionnelles, des univers d'expériences, soit par rapport à des systèmes de valeurs et à des modes de vie sont trop nombreuses pour être même énumérées ici. La plupart des études, à l'exception de la thèse de doctorat de Laforest, sont à caractère exploratoire et manquent de profondeur conceptuelle. L'étude de Laforest innove en ce sens qu'elle découle d'un cadre théorique et qu'elle opérationnalise tout un ensemble de concepts. Les études sur la prévalence de l'alcoolisme utilisent une seule méthodologie pour la collecte des données : il nous apparaît nécessaire de diversifier les techniques d'observation afin d'enrichir la qualité des informations et d'éprouver la validité des données recueillies. On ne note, également, aucune étude longitudinale ce qui empêche l'étude de la dynamique ou de l'évaluation de l'alcoolisme dans des populations données. On est encore loin des études sur l'incidence des alcooliques à un moment donné dans un territoire particulier. De plus, l'analyse des motivations et des comportements de consommation est encore à la phase embryonnaire. Puisque à peu près tout reste à faire dans ce domaine, il est difficile de dresser des lignes de conduite. Le Plan directeur des études sur l'alcoolisme que l'un de nous a conçu il y a près d'une décennie demeure encore valable aujourd'hui (Tremblay, 1968a). Mentionnons, aussi, que les modes thérapeutiques de même que les politiques de prévention ne sauraient effectuer de progrès significatifs tant et aussi longtemps que nous connaissons si peu et si mal les fondements sociaux de l'alcoolisme. Enfin, en Amérique du Nord, les maladies causées par l'alcoolisme viennent au troisième rang derrière les troubles cardiaques et le cancer et le rythme de progression semble constant. Québec se classe derrière l'Ontario avec son taux de 2 500 alcooliques pour 100 000 de population.

Études théoriques

[Retour à la table des matières](#)

Comme il fallait s'y attendre les études théoriques en épidémiologie se comptent sur les doigts d'une seule main, soit : une étude traitant de la question des valeurs dans la définition des concepts normatifs, une étude utilisant la formule Jellinek pour établir une mesure de l'alcoolisme au Québec, et une réflexion sur l'alcool et la femme enceinte.

A. Recherches socio-épidémiologiques et la question des valeurs

L'auteur (Laforest, 1968b) fait la critique des études épidémiologiques nord-américaines fortement imprégnées des systèmes de valeurs de leurs auteurs. Non seulement, comme nous le soulignons plus tôt, ce type de recherche court-il le risque de valoriser les idéaux des groupes dominants en proposant ses normes pour évaluer la normalité mais « la conceptualisation théorique des phénomènes épidémiologiques camoufle à peine cette autre difficulté que pose aux chercheurs le problème des valeurs (Laforest 1968b, p. 281) ». Ayant posé la préalable de la partialité de ce genre d'études, l'auteur utilise le continuum normalité-pathologie pour comparer cinq études épidémiologiques entre elles. Cette analyse comparée l'amène à justifier la nécessité d'accorder plus d'attention au phénomène des valeurs sociales par suite de l'impact qu'elles exercent, par exemple, sur les définitions normatives. L'étiquette « alcoolique » est un jugement de valeur recouvrant une réalité hétérogène multidimensionnelle. De ce fait, c'est une catégorie sans unité réelle en recherche épidémiologique.

B. La formule Jellinek

[Retour à la table des matières](#)

Au cours de cet article l'auteur (Laforest, 1972) explique la formule Jellinek, une méthode de calcul de la prévalence dérivée des statistiques officielles. Cette formule fut mise au point par un Américain, Jellinek, au début des années 1940 et transposée au contexte canadien par Popham (1956) de *l'Addiction Research Foundation of Ontario*. Laforest établissant sa validité s'en sert comme instrument de mesure de l'alcoolisme au Québec. L'opérationnalité de cette mesure peut être réalisée à l'aide des données statistiques quant aux taux des décès attribuables à la cirrhose pour le Québec, de la distribution des alcooliques âgés de 20 ans et plus dans les diverses régions administratives du Québec, selon les groupes d'âge et le sexe, et de la distribution de la population des personnes âgées de 20 ans et plus dans les diverses régions administratives du Québec, en 1971. L'auteur estime à 105 000 le nombre absolu des alcooliques de plus de 20 ans en 1970. Puis, tenant compte de la structure démographique des régions administratives du Québec ainsi que du nombre des alcooliques traités dans les institutions, Laforest répartit les alcooliques par région selon l'âge et le sexe. La formule Jellinek ainsi appliquée, dégage des constatations qui nous éclairent par rapport aux types épidémiologiques sans toutefois nous amener à énoncer des hypothèses sur l'importance étiologique relative des facteurs structurels. Par exemple, l'alcoolisme des femmes tend à s'accroître avec l'importance démographique de la région et les régions les plus industrialisées sont celles où il y a le plus grand nombre d'alcooliques.

C. L'alcool et la femme enceinte

Dans un travail élaboré, Nosal (1976) examine les conséquences épidémiologiques de la consommation de l'alcool et des drogues chez la femme enceinte de manière à lui faire prendre conscience du choix devant lequel elle est placée : l'alcool et la drogue ou la maternité. Après avoir examiné tout un ensemble de réactions qui découlent de l'absorption des drogues, l'auteur met en lumière les répercussions de

l'alcoolisme chronique à court terme sur la croissance physique et la maturation cérébrale, entre autres, qui peuvent se traduire par une malformation congénitale, un mal-développement intra-utérin, un risque accru de mortalité ou de morbidité prénatales. L'étude de ces risques est très bien documentée. À long terme, on présume que les séquelles pourraient être marquantes pour l'individu et se traduire par une perturbation de l'évolution comportementale et de l'élaboration des activités mentales de l'enfant ainsi que par un vieillissement cérébral prématuré. Ces risques à longue échéance pour les descendants de toxicomanes, quoique présumément graves, sont moins bien connus.

Critiques et recommandations

[Retour à la table des matières](#)

Les critiques énoncées par rapport aux études expérimentales s'appliquent *mutatis mutandis* aux études théoriques. Les recherches épidémiologiques effectuées au Québec décrivent la situation générale du phénomène de l'alcoolisme sans faire ressortir les caractéristiques épidémiologiques des groupes ayant des traits sociaux distinctifs. Pour atteindre ce but, les observations devraient porter sur des unités territoriales ou démographiques restreintes et permettre un approfondissement de la situation. La validité des données d'analyse est compromise trop souvent par des difficultés évidentes d'opérationnalisation des concepts et des mesures statistiques auxquelles s'ajoutent celles qui se rapportent à la nature des données statistiques disponibles. Accordons un peu plus d'attention à ces deux éléments.

A. Opérationnalisation des concepts et mesures

La validité des taux épidémiologiques repose sur la conceptualisation de l'alcoolisme et sur les mesures concrètes utilisées pour le révéler. La définition varie selon les disciplines et il existe une zone grise à la frontière du pathologique qui oblige à un jugement subjectif. Lorsqu'un clinicien doit apprécier l'état d'un patient, les questions qu'il se pose sont : Qui est alcoolique, est-ce que ce patient est un alcool-

que, et, dans l'affirmative, à quel moment et comment l'est-il devenu, quelle est la gravité de son état ? Voilà des questions qui nécessitent des évaluations subjectives qui, de ce fait, peuvent varier d'un thérapeute à l'autre ! Le relevé statistique traduira, plus ou moins fidèlement, ces ambiguïtés. Combien de cas anormaux n'accèdent jamais à un traitement quelconque et n'apparaissent donc pas dans la calotte de l'iceberg ! Nous en discuterons plus loin. La définition proposée par Llopis et Santo-Domingo (1971), parce qu'elle se fonde sur une pluralité de critères objectifs, permet une identification plus certaine de l'alcoolique.

La définition de l'alcoolisme de l'Organisation mondiale de la santé découle sans contredit, d'une conception scientifique moderne mais est d'application clinique difficile dans les circonstances habituelles de traitement.

En définitive, ce qui peut paraître simple au profane est, en réalité, un problème épistémologique d'envergure pour le chercheur qui doit construire son étude sur la définition précise de concepts qui, à leur tour, doivent être décomposés en dimensions directement observables dans la réalité. C'est à ce compte seulement que des mesures valides et sûres peuvent être mises au point. On a trop tendance à accepter les statistiques établies ou les données numériques sans les soumettre à une critique rigoureuse ! En épidémiologie, la formule Jellinek est le seul instrument de mesure statistique que l'on possède pour estimer la prévalence de l'alcoolisme chez une population donnée. Les études qui procèdent par sondage n'ont qu'une valeur limitée étant donné « l'ambiguïté du concept « alcoolisme » et la dénégation systématique de ses manifestations par les victimes elles-mêmes (Laforest, 1972, p. 314) ». Elles doivent être associées à des études cliniques Pour acquérir une plus grande valeur. Tant et aussi longtemps qu'on ne disposera pas de mesures plus appropriées, la formule Jellinek demeurera un instrument valable pour évaluer approximativement le contingent des alcooliques dans une population donnée.

B. Source des données statistiques

[Retour à la table des matières](#)

Aux problèmes de conceptualisation et d'opérationnalisation s'ajoutent les problèmes associés aux données statistiques. Les données numériques disponibles tiennent compte exclusivement des cas déclarés et traités en clinique, ignorant ceux qui n'ont jamais reçu de traitement, ceux qui sont morts lors d'accidents et ceux dont la cause du décès est attribuée à un autre facteur que l'alcoolisme. Ces données partielles faussent l'image du taux épidémiologique réel dans une population donnée. Nous sommes encore confrontés en 1977 aux mêmes problèmes conceptuels et méthodologiques qu'il y a un quart de siècle : les travaux épidémiologiques demeureront superficiels tant et aussi longtemps qu'on ne précisera pas avec plus de rigueur la nature du fait observé, les techniques d'observation et de mesure du phénomène. Il est certain, par ailleurs, qu'il serait souhaitable de favoriser la mise sur pied d'un système d'information épidémiologique (Jean, 1972).

Nous avons affirmé plus tôt la nécessité d'entreprendre des études longitudinales, de restreindre l'analyse à des unités territoriales plus petites et de renouveler, dans le cas de sondages, les modèles d'échantillonnage pour tenir davantage compte des caractéristiques socio-culturelles des diverses unités d'observation, car la consommation d'alcool n'affecte pas les diverses couches de la population de la même manière. Finalement, il serait impérieux de mieux connaître les coûts économiques de l'alcoolisme (pour le milieu de travail, les milieux sociaux et surtout pour le milieu familial) en plus de mieux cerner les dépenses qu'entraîne pour l'État ce problème de santé publique.

Études étiologiques

[Retour à la table des matières](#)

L'étiologie de l'alcoolisme est multidimensionnelle (Moss, 1970). L'habitude de consommer de l'alcool créerait, à la longue, une dépendance psychologique à laquelle s'ajouterait, peu à peu, une dépendance physiologique. Mais il s'agit de connaître les facteurs qui amènent l'individu à acquérir l'habitude de la consommation. Ils sont de deux ordres : les facteurs intrinsèques à l'individu, soit le bagage génétique et la personnalité, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement social. Ces derniers facteurs représentent un tout configuratif à l'intérieur duquel on retrouve la famille, l'école, le voisinage, les groupes d'amitié et de parenté, les confrères de travail et de loisirs, en bref tous les éléments de la culture. Ce sont des facteurs auxquels un nombre de plus en plus grand de chercheurs accordent une place primordiale dans l'examen des facteurs étiologiques, qu'il s'agisse du contexte urbain et industriel, de l'affiliation religieuse, de l'identité ethnique ou encore des modes de pression sociale et du seuil de la tolérance. On reconnaît que les facteurs sociaux jouent un rôle prédominant au premier stade de développement de l'alcoolisme.

Études expérimentales

La plupart des études répertoriées ont été entreprises pour obtenir un diplôme universitaire ou en vue de la publication d'un article. La tranche de temps considérée est aussi relativement courte.

A. Facteurs étudiés

Pour les fins de notre inventaire critique, nous nous limiterons à mentionner les études qui ont porté sur les facteurs psychologiques et les facteurs socioculturels, réservant nos commentaires pour le moment où nous discuterons des résultats obtenus.

Deux thèses de maîtrise examinent les facteurs psychologiques : l'une se rapporte aux psychoses alcooliques des vétérans de la seconde guerre mondiale (Gagnon-Bernier, 1965), l'autre, à l'insatisfaction au travail dans la vie de l'alcoolique (Riverin, 1967).

Quant aux facteurs socio-culturels, les études les concernant sont plus nombreuses : a) les déterminants sociaux de l'alcoolisme féminin (Daigneault-Racicot, 1970), b) certaines caractéristiques d'une population de femmes alcooliques hospitalisées (Jacob et Lavoie, 1970, 1971a et 1972b), c) l'étiologie socio-culturelle de l'alcoolisme (Laforest, 1968a, 1974a ; Papillon, 1966), d) le milieu et les modèles de consommation (Charest, 1970), e) l'attitude de tolérance du milieu vis-à-vis de l'alcoolique (Negrete, 1970).

B. Méthodes utilisées

[Retour à la table des matières](#)

Les principales méthodes d'observation retenues par les chercheurs se résument à la consultation de la documentation thérapeutique (dossiers de patients hospitalisés) (Daigneault-Racicot, 1970 ; Gagnon-Bernier, 1965 ; Negrete, 1970 ; Ouellet, 1961 ; Vintze, 1968) et à diverses formes d'entrevues que nous expliquerons, ci-après : entrevues à l'aide d'un questionnaire (Jacob et Lavoie 1970, 1971a, 1971b ; Negrete 1970 ; Ouellet, 1961) ; entrevues centrées enregistrées sur magnétophone (Daigneault-Racicot, 1970 ; Gagnon-Bernier, 1965) ; entrevues d'exploration (Gagnon-Bernier, 1965) et entrevues cliniques (Riverin, 1967).

En ce qui a trait aux outils analytiques, la liste en est vite dressée. Certains travaux à caractère descriptif ont présenté une analyse de contenu des principaux traits caractéristiques des sujets observés (Daigneault-Racicot, 1970 ; Laforest, 1968a ; Negrete, 1970 ; Papillon, 1966 ; Riverin, 1967 ; Vintze, 1968). D'autres ont utilisé des techniques statistiques telles que la moyenne, la moyenne des centiles et le coefficient de contingence en fonction du lieu (Jacob et Lavoie, 1970, 1971a, 1971b). Enfin une recherche à caractère ethnographique

a d'abord dressé une typologie établie selon trois modèles de consommation afin de dégager cinq variables principales explicatives de différences dans les modes de consommation, pour ensuite appliquer ces variables à 13 villages d'une sous-aire culturelle dans le but de montrer l'existence d'une association entre le mode de consommation et le degré d'homogénéité des traits de culture (Charest, 1970).

C. Populations étudiées

[Retour à la table des matières](#)

Tout comme les études épidémiologiques, les études étiologiques ont porté sur des populations difficilement comparables. Si les unes se rapportent à des groupes d'alcooliques traités dans les milieux hospitaliers et cliniques (plus grande homogénéité), les autres concernent des sous-aires culturelles possédant des modes de vie distinctifs.

1. Une étude dans cinq comtés du Bas Saint-Laurent. Sélectionné dans 14 localités de 2 500 habitants et moins, l'échantillon comprend 593 chefs de famille dont les âges varient de 20 à 70 ans. Soixante-quatorze pour cent de ceux qui ont été interrogés consomment des boissons alcoolisées (Laforest, 1974a).

2. Quelques études ont été centrées sur des cliniques de réadaptation pour alcooliques : 80 alcooliques de sexe masculin hospitalisés à Domrémy - Montréal (Vintze, 1968), à la clinique Roy-Rousseau (Pappillon, 1966) ou à Domrémy - Québec (Riverin, 1967) ; 67 alcooliques de sexe féminin hospitalisés à Domrémy - Montréal ou à Domrémy - Québec (Daigneault-Racicot, 1970, Jacob et Lavoie, 1970, 1971a, 1971b).

3. Une étude centrée sur une quarantaine d'alcooliques et de buveurs anormaux d'origine canadienne-française provenant de milieux populaires défavorisés de la région montréalaise qui ont été à un moment donné, soit patients à la clinique Domrémy -Montréal soit clients de la Société de service social aux familles ou de la Société d'orientation et de réhabilitation sociale de Montréal (Vintze, 1968).

4. Une population de 364 individus provenant de trois groupes ethniques différents traités au *Senneville Lodge* (centre résidentiel dans la banlieue montréalaise) venant du milieu anglophone protestant, du milieu anglophone catholique ou du milieu francophone catholique (Negrete, 1970).

5. Une étude de 13 villages de la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent. Après avoir reconstitué brièvement les conditions écologiques du milieu ainsi que le profil démographique de la population, l'auteur (Charest, 1970) dresse une typologie selon laquelle les modes de consommation des villages nord-côtiers se répartissent en trois catégories : excessive, très forte et normale.

6. Une étude de 14 vétérans de la seconde guerre mondiale qui ont dû être hospitalisés durant les années 1960 à 1965 (Gagnon-Bernier, 1965).

D. Résultats

1. Facteurs socio-culturels

a) Déterminants sociaux de l'alcoolisme chez la femme

[Retour à la table des matières](#)

Deux travaux, en l'occurrence deux thèses de maîtrise, abordent l'étude du milieu de vie d'un groupe de patients alcooliques et arrivent à la conclusion que la famille peut contribuer à l'étiologie de l'alcoolisme (Daigneault-Racicot, 1970 ; Jacob et Lavoie, 1971). Dans une des thèses l'auteur privilégie l'étude des cadres sociaux majeurs ayant façonné les expériences de vie des patientes (famille d'origine, école, milieu de travail et milieu de vie) pour conclure que « le milieu familial d'origine et le milieu familial actuel (pour la femme mariée) sont les deux milieux qui influencent le plus le développement de l'alcoolisme chez la population étudiée (Daigneault-Racicot, 1970, p. 119) ». L'autre thèse porte sur le milieu de vie d'un groupe de patientes alcooliques (Jacob et Lavoie, 1970). Elle est centrée sur l'analyse des caractéristiques de la population étudiée ainsi que sur l'importance des fac-

teurs étiologiques liés soit au milieu de vie soit aux modalités de consommation. La conclusion est identique à la précédente.

b) Étude de facteurs qui ont influencé la première consommation de boissons alcoolisées chez un groupe d'alcooliques (Vintze, 1968)

L'expérience de pré-consommation survient durant l'enfance au moment où le jeune prend conscience des boissons alcooliques sans pour autant participer à leur consommation proprement dite. L'âge de la première consommation coïncide avec le désir de connaître, d'expérimenter et de s'affirmer. L'initiation à l'alcool est habituellement faite en l'absence des parents chez des amis. Le rôle de l'initiateur, généralement un autre adolescent plus expérimenté, est prépondérant quant au choix du lieu, de l'heure, du type de boisson ainsi que de la quantité absorbée. Trois critères sont identifiés dans l'étiologie de la première consommation de boissons alcoolisées soit l'influence de groupe d'amis, l'absence d'adultes et le désir de s'affirmer.

c) L'alcoolisme dans le Bas-St-Laurent

L'objectif de cette étude effectuée dans une sous-aire culturelle du Québec était d'apprécier l'importance des facteurs liés au mode de vie dans le processus de modelage du comportement de consommation et de formation des attitudes vis-à-vis de la consommation d'alcool (Laforest, 1968a, 1974a). La consommation d'alcool atteint son plus haut niveau dans les localités où l'urbanisation est la plus avancée. Toutefois, c'est dans les communautés les plus défavorisées économiquement que se retrouve la plus forte proportion de névrosés susceptibles d'adopter une attitude pathologique à l'égard de l'alcool. L'auteur aurait encore à vérifier dans quelle mesure on y retrouve aussi une fréquence plus élevée de cas pathogènes.

d) Milieu et modèles de consommation

C'est une étude comparative portant sur le rôle des influences culturelles sur le niveau de tolérance vis-à-vis de l'alcool (Negrete, 1970). L'auteur veut apprécier l'influence de l'identité culturelle sur l'intégration sociale de l'alcoolique. Pour ce faire, il utilise deux variables : le degré d'incapacité physique tel qu'il se manifeste dans les

symptômes de la dépendance physiologique et le niveau de désorganisation de la personnalité tel qu'il apparaît dans le diagnostic psychiatrique. L'enquête montre qu'il existe des différences dans les attitudes des trois groupes ethniques vis-à-vis de l'alcoolique. Les anglophones protestants voient dans la consommation excessive un comportement anti-social. Ils sont exigeants en ce qui concerne le rendement au travail du consommateur abusif. Les anglophones catholiques, pour leur part, tolèrent mieux que les autres les consommations excessives mais s'inquiètent de comportements entraînant des difficultés dans les relations interpersonnelles et familiales. Quant aux francophones catholiques, ils valorisent la modération et sont préoccupés par les conduites qui suscitent des difficultés dans les rapports interpersonnels et les relations familiales.

e) Étude des 13 villages de la Basse-Côte-Nord

Ayant dégagé les principales variables de la consommation, Charest (1970) établit trois types de consommation. Puis il choisit cinq facteurs culturels qui influent sur la consommation d'alcool (soit le mode de peuplement, l'origine ethnique et la langue parlée, la démographie, le contrôle social et le leadership et l'affiliation religieuse) afin de comparer les communautés nord-côtières par rapport à leur degré d'homogénéité. Il note qu'il existe une relation significative entre le mode de consommation d'alcool et le degré d'homogénéité de ces villages.

L'analyse de l'importance des facteurs socio-culturels dans l'étiologie de l'alcoolisme met en relief deux types de préoccupations qui se traduisent par des approches différentes. L'une met l'accent sur l'individu qui entre en interaction avec certains agents socialisateurs de son milieu (membres de la famille ou du groupe d'amis) tandis que l'autre privilégie les caractéristiques démographiques et socio-économiques du milieu. Tandis que les travailleurs sociaux et professionnels de la santé préfèrent l'approche interactionnelle, le sociologue et l'anthropologue choisissent une approche macro-sociologique afin de mieux rendre compte de l'impact d'un climat socio-culturel anémique sur les modèles de consommation. Ce sont, d'ailleurs, deux perspectives qui, utilisées en même temps, se complètent l'une l'autre.

2. Facteurs psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Nous considérerons deux études particulières, l'une sur les vétérans de la guerre et l'autre sur l'insatisfaction au travail des alcooliques.

a) Réaction pathologique à l'alcool et la guerre chez les vétérans de la guerre de Corée et de la dernière guerre mondiale (Gagnon-Bernier, 1965)

L'auteur avance l'hypothèse de recherche que l'expérience de la guerre est un facteur précipitant de l'alcoolisme et que la psychose alcoolique est le résultat d'une mésadaptation psycho-sociale d'après-guerre, c'est-à-dire qu'elle est un mécanisme de compensation à l'insécurité et à l'insatisfaction.

Les données utilisées permettent de vérifier l'hypothèse centrale : l'expérience militaire agit comme facteur de déclenchement de l'alcoolisme. Mais elles illustrent aussi le fait que le milieu familial avait été un terrain prédisposant aux troubles de la personnalité et que les sujets ont été instables au moment de la fréquentation scolaire. L'instabilité manifestée en bas âge et à l'école réapparaît, sous diverses formes, au moment de l'après-guerre.

b) Insatisfaction au travail et alcoolisme (Riverin, 1967)

L'objectif de cette recherche consiste à examiner s'il existe une relation entre l'insatisfaction au travail et l'alcoolisme. Dans l'affirmative, il s'agit d'analyser la nature, le sens et la portée de cette relation, de dégager, comment et pourquoi l'alcool est apparu comme la voie la plus facile pour réduire les tensions et les frustrations occasionnées par l'insatisfaction au travail et, finalement, d'étudier, si possible, les relations qui pourraient exister entre l'insatisfaction au travail et le défaut d'une orientation systématique et objective chez l'individu. L'hypothèse de travail établit une relation entre l'alcoolisme et l'insatisfaction au travail. De plus il y aurait chez les sujets de l'enquête une tendance

commune à être insatisfaits au travail et à vivre au même niveau des besoins.

Utilisant la théorie des besoins de Maslow pour évaluer la nature des besoins de chaque sujet (14) de l'enquête, le chercheur obtient les résultats qui suivent. Il existe chez les sujets une tendance commune à vivre au même niveau des besoins : neuf peuvent être classés comme vivant au niveau des besoins physiologiques et cinq, à celui de l'estime et du respect. L'insatisfaction au travail, sans être un facteur causal direct, est un terrain favorable qui prédispose à l'alcoolisme. Les véritables causes sont antérieures à l'attitude des sujets vis-à-vis de leur travail. D'après l'auteur, la société serait en mesure d'atténuer la gravité de la situation en amenant l'individu à une meilleure connaissance de lui-même et du monde du travail. Le conseiller en orientation est en mesure de jouer un rôle utile dans la réadaptation de l'alcoolique. En un mot la réhabilitation de l'alcoolique devrait s'appuyer sur une meilleure adaptation professionnelle du travailleur (Riverin, 1967, p. 49). L'auteur suggère, enfin, que d'autres chercheurs vérifient l'hypothèse suivante. En plus de nuire à la satisfaction des besoins psychologiques et de sécurité, le chômage empêche aussi la satisfaction des besoins d'estime de soi-même, de prestige et d'auto-accomplissement et, par extension, le besoin d'appartenance et d'amour.

E. Études à entreprendre

[Retour à la table des matières](#)

Il nous est à peine nécessaire de souligner la pauvreté de nos connaissances par rapport aux facteurs étiologiques de l'alcoolisme. Les quelques études recensées sont loin d'apporter les réponses nécessaires à une meilleure compréhension du phénomène. Cela est tout autant dû au nombre restreint des études qu'à leur caractère fragmentaire. Les études ne doivent pas se limiter aux alcooliques ou aux buveurs excessifs mais porter tout autant sur des populations dont la consommation est modérée. Ce sont les buveurs modérés d'aujourd'hui qui seront, peut-être, les consommateurs excessifs de demain. La problématique de ces études devrait être élargie pour intégrer élé-

ments de la personnalité, expériences de vie et cadres sociaux et permettre d'obtenir ainsi une connaissance plus exhaustive des conduites individuelles et des processus étiologiques. Le genre d'études à entreprendre en tenant compte des contraintes théoriques et des univers d'observation demeurent sensiblement ceux-là mêmes que l'un de nous suggérait il y a 10 ans (Tremblay, 1968a, pp. 134-141) à savoir : les modèles de consommation d'alcool, les déterminants sociaux de l'alcoolisme et les conséquences psychologiques et socio-culturelles de l'usage d'alcool. À ces études il faudrait ajouter celles se rapportant à la personnalité des individus susceptibles de devenir alcooliques et celles concernant l'interaction des facteurs psychologiques et des facteurs socioculturels dans le déclenchement de l'alcoolisme. Il faudrait analyser aussi dans quelle mesure et dans quelles conditions les transformations sociales et les changements dans les conditions de vie de l'individu bouleversent les modèles de consommation et suscitent des habitudes « anormales » de consommation. Mello et Mendelson (1971) ont, en effet, noté qu'une série d'études effectuées aux États-Unis avait vérifié l'hétérogénéité des modèles de consommation chez les alcooliques et la rapidité des changements que subissent ces modèles chez les individus eux-mêmes.

Ces quelques suggestions suffiront, nous semble-t-il, à mieux concevoir à l'avenir les études étiologiques et à mieux les orienter par rapport aux objectifs fondamentaux qu'elles doivent poursuivre.

Études théoriques

[Retour à la table des matières](#)

Afin de mieux comprendre les études théoriques de l'étiologie, nous les avons regroupées selon trois critères de classification : 1° les études de la personnalité de l'alcoolique (Coulon, 1974 ; Drolet, 1972) ; 2° les études des mécanismes psychodynamiques de l'alcoolisme (Fattah, 1970 ; Negrete, 1973, Neidhart, 1971) ; 3° les modèles de consommation relatifs à des facteurs socio-culturels (Hamelin et coll., 1973 ; Laforest, 1975). C'est dans cet ordre que nous les examinerons.

A. Personnalité de l'alcoolique

[Retour à la table des matières](#)

Diverses études psychologiques ont montré que l'estime de soi est une dimension du concept de soi très motivante pour l'individu. On note, en général, chez la personnalité de l'alcoolique un affaiblissement de l'estime de soi qui décroît au moment de l'absorption de l'alcool. Quelques chercheurs américains, note Drolet (1972) ont énuméré certaines caractéristiques de la personnalité alcoolique : image corporelle négative, non-acceptation de soi, écart entre le soi idéal et le soi réel, non-actualisation, difficultés dans les relations sociales. L'auteur formule, ensuite, des hypothèses qui devront être soumises à de nouvelles vérifications expérimentales :

1° L'alcoolique se caractérise par un bas niveau d'estime de soi ;

2° Les dimensions « relations sociales secondaires » et « actualisation de soi » ont, avec l'estime de soi de l'alcoolique, un degré de corrélation supérieur à celles liées aux dimensions « soi physique », ces dernières ayant un degré de corrélation supérieur aux dimensions « soi idéal » et « résistance au stress » ;

3° Sauf pour les dimensions « critiques de soi » et « relations sociales secondaires », où la relation avec l'estime de soi des alcooliques est négative, les autres dimensions considérées ont une corrélation positive.

Le profil de la personnalité alcoolique de la femme serait différent de celui de l'homme (Coulon, 1974). Ces divergences sont attribuables à des différences biologiques et psychologiques entre les sexes. La femme devient alcoolique plus tardivement que l'homme soit vers l'âge de 35 ans et plus (au moins dans 80 pour cent des cas). Les facteurs invoqués pour expliquer son alcoolisme sont l'influence familiale, le sentiment de discrimination, le sentiment de diminution face au mari, la stérilité, un choc, la dépression nerveuse et la mort d'un

être cher. En général, la femme alcoolique est mariée et mère de famille. Elle boit en secret et fait usage des boissons alcooliques comme d'une drogue susceptible de réduire son angoisse.

B. Mécanismes psycho-dynamiques

[Retour à la table des matières](#)

Quelques études étiopsychologiques se servant des modèles de la psychologie de l'apprentissage ont permis de constater que l'alcoolisme est d'une part un conditionnement et d'autre part une dislocation dans la dynamique des comportements émotionnels (Negrete, 1973). Ce sont les stimuli conditionnés et non les stimuli primitifs qui provoquent le comportement appris. Une fois installé, l'alcoolisme agit sur l'univers émotionnel de l'alcoolique et de ses proches. Parfois il est victimogène ou criminogène (Drolet, 1972). En effet, l'alcoolique, par ses habitudes de consommation, est plus enclin que des individus normaux à devenir une victime du crime ou même, dans certains cas, à agir comme agresseur et à commettre des délits graves. Parmi les divers crimes et délits relevés, notons l'homicide, les blessures corporelles, la mort violente, le suicide, la tentative de suicide, les dommages causés aux biens, le crime sexuel et l'accident de la route. Dans crimes et délits, l'alcool est un agent physique qui agit soit comme facteur de contribution soit comme facteur de précipitation chez les victimes alcooliques. De plus, à longue échéance, l'alcoolisme est une forme à peine voilée de suicide.

Examinant l'influence des facteurs purement psychologiques sur l'alcoolisme, Negrete établit que ces derniers déterminent surtout le commencement d'un usage régulier et abusif de l'alcool mais perdent peu à peu leur influence au fur et à mesure que la dépendance physique à l'alcool s'installe. Toutes les hypothèses formulées pour examiner les mécanismes psychodynamiques « ont un l'idée que l'individu qui abuse de l'alcool s'engage dans un procédé primitif et névrotique d'obtenir du plaisir (Negrete, 1973, p. 151) ». Ce plaisir représente soit une régression orale soit un refuge par rapport à des conflits émotionnels inconscients.

En conclusion, l'étiologie psychologique de l'alcoolisme ne suffit pas à elle seule à expliquer les mécanismes de la dynamique de l'alcoolisme ; il faut recourir à d'autres genres de causes, soit biologiques soit socio-culturelles.

C. Modèles de consommation d'alcool

[Retour à la table des matières](#)

Aux facteurs biologiques et psychologiques, s'ajoutent les conditions socioculturelles qui prédisposent l'individu à consommer des boissons alcoolisées selon des modèles différents qui se traduisent par un *continuum* du buveur occasionnel à l'alcoolique chronique.

Dans leur rapport-synthèse Hamelin, Gagnon et Trudel (1973) ont analysé le comportement alcoolique des Indiens des réserves du Nord de la Mauricie. Le modèle de consommation dans cette réserve comporte la consommation en groupe (clans familiaux), une intoxication rapide en séances irrégulières de consommation de telle sorte qu'on note une absence d'alcooliques chroniques.

L'étude de Laforest sur la déviance alcoolique (Laforest, 1974a) dans le Bas- Saint-Laurent analyse en profondeur les comportements de consommation des chefs de famille de strates économiques privilégiées et défavorisées. L'auteur découvre que les raisons qui poussent les chefs de famille de cette dernière catégorie vers la déviance alcoolique sont un statut socio-économique faible et l'anomie, tandis que la déviance alcoolique des privilégiés est influencée et aggravée par l'exposition à des modèles déviants de conduite. Les modèles de consommation d'alcool dans le Bas- Saint-Laurent varient donc en fonction de la classe sociale d'appartenance des individus.

Critiques et recommandations des auteurs

A. Synthèse des facteurs explicatifs psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Les facteurs étiopsychologiques se rattachent à des conditions individuelles qui ont favorisé une consommation abusive de boissons alcoolisées puis ont graduellement entraîné un alcoolisme chronique.

Tous les auteurs s'entendent pour affirmer qu'il n'existe pas de personnalité prémorbide typique de l'alcoolique. L'alcoolisme est d'une part une habitude acquise par le biais d'un processus d'apprentissage et d'autre part une agression dans la dynamique des comportements émotionnels. L'auto-agression est la base de certaines propositions psychodynamiques dans l'étiologie de l'alcoolisme. Il semble, en effet, que l'alcoolique, en plus d'agresser d'autres individus et de s'agresser lui-même, risque d'être victime d'agressions venant des autres. Pour expliquer la dynamique de ces mécanismes agressifs, certaines théories psychologiques (celle de l'apprentissage, par exemple) postulent que l'alcoolique a été un enfant surprotégé et gavé de récompenses orales par ses parents. À l'âge adulte, manquant de maturité, il s'attend à ce que les personnes de son entourage lui prodiguent les mêmes attentions que ses parents. Frustré dans ses attentes, l'individu réagit par l'hostilité. Ce comportement entraînerait une culpabilisation. Pour se déculpabiliser, l'individu s'auto-punirait d'une manière masochiste par l'intoxication alcoolique. D'autres perspectives psychologiques, cherchant à expliquer la déviance comportementale de l'alcoolique, mettent en avant l'idée qu'il cherche à s'auto-détruire et, qu'au moyen de ce suicide symbolique ou masqué, il désire détruire une autre personne, en l'occurrence, sa mère dont l'image est si importante dans son équilibre affectif (Foster, 1966) et qu'il tient inconsciemment responsable de son état. D'autres courants théoriques s'opposent à cette recherche de coupable. Leurs auteurs affirment que la psychologie doit

rejeter ces vestiges archaïques datant de la civilisation grecque et des religions judéo-chrétiennes pour devenir objective.

En bref, la multiplicité des théories en psychologie diversifie les modèles opératoires et rend difficile la recherche des mécanismes étiopathologiques de l'alcoolisme.

B. Synthèse des facteurs explicatifs socio-culturels

[Retour à la table des matières](#)

Les quelques études effectuées mettent l'accent sur l'influence des groupes d'appartenance et des modes de vie régionaux sur les modèles de consommation d'alcool.

Amiel (1968) affirme que l'alcoolisme est une maladie de la civilisation moderne et que la consommation de l'alcool est encouragée par la publicité commerciale et l'existence de nombreux débits (O'Keefe, 1974) ; McDougall, Rogerson et Whitehead, 1973 ; Whitehead et coll., 1975). À ces facteurs il faut ajouter les nouveaux modes de vie qui engendrent l'angoisse (Fiumara et Fiume, 1972) et qui réduisent de plus en plus la liberté de l'individu. Finalement les dynamismes sociaux ont transformé la fonction de l'alcool. Sa fonction symbolique a presque disparu : l'alcool est devenu un instrument de détente et de plaisir à l'occasion de réunions entre amis. Fouquet (1971) estime que ce sont les facteurs de l'environnement social qui constituent une pré-disposition à l'alcoolisme.

C. Conclusion

La pauvreté des études théoriques sur l'étiologie de l'alcoolisme est plus évidente encore que celle des études expérimentales. Les lacunes que nous avons identifiées chez ces dernières s'y retrouvent sur une plus vaste échelle. Il serait superflu de les répéter ici. Par ailleurs, la prolifération des théories psychologiques entraîne les chercheurs sur trop de pistes de recherche ayant peu de comparaisons entre elles.

Ce bilan critique fait ressortir une constatation majeure : aucune étude n'a établi un cadre de référence qui intégrerait les trois séries de variables pertinentes, à savoir, le biologique, le psychologique et le culturel. Bien au contraire, chaque chercheur œuvre d'une manière solitaire et privilégie le cheminement conceptuel de sa discipline. À l'exception de l'équipe de chercheurs professionnels de l'Optat (aujourd'hui démembré et intégré au Ministère des affaires sociales), qui ont poursuivi un programme de recherche en alcoolisme, les autres chercheurs sont très souvent des candidats à un diplôme universitaire qui se sont momentanément intéressés à l'alcoolisme dans le but de présenter une thèse. Cette absence de continuité dans l'effort de recherche nuit considérablement au progrès des études sur l'alcoolisme. Enfin il est grand temps que se constituent au Québec des équipes multidisciplinaires de recherche qui pourraient renouveler les problématiques, inventer de nouvelles méthodologies d'observation et d'analyse, et établir de véritables traditions de recherche où le progrès de la connaissance (le long terme des études fondamentales) pourrait s'allier à la solution de problèmes concrets immédiats (études à caractère d'application). Cela nécessiterait des politiques scientifiques modernes et toute une infrastructure de recherche qu'on semble peu disposé à établir dans le contexte socio-économique d'aujourd'hui.

Études cliniques

Études expérimentales

A. Facteurs étudiés

[Retour à la table des matières](#)

L'ensemble des études cliniques répertoriées peuvent être regroupées dans trois catégories : les ressources thérapeutiques ; les expériences de traitement et de réadaptation ; les études évaluatives sur le traitement.

Deux travaux se consacrent à inventorier les ressources thérapeutiques. L'un se rapporte à un service de traitement : il présente une description des divers soins offerts à la clientèle et met en relief les principales réalisations (Coiteux, 1967). L'autre couvre l'ensemble du territoire québécois (Breton et coll., 1974). Au cours de la période échelonnée entre mars 1973 et février 1974, une équipe de chercheurs de l'Optat a visité 69 organismes de traitement des toxicomanies et 60 organisations bénévoles dans le but de recueillir des informations sur les orientations de chaque centre de traitement, les ressources thérapeutiques et les soins dispensés.

Quant aux expériences se rapportant au traitement des alcooliques, un seul auteur a abordé ce thème, il s'agit d'Aubertin (1968) qui rappelle l'expérience du traitement de l'alcoolique en milieu externe dans une optique multidisciplinaire et familiale du traitement de l'alcoolisme.

Les études centrées sur la réadaptation des alcooliques sont plus nombreuses, les unes se rapportant à diverses formes de thérapie de groupe, les autres examinant des variables socio-culturelles. Parmi les premières, citons celles qui ont fait l'expérimentation de plusieurs thérapies de groupe (Laviolette, 1970) ; celle basée sur l'expression corporelle (Laflamme et coll., 1971a, 1971b) ; celle utilisant la musicothérapie de groupe axée sur les principes de la psychocybernétique (Marcoux, 1970a) ; celle s'appuyant sur une sociothérapie de groupe (Jacob, 1970) et celle utilisant les séances d'information aux épouses d'alcooliques (Arès, 1970). Les études privilégiant les variables socio-culturelles ont porté sur les activités de loisir chez une population d'alcooliques (Chabot, 1969), la signification du boire chez l'alcoolique (Marcoux, 1975a) et les attitudes de travailleur social vis-à-vis du traitement de l'alcoolique (Lavigne et Ouellette, 1972).

Trois études évaluatives ont été repérées : celle de Bernard (1969) portant sur un échantillon représentatif des alcooliques traités dans les cliniques du Québec afin d'apprécier l'efficacité de l'effort thérapeutique ; celle de Simard (1970) effectuée en 1970 examine également l'efficacité des traitements prodigués en utilisant cinq indices de réhabilitation ; l'autre, enfin, évalue les changements psychologiques sur-

venus dans une population d'alcooliques un an après leur traitement en clinique interne au Québec (Saint-Laurent-Simard, 1973).

B. Méthodes utilisées

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons déjà énuméré les diverses études ayant utilisé la méthode de thérapie de groupe dans le traitement des alcooliques (méthodes de traitement) : nous n'y reviendrons pas. Les méthodes de cueillette des données se résument à quatre : a) la consultation des dossiers cliniques et b) les entrevues dirigées auprès du personnel traitant et auprès des alcooliques (Chabot, 1969) ; c) les histoires de vie (Marcoux, 1975a) et d) l'entrevue à l'aide d'un questionnaire (Lavigne et Ouellette, 1972 ; Simard, 1970 ; Saint-Laurent-Simard, 1973). L'étude portant sur l'attitude des travailleurs sociaux a utilisé comme techniques d'analyse et de validation des données, le test « t », le chi 2 et le coefficient de corrélation de rang. Les instruments de mesure utilisés dans l'étude évaluative de Saint-Laurent-Simard (1973) sont le « *hidden figures* » le « *idden patterns* », l'épreuve P.F. de Rosenzweig et le test 16 PH.

C. Populations étudiées

Afin de projeter un meilleur éclairage sur les études cliniques inventoriées, nous préciserons dans une liste énumérative, les divers échantillons employés.

1. Un groupe d'alcooliques traités en milieu externe (Aubertin, 1968).
2. Trois groupes d'alcooliques hospitalisés au Service de Réadaptation (Marcoux, 1970a ; Laviolette, 1970 ; Laflamme et coll. 1971).
3. Quatre groupes d'alcooliques, ex-patients de cliniques de réadaptation (Chabot, 1969 ; Simard, 1970 ; Saint-Laurent-Simard, 1973 ; Marcoux, 1975a).

4. Deux groupes d'épouses d'alcooliques (Arès, 1970 ; Jacob, 1970).

5. Un groupe de travailleurs sociaux représentatifs du Québec métropolitain n'ayant pas vécu d'expérience clinique de traitement des alcooliques (Lavigne et Ouellette, 1972).

D. Principaux résultats obtenus

1. Études sur le traitement et le réadaptation

[Retour à la table des matières](#)

Nous présenterons l'essentiel des résultats obtenus par diverses expériences de traitement et de réadaptation poursuivis soit en milieu externe ou hospitalier soit dans le but de mieux renseigner les femmes d'alcooliques.

La thérapie familiale de l'alcoolique en milieu externe favorise un engagement plus décisif dans le processus thérapeutique tout en sensibilisant la famille aux diverses causes de l'alcoolisme et en les amenant à ne pas en jeter le blâme sur l'alcoolique (Aubertin, 1968).

Les diverses thérapies de groupe, que ce soit la musicothérapie (Marcoux, 1970a), la sociothérapie (Laviolette, 1970) ou l'expression corporelle (Laflamme et coll., 1971a, 1971b), créent un climat favorable d'interaction sociale et favorisent la réadaptation des malades. Toutefois ces formes de thérapie n'attirent pas tous les patients de la même manière. Le succès thérapeutique est en quelque sorte fonction de la motivation et du degré d'engagement des patients. Qui plus est, certaines thérapies ne conviennent pas à des types de personnalité angoissée, vulnérable et anti-sociale (Laviolette, 1970). On constate, par ailleurs, que ces thérapies nouvelles sont particulièrement utiles au début du cycle de traitement car elles permettent de « dégeler » les patients plus rapidement : il serait utile de répéter les mêmes séances de thérapie de groupe à la fin du traitement (Laflamme et coll., 1971a). En bref, l'efficacité de l'ensemble de ces thérapies reste lar-

gement liée au niveau d'engagement des patients. Il serait aussi souhaitable d'effectuer de nouvelles études sur les divers types de diagnostic par rapport aux techniques thérapeutiques à privilégier ainsi que sur le degré d'efficacité des modèles de thérapie (Laviolette, 1970).

Les deux expériences visant à sensibiliser les épouses d'alcooliques aux problèmes de leur conjoints se sont avérées concluantes. Au départ ces femmes entretiennent des attitudes négatives vis-à-vis de l'alcoolisme. Après avoir assisté à des séances d'information et de sociothérapie, elles adoptent une attitude plus favorable à la réadaptation de leur mari et s'engagent plus positivement (Jacob, 1970). Elles sont même amenées à étudier leur propre comportement (Arès, 1970). De plus les séances de thérapie mettent en évidence que ces femmes sont angoissées et qu'elles ont besoin d'une aide professionnelle.

2. Études à caractère socio-culturel

[Retour à la table des matières](#)

En tenant compte des résultats d'une expérience de travail dans un centre de traitement pour alcooliques, Chabot (1969) constate que les patients alcooliques primaires et secondaires avaient des attitudes différentes assez marquées par rapport aux activités de loisir préférées. Ces divergences seraient attribuables à la personnalité de chaque individu. « Us alcooliques primaires et secondaires, ayant des personnalités différentes, se distinguent donc par l'utilisation qu'ils font de leur temps libre (Chabot, 1969, p. 251) ».

L'étude de la « réputation réservée à l'alcoolique » en se basant sur la perception qu'ont les alcooliques d'eux-mêmes et de leurs problèmes, l'idée que se font les individus qui ont adressé des patients aux cliniques et la perception des travailleurs sociaux quant au traitement de l'alcoolique entraînent les constatations suivantes. Les travailleurs sociaux ayant moins de quatre années d'expérience ont une perception de l'alcoolique caractérisée par la rigidité et la sévérité. Leurs confrères qui ont entre quatre et 15 années de pratique professionnelle éprouvent, en général, plus de compréhension. Ceux ayant plus de 15

ans d'expérience, acquièrent des perceptions moralisatrices. Toutefois, comme groupe professionnel, les travailleurs sociaux nourrissent des attentes optimistes vis-à-vis du traitement (Lavigne et Ouellette, 1969).

Un médecin de pratique générale (Marcoux, 1975a) relate son expérience professionnelle sous l'angle de la « signification socio-culturelle du boire chez l'alcoolique ». Il explore la possibilité, après une rééducation appropriée du patient, de permettre à ce dernier de consommer de l'alcool dans des situations sociales (buveur social). Cette hypothèse est illustrée par la présentation du cas de l'un de ses patients.

3. Évaluation des modes thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

L'étude évaluative de l'efficacité des modes thérapeutiques a permis de constater une amélioration du comportement de l'alcoolique dans divers univers sociaux (le mode du travail, les activités sociales, la famille) et par rapport à la consommation d'alcool chez un nombre suffisamment élevé de patients pour conclure à l'efficacité des traitements dispensés dans le Centre des Services faisant l'objet de la recherche (Simard, 1970).

Quant à l'étude de l'évaluation psychologique de 222 alcooliques un an après leur traitement en clinique externe au Québec, l'auteur conclut que ces ex-patients manifestent une plus grande indépendance perceptuelle et s'orientent davantage vers la solution tout en demeurant encore dépendants de leur entourage. Si les changements dans la consommation et la « clinique de traitement » exercent une influence sur le degré de succès de la réhabilitation alcoolique, l'âge du patient et la durée de l'alcoolisme possèdent peu de valeur discriminatoire. Les résultats soulignent que l'abstinence ainsi qu'une diminution importante dans la consommation d'alcool sont associées à une amélioration sensible du style perceptuel, de la stabilité émotionnelle et de la confiance en soi. On constate, en outre, que les individus manifestant une attitude tempérante dans leur consommation d'alcool possèdent un

meilleur fonctionnement psychologique que ceux qui sont devenus abstinents (Saint-Laurent- Simard, 1973). Ce résultat semble appuyer l'hypothèse de Marcoux qui préconise pour l'alcoolique la possibilité d'un retour au statut de buveur modéré.

E. Études à entreprendre

[Retour à la table des matières](#)

La prémisse fondamentale à tout traitement et à tout réadaptation de l'alcoolique est demeurée jusqu'à ces dernières années le désir d'arrêter de boire. Toutefois, à la lumière des articles cités ci-dessus il semble que l'effort thérapeutique doit davantage porter à l'avenir sur la resocialisation de l'individu afin de le rendre « bien dans sa peau » et capable de consommer des boissons alcoolisées avec modération. Ce ne sont pas uniquement les objectifs thérapeutiques qui sont pour ainsi dire mis en question mais également les techniques thérapeutiques proprement dites. Les diverses thérapies de groupe, que bon nombre de cliniciens expérimentent, s'avèrent, en général, prometteuses pour autant qu'elles soient appliquées avec discernement. D'ailleurs les études évaluatives du traitement doivent porter à la fois sur les ressources professionnelles disponibles, les techniques thérapeutiques, la motivation du patient et les conditions de sa réinsertion sociale. Ces deux derniers facteurs sont particulièrement importants en ce sens que nombre d'études ont mis en lumière dans le cas des sociothérapies, par exemple, que le degré d'engagement du patient est la condition *sine qua non* de tout progrès thérapeutique. Comment motiver le patient pour qu'il prenne davantage conscience de sa situation et qu'il soit prêt à l'affronter ?

Quant aux conditions socio-culturelles de la réinsertion du patient, les diverses études analysées comportent de sérieuses lacunes. On a trop réduit le problème du patient à son alcoolisme et à sa dépendance, on a trop identifié aussi le traitement à une période limitée dans le temps dans une institution spécialisée, négligeant de situer l'alcoolique dans ses divers univers sociaux significatifs ou encore de lui accorder une thérapeutique de soutien durant la postcure nécessaire à la

reprise complète de son équilibre. On a trop voulu, peut-être, lui enseigner à ne plus boire alors qu'il eut fallu lui apprendre à vivre. Cela touche le mode de vie tout entier, où l'univers familial, le cadre de travail et l'utilisation du temps libre, en particulier, doivent devenir des éléments d'appui et de gratification dans le processus thérapeutique.

Les quelques remarques précédentes soulignent les nouvelles orientations thérapeutiques à encourager en tenant compte des objectifs poursuivis. Celles-ci doivent favoriser : 1° l'expérimentation de nouvelles thérapies à caractère psychosociologique où tout un éventail de disciplines humaines peuvent apporter des contributions et des éclaircissements significatifs ; 2° une accessibilité plus généralisée aux services individuels et communautaires ; 3° une diversification des modes de dispensation des soins (cliniques externes, communautaires).

Études théoriques

[Retour à la table des matières](#)

Le traitement et la réadaptation de l'alcoolique présentent un défi de taille, comme nous venons de le constater plus haut. Des cliniciens de longue expérience ont publié des essais et des études théoriques sur cette question. En dépit de certaines divergences, en règle générale, les points de vue concordent. Marquis, par exemple, (Marquis, 1972) estime que la prise en charge d'un alcoolique doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire de thérapeutes ayant des connaissances variées en sciences biologiques, psychologiques, médicales et sociales. En effet, d'après les différentes dimensions étiologiques de l'alcoolisme, les problèmes de personnalité de l'alcoolique sont multiples et ont des racines non seulement héréditaires et psychologiques mais aussi socio-culturelles. L'équipe multidisciplinaire permet la mise en commun des ressources à la condition, toutefois, que chaque spécialiste exerce sa compétence dans le champ de sa formation professionnelle et que toutes les spécialités soient sur un pied d'égalité (Manchette et coll., 1973).

A. Traitement des alcooliques

[Retour à la table des matières](#)

L'objectif de la réadaptation de l'alcoolique consiste à permettre à ce dernier d'acquérir son indépendance physique, psychologique et sociale vis-à-vis de l'alcool (Richard, 1965). Des résultats d'études sur les connaissances que l'alcoolique a de sa propre personnalité, en tant que facteur exerçant une influence sur sa conduite, révèlent qu'à mesure que s'allonge la période de sobriété au moment de sa cure de désintoxication, il adopte un concept de soi de plus en plus négatif. Par la suite, ce concept de soi négatif se transformerait en une perception plus réaliste par rapport à un soi idéal plus accessible à l'individu parce qu'il est davantage conforme à sa personnalité. Tout au long de la thérapie, le décalage entre l'image de soi et le soi idéal s'amenuiserait. Cette réduction dans l'écart entre les deux concepts de soi s'accompagnerait d'une augmentation de l'estime de soi (McKinnon, 1972). Au moment du traitement, il est important de percer le réseau d'alibis dont l'alcoolique s'entoure (Huot, 1968) et de comprendre « les données physiologiques qui font d'un individu un alcoolique avec les conséquences psychologiques qui en découlent ». C'est à ce niveau que se situera au début l'action thérapeutique (Huot, 1968, p. 263).

Les objectifs du traitement de l'alcoolique renvoient à la conception de l'alcoolisme, c'est-à-dire, à la nature de l'état que l'on veut traiter. Qu'est-ce que l'alcoolisme : est-ce une maladie ou un problème de mésadaptation socioculturelle ? Pour certains, c'est une maladie (Sœur Sainte-Thérèse-de-la-Croix, 1972). Pour d'autres, c'est un symptôme de troubles névrotiques ou psychotiques (Marquis et Lambert, 1975). Pour d'autres, enfin, c'est une mésadaptation sociale qui se traduit par une déviance (Laforest, 1974a). Si le consensus n'existe pas au sujet de la signification du concept de l'alcoolisme on s'entend sur le fait que la thérapeutique doit être globale et aller au-delà de la désintoxication. (Lavallée et Lancop, 1972). Il est nécessaire de recourir à une psychothérapie intensive du sujet afin d'identifier les troubles psychiques, réorienter ou transformer ses défenses, favoriser une autocriti-

que, renforcer le moi et établir des relations valorisantes avec l'entourage (Marquis et Lambert, 1973).

B. Centres de traitement

[Retour à la table des matières](#)

Dans les différentes cliniques de réadaptation, les traitements pour alcooliques se déroulent en deux phases : la phase médicale et la phase médico-psycho-sociale (Huot, 1970 ; Richard, 1973).

Durant la phase médicale, diverses médications sont utilisées, telles la méthadone (Martin, 1973), le magnésium (Martel, 1970), la chlordiazépoxyde (Nantel, 1974) et des tranquillisants mineurs (Marquis et Dallaire, 1972).

Les traitements médicaux s'avèrent insuffisants : les agents thérapeutiques doivent également recourir à des thérapies psychosociologiques afin d'aider le patient à réorganiser sa vie personnelle, familiale, sociale et même spirituelle (Chiasson, 1968). Avant d'entreprendre toute thérapie de ce genre, il est nécessaire que le patient accorde son consentement, prenne conscience de son état, reconnaisse l'urgente nécessité d'un changement et soit convaincu qu'une amélioration est possible pour lui. Cette prise de conscience et cette motivation du patient sont des préalables qui seront suivis de l'évaluation de l'histoire psychologique et sociale du patient (Aubertin, 1965). La thérapeute pourra ensuite avoir recours, dans un climat de confiance mutuelle et d'interaction sociale, aux méthodes thérapeutiques axées sur l'individu et son milieu. En effet, il faut non seulement prodiguer des soins à l'individu mais accorder une attention spéciale à l'entourage (Ouellet, 1961) qui subit des perturbations plus ou moins graves (Désilets, 1969 ; Francœur, 1973). À ce sujet Saint-Yves (1977) suggère le traitement psychosociologique de la famille du toxicomane.

Jusqu'à maintenant l'alcoolisme avait surtout fait des ravages parmi la population masculine. Le nombre de femmes qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme va en s'accroissant. Qui plus est, selon cer-

tains, leur toxicomanie s'enracine plus profondément que chez l'homme. Un agent suggère même une attitude rigide vis-à-vis des femmes alcooliques, c'est-à-dire qu'il faut les orienter par tous les moyens, y compris « une certaine coercition positive », vers des organismes de traitement et de réhabilitation (Rostant, 1976). L'alcoolisme de la femme diffère sensiblement de celui de l'homme sous plusieurs aspects. Il se complique souvent d'une toxicomanie complémentaire à l'égard d'un médicament ou d'un problème de malnutrition (Delaney, 1974). Les motivations féminines étant différentes ainsi que l'intoxication alcoolique et les conduites qui s'ensuivent, il est nécessaire de créer des modes de traitement qui leur soient propres (Limoges, 1966).

Un autre type de population est susceptible d'être associée de plus en plus à l'alcoolisme : il s'agit des personnes du troisième âge. Les problèmes que leur situation leur impose sont différents de ceux des gens d'âge mûr ou des jeunes. Aussi faut-il adapter les ressources et les modes thérapeutiques aux besoins particuliers de cette catégorie de personnes. De plus il est essentiel de redorer leur statut social et de leur permettre d'assumer, dans des domaines où elles seraient utiles et appréciées, des fonctions particulières (Pelletier, 1976).

C. Ressources et techniques thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

De nouvelles méthodes thérapeutiques sont mises à l'essai notamment les méthodes basées sur la compréhension et l'amitié (Caron et Coquelle, 1972), la méditation transcendantale (Cormier, 1973), la sociothérapie (Thibodeau, 1965), les activités particulières (Bernier, 1970), les activités physiques, le couple (Lambert, 1972b) et la psychanalyse (Naïman, 1970). Comme nous le notions ci-dessus, quelques-unes de ces thérapies ne conviennent qu'à une certaine catégorie de patients considérés comme étant plus forts du point de vue psychologique. Les agents thérapeutiques doivent donc être prudents lors de l'expérimentation de ces techniques afin de ne choisir que les patients

ayant la force de caractère nécessaire et engagés positivement dans le processus de réadaptation.

L'innovation ne se limite point aux techniques, elle s'applique aussi aux ressources thérapeutiques. Soulignons, en particulier, l'essai d'unités spéciales de traitement, notamment, le M7E dirigé par une équipe multidisciplinaire (Lambert, 1972b), la clinique de réadaptation en milieu hospitalier (Crète, 1971) et le programme de réadaptation appelé Portage (Devlin, 1973). Dans ces unités de traitement, divers modes thérapeutiques sont mis à l'essai, en particulier le traitement du groupe par les groupes, une thérapie privilégiant une approche bio-psycho-sociale, la relaxation, le face à face, les activités de loisir, les activités physiques, ainsi que d'autres. Enfin ce tour d'horizon doit faire mention d'une équipe volante, consultante en toxicomanie, constituée en vue de favoriser l'évolution des services de santé et l'apparition de centres de consultations externes (Cousineau, 1972).

Dans le traitement et la réadaptation de l'alcoolique les agents thérapeutiques exercent des fonctions fondamentales. En plus de posséder une formation professionnelle qui leur permette d'utiliser une approche analytique (Marquis et Lambert, 1975) ils doivent être acceptés par les patients et être en mesure d'établir avec ceux-ci une relation thérapeutique dans un climat de confiance et de respect (Marcoux, 1973). Ce climat est parfois difficile à maintenir surtout lorsque le patient résiste à la thérapie au nom de sa solidarité avec la communauté des patients (Optat, 1973b) ou encore que le thérapeute lui-même entretient des préjugés défavorables vis-à-vis de l'alcoolique (Chiasson, 1968).

Seule, une connaissance poussée des caractéristiques de la personnalité du sujet qui se présente en consultation peut entraîner sa guérison (Marcoux, 1974). Cela nécessite une formation médicale à laquelle doivent s'ajouter, une connaissance des sciences biologiques et des sciences du comportement (Marquis et Lambert, 1975), des idées précises sur l'évolution de l'alcoolisme et des notions claires sur les différentes conduites à tenir face à cette maladie (Bourque, 1974). Si certains réservent la fonction de direction de l'équipe des thérapeutes au médecin, d'autres voient celui-ci comme un membre ordinaire de l'équipe (Blanchette et coll., 1973).

La principale fonction du travailleur social est de seconder les autres agents thérapeutiques (infirmière, psychologue, médecin, ...) et d'élaborer l'histoire sociale du patient (Lavoie, 1969). À cette fonction s'ajoute celle de créer un climat favorable au succès du traitement et de la réadaptation tant dans le milieu de santé que dans l'univers socio-culturel des patients (Ouellet, 1961).

La formation professionnelle de l'infirmière ainsi que sa sensibilisation aux sciences du comportement la rendent capables d'exercer une fonction essentielle au sein de l'équipe. Selon un auteur, elle doit manifester un respect de la valeur humaine de l'alcoolique, faire un effort pour le comprendre et l'accepter tel qu'il est et être capable d'entretenir une communication constante avec le patient qui éprouve le besoin de se confier (Goupil, 1970). Enfin, pense un thérapeute d'expérience, « c'est ce monde familial, ce monde attachant, ce réalisme sain que doit symboliser la présence de l'infirmière (Marquis, 1968) ».

D. Évaluation des modes thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

Nous terminerons l'analyse des études théoriques du traitement des alcooliques par l'évaluation qu'ont effectuée certains chercheurs ou cliniciens des modes thérapeutiques. Trois études récentes nous paraissent percutantes, celle de Nantel, celle de Cormier et Barrière et celle de Marcoux.

Selon Nantel (1976) le système de dispensation des soins médicaux est incapable de s'adapter suffisamment bien et avec rapidité à un nouveau problème de santé. Devant l'échec trop fréquent du système conventionnel de distribution des soins, des ex-patients se sont groupés en communauté thérapeutique et ont institué de nouvelles cliniques (Domrémy, Drogue-Secours). Ainsi est apparu un système parallèle de dispensation des soins dont la qualité est inférieure au système officiel. Aujourd'hui, poursuit Nantel, les gouvernements enjoignent aux hôpitaux d'admettre les alcooliques au même titre que les autres

malades. Les hôpitaux n'ayant pas toujours de personnel spécialement formé en toxicomanie, les alcooliques sont devenus les bêtes noires des services d'urgence. À la condition de ne pas devenir un système de services de santé parallèle, les départements de santé communautaire peuvent apporter des solutions valables. Toutefois, continue, Nantel, il faut fournir aux institutions les outils pour répondre adéquatement à cette nouvelle demande. Il faut repenser la structure et le fonctionnement des centres hospitaliers en fonction des besoins variés de la population.

Les méthodes traditionnelles de thérapie qui s'adressent à un aspect ou à un autre du fonctionnement général de l'alcoolique ont obtenu un succès relatif. En effet, « en dépit des sommes considérables consacrées depuis des années à mettre au point divers traitements, le taux d'échecs demeure inadmissible » (Barrière et Cormier, 1975, p. 270). Ce résultat serait attribuable en bonne partie aux croyances, conceptions et attitudes des professionnels vis-à-vis des toxicomanies. L'approche communautaire, fondée sur les lois propres de l'acquisition de la responsabilité personnelle et de l'interdépendance sociale, appuyée par de nouvelles techniques de remotivation, poursuivent les mêmes auteurs, pourraient apporter des changements favorables à une meilleure réinsertion de l'alcoolique dans son milieu.

Selon le jugement de Marcoux, de nombreux ajustements doivent être effectués dans le domaine de la toxicomanie afin d'obtenir de meilleurs résultats. À son point de vue il est grand temps que l'on mette « les bœufs devant la charrue » en ce sens que l'on doit viser le bien-être des toxicomanes et pas seulement leur sobriété (Marcoux, 1975b, p. 246). Les nouvelles thérapies orientées vers la communication aideront le toxicomane à se découvrir, à s'accepter, à développer sa personnalité et à trouver en lui des possibilités de réponses aux problèmes de tous les jours.

Critiques et recommandations des auteurs

[Retour à la table des matières](#)

Les principales critiques et recommandations énoncées par les auteurs se rapportent principalement aux ressources thérapeutiques (cliniques et personnel).

Il est constaté que les traitements se dispensent presque exclusivement en institution. Il y aurait lieu d'augmenter le nombre des cliniques externes et des équipes volantes. Une expérience nouvelle a été tentée aux États-Unis : la pension de famille du *Palm Beach Institute* (Catanzaro, 1973). Elle s'est avérée avantageuse tant sur le plan psychologique, le patient étant moins stigmatisé que par un séjour en milieu hospitalier, que du point de vue financier. Si les milieux thérapeutiques conventionnels ne sont pas parvenus aux succès escomptés il y aurait lieu de les modifier afin qu'ils répondent mieux aux besoins de la clientèle.

On parle constamment d'équipe multidisciplinaire dans les milieux hospitaliers. Il est intéressant de noter la composition de ces équipes d'après la conception qu'en ont deux médecins psychiatres. L'équipe de Chiasson (1965) est composée de la façon suivante : médecin, médecin interne, psychiatre, travailleur social, psychologue, neurologue, infirmière et conseiller pastoral. Celle, de Marquis (1971) est moins complexe : psychiatre (directeur de l'équipe), médecins, travailleur social, équipe d'infirmières et conseiller pastoral. Poursuivons maintenant en définissant les fonctions de chacun de ces agents thérapeutiques dans cette équipe de traitement :

1° Le travailleur social assumerait deux fonctions : celle d'informer le psychiatre, le médecin, le psychologue des antécédents familiaux et sociaux du client et celle qui sera définie par le diagnostic de l'équipe (Lavoie, 1969) ;

2° L'infirmière joue surtout un rôle maternel auprès des patients (Marquis, 1968) ;

3° La sous-équipe médicale (psychiatre, neurologue, omnipraticien) dirige l'action thérapeutique, établit le diagnostic et traite le client.

Il est vrai que ces rôles n'ont pas été conçus comme un tout par un seul théoricien. Néanmoins, à la lumière de l'attribution de ces rôles, il nous apparaît que la sous-équipe des médecins exerce un rôle prédominant et que les autres membres de l'équipe sont réduits à avoir des rôles auxiliaires. De plus, les divers membres de l'équipe, dans l'étude des cas, prêtent insuffisamment d'attention aux déterminants sociaux de l'alcoolisme. Dans ces conditions il n'est point surprenant que l'efficacité de la thérapie soit faible et que le taux de rechute soit élevé.

Une autre constatation s'impose, soit celle de l'emploi des thérapies conventionnelles monodisciplinaires basées sur l'usage de médicaments. « Il faut démedicaliser l'alcoolisme » a écrit Villedieu (1976). Comme l'affirment certains auteurs, l'alcoolisme est une intoxication mais celle-ci est le symptôme d'un malaise plus profond qu'éprouve l'individu dans l'image de soi, dans ses rapports avec autrui et dans son intégration sociale. La chimiothérapie, par exemple, ne sert-elle pas en fin de compte à remplacer une dépendance par une autre ? Nous voudrions souligner ici les résultats d'une expérience dans le traitement d'alcooliques au Portugal (Mercès De Mello et coll., 1972). Vieille de huit années, cette expérience a révélé une utilisation avantageuse de schémas thérapeutiques adaptés à chaque type de buveur et les bienfaits d'une postcure bien organisée, au cours de laquelle d'anciens buveurs se sont organisés afin d'apporter un appui au patient dans sa resocialisation dont la finalité est son intégration sociale. Tout un éventail de techniques ont été utilisées durant le processus thérapeutique : les thérapies non directives, la psychothérapie de groupe, le traitement familial, l'action dans la communauté et l'analyse de l'étiologie de l'alcoolisme sur les plans individuel, familial et social.

En terminant, soulignons la lacune qui nous apparaît la plus sérieuse : l'absence presque complète d'études évaluatives du traitement. Cela nous semble d'autant plus invraisemblable que les résultats obte-

nus tant dans divers contextes thérapeutiques que par différents modes et techniques de thérapie semblent aléatoires. Le processus de traitement lui-même, en plus d'être la résultante d'un manque de connaissances sur l'influence des structures institutionnelles, des agents des diverses spécialités et des différents styles d'intervention est aussi l'aboutissement d'une ambiguïté portant sur le concept même de l'alcoolisme et sur les finalités propres du traitement. Dans ces conditions, nous sommes renvoyés à un examen global de l'ensemble de la situation afin de dégager les principes directeurs et les modes d'intervention à privilégier dans notre action dans le domaine de l'alcoolisme. Bien qu'il y ait eu des progrès depuis une décennie, l'action à entreprendre est si vaste qu'elle va nécessiter un regroupement des ressources et une meilleure concertation des agents thérapeutiques.

Études préventives

Études expérimentales

[Retour à la table des matières](#)

Des divers articles parus sur la prévention, un seul revêt un caractère expérimental. Il s'agit d'une étude comparative des diverses expériences et méthodes mises en œuvre au Canada pour prévenir, par l'éducation, l'abus de l'alcool, du tabac et des autres drogues (Parenteau, 1974). L'enquête a été réalisée à l'aide d'entrevues auprès de 60 personnes-ressources engagées dans le domaine de la prévention et du traitement des toxicomanes dans les différentes provinces du pays. Parenteau met l'accent sur les principales orientations idéologiques qui appuient les programmes d'éducation préventive.

Dans l'ensemble, chaque organisme désire coordonner l'ensemble de ses interventions selon une double problématique : la satisfaction des besoins réels et la découverte de méthodes qui apportent des solutions valables aux problèmes du milieu en mettant l'accent sur la qua-

lité de la vie et la promotion de la santé collective par l'action communautaire. Toutefois, en analysant les programmes mis sur pied, l'auteur remarque que les grands principes sont difficilement applicables et que les organismes s'affairent davantage à fournir de l'information concernant les diverses drogues. Si l'éducation relative aux drogues paraît être un moyen de prévention qui donne des résultats, encore faut-il qu'elle s'adresse à l'individu dans sa totalité en vue d'améliorer la qualité de sa vie et qu'elle fasse l'objet de révisions continuelles pour en maximiser la portée.

Études théoriques

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous l'avons rapporté plus tôt, les premières initiatives de prévention de l'alcoolisme furent les campagnes anti-alcooliques de 1840-1855 et 1905-1920 entreprises par les autorités religieuses. Les lois prohibitionnistes des années 20 n'eurent pas les résultats positifs attendus tout en suscitant de nouveaux problèmes. L'ère de la prohibition est terminée depuis longtemps et l'action préventive doit être conçue en fonction de l'individu et de la collectivité (Mordret, 1967). Certains auteurs préconisent que la prévention doit reposer sur la technique de « contrainte constructive ». Qu'elle provienne d'un surveillant bien formé, d'un conseiller hors pair, du milieu familial ou qu'elle résulte d'une décision personnelle, cette contrainte permettrait une abstinence soutenue (Dancey, 1971). La loi sur l'ivressomètre (Optat, 1968, 1970b), par exemple, que certains considèrent comme une « contrainte constructive, qui limite la teneur d'alcool à moins de 0,08 gramme pour 100 millilitres de sang, semble produire des résultats positifs ». La revue *Informations sur l'alcoolisme et autres toxicomanies* (1968) rapporte que depuis l'entrée en vigueur de la Loi de l'ivressomètre pour le conducteur d'automobile, le nombre des accidents de la circulation à Londres a diminué de 42 pour cent.

Certaines personnes oeuvrant dans le domaine judiciaire (Vachon, 1976) estiment que la détention constitue une démarche préventive en ce sens que « l'alcoolique en crise » ou « le robineux » peut, au mo-

ment de l'incarcération, se rendre compte du seul choix qui lui reste, à savoir, « arrêter de boire » et mener une vie qui soit satisfaisante pour lui-même et acceptable aux autres. S'il ne peut prendre cette décision et qu'il continue de consommer de l'alcool, il est alors directement menacé de retourner en prison. De l'avis du même auteur, ces individus sont parvenus à un stade tel de détérioration qu'une « retraite fermée » ne peut que leur être salutaire. Il va même jusqu'à recommander que ces alcooliques en crise purgent d'abord leur peine d'emprisonnement au complet avant d'être admis à faire une cure de désintoxication.

Fort heureusement, d'autres auteurs ont des conceptions moins archaïques. Fattah (1969, 1971) exprime le jugement suivant : bien que le système pénal ne retienne plus les pratiques judiciaires rigoureuses de l'Antiquité ou du Moyen Âge, ses méthodes répressives vis-à-vis de l'alcoolique en sont des survivances. En principe, en établissant un lien entre la consommation abusive et la criminalité, on s'imagine faire de la prévention par des moyens primitifs et coercitifs. Dans la pratique, il s'est avéré que les sanctions sévères n'ont jamais empêché la récurrence. De plus, en assimilant l'alcoolisme à la criminalité on concourt à aggraver le problème au départ. Fattah croit que le problème de la toxicomanie exige une solution basée sur des mesures éducatives.

La prévention suppose que l'on puisse empêcher l'apparition et l'évolution des symptômes alcooliques chez les individus. En fin de compte, il s'agit de minimiser l'importance des taux épidémiologiques. Aussi est-il nécessaire d'assurer l'application de mesures susceptibles de contrôler l'alcoolisme dans une population donnée. Trois types de programmes peuvent permettre la réalisation de tels objectifs : la sensibilisation de divers publics aux conditions favorables à l'alcoolisme, le dépistage précoce des cas et la formation d'un personnel spécialisé ainsi que le rapprochement entre les chercheurs et les praticiens.

A. Sensibilisation des divers publics

[Retour à la table des matières](#)

Il est nécessaire de sensibiliser les divers publics non seulement sur les méfaits de l'alcoolisme mais aussi sur les conditions favorables à l'apparition des symptômes alcooliques de même que sur l'éventail des ressources disponibles pour la dispensation des soins. D'après Boudreau, qui fut certes une des autorités les plus écoutées dans ce domaine, il faut dans un premier temps démystifier l'alcool et rationaliser la publicité. Il faut interdire, selon lui, toute publicité de mauvais goût qui incite à l'évasion et « au voyage » pour ne permettre que celle qui préconise un usage modéré des boissons alcooliques (Boudreau, 1976, p. 253). Dans un second mouvement, il faut bien informer la population des méfaits individuels et collectifs de l'alcoolisme par la présentation de films documentaires (Arpin, 1974) et par la diffusion de l'information appropriée aux différents publics (milieux de travail, conducteurs de véhicule, parents, éducateurs). Perron (1969) rend compte des succès obtenus à l'occasion de la mise sur pied de programmes d'information conçue selon cette méthodologie. Une importance toute spéciale doit être accordée aux milieux scolaires (Bougie, 1968). Il est également nécessaire d'informer le public en général sur l'éventail des ressources disponibles, leur accessibilité et leur mode d'utilisation. Enfin comment peut-on

aider les bénévoles (20 000 au Québec) à mieux se renseigner sur l'alcoolisme et à se regrouper (Boudreau, 1971) afin d'unir leurs efforts aux différents groupes et associations qui possèdent les mêmes préoccupations ? Tous ne sont-ils pas intéressés à faire pression auprès des gouvernements pour qu'ils préparent et diffusent la meilleure information possible sur l'abus des drogues (Optat, 1972) ? Comme le souligne Frigon (1972) l'État a besoin de pressions pour agir!

B. Dépistage précoce des cas et formation d'un personnel spécialisé

[Retour à la table des matières](#)

Un des premiers principes de la prévention est le dépistage précoce des cas. Si les populations sont mieux renseignées sur la nature de cette « maladie », si on connaît mieux les ressources disponibles pour le traitement des patients et le déroulement du processus thérapeutique, si, enfin, on transforme les attitudes vis-à-vis de l'alcoolisme et si on forme du personnel spécialisé qui puisse intervenir dans les milieux les plus divers (l'école : Bougie, 1968 ; l'industrie : Marcoux, 1969) il sera certes plus facile d'identifier plus tôt les cas-problèmes et d'atténuer sinon d'empêcher l'aggravation de la situation. Le milieu de travail semble être un endroit naturel pour établir un programme de dépistage précoce de réadaptation et de prévention de l'alcoolisme pour les employés (Hogan, 1972) en autant que les chefs d'entreprise et les cadres manifestent un intérêt particulier en ce sens. Quelques compagnies nationales et multinationales (telles que les Industries de la Côte Nord, l'Anglo Pulp, les Chantiers Maritimes de la Davie Shipbuilding, l'Imperial Oil, Bell Canada, Gaspesia) ont amorcé l'application d'un programme au dépistage précoce et à l'instauration d'une politique sociale et industrielle capable d'aider les alcooliques à se réadapter et d'augmenter la rentabilité des entreprises (Mordret, 1972 ; Optat, 1973a). À ce propos, l'infirmerie industrielle est appelée à jouer un rôle important (Marcoux, 1969).

C. Rapprochement des chercheurs et des praticiens

Le rapprochement des chercheurs et des praticiens serait de nature à favoriser une meilleure action préventive (Laforest, 1968c). En effet, note Laforest, en dehors des rencontres occasionnelles à des journées d'étude, des symposia ou congrès, chercheurs et praticiens vivent dans des univers séparés. Les travaux scientifiques servent plutôt à garnir les pages de revues qu'à orienter l'action thérapeutique ou préventive! Cette absence de communication est attribuable, selon l'auteur, à trois facteurs principaux : les frontières disciplinaires imposées par les di-

vergences conceptuelles et méthodologiques ; les barrières géographiques et culturelles ; l'ambiguïté du statut professionnel du chercheur.

Tout comme Laforest, nous estimons que l'étude du contrôle social informel est essentielle à la compréhension des problèmes de la toxicomanie. Jusqu'à maintenant, comme en témoignent les modèles établis de traitement clinique, on s'est appuyé quasi exclusivement sur le contrôle institutionnel du comportement humain. Cette action a produit des résultats plutôt décevants. L'hypothèse selon laquelle la toxicomanie est le résultat de l'anomie mais aussi un mécanisme de changement social qui perturbe le système dominant des valeurs est de plus en plus prise en considération. Dans cette visée, il est important d'étudier le contrôle social dans les groupes informels et la dynamique du contrôle informel exercé par les groupes d'amis et les groupes de pression. On serait en mesure de proposer des moyens plus valables de contrôle de la toxicomanie (Laforest, 1974b).

Critiques et recommandations

[Retour à la table des matières](#)

La prévention est un terme bien séduisant. C'est un idéal difficile à atteindre qui exige des méthodes adéquates et actives. Dans le cas de l'alcoolisme, la prévention primaire qui empêche l'éclosion de la « maladie » est difficile à réaliser, d'autant plus que l'étiologie est multifactorielle.

Au niveau de la prévention secondaire, elle doit être effectuée sur la base d'un diagnostic et d'un traitement précoces. Quant à la prévention tertiaire, elle doit être faite afin d'empêcher la progression de la maladie jusqu'à sa phase irréversible et d'assurer la permanence de la réadaptation du client.

À l'heure actuelle, la recherche se penche sur de nouvelles formes de dépistage, tels les questionnaires ⁷ (Kim, 1973), les tests d'identification et ce, afin de reconnaître les alcooliques qui s'ignorent dans une population donnée.

L'abondance des produits toxiques, la technologie avancée et le libéralisme de la tradition démocratique sont trois facteurs dont la conjugaison nous menace et nous conduit vers une société « chémo-phile », écrit Malcolm (1976). Pour contrecarrer cette menace, il faut donner un coup de barre à droite, poursuit-il. Sans être aussi radical que cet auteur, il faut reconnaître la progression du problème et l'urgence de recourir à des méthodes de prévention efficaces. À l'instar de Root (1972) on doit préconiser une action communautaire qui incorpore tous les secteurs de la société depuis l'individu jusqu'aux appareils de l'État. Avant d'agir par la prévention et la réadaptation, il est nécessaire : 1° de dresser un bilan évaluatif des ressources thérapeutiques, des méthodes et techniques utilisées ainsi que de la formation des équipes ; 2° d'évaluer le taux de fréquence de l'alcoolisme dans la communauté ; 3° de poursuivre une enquête multidirectionnelle pour rechercher les données historiques qui tiennent compte de l'écologie, des aspects culturels, des diverses institutions (religieuses, universitaires, industrielles et politiques), de la structure du pouvoir, de la structure politique et des mass-media.

Au niveau de l'éducation, il est nécessaire d'en envisager la problématique en abordant les éléments de la question de l'information du public sur les problèmes d'alcool et d'alcoolisme (Jenni, 1976). Du postulat selon lequel la consommation et l'abus d'alcool sont des phénomènes socio-culturels dont l'importance et la pérennité sont assurées par la stabilité et la transmission des normes sociales, assumées par les agents socialisateurs tels la famille, l'école, le milieu de travail, les groupes d'amis et la société macroscopique, par le biais des processus de communication, il s'ensuit qu'il doit être possible d'utiliser

⁷ En se basant sur des recherches biologiques, psychologiques, sociales et anthropologiques, cet auteur a entrepris d'établir un modèle sociologique qui permette d'identifier certains facteurs étiologiques associés à la consommation excessive d'éthanol et d'élaborer un questionnaire qui conduise au dépistage des alcooliques dans une population donnée.

les mêmes processus ou des processus parallèles pour transmettre, proposer, propager et imposer d'autres normes sociales, d'autres systèmes de valeurs. Les communications de masse peuvent contribuer à cet effort d'une triple manière : par la modification des croyances, attitudes et valeurs du grand public ; par la transformation des normes sociales et du système de valeurs lié à l'alcool ; par l'évolution du comportement. Toutefois les mass-media sont par eux-mêmes relativement impuissants et ne peuvent entraîner à eux seuls une telle modification, leur contribution se limitant à deux domaines : circonscrire la propagation des normes sociales et du système de valeurs lié à l'alcool ; promouvoir d'autres choix. De plus, certaines conditions inhérentes à l'utilisation des mass-media posent des problèmes lorsqu'il s'agit d'alcool et d'alcoolisme ; ces conditions tiennent à la valeur du message qui doit : 1) provoquer la réaction attendue ; 2) utiliser des signes ou symboles connus à la fois des spécialistes et de la population ; 3) avoir un caractère de vraisemblance ; 4) éveiller des besoins liés à la personnalité préexistante et montrer comment les satisfaire ; 5) proposer une façon de satisfaire les besoins en conformité avec les normes admises par le groupe auquel appartient l'individu.

L'intégration de l'alcool dans la culture, dans les normes sociales et dans l'économie pose le problème des possibilités d'intervention des mass-media ; ceux-ci jouent davantage un rôle au niveau de la sensibilisation du public et de la prise de conscience de la nécessité d'adopter des mesures préventives face à l'augmentation de la consommation abusive des boissons alcoolisées. Les campagnes d'information, la limitation du champ d'action de la publicité sur les boissons alcoolisées, le développement d'attitudes plus critiques par rapport à la publicité sont autant de mesures préventives qui peuvent être prises au niveau des mass-media.

En fait, la société est formée de groupes qu'il faut informer et éduquer : les écoliers, les conducteurs d'automobiles, les employés et ouvriers qui, grâce aux relations qu'ils entretiennent entre eux, sont des agents de transmission par excellence de l'information sur l'alcoolisme. Celle-ci sera d'autant plus adéquate que les professionnels de la santé auront des connaissances appropriées sur le dépistage, la prévention et la réadaptation.

Tôt ou tard, l'individu est amené à adopter une attitude vis-à-vis des boissons alcoolisées ; une bonne éducation dans ce domaine le rendrait moins vulnérable que ne le ferait une information biaisée. De plus il serait en mesure d'avoir une opinion basée sur une connaissance bien documentée du sujet. C'est pour cela qu'il est important, au niveau de l'éducation, de :

- « - clarifier les concepts : uniformiser la langue, démystifier la notion même d'alcoolisme ;
- démocratiser les connaissances sur l'alcoolisme de manière à atteindre un plus grand public ;
- déprofessionnaliser l'enseignement : permettre à tous les enseignants de faire l'apprentissage de nouvelles techniques et de se réajuster selon les besoins ;
- rajeunir les techniques pédagogiques : dynamique de groupe, nouvelle intervention sociale, motivation de la masse ;
- construire des programmes qui reflètent les besoins du milieu et qui tiennent compte des systèmes de valeurs (Tremblay, 1968b, pp. 82-87). »

L'efficacité d'une telle entreprise nécessite une constante vérification des résultats obtenus et un rajustement en fonction des besoins à court terme et à long terme.

« La réadaptation sera plus ou moins durable selon que l'on aura plus ou moins réussi à rejoindre dans le processus thérapeutique, les causes profondes de la maladie et à les enrayer (Tremblay, 1968b). »

Conclusion générale

[Retour à la table des matières](#)

L'alcoolisme, on l'a constaté, est un problème d'envergure qui a des répercussions, tant au niveau individuel qu'au niveau de la communauté et de la société entière. Confrontée à ce problème, la société, par le biais de ses institutions, doit inventer des stratégies d'intervention en vue de réduire l'accroissement de la consommation des boissons alcoolisées et des problèmes qui s'ensuivent. Au Québec, on dénombre 140 000 alcooliques et ce nombre augmente au rythme annuel de 5 000 ⁸. Au fil des années, l'alcoolisme augmente et se perpétue d'une génération à l'autre. Il devient plus fréquent non seulement chez les jeunes mais également chez les femmes (Rostant, 1976) et les personnes du troisième âge (Pelletier, 1976).

Trop souvent, il y a eu tendance à assimiler les problèmes liés à l'usage abusif de l'alcool aux personnes qui risquent de souffrir de tels problèmes. Ce regroupement en un concept unificateur dissimule les facteurs étiologiques (Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1976) et épidémiologiques. La prévention ne saurait s'effectuer sans la connaissance de ces facteurs. C'est là un élément fondamental des stratégies à court et à long termes et des interventions efficaces.

Au terme de cet inventaire, à la suite d'une synthèse et d'une examen critique des principaux travaux effectués au Québec depuis une vingtaine d'années dans le domaine de l'alcoolisme, on est frappé par le peu de progrès enregistré tant du côté du dénombrement des cas-problèmes (prévalence, incidence et durée) que de celui d'une meilleure connaissance de la trame causale. Si nous nous basons sur les jugements portés sur les études épidémiologiques au Canada, à l'occa-

⁸ LACERTE, M., Symposium organisé sous l'égide de l'Association canadienne de gastro-entérologie et de l'Enseignement médical continu à l'Université Laval, Le Soleil, Québec, 9 mai 1977.

sion d'un colloque tenu à Hawkesbury en mars 1975 (voir, en particulier, les communications de Wigle, Richman, Schmidt et Whitehead publiées en 1976 par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-Être-Social), cette évaluation peu reluisante serait tout aussi valable à l'échelle du pays tout entier. Autre constatation générale : même si nous assistons depuis une décennie surtout au déploiement d'expériences thérapeutiques nouvelles, nous connaissons encore d'une manière plutôt embryonnaire les relations qui existent entre les modes de traitement et les processus dynamiques de réadaptation et de réinsertion sociale de patients. De plus, les réflexions de plus en plus nombreuses que l'on a répertoriées sur l'intervention sociale et la prévention, toutes théoriques et suggestives qu'elles soient, se traduisent rarement par des programmes concrets de prévention. Que penser de ce bilan, enfin quand on est conscient du taux élevé des rechutes, de la fréquence grandissante de l'alcoolisme et des cas qui nécessiteraient une aide professionnelle, de l'importance de la publicité et des communications de masse dans l'incitation à la consommation des individus de tout âge et de toute condition sociale, de l'accroissement du nombre des accidents routiers dus à un problème alcoolique, des répercussions familiales et sociales très graves de l'alcoolisme, et des coûts économiques et sociaux élevés de l'alcoolisme ? Nous sommes en présence d'un grave problème de santé publique dont la solution nécessitera une intervention plus vigoureuse de l'État, une concertation professionnelle plus systématique, une mise en commun des connaissances théoriques et pratiques et la mise sur pied de programmes multidisciplinaires de recherche où on accorderait une importance accrue aux facteurs écologiques et aux déterminants sociaux de l'alcoolisme, aux composantes psychologiques des types de personnalité dont la vulnérabilité est reconnue et aux conditions sociales de l'éducation et de l'action préventives. Pour exprimer le fond de notre pensée, c'est dans ces domaines privilégiés que l'originalité des équipes québécoises de recherche pourrait apporter un éclairage nouveau et des contributions valables pour la communauté scientifique.

Bibliographie

A. Recherches effectuées au Québec

[Retour à la table des matières](#)

- BERNIER, J. (1970). Les thérapies d'activité à la clinique de Joliette. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 1) : 5-6.
- BLANCHETTE, M., KIROUAC, M., DESROCHERS, C.-Y., et MARCOUX, G. (1973). Le fonctionnement d'une mini-équipe multidisciplinaire dans le traitement des toxicomanes. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 3) : 3-6.
- BOIVIN, M. (1972). Les origines de la bière en Amérique du Nord. *La Revue d'hôtellerie*, 47 (no 1).
- BOUDREAU, A. (1965). L'alcoolisme est une maladie. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 1 (no 1) : 1-4.
- BOUDREAU, A. (1971). Vers un regroupement des bénévoles. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 3) : 3-4.
- BOUDREAU, A. (1976). La publicité sur les boissons alcooliques. *Toxicomanies*, 9 (no 3) : 252-254.
- BOUGIE, M. (1968). Méthodologie et principes de base de la prévention. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 6) : 7-9.

- BOUGIE, M. (1971). Nouvelles de l'Optat. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 5) : 20-22.
- BOURQUE, R. (1965). Psychothérapie et réadaptation pour l'alcoolique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 1 (no 5) : 1-5.
- BOURQUE, R. (1974). Le praticien face à l'alcoolisme. *Le Médecin du Québec*, 9 (no4) : 24-25 ; *La Vie médicale au Canada français*, 3 (no 10) : 1009-1011.
- BRETON, D. (1973). *Deux coordonnées de l'attitude préventive*. Optai, Québec, 10 p.
- BRETON, D. (1974). *Une évaluation-tremplin : plan d'évaluation proposé aux permanents du programme chez les Indiens*. Optai, Québec, 26 p.
- BRETON, D., GOSSELIN, N., et SAMSON, L. (1974). *Inventaire des ressources thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies au Québec*. Optai, Québec, 256 p.
- CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. (1976). *Un aperçu des problèmes liés à l'alcool*. Rapports techniques, Ottawa, 2, 67 p.
- CARON, J.. et COQUELLE, J. (1972). Une nouvelle thérapeutique : la compréhension et l'amitié. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 3-7.
- CHABOT, L. (1969). *Le temps libre chez les alcooliques primaires et secondaires abstinents : une étude des activités de loisirs chez une population d'alcooliques primaires et secondaires*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 273 p.
- CHAREST, P. (1970). La consommation des boissons alcooliques sur la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent. *Toxicomanies*, 3 (no 3) : 329-370.

- CHIASSEON, J.-P. (1965). Le traitement de l'alcoolisme doit s'appliquer à la personne en totalité. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 1 (no 3) : 1-8.
- CHIASSEON, J.-P. (1968). Réflexions d'un psychiatre sur le traitement de l'alcoolique. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 42-50.
- COITEUX, F. (1967). Présentation de notre service de traitement. Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, 3 (no 4) : 4-6.
- CORMIER, D. (1973). Méditation transcendantale et thérapie. *Bien-être social canadien*, 25 (no 2) : 35-37.
- CORMIER, D., et BARRIÈRE, M. (1976). Valeur comparée de l'approche traditionnelle et de l'approche communautaire dans le traitement des toxicomanies. *Toxicomanies*, 9 (no 2) : 93-106.
- COULON, J. (1974). Les femmes qui boivent. Nous, février : 49.
- COUSINEAU, M. (1972). Impressions sur une expérience nouvelle. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 2) : 14-18.
- CRÈTE, Ch. (1971). L'hôpital général (Saint-Joseph-de-LaTuque) organise une clinique de réadaptation pour alcooliques. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 1) : 12-14.
- DAIGNEAULT-RACICOT, S. (1970). *Des déterminants sociaux de l'alcoolisme féminin*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 111 p.
- DELANEY, G.O. (1974). Quelques observations sur l'alcoolisme chez la femme et son traitement. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 10 (no 1) : 8-10.
- DE L'ORME, J.-C. (1973). *Pour une recherche appliquée... applicable*. Texte présenté au VIIIe Congrès annuel de la Fondation

canadienne sur l'alcool et la dépendance aux drogues, Charlottetown, 6 p.

DE L'ORME, J.-C., et coll. (1972). Communiqué des services d'étude et d'orientation de l'Optai. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 19-22.

DE L'ORME, J.-C., et coll. (1974). *Inventaire des ressources thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies au Québec*. Optai, Québec, IV. 256 p.

DENNEHUS, J.-C. (1968). Le travailleur social face à l'alcoolisme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 1) : 6-10.

DÉSILETS, R. (1968). Alcoolisme et approches pastorales actuelles. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 51-60.

DÉSILETS, R. (1969). L'alcoolisme et le problème du conjoint (épouse). *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 5 (no 3) : 11-13.

DESROCHERS, C.-Y. (1968). *Alcoolisme : modèles de consommation et milieux socio-culturels*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 160 p.

DEVLIN, J. (1973). Portage un nouveau programme de réadaptation à l'intention des toxicomanes. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 2) : 10-12.

DROLET, M. (1972). Le niveau d'estime de soi et ses corrélations avec certaines dimensions du concept de soi chez l'alcoolique. *Toxicomanies*, 5 (no 3) : 220-242.

DUBUC, P. (1970). Le rôle du service social dans les centres de consultations externes pour l'alcoolique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 3) : 3-7.

- FATTAH, E.A. (1969). Pour de nouvelles mesures législatives sur les drogues et la toxicomanie. *Toxicomanies*, 2 (no 2) : 85-108.
- FATTAH, E.A. (1971). La peine est-elle la solution ? *Toxicomanies*, 4 (no 2) : 147-164.
- FATTAH, E.A., GAUDREAU-TOUTANT, C., et TREMBLAY, R. (1969). *L'alcool chez les jeunes québécois*. Optat, Québec.
- FATTAH, E.A., et RAIC, A.L. (1970). L'alcool en tant que facteur vic-timogène. *Toxicomanies*, 3 (no2) : 143-174.
- FOSTER, J. (1966). La psychologie de l'alcoolique, *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 2 (no 2) : 1-6.
- FRANCŒUR, Y. (1973). *La perception de soi dans les familles d'alcooliques : projet de recherche*. Optat, Québec, 8 p.
- FRIGON, G. (1972). Le nouveau comité interministériel sur les toxicomanies. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 3) : 4-5.
- GAGNON-BERNIER, L. (1965). *La réaction pathologique à l'alcool et la guerre chez les vétérans de Corée et de la dernière guerre mondiale*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 223 p.
- GIGUÈRE, P. (1972). Alcool et sécurité routière. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 2) : 19.
- GOSSELIN, N. (1972). *Quelques statistiques sur la population globale, la population alcoolique et la population traitée au Québec*. Optat, Québec, 12 p.
- GOSSELIN, N. (1973). *Principales caractéristiques de la population des centres de traitement pour alcooliques du Québec 1971-1972*. Optat, Québec, 99 p.

- GOUPIL, B. (1970). Rôle de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 3).
- HAMELIN, E., TRUDEL, F., et GAGNON, J. (1973). Rapport-synthèse d'évaluation du phénomène-toxicomanie chez les Indiens. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 1) : 17-19.
- HOGAN, E. (1972). L'abus de l'alcool dans l'industrie, *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 5) : 16-19.
- HUOT, J. (1968). La toxicomanie alcoolique : aspects physiologique, psychodynamique et thérapeutique. *Toxicomanies*, 1 (no 3) : 263-279.
- HUOT, J. (1970). La nature du traitement. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 2) : 3-6.
- JACOB, A.G. (1970). Critère de Bernstein et socio-thérapie de groupe. *Toxicomanies*, 3 (no 1) : 89-120.
- JACOB, A.G., et LAVOIE, C. (1970). *Milieu de vie d'un groupe de patientes alcooliques*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 120 p.
- JACOB, A.G., et LAVOIE, C. (1971a). Étude de quelques caractéristiques d'un groupe de femmes alcooliques. *Toxicomanies*, 4 (no 2) : 165-191.
- JACOB, A.G., et LAVOIE, C. (1971b). Quelques notes sur l'alcoolisme chez la femme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 1) : 7-10.
- LAFLAMME, J., GAGNÉ, G., LANIEL, M.-C., DESNOYERS, A., et CHABOT, J. (1971). Expérience d'expression corporelle en thérapie - une innovation à Domrémy-Montréal, dans le secteur de la thérapie d'activité. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 3) : 10-13.

LAFORÉST, L.

_____, (1962). Recensions. *Service social*, II (no 3) : 60-61.

_____, (1968a). Facteurs socio-culturels de l'étiologie de l'alcoolisme au Québec. Quelques hypothèses de recherche. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 105-110.

_____, (1968b). Les études socio-épidémiologiques nord-américaines : mystification ou non ? *Toxicomanies*, 1 (no 2) : 289-314.

_____, (1968c). Vers un rapprochement de la recherche et de l'action dans le champ de l'alcoolisme. *Toxicomanies*. 1 (no 1) : 23-32.

_____, (1971). Le concept de santé mentale positive : fondement d'une intervention socio-clinique (sociologie clinique) en alcoologie et en toxicologie. *Toxicomanies*, 4 (no 4) : 381-390.

_____, (1972). L'alcoolisme au Québec : un phénomène régional. *Toxicomanies*, 5 (no 4) : 311-334.

_____, (1974a). *La théorie de l'anomie et la déviance alcoolique : une application au contexte québécois*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, 420 p.

_____, (1974b). Pour une analyse élargie des processus informels à l'origine de la toxicomanie. *Toxicomanies*, 7 (no 3) : 213-223.

_____, (1975). Force et faiblesse de la théorie de l'anomie comme source explicative de la déviance alcoolique. *Toxicomanies*, 8 (no 3) : 219-235.

_____, (1976). L'usage quotidien de l'alcool et du tabac : deux habitudes de vie liées au système d'interaction sociale. *Toxicomanies*, 9 (no 1) : 73-79.

- LAFOREST, L., et DE L'ORME, J.-C. (1973). La recherche d'un bouc émissaire en toxicomanies : individu ou société. *Toxicomanies*, 6 (no 4) : 385-388.
- LAMBERT, J. (1972a). La mystérieuse unité du M7E. *Toxicomanies*, 5 (no 3) : 307-310.
- LAMBERT, J. (1972b). Un centre de traitement pour alcooliques et toxicomanes. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*.
- LAVALLÉE, F., et LANCOP, C. (1972). L'approche globale dans le traitement des alcooliques. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 5) : 13-15.
- LAVIGNE, G., et OUELLETTE, I. (1972). *Perception du traitement de l'alcoolique par les travailleurs sociaux du Québec métropolitain*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 154 p.
- LAVIOLETTE, J. (1970). Expériences de thérapie de groupe, *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 1) : 14-16.
- LAVOIE, M. (1969). Rôle du travailleur social dans la réadaptation de l'alcoolique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 5 (no 3) : 10-11.
- LEDUC, G. (1967). *L'unité de réadaptation : une réponse aux besoins de l'alcoolique*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 149 p.
- LIMOGES, T. (1966). L'alcoolisme de la femme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 2 (no 4-5) : 3-5.
- MALCOLM, A.I. (1976). L'avenir de la société « chémophile ». *Toxicomanies*, 9 (no 4) : 263-280.

MARCOUX, G.

_____, (1969). L'infirmière industrielle devant le problème de l'alcoolisme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 5 (no 2) : 7-10,

_____, (1970a). Musicothérapie de groupe et psycho-cybernétique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 4) : 14-15.

_____, (1970b). Réflexions en marge du vingt-neuvième Congrès international sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, Australie. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 2) : 7-9.

_____, (1973). Réflexions sur les toxicomanes. *Toxicomanies*, 6 (no 2) : 189-199.

_____, (1974). Mon cheminement dans le domaine du traitement des alcooliques. *La Vie médicale au Canada français*, 3 (no 10) : 941-944.

_____, (1975a). La signification socio-culturelle du boire chez l'alcoolique. *La Vie médicale au Canada français*, 4 (no 2) : 181-183.

_____, (1975b). Regard nouveau sur la toxicomanie. *Toxicomanies*, 8 (no 3) : 227-248.

MARQUIS, P.-A.

_____, (1968). Considérations sur le rôle socialisant de l'infirmière dans nos cliniques de réadaptation pour l'alcoolique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 2) : 4-6.

_____, (1971). Le traitement des alcooliques tel que préconisé par le service de traitement de l'Optat. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 2) : 18-23.

_____, (1972). L'alcoolisme et les toxicomanies : leur aspect psychologique. *La Vie médicale au Canada français*, 1 (no 10) : 985-988.

MARQUIS, P.-A., et DALLAIRE, M. (1972). Évaluation et traitement du malade intoxiqué. *Toxicomanies*, 5 (no 1) : 7-19.

MARQUIS, P.-A., et LAMBERT, J. (1973). Considérations sur le traitement des alcooliques et autres toxicomanes. *La Vie médicale au Canada français*, 2 (no 7) : 876-880.

MARQUIS, P.-A., et LAMBERT, J. (1975). Le traitement du toxicomane : qui en bénéficie le plus, le soignant ou le soigné ? *Toxicomanies*, 8 (no 3) : 281-293.

MARTEL, F.

_____, (1970). Étude de constantes biochimiques reliées à l'intoxication alcoolique : hypothèses de recherche. *Toxicomanies*, 3 (no 2) : 237-244.

_____, (1974). Nouvelle approche expérimentale du traitement de l'alcoolisme : la régulation métabolique. *Toxicomanies*, 7 (no 3) : 233-247.

MARTIN, L. (1973). La drogue : au-delà de la peur. *Le MacLean*, 13 (no 9) ; 17-19, 44-48.

McKINNON, R. (1972). Le concept de soi de l'alcoolique et les changements qui l'affectent au cours d'une thérapie. *Toxicomanies*, 5 (no 2) : 173-198.

MORDRET, J.

_____, (1967). Réflexions sur la prévention. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 3 (no 6) : 7-12.

_____, (1972). L'alcoolisme et l'industrie ; le monde du travail s'organise. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 12-13.

MORDRET, J., et PERRON, J. (1972). La drogue : comment ? pourquoi ? quoi faire ? *Action pédagogique*, 25 : 1-43.

MURPHY, H.B.M., et BEAUCHESNE, C. (1972). Mesure de la fréquence de l'alcoolisme dans une population du Québec. *La Vie médicale au Canada français*, 1 (no 9) : 856-861.

NAÏMAN, J. (1970). Les toxicomanies : considérations psychanalytiques. *Toxicomanies*, 3 (no 3) : 305-315.

NANTEL, A. (1976). Les toxicomanes et l'histoire des médecines parallèles. *Toxicomanies*, 9 (no 1) : 81-84.

NEGRETE, J.C. (1970). Les attitudes envers le comportement des alcooliques : étude comparative dans trois sous-cultures québécoises. *Toxicomanies*, 3 (no 2) : 193-212.

_____, (1973). Aspects psychologiques dans l'étiologie de l'alcoolisme. *Toxicomanies*, 6 (no 2) : 149-155.

NEIDHART, H. (1971). L'étude psychologique de l'alcoolisme. *Toxicomanies*, 4 (no 2) : 213-224.

NSAL, G. (1976). Drogues (alcool) et maternité : un dilemme pour la femme ? données actuelles et perspectives. *Toxicomanies*, 9 (no 3) : 175-225.

OPTAT

_____, (1966a). Alcool, individu et société. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 2 (no 6) : 9-11.

_____, (1966b). Aspect économique-social de l'alcoolisme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 2 (no 1) : 1-4 et 7.

- _____, (1968). Ce que l'on doit savoir sur l'ivressomètre. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 1) : 4-5.
- _____, (1970a). L'alcoolique et son conjoint : le mari. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 1) : 7.
- _____, (1970b). La loi sur l'ivressomètre. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 1) : 2.
- _____, (1971a). Activités de l'Optat. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 6) : 22.
- _____, (1971b). Communications du service de la recherche. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 1) : 14-17.
- _____, (1972a). Aux cours d'été sur les toxicomanies. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 3-4) : 19-25.
- _____, (1972b). Communiqué du service d'étude et d'orientation. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 19-22.
- _____, (1972c). Initiatives dans le monde du travail. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 3-4) : 26-27.
- _____, (1972d). La collaboration de l'Optat avec la Commission scolaire de Montréal. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 16.
- _____, (1972e). La quinzième session des cours d'été de l'Optat à l'Université de Sherbrooke. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 6) : 8-11.
- _____, (1972f). Nouvelles diverses et activités de l'Optat. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 5) : 22-26.

- _____, (1973a). L'alcool est la drogue dont on abuse le plus. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 4) : 14.
- _____, (1973b). Nouvelles de l'Optat - Communiqué du service d'étude et d'orientation. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 2) : 19.
- _____, (1973c). Qu'en pensez-vous ? *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 1) : 20-23.
- _____, (1974a). Cours d'été sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies, 17e session - Université de Sherbrooke. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 10 (no 1) : 15-16 ; 10 (no 2) : 22.
- _____, (1974b). La Fédération des organismes bénévoles pour le traitement et la prévention des alcooliques et des toxicomanes du Québec. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 10 (no 1) : 6-7.
- OUELLET, J.-H. (1961). *Essai sur l'aspect médico-social de l'alcoolisme et évaluation clinique*. Thèse de maîtrise. Université Laval, Québec, 49 p.
- PAPILLON, M. (1966), *Facteurs sociaux et alcoolisme*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 190 P.
- PARENTEAU, F. (1974). Étude comparative des diverses expériences et méthodes mises en œuvre au Canada pour prévenir, par l'éducation, l'abus de l'alcool, du tabac et des autres drogues. *Toxicomanies*, 7 (no 4) : 265-290.
- PARENTEAU, F., et FORTIN, J. (1973). *Le phénomène-drogue au Québec : la consommation de drogues et d'alcool et ses significations : projet de recherche*. Optat, Québec, 20 p. (annexe : stratégie d'analyse, 8 p.)

- PELLETIER, J. (1976). Problèmes liés à la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées. *Toxicomanies*, 9 (no 2) : 120-142.
- PERRON, J. (1969). La collaboration avec le monde scolaire. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 5 (no 1) : 14.
- PRICE, Compagnie (1973). L'alcool est la drogue dont on abuse le plus. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 9 (no 4) : 14
- RAIC, A.L, (1968). Considérations relatives à une politique criminelle à l'égard des alcooliques-malades mentaux. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 3) : 17-19.
- RAINAUT, J. (1968). Mauvaise foi et incompréhension réciproque entre alcooliques et non-alcooliques. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 4) : 13-18.
- RICHARD, R.
- _____, (1965), Unités de réadaptation pour alcoolique. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 1 (no 4) : 4-6 et 9.
- _____, (1973). L'abus des drogues ; dilemme national : le traitement. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 3-4) : 9-15.
- RIVERIN, D. (1967). *Insatisfaction au travail et alcoolisme*. Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 157 p.
- ROSTANT, L. L. (1976). Méthodes de traitement destinées aux femmes alcooliques. *Toxicomanies*, 9 (no 2) : 145-152.
- SAINT-LAURENT-SIMARD, L. (1973). Évaluation psychologique du traitement des alcooliques au Québec. *Toxicomanies*, 6 (no 1) : 7-32.

SAINT-YVES, A. (1977). Le traitement psychosociologique de la famille du toxicomane. In *S'il y a un toxicomane dans votre famille*. Éditions Saint-Yves Inc., Québec, pp. 135-143.

SAINTE-THÈRÈSE-DE-LA-CROIX (Soeur) (1972). Le problème de l'alcoolique. *L'Hôpital d'aujourd'hui*, 18 (no 6) : 9-18.

SIMARD, J. (1970). Une première évaluation de l'efficacité des traitements au service de traitement des toxicomanes à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 3) : 3-7.

TARDIF, G. (1968). Alcoolisme et violence. *Toxicomanies*, 1 (no 2) ; 125-134.

THIBAUDEAU, P. (1965). Nouvelle méthode de traitement des alcooliques. *L'infirmière canadienne*, 8 : 500-502.

TREMBLAY, M. -A.

_____, (1968a). Plan directeur des études sur l'alcoolisme. In *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Les Éditions McGraw-Hill, Montréal, pp. 120-144.

_____, (1968b). Recherche en éducation dans le domaine de l'alcoolisme : éléments de synthèse. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 79-98.

TRUDEL, J. (1974). Le mal de la bouteille. *Visa-Vie*, 2 (ne 3) : 14-15.

VACHON, A.

_____, (1968). Cabarets de la Nouvelle-France. *Toxicomanies*, 1 (no 3) : 327-329.

_____, (1969). La brasserie du Roi. *Toxicomanies*, 2 (no 2) : 237-240.

VACHON, C. (1976). Le rôle du centre de détention vis-à-vis du problème de l'alcoolisme et des toxicomanes dans la région de Québec. *Toxicomanies*, 9 (no 2) : 163-171,

VAMOS, P., et DEVLIN, J.J. (1975). L'évaluation de la formation du thérapeute en toxicomanie. *Toxicomanies*, 8 (no 4) : 257-272.

VILLEDIEU, Y. (1976). *Démédicaliser l'alcoolisme*. Québec-Science, 14 (no 6).

VINTZE, E. (1968). L'étude de la première consommation chez un groupe d'alcooliques. *Toxicomanies*, 1 (no 3) : 237-252.

WHITEHEAD, P.C.

_____, (1973). Vers une nouvelle approche de l'élaboration des programmes de prévention de l'alcoolisme. Une réconciliation des approches socio-culturelles et de distribution de la consommation. *Toxicomanies*, 6 (no 1) : 59-70.

_____, (1976). Programmes IAV (ivresse au volant) : satisfaire aux programmes à la mode ou éviter ce qu'il faudrait faire. *Toxicomanies*, 9 (no 3) : 227-241.

WHITEHEAD, P.C., ROGERSON, R., et MCDUGALL, N. (1975). Les annonces télévisées en faveur du tabac, des boissons alcoolisées et des médicaments. *Toxicomanies*, 8 (no 2) : 93-104.

B. Recherches non effectuées au Québec

[Retour à la table des matières](#)

ADAIR, L. (1973). Suicide and homicide among alcoholics. *Alcoholism Review*, 12 (no 3) : 11-12.

AMIEL, R. (1968). L'alcoolique, l'alcoolisme et ses répercussions socio-professionnelles. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 33-42.

- AARCHIBALD, D.H. (1971). Action communautaire face à l'alcool et aux drogues. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 2) : 3-8.
- BEWLAY, Th. (1971). À tâtons vers des solutions. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 3-4).
- CAMERON, D.C. (1971). Comment lutter contre l'abus de l'alcool et des drogues. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 2) : 9-17.
- CATANZARO, R.J. (1973). La pension de famille et le traitement de l'alcoolisme, de la pharmaco-dépendance et des syndromes névrotiques. *Toxicomanies*, 6 (no 2) : 179-188.
- CORDIERO, J.C. (1974). La relaxation chez les toxicomanes : bilan de quatre ans. *Toxicomanies*, 7 (no 3) : 197-212.
- CORT, M.R. (1970). The forgotten children. AR7 Books Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto (1969), 122 p. Résumé paru dans *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 6 (no 4).
- COWAN, L., AULD, F., et BEGIN, P.-E. (1974). Evidence for distinctive personality traits in alcoholics. *The British Journal of Addiction to Alcohol and other Drugs*, 6 (no 3) : 199-205.
- DANCEY, T.E. (1971). L'alcool et l'état de dépendance causé par les drogues dans les industries nord-américaines. *Toxicomanies*, 5 (no 4) ; 391-397.
- DEFFER, B. (1969). Variations épidémiologiques de toxicomanies associées à des contacts de culture. *Toxicomanies*, 2 (no 1) : 9-19.
- DURKHEIM, Émile. (1961). *Le suicide*. Presses universitaires de France, Paris. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

- EINSTEIN, (1971). Ce qui importe dans le traitement de l'alcoolisme : les variantes pertinentes. *Toxicomanies*, 4 (no 4) : 333-368.
- ELLENBERGER, H.P. (1974). L'alcoolisme à la lumière de la psychiatrie comparée. *L'Union médicale du Canada*, 103 (no 11) : 1914-1920.
- FARMER, P.J. (1976). La répression des accidents causés par la consommation d'alcool ou d'autres drogues, communication présentée au XI Congrès de la Fondation canadienne sur l'alcool et la dépendance aux drogues, tenu à Québec, du 14 au 18 septembre 1975. *Toxicomanies*, 9 (no 1) : 65-71.
- FIUMARA, S.R., et FIUME, S. (1972). *L'alcool et la vie moderne*. *Toxicomanies*, 5 (no 4) : 387-393.
- FOUQUET, P. (1971). Aspects psychiques de la prédisposition à l'alcoolisme-facteurs socio-économiques familiaux de l'alcoolisme (extrait de la revue *La santé de l'homme*). In *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 7 (no 4-5) : 16-19.
- FRASER, J. (1973). The female alcoholic. *Addictions*, 20 (no 3) : 63-80.
- FURLONG, J. (1974). L'alcoolisme et les jeunes. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 10 (no 1) : 3-4.
- GILBERT, R. (1976). L'abus des drogues, indice d'un comportement excessif. *Toxicomanies*, 9 (no 1) : 7-24.
- GLATT, M.M. (1973). Les alcooliques et autres toxicomanes juifs de la région de Londres. *Toxicomanies*, 6 (no 1) : 33-40.
- GODARD, J. (1972). Surproduction ou sous-consommation alcoolique en Europe occidentale. *Toxicomanies*, 5 (no 3) : 269-277.
- JEAN, P. (1972). Une tentative de systématisation de la recherche sur l'alcoolisme. *Toxicomanies*, 5 (no 3) : 279-291.

- JELLINEK, E. M. (1960). *The disease of alcoholism*. Hillhouse Press, New Brunswick, New Jersey.
- JENNI, D. (1976). Problématique de l'information du grand public sur l'alcool et l'alcoolisme. *Toxicomanies*, 9 (no 3) : 255-262.
- JESSOR, R., GRAVER, I., HONSON, R., et JESSOR, L.S. (1968). *Society, personality and deviant behavior*. Jossey-Boss Inc., San Francisco.
- JONES, B., PARSONS, O.A., et TARTER, R.E. (1972). Déficiences cognitives chez les alcooliques chroniques. *Toxicomanies*, 5 (no 4) : 335-343.
- KAPLAN, H., et coll. (1974). Screening tests and self-identification in the detection of alcoholism. *Journal of Health and Social Behavior*, 15 (no 1).
- KENRIKSEN, J. D. (1972). Le programme de traitement de l'alcoolisme de Battle Greck, *Toxicomanies*, 5 (no 4) : 345-355.
- Kim, Y.C. (1973). *A sociological model for identifying alcoholics : experimental design*. Alcoholism Commission of Saskatchewan Research Division, Regina. volume 7, 83 p.
- LECOQ, R. (1970). La maladie alcoolique et la désintoxication alcoolique. *Toxicomanies*, 3 (no 1) : 1-13.
- LECOQ, R., et VIALLE, M. (1968). Que faut-il entendre par : désintoxication alcoolique ? *Toxicomanies*, 1 (no 2) ; 181-197.
- LEREBoullet, J. (1971). L'influence relative des diverses boissons alcooliques sur le taux d'alcoolémie. *Toxicomanies*, 4 (no 1) : 7-18,
- LEVINSON, T., et MacLachlan, J.P.C. (1973). Facteurs influençant les résultats du traitement des alcooliques à l'Institut Donwood. *Toxicomanies*, 6 (no 3) : 203-221.

- LLopis, R., et SANTO-DOMINGO, J. (1971). Concepts et définitions de l'alcoolisme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 4 (no 4) : 6-12.
- McDOUGALL, N., ROGERSON, R., et SHITEHEAD, P.C. (1973). L'alcool, le tabac et les médicaments : étude de la publicité écrite. *Toxicomanies*, 6 (no 3) : 223-232.
- MELLO, N.K., MENDELSON, J.H., Éd. (1971). *Recent advances in studies on alcoholism. An interdisciplinary symposium*. Washington, D.C. National Center for Prevention and Control of Alcoholism. 920 p.
- MERCÉS DE MELLO, M.L., MOREIRA DINIZ, R., et FRAZAO MONTEIRO, M.H. (1972). Quelques réflexions sur le traitement de l'alcoolique et sur sa promotion. *Toxicomanies*, 5 (no 3) : 243-253.
- MERTON, R.K. (1957). *Social structure and anomie. Social Theory and Social Structures*. The Free Press, Glencoe, Illinois.
- MONNIER, D. (1968). Alcoolémie et tests d'haleine en Europe. *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 71-77.
- MOSS M.C. (1970). L'épidémiologie de l'alcoolisme dans un comté anglais. *Toxicomanies*, 3 (no 2) : 175-191.
- NEGRETE, J.C. (1973). Cultural influences of social performance of alcoholics : a comparative study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34 (no 3) : 905-916.
- O'BRIEN, W.I. (1974). L'an 1984 et la pandémie de la toxicomanie iatrogénique. *Toxicomanies*, 7 (no 2) : 167-173.
- O'KEEFE, T. (1974). Alliés éventuels ; les mass-media et la publicité contre l'abus de l'alcool, du tabac et autres drogues. *Toxicomanies*, 7 (no 2) ; 91-121.

- PERRIN, P. (1968). L'alcoolisme est-il une toxicomanie ? *Toxicomanies*, 1 (no 1) : 11-15.
- POPHAM, R.E. (1956). The Jellinck alcoholism estimation formula and its application to Canada data. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17 : 575.
- RAINAUT, J. (1976). Solitudes de l'alcoolique. *Toxicomanies*, 9 (no 4) : 317-332.
- RICHMAN, A. (1975). Épidémiologie des problèmes reliés à l'alcool. La situation au Canada. In *Épidémiologie des problèmes liés à la drogue au Canada*. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Ottawa, pp. 27-46.
- ROOT, L.E.
- _____, (1970). Quelques considérations socio-culturelles relatives à l'alcoolisme. *Toxicomanies*, 3 (no 3) : 383-392.
- _____, (1972). Pour une action communautaire d'ensemble face aux problèmes de l'alcoolisme, *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, 8 (no 5) : 6-12.
- RUSSELL, R.D. (1975). Quelle méthode d'éducation devrions-nous adopter en matière d'alcool pour prévenir les problèmes de demain. *Toxicomanies*, 8 (no 3) : 195-217.
- SCHMIDT, W. (1975). L'épidémiologie d'un problème particulier relié à l'alcool : étude de cas en épidémiologie analytique. In *Épidémiologie des problèmes liés à la drogue au Canada*. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Ottawa, pp. 47-68.
- SOLMS, H. (1970). La nostalgie des mondes de l'imaginaire : aspects psychologiques et sociologiques des tendances toxicophiliques. *Toxicomanies*, 3 (no 3) : 317-327.

SZABO, A. (1968). Le contrôle juridique de l'alcoolisme en Hongrie. *Toxicomanies*, 1 (no 4) : 315-326.

WHITEHEAD, P.C.

_____, (1975a). L'heure de la coordination : similitudes épidémiologiques entre l'usage et l'abus de l'alcool et des autres drogues. *Toxicomanies*, 8 (no 1) : 31-41.

_____, (1975b). Épidémiologie des problèmes liés à l'usage du tabac au Canada. In *Épidémiologie des problèmes liés à la drogue au Canada*. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Ottawa, pp. 69-88.

WIGLE, D. (1975). Ambiguïté des concepts utilisés dans les problèmes épidémiologiques liés à la drogue. In *Épidémiologie des problèmes liés à la drogue au Canada*. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Ottawa, pp. 1-26.

WILDE, G.J.S. (1975). Évaluation de l'efficacité de l'éducation du public et des programmes d'information relativement à l'alcool, à la drogue et à la sécurité routière. *Toxicomanies*, 8 (no2) : 117-134.

Fin du texte