

PRÉVALENCE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS LA POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Michel Landry, D.Ps.¹
Louise Nadeau, Ph.D.²
Stéphane Racine, M.Ps.³

Décembre 1996

¹ Directeur des services professionnels, Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine, et Directeur de Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ)

² Professeur agrégé, Département de Psychologie, Université de Montréal, et Chercheur principal, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ)

³ Candidat au Doctorat, Département de Psychologie, Université de Montréal.

Les auteurs tiennent à remercier *Jean Proulx*, de l'École de criminologie de l'Université de Montréal, *Marc Dumont*, consultant en statistique, de leur collaboration et *Danielle Duhamel* et *Louise Guyon* pour leurs commentaires sur des versions préliminaires du texte ainsi que *Ghislaine Binette* pour les travaux de traitement de texte.

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe en toxicomanie du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ
coordination de l'Édition :
Louise Guyon
collaboration à l'édition :
Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ
950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
téléphone : (514) 385-0046
télécopieur : (514) 385-5728
Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs :

Michel Landry
Louise Nadeau
Stéphane Racine
Téléphone (514) 385-0046

AVANT-PROPOS

Ce document : *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ : chercheurs, intervenants, collaborateurs, agents de recherche étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique. Ce cahier de recherche a été relu par *Jean Proulx*, de l'École de criminologie de l'Université de Montréal, *Danielle Duhamel* du Centre de réadaptation de Domrémy-Montréal.

LA PUBLICATION *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec*, pour répondre à la préoccupation croissante des intervenants en toxicomanie du Québec, une étude a été réalisée dans huit centres de réadaptation publics pour connaître la prévalence des troubles de la personnalité des personnes toxicomanes qui y reçoivent des services. Le *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) a été administré aux 255 sujets de l'étude, qui avaient été admis dans un des centres depuis au moins sept jours. Les résultats révèlent que seulement 12 % des sujets ne présentent aucun trouble de la personnalité aux échelles du MCMI et que la grande majorité (71 %) présentent plus d'un trouble. Les troubles les plus fréquents sont la personnalité «passive-agressive», «dépendante» et «évitante», suivis des troubles de la personnalité «limite» et «schizoïde». Les femmes se distinguent par une prévalence plus grande. La comparaison avec d'autres études réalisées dans des conditions comparables suggère que, de façon générale, les sujets de la présente étude se caractérisent par un niveau sensiblement plus élevé de la pathologie présentée à l'Axe II. Les résultats de cette étude de prévalence viennent confirmer ce que les intervenants des centres de réadaptation publics du Québec affirmaient depuis longtemps, à savoir que la clientèle est lourde et le tableau clinique chargé.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de:

"aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention."

Le programme de recherche du RISQ, qui est à son deuxième mandat, s'actualise à travers quatre axes principaux qui prévoient :

- approfondir la connaissance de la population-cible et de son milieu social;
- comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- développer de l'instrumentation et explorer des méthodes de recherche adaptées aux besoins des milieux d'intervention.

Logé au Centre de réadaptation Domrémey-Montréal lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires, les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

TABLE DES MATIÈRES

1 - INTRODUCTION	1
2 - HISTOIRE DU PROJET	3
3 - MÉTHODOLOGIE	5
3.1 SUJETS	5
3.2 INSTRUMENT	5
3.3 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON FINAL	7
3.4 ANALYSES STATISTIQUES	7
4 - RÉSULTATS	9
4.1 NATURE ET GRAVITÉ DES TROUBLES PRÉSENTÉS	9
4.2 COMPARAISONS SELON LE SEXE	11
4.3 COMPARAISONS SELON LE GROUPE D'ÂGE	14
4.4 L'ANALYSE FACTORIELLE	18
4.5 COMPARAISONS AVEC LES AUTRES ÉTUDES DE PRÉVALENCE	20
4.5 COMPARAISONS AVEC D'AUTRES ÉCHANTILLONS QUÉBÉCOIS	25
5 - DISCUSSION	29
5.1 LA PRÉVALENCE ET LA SÉVÉRITÉ DES TROUBLES	29
5.2 L'ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE OU FACTORIELLE	30
5.3 LA COMPARAISON ENTRE LES SEXES	30
5.4 LA PRATIQUE CLINIQUE ET LES TROUBLES À L'AXE	32
5.5 LES RÔLES DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES SUR LA FIDÉLITÉ TEST-RETEST	35
6 - CONCLUSION	37
7 - RÉFÉRENCES	39
ANNEXE	
ÉTUDE DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DE LA VERSION FRANÇAISE DU MCMI	43

LISTE DES TABLEAUX

1	Prévalence des troubles de la personnalité	10
2.1	Troubles de la personnalité selon le sexe (BR >84), population toxicomane du Québec	12
2.2	Troubles de la personnalité selon le sexe (BR >74), population toxicomane du Québec	12
2.3	Échelle ayant le score le plus élevé selon le sexe, population toxicomane du Québec	13
2.4	Moyenne aux échelles du MCMI selon le sexe, population toxicomane du Québec	13

3.1	Troubles de la personnalité selon le groupe d'âge (BR >84), population toxicomane du Québec	15
3.2	Troubles de la personnalité selon le groupe d'âge (BR >74), population toxicomane du Québec	15
3.3	Échelle ayant le score le plus élevé selon le groupe d'âge, population toxicomane du Québec	16
3.4	Moyenne aux échelles du MCMI selon les groupes d'âges, population toxicomane du Québec	17
4	Matrice de saturation de l'analyse factorielle, population toxicomane du Québec	19
5	Comparaison des scores BR moyen à ceux de huit autres études	23
6	Mise en rang des scores moyens obtenus par les sujets de neuf échantillons aux échelles des troubles de la personnalité du MCMI	24
7	Comparaison des scores BR de quatre échantillons québécois	26
8	Analyse d'homogénéité	46
9	Corrélations test-retest	48

1 - INTRODUCTION

Les intervenants en toxicomanie du Québec sont de plus en plus préoccupés par la relation entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie⁴. Le travail clinique auprès des toxicomanes admis en traitement dans les centres de réadaptation permet, certes, de développer une connaissance et une expertise à ce sujet que seuls les contacts réguliers avec les clients peuvent apporter. Cependant, comme le rappellent Valleur et Angel (1987 : 8) en se référant à leurs clients, «les toxicomanes déconcertent leurs thérapeutes : ils ne se privent pas de façon le plus souvent implicite, de souligner notre impuissance et les limites de notre analyse clinique.» La recherche appliquée auprès de cette clientèle offre la possibilité de mettre en perspective la pratique clinique dans un contexte plus large. Cet intérêt pour la recherche appliquée s'est clairement manifesté par l'importance que plusieurs intervenants ont accordé et accordent encore à l'*Index de gravité d'une toxicomanie*, mieux connu sous son sigle IGT, et qui est un outil d'évaluation. Les études menées avec l'IGT ont permis d'apprécier la sévérité des problèmes que présentent une majorité d'usagers des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec (Guyon et Landry, 1996). Ces études ont aussi permis d'améliorer les services offerts. Par ailleurs, les mêmes intervenants ont souhaité la mise en oeuvre d'études qui aillent plus loin que les informations révélées par l'IGT. C'est ainsi que s'est exprimée la préoccupation pour une recherche appliquée sur les troubles de la personnalité, ou troubles à l'Axe II du *Manuel diagnostique des troubles mentaux* de l'Association psychiatrique américaine (DSM). Les troubles de la personnalité présentent un important coefficient de difficulté pour le praticien. En effet, il est difficile d'amener des changements chez des clients qui présentent des modèles de comportement inadaptés profondément inscrits dans leur structure psychologique. Ceux-ci résistent davantage au changement. Ils manifestent souvent une grande rigidité dans leurs relations avec les autres, et cette inflexibilité est souvent source de conflits avec les personnes de leur entourage, mais aussi avec leur thérapeute ou l'établissement qui dispense le traitement. Ils tiennent ferme à leurs valeurs et à leurs idées sur leur environnement, en dépit d'échecs répétés. En outre, contrairement aux troubles névrotiques de l'Axe I, qui sont vécus par les clients comme quelque chose d'étranger à eux-mêmes et de difficile à tolérer, les idées et comportements qui sont reprochés aux usagers souffrant de troubles de l'Axe II sont souvent en accord avec l'ensemble de leurs pensées et de leurs sentiments.

Ces personnalités sont réputées pour la négation de leurs problèmes et pour leur difficulté à tirer profit de l'aide qui leur est offerte. Ces constatations ont amené Boudreault, Duhamel, Maltais et Marceau (1994), en conclusion de leur examen de la question des troubles de la personnalité dans le contexte de l'intervention en toxicomanie, à souligner l'importance de l'établissement d'une alliance avec le thérapeute, même s'il ne faut pas chercher à retenir le client à tout prix. Et pourtant, malgré ce coefficient de difficulté élevé, ces personnalités

¹

Dans ce texte, le concept de toxicomanie réfère à la dépendance aux substances psychoactives: alcool, drogues illégales, médicaments.
Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec

difficiles viennent nombreuses dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanie du Québec et souhaitent améliorer leur vie, en dépit de dispositions personnelles qui ne favorisent pas le changement.

2 - HISTOIRE DU PROJET

À partir de juin 1993, devant la préoccupation grandissante des partenaires du RISQ pour les troubles de la personnalité, des consultations ont été menées auprès des cliniciens de Domrémy-Montréal afin de connaître leurs priorités de recherche. Ces rencontres ont permis d'établir qu'une étude de prévalence devait être une première étape pour mieux comprendre ce phénomène chez ses usagers. La Table des responsables cliniques des centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes ayant par la suite donné son aval au projet, huit centres se sont alors engagés à y participer, soit Alternatives, le Centre Montérégie (maintenant Le Virage), Domrémy-Laval, Domrémy-Montréal, Domrémy-Trois-Rivières, le Pavillon André Boudreau, le Pavillon Jellinek et le Programme Le Portage. Le présent rapport fait état des résultats de l'étude de prévalence que le RISQ a mené de concert avec ces huit centres.

Ce document est le second que le RISQ consacre à l'étude entre le trouble de la personnalité et la toxicomanie. Le premier volet de ce projet fut constitué par le cahier de recherche du RISQ intitulé *L'interaction entre troubles de la personnalité et toxicomanie* (Racine et Nadeau, 1995). Cette monographie constitue le cadre théorique du présent travail. Le lecteur qui veut se familiariser avec la recension des écrits sur les liens existant entre troubles de la personnalité et toxicomanie pourra consulter ce document avec profit. Rappelons les conclusions auxquelles cette discussion théorique est arrivée.

- Dans les échantillons cliniques présentant un trouble lié aux substances psychoactives, la proportion de sujets présentant au moins un trouble de la personnalité varie entre 53 % et 100 %.
- Les troubles de la personnalité les plus souvent identifiés en concomitance avec la toxicomanie sont les personnalités antisociale, limite, narcissique et dépendante.
- Plusieurs explications, les unes complémentaires, les autres contradictoires, permettent d'éclairer les liens entre la toxicomanie et les troubles de la personnalité.
- Un trouble de la personnalité modifie le pronostic relativement à l'efficacité et à la durée du traitement.

3 - MÉTHODOLOGIE

3.1 Sujets

Les 255 sujets de cette étude proviennent de centres de réadaptation qui ont accepté de participer au projet. Pour être inclus dans l'étude, les sujets devaient avoir été admis en traitement depuis plus de sept jours, ce critère servant à exclure ceux qui pourraient être en désintoxication ou en période de sevrage aigu. Ceux et celles qui acceptaient de participer à l'étude étaient invités à remplir un formulaire de consentement à la recherche qui les assurait de la confidentialité de leurs réponses et autorisait les chercheurs à consulter leur dossier d'usager du centre.

Les 255 sujets retenus dans l'échantillon se répartissent comme suit : Alternatives (n = 24); Centre Montérégie (n = 42); Domrémy Laval (n = 12); Domrémy Montréal (n = 22); Domrémy Trois-Rivières (n = 43); Pavillon André Boudreau (n = 46); Pavillon Jellinek (n = 25); Programme Portage (n = 41). Tous les sujets sont âgés de plus de 18 ans et sont francophones. L'échantillon regroupe 182 hommes et 73 femmes. La moyenne d'âge est de 34,51 ans. Tandis que 11,8 % des sujets ont de 18 à 24 ans, 41,2 % ont de 25 à 34 ans, 33,7 % ont de 35 à 44 ans et 13,3 % ont 45 ans ou plus.

3.2 Instrument

Lors des travaux préliminaires à la présente étude, le *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) (Millon, 1983), fut sélectionné comme instrument de choix. Il retient l'attention, d'une part, parce que développé à partir d'une théorie. En effet, le MCMI permet l'opérationnalisation de la taxonomie des troubles de la personnalité de Millon (1969, 1981), taxonomie qui est, pour l'essentiel, en accord avec la classification des troubles de la personnalité de l'*American Psychiatric Association* (1980) présentée dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition* (DSM-III). De plus, le MCMI est un instrument reconnu fidèle et valide (Millon, 1983). Enfin, sa passation est facile et requiert un temps relativement bref. Les données obtenues peuvent donc être utilisées pour soutenir l'évaluation diagnostique et préparer la stratégie d'intervention. Les résultats indiquent la présence de caractéristiques de personnalité associés à des troubles de la personnalité. Pour poser un diagnostic, une entrevue clinique et une référence aux critères du DSM, dans sa dernière version, est nécessaire.

C'est la première édition du *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) (Millon, 1983), dans sa version française traduite et adaptée pour le Québec par D'Élia et Lagier (1986) qui fut utilisée dans cette étude. Cette traduction fut soumise à la procédure de traduction-retraduction telle que requise par les détenteurs des droits d'utilisation du questionnaire et fut approuvée par ces derniers. Une étude des qualités psychométriques de cette

traduction fut également menée en collaboration avec une équipe de chercheurs de l'Institut Philippe Pinel. Celle-ci portait sur la consistance interne, la fidélité test-retest et la validité discriminante. Les résultats de cette étude font l'objet d'un rapport distinct et sont rapportés en annexe. Ils permettent de conclure que la version française utilisée est, dans son ensemble, fidèle et valide.

Le MCMI est un questionnaire autorévéélé de 175 questions auxquelles le sujet doit répondre par «vrai» ou par «faux». L'instrument comprend 20 échelles cliniques. Ce sont tout d'abord 11 échelles mesurant les troubles de la personnalité, soit les échelles : 1) schizoïde; 2) évitante; 3) dépendante; 4) histrionique; 5) narcissique; 6) antisociale; 7) compulsive; 8) passive-agressive; S) schizotypique; C) limite (borderline); et P) paranoïde. Les échelles 1 à 8 évaluent les troubles de la personnalité de base. Les échelles S, C et P mesurent les troubles de la personnalité considérés comme les plus sévères et qui entraînent une désorganisation plus globale de la personnalité. Ces 11 échelles correspondent aux troubles présentés dans la taxonomie de Millon (1981) et trouvent leur équivalent dans les DSM-III-R et DSM-IV.

Le MCMI comprend également neuf échelles de syndromes cliniques, soit les échelles : A) anxiété; H) somatisation; N) hypomanie; D) dysthymie; B) abus d'alcool; T) abus de drogue; SS) trouble de la pensée; CC) dépression clinique; et PP) idées délirantes. Ces échelles complètent le tableau clinique et permettent d'avoir une représentation globale de la problématique affectant un sujet. Ces mesures de syndromes cliniques correspondent aux troubles de l'Axe I du DSM-III, mais ne constituent pas des entités diagnostiques au même titre que les échelles de troubles de la personnalité.

Pour chacune de ces 20 échelles, des scores pondérés doivent être calculés. Ces scores de base (en anglais *Base Rate Scores*, d'où l'abréviation BR) permettent de signaler la présence ou la prééminence d'un trouble. Le MCMI a été pondéré de telle sorte que si le score BR d'une échelle dépasse le seuil de 74, les symptômes présentés sont considérés comme indicatifs de la présence de ce trouble. Si le score BR dépasse 84, alors le trouble correspondant à l'échelle désignée est considéré prééminent. Ces deux points de césure sont d'une importance décisive dans l'analyse des profils générés par le MCMI. Ainsi, lors de l'examen des données, on recommande d'examiner tout d'abord si le sujet a obtenu une cote supérieure à 84 à une des échelles. Cette première lecture signale quelles caractéristiques des troubles distinguent le sujet. Ensuite, il s'agit de noter quelles échelles dépassent 74. Ces deux lectures donnent une représentation globale de l'organisation de la personnalité du sujet. Dans ce texte, lors de la présentation des résultats, seules les données concernant les troubles de la personnalité (Axe II) seront présentées. Les données relatives aux troubles de l'Axe I seront évoquées pour éclairer celles de l'Axe II.

3.3 Constitution de l'échantillon final

Le MCMI comprend deux indices de validité. Le premier indice, l'échelle Y à laquelle on réfère sous l'appellation d'«index de validité» et le second, constitué par la somme des scores des échelles 1 à 8. L'échelle Y ou l'«index de validité» comprend quatre questions auxquelles, selon toute vraisemblance, la majorité des gens répondent «faux». Répondre «vrai» à une de ces questions indique une tendance à donner des réponses erronées soit de façon volontaire, soit par négligence, soit parce que le questionnaire fut complété au hasard par le sujet. Dans notre étude, deux sujets ont répondu «vrai» à deux de ces questions et 13 sujets ont répondu «vrai» à une de ces questions, soit 5,2 % de l'échantillon total. Ces 15 sujets ont donc été exclus. D'un point de vue clinique, un test présentant un index de validité égal à 2 ne doit pas être nécessairement considéré comme invalide. Ce test doit toutefois être interprété de façon prudente et comme étant peut-être instable de telle sorte que nous avons préféré rejeter ces tests afin de maximiser la validité de nos résultats. Nous avons favorisé une approche conservatrice, c'est-à-dire une stratégie de recherche qui élimine toutes les données pouvant être considérées non valides.

Le second indice est constitué par un score supérieur à 165 sur la somme des échelles de 1 à 8. Un tel résultat indique qu'il y a exagération, volontaire ou non, des symptômes. Si la somme est inférieure à 94, il y a alors dissimulation, volontaire ou non, des symptômes. Dans notre échantillon, neuf protocoles (3,1 %) ont été rejetés à cause d'un score supérieur à 165. Aucun sujet n'a eu un score inférieur à 94. Dans notre échantillon, l'exagération des symptômes semble donc un phénomène plus fréquent que la dissimulation.

Un seul protocole fut rejeté pour un index de validité égal à 2 et un score aux échelles 1 à 8 supérieur à 165. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre le fait de donner des réponses erronées et l'exagération des symptômes. De plus, six protocoles furent rejetés à cause de données manquantes et trois, parce que les sujets étaient âgés de moins de 18 ans. Au total, 32 protocoles (11,1 %) furent rejetés et 255 conservés. À titre de comparaison, Bishop (1993) a fait passer le MCMI-II à 73 patients en traitement pour dépendance aux substances psychoactives. Le test fut passé au cours des sept premiers jours suivant l'admission à l'hôpital et rapporte que 16,9 % des protocoles étaient invalides. Les taux de protocoles invalides dans cette étude et la nôtre sont donc comparables, bien que les conditions de passation soient différentes des nôtres.

3.4 Analyses statistiques

Les analyses statistiques visaient à déterminer la prévalence générale, la prévalence selon les différentes variables socio-démographiques de même qu'à établir des différences statistiquement significatives entre ces différents groupes. Ce traitement fut effectué à l'aide du logiciel

SPSS version 6.1 pour MS WINDOWS. Différentes statistiques furent utilisées en tenant compte de la nature des comparaisons à effectuer et des caractéristiques des données : chi-carré, test exact de Fischer⁵, *t* de Student, analyse de la variance (ANOVA), tests de Kruskal-Wallis, de Student-Newman-Keuls et de Mann-Whitney.

1 La méthode exacte de Fischer fut utilisée pour remplacer le chi-carré lorsque la fréquence théorique était inférieure à 5 ans plus de 20 % des cellules des tableaux de contingence ayant un nombre de degré de liberté égal à 1.

4 - RÉSULTATS

Dans un premier temps, la nature et la gravité des troubles présentés sont examinées pour l'ensemble de l'échantillon. Puis, les différences qui existent entre les sexes et entre les groupes d'âges seront considérés. Enfin, les scores moyens de chacune des échelles sont comparés à ceux d'autres études de prévalence et à ceux d'autres échantillons québécois ayant complété le même questionnaire.

4.1 *Nature et gravité des troubles présentés*

Le tableau 1 décrit la nature des troubles présentés et leur importance relative pour l'ensemble des sujets selon l'entité diagnostique, le score le plus élevé par sujet et la moyenne d'ensemble pour chacune des entités diagnostiques. La première colonne montre, pour chacune des échelles, la proportion de sujets ayant un score BR qui dépasse 84. La deuxième colonne présente la proportion de sujets ayant un score BR qui dépasse 74. La troisième colonne présente les sujets classifiés sous l'entité diagnostique pour laquelle ils présentent le score BR le plus élevé. Si aucune des échelles de troubles de la personnalité ne dépasse 84, le sujet est classifié comme n'ayant pas de trouble. Si une égalité de scores est constatée, le sujet est classifié comme ayant un trouble mixte. Enfin, on retrouve dans la quatrième colonne les scores moyens de l'échantillon. Nous avons également indiqué dans ce tableau le rang relatif des différents troubles lorsque classifiés selon ces modes de présentation.

TABLEAU 1

PRÉVALENCE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

	Par entité diagnostique				Score plus élevé		Score moyen	
	BR > 84		BR > 74		%	Rang	%	Rang
	%	Rang	%	Rang				
AXE II								
Aucun trouble	11,8		1,2		11,8			
Schizoïde	33,3	4	52,5	5	3,1	8	70,61	5
Évitante	48,6	3	68,6	3	14,5	3	81,05	2
Dépendante	52,9	2	69,4	2	21,2	1	75,85	3
Histrionique	10,6	9	24,7	8	2,7	9	58,63	9
Narcissique	12,5	6	20,8	10	4,3	5	56,58	10
Antisociale	12,5	6	26,3	7	3,5	7	60,90	8
Compulsive	0,0	11	0,4	11	0,0	11	39,66	11
Passive-agressive	56,9	1	76,5	1	20,8	2	82,30	1
Schizotypique	7,1	10	22,0	9	0,4	10	65,85	7
Limite	21,2	5	55,3	4	3,9	6	75,45	4
Paranoïde	12,5	6	31,4	6	4,7	4	69,05	6
Mixte					9,0			
AXE I								
Aucun trouble	12,5		2,4		12,5			
Anxiété	73,3	1	82,7	1	37,6	1	91,23	1
Somatisation	23,9	5	37,6	5	2,0	6	72,39	5
Hypomanie	14,9	6	20,8	6	4,3	5	63,51	8
Dystimie	51,4	2	79,2	2	7,8	3	84,64	2
Abus d'alcool	49,0	3	76,5	3	5,5	4	82,93	3
Abus de drogue	33,3	4	62,7	4	14,1	2	78,91	4
Trouble de la pensée	7,1	7	17,3	7	1,2	7	67,88	6
Dépression clinique	5,9	9	14,5	8	0,0	9	63,80	7
Idée délirante	6,7	8	14,5	8	1,2	7	62,56	9
Mixte					13,7			

En ce qui concerne la nature des troubles présentés, l'examen du tableau permet de constater que, peu importe le mode de présentation des résultats, les mêmes troubles se retrouvent dans les premiers rangs. À l'Axe II, le premier groupe est formé des personnalités passive-agressive, dépendante et évitante et le second comprend les personnalités limite, schizoïde, paranoïde et antisociale. Par ailleurs, le trouble de la personnalité compulsive est quasi absent. On constate donc la grande variété des profils cliniques de la clientèle des CRPAT, vue sous l'angle des troubles de la personnalité, puisque les trois grappes des troubles à l'Axe II s'y trouvent représentées. Même au seuil le plus sévère (BR > 84), tous les troubles, sauf deux, se retrouvent chez plus de 10 % de la clientèle. À l'Axe I, l'anxiété et la

dysthymie se retrouvent en tête, suivies d'un groupe formé de l'abus d'alcool, de l'abus de drogue et de la somatisation.

Comme on pouvait s'y attendre, seul un petit nombre de sujets ne présentent aucune pathologie. Si l'on adopte le seuil le plus sévère (BR > 84), seulement 12 % d'entre eux sont en-deça de ce seuil pour les troubles de l'Axe II et 12,5 %, pour les troubles de l'Axe I. Cette proportion tombe respectivement à 1,2 % et 2,4 %, si l'on adopte le seuil de 74. Remarquons de plus que même le score moyen de certaines échelles (trouble de la personnalité évitante, dépendante, passive-agressive et limite) dépasse le point de césure de 74. Un autre indice de la gravité de la pathologie des sujets est le cumul des troubles à l'Axe II. Au seuil le plus élevé (BR > 84), le nombre moyen de troubles est de 2,68; de ce nombre, 71 % présentent au moins deux troubles. Au seuil inférieur (BR > 74), la presque totalité de l'échantillon, soit 95 %, présente au moins deux troubles, le nombre moyen de troubles s'élevant alors à 4,48.

4.2 Comparaisons selon le sexe

Les données ont ensuite été comparées selon le sexe (tableaux 2.1 à 2.4). Ces comparaisons furent réalisées à l'aide du test du chi-carré lorsque les données sont présentées par entité diagnostique ou par score le plus élevé. Cependant, le test exact de Fisher fut utilisé lorsque plus de 20 % des cellules avaient moins de cinq sujets. Les comparaisons de moyennes furent effectuées à l'aide du test-*t*. La comparaison du nombre de diagnostics fut effectuée par le test non paramétrique de Mann-Whitney puisque cette variable n'est pas à proprement dire continue.

TABLEAU 2.1

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON LE SEXE (BR > 84),
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Troubles de la personnalité		MASCULIN		FÉMININ		TOTAL	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble	X	21	(11,5)	9	(12,3)	30	(11,8)
Schizoïde	X	59	(32,4)	26	(35,6)	85	(33,3)
Évitante	X	92	(50,5)	32	(43,8)	124	(48,6)
Dépendante	X	100	(54,9)	35	(47,9)	135	(52,9)
Histrionique	** X	12	(6,6)	15	(55,6)	27	(10,6)
Narcissique	X	24	(13,2)	8	(11,0)	32	(12,5)
Antisociale	X	23	(12,6)	9	(12,3)	32	(12,5)
Compulsive	-	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Passive-agressive	X	101	(55,5)	44	(60,3)	145	(56,9)
Schizotypique	** X	6	(3,3)	12	(16,4)	18	(7,1)
Limite	** X	25	(13,7)	29	(39,7)	54	(21,2)
Paranoïde	** X	17	(9,3)	15	(20,5)	32	(12,5)
Total		182	(100,0)	73	(100,0)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01. X = chi-carré; - pas de test effectué.

TABLEAU 2.2

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON LE SEXE (BR > 74),
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Troubles de la personnalité		MASCULIN		FÉMININ		TOTAL	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble	F	3	(1,6)	0	(0,0)	3	(1,2)
Schizoïde	X	102	(56,0)	32	(43,8)	134	(52,5)
Évitante	X	125	(68,7)	50	(68,5)	175	(68,6)
Dépendante	X	129	(70,9)	48	(65,8)	177	(69,4)
Histrionique	** X	36	(19,8)	27	(37,0)	63	(24,7)
Narcissique	X	42	(23,1)	11	(15,1)	53	(20,8)
Antisociale	X	53	(29,1)	14	(19,2)	67	(26,3)
Compulsive	-	1	(0,5)	0	(0,0)	1	(0,4)
Passive-agressive	X	141	(77,5)	54	(74,0)	195	(76,5)
Schizotypique	X	39	(21,4)	17	(23,3)	56	(22,0)
Limite	* X	93	(51,1)	48	(65,8)	141	(55,3)
Paranoïde	** X	55	(30,2)	25	(34,2)	80	(31,4)
Total		182	(71,4)	73	(28,6)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01.

X = chi-carré; F = Test de Fischer; - pas de test effectué.

TABLEAU 2.3
ÉCHELLE AYANT LE SCORE LE PLUS ÉLEVÉ SELON LE SEXE,
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Troubles de la personnalité		MASCULIN		FÉMININ		TOTAL	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble	X	21	(11,5)	9	(12,3)	30	(11,8)
Schizoïde	F	6	(3,3)	2	(2,7)	8	(3,1)
Évitante	X	29	(15,9)	8	(11,0)	37	(14,5)
Dépendante	X	38	(20,9)	16	(21,9)	54	(21,2)
Histrionique	F	5	(2,7)	2	(2,7)	7	(2,7)
Narcissique	F	7	(3,8)	4	(5,5)	11	(4,3)
Antisociale	F	8	(4,4)	1	(1,4)	9	(3,5)
Compulsive	-	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Passive-agressive	* X	44	(24,2)	9	(12,3)	53	(20,8)
Schizotypique	F	1	(0,5)	0	(0,0)	1	(0,4)
Limite	F	6	(3,3)	4	(5,5)	10	(3,9)
Paranoïde	F	6	(3,3)	6	(8,2)	12	(4,7)
Mixte	** X	11	(6,0)	12	(16,4)	23	(9,0)
Total		182	(100,0)	73	(100,0)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01. X = chi-carré; F = Test de Fischer; - pas de test effectué.
 Les catégories sont mutuellement exclusives.

TABLEAU 2.4
MOYENNE AUX ÉCHELLES DU MCMII SELON LE SEXE, POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Troubles de la personnalité	SEXE		TOTAL
	MASCULIN Moyenne (écart-type)	FÉMININ Moyenne (écart-type)	
Schizoïde	70,37 (23,44)	71,19 (25,59)	0,61 (24,03)
Évitante	81,04 (21,11)	81,10 (23,99)	81,05 (21,92)
Dépendante	75,34 (24,66)	77,15 (25,83)	75,85 (24,97)
Histrionique	59,82 (19,23)	55,64 (28,70)	58,63 (22,38)
Narcissique	56,95 (21,29)	55,66 (24,92)	56,58 (22,35)
Antisociale	61,68 (22,10)	58,96 (21,99)	60,90 (22,06)
Compulsive	39,18 (18,02)	40,88 (21,85)	39,66 (19,16)
Passive-agressive	82,67 (23,36)	81,38 (25,30)	82,30 (23,89)
Schizotypique	65,60 (11,16)	66,48 (14,14)	65,85 (12,07)
Limite	73,57 (12,19)	80,12 (16,40)	75,45 (13,81)
Paranoïde	68,11 (12,96)	71,40 (16,31)	69,05 (14,05)

Test-t : * p < 0,05; ** p < 0,01.

Lorsque l'on examine les données par entité diagnostique (BR > 84, tableau 2.1), les femmes se signalent par une proportion significativement plus élevée de troubles de la personnalité histrionique [$\chi^2(1) = 10,7, p < 0,01$], schizothypique [$\chi^2(1) = 13,7, p < 0,01$], limite [$\chi^2(1) = 21,1, p < 0,01$] et paranoïde [$\chi^2(1) = 5,96, p < 0,01$]. Au seuil inférieur (BR > 74, tableau 2.2), ces différences demeurent pour les troubles de la personnalité histrionique [$\chi^2(1) = 8,3, p < 0,01$] et limite [$\chi^2(1) = 4,53, p < 0,05$]. Lorsqu'on examine quelle échelle obtient le score le plus élevé pour chaque sujet (tableau 2.3), les femmes présentent en plus grande proportion le trouble de la personnalité passive-agressive [$\chi^2(1) = 4,4, p < 0,05$]. Elles sont également surreprésentées dans la catégorie «diagnostic mixte» [$\chi^2(1) = 6,8, p < 0,01$]. Toutefois, cette dernière entité diagnostique ne peut être considérée comme cliniquement significative. Elle indique seulement que le score le plus élevé est souvent en double chez les femmes. Cette catégorie est artificiellement créée par le mode de classification et elle n'est en aucune façon indicative d'un nombre plus élevé de troubles ni de scores plus élevés. Enfin, la comparaison des scores moyens (tableau 2.4) révèle que les femmes ont un score moyen plus élevé que les hommes à l'échelle de trouble de la personnalité limite [$t(253) = -3,09, p < 0,01$]. Ajoutons également que les femmes totalisent un nombre moyen d'échelles dépassant 84 égal à 3,08 alors qu'il est de 2,52 chez les hommes. Cette différence est statistiquement significative ($U = 5614,5, p = -,05$). Toutefois, lorsque le point de césure est à 74, la différence entre les sexes n'est pas significative.

En résumé, quel que soit le mode de classification utilisé, lorsque des différences apparaissent, elles révèlent une prévalence plus grande chez les femmes. Il en est de même lorsqu'on considère le cumul de troubles de la personnalité chez un même sujet.

4.3 Comparaisons selon le groupe d'âge

Les résultats sont également examinés en fonction des groupes d'âge (tableaux 3.1 à 3.4). Les comparaisons statistiques furent effectuées à l'aide de chi-carrés lorsque les résultats sont présentés par entité diagnostique et par une analyse de variance (ANOVA) lorsque les moyennes sont examinées. Comme l'échelle schizoïde présente une variance non homogène entre les groupes d'âge et que la distribution des scores de l'échelle passive-agressive n'est pas normale, le test non paramétrique de Kruskal-Wallis fut utilisé pour les comparaisons de moyennes faites à ces deux échelles. Les différences entre les groupes d'âge furent identifiées à l'aide du test de Student-Newman-Keuls. La comparaison du nombre de diagnostics fut effectuée à l'aide du test de Mann-Whitney.

TABLEAU 3.1

**TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE (BR > 84),
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC**

Troubles de la personnalité	18 À 24 ANS		25 À 34 ANS		35 À 40 ANS		45 ANS ET		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble -	1	(3,3)	13	(12,4)	13	(15,1)	3	(8,8)	30	(11,8)
Schizoïde X	10	(33,3)	31	(29,5)	33	(38,4)	11	(32,4)	85	(33,3)
Évitante X	17	(56,7)	45	(42,9)	45	(52,3)	17	(50,0)	124	(48,6)
Dépendante X	18	(60,0)	60	(57,1)	38	(44,2)	19	(55,9)	135	(52,9)
Histrionique -	5	(16,7)	11	(10,5)	10	(11,6)	1	(2,9)	27	(10,6)
Narcissique -	3	(10,0)	18	(17,1)	8	(9,3)	3	(8,8)	32	(12,5)
Antisociale -	4	(13,3)	13	(12,4)	11	(12,8)	4	(11,8)	32	(12,5)
Compulsive -	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0)
Passive- agressive ** X	25	(83,3)	60	(57,1)	47	(54,7)	13	(38,2)	145	(56,9)
Schizotypique -	3	(10,0)	6	(5,7)	6	(7,0)	3	(8,8)	18	(7,1)
Limite X	5	(16,7)	18	(17,1)	22	(25,6)	9	(26,5)	54	(21,2)
Paranoïde -	3	(10,0)	15	(14,3)	7	(8,1)	7	(20,6)	32	(12,5)
Total	30	(11,8)	105	(41,2)	86	(33,7)	34	(13,3)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01.

X = chi-carré; - pas de test effectué.

TABLEAU 3.2

**TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE (BR > 74),
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC**

Troubles de la personnalité	18 À 24 ANS		25 À 34 ANS		35 À 40 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble -	0	(0,0)	2	(1,9)	1	(1,2)	0	(0)	3	(1,2)
Schizoïde X	14	(46,7)	53	(50,5)	51	(59,3)	16	(47,1)	134	(52,5)
Évitante X	24	(80,0)	70	(66,7)	61	(70,9)	20	(58,8)	175	(68,6)
Dépendante X	19	(63,3)	77	(73,3)	54	(62,8)	27	(79,4)	177	(69,4)
Histrionique X	9	(30,0)	31	(29,5)	21	(24,4)	2	(5,9)	63	(24,7)
Narcissique X	5	(16,7)	27	(25,7)	15	(17,4)	6	(17,6)	53	(20,8)
Antisociale X	8	(26,7)	26	(24,8)	25	(29,1)	8	(23,5)	67	(26,3)
Compulsive -	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(2,9)	1	(0,4)
Passive- agressive ** X	29	(96,7)	79	(75,2)	64	(74,4)	23	(67,6)	195	(76,5)
Schizotypique X	4	(13,3)	21	(20,0)	20	(23,3)	11	(32,4)	56	(22,0)
Limite X	19	(63,3)	56	(53,3)	46	(53,5)	20	(58,8)	141	(55,3)
Paranoïde X	8	(26,7)	37	(35,2)	23	(26,7)	12	(35,3)	80	(31,4)
Total	30	(11,8)	105	(41,2)	86	(33,7)	34	(13,3)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01. X = chi-carré; - pas de test effectué.

TABLEAU 3.3

**ÉCHELLE AYANT LE SCORE LE PLUS ÉLEVÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE,
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC**

Troubles de la personnalité	18 À 24 ANS		25 À 34 ANS		35 À 40 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pas de trouble -	1	(3,3)	13	(12,4)	13	(15,1)	3	(8,8)	30	(11,8)
Schizoïde -	0	(0,0)	4	(3,8)	3	(3,5)	1	(2,9)	8	(3,1)
Évitante -	4	(13,3)	12	(11,4)	17	(19,8)	4	(11,8)	37	(14,5)
Dépendante X	5	(16,7)	27	(25,7)	15	(17,4)	7	(20,6)	54	(21,2)
Histrionique X	1	(3,3)	4	(3,8)	2	(2,3)	0	(0,0)	7	(2,7)
Narcissique X	1	(3,3)	7	(6,7)	2	(2,3)	1	(2,9)	11	(4,3)
Antisociale X	0	(0,0)	4	(3,8)	3	(3,5)	2	(5,9)	9	(3,5)
Compulsive -	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Passive-agressive * X	11	(36,7)	22	(21,0)	17	(19,8)	3	(8,8)	53	(20,8)
Schizotypique -	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(1,2)	0	(0,0)	1	(0,4)
Limite -	0	(0,0)	1	(1,0)	4	(4,7)	5	(14,7)	10	(3,9)
Paranoïde -	2	(6,7)	4	(3,8)	1	(1,2)	5	(14,7)	12	(4,7)
Mixte -	5	(16,7)	7	(6,7)	8	(9,3)	3	(8,8)	23	(9,0)
Total	30	(100,0)	105	(100,0)	86	(100,0)	34	(100,0)	255	(100,0)

* p < 0,05; ** p < 0,01. X = chi-carré; F = test de Fischer; - pas de test effectué.
Les catégories sont mutuellement exclusives.

TABLEAU 3.4

MOYENNE AUX ÉCHELLES DU MCMI SELON LES GROUPES D'ÂGES,
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

Troubles de la personnalité		GROUPES D'ÂGES				TOTAL
		18 à 24 ans Moyenne (écart-type)	25 à 34 ans Moyenne (écart-type)	35 à 44 ans Moyenne (écart-type)	45 ans et plus Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)
Schizoïde	KW	73,43 (20,65)	68,26 (23,58)	73,76 (22,68)	67,41 (30,49)	70,61 (24,03)
Évitante		87,20 (17,40)	78,91 (22,40)	82,78 (21,60)	77,88 (24,14)	81,05 (21,92)
Dépendante		77,17 (23,56)	77,40 (24,14)	71,88 (26,91)	79,97 (23,24)	75,85 (24,97)
Histrionique	**	65,60 (19,55)	62,90 (21,05)	54,45 (23,56)	49,82 (21,55)	58,63 (22,38)
Narcissique		56,10 (17,12)	60,31 (22,84)	54,31 (22,40)	51,18 (23,72)	56,58 (22,35)
Antisociale		59,87 (22,87)	62,97 (19,66)	60,93 (23,07)	55,35 (25,49)	60,90 (22,06)
Compulsive	**	25,53 (15,26)	38,73 (18,71)	41,79 (18,36)	49,62 (18,75)	39,66 (19,16)
Passive-agressive	** KW	95,83 (13,39)	82,06 (22,38)	81,33 (25,39)	73,59 (27,36)	82,30 (23,89)
Schizotypique		66,33 (10,56)	64,71 (12,85)	65,99 (11,27)	68,62 (12,78)	65,85 (12,07)
Limite		78,70 (11,78)	73,97 (13,25)	75,71 (13,23)	76,47 (18,04)	75,45 (13,81)
Paranoïde		68,40 (12,68)	69,66 (15,82)	67,36 (11,86)	72,03 (14,42)	69,05 (14,05)

ANOVA sauf où mentionné KW = Test de Kruskal-Wallis; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Au point de césure le plus élevé, le BR > 84, la plupart des entités diagnostiques (tableau 3.1) sont présentes dans une trop petite proportion pour que soient effectués les tests statistiques.

On peut tout de même identifier que les sujets âgés de 18 à 24 ans présentent une plus grande proportion de trouble de la personnalité passive-agressive [$\chi^2(3) = 13,5$, $p < 0,01$]. Au point de césure BR > 74 (tableau 3.2), les sujets âgés de 45 ans et plus présentent une proportion plus faible d'indices du trouble de la personnalité histrionique [$\chi^2(3) = 8,24$, $p < 0,05$] et les sujets de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'indices du trouble de la personnalité passive-agressive [$\chi^2(3) = 8,56$, $p < 0,05$]. Aucune analyse statistique ne fut effectuée lorsque les sujets sont classifiés selon le score le plus élevé puisque le nombre de sujets par cellule s'avère trop faible (tableau 3.3). Enfin, si on considère les moyennes obtenues aux échelles selon les groupes d'âge (tableau 3.4), les sujets de 18 à 24 ans et de 25 à 34 ans ont un score significativement plus élevé à l'échelle histrionique que les sujets de 35 à 44 ans et de 45 ans et plus [$F(3, 251) = 5,25$, $p < 0,05$]. À l'échelle de trouble de la personnalité compulsive, le groupe de 18 à 24 ans obtient un score significativement moins élevé et les sujets de 45 ans et plus, un score significativement plus élevé [$F(3, 251) = 9,87$, $p < 0,01$]. Pour l'échelle de trouble de la personnalité passive-agressive, les sujets de 18 à 24 ans présentent un score significativement plus élevé [$\chi^2(3) = 14$, $p < 0,05$]. Il n'y a pas de différence entre le nombre moyen de diagnostics présentés selon les groupes d'âge et ce, peu importe que le point de césure de 84 ou de 74 soit utilisé.

En somme, les différences entre les groupes d'âge concernent principalement la personnalité passive-agressive, dont la prévalence est plus élevée chez les sujets les plus jeunes.

4.4 L'analyse factorielle

L'objectif du MCMI est de tracer un portrait de l'ensemble de la personnalité d'un sujet. Ceci ne peut pas être fait en utilisant chacune des 11 échelles de troubles de la personnalité et des neuf échelles de syndromes de façon indépendante. Certains recouvrements sont à prévoir puisque, de fait, la plupart des énoncés servent au score de plusieurs échelles. Il est donc utile de savoir de quelle manière ces échelles sont interreliées lors de l'interprétation clinique des résultats. C'est dans le but de réaliser cette tâche qu'une analyse factorielle des résultats est effectuée. Afin d'identifier les recouvrements de troubles fréquemment identifiés par le MCMI, nous avons donc procédé à une analyse factorielle des résultats.

Il s'agit d'une procédure statistique qui permet de réduire un grand nombre de données en un nombre réduit de facteurs. Ces facteurs sont constitués par le calcul des associations entre les données et sont alors regroupés en facteurs ou ensembles de données qui sont associés les uns aux autres. La variance est une assiette potentielle de 100 % et le pourcentage de la variance est le pourcentage des données qui peut être expliqué par un seul facteur.

Dans le manuel d'utilisation du MCMI, Millon (1983) présente les résultats de deux analyses factorielles effectuées avec deux échantillons différents. L'auteur a utilisé une analyse en composante principale avec une rotation «Varimax» en raison des recouvrements fréquents d'énoncés d'une échelle à l'autre. Les études subséquentes qui ont également effectué une analyse factorielle sur les échelles du MCMI ont utilisé la même méthode d'extraction (Choca, Peterson et Shanley, 1986; Flynn et McMahon, 1984; Lewis et Harder, 1990; Retzlaff et Gibertini, 1987). Afin que nos résultats soient comparables avec ceux déjà publiés, nous avons utilisé la même méthode. Les seuils furent fixés à une valeur propre (*eigenvalue*) supérieure à 1 pour reconnaître l'existence d'un facteur et d'une communauté (*loading*) de 0,40 pour l'appartenance d'une échelle à un facteur. Le tableau 4 présente les résultats de cette analyse factorielle.

TABLEAU 4

MATRICE DE SATURATION DE L'ANALYSE FACTORIELLE,
POPULATION TOXICOMANE DU QUÉBEC

ÉCHELLE	FACTEUR 1		FACTEUR 2		FACTEUR 3		FACTEUR 4		FACTEUR 5	
1 Schizoïde	0,72	* 1	0,11		0,41	* 3	-0,30		-0,06	
2 Évitante	0,83	* 1	0,26		0,27		-0,27		0,03	
3 Dépendante	0,47	* 1	-0,01		-0,26		-0,06		0,76	* 5
4 Histrionique	-0,50	* 1	0,43	* 2	-0,61	* 3	-0,03		0,10	
5 Narcissique	-0,81	* 1	0,41	* 2	0,12		0,19		-0,03	
6 Antisociale	-0,50	* 1	0,54	* 2	0,38		0,04		-0,42	* 5
7 Compulsive	-0,38		-0,71	* 2	0,28		0,33		0,05	
8 Passive-agressive	0,65	* 1	0,62	* 2	-0,09		-0,11		-0,22	
S Schizotypique	0,80	* 1	-0,18		0,25		-0,07		0,18	
C Limite	0,78	* 1	0,18		-0,15		0,46	* 4	-0,03	
P Paranoïde	-0,31		0,45	* 2	0,53	* 3	0,50	* 4	0,16	
A Anxiété	0,81	* 1	0,03		-0,15		0,41	* 4	-0,19	
H Somatisation	0,62		-0,11		-0,23		0,61	* 4	0,06	
N Hypomanie	-0,14		0,82	* 2	-0,21		0,08		0,18	
D Dysthymie	0,85	* 1	-0,07		-0,10		0,33		-0,26	
B Abus d'alcool	0,21		0,64	* 2	-0,26		0,01		-0,03	
T Abus de drogue	-0,36		0,83	* 2	-0,11		-0,01		0,07	
SS Trouble de la pensée	0,64	* 1	0,28		0,39		-0,26		0,14	
CC Dépression clinique	0,79	* 1	0,32		0,06		-0,10		-0,10	
PP Idée délirante	-0,18		0,39		0,65	* 3	0,32		0,34	

* signifie que cette échelle a une saturation significative sur ce facteur.

La solution obtenue reconnaît cinq facteurs expliquant 82 % de la variance. Le premier facteur explique 38 % de la variance. Les échelles suivantes ont une saturation positive significative sur ce facteur : dysthymie (0,85), évitante (0,83), anxiété (0,81), schizotypique (0,80), dépression clinique (0,79), limite (0,78), schizoïde (0,72), passive-agressive (0,65), trouble de la pensée (0,64), somatisation (0,62) et dépendante (0,47). De plus, les échelles suivantes ont une saturation négative significative : narcissique (-0,81), antisociale (-0,50) et histrionique (-0,50). Ce facteur décrit une condition de personnalité en retrait, caractérisée par une labilité émotionnelle qui peut s'exprimer autant sous forme anxieuse que dépressive et

chez qui la révolte et les comportements extravertis ne se manifestent que peu ou prou.

Le deuxième facteur explique 20 % de la variance. Les échelles suivantes ont une saturation positive significative sur ce facteur : abus de drogue (0,83), hypomanie (0,82), abus d'alcool (0,64), passive-agressive (0,62), antisociale (0,54), paranoïde (0,45), histrionique (0,43) et narcissique (0,41). L'échelle compulsive (-0,71) a une saturation négative sur ce facteur. Ce facteur représente l'antithèse du premier facteur, il décrit le profil du consommateur axé sur lui-même avec une tendance à l'action et à l'expressivité. On notera que, dans l'échantillon toxicomanie de l'étude de Millon (1983), les troubles d'abus d'alcool et de drogue se présentaient dans deux facteurs distincts alors qu'ici, ils se retrouvent unis dans le même facteur. Cela peut être perçu comme indicatif de l'évolution des modalités de consommation pathologique puisque, présentement, la plupart des consommateurs sont polytoxicomanes et que la fidélité à un seul produit est devenue un phénomène plus rare.

Le troisième facteur explique 10 % de la variance. Les échelles suivantes ont une saturation positive significative sur ce facteur : idée délirante (0,65), paranoïde (0,53) et schizoïde (0,41). L'échelle histrionique (-0,61) a une saturation négative. Ce facteur caractérise une personnalité indépendante pour qui les autres ont peu d'intérêt. Cependant, comme l'échelle «idée délirante» est peu valide, il faut être prudent dans l'interprétation de ce facteur.

Le quatrième facteur explique 8 % de la variance. Les échelles suivantes ont une saturation positive significative sur ce facteur : somatisation (0,61), paranoïde (0,50), limite (0,46) et anxiété (0,41). Ce facteur semble décrire des sujets qui se sentent facilement menacés et inquiétés.

Finalement, le cinquième facteur explique 6 % de la variance. L'échelle dépendante (0,76) a une saturation positive et l'échelle antisociale (-0,42), une saturation négative. Ce facteur regroupe les sujets soumis qui recherchent peu la confrontation.

En résumé, ce réaménagement des données permet de constater que près de 60% de la variance s'explique par deux facteurs : un premier facteur décrit des sujets dont la personnalité se caractérise par l'introversion et une instabilité émotionnelle tandis que le second facteur décrit une personnalité qui se caractérise par l'extroversion.

4.5 Comparaisons avec les autres études de prévalence

La revue de la documentation a confirmé qu'il existe un grand nombre d'études de prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane. Afin de situer nos résultats par rapport à d'autres études similaires, nous avons comparé nos résultats à ceux de cinq études qui ont utilisé la première édition du MCMI et qui ont présenté la moyenne et l'écart type des

scores BR aux échelles de troubles de la personnalité.

L'étude de Ness, Handelsman, Aronson, Hershkowitz et Kanof (1994) évaluait l'effet d'une désintoxication médicale sur les indices de psychopathologie. Les 30 sujets étaient des hommes présentant un trouble d'abus ou de dépendance aux opiacés selon les critères du DSM-III. Le MCMI fut complété dans le cadre de l'évaluation d'entrée en traitement et fut répété dans les 24 heures précédant la fin du traitement, soit après 48 à 72 heures d'abstinence. L'étude de Brown (1992) portait sur 34 hommes et 16 femmes qui avaient complété au moins 21 jours d'hospitalisation basé sur les 12 étapes des Alcooliques anonymes. Tous les toxicomanes, quel que soit leur produit d'élection, ont participé à l'étude et les auteurs ne spécifient pas quels critères furent utilisés pour évaluer le trouble lié à une substance psychoactive. Le MCMI fut complété après 21 à 30 jours de traitement. L'étude de Craig et Olson (1990) comparait un groupe de 86 sujets présentant un trouble d'abus ou de dépendance à l'héroïne à un groupe de 107 sujets présentant un trouble d'abus de cocaïne (critères du DSM-III-R). Le MCMI fut complété après la désintoxication. L'étude de Marsh, Stile, Stoughton et Trout-Landen (1988) comparait les scores du MCMI avec ceux du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* - MMPI. Cette étude portait sur des sujets ayant un trouble lié aux opiacés suivis dans le cadre d'un programme de maintien à la méthadone. Le MCMI fut passé à plusieurs intervalles entre l'admission en traitement et les quatre ans de suivi. Finalement, l'étude de Craig, Verinis et Vexler (1985) comparait deux échantillons d'hommes, l'un composé de 106 sujets présentant principalement un trouble lié à l'alcool, l'autre de 100 sujets présentant principalement un trouble lié aux opiacés. Les critères d'évaluation de la toxicomanie et le moment de passation du MCMI ne sont pas spécifiés.

Nous retrouvons au tableau 5 la moyenne et l'écart type des scores BR de notre échantillon et ceux des huit échantillons provenant de ces cinq études précitées. Les moyennes et les écarts-type étant disponibles pour les données de chacune de ces études, des test-*t* purent être effectués pour comparer les scores à chacune des 11 échelles de chacun de ces groupes à ceux de notre étude. Cette procédure permet tout au moins des comparaisons par paires entre les données de notre échantillon et celles de chacune des autres études et de constater que nos résultats se démarquent significativement des autres dans la majorité des cas. Le sens de ces différences apparaît de façon plus claire lorsqu'on combine ces résultats à un autre mode de comparaison que nous avons utilisé, soit la mise en rang des scores moyens des neuf groupes (incluant celui de la présente étude) à chacune des 11 échelles de troubles de la personnalité du MCMI. Cette mise en rang est présentée au tableau 6. Pour six des 11 échelles: les troubles de la personnalité schizoïde, évitante, dépendante, passive-agressive, schizotypique et limite, les scores de l'échantillon provenant des centres de réadaptation du Québec se retrouvent au premier rang et la différence entre ces scores et ceux des autres échantillons est significative dans la plupart des cas. Par ailleurs, on constate le phénomène inverse dans le cas des troubles de la personnalité narcissique et compulsive, les scores moyens de l'échantillon de notre étude se retrouvant au dernier rang. On retrouve notre groupe dans une position mitoyenne par rapport aux trois autres échelles (histrionique, antisociale et paranoïde). **De façon générale, les sujets de la présente étude se**

caractérisent par un niveau sensiblement plus élevé du niveau de la pathologie présentée à l'Axe II, mais avec deux exceptions notables et tout aussi tranchées, soit les échelles narcissique et compulsive.

TABLEAU 5

COMPARAISON DES SCORES BR MOYEN À CEUX DE HUIT AUTRES ÉTUDES

		NOTRE ÉTUDE	NESS & AL 1994	NESS & AL 1992	BROWN 1992	CRAIG & AL 1990	CRAIG & AL 1990	MARSH & AL 1988	CRAIG & AL 1985	CRAIG & AL 1985
			Préadmission	Fin		Héroïne	Cocaïne		Alcool	Héroïne
		255	30	30	50	86	107	159	106	100
Schizoïde	M	70,61	68,93	44,86 **	57,16 **	50,64 **	46,91 **	43,99 **	58,07 **	51,56 **
	ET	(24,03)	(20,69)	(23,64)	(23,50)	(22,33)	(27,08)	(25,34)	(24,04)	(23,16)
Évitante	M	81,05	69,26 **	39,23 **	58,92 **	50,72 **	51,84 **	41,33 **	61,52 **	52,49 **
	ET	(21,92)	(29,71)	(31,00)	(23,84)	(24,65)	(28,60)	(27,96)	(24,32)	(26,94)
Dépendante	M	75,85	69,76	53,26 **	60,68 **	55,27 **	59,94 **	52,26 **	69,07 *	55,97 **
	ET	(24,97)	(28,88)	(25,85)	(27,17)	(25,20)	(26,58)	(27,27)	(24,32)	(26,41)
Histrionique	M	58,63	53,46	67,10 *	56,62	65,69 **	66,78 **	65,49 **	57,55	65,23 **
	ET	(22,38)	(22,92)	(14,31)	(24,91)	(17,08)	(16,01)	(21,10)	(21,05)	(18,83)
Narcissique	M	56,58	61,53	84,30 **	65,12 *	70,78 **	74,23 **	68,10 **	57,97	69,68 **
	ET	(22,35)	(27,07)	(13,02)	(20,80)	(17,34)	(19,06)	(21,11)	(20,49)	(19,74)
Antisociale	M	69,90	66,50	74,60	60,74 **	68,74	74,79 *	68,48	61,25 **	67,89
	ET	(22,06)	(23,58)	(17,22)	(24,24)	(18,83)	(20,09)	(19,07)	(22,32)	(20,15)
Compulsive	M	39,66	46,03	56,16 **	54,72 **	48,94 **	51,02 **	53,35 **	47,45 **	46,79 **
	ET	(19,16)	(15,87)	(13,73)	(14,76)	(17,49)	(16,14)	(16,65)	(23,89)	(18,82)
Passive-agressive	M	82,30	75,93	47,60 **	57,08 **	63,21 **	59,64 **	49,35 **	66,61 **	64,08 **
	ET	(23,89)	(25,55)	(26,65)	(25,29)	(24,19)	(27,97)	(28,28)	(24,09)	(24,88)
Schizotypique	M	65,85	53,63 **	44,56 **	52,24 **	47,52 **	45,12 **	45,66 **	62,01 *	48,93 **
	ET	(12,07)	(14,81)	(16,13)	(14,17)	(15,42)	(15,89)	(17,27)	(15,94)	(15,58)
Limite	M	75,45	67,13 **	49,76 **	58,24 **	58,81 **	55,58 **	52,37 **	70,39 **	60,59 **
	ET	(13,81)	(16,52)	(15,67)	(14,66)	(14,10)	(15,24)	(18,77)	(15,50)	(14,68)
Paranoïde	M	69,05	65,10	70,30	60,32 **	66,15	68,13	57,43 **	71,66	66,64
	ET	(14,05)	(18,60)	(14,49)	(15,48)	(16,68)	(16,65)	(16,88)	(15,26)	(16,13)

M = moyenne; ET = écart-type; * p < 0,05; ** p < 0,01 - Les tests statistiques, test-t, évaluent uniquement si la différence avec notre échantillon est significative. Les autres échantillons n'ont pas été comparés entre eux.

TABLEAU 6

MISE EN RANG DES SCORES MOYENS OBTENUS PAR LES SUJETS DE NEUF ÉCHANTILLONS
AUX ÉCHELLES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU MCMI

RANG	SCHIZOI	ÉVITANTE	DÉPENDAN	HISTRIO	NARCISSI	ANTISOC	COMPULS	PASS/AGRE	SCHIZOTY	LIMITE	PARANO
1	<u>70,61</u>	<u>81,05</u>	<u>75,85</u>	67,10 *	84,30 **	74,79 *	56,16 **	<u>82,30</u>	<u>65,85</u>	<u>75,45</u>	71,66
2	68,93	69,26 **	69,76	66,78 **	74,23 **	74,60	54,72 **	75,93	62,01 *	70,39 **	70,30
3	58,07	61,52 **	69,07 *	65,69 **	70,78 **	<u>69,90</u>	53,35 **	66,61 **	53,63 **	67,13 **	<u>69,05</u>
4	57,16 **	58,92 **	60,68 **	65,49 **	69,68 **	68,74	51,02 **	64,08 **	52,24 **	60,59 **	68,13
5	51,56 **	52,49 **	59,94 **	65,23 **	68,10 **	68,48	48,94 **	63,21 **	48,93 **	58,81 **	66,64
6	50,64 **	51,84 **	55,97 **	<u>58,63</u>	65,12 *	67,89	47,45 **	59,64 **	47,52 **	58,24 **	66,15
7	46,91 **	50,72 **	55,27 **	57,55	61,53	66,50	46,79 **	57,08 **	45,66 **	55,58 **	65,10
8	44,86 **	41,33 **	53,26 **	56,62	57,97	61,25 **	46,03	49,35 **	45,12 **	52,37 **	60,32 **
9	43,99 **	39,23 **	52,26 **	53,46	<u>56,58</u>	60,74 **	<u>39,66</u>	47,60 **	44,55 **	49,76 **	57,43 **

00,00 = moyenne des sujets de cette étude aux échelles du MCMI.

** = différence significative à 0,01 entre cette moyenne et celle des sujets de cette étude.

* = différence significative à 0,05 entre cette moyenne et celle des sujets de cette étude.

La portée d'une telle comparaison comporte d'importantes limites. Tout d'abord, les conditions de passation de l'instrument de mesure ont pu varier d'un échantillon à l'autre. En effet, le délai entre l'admission en traitement et la passation du test a pu varier d'un échantillon à l'autre, mais il a aussi varié parmi les huit échantillons de comparaison. À cela s'ajoute que seules des analyses statistiques simples ont été faites en raison de la nature des données disponibles, mais le test-*t* permet de révéler les différences au niveau du groupe, et c'est ce que nous voulions. Enfin, on ne peut exclure que les caractéristiques des différents échantillons -- niveau socio-économique, âge, sexe, culture, langue, sévérité du trouble mental -- aient pu jouer un rôle déterminant dans les résultats observés. Cependant, comme les différences observées se manifestent tantôt positivement tantôt négativement, on ne peut exclure qu'un facteur ait pu amener systématiquement une exagération ou une diminution de l'ensemble des données.

4.5 Comparaisons avec d'autres échantillons québécois

Afin de situer nos résultats par rapport à d'autres échantillons québécois, nous avons également comparé notre échantillon de toxicomanes à trois autres échantillons cliniques ayant complété la même traduction du MCMI. Le premier échantillon de 180 sujets, dit échantillon dysfonction sexuelle, comprend des hommes et des femmes en traitement pour un trouble du désir, une dysfonction érectile, un trouble de l'orgasme ou une combinaison de ces troubles. Ces troubles peuvent être d'origine organique, psychogénique ou avoir une étiologie mixte. Les deux autres échantillons sont vus en traitement à la clinique externe ou interne de l'Institut Philippe Pinel. Ces sujets sont en traitement en raison d'un trouble de l'impulsion sexuelle : le premier groupe, dit échantillon agression sexuelle, a commis un acte ou a des fantasmes intrusifs relatifs au viol ($n = 44$) et le second, dit échantillon pédophilie, des actes relatifs à la pédophilie ($n = 87$).

Les sujets de ces trois échantillons sont tous francophones. Ils ont signé un formulaire dans lequel ils donnent leur consentement éclairé pour participer à la recherche. Dans tous les cas, le MCMI fut complété dans le cadre de l'évaluation initiale pour le programme de traitement et faisait partie de l'évaluation en début de traitement, peu importe que les sujets acceptent ou non de participer à la recherche. Les sujets analphabètes fonctionnels, ceux présentant une déficience intellectuelle ou un trouble psychotique, furent exclus. Les mêmes critères de validité précédemment décrits, qui ont présidé à la sélection des protocoles de l'échantillon toxicomanie, ont été appliqués aux protocoles de ces trois autres échantillons, conduisant ainsi au rejet de 25 protocoles (8 %).

Le tableau 7 présente les scores BR moyens et l'écart type de l'échantillon et de ces trois autres échantillons. Les comparaisons statistiques furent effectuées à l'aide d'une analyse de la variance, les différences entre les groupes furent identifiées par le test de Student-Newman-Keuls. Lorsque comparé à l'échantillon dysfonction sexuelle, l'échantillon toxicomanie présente des scores significativement plus élevés aux échelles schizoïde,

évitante, dépendante, passive-agressive, schizotypique et limite. Les scores sont significativement moins élevés aux échelles narcissique, antisociale et compulsive. Il n'y a pas de différence significative aux échelles histrionique et paranoïde. Lorsqu'on le compare à l'échantillon pédophilie, l'échantillon toxicomanie présente des scores significativement plus élevés aux échelles schizoïde, évitante, passive-agressive et limite et un score significativement plus bas à l'échelle compulsive. Comparé à l'échantillon agression sexuelle, l'échantillon toxicomanie présente un score significativement plus élevé aux échelles évitante, passive-agressive et limite ainsi que significativement plus bas à l'échelle compulsive.

TABLEAU

COMPARAISON DES SCORES BR DE QUATRE ÉCHANTILLONS QUÉBÉCOIS

	TOXICOMANIE	ST-LUC	AGRESSIONS SEXUELLES	PÉDOPHILIE	TOTAL
	255	173	34	79	541
AXE II					
Schizoïde	70,61	45,95 -	61,50	61,77 -	60,86
Évitante	81,05	53,01 -	70,50 -	72,62 -	70,19
Dépendante	75,85	57,40 -	67,15	76,38	69,48
Histrionique	58,63	55,08	56,15	52,65	56,46
Narcissique	56,58	63,35 +	60,41	57,53	59,12
Antisociale	60,90	66,55 +	67,38	59,56	62,92
Compulsive	39,66	60,14 +	51,29 +	51,63 +	48,69
Passive-agressive	82,30	51,65 -	63,94 -	63,76 -	68,64
Schizotypique	65,85	58,21 -	62,09	65,29	63,09
Limite	75,45	62,66 -	67,12 -	69,96 -	70,04
Paranoïde	69,05	69,46	67,32	69,68	69,16
AXE I					
Anxiété	91,23	77,10 -	72,76 -	83,49 -	84,42
Somatisation	72,39	68,46	62,15 -	71,15	70,31
Hypomanie	63,51	40,50 -	48,56 -	48,46 -	53,01
Dystimie	84,64	72,66 -	74,71 -	78,00 -	79,22
Abus d'alcool	82,93	51,39 -	70,44 -	62,71 -	69,11
Abus de drogue	78,91	60,17 -	69,35 -	65,47 -	70,35
Trouble de la pensée	67,88	57,51 -	61,32 -	62,81 -	63,41
Dépression clinique	63,80	50,28 -	57,68 -	57,46 -	58,16
Idée délirante	62,56	63,08	58,65	63,42	62,60

+ Cette moyenne est plus élevée ($p < 0,05$) que celle de l'échantillon toxicomanie.

- Cette moyenne est plus basse ($p < 0,05$) que celle de l'échantillon toxicomanie.

Ce tableau n'indique pas les différences entre les groupes St-Luc, Agressions sexuelles et Pédophilie.

Les différences entre l'échantillon toxicomanie et l'échantillon dysfonction sexuelle sont comparables à celles identifiées entre notre échantillon et la plupart des échantillons provenant de la documentation présentée à la section précédente. De façon générale, il ressort que notre échantillon présente un score particulièrement élevé aux échelles

passive-agressive et limite de même qu'un score bas à l'échelle compulsive. Cette tendance est généralisée et est statistiquement significative pour la plupart (85 %) des échantillons de comparaison. Dans la mesure où les différences identifiées aux échelles vont généralement dans la même direction, que l'on compare notre échantillon aux études de prévalence de la documentation ou aux échantillons québécois présentant des troubles autres que la toxicomanie, on peut affirmer que les toxicomanes québécois de cette étude présentent un tableau clinique spécifique quant à la distribution et à la prévalence des troubles de la personnalité.

En résumé, nos résultats révèlent que seulement 12 % des sujets ne présentent aucun score atteignant le seuil clinique lorsque le point de césure de 84 est utilisé. Ce pourcentage est de 1,2 % lorsque le point de césure de 74 est utilisé. De même, 71 % des sujets présentent au moins deux troubles de la personnalité proéminents, la moyenne pour l'échantillon étant de 2,68 troubles. Les troubles les plus fréquents sont la personnalité passive-agressive, dépendante et évitante.

5 - DISCUSSION

5.1 *La prévalence et la sévérité des troubles*

Si l'on compare notre échantillon avec d'autres échantillons hors Québec présentant le même trouble, on observe, dans notre groupe, une prévalence plus élevée des troubles de la personnalité schizoïde, évitante, dépendante, passive-agressive, schizotypique et limite de même qu'une prévalence moins élevée des personnalités narcissique et compulsive. Plusieurs de ces différences demeurent si l'on compare notre échantillon aux trois autres échantillons québécois qui ont fait l'objet de comparaisons. Les toxicomanes traités dans les centres publics du Québec présentent donc des troubles de la personnalité plus nombreux et plus sévères que les autres échantillons auxquels ils ont été comparés. Ce résultat ne surprend guère puisque des travaux antérieurs utilisant l'IGT avec la même population des centres de réadaptation ont constaté une situation similaire, en ce qui a trait aux problèmes psychologiques, familiaux et légaux. (Guyon et Landry, 1996). Le fait que les résultats obtenus avec le MCMI aillent dans le même sens que ceux obtenus à l'aide l'IGT ajoutent à la confiance que l'on peut avoir dans les deux instruments.

Ces résultats sont notamment en accord avec l'ensemble de la documentation qui atteste de la prévalence élevée des nombreux troubles de la personnalité dans les échantillons cliniques présentant un trouble lié à une substance psychoactive (voir Racine et Nadeau, 1995). Quel que soit le mode de présentation des résultats, le tableau clinique reste lourd. Cette prévalence élevée de nombreux troubles associés doit être perçue comme l'indication d'une détresse psychologique marquée. De plus, la diversité des troubles présentés indique qu'il n'y a pas de portrait type de la personnalité du toxicomane.

Une remarque particulière devrait être faite au sujet du trouble passif-agressif. D'une part, plusieurs cliniciens ont observé, comme nous, que les scores à cette échelle étaient généralement très élevés à un point tel qu'on peut s'interroger si, avec une population toxicomane, les deux entités cliniques - abus de substances et trouble passif-agressif tel que mesuré par le MCMI-I - n'ont pas un recouvrement substantiel. Dans la pratique clinique, ce trait se manifeste à travers des conduites aisément repérables (oubli de rendez-vous, retard, ...) qui sont presque constantes chez ces usagers de telle sorte qu'on peut s'interroger si ce trait n'est pas associé à la dynamique entraînée par l'abus et le trouble de personnalité, quel qu'il soit. D'autre part, le trouble passif-agressif a été mis en annexe dans le DSM-IV parce que cliniciens et chercheurs s'interrogent présentement sur sa spécificité. Par ailleurs, cette échelle a été enlevée par Millon dans la plus récente version de son test, le MCMI-III. Ces constatations commandent donc une certaine prudence dans l'interprétation de l'échelle passive-agressive.

5.2 L'analyse en composante principale ou factorielle

Les facteurs présentés dans l'analyse en composante principale ne correspondent pas à ceux présentés par Millon (1983) ou dans les autres études publiées. Toutefois, Millon signalait déjà que l'on ne doit pas s'attendre à observer les mêmes recouvrements si différentes populations sont observées. Pour nos résultats, il est intéressant de constater que les trois premiers facteurs extraits font sens cliniquement. Le premier facteur décrit assez bien les usagers instables, anxieux, ayant de la difficulté à s'exprimer; le second, ceux qui sont plus sociables et actifs mais dont l'impulsivité, notamment face à l'alcool et aux drogues, est souvent problématique; le troisième, ceux qui sont solitaires et dont les problèmes d'attachement entraînent des problèmes d'insertion sociale. Ainsi, les échelles du facteur I qui sont indicatives d'introversion (par exemple : schizoïde ou évitante) sont généralement non reliées ou mises en opposition aux échelles liées au facteur II, qui sont indicatives de l'extroversion (par exemple : hypomanie ou histrionique). Pour le moment, les recouvrements identifiés dans le cadre de cette analyse doivent être interprétés avec précaution. Toutefois, il est clair qu'il serait profitable dans les études futures utilisant le MCMI d'examiner la stabilité de ces facteurs.

Les avantages de cette technique d'analyse sont cependant intéressants. En effet, pour chacun des cinq facteurs identifiés par l'analyse, mais tout particulièrement pour les deux premiers qui sont les plus robustes, on peut constater quelle dimension prépondérante de la personnalité est associée à telle autre. Ce traitement de l'information permet non seulement de décloisonner les troubles de l'Axe I et à l'Axe II, mais d'émettre des hypothèses additionnelles sur la dynamique de ces sujets. S'il faut distinguer les troubles à l'Axe I de ceux de l'Axe II d'un point de vue nosologique, il est difficile, dans le travail clinique, de distinguer les manifestations des syndromes cliniques de celles des troubles de la personnalité, les unes et les autres contribuant aux problèmes que vivent de ces personnes, comme la largeur et la longueur dans la surface d'un rectangle. Par exemple, dans le tableau clinique que présentent les sujets introvertis du premier facteur (qui explique 38 % de la variance), l'anxiété et la dépression qui viennent s'ajouter aux structures de la personnalité limite, schizoïde et passive-agressive permettent de mieux comprendre la difficulté de ces sujets à adopter des stratégies actives pour résoudre leurs problèmes, tandis que la mélancolie ou l'inquiétude donnent des balises pour comprendre leur faible résistance au stress. Cela dit, on ne peut exclure que la prise d'alcool et d'autres drogues ait pu, par leur seul usage chronique, induire de la dépression et de l'anxiété, comme on l'a précédemment souligné. Même si le tableau clinique est complexifié, il rend davantage compte de la réalité.

5.3 La comparaison entre les sexes

La comparaison entre les sexes permet de constater que la prévalence des troubles de la personnalité chez les femmes est plus élevée et ce, quel que soit le mode de présentation des

résultats. La plupart des études consultées observaient des résultats comparables, l'exception étant les Canadiens Toner et ses collaborateurs (1992) qui n'ont pas trouvé de différence. De fait, nos résultats ne viennent que confirmer les données déjà existantes, notamment les résultats à l'IGT chez les femmes admises en traitement dans les centres de réadaptation du Québec et qui révèlent que la détérioration psychologique et sociale est plus importante chez celles-ci que chez leurs vis-à-vis masculins (Guyon et Landry, 1996). Cette plus grande fragilité se manifeste sur plusieurs plans. Au plan du statut civil, une femme sur deux admise dans les trois centres en 1991-1992 était célibataire, tandis qu'une sur quatre avait le statut de séparée ou de divorcée (Guyon et Landry, 1996). Même si les taux de divorces et de séparations ont augmenté, cela ne suffit pas pour expliquer cette surreprésentation de femmes seules en traitement par rapport au nombre de femmes seules de la population générale. D'autres travaux signalent que les relations conjugales de ces femmes sont souvent perturbées et instables (Corrigan, 1980; Homiller, 1992; Knupfer, 1982; Nadeau, 1990). Sur le plan des antécédents psychiatriques, les femmes admises en traitement pour dépendance à l'alcool ont des taux d'hospitalisation antérieurs plus élevés que leurs homologues masculins (Fine, Richman et Teichman, 1980; Turnbull et Gomborg, 1988). Les données concernant les tentatives de suicide indiquent que celles-ci sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (Guyon et Landry, 1996; Homiller, 1980; Morissey et Schuckit, 1980). Quant à la morbidité psychiatrique associée à la toxicomanie, depuis que sont disponibles des données cliniques sur les femmes alcooliques, on estime qu'il s'agit d'un phénomène à prépondérance féminine. Les femmes présentent plus souvent que les hommes des troubles mentaux associées à la dépendance à l'alcool (Fine, Richman et Teichman, 1980; Hesselbrock, Mayer et Keener, 1985; Schuckit, 1978; Schuckit et Morissey, 1976; Turnbull et Gomborg, 1988). L'enquête épidémiologique Catchment Area (Helzer et Prybeck, 1988) confirme ces observations pour la population générale. L'alcoolisme secondaire, entendu dans cette étude comme étant principalement de la dépression antérieure à l'alcoolisme, se présente plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes tandis que l'anxiété se rencontre également plus souvent chez les femmes. Une analyse secondaire de l'enquête Santé Québec de 1987 indique également que, chez les grands buveurs de la population générale du Québec, les femmes présentent une détérioration psychologique et sociale plus marquée que les hommes qui adoptent les mêmes modèles de consommation (Nadeau, Guyon et Bourgault, en préparation). Les résultats de la présente étude sur les troubles de la personnalité s'inscrivent donc parfaitement dans le tableau clinique que la documentation scientifique a tracé sur les femmes admises en traitement depuis la première étude menée au Québec en 1971 et qui rapportait que 10 % des femmes admises en traitement pour alcoolisme avaient fait un stage préalable dans un hôpital psychiatrique et que 62 % avaient vécu une ou plusieurs dépressions nerveuses (Jacob et Lavoie, 1971).

Cependant, le véritable point d'interrogation soulevé par nos résultats en ce qui a trait aux femmes n'est pas la constatation d'un tableau psychologique plus lourd -la détérioration psychologique et sociale avait déjà été très bien établie et se voit confirmée étude après étude

-, mais le devenir de ces femmes en traitement. Un récent état de la question indique que, en dépit d'une plus grande psychopathologie, les femmes ont un pronostic au moins comparable à celui des hommes et, dans certains cas, supérieur (pour les programmes d'entraide et la prévention de la rechute) (Lighfoot, Adrian, Leigh et Thompson, 1996). De même, Brochu, Landry et Bergeron (soumis) ne trouvent pas de différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les changements observés dans une population en traitement au centre Domrémey-Montréal. On ignore cependant encore de quelle manière les troubles à l'Axe II influencent spécifiquement ce devenir. Quoi qu'il en soit, nos données et celles des autres travaux suggèrent l'importance que peut avoir le fait d'être une femme, surtout lorsque les troubles sont plus sévères, dans le profil de la toxicomanie et le traitement.

5.4 La pratique clinique et les troubles à l'Axe

À la suite de Boudreault, Duhamel, Maltais et Marceau (1994), on peut aussi s'interroger sur l'effet, dans la pratique clinique, d'une telle constellation de troubles à l'Axe II. La présence d'un trouble de personnalité influence négativement la réponse au traitement de la toxicomanie, l'attrition et le pronostic. Le taux d'attrition et le niveau de détresse suite à la désintoxication sont en effet significativement plus élevés chez ces sujets que chez les toxicomanes sans trouble de la personnalité (Nace et Davis, 1993). De même, un trouble lié à une substance psychoactive complique le traitement de troubles concomitants dans la mesure où la présence de chacun des troubles augmente la gravité de l'autre (Boudreault et coll., 1994; DeJong Van Den Brink, Haeteveld, Van Der Wlelen, 1993; Sheehan, 1993). Un exemple en serait donné par les personnalités impulsives, particulièrement chez les états-limite, chez qui l'abus de substances psychoactives augmente considérablement le risque de passages à l'acte agressifs et de comportements suicidaires (Klein, Orleans et Soulé, 1991). Par ailleurs, tous ces auteurs en sont venus à la conclusion que le traitement psychologique n'est pas possible avec ces clients sans un traitement concomitant pour les troubles liés aux substances psychoactives. Des pistes générales pour le traitement se dégagent des conclusions dégagées de la recension des écrits. Vaillant (dans DeJong et coll., 1993) suggère plusieurs règles pour la thérapie avec les troubles de la personnalité. Notamment, il recommande : une intervention qui s'appuie sur la confrontation, les limites et la structure, davantage que sur l'insight ou la critique; la présence d'un groupe de soutien ou d'une communauté thérapeutique; un programme offrant suffisamment de stimuli pour les besoins élevés de recherche de nouveauté (*high novelty-seeking needs*) des toxicomanes; un programme axé sur le «*coping*» actif pour les alcooliques. Cet auteur se dit confiant en la capacité de ces patients à surmonter leurs difficultés avec du temps et le soutien de leurs pairs. Boudreault, Duhamel, Maltais et Marceau (1994), à partir de leur expérience à Domrémey-Montréal, en viennent à des conclusions similaires, tout en soulignant combien ces clients peuvent amener chez les intervenants des réactions de contre-transfert assez intenses.

En ce qui a trait à la structure de prise en charge, Toner et ses collaborateurs (1992)

soulignent que le traitement intégré présente une efficacité supérieure aux programmes séparés pour chaque trouble. Ils proposent un plan de traitement multi-modal comprenant un programme de désintoxication, une thérapie de groupe sur base externe et une gestion de cas individuelle, intégrant les principes du traitement pour la toxicomanie et de la réhabilitation psychiatrique. Telle est l'approche qui est privilégiée dans les centres de réadaptation publics du Québec.

Bien qu'il déplore l'absence d'évaluation rigoureuse, Sheehan (1993), pour sa part, appuie également une modalité de traitement appliquant une combinaison judicieuse du modèle psychiatrique et du modèle des Alcooliques anonymes. Selon lui, la seule approche des Alcooliques anonymes est souvent inadéquate pour les doubles diagnostics et l'approche psychiatrique traitant uniquement les troubles de la personnalité n'obtient pas de résultats satisfaisants. Une combinaison des deux lui semblerait appropriée. L'auteur suggère cependant un traitement en clinique interne pour les clients avec trouble de personnalité et troubles liés aux substances psychoactives, étant donné le taux d'attrition très élevé chez ce groupe. Idéalement, le programme offrirait un continuum de services incluant la désintoxication, la thérapie, la réhabilitation, le suivi psychiatrique et les groupes de soutien, dans une équipe de traitement unifié. Il souligne de plus l'importance d'une évaluation adéquate au départ (qui peut être différée de deux mois après la désintoxication pour éviter la confusion de symptômes) et suggère de travailler à partir de symptômes-cibles en traitement, mesurés régulièrement pour évaluer le progrès. Southwick et Satel (1990) soulignent l'importance de s'intéresser à la toxicomanie dans le traitement des troubles de la personnalité, plutôt que de la condamner ou la voir comme une interférence, niant ainsi qu'elle est partie intégrante de la pathologie. Selon eux, l'exploration du sens qu'a pris l'abus de produits dans la vie du patient donne accès à des informations importantes et aide à l'établissement du lien thérapeutique. Matano, Locke et Schwartz (1994) soulignent, quant à eux, l'importance, dans la prise en charge de patients alcooliques, de planifier le traitement en fonction du type de troubles de la personnalité et Boudreault et coll. (1994) ont également mis en évidence des spécificités relatives à l'intervention auprès des personnalité limite, antisociale, histrionique et narcissique.

Pour les profils histrioniques/narcissiques ayant tendance à utiliser des défenses protégeant le Moi, le premier but du traitement serait de briser le déni relatif à leurs problèmes d'abus d'alcool. Sheehan (1993) souligne l'importance, surtout en présence de problématiques narcissiques, de constituer un groupe de sujets ayant des troubles semblables, car le fait de se percevoir différent des autres patients serait utilisé comme excuse pour éviter de travailler les vrais problèmes reliés la toxicomanie. Boudreault, Duhamel, Maltais et Marceau (1994 : 452), dans une analyse plus fouillée, rappellent que la personne histrionique «attire d'abord par sa vivacité, son intensité et son regard admiratif. Toutefois, après cette [lune de miel], on peut la trouver accaparante, superficielle et ses exagérations finissent par lasser.» Ils concluent en rappelant que le thérapeute doit comprendre de quelle manière les attitudes du client créent de l'agacement afin de conserver, dans son intervention, une attitude qui lui

permettra de poursuivre les objectifs de l'intervention.

Pour les profils narcissiques/antisociaux, plus distants et plus contrôlants, et donc plus réticents à céder le contrôle à un traitement ou un «pouvoir supérieur» comme dans les Alcooliques anonymes, le but premier de l'intervention serait de les aider à devenir plus à l'aise avec la révélation de soi et de la dépendance. Pour les patients plus en détresse, le soutien, la sollicitude et le développement de la relation thérapeutique seraient les objectifs premiers, avec une attention particulière aux femmes états-limite avec lesquelles la colère et l'instabilité risquent d'être prédominantes dans la relation. Selon Boudreault, Duhamel, Maltais et Marceau (1994), qui présentent les balises de l'intervention auprès de la personne antisociale, il est difficile de travailler avec ces personnes qui mettent à l'épreuve l'intervenant par toutes sortes de manipulations et forment des alliances contre l'intervenant dans le travail en groupe. Ces cliniciens rappellent que le changement en profondeur de la personnalité antisociale est impensable dans le contexte de l'intervention en toxicomanie et leur propos constitue une explication à la prévalence somme toute relativement faible des troubles antisociaux dans cette étude. Pour les personnalités narcissiques, ces mêmes auteurs proposent de remplacer la confrontation par une interprétation de leur vulnérabilité narcissique : «l'objectif à poursuivre est de créer progressivement un climat de sécurité psychologique qui permettra au client de réaliser que la plupart de ses actions et de ses réactions sont alimentées par son désir de perfection.» Ils estiment que, chez un sujet qui est en outre toxicomane, il faut restreindre les objectifs de l'intervention. Cependant, ils rappellent qu'il est plus difficile de travailler avec les sujets les plus jeunes, qui présentent encore les traits flamboyants du désordre, qu'avec les plus âgés avec lesquels il est possible de travailler la fonction de la drogue dans leur vie et l'amélioration de leurs réactions inadaptées.

Pour les troubles de personnalité état-limite, Sheehan (1993) signale l'importance d'un traitement axé sur le présent et avec des intervenants capables de prendre le contrôle et d'établir des limites fermes. On peut enseigner au client des habiletés de base pour la gestion du stress, la communication, la gestion du temps et des techniques d'autosuggestion afin de diminuer les états émotionnels négatifs. L'histoire passée et les traumatismes devraient être accueillis dans un premier temps, mais non explorés . Une fois ces patients stabilisés, l'exploration thérapeutique pourra être davantage développée, pour faire passer l'état-limite de l'état de victime à l'état de survivant, et l'amener à avoir plus de contrôle sur son vécu, l'objectif étant de rendre les patients fonctionnels, et non d'entreprendre une démarche à long terme visant la résolution des conflits internes.

5.5 Les rôles des substances psychoactives sur la fidélité test-retest

Tel qu'indiqué dans l'annexe, nos résultats indiquent que la fidélité test-retest dans cette étude comporte certaines faiblesses : contrairement au modèle qui postule que les troubles de la personnalité sont stables, on constate chez les sujets de notre échantillon que les symptômes diminuent au bout de quelques semaines. On notera cependant que ce résultat n'est pas exceptionnel : tous les auteurs, sauf Millon, rapportent une telle diminution chez les échantillons cliniques. Les substances psychoactives produisent des effets variés sur le système nerveux central qui ne sont pas étrangers à la relation entre leur usage et plusieurs troubles psychiatriques (Littleton, 1984b; Miller, 1991). En raison de cette interaction des produits psychoactifs sur l'état mental, l'intervenant se heurte à un effet de circularité entre les signes induits par les produits (dits symptômes toxiques) et ceux qui sont antérieurs à la prise de drogue (dits symptômes primaires), ou encore ceux qui se sont développés durant les années de consommation ou lors du sevrage. La période nécessaire à la disparition de ces symptômes peut aller de quelques semaines à quelques mois d'abstinence dans le cas de dépression et d'anxiété (Schuckit et Monteiro, 1988) et on peut faire l'inférence que tel est également le cas pour les troubles de la personnalité. C'est ainsi que le niveau relativement peu élevé de la fidélité test-retest dans la présente étude peut être attribué à une diminution des effets des substances psychoactives sur l'état de santé mentale, ce qui amène des résultats moins élevés au MCMI après quelques semaines de traitement. Il faut donc prendre en compte que, même si la passation du MCMI a eu lieu plus de sept jours après l'admission en traitement, l'effet persistant des substances psychoactives a pu affecter nos résultats. Il n'est pas clair cependant quels symptômes sont dûs à la toxicomanie et lesquels constituent des traits de personnalité qui étaient présents avant l'abus de produits. Par exemple, de nombreux traits des troubles de la personnalité antisocial, état-limite, narcissique et histrionique peuvent être confondus avec certains symptômes reliés à l'abus de substances psychoactives (les idées de grandeur narcissique et les croyances paranoïdes induits par la cocaïne, par exemple). En bref, on ne peut exclure que le MCMI puisse être affecté par les effets toxiques des substances psychoactives, même si on a veillé à ce que la passation ait lieu chez des sujets chez qui les symptômes de sevrage avaient disparu.

6 - CONCLUSION

Les résultats de cette étude de prévalence viennent confirmer ce que les intervenants des centres de réadaptation publics du Québec affirmaient depuis longtemps, à savoir que la clientèle est lourde et le tableau clinique chargé. Ils nous avaient décrit des usagers dont les conduites génèrent et perpétuent les conflits, provoquent des crises variées et engendrent une succession de situations d'échecs qui entraînent non seulement la persistance des difficultés mais une aggravation de celles-ci. L'abus de substances psychoactives et la dépendance ne viennent que consolider ces structures de la personnalité et ces processus de fonctionnement. La prévalence élevée de troubles de la personnalité dans notre échantillon et leur sévérité viennent soutenir par des données quantitatives les observations cliniques.

Maintenant que l'on a confirmé quantitativement ce que le travail clinique avait identifié, il nous reste à systématiser quelle serait la stratégie gagnante auprès des usagers qui présentent tel ou tel trouble de la personnalité. Comment faire mieux avec chacun de ces usagers? Comment tenir compte de leurs besoins particuliers dans le traitement? Quelles techniques d'intervention faudrait-il développer pour être plus efficace? Comment en arriver, dans un même centre, à répondre à ces besoins spécifiques tout en préservant l'esprit de famille? Tels sont, il nous semble, les enjeux des prochaines années et la tâche à laquelle cliniciens et chercheurs devraient s'attaquer au cours des prochaines années.

7 - RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ème éd.)*. Washington, DC : Auteur.
- BISHOP, D.R. (1993). Validity issues in using the Millon-II with substance abusers. *Psychological Reports, 73*, 27-33.
- BOUDREAU, L., DUHAMEL, D., MALTAIS, K., MARCEAU, J-P. (1994). Les troubles de la personnalité dans le contexte de l'intervention en toxicomanie. In P. Brisson : *L'usage des drogues et la toxicomanie, Volume II*, 437-457. Montréal : Gaëtan Morin.
- BROWN, H.P. (1992). Substance abuse and the disorders of the self : examining the relationship. *Journal of Psychoactive Drugs, 21*, 139-144.
- BRYER, J.B., MARTINES, K.A. ET DIGNAN, M.A. (1990). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Alcohol Abuse and Drug Abuse* scales and the identification of substance abuse patients. *Psychological Assessment, 2*, 438-441.
- CALSYN, D.A., SAXON, A.J. ET DAISY, F. (1991). Validity of the *MCMI Drug Abuse Scale* varies as a function of drug choice, race, and Axis II subtypes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17*, 153-159.
- CALSYN, D.A., SAXON, A.J. ET DAISY, F. (1990). Validity of the *MCMI Drug Abuse Scale* with drug abusing and psychiatric samples. *Journal of Clinical Psychology, 46* , 244-246.
- CHOCA, J.P., PETERSON, C.A. ET SHANLEY, L.A. (1986). Factor analysis of the *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 253-255.
- CRAIG, R.J., VERINIS, J.S. ET VEXLER, S. (1985). Personality characteristics of drug addicts and alcoholics on the *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. *Journal of Personality Assessment, 48*, 2, 156-159.
- CRAIG, R.J. ET OLSON, R.E. (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 230-237.
- CRONBACH, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334.
- DEJONG, C.A., VAN DEN BRINK, W., HARTEVELD, F.M. & VAN DER WIELEN, E.G. (1993). - Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry, 34* (2), 87-94.
- D'ELIA, A. ET LAGIER, P.M. (1986). *Inventaire clinique multiaxial de Millon*. Montréal : Bureau d'intervention psychosociale.
- FLYNN, P.M. ET MCMAHON, R.C. (1984). An examination of the factor structure of the *Millon Multiaxial Inventory*. *Journal of Personality Assessment, 48*, 308-311.

- GRAHAM, J.R. ET LILLY, R.S. (1984). *Psychological Testing*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- GUYON, L. ET LANDRY, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. *Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies*, 1,1, 61-81.
- KLEIN, R.H., ORLEANS, J.F. ET SOULÉ, C.R. (1991). The Axis II group : Treating severely characterologically disturbed patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41 (1), 97-115.
- LEWIS, S.J. ET HARDER, D.W. (1990). Factor structure of the MCMI among personality disordered outpatients and in other populations. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 613-617.
- MARSH, D.T., STILE, S.A., STOUGHTON, N.L. ET TROUT-LANDEN, B.L. (1988). Psychopathology of opiate addiction : comparative data from the MMPI and MCMI. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 17-27.
- MCMAHON, R.C., FLYNN, P.M. ET DAVIDSON, R.S. (1985). The personality and symptoms scales of the *Millon Clinical Multiaxial Inventory* : sensitivity to posttreatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 862-866.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology*. Prospect Heights, IL : Waveland.
- MILLON, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of personality. DSM-III : Axis II*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- NACE, E.P. ET DAVIS, C.W. (1993). Treatment outcome in substance-abusing patients with a personality disorder. *American Journal on Addictions*, 2 (1), 26-33.
- NESS, R., HANDELSMAN, L., ARONSON, M.J., HERSHKOWITZ, A. ET KANOF, P.D. (1994).- The acute effects of rapid medical detoxification upon dysphoria and other psychopathology experienced by heroin abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 353-359.
- NUNNALLY, J.C. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York : McGraw-Hill.
- NUNNALLY, J.C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. New York : McGraw-Hill.
- PIERSMA, H.L. (1986). The stability of the *Millon Clinical Multiaxial Inventory* for psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 50, 193-197.
- RACINE, S. ET NADEAU, L. (1995). *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*. Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec.
- RETZLAFF, P.D. ET GIBERTINI, M. (1987). Factor structure of the MCMI basic personality scales and common-item artifact. *Journal of Personality Assessment*, 51, 588-594.

SHEENAN, M.F. (1993). Dual diagnosis. Special Issue : Contemporary topics in drug dependence and alcoholism. *Psychiatric Quarterly*, 64 (2), 107-134.

SOUTHWICK, S.M. ET SATEL, S.L. (1990). Exploring the meanings of substance abuse : An important dimension of early work with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 61-67.

TONER, B.B., GILLIES, L.A., PRENDERGAST, P., CÔTÉ, F.H. ET AL. (1992). Substance use disorder in a sample of Canadian patients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (3), 251-254.

VALLEUR, M. ET ANGEL, P. (1987). Introduction. In C. Olivenstein et coll. : *La clinique du toxicomane*, 5-10. Paris : Editions Universitaires.

WIDIGER, T.A. ET FRANCES A.J. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychological Review*, 7, 49-75.

ANNEXE

***ÉTUDE DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES
DE LA VERSION FRANÇAISE DU MCM***

Les analyses effectuées pour l'étude des qualités psychométriques de la version française du MCMI portent principalement sur la consistance interne et la fidélité test-retest. Enfin, des données concernant la validité furent également tirées de la comparaison entre les sous-populations qui ont été soumises à l'actuelle version française. Une analyse factorielle effectuée dans le but d'identifier les recouvrements souvent produits par le MCMI apporte également une contribution à l'étude de la validité. Divers sous-groupes de sujets, tirés des échantillons québécois sous étude et identifiés dans la section appropriée, ont été utilisés pour les études psychométriques.

La consistance interne

L'analyse de consistance interne évalue dans quelle mesure les énoncés des échelles du questionnaire sont interreliés et contribuent à la mesure d'une entité homogène, c'est-à-dire à la mesure d'une même réalité. Cette analyse est effectuée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (1951). L'analyse de consistance interne de la version originale du MCMI présentée dans le manuel d'utilisation par Millon (1983) utilisait la formule KR20. Toutefois, dans le cas de questionnaires dont les réponses ne peuvent prendre que deux valeurs, tel le MCMI, la formule du coefficient alpha se simplifie pour devenir équivalente au KR20 (Nunnally, 1970). Nos résultats peuvent donc être comparés à ceux de Millon.

Le tableau 8 présente les résultats de l'analyse de consistance interne obtenus par trois groupes de sujets québécois. Les résultats de l'étude originale de validation du MCMI (Millon, 1983) sont également inclus pour fin de comparaison. Il est à noter que, pour cette analyse, les échantillons de sujets en traitement pour viol ou pour pédophilie ont été regroupés. Un coefficient alpha égal à 0,70 constitue généralement le seuil minimum qu'un coefficient doit atteindre pour être jugé acceptable (Nunnally, 1978). On observe donc que le seuil minimum est atteint pour la majorité des échelles et que leur valeur est alors comparable à ceux de l'étude de Millon. Ce seuil n'est pas atteint pour les trois échantillons aux échelles de troubles de la personnalité histrionique et antisociale et les coefficients des trois groupes québécois sont nettement inférieurs à ceux obtenus dans l'étude de Millon. Dans le cas des échelles du trouble de la personnalité schizoïde et celui d'abus d'alcool, bien que le seuil de 0,7 ne soit pas atteint, les données des groupes québécois se situent dans le même registre que ceux de l'étude de Millon, soit près du seuil de 0,7. Dans le cas de l'échelle du trouble de la personnalité narcissique, le groupe viol/pédophilie se situe légèrement sous le seuil de 0,7. Pour ce qui est de l'échelle idée délirante, les données de Millon indiquent qu'il existe un problème au niveau de la consistance interne de celle-ci et nos résultats confirment le manque d'homogénéité de cette échelle. Les problèmes de consistance interne spécifiques à la version française du MCMI utilisée dans cette étude se situeraient donc principalement au niveau des échelles de trouble de la personnalité histrionique et antisociale. Par ailleurs, comme les données des trois groupes québécois sont consistantes entre elles, il y a lieu de croire que les problèmes rencontrés à cet égard ne sont pas attribuables à un manque de fiabilité de la part des sujets dans la façon de répondre au questionnaire, mais à la structure même des échelles.

TABLEAU 8

ANALYSE D'HOMOGENÉITÉ

	TOXICOMANIE	ST-LUC	AGRESSIONS SEXUELLES- PÉDO	MILLON
	277	180	131	978
AXE II				
Schizoïde	0,68	0,69	0,77	0,73
Évitante	0,87	0,88	0,91	0,91
Dépendante	0,70	0,71	0,68	0,78
Histrionique	0,61	0,63	0,60	0,89
Narcissique	0,72	0,75	0,69	0,81
Antisociale	0,66	0,61	0,58	0,79
Compulsive	0,74	0,70	0,71	0,84
Passive-agressive	0,85	0,87	0,87	0,91
Schizotypique	0,86	0,88	0,90	0,92
Limite	0,91	0,94	0,93	0,95
Paranoïde	0,71	0,79	0,78	0,82
AXE I				
Anxiété	0,90	0,92	0,93	0,94
Somatisation	0,83	0,89	0,87	0,91
Hypomanie	0,79	0,80	0,78	0,70
Dystimie	0,89	0,91	0,91	0,94
Abus d'alcool	0,68	0,71	0,74	0,71
Abus de drogue	0,75	0,73	0,72	0,78
Trouble de la pensée	0,79	0,79	0,85	0,88
Dépression clinique	0,83	0,87	0,88	0,91
Idée délirante	0,48	0,65	0,62	0,58

La fidélité test-retest

La fidélité test-retest implique une mesure d'un même groupe de sujets à deux moments différents (Graham et Lilly, 1984). Cette procédure permet de vérifier si un questionnaire rend compte de la réalité qu'il veut mesurer d'une façon fiable en dépit du temps qui s'est écoulé entre les deux passations.

La fidélité test-retest a été évaluée avec deux groupes de sujets. Le premier est constitué de 18 sujets inclus dans l'échantillon toxicomanie. Ces sujets étaient en traitement dans un service résidentiel du centre de Domrémy-Montréal. Ils ont complété le MCMI à deux reprises, à sept jours d'intervalle. Le deuxième échantillon est constitué de 13 sujets en traitement pour agression sexuelle dans une unité résidentielle de l'Institut Philippe Pinel. Le délai de passation pour ce deuxième échantillon fut de deux semaines. Le coefficient de corrélation de Pearson fut utilisé

ANNEXE

Étude des qualités psychométriques de la version française du MCMI

pour comparer les résultats.

On retrouve les résultats de ces deux groupes au tableau 9. On retrouve également dans ce tableau les coefficients de corrélation test-retest rapportés dans trois autres études : les coefficients présentés par Millon (1983) dans le manuel d'utilisation du MCMI; trois séries de données de McMahon, Flynn et Davidson (1985) comparant les résultats à l'admission et après un mois de traitement pour un premier échantillon présentant un trouble lié à l'alcool (n=96) et pour un second échantillon ayant un trouble lié à une substance psychoactive autre que l'alcool (n=33) et, pour ce second échantillon, les résultats à trois mois de traitement; les coefficients de l'étude de Piersma (1986) qui utilise 151 sujets admis en traitement pour différents troubles de l'Axe I et qui compare leurs résultats à l'admission et avant la fin du traitement (moyenne = 30,4 jours avec un écart-type de 10,5 jours).

TABLEAU 9
CORRÉLATIONS TEST-RETEST

	TOXICOMANES	AGRESSIONS SEXUELLES	MILLON	MILLON	MCPMAHON & AL	MCPMAHON & AL	MCPMAHON & AL	PIERSMA
	Intervalle = 7 jours	Intervalle = 14 jours	Intervalle moyen = 7 jours	Intervalle moyen = 5 semaines	Alcool	Drogue	Drogue	Admission Fin de Rx
					Admission vs 1 mois en Rx	Admission vs 1 mois en Rx	1 mois en Rx vs 3 mois en Rx	
	n = 18	n = 13	n = 59	n = 86	n = 96	n = 33	n = 33	n = 151
AXE II								
Schizoïde	0,87	0,84	0,85	0,82	0,69	0,65	0,82	0,56
Évitante	0,63	0,70	0,90	0,84	0,70	0,70	0,80	0,56
Dépendante	0,73	0,71	0,83	0,79	0,58	0,61	0,79	0,65
Histrionique	0,91	0,84	0,91	0,85	0,83	0,87	0,82	0,75
Narcissique	0,74	0,45	0,85	0,81	0,61	0,71	0,88	0,61
Antisociale	0,74	0,60	0,90	0,83	0,63	0,72	0,79	0,55
Compulsive	0,68	0,83	0,81	0,77	0,70	0,70	0,77	0,56
Passive-agressive	0,50	0,69	0,89	0,81	0,61	0,54	0,69	0,48
Schizotypique	0,48	0,72	0,86	0,78	0,65	0,74	0,76	0,57
Limite	0,74	0,22	0,84	0,77	0,50	0,42	0,70	0,27
Paranoïde	0,41	0,74	0,85	0,77	0,66	0,32	0,38	0,46
AXE I								
Anxiété	0,67	0,62	0,80	0,68	0,44	0,61	0,72	0,31
Somatisation	0,79	0,67	0,81	0,62	0,40	0,45	0,62	0,21
Hypomanie	0,88	0,82	0,79	0,65	0,67	0,62	0,78	0,75
Dystimie	0,73	0,40	0,78	0,66	0,44	0,57	0,70	0,32
Abus d'alcool	0,67	0,89	0,83	0,76	0,57	0,22	0,74	0,54
Abus de drogue	0,97	0,94	0,83	0,74	0,70	0,41	0,74	0,75
Trouble de la pensée	0,32	0,33	0,80	0,68	0,63	0,51	0,72	0,40
Dépression clinique	0,74	0,10	0,79	0,61	0,55	0,61	0,61	0,52
Idée délirante	0,76	0,62	0,82	0,66	0,69	0,44	0,61	0,58

L'examen des données des deux groupes québécois révèle des problèmes de stabilité dans un grand nombre d'échelles du MCMI et ce, autant en ce qui concerne les échelles de troubles de la personnalité, qui devraient normalement présenter une plus grande stabilité, qu'en ce qui concerne les échelles de l'Axe I. Les données originales présentées par Millon indiquaient des corrélations satisfaisantes. De façon générale, les corrélations étaient plus élevées pour les échelles de troubles de la personnalité que pour les échelles de syndromes cliniques, ce qui est cohérent avec les concepts cliniques à la base de ces deux axes. Toutefois, les études qui ont répété des analyses de fidélité test-retest avec le MCMI n'ont pas atteint de résultats aussi concluants que ceux de Millon et se comparent à plusieurs égards à ceux obtenus par les deux groupes québécois. Ces résultats suggèrent que les problèmes rencontrés relativement à la fidélité test-retest ne seraient pas spécifiques à la version québécoise du MCMI mais pourraient affecter également la version originale du questionnaire. Selon Widiger et Frances (1987), ce problème serait inhérent à l'ensemble des mesures de personnalité et constituerait une limite sérieuse de ces modes d'évaluation.

Validité

Un certain nombre d'indicateurs nous permettent d'évaluer la validité de la traduction française du MCMI. D'abord le tableau 6, qui compare les scores moyens obtenus par plusieurs groupes québécois à l'ensemble des échelles, permet de constater une distribution des scores qui varie selon les groupes et de les distinguer entre eux par des écarts significatifs qui ne vont pas toujours dans le même sens. On constate également que le groupe toxicomanie se démarque nettement des trois autres aux échelles abus d'alcool et de drogue, ce qui représente un résultat prévisible et logique. Par ailleurs, les résultats élevés du groupe toxicomanie aux échelles anxiété et dysthymie peuvent être mis en parallèle avec les résultats obtenus chez les personnes admises en traitement dans trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec de l'étude de Guyon et Landry (1996). On y constatait en effet que l'anxiété et la dépression sont les symptômes les plus souvent mentionnés par ces sujets, tant dans la vie que dans le mois précédant l'entrevue.

Conclusion

Dans l'ensemble, les qualités psychométriques de la traduction du MCMI peuvent donc être considérées comme satisfaisantes et généralement comparables avec les résultats présents dans la documentation. Toutefois, des problèmes ont été identifiés à certaines échelles, surtout en ce qui concerne la fidélité test-retest. Il faut toutefois se rappeler que la version utilisée dans cette étude est la première version du MCMI à laquelle ont succédé depuis le MCMI-II et le MCMI-III qui représentent des versions améliorées du questionnaire. Les études à venir utiliseront une version française du MCMI-III et devront évaluer dans quelle mesure les problèmes rencontrés ici se sont ou non résorbés. Il sera donc important dans les recherches futures d'apporter une attention particulière aux difficultés qui ont été identifiées et de prévoir un plan d'étude qui permettra de bien les étudier.