

**DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

par

Louise Nadeau*

Chercheur principal, RISQ
Professeur agrégé,
Département de psychologie
Université de Montréal

Octobre 1998

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe 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 Louvain

Montréal (Québec) H2M 2E8

téléphone : (514) 385-3490 poste 1133

télécopieur : (514) 385-5728

Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement à l'auteure principale :

Louise Nadeau

Téléphone 514 343 6989

CENTRE DOLLARD-CORMIER 950, rue Louvain, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie : 514.385.5728 Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

AVANT-PROPOS

Ce document : «*Déterminants de la santé et substances psychoactives*» 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. Ce cahier de recherche a été relu par Andrée Demers, du RISQ.

RÉSUMÉ

La première partie du texte a pour objet la santé publique. L'évolution des modèles en santé publique est décrite pour s'attarder ensuite à celui sur les déterminants de la santé. En effet, les récents travaux amènent à constater que les facteurs macrosociaux ont beaucoup d'influence sur l'état de santé des populations et rappellent également l'existence d'un gradient de l'état de santé d'une couche sociale à l'autre. L'étude de Whitehall a fait apparaître clairement le rapport existant entre les facteurs socio-économiques et la santé de la classe moyenne. En outre, la distribution des revenus dans une société donnée est déterminante. Il existerait donc un facteur qui, indépendamment des autres facteurs de risque déjà connus, augmente le risque de mortalité pour un certain nombre de troubles. Les travaux récents sur la santé des populations amènent donc à complexifier notre compréhension de la santé pour ajouter une dimension macrosociale qui a un effet au-delà des décisions personnelles que prennent les individus. Trois exemples sont apportés pour examiner si ce modèle enrichi de la santé publique est applicable dans notre champ : les troubles liés à l'alcool et aux drogues, les actions prises relativement à la conduite avec facultés affaiblies, les bienfaits potentiels de la consommation modérée et régulière d'alcool. La conclusion cherche à intégrer les forces et les faiblesses de ce «nouveau modèle» pour les conduites de consommation.

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 :

CENTRE DOLLARD-CORMIER 950, rue Louvain, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie : 514.385.5728 Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

«...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.

Situé au Centre Dollard-Cormier, 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

CENTRE DOLLARD-CORMIER 950, rue Louvain, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie : 514.385.5728 Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

1 - INTRODUCTION	1
2 - LA SANTÉ PUBLIQUE.....	3
3 - ÉVOLUTION DES MODÈLES DE SANTÉ PUBLIQUE	5
4 - LE SENS À DONNER AU GRADIENT.....	9
5 - LA DISTRIBUTION DES REVENUS.....	11
6 - LES TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL ET AUX DROGUES	15
7 - INTOXICATIONS	17
9 - CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	25

1 - INTRODUCTION

La consommation à l'excès de produits constitue un problème de santé publique majeur. Ainsi, non seulement les abus d'alcool et de drogues se retrouvent-ils parmi les principales causes d'invalidité et de mortalité, mais les conséquences sur le plan humain et social sont innombrables et tout aussi délétères les unes que les autres : pauvreté, carence de formation professionnelle, difficulté d'accès au travail, criminalité, itinérance, sida. À cela s'ajoute que le sur-consommateur de substances psychoactives devient souvent un sur-consommateur de services gouvernementaux, ses problèmes ayant des répercussions légales, financières, médicales et psychologiques pour lui et son entourage.

Ce cahier de recherche a pour objet la santé publique et les addictions. Il sera tout d'abord question du modèle actuellement émergeant en santé publique au Canada, à savoir celui des déterminants de la santé (Evans, Barer et Marmor, 1994) pour ensuite explorer si cette compréhension nouvelle des déterminants de la santé peut avoir une influence sur le traitement, les programmes de prévention et les données de recherche dans le champ de l'addiction.

2 - LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique constitue une partie intégrale du système de santé. L'organisation de la santé publique varie d'un pays à l'autre et, dans un même pays, d'une région à l'autre, reflétant en cela la réalité des différences politiques, économiques et culturelles de chaque territoire. Historiquement, au dix-neuvième siècle, ce champ d'étude et de pratique s'est développé en tant que mouvement social et politique plutôt que comme discipline [Association canadienne de santé publique (ACSP), 1996] et sa naissance est attribuable aux préoccupations croissantes pour un ensemble de problèmes sociaux : pauvreté, travail infantile, logements insalubres, conditions de travail dangereuses et malnutrition, pour n'en nommer que quelques-uns. Au siècle dernier, des conditions environnementales inadéquates telles le manque d'eau potable, des aliments sains et de logements salubres étaient considérées comme autant de facteurs responsables de l'état de santé. De fait, les premières mesures de salubrité publique qui ont été prises à cette période, jointes à une plus grande prospérité économique, ont amené une augmentation substantielle de l'espérance de vie - en 1831, la longévité moyenne des Canadiens n'était que de 39 ans, elle est aujourd'hui de 78 ans (Direction de la santé publique, 1998 : 14) - et une baisse de la mortalité infantile et ce, bien avant l'introduction de mesures médicales qui ont amélioré la survie des malades (McKeown, 1976). À cette période, le développement social et la santé étaient perçus comme inextricablement liés au développement économique (ACSP, 1996).

3 - ÉVOLUTION DES MODÈLES DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours des années 1970, la survenue d'une maladie a été décrite par les épidémiologistes comme la conséquence d'une interaction entre un hôte, un agent et l'environnement (Cassel, 1976). Les travaux sur la résistance différentielle de l'hôte ont examiné les vulnérabilités constitutionnelles ou physiologiques des individus. Ceux de l'agent ont cherché à identifier la nature de ces agents pathogènes et leurs effets. Quant à l'étude du rôle potentiel de l'environnement, celle-ci se rapporte à l'étude du stress et des maladies qui lui sont reliées.

Au Canada, la publication en 1974 de ce qui est connu sous le nom de rapport Lalonde (1974) est venue modifier cette conception tripartite pour proposer un nouveau cadre de référence pour l'étude des déterminants de la santé. Cette fois, quatre paramètres sont proposés comme facteurs déterminants de la santé : le mode de vie, l'environnement, la biologie humaine et les services de santé. Au cours des années 1980, suite à la publication de ce rapport, les gouvernements des diverses provinces canadiennes¹ (et d'autres pays également) tablaient sur les modes de vie (alimentation, exercice, abstinence de tabac) et sur des politiques publiques favorisant le maintien de la santé (port obligatoire de la ceinture de sécurité en auto) pour améliorer l'état de santé de la population (ACSP, 1995 : 5; Forum national sur la santé, 1997a : 15). Le message qui était alors envoyé aux Canadiens est qu'ils étaient eux-mêmes responsables de leur santé et qu'ils pouvaient, par le choix d'un mode de vie sain, s'assurer d'une bonne santé.

Les récents travaux de recherche ont forcé une reconceptualisation du rôle prédominant des habitudes de vie et du système de soins comme déterminants de la santé. L'étude de la santé des populations a émergé comme champ d'étude au milieu des années 80. Les résultats de recherche de plusieurs disciplines ont été analysés afin de mieux comprendre l'influence des facteurs sociaux, physiques, comportementaux et biologiques sur le statut de santé des populations et de ses sous-groupes. Au Canada, c'est l'Institut canadien de recherches avancées qui, principalement, a mené ces travaux qui ont été synthétisés dans l'ouvrage *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations* (Evans et coll., 1994), récemment publié en français sous le titre de *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie*

¹ La Loi canadienne sur la santé de 1984 (Canada, 1986) assure un accès raisonnable aux services de santé sans barrière financière ou autre (Angus, Aur, Cloutier et Albert, 1995) alors que l'administration des soins de santé relève des provinces, au Canada (Renaud, Beaudoin, Molinar, 1987)

et déterminants sociaux de la maladie (Evans et coll., 1996). Ces données amènent en effet à constater que des facteurs macrosociaux ont autant d'influence sur l'état de santé des populations que les compétences des particuliers, des professionnels et des communautés. Au cours de la dernière décennie, on a constaté que ces corrélations sont, de fait, des indicateurs de liens de causalité. Autrement dit, il existe des déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé, tout comme il existe des déterminants génétiques ou des déterminants liés à la prestation des soins de santé (Renaud, Good, Nadeau, Ritchie et Way-Clark, 1997 : 6).

Prenons exemple d'une ville comme Montréal. La comparaison des quartiers défavorisés et aisés amène à constater que, dans les premiers, l'espérance de vie est écourtée de 10 ans pour les hommes et de six ans pour les femmes; la mortalité infantile y demeure toujours plus élevée (8 décès/1 000 naissances vs 5 décès/1 000 naissances), les bébés de moins d'un an se retrouvant 65 % plus souvent à l'hôpital; le taux de grossesse chez les adolescentes y est six fois plus élevé, le taux de suicide, deux fois plus élevé, le nombre de décès dus au tabac et au cancer du poumon, 62 % plus élevé (Direction de la santé publique, 1998). Or, Montréal bénéficie sur tout le territoire d'un accès universel aux soins de santé, comme tout le Québec (Renaud, Baudouin et Molinari, 1987). De fait, les CLSC (ou cliniques de soins primaires) des quartiers défavorisés reçoivent plus d'argent puisque les besoins sont définis comme plus importants et ces quartiers, pour des raisons historiques, sont ceux qui sont desservis par les hôpitaux universitaires de la ville. Cependant, 500 000 citoyens sur 1,8 millions et près de 23 % des familles vivent sous le seuil de la pauvreté alors que certaines municipalités se démarquent avec des revenus moyens par ménage les plus élevés au Canada (Direction de la santé publique, 1998 : vi). De plus, le taux de chômage atteint près de 15 % dans les quartiers défavorisés. Or, le chômage s'accompagne d'effets dévastateurs sur la santé, particulièrement si le soutien social fait défaut. On a constaté chez les personnes qui sont en chômage prolongé une tendance à mourir prématurément, une augmentation des troubles affectifs chez leurs conjoints et un risque plus élevé des problèmes affectifs et de troubles du comportement chez leurs enfants, particulièrement les adolescents (Osberg, 1998; Renaud et coll., 1997 : 12; Sullivan, Uneke, Lavis, Hyatt et O'Grady, 1998).

Ces travaux sur la santé des populations ont également permis de constater qu'il existe un gradient (c'est-à-dire une variation progressive) de l'état de santé d'une couche sociale à l'autre. Il y a une progression de la santé à chaque échelon de la société selon le revenu, l'éducation et le rang social. Dit autrement, «dans toute la hiérarchie socio-économique, chaque groupe est toujours en meilleure santé que celui qui le suit immédiatement un échelon plus bas» (Stoddart, 1995, cité par Lewis, Blundell, Cashin, Contandriopoulos, Evans et Noseworthy, 1997 : 8). Au

Canada, par exemple, on constate une différence de quatre ans entre l'espérance de vie des plus aisés et des plus pauvres, et cet écart augmente d'un palier à chaque quintile de revenu.

L'étude de Whitehall de 10 000 fonctionnaires britanniques qui ont été suivis pendant 20 ans a fait apparaître clairement le rapport existant entre les facteurs socio-économiques et la santé de la classe moyenne (pour une synthèse : Marmor, 1994). À l'instar des autres études épidémiologiques, cette étude a tout d'abord révélé l'existence d'un risque plus élevé de décès dus à des insuffisances coronariennes, des accidents cérébro-vasculaires, des cancers, des maladies gastro-intestinales, des accidents et des suicides chez les employés aux premiers échelons de la hiérarchie de la fonction publique (Marmor, Shipley et Rose, 1984). Cependant, comme le rappelle le chercheur principal : la constatation la plus remarquable de cette étude est le gradient social dans les taux de mortalité. Les participants de l'étude de Whitehall étaient, de façon prédominante, d'un seul groupe ethnique, détenaient des emplois de bureau, n'étaient pas exposés sur les lieux de travail à des produits toxiques, n'étaient pas en chômage ou dans des situations extrêmes de pauvreté ou de richesse; et tous travaillaient et demeuraient à Londres ou dans la région londonienne. Dans cette population relativement homogène, nous avons observé un gradient dans la mortalité selon le statut d'emploi - chaque groupe ayant un taux de mortalité plus élevé que le groupe situé à un échelon plus élevé de la hiérarchie. La différence dans la mortalité était trois fois plus élevée entre les positions les plus élevées et les plus basses dans la hiérarchie. La question n'est pas pourquoi les personnes au bas de l'échelle ont une plus mauvaise santé, mais pourquoi les différences sociales en matière de santé sont distribuées dans toute la société. (Marmor, 1994 : 202)²

On trouve le même gradient lorsqu'on examine l'absentéisme au travail (Marmor, 1994), que ce soit pour de courtes absences de quelques jours ou pour des absences prolongées. L'évolution d'une grippe banale devrait être la même que l'on soit un col bleu ou un cadre, mais tel n'est cependant pas le cas. Ces résultats, notamment ceux sur l'absentéisme, signalent que les facteurs mis en cause sont autres que seulement le faible revenu. Le gradient social de mortalité sous-entend l'existence de facteurs qui sont opérants à tous les échelons de la société.

Il n'est pas facile de comprendre ce qui, étant donné un certain standard de vie, peut ainsi affecter la santé : une télévision en couleur plutôt qu'en noir et blanc ou des vacances en Espagne plutôt que sur les côtes anglaises peuvent-elles affecter la santé et la longévité à ce point? C'est le

2 Traduction de l'auteur.

gradient pour *toutes* les maladies énumérées précédemment, plutôt que pour un trouble spécifique, qui a amené les chercheurs à retenir l'hypothèse d'une susceptibilité générale à la mauvaise santé inversement proportionnelle au statut. Cette hypothèse implique donc que certains groupes sont plus à risque, quelles que soient les causes de la maladie, par opposition à la proposition alternative qui consiste à retenir l'idée qu'il existe des facteurs spécifiques permettant d'expliquer les différences qui sont observées entre les classes sociales pour des maladies spécifiques. Il existerait donc un facteur inconnu, que nous appellerons facteur «M», comme macrosocial, et qui, indépendamment des autres facteurs de risque déjà connus, augmente le risque de mortalité pour un certain nombre de troubles. On en veut pour preuve une analyse des données qui a permis de constater qu'un administrateur qui fume ses 20 cigarettes par jour présente un risque moindre de mourir du cancer du poumon que le fonctionnaire au bas de la hiérarchie qui fume tout autant, même après qu'on eut contrôlé pour les années/cigarettes, la teneur en goudron et le gradient de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires des non-fumeurs (Davey-Smith et Shipley, 1991).

4 - LE SENS À DONNER AU GRADIENT

Pour expliquer l'existence d'un facteur «M», Marmor, joint en cela par plusieurs autres chercheurs (Evans et coll., 1994), ont exploré plusieurs avenues possibles. Tout d'abord, l'hypothèse des services médicaux a été exclue puisque le Royaume-Uni dispose, comme le Canada et la France, d'un système universel et gratuit de soins de santé. En outre, à l'analyse, on constate que l'augmentation de la longévité est attribuable à la diminution des maladies devant lesquelles la médecine est impuissante. De fait, l'ensemble des études sur la question s'accorde pour conclure que, si l'état de santé des populations des pays occidentaux s'améliore, ce n'est pas nécessairement à cause des mesures prises lorsque survient la maladie, mais parce qu'on est moins malade qu'autrefois (Forum national sur la santé, 1997b : 3).

Il était aussi possible de faire l'hypothèse d'une exposition accrue aux agents toxiques inversement proportionnelle au rang social. Le rapport Black (Black, Morris, Smith, Townsend et Whitehead, 1988) a en effet clairement démontré que plusieurs personnes, en grande majorité les plus pauvres, ne peuvent éviter d'être exposées à des conditions environnementales qui sont manifestement dommageables pour la santé. Les conditions de logement et travail des ouvriers du dix-neuvième siècle en constituent la parfaite illustration. Lorsque les conditions de vie sont devenues plus salubres pour tous, l'espérance de vie a grimpé, mais le gradient a persisté, et persiste encore. Cependant, dans l'étude de Whitehall, il est peu probable que les professionnels détenant le deuxième rang aient des conditions de logement significativement différentes des administrateurs. Cette hypothèse a donc été éliminée.

Ensuite, les chercheurs ont examiné la possibilité d'une sélection naturelle des sujets en santé, à savoir que l'état de santé puisse déterminer le rang plutôt que l'inverse, l'exemple des personnes atteintes de graves troubles mentaux étant à ce sujet probant : celles atteintes de schizophrénie, par exemple, sont généralement pauvres. Cette hypothèse a été examinée par Black et ses collègues et explique certes une partie des écarts, mais le gradient demeure (Black et coll., 1988).

Plutôt que l'hypothèse d'une sélection naturelle des sujets en santé, on a alors envisagé l'idée d'une sélection indirecte, notamment par l'influence d'un agglomérat de facteurs - génétique, biologique, éducationnel, psychologique et social - qui entrent en interaction dès le plus jeune âge. On commence en effet à comprendre les mécanismes psychophysiologiques sous-jacents à ce que les enseignants et les psychothérapeutes avaient observé depuis longtemps, à savoir que

la compétence d'une personne et sa capacité de s'adapter sont déterminées, en grande partie, dès les premières années de sa vie, au moment où se développe le cortex cérébral. L'environnement influe non seulement sur le nombre de cellules et de synapses, mais sur la façon dont celles-ci sont interreliées, ce qui influe sur la compétence et la capacité de s'adapter ultérieurement (voir Bertrand, 1997). À cet égard, la qualité des soins parentaux sont déterminants tant chez les primates (Saplosky, 1992; Suomi, 1991) que chez l'homme (Bertrand, 1997; Cynander, 1994 : Renaud et coll., 1997 : 5 et suiv.). Parce leurs parents sont soumis à des situations de stress chronique, plusieurs enfants pauvres sont plus susceptibles que des enfants de milieux aisés de se trouver dans un contexte défavorable à leur développement. Suite à l'examen de ses données, Marmor conclut que les facteurs de la petite enfance et les facteurs de la vie adulte pouvaient à la fois et indépendamment prédire la mortalité.

5 - LA DISTRIBUTION DES REVENUS

Les études de Wilkinson (1994; voir aussi Sullivan, 1997) ont également aidé à donner un sens au gradient. Ces travaux ont démontré que ce ne sont pas les différences en matière de revenu qui expliquent les différences en matière de longévité, mais les différences dans la distribution des revenus. Ainsi, la population des pays qui répartissent plus équitablement leurs revenus se porte mieux qu'ailleurs (par une espérance de vie plus élevée, une meilleure qualité de vie et un taux de mortalité plus faible). Dans les sociétés modernes, la privation de possibilités sociales est devenue le principal facteur à la base des inégalités sociales (Wilkinson, 1994; voir aussi ACSP, 1997 : 5).

Le Japon offre ici un bon exemple. Il y 30 ans, ce pays présentait un taux élevé de mortalité infantile et une espérance de vie médiocre alors qu'il est aujourd'hui un de ceux qui présente certains indicateurs de santé parmi les meilleurs du monde (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994). Durant la même période, l'économie japonaise a connu un redressement spectaculaire et les revenus ont considérablement augmenté. Fait à signaler : ce pays distribue très équitablement ses richesses, détenant le record parmi les pays de l'OCDE pour la plus petite différence relative de revenu entre la tranche supérieure et la tranche inférieure et les États-Unis, la plus grande. À cela s'ajoute que le Japon consacre, selon les données de l'OCDE de 1996, 7 % de son PIB pour les soins de santé et les États-Unis, 14 % (Lewis et coll., 1997 : 8). Ainsi, en comparant avec les deux pays à partir des données de l'OMS, la variation entre 1976 et 1991 fut, pour les hommes, de 72,2 ans à 76,3 ans pour le Japon (D 4,1) et de 69,2 ans à 71,9 ans (D 2,7) aux États-Unis; pour les femmes, de 77,5 ans à 82,7 ans (D 5,2) pour le Japon et de 76,9 ans à 79 ans (D 2,1) aux États-Unis (Ministère de la Santé et des Service sociaux, 1995 : 30).

Les déterminants économiques de la santé apparaissent donc être davantage reliés à des disparités de revenu qu'au revenu lui-même. Tenant compte de cette constatation, les conclusions de Marmor et de ses collègues (Evans et coll., 1994) suggèrent l'existence d'une variable liée à la maîtrise que les sujets exercent sur un environnement donné. Si le revenu détermine la santé, c'est sans doute parce qu'il mène au fait qu'un sujet a plus de choix et d'emprise sur sa vie. Or, ce sentiment d'avoir une certaine emprise sur sa vie semble essentiel à une bonne santé. À cela s'ajoute l'importance des perceptions ou des attentes : plus une personne ressent qu'elle exerce une certaine emprise sur sa vie, plus elle se décrit comme étant

en santé, ce facteur étant à son tour un prédicteur robuste de l'état de santé. Or, plus on monte dans l'échelle sociale, plus grands sont l'estime de soi, le sentiment de maîtriser sa vie et la résilience³ (Renaud et coll., 1997 : 6). Ce sentiment de maîtrise est peut-être lié à des phénomènes qui mettent en cause l'immunité, les travaux plus récents sur le stress signalant l'effet délétère du stress persistant sur le système neuroendocrinien (Endler et Summerfeldt, 1995; Sapolsky, 1992). Quel que soit ce facteur indépendant des structures de morbidité et des facteurs de risque, la maladie est vraisemblablement le vecteur par lequel il se manifeste.

Ce modèle de santé publique reprend celui proposé par Cassel (1976), mais en ajoutant un contenu additionnel au rôle de l'environnement. Les travaux récents signalent que ce ne sont plus seulement les cataclysmes, dont les effets délétères étaient décrits par Cassel, ou les événements critiques et les difficultés chroniques (Brown et Harris, 1978, 1989; Gorman et Brown, 1992; Nadeau, 1990) qui affectent la survenue des maladies, mais également un autre facteur macrosocial. Dans cette nouvelle proposition, l'origine sociale des maladies est éclatée pour comprendre à la fois des facteurs microsociaux et macrosociaux. Bien que, dans la plupart des études populationnelles, le revenu constitue la variable indépendante qui permet de révéler l'existence d'un gradient dans la longévité, l'ensemble des travaux sur la question signale que ce facteur «M» est vraisemblablement le produit d'une interaction entre le revenu et le statut social, le niveau de scolarité, l'emploi et conditions de travail, l'intégration sociale et les habiletés individuelles, le bagage génétique et la biologie ainsi que les services de santé (Angus et Turbayne, 1995; ACSP, 1997; Evans et Stoddart, 1994).

Le modèle proposé dans le rapport Lalonde doit être repensé. Remettre en question l'importance des habitudes de vie ne signifie pas pour autant que tout un chacun devrait augmenter sa consommation de gras animal, devenir sédentaire et se mettre à fumer! Les travaux récents sur la santé des populations amène au contraire à complexifier notre compréhension de la santé pour ajouter une dimension macrosociale qui a un effet au-delà des décisions personnelles que prennent les individus.

On peut s'interroger si, dans le champ de l'usage et de l'abus des substances psychoactives, ce modèle enrichi de la santé publique est déjà opérationnel. Y a-t-il une place pour le facteur «M» dans les modèles théoriques et dans les pratiques? Trois exemples seront examinés : les troubles

³ La résilience est la capacité de reprendre pied à la suite d'une situation difficile

liés à l'alcool et aux drogues; les actions prises relativement à la conduite avec facultés affaiblies; les bienfaits potentiels de la consommation modérée et régulière d'alcool.

Avant de procéder plus avant, il convient de cerner ce que nous entendons par «toxicomanie». Ce terme est utilisé au Québec en référence à l'abus et à la dépendance, physique ou psychologique, à différentes substances psychoactives, tels l'alcool, les drogues illicites ou les médicaments. Théoriquement, toute forme de dépendance physique ou psychologique peut être conceptualisée comme étant une toxicomanie, notamment si on s'en reporte aux critères diagnostiques du DSM-IV qui sont les mêmes pour tous les produits (American Psychiatric Association, 1994). En outre, les mécanismes physiologiques de la dépendance sont, à certains égards, comparables d'une substance à l'autre. Qu'on pense aux manifestations comportementales de la dépendance physique [le sentiment intime d'avoir perdu la liberté de ne pas consommé (Fouquet, 1951) ou l'évitement de situations où le sujet ne peut consommer] qui sont communes aux alcooliques, aux cocaïnomanes et aux narcomanes.

6 - LES TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL ET AUX DROGUES

Au niveau conceptuel, la toxicomanie se décrit comme une problématique complexe aux multiples facettes. Outre ses dimensions biologique et psychologique, elle a toujours été associée à la dimension sociale et ce, de façon antécédente, concomitante et conséquente (Cormier, 1984; Edwards, 1974; Guyon et Landry, 1996). Plusieurs modèles ont été proposés pour rendre compte du phénomène de la toxicomanie. Dès 1980, Lettieri, Sayer et Pearson identifient 47 théories différentes, chacune présentant des éléments importants et des aspects controversés. À l'heure actuelle, aucune théorie ne fait consensus, car chacune est développée selon la perspective particulière de l'auteur et son domaine d'expertise. De fait, la plupart du temps, on ne considère que les dimensions qui sont pertinentes à son champ d'expertise. Il est donc rare que ces conceptions débordent le champ disciplinaire dont elles sont issues de telle sorte qu'elles présentent toutes une conception parcellaire du phénomène qu'elles tentent de systématiser. Conséquemment, les autres dimensions de la problématique sont passées sous silence, ou, plus exactement, ne sont pas intégrées à la dimension sous étude. Bien que, dans la plupart des modèles, les facteurs liés à l'environnement soient toujours présents dans l'étiologie de la toxicomanie, ils occupent rarement une place prépondérante.

Dans le cadre de cette réflexion, il faut rappeler l'effort de Zinberg (1984) qui a apporté une reformulation heureuse de cette triade épidémiologique proposée par Cassel en affirmant que la toxicomanie est la rencontre entre une personne, un produit et un environnement - les trois «s» : *set, substance, setting*. Concernant l'environnement, à notre connaissance, les travaux se sont essentiellement intéressés aux travaux consacrés à la population générale (plutôt qu'à des échantillons cliniques) et se sont consacrés aux politiques, à l'accessibilité des produits, aux normes et valeurs culturelles et à l'influence des divers groupes d'appartenance sur la consommation (Castelain, 1989; Connolly, Casswell, Stewart et Silva, 1992; Demers, 1997; Hilton, 1989; Knibbe, Oostveen et De Goor, 1991; Orcutt et Harvey, 1991; Robins, Davis et Durco, 1974; Robins, Davis et Goodwin, 1974; Robins et Helzer, 1975; Snow et Wells-Parker, 1986). Malgré le manque de données cliniques, les travaux sur les déterminants de la santé nous amènent à repenser le rôle de l'environnement et à repenser la notion de stress pour inclure le facteur «M» qui accompagne la pauvreté et le manque de contrôle sur sa vie.

On peut alors examiner si les troubles liés aux substances psychoactives sont plus prévalents dans les classes défavorisées et se distribuent selon un gradient. Les travaux en épidémiologie

psychiatrique qui ont permis de documenter la prévalence des troubles mentaux dans la population générale pourraient nous renseigner (Chou, 1994; Grant et coll., 1992; Helzer et coll., 1992; Kessler et coll., 1996). Mais, les articles publiés relativement à ces enquêtes populationnelles ne nous renseignent pas sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants : il faudrait retourner aux rapports de recherche, ce qui ne fut pas fait dans le cadre de ce travail. Les données consultées pour ce chapitre proviennent principalement de travaux réalisés auprès d'échantillons cliniques. Or, la population clinique ne constitue qu'une sous-population très particulière des personnes qui présentent un trouble lié aux substances psychoactives. En fait, le ratio de buveurs dépendants traités et non traités est estimé entre 3 : 1 et 13 : 1, selon les auteurs (voir Sobell, Sobell et Toneatto, 1992). Par ailleurs, au Québec, nous savons que les personnes en traitement sont plus pauvres que les buveurs de la population générale du même groupe d'âge (Nadeau, sous presse). Plus spécifiquement, si on compare un groupe de sujets admis en traitement pour toxicomanie dans un centre de traitement public à un échantillon représentatif de grands buveurs de la même région géographique, l'échantillon clinique vit davantage seul, a moins d'emplois réguliers, présente un taux de chômage plus élevé et vit davantage de l'aide sociale. Force est de constater cependant que ces données transversales ne permettent pas de savoir si cette détérioration sociale a précédé ou est consécutive à la toxicomanie et il en serait de même pour toutes les enquêtes épidémiologiques précédemment citées. Il nous faut donc réserver notre jugement quant à un gradient lié au rang dans la survenue de la toxicomanie.

En matière d'intervention, il est intéressant de constater que les données de recherches évaluatives signalent qu'aucune modalité thérapeutique ne s'est avérée plus efficace que les autres (Armor, Polich et Stambul, 1978; Cronkite et Moos, 1978; Emrick, 1975; McCrady et Langenbucher, 1996; Project MATCH Research Group, 1997). De fait, les méthodes de traitement contribuent faiblement à la variance liée au succès thérapeutique - entre 7 et 16 % - alors que d'autres facteurs, tels que les caractéristiques du sujet et le nombre de services reçus, sont plus déterminants (Cronkite et Moos, 1978; Emrick, 1975; Simpson, Joe et Rowan-Szal, 1997). Or, ces caractéristiques des sujets sont celles-là mêmes qui sont contenues dans le facteur «M» : le revenu, le statut d'emploi, le soutien social et la sévérité de la dépendance qui, pour plusieurs, est associée à une vulnérabilité biologique (Blum et coll., 1996; Hill, 1995; Pihl et Peterson, 1995; Schuckit, 1984; 1985). Dans le cadre de cette analyse, on peut interpréter ces données en soulignant le rôle prépondérant de certains déterminants de la santé dans la rémission. Le pronostic favorable se distribuerait peut-être selon le même gradient que l'espérance de vie.

7 - INTOXICATIONS

Une intoxication est la consommation de grandes quantités par occasion. Autrement dit, c'est la consommation d'une substance psychoactive lorsque l'accumulation progressive du produit est telle que l'élimination est inférieure à l'absorption. Cette dose est suffisante pour provoquer une altération de l'état de conscience et des facultés. Pour l'alcool, la définition opérationnelle est souvent celle utilisée par la législation canadienne pour la conduite avec facultés affaiblies, soit une alcoolémie égale à 0,08 g/100 ml de sang.

Les travaux de la dernière décennie ont mis en évidence que l'intoxication, même occasionnelle, est associée à un risque accru de problèmes sociaux ou d'accidents et, en termes de coûts sociaux, constitue un problème au moins aussi important que la dépendance (Bisson, 1997; Bondy, 1994; Midanik, Tam, Greenfield et Caetano, 1994; Room, Bondy et Ferris, 1995; Single et Worthey, 1993). Il faut également noter qu'il n'existe pas un seuil au-delà duquel les individus deviennent à risque, mais un continuum de risque. Dès lors, pour la santé publique, l'enjeu n'est plus seulement de prévenir la dépendance, mais également de prévenir tout comportement susceptible d'engendrer des problèmes aux plans de la santé et du bien-être. La conduite avec facultés affaiblies pourrait ici servir d'exemple quant à la possibilité de prendre en compte les déterminants de la santé dans les interventions, en comparant les interventions qui ont réussi auprès de la majorité des buveurs, mais qui ont échoué auprès de récidivistes.

Au Québec, on évalue à 45 % le nombre de mortalités sur les routes attribuables à l'alcool. Cependant, il est impossible de distinguer dans les accidents de la route où l'alcool est mis en cause ceux qui, dans les prévalences rapportées, relèvent soit d'intoxications soit d'un trouble lié à l'alcool - abus ou dépendance - pour un même taux d'alcoolémie. Seules des autopsies psychologiques, comme celles réalisées par Lesage et ses collaborateurs (1994), permettraient de répondre adéquatement à cette interrogation. Selon Kreitman (1986), la proportion de ceux et celles qui se sont intoxiqués de manière exceptionnelle serait plus grande que les cas de troubles liés à l'alcool. Une sous-analyse réalisée par Eric Single avec les données d'une enquête canadienne confirme cette hypothèse⁴. En fait, le modèle proposé par Kreitman, et qu'il a nommé «paradoxe de la prévention», postule que la grande majorité des problèmes est causée par des buveurs qui, à l'occasion, ont consommé à l'excès. Par contre, le risque, soit la probabilité qu'un

⁴ Eric Single : calculs présentés au Advisory Group, Brewers Association of Canada, Ottawa, septembre 1997.

problème lié à une substance psychoactive se manifeste, est beaucoup plus élevé chez les toxicomanes (quoiqu'ils soient bien moins nombreux que les premiers).

L'examen des données sur la réduction des accidents causés par l'alcool au cours des 15 dernières années amène à constater que les actions qui ont été prises pour modifier l'environnement ont été efficaces. Au Québec, les taux d'accidents d'automobile sont en réduction constante depuis le début des années 1980 (Société d'assurance automobile du Québec, 1996) : le pourcentage des conducteurs décédés avec une alcoolémie de plus de .08 au Québec est passé de 52 % qu'il était en 1987 à 35 % en 1993 (SAAQ-MTQ, 1997). Durant cette période, diverses actions répressives et préventives ont été entreprises : nouvelle loi canadienne de 1984 sur la conduite avec facultés affaiblies, qui a prévu des punitions plus sévères pour la conduite en état d'ébriété; barrages policiers dressés aléatoirement pour tester le niveau d'intoxication éthylique des conducteurs; mise en oeuvre de programmes de prévention primaire et secondaire concernant l'alcool au volant; marketing social rappelant aux chauffeurs l'importance de la prudence et de la sobriété sur les routes; Opération Nez Rouge, un service entièrement tributaire de bénévoles, qui a raccompagné plus de 60 000 personnes au cours de 1994-95. Ces actions multi-volets visaient la structure de l'environnement et on peut faire l'hypothèse selon laquelle de telles actions ont amené une modification des valeurs et des normes régissant l'alcool au volant qui, à leur tour, modifient les comportements.

Par contre, force est de constater que le renforcement de la loi et les campagnes de publicité se sont avérées inutiles avec certains buveurs, dont plusieurs sont alcooliques. En effet, parmi ceux qui sont arrêtés et testés lors d'accidents automobiles, certains présentent une longue histoire d'arrestations pour conduite avec facultés affaiblies et conduisent avec des taux d'alcoolémie très élevés (0,175 g/100 ml et plus), une moyenne plus élevée que les autres chauffeurs intoxiqués sans dossier d'infractions antérieures : ce sont les récidivistes (Mayhew, Brown et Simpson, 1995; Simpson, Mayhew et Beirness, 1996). Chez ce petit sous-groupe de la population qui persiste à prendre le volant, la sévérité des lois semble n'avoir aucun effet dissuasif : ni la révocation du permis de conduire, ni les procès (qui ont généralement lieu plusieurs mois après l'arrestation), ni les amendes ne semblent altérer le comportement de plusieurs d'entre eux (Hedlund et Fell, 1995; Simpson, Mayhew et Beirness, 1996). Ils constituent un autre exemple des sous-groupes de la population pour lesquels l'information n'a aucune influence sur le comportement (Nadeau, Truchon et Biron, sous presse).

Pour tenter de réduire la récidive, plusieurs provinces canadiennes ont instauré de nouvelles législations qui prévoient lors de l'arrestation : 1) la révocation immédiate du permis; 2) la

confiscation immédiate du véhicule pour les récidivistes et; 3) l'instauration d'un dispositif anti-démarrage dans les mois qui suivent la confiscation du véhicule. L'effet de ces mesures n'est pas encore connu au Québec, mais les résultats préliminaires dans une autre province canadienne indiquent que le taux de récidives s'en voit diminué⁵. Ce résultat est vraisemblablement la conséquence d'une punition immédiate, contrariante, coûteuse et prolongée. C'est donc davantage à travers un schème de conditionnement opérant, où les punitions dont la sévérité est croissante visent des individus bien ciblés, qu'il faut comprendre le changement (Skinner, 1953).

Les succès des mesures sociétales au niveau d'une réduction globale des accidents routiers où l'alcool est mis en cause permet de constater l'importance des facteurs structuraux dans la consommation. Or, ces mesures ont connu une certaine efficacité pour les buveurs, même les grands buveurs non dépendants, sans doute parce que leur consommation est largement déterminée par le contexte dans lequel ils se trouvent (Connolly, Casswell, Stewart et Silva, 1992; Demers, 1997; Hilton, 1989; Knibbe, Oostveen et De Goor, 1991; Orcutt et Harvey, 1991; Simpura, 1991; Snow et Wells-Parker, 1986). On pourrait donc conclure que certaines habitudes de consommation peuvent être modifiées par des actions qui affectent la structure de l'environnement. Dans le cadre d'actions préventives visant la conduite avec facultés affaiblies, les lois semblent avoir un pouvoir dissuasif qui est renforcé par les messages grand public qu'ils soient coercitifs, comme celui de la Société d'assurance automobile du Québec : «L'alcool au volant, c'est criminel», ou persuasifs comme celui d'Éduc'alcool : «La modération a bien meilleur goût».

Par ailleurs, la constatation que ces mesures à caractère sociétal sont sans effet sur certains groupes de citoyens amène à reconnaître qu'il faut prévoir des actions particulières pour certains sous-groupes de citoyens, plus fragiles ou plus délinquants. La législation coercitive pour les récidivistes en est un exemple, mais il y en a d'autres dans différents secteurs de la santé : visites à domicile pour soutenir les nouveaux parents susceptibles d'infliger de mauvais traitements à leurs enfants, programmes en vue d'aider les chômeurs à trouver un emploi et réduire leur détresse psychologique, programmes d'alphabétisation, programmes de soutien aux personnes âgées présentant des risques et une santé chancelante pour qu'ils restent autonomes (Renaud et coll., 1997 : 27,35,38). Le modèle des déterminants de la santé n'a pas changé le fait que plusieurs sous-groupes de la population ont besoin d'une attention individuelle, le plus souvent parce qu'ils sont au bas de la hiérarchie et que leur intégration sociale exige des efforts particuliers de la part de l'État.

⁵ Communication de D.O. Beirness en référence à son travail au Traffic Injury Research Foundation, Ottawa

8 - LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE ET MODÉRÉE D'ALCOOL

Une abondante documentation scientifique fait état des effets bénéfiques d'une consommation régulière et modérée d'alcool (CMRA). Le corpus de travaux consacré à la question amène à conclure à un effet antiathérogénique de l'alcool. Cette constatation a des répercussions importantes dans notre champ tant pour les politiques de la santé que pour l'industrie de l'alcool. En effet, les maladies cardio-vasculaires en général et les coronaropathies en particulier sont responsables de plus de 25% des décès en Occident (Shaper, Phillips et Walker, 1987). Il faut cependant s'interroger sur l'effet du gradient dans la prévalence des maladies cardio-vasculaires dans les résultats positifs qui sont proposés.

De nombreuses études épidémiologiques des années 1980 ont constaté une relation positive entre la CMRA et la réduction du taux de maladies coronariennes. Ces résultats sont cependant devenus plus nuancés avec l'adoption d'une plus grande rigueur méthodologique (cloisonnement des groupes d'âge, sélection plus rigoureuse des sujets, élimination des groupes de contrôle des abstinents récents) consécutive aux critiques, surtout celles de Shaper (1990, 1995). Les travaux les plus récents, qui ont constitué leurs groupes de contrôle uniquement avec des abstinents à vie, éliminant ainsi les abstinents récents susceptibles d'avoir une moins bonne longévité et de biaiser les résultats en faveur de la confirmation de l'hypothèse, ont réitéré l'effet protecteur de l'alcool (Camargo, 1997; Klatsky, 1992, 1995; Rehm et Sempos, 1995).

Par ailleurs, force nous est de constater que les résultats des études contrôlées sont plus mitigés (Klatsky, 1994; Langer, Criqui et Reed, 1992; Rimm et Ellison, 1995) que ceux des études épidémiologiques. En ce qui a trait aux études animales, les effets de la CMRA sur la hausse des concentrations plasmatiques de HDL sont démontrés chez le rat, le porc et le singe, mais sont plus ambigus chez le singe-écureuil (Hojnacki, 1994; Hojnacki, Cluette-Browm, Dawson et coll., 1992). Cet écart entre les résultats mitigés des études expérimentales et animales et les études épidémiologiques nous amène à examiner la prévalence des maladies cardio-vasculaires à travers la lunette des déterminants de la santé. Les travaux pour comprendre l'action spécifique des trois paramètres biologiques qui sont postulés être les voies par lesquelles la CMRA pourrait être potentiellement bénéfique : les lipoprotéines, l'agrégation des plaquettes et la résistance à l'insuline, ne permettent pas non plus d'en venir à une conclusion définitive (voir Fournier et Nadeau, 1997).

Dans l'étude de Whitehall (Marmor et Mustard, 1994), les maladies cardio-vasculaires suivent la même distribution que celle des autres troubles chez les fonctionnaires britanniques et se distribuent selon le rang. Le gradient social pour ces maladies est aussi marqué chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, comme on l'a indiqué précédemment. Des mesures sur la consommation d'alcool ont été prises, mais ont fait l'objet de critiques sévères de la part de Shaper (1990). Comme les analyses pour le tabac ont permis de constater qu'un administrateur qui fume ses 20 cigarettes par jour présente un risque moindre de mourir du cancer du poumon que le fonctionnaire au bas de la hiérarchie qui fume tout autant (Davey-Smith et Shipley, 1991), on peut penser, comme l'indiquent toutes les autres analyses et comme le suggèrent Mustard et Marmor (1994 : 212), que le gradient pour les maladies cardio-vasculaire sera maintenu indépendamment d'une CMRA. Les auteurs concluent que «la survenue de maladies cardio-vasculaires est intimement liée à la nature fondamentale de la structure sociale dans laquelle nous vivons».

A cela s'ajoute que les sujets plus instruits et ceux aux revenus plus élevés sont ceux qui, étude après étude, boivent régulièrement et en plus petite quantité (Guyon, Nadeau, Demers et Kishchuk, 1995; Kurminski, 1998; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987; Santé et Bien-Être social Canada, 1989). Or, les modèles de consommation, on l'a mentionnée précédemment, sont largement déterminés par le contexte et cette pression exercée par le groupe constitue un mode additionnel de protection pour ceux et celles qui sont déjà protégés par le rang qu'ils occupent dans la hiérarchie.

Ainsi, même si plusieurs études font ressortir une relation inverse entre la CMRA et les coronaropathies, cette association négative est en interaction avec les déterminants de la santé, principalement un revenu et une scolarité élevés chez ceux qui, dans la population générale, adoptent une CMRA. Cette hypothèse doit être considérée dans la mesure où les études expérimentales sur les paramètres biologiques les plus susceptibles d'être influencés par une CMRA ont produit des résultats divergeants. Ainsi, alors que les études épidémiologiques prospectives reconnaissent uniquement le rôle de l'alcool comme effet protecteur, il y a vraisemblablement un recouvrement entre les modèles de consommation qui sont liés au revenu et les facteurs structuraux qui interviennent dans la survenue des maladies cardio-vasculaires. Ainsi, les bienfaits potentiels de la consommation modérée constituent un problème défini comme strictement biologique alors qu'il y a lieu de croire qu'une composante liée au facteur «M» est opérant.

9 - CONCLUSION

Ce texte a voulu examiner si les déterminants de la santé pouvaient avoir une influence sur le traitement, les programmes de prévention et les données de recherche dans notre champ. Au terme de cette exploration, il nous est apparu que le pronostic pouvait être distribué selon un gradient social. En matière de conduite avec facultés affaiblies, les actions sur l'environnement, notamment le pouvoir de dissuasion des lois, peut amener une modification du comportement chez nombre de citoyens. Les stratégies coercitives appliquées de manière progressive aux contrevenants amèneraient des modifications de la conduite chez les récidivistes, dont plusieurs sont alcooliques et sont d'autant plus efficaces que la sanction est immédiate, coûteuse et prolongée. Enfin, alors que de nombreuses études attribuent à la molécule alcool une propriété antiathérogénique, on ne peut exclure un effet protecteur indépendant lié au gradient social selon lequel se distribue les maladies cardio-vasculaires.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic Statistical Manual, Fourth Edition-DSM-IV*. Washington : Psychiatric American Association.

Angus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E., Albert, T. (1995). *Pour un système de soins de santé viable au Canada : Rapport de synthèse*. Projet de recherche économique des Universités d'Ottawa et de Queens. Ottawa : Université d'Ottawa.

Angus, D.E., Turbayne, E. (1995). *Ce que nous réserve l'avenir : résumé des enjeux dans le domaine de la santé et des soins de santé*. Ottawa : Projet national sur les compétences infirmières.

Armor, D.J., Polich, J.M., Stambul, H.B. (1978). *Alcoholism and Treatment*. New York : John Wiley and Sons.

Association Canadienne de Santé publique : conseil d'administration. (1996). *Priorité à la santé : la santé publique dans la réforme des services de santé*. *Revue canadienne de santé publique*, 87, 1.

Association Canadienne de santé publique : conseil d'administration. (1997). *Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique*. Ottawa : auteur.

Bergeron, B., Thiffault, P., Nadeau, L., Brochu, S. (en cours). *Le profil des récidivistes en matière de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool et leur implication dans les accidents*. Projet du FCAR.

Bertrand, J. E. (1998). Enrichir l'expérience des enfants d'âge pré-scolaire. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Les déterminants de la santé : les enfants et les adolescents. Volume 1*. Sainte Foy (Québec) : Les éditions Multi-mondes.

Bisson, J. (1997). *L'objectif de santé et bien-être visant la consommation d'alcool : exploration de nouvelles avenues. Rapport de recherche*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Black, D., Morris, J.N., Smith, C., Townsend, P. et Whitehead, M. (1988). *Inequalities in Health : the Black Report*. London : Penguin Group.

Blum, K., Sheridan, P.J., Wood, R., Braverman, E. R., Chen, T.J.H., Cull, J.G., Comings, D.E. (1996). The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. *Journal of Royal Society of Medicine*, 89, 396-400.

Bondy, S. (1994). *Alcohol consumption and self reports of alcohol-related consequences in the 1990 Ontario Health Survey*. Paper presented at the 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Rueschlikon, Suisse.

Brown, G.W., Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression : a Study of Psychiatric Disorder in Women*. London : Tavistock.

Brown, G.W., Harris, T. O. (eds). (1989). *Life Events and Illness*. New York : The Guilford Press.

Canada. (1986). *Loi canadienne sur la santé, 1984, c.6*. Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services, N° de cat. YX 79-1984/6.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 2, 107-123.

Castelain, J.P. (1989). *Manières de vivre, manières de boire : alcool et sociabilité sur le port*. Paris : Imago.

Chou, P. (1994). Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependent. *Addiction*, 89, 987-93.

Comité aviseur fédéral, provincial ou territorial sur la santé populationnelle (1996). *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services.

Connolly, G.M., Casswell, S., Stewart, J., Silva, P.A. (1992). Drinking context and other influences on the drinking of 15 year-old New-Zealanders. *British Journal of Addiction*, 87, 1029-1036.

Cormier, D. (1984). *Toxicomanies : styles de vie*. Chicoutimi : Gaëtan Morin.

Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1978). Evaluating alcoholism treatment programs : An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1105-1119.

Crum, R.M., Muntaner, C., Eaton, W.W., Anthony, J.C. (1995). Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 19, 647-655.

Cynander, M. (1994). Mechanisms of brain development and their role in health and well-being. *Daedalus : Journal of the American Academy of Arts and Sciences : Health & Wealth*, 123, 4, 155-167.

Davey-Smith, G., Shipley, M. J. (1991). Confounding of occupation and smoking : its magnitude and consequences. *Social Science and Medicine*, 32, 1297-1300.

Demers, A. (1997). When at risk? Drinking contexts and heavy drinking in the Montreal adult population. *Contemporary Drug Problems*, 24, 449-471.

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. (1998). *Les inégalités sociales de la santé*. Montréal : auteur.

Edwards, G. (1974). Drugs : drug dependence and the concept of plasticity. *Quartely Journal of Studies on Alcohol*, 35, 176-195.

Emrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism : II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88-108.

Endler, N.S., Summerfeldt, L.J. (1995). Intelligence, personality, psychopathology, and ajustment. In D.H. Saklofske et M. Zeidned (eds) : *International Handbook of Personality and Intelligence. Perspective on Individual Differences* (pp.249-284). New-York : Plenum Press.

Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (eds). (1994). *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris : John Libbey Eurotext, 1996.

Evans, R.G., Stoddard, G. L. (1994). Produire la santé, consommer les soins. In R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor (eds) : *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie* (37-76). Paris : John Libbey Eurotext, 1996.

Forum national sur la santé. (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapport final du Forum national sur la santé*. Ottawa : ministre des Travaux publics et services gouvernementaux.

Fournier, H., Nadeau, L. (1997). *Alcool et santé : les effets sur la santé de la consommation modérée d'alcool*. Montréal : Éduc'alcool.

Fouquet, M. (1951). Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *Evolution Psychiatrique*, 11, 231-251.

Gorman, D. M., Brown, G.W. (1992). Recent developments in life-events research and their relevance for the study of addictions. *British Journal of Addiction*, 87, pp.837-849.

Grant, B.F., Harford, T.C., Hasin, D. S., Chou, P., Pickering, R. (1992). DSM-III-R and the proposed DSM-IV alcohol use disorders, United States 1988 : a nosological comparison. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 16, 2, 215-221.

Guyon, L., Nadeau, L., Demers, A., Kishchuk, N. avec la collaboration de N. Carpentier et de L. Francoeur. (1995). *L'abus des substances psychoactives et problèmes associés. Enquête sociale et de santé 1992 Rapport général : Tome II* (pp. 81-113). Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Guyon, L., 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, 61-81.

- Hedlund, J., Fell, J. (1995). *Repeat Offenders and Persistent Drinking Drivers in the US*. In Proceedings of the 13Th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (pp. 596-604). Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.
- Helzer, J.F., Bucholz, K., Robins, L. (1992). Five communities in the United States : Results of the Epidemiologic Catchment Area survey. In J.E. Helzer & G.J. Canino (Eds) : *Alcoholism in North America, Europe, and Asia* (pp. 71-97). New York : Oxford University Press.
- Hill, S.Y. (1995). Vulnerability to alcoholism in women : genetic and cultural factors. In M. Galanter (Ed) : *Recent Developments in Alcoholism : Alcoholism and Women, vol 12* (pp. 9-30). New-York : Plenum Press.
- Hilton, M.E. (1987). Drinking patterns and drinking problems in 1984 : results from a general population survey. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 87*, 167-175.
- Hojnacki, J.L. (1994). Alcohol's influence on plasma lipoproteins : a non-human primate model. *Nutrition Research, 14(8)*, 1241-1295.
- Hojnacki, J.L., Cluette-Browm, J.E., Dawson, M. et al. (1992). Alcohol delays clearance of lipoproteins from the circulation. *Metabolism, 41(11)*, 1151-1153.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*, 17-31.
- Klatsky, A.L., Armstrong, M.A., Friedman, G.D. (1992). Alcohol and mortality. *Annals of Internal Medicine, 117*, 646-654.
- Klatsky, A.L. (1994). Epidemiology of coronary heart disease-Influence of alcohol. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 18(1)*, 88-96.
- Klingemann, H. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions, 27*, 1359-1388.
- Knibbe, R.A., Oostveen, T., De Goor, I. (1991). Young people's alcohol consumption in public drinking places : reasoned behavior or related to the situation? *British Journal of Addiction, 80*, 1425-1432.
- Kreitman, N. (1986). Alcohol prevention and the preventive paradox. *British Journal of Addiction, 81*, 353-363.
- Kurminski, F. (sous la direction de Andrée Demers). (1998). *Evolution et déterminants de la consommation d'alcool et de drogues au Québec. Analyses secondaires des données d'enquêtes nationales*. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Département de sociologie, Université de Montréal.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Information Canada.

Langer, R.D., Criqui, M.H., Reed, D.M. (1992). Lipoproteins and blood pressure as biological pathways for effect of moderate alcohol consumption on coronary heart disease. *Circulation*, 85(3), 910-915.

Lesage, A., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.

Lettieri, D.J., Sayer, M., & Pearson, H.W. (Eds.). (1980). *Theories on drug abuse : Selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph Series No.30. Rockville, Md.

Lewis, S., Blundell, W.R., Cashin, R., Contandriopoulos, A.P., Evans, R. G., Noseworthy, T. W. (1997). Rapport de travail du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.

Marmor, M.G. (1994). Social differentials in health within and between populations. *Deadalus : Journal of the American Academy of Arts and Sciences : Health & Wealth*, 123, 4, 197-216.

Marmor, M.G., Shipley, M.L., Rose, G. (1984). Inequalities in death - specific explanations or general pattern? *Lancet* I, 1003.

Marmor M.G., Mustard, J.E. (1994). Les maladies coronariennes et la santé des populations. In R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor (eds) : *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie* (pp. 195-223). Paris : John Libbey Eurotext, 1996.

Mayhew, D.R., Brown, S.W., Simpson, H.M. (1995). *Alcohol Use among Drivers and Pedestrians Fatally Injured in Motor Vehicle Accidents : Canada 1993*. Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.

McCrary, B. S., & Langenbucher, J. W. (1996). Alcohol treatment and health care system reform. *Archives of General Psychiatry*, 53, 737-746.

McKeown, T. (1976). Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles : le comportement, l'environnement et la médecine. In L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff (éds.) : *Médecine et société : les années 80* (pp. 143-177). Montréal : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Midanik, L., Tam, T., Greenfield, T., Caetano, R. (1994). *Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample*. Berkely, California : California Pacific Medical Center Research Institute, Alcohol Research Group.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Santé Québec. (1987). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec. Tome 1*. Québec : Les publications du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995). *Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-sanitaires*. Québec : auteur, Gouvernement du Québec.

Nadeau, L. (1988). L'IGT auprès de grands buveurs de la population générale : comparaison avec un échantillon clinique. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, J. Bergeron (éds) : *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*. Québec (Qc) : Presses de l'Université Laval.

Nadeau, L., Guyon, L., Bourgault, C. (à paraître). Heavy drinkers in the general population : comparison of two measures. *Addiction Research*.

Nadeau, L. (1990). Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22, 4, 433-444.

Orcutt, J., Harvey, L.K. (1991). The temporal patterning of tension reduction : stress and alcohol use on weekdays and weekends. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 415-44.

Osberg, L. (1998). Les variables de la politique économique et la santé de la population. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Les déterminants de la santé : le cadre et les enjeux. Volume 3*. Sainte Foy (Québec) : Les éditions Multi-mondes.

Pihl, R.O., Peterson, J. B. (1995). Alcoholism : The role of different motivational systems. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 20, 372-396.

Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Rehm, J., Sempos, C.T. (1995). Alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 90(4), 471-480.

Renaud, M., Good, D.L., Nadeau, L., Ritchie, J.A., Way-Clark, R. (1997). Rapport de travail du Groupe de travail sur les déterminants de la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.

Renaud, Y., Baudouin, J.L., Molinari, P.A. (1987). *Services de santé et de services sociaux*. Collection Lois et Règlements. Montréal : Éditions Wilson et Lafleur Ltée.

Rimm, R.B., Ellison, R.C. (1995). Alcohol in the Mediterranean diet. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61(suppl), 1378S-1382S.

Robins, L. N., Helzer, J. E. (1975). Drug use among Veterans-three years later. *Medical World News*, 27, 47-49.

Robins, L.N., Davis, D.H., Durco, D.N. (1974). How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of Public Health*, 64, 38-43.

Robins, L.N., Davis, D., Goodwin, D.W. (1974). Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam : a follow-up on their return home. *American Journal of Epidemiology*, 99, 235-249.

Room, R., Bondy, S.J., Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499-513.

Santé et Bien-Etre social Canada. (1992). *Usage de l'alcool et de autres drogues par les Canadiens : un rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989)*. Préparé par M. Eliany, N. Geisbrech, M. Nelson, S. Wortley. Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services.

Saplosky, R. (1992). *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neurone Death*. Boston : MIT Press.

Schuckit, M.A. (1985). Ethanol induced changes in body sway in men at high alcoholism risk. *Archives of General Psychiatry*, 42, 375-379.

Schuckit, M.A. (1984). Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 41, 879-884.

Shaper, A.G., Phillips, A.N., Walker, M. (1987). Alcohol and ischaemic heart disease in middle aged British men. *British Medical Journal*, 294 March 21, 733-737.

Shaper, A.J. (1990). Alcohol and mortality : a review of prospective studies. *British Journal of Addiction*, 85, 837-847.

Shaper, A.G. (1995). The "unhealthy abstainers" question is still important. *Addiction*, 90, 488-490.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. Manuscrit présenté au *Symposium on monitoring outcomes for substance abuse treatment systems*, Toronto. Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.

Simpson, H.M., Mayhew, D.R., Beirness, D.J. (1996). *Dealing with the Hardcore Drinking Driver*. Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.

Simpura, J. (1991). Studying norms and contexts of drinking. *Contemporary Drug Problems*, 18, 477-498.

Single, E., Wortley, S. (1993). Drinking in various settings : findings from a national survey in Canada. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 590-599.

Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York : Macmillan.

Snow, R.W., Wells-Parker, E. (1986). Drinking reasons, alcohol consumption levels, and drinking locations among drunken drivers. *International Journal of the Addictions*, 21, 671-689.

Sobell, L.C., Sobell, M.S., Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W.R. Miller et J. Greeley (Eds) : *Self Control and the Addictive Behaviors*, New York : Maxell MacMillan.

Société d'assurance automobile du Québec. (1996). *Dossier statistique*. Québec : Service de la statistique et de l'information corporative, Direction de la planification, Auteur.

Société d'assurance automobile du Québec-Ministère des transport du Québec. (1997). Programme de Recherche Universitaire en Sécurité Routière de la Société de l'Assurance Maladie et du Ministère des transports : Guide du programme. Auteurs.

Sullivan, T. (1998). Commentaires sur les dépenses de santé, les dépenses sociales et l'état de santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. A la recherche d'un équilibre : le secteur de la santé au Canada et ailleurs. *Volume 4*. Sainte Foy (Québec) : Les éditions Multi-mondes.

Sullivan, T., Uneke, O., Lavis, J., Hyatt, D. et O'Grady, J. (1998). Politiques d'adaptation de la main-d'oeuvre et de santé : réflexions sur un monde en mutation. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Les déterminants de la santé : le cadre et les enjeux. Volume 3*. Sainte Foy (Québec) : Les éditions Multi-mondes.

Suomi, S. (1991). Adolescent depression and depressive symptoms : insight on a longitudinal study with Rhesus monkeys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 2, 273-287.

Wilkinson, R. (1994). The epidemiological transition : from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus : Journal of the American Academy of Arts and Sciences : Health & Wealth*, 123, 4, 61-77.

Zinberg, N.E. (1984). *Drug, set and setting : The basis for controlled intoxicant use*. New Haven : Yale University Press.