

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

ESSAI DOCTORAL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)

PAR
ELINE MANGOLD

EFFETS DE LA COGNITION SOCIALE ET DE L'INTENSITÉ DE LA DÉTRESSE
PSYCHOLOGIQUE SUR L'AUTORÉGULATION DE LA CONSOMMATION DE
PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES ADULTES

FÉVRIER 2024

Sommaire

Les jeunes adultes (18 à 35 ans) font face à différents défis et enjeux pouvant influencer leur consommation de substances psychotropes. D'ailleurs, ils constituent une tranche d'âge où la consommation d'alcool et de drogues est importante. Cette consommation pouvant apporter différentes conséquences à court, moyen ou long terme, il devient alors important de mieux comprendre les variables y étant associées. Plusieurs variables sont associées à la consommation de substances psychotropes chez les jeunes adultes, notamment l'autorégulation (processus inhibiteurs et impulsivité), la théorie de l'esprit, l'intensité émotionnelle, la détresse psychologique ou encore l'estime de soi sociale. Cet essai vise à mieux comprendre l'influence de ces différentes variables, chez les jeunes hommes et femmes, sur la propension à prendre la décision de consommer ou non des substances psychotropes. Ainsi, 34 participants ont été recrutés, âgés de 19 à 35 ans ($M = 24,41$, $ÉT = 3,78$) et comprenant 21 personnes de sexe féminin et 13 de sexe masculin. La collecte de données impliquait deux rencontres. La première se faisait en ligne, avec l'ordre suivant d'administration des instruments : 1) questionnaire sociodémographique et sur les habitudes de consommation; 2) grille de Dépistage et d'Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool/Drogues (DÉBA-A/D); 3) test de fausse croyance de 1^{er} et 2^e ordres; 4) test de fausse croyance de 3^e ordre; 5) *UPPS Impulsive Behavior Scale* (UPPS); 6) *Affect Intensity Measure* (AIM); et 7) Inventaire d'Estime de Soi Sociale (IESS). La seconde rencontre avait lieu en présentiel et les instruments étaient administrés comme suit : 1) tâche de Stroop de la version de la batterie Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS), puis *Alcohol Stroop* (ordre défini par pseudo randomisation) et 2) *Symptom CheckList-90-R* (SCL-90-R). Les analyses ont

essentiellement consisté en des analyses de variance factorielles, en considérant le groupe de consommation d'alcool ou de cannabis à trois niveaux et le sexe biologique (ANOVA factorielle 3x2). Les résultats des analyses statistiques ont permis de relever certaines rares distinctions particulières, sur différentes variables d'intérêt, entre les différents groupes de consommation, parmi essentiellement des étudiants universitaires ne présentant pas de problématique de consommation, notamment pour l'alcool. Également, alors qu'il était plutôt attendu d'observer un effet quant à l'impact de la perception de son propre état mental comme dysphorique auprès des plus grands consommateurs, l'échantillon rapportant son état mental comme plutôt euthymique a permis d'ouvrir d'autres perspectives de recherche qui pourraient viser à mieux conceptualiser et concevoir une dynamique de consommation problématique versus récréative.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	xi
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements.....	xiv
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Consommation de substances psychotropes	6
Les substances psychotropes : alcool et drogues.....	6
Les fréquences et niveaux de sévérité de la consommation de substances	7
Jeunes adultes.....	8
La consommation de substances psychotropes	8
La prévalence selon l'âge	10
La répartition et les différences entre les sexes	12
Conceptualisations d'intérêt et associations avec la consommation d'alcool et de drogues	13
La théorie de l'esprit.....	14
Définition.....	14

Relation avec la consommation de substances	16
L'intensité émotionnelle.....	18
Définition.....	18
Relation avec la consommation de substances	19
La détresse psychologique.....	20
Définition.....	20
Relation avec la consommation de substances	20
L'estime de soi sociale	21
Définition.....	22
Relation avec la consommation de substances	23
L'autorégulation	25
Définition.....	25
Relation avec la consommation de substances	26
Proposition d'intégration théorique	30
Objectif et question de recherche	33
Méthodologie.....	34
Devis de recherche	35
Description des participants et du recrutement.....	35
Instruments de mesure.....	37

Le questionnaire concernant les critères d'inclusion, les données sociodémographiques et les habitudes de consommation	37
La consommation d'alcool et de drogues	39
L'intensité émotionnelle.....	41
La détresse psychologique.....	43
Les mesures de la capacité à formuler une théorie de l'esprit.....	44
L'estime de soi sociale	46
Les mesures d'autorégulation.....	47
Déroulement.....	51
La première rencontre	51
La seconde rencontre.....	52
Analyses statistiques et classifications des groupes de consommation	53
Analyses statistiques quantitatives	53
Classifications des trois groupes de consommation d'alcool et de cannabis	54
Résultats.....	56
Section 1 – Statistiques descriptives	57
Section 2 – Résultats des analyses concernant la consommation d'alcool	66
Résultats des analyses portant sur l'estime de soi sociale et la consommation d'alcool	66

Résultats des analyses portant sur la détresse psychologique et la consommation d'alcool.....	67
Analyses relatives aux sous-échelles pertinentes du SCL-90-R et la consommation d'alcool.....	69
Résultats des analyses portant sur l'impulsivité.....	78
Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'UPPS mesurant l'impulsivité.....	78
Résultats des analyses significatives portant sur l'inhibition.....	80
Score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 de la tâche de Stroop.	80
Utilisation de l'Alcohol Stroop.....	83
Temps de réponse moyen à la condition de mots reliés à l'alcool de l'Alcohol Stroop.....	86
Temps de réponse motrice moyen à la condition de mots positifs de l'Alcohol Stroop.....	87
Résultats des analyses concernant le cannabis.....	88
Résultats des analyses significatives portant sur l'intensité émotionnelle.....	89
Score total d'intensité émotionnelle.....	89
Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'AIM mesurant l'intensité émotionnelle.....	91

Résultats des analyses significatives portant sur l'impulsivité	93
Score total d'impulsivité.....	93
Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'UPPS mesurant l'impulsivité.....	95
Synthèse des résultats aux analyses en fonction de la question de recherche.....	98
Discussion.....	106
Bref rappel de la problématique énoncée et des objectifs de recherche	107
Discussion relative à la question de recherche.....	108
Discussion portant sur les résultats aux analyses relatives à la consommation d'alcool	108
Capacité de formulation d'une théorie de l'esprit	109
Estime de soi sociale.....	111
Détresse psychologique	113
Intensité émotionnelle.....	114
Processus autorégulateurs.....	115
Discussion portant sur les résultats aux analyses relatives à la consommation de cannabis	117
Capacité de formulation d'une théorie de l'esprit	118
Estime de soi sociale.....	119

Détresse psychologique	120
Intensité émotionnelle.....	120
Processus autorégulateurs.....	121
Forces et limites de la recherche	124
Retombées et perspectives de recherches futures	126
Conclusion	129
Références.....	133
Appendice A	157
Appendice B	159
Appendice C	166

Liste des tableaux

Tableau

1	Répartition des participants en fonction de leur sexe biologique.....	58
2	Répartition des participants en fonction de leur état civil.....	59
3	Répartition des participants en fonction de leur niveau de scolarité.....	60
4	Scores moyens de l'âge et des années de scolarité effectuées, selon la fréquence de consommation d'alcool et selon la fréquence de consommation de cannabis.....	60
5	Répartition des participants en fonction de leur fréquence de consommation d'alcool.....	61
6	Répartition des participants en fonction de leur fréquence de consommation de cannabis.....	61
7	Scores moyens des variables d'intérêt, selon la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis.....	62
8	Analyse de variance du score total d'estime de soi sociale à l'IESS selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	67
9	Analyse de variance du score pondéré total de détresse psychologique au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	68
10	Analyse de variance du score pondéré de détresse des symptômes positifs au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	71
11	Analyse de variance du score pondéré de détresse somatisation au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	73

12	Analyse de variance du score pondéré d'anxiété au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	75
13	Analyse de variance du score pondéré d'hostilité au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	77
14	Analyse de variance du score de recherche de sensations à l'UPPS selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	79
15	Analyse de variance du score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 (inhibition) de la tâche de Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	82
16	Valences affectives moyennes données aux mots de l'Alcohol Stroop selon les catégories de mots.....	85
17	Comparaison par test t pour échantillons appariés des différentes conditions à l'Alcohol Stroop.....	85
18	Analyse de variance du temps de réaction moyen à la condition Alcool de l'Alcohol Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	87
19	Analyse de variance du temps de réaction moyen à la condition Positive de l'Alcohol Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe.....	88
20	Analyse de variance du score total d'intensité émotionnelle à l'AIM selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe.....	90
21	Analyse de variance du score d'affectivité positive à l'AIM selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe.....	92

22	Analyse de variance du score total d'impulsivité à l'UPPS selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe.....	94
23	Analyse de variance du score de manque de persévérance à l'UPPS selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe.....	97
24	Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant l'alcool.....	99
25	Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant le cannabis.....	103

Liste des figures

Figure

1	Schématisation de la proposition d'intégration théorique.....	30
2	Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score total de détresse psychologique au SCL-90-R.....	69
3	Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score de détresse de symptômes positifs au SCL-90-R....	72
4	Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score de somatisation au SCL-90-R.....	74
5	Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score d'anxiété au SCL-90-R.....	76
6	Représentation graphique de l'effet principal de la consommation d'alcool concernant le score pondéré d'hostilité au SCL-90-R, selon le sexe.....	78
7	Représentation graphique de l'effet principal de la consommation d'alcool concernant le score de recherche de sensations à l'UPPS, selon le sexe.....	80
8	Représentation graphique de l'effet d'interaction non statistiquement significatif entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool et de l'effet principal de la consommation sur le score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 (inhibition) de la tâche de Stroop.....	83
9	Représentation graphique de l'effet principal (observation d'intérêt) de la consommation de cannabis concernant le score total d'intensité émotionnelle à l'AIM, selon le sexe.....	90

10	Représentation graphique de l'effet principal de la consommation de cannabis concernant le score d'affectivité positive à l'AIM, selon le sexe.....	92
11	Représentation graphique de l'effet d'interaction (non statistiquement significatif) entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score total à l'UPPS.....	95
12	Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation de cannabis sur le score de manque de persévérance à l'UPPS.....	98

Liste des abréviations

AIM.....	<i>Affect Intensity Measure</i>
APA.....	American Psychiatric Association
DÉBA-A/D.....	DÉBA-Alcool/Drogues
D-KEFS.....	Delis-Kaplan Executive Function System
ÉCCA.....	Échelle des conséquences de la consommation, version alcool
ÉCCD.....	Échelle des conséquences de la consommation, version drogues
ÉSD.....	Échelle de la Sévérité de la Dépendance
IESS.....	Inventaire d'estime de soi sociale
IGS.....	Indice global de sévérité
INSPQ.....	Institut national de santé publique du Québec
QBDA.....	Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool
OEDT.....	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
SADD.....	<i>Short Alcohol Dependence Data Questionnaire</i>
SCL-90-R.....	<i>Symptom CheckList-90-R</i>
SDS.....	<i>Severity of Dependence Scale</i>
TdE.....	Théorie de l'esprit
TUS.....	Trouble de l'usage d'une substance
UPPS.....	<i>UPPS Impulsive Behavior Scale</i>
UQAC.....	Université du Québec à Chicoutimi

Remerciements

Je tiens à remercier Dr Claude Dubé, mon directeur de recherche, qui a fait preuve d'une disponibilité sans failles et dont la passion débordante, teintée d'une extrême humilité, m'a toujours impressionnée et motivée. Merci pour ta flexibilité, ta patience et ton soutien inébranlables depuis le début, malgré mes craintes. Tes commentaires étaient toujours très précieux et constructifs. Merci également de m'avoir permis d'ajouter une touche de neuropsychologie à mon parcours, passion secrète que certains ont pu déceler.

Je souhaite exprimer mes remerciements à mes collègues et amis qui ont été une source de support et de motivation. Nos discussions m'ont permis de persévérer dans les moments les plus exigeants et de me sentir moins seule au travers de ce chemin parfois très abrupt. Ceci va aussi pour mes collègues du doctorat, mais aussi ceux du CLSC (dont mes superviseuses) qui ont traversé ou traversaient les mêmes épreuves. Nos nombreuses discussions m'ont aidé à garder le cap et l'espoir nécessaires.

Mes remerciements vont également à ma famille, en particulier à mes parents, pour leur amour indéfectible, leur patience, leurs relectures et leur grande ouverture à me laisser poursuivre mes rêves pour un épanouissement plus grand. Merci également à mon frère agissant comme modèle d'accomplissement malgré l'adversité, notamment à travers ses réalisations scientifiques. Merci aussi à mes beaux-parents pour leur soutien, pour leurs conseils précieux pour la recherche et pour ce cahier d'essai me rappelant constamment que rien n'est impossible ! Puis, un merci tout spécial à mon conjoint, se situant en première ligne de tous mes déboires et qui pourtant n'a jamais cessé d'être présent, de me soutenir et de me rassurer, faisant preuve d'un amour inconditionnel.

Un gros merci également à Dre Julie Bouchard qui m'a aidée à maintenir mon admission au programme, malgré les enjeux liés à mon statut d'étudiante internationale à l'époque.

Enfin, je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cet essai et notamment les participants sans qui aucune des analyses et conclusions n'aurait pu avoir lieu.

Introduction

Les jeunes adultes peuvent être définis comme étant des personnes âgées entre 18 et 35 ans (Les Offices jeunesse internationaux du Québec [LOJIQ], 2021; Petry, 2002; Veilleux & Molgat, 2010). Ils se situent dans une période de transition, caractérisée par plusieurs changements, incluant un accroissement des responsabilités. De ce fait, certains peuvent se retrouver dans une position induisant diverses préoccupations, favorisant le développement d'une trajectoire comportementale de consommation de substances psychotropes, afin de confronter le stress découlant de cette période (Hunt & Guindon, 2009).

Les jeunes adultes représentent une tranche d'âge témoignant des plus hauts taux de consommation d'alcool et de drogues, incluant notamment le cannabis (Gouvernement du Canada, 2019b; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019a, 2019b; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies [OEDT], 2019). Or, cette consommation de substances, selon sa fréquence, accroît le risque de nombreuses conséquences négatives. Ces dernières peuvent être à court terme, telles que des risques d'intoxication pouvant aller jusqu'à la surdose (Gouvernement du Québec, 2017d). Des conséquences négatives à long terme sont également possibles et varient selon le type de substances et selon leur fréquence d'utilisation. Elles peuvent être d'ordre physique (p. ex., cancers, infarctus) ou d'ordre psychologique et cognitif (p. ex., dépression, syndrome amotivationnel, troubles de la mémoire) (Institut national de la recherche scientifique, 2018). Outre ces conséquences, des effets d'ordre socio-relationnel sont aussi à souligner. Ils

peuvent se manifester par des problèmes interpersonnels (p. ex., conflits familiaux, au sein du couple ou du cercle d'amis), des difficultés financières (p. ex., endettement pour acheter la substance consommée, perte d'emploi), des prises de risques (p. ex., conduire une machine en ayant consommé un psychotrope) ou encore des problèmes judiciaires (p. ex., condamnation pour conduite en état d'ébriété ou pour possession de substances illégales) (Gouvernement du Canada, 2019a). Ainsi, ces effets peuvent se retrouver tant dans la sphère privée, en famille, entre amis ou au sein du couple, que dans la sphère publique (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009).

De surcroît, des études ont démontré que les hommes sont de plus grands consommateurs d'alcool ou de drogues (dont le cannabis) que les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2019; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2019; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], 2012; Richard et al., 2019). Également, des études suggèrent la présence de variations, selon le sexe, concernant la motivation à consommer, la rapidité à devenir dépendant à une substance et le risque de rechute (Becker et al., 2017; Mendrek, 2014). Ces études suggèrent la présence d'une disparité entre les sexes, qu'il importe aussi d'explorer plus amplement.

Ces comportements de consommation d'alcool et de drogues peuvent être modulés, plus ou moins efficacement par des processus autorégulateurs (Bakhshani & Hosseinbor, 2013; Hustad et al., 2009). Or, ces processus sont à replacer dans un contexte, tant social qu'émotionnel et cognitif (Parolin et al., 2014; Zimmerman, 2000). L'objectif de cet essai sera d'aider à mieux comprendre ce comportement complexe de consommation d'alcool et

de drogues (regroupés sous le terme de substances psychotropes), en fonction du sexe biologique. Ainsi, l'implication, sur cette consommation, de la capacité d'autorégulation, elle-même possiblement influencée par des composantes émotionnelles exprimant une certaine euphorie, de la neutralité ou de la dysphorie et d'intensité émotionnelle, mais aussi par des composantes sociocognitives de formulation d'une théorie de l'esprit et d'estime de soi sociale sera explorée auprès de jeunes adultes.

Contexte théorique

Ce chapitre vise à recenser les connaissances actuelles disponibles dans la documentation scientifique relative à la consommation de substances psychotropes (alcool et drogues) chez les jeunes adultes. Il sera ensuite question d'une proposition d'intégration théorique où la fréquence de consommation de psychotropes serait liée à la capacité d'autorégulation, soit une fonction exécutive basée sur l'inhibition. Cette dernière serait elle-même potentiellement influencée par des construits émotionnels (par exemple position émotionnelle euthymique versus détresse psychologique et intensité émotionnelle) et sociocognitifs de cognition sociale (estime de soi sociale et capacité à formuler une théorie de l'esprit).

Consommation de substances psychotropes

Cette section vise à définir les substances psychotropes de même que les niveaux de sévérité de consommation, pouvant aussi être considérée selon la fréquence de consommation.

Les substances psychotropes : alcool et drogues

En guise de résumé très général, l'alcool et les drogues constituent des substances psychotropes altérant les processus mentaux cognitifs et émotionnels des utilisateurs (MSSS, 2018a; Organisation mondiale de la Santé, 2020).

De premier abord, l'alcool, sous forme liquide, provient d'un processus de fermentation et de distillation. Cette substance se retrouve dans différentes boissons, telles que la bière, le vin, les spiritueux, les liqueurs, etc. L'alcool est un dépresseur du système nerveux central. Il affecte également la coordination des mouvements (Gouvernement du Québec, 2017a). Ses effets sur les processus cognitifs et émotionnels peuvent apparaître dès lors d'une consommation faible ou modérée (De Pirro et al., 2020).

Ensuite, les drogues incluent des substances qui peuvent être subdivisées en trois grandes catégories. D'abord, les perturbateurs/hallucinogènes (p. ex., cannabis, ecstasy) ont pour effet d'induire une désorientation et une modification des perceptions, par exemple reliées à la vision ou à la somesthésie. Puis, les dépresseurs (p. ex., valium), tel que susmentionné, peuvent ralentir le fonctionnement du corps et du système nerveux central. Les perceptions peuvent également être modifiées. Enfin, les stimulants (p. ex., cocaïne, amphétamine) provoquent une activation et une agitation chez le consommateur. Ces catégories ne sont pas exclusives, par exemple, un opiacé comme l'héroïne est à la fois un dépresseur et un perturbateur, affectant ainsi le système nerveux central et le corps, mais aussi les perceptions du consommateur (Gouvernement du Québec, 2017b, 2017c; National Institute on Drug Abuse, 2020a).

Les fréquences et niveaux de sévérité de la consommation de substances

La consommation de substances psychotropes peut être abordée selon la fréquence de consommation des personnes, mais également selon le niveau de risque de la consommation. Tremblay et Blanchette-Martin (2009) définissent les fréquences comme suit : 1) jamais; 2)

moins d'une fois par mois; 3) une à trois fois par mois; 4) une ou deux fois par semaine et 5) trois fois et plus par semaine. Ces auteurs répertorient également quatre conceptualisations, afin de décrire des niveaux d'intensité des problématiques associées à la consommation de substances psychotropes. D'abord, la consommation à faible risque, où l'individu fait un usage de psychotropes en deçà des seuils de risques déjà reconnus comme faibles pour la santé. En second lieu, la consommation à risque, où l'individu dépasse cette fois-ci les seuils de risques pour la santé. En troisième lieu, la consommation problématique, où l'individu dépasse les seuils et présente des problèmes manifestes (p. ex., conflits interpersonnels avec un membre de la famille ou difficultés financières liées à la consommation). Finalement, la présence d'abus ou de dépendance, correspondant au trouble de l'usage d'une substance (TUS), tel qu'énoncé dans le DSM-5 de l'*American Psychiatric Association* (APA; 2015). La caractéristique essentielle de ce dernier niveau est que la personne continue à consommer, en dépit des conséquences négatives réelles et actuelles (cognitives, comportementales et physiologiques) que cela apporte. Ainsi, il est question d'une consommation perdurant, malgré les effets néfastes associés (APA, 2015).

Jeunes adultes

Dans la présente étude, le concept de jeunes adultes sera adopté pour définir les individus âgés de 18 à 35 ans (LOJIQ, 2021; Petry, 2002; Veilleux & Molgat, 2010).

La consommation de substances psychotropes

Le passage de l'adolescence à la vie adulte est une période de transition importante dans la vie d'un individu. Elle fait suite à plusieurs changements pubertaires physiologiques

(dont cérébraux) pouvant impacter les comportements des individus à l'âge adulte (Forbes & Dahl, 2010; Juraska & Willing, 2017). Patton et Viner (2007) suggèrent que les difficultés de santé mentale peuvent se comprendre comme un état de déséquilibre entre notamment la maturation biologique et celle sociale. En effet, cette étape de développement implique l'acquisition d'une plus grande indépendance via des trajectoires de vie multiples et empreinte d'instabilité et de diverses responsabilités nouvelles. Le jeune adulte fait face à plusieurs pertes et gains. Par exemple, il débute son premier travail, tisse de nouvelles relations amicales, mais aussi intimes, quitte le milieu familial, etc. (Arnett, 2005; National Research Council, 2015; Schulenberg & Maggs, 2002; Veilleux & Molgat, 2010). Tous ces changements peuvent compromettre l'équilibre psychique dans une période de choix importants dite de « post-adolescence » (Fejtö, 2013) et favoriser, selon l'individu, le développement de différentes réactions, dont la consommation à fréquence variable de substances telles que l'alcool et les drogues disponibles et promues dans son milieu social et ses groupes de pairs (Arnett, 2005; Hunt & Guindon, 2009; Schulenberg & Maggs, 2002). De plus, il est à noter que les groupes de pairs poursuivent leur influence chez les jeunes adultes (Arnett, 2005; Hunt & Guindon, 2009). Ces groupes leur permettent notamment de se comparer entre eux sur leurs valeurs, leurs croyances, ou encore leurs compétences physiques et mentales, afin de se sentir appartenir et acceptés par le groupe. Toutefois, cela peut aussi entraîner des comportements de consommation d'alcool ou de drogues, par exemple lorsque les membres du groupe ou les leaders sont consommateurs et qu'une telle pratique facilite l'acceptation par les pairs (Andrews, Tildesley, Hops, & Li, 2002; Hunt & Guindon, 2009; Scales et al., 2015).

La prévalence selon l'âge

L'alcool et le cannabis constituent des substances psychotropes largement consommées à travers le monde (ONUUDC, 2012). Par exemple, les données du Gouvernement du Canada (2019b) montrent qu'en 2017, 78 % des Canadiens, indépendamment de l'âge, auraient consommé de l'alcool et 15 % du cannabis au cours des douze derniers mois. Le cannabis serait d'ailleurs la drogue la plus consommée, en comparaison avec d'autres stupéfiants (p. ex., cocaïne, ecstasy...) et des médicaments sans ordonnance (MSSS, 2018d; ONUUDC, 2012).

Il semblerait que la consommation d'alcool et de drogues soit plus importante à la fin de l'adolescence, mais aussi chez les jeunes adultes (Hunt & Guindon, 2009; Gouvernement du Canada, 2019a; INSPQ, 2019a; OEDT, 2019). Par exemple, le MSSS (2018b) rapporte qu'en 2013-2014, 39,4 % des 20 à 24 ans et 27,0 % des 25 à 44 ans auraient une consommation abusive (c.-à-d.. lors d'une même occasion : quatre verres d'alcool ou plus pour une femme et cinq verres d'alcool ou plus pour un homme). Cela fait que ces deux tranches d'âge sont les plus consommatrices par rapport aux autres groupes (15,6 % pour les 12 à 19 ans, 18,9 % pour les 45 à 64 ans et 7,2 % pour les 65 ans et plus). Cette tendance entre les groupes d'âge se serait maintenue selon des données de 2019-2020 (Institut de la statistique du Québec, 2023a), où 25,4 % des 18-24 ans et 26,4 % des 25-29 ans auraient eu une consommation abusive d'alcool dans la dernière année, comparativement aux 30 ans et plus qui auraient été 18,7 % à avoir ce type de consommation. Selon une autre enquête de 2017-2018, ce seraient 88,7 % des jeunes de 18 à 24 ans et 87,5 % des 25 à 44 ans qui auraient consommé de l'alcool dans la dernière année (INSPQ, 2019a). Quant aux drogues, les

statistiques du MSSS (2018c) pour l'année 2014-2015 indiquent que 39,8 % des 15 à 24 ans et 22,9 % des 25 à 44 ans auraient consommé au moins une fois une drogue autre que l'alcool ou le tabac au cours des 12 derniers mois. Les pourcentages baissent notablement pour les 45 à 65 ans (9,5 %) et les 65 ans et plus (1,9 %). Une étude spécifique au cannabis relate qu'en 2018, 58,7 % des 18 à 24 ans et 67,2 % des 25 à 35 ans auraient consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Également, selon une étude de 2019, 38,1 % des jeunes de 18 à 24 ans et 29,3 % des 25 à 35 ans auraient consommé du cannabis (INSPQ, 2019b) au cours de l'année écoulée. Dans le même ordre d'idées, selon une enquête canadienne de 2021-2022, les 20 à 24 ans (50 %) étaient la catégorie d'âge ayant eu le plus de consommateurs de cannabis dans la dernière année (Gouvernement du Canada, 2022). De surcroît, selon des données de 2019, les 18 à 24 ans (12,5 %) étaient la tranche d'âge ayant le plus souvent déclaré consommer du cannabis tous les jours ou presque tous les jours (Rotermann, 2019). Ces chiffres placent les jeunes adultes au premier rang du taux de consommation de substances, par rapport aux autres groupes d'âge (Conus et al., 2019). D'ailleurs, une Enquête Québécoise de 2022 (Institut de la statistique du Québec, 2023b) souligne que la proportion de consommateurs aurait augmenté chez les 25 ans et plus depuis 2018, année de la légalisation du cannabis au Canada. Ceci, confirmant l'évolution qui avait été rapportée par Rotermann (2020), notamment vis-à-vis la consommation de cannabis au cours des 3 derniers mois avant (14,9 %) et après (16,8 %) la légalisation du cannabis. Toutefois, cette augmentation n'était pas significative pour les personnes consommant tous les jours ou presque tous les jours (5,9 % avant à 6 % après). À noter cependant que pour les périodes pré et post-légalisation, les 15 à 24 ans, les 18 à 24 ans et les 25 à 44 ans demeurent les tranches

d'âge comportant le plus grand pourcentage de consommateurs, qu'il s'agisse d'une consommation dans les trois derniers mois ou d'une consommation tous les jours ou presque. Cela rend alors la tranche d'âge des jeunes adultes préoccupante à l'égard de ce comportement considéré comme potentiellement délétère (Lasnier & Cantinotti, 2012).

La répartition et les différences entre les sexes

Le sexe de la personne est un facteur qui mérite d'être pris en compte. En effet, le MSSS (2018b) rapporte qu'en 2013-2014, 28,9 % des femmes et 48,4 % des hommes de 20 à 24 ans ainsi que 20,8 % des femmes et 33,3 % des hommes de 25 à 44 ans auraient une consommation abusive d'alcool. Le MSSS (2018c) rapporte également que pour la même année, 37,2 % des femmes et 42,3 % des hommes de 15 à 24 ans auraient consommé une drogue au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Pour les 24 à 44 ans, les statistiques indiquent 16,5 % des femmes et 29,1 % des hommes. Ces variations notables entre les sexes soulignent l'importance de s'y attarder dans l'étude de la consommation de psychotropes.

De surcroît, des différences existent entre les sexes quant à l'usage, en lui-même, de substances psychotropes. En effet, la motivation à consommer serait pour les hommes davantage en lien avec la prise de risque et l'expérimentation, tandis que pour les femmes, ce serait plutôt dans le but d'apaiser une souffrance psychologique (p. ex. isolement, dépression, anxiété) (Becker et al., 2012; Mendrek, 2014). Aussi, le risque de dépendance serait variable selon le sexe et la substance consommée. Par exemple, les hommes auraient plus tendance à développer une dépendance à l'alcool et au cannabis que les femmes, alors que pour la cocaïne, cette tendance serait égale (Wagner & Anthony, 2007). Toutefois, il

apparaît que de façon générale, les femmes faisant usage de psychotropes deviendraient plus rapidement dépendantes et auraient plus de difficultés à arrêter que leurs pairs masculins (Mendrek, 2014). Cela serait notamment lié au fait qu'elles consomment majoritairement dans le but d'apaiser une souffrance psychologique, soit un état dysphorique (Becker et al., 2017; Becker et al., 2012; Mendrek, 2014). Becker et al. (2017) nuancent cependant en ajoutant que débiter une consommation de psychotropes ne dépendrait pas tant du sexe, mais de la motivation qui amène la personne à consommer. Ainsi, un homme pourrait faire usage de psychotropes pour s'acquitter d'un état dysphorique, néanmoins, les femmes demeurent plus sujettes à ce type de motivation. Enfin, les femmes seraient plus susceptibles que les hommes d'expérimenter un *craving*, soit ressentir une envie impérieuse de faire usage du psychotrope consommé, mais aussi de rechuter dans une consommation problématique (soit un TUS) du psychotrope pour lequel elles ont suivi un traitement (Becker et al., 2017; Inserm, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2020b).

Conceptualisations d'intérêt et associations avec la consommation d'alcool et de drogues

Plusieurs conceptions théoriques cognitives ou émotionnelles peuvent être mises en lien avec la régulation de la consommation de substances psychotropes chez le jeune adulte. Dans cette section, ces aspects cognitifs ou émotionnels d'intérêt seront définis et leur lien hypothétique avec la consommation de substances psychotropes sera exposé.

La théorie de l'esprit

Dans cette section, la théorie de l'esprit sera d'abord définie puis liée à la consommation de substances psychotropes.

Définition. La théorie de l'esprit (TdE) se situe dans le vaste champ de la cognition sociale, centrée sur les processus mentaux de perception de soi et d'autrui et leurs relations avec l'environnement social (Duval et al., 2011). La TdE a été introduite pour la première fois par Premack et Woodruff (1978) lors d'une étude menée chez le chimpanzé. Ce dernier devait visionner des vidéos où un humain faisait face à différents problèmes simples (p. ex., nourriture hors de portée) à complexes (p. ex., l'humain était bloqué dans une cage). À la suite de ces visionnements, plusieurs images lui étaient montrées, l'une d'elles comprenant la solution au problème. Le fait que le chimpanzé choisisse la bonne image implique pour les auteurs que l'animal ait pu identifier une intention chez l'humain. Un lien est alors possible avec la coopération interindividuelle intraspécifique dont De Waal (2017) fait mention en exposant que la puissante capacité de coopération humaine fait suite à un processus évolutif. En effet, la TdE permet de conceptualiser ce que l'autre peut penser dans un contexte social et ainsi favoriser grandement la coopération sous la forme d'une meilleure synchronisation des comportements, et implique aussi le fonctionnement exécutif inhibiteur (Borbély, 2015; Kühn, 2016). La coopération se retrouvant chez d'autres mammifères, notamment les chimpanzés et les bonobos, les plus proches parents de l'être humain (De Waal, 2017), cela suggère que la TdE constitue un résultat des mécanismes évolutifs progressifs essentiels à la cohésion sociale chez l'être humain.

La théorie de l'esprit est une caractéristique universelle (Bakchine & Slachevsky, 2008) et une métareprésentation, soit l'examen par l'individu d'une représentation primaire de son environnement social, c'est-à-dire ici, le fait de se représenter ses propres états mentaux ou ceux des autres. Plus précisément, elle consiste à inférer un état émotionnel ou des pensées à une autre personne; il s'agit ici de la TdE de premier ordre. Il existe aussi une TdE de deuxième ordre, soit la capacité à inférer ce qu'une personne se représente, intérieurement, des états mentaux (émotionnels et cognitifs) d'une seconde autre personne (Duval et al., 2011). De plus, il est possible de définir une TdE de troisième ordre, soit l'inférence de ce qu'une personne pense qu'une deuxième personne pense des états mentaux d'une troisième personne (Valle et al., 2015).

Également, la TdE se divise en deux catégories selon sa nature, soit la TdE cognitive et la TdE affective. La première se rapporte aux croyances, aux pensées et aux intentions et motivations, alors que la seconde concerne plutôt les états émotifs, soit les émotions et les sentiments (Coricelli, 2005; Shamay-Tsoory et al., 2010).

Selon Duval et al. (2011), deux mécanismes fonctionnels amèneraient cette formulation d'une TdE : le décodage et le raisonnement. D'abord, le décodage permettrait à la personne de percevoir et d'identifier différentes informations sociales ainsi que des indices émis par des individus dans un environnement, tels que le regard ou les expressions faciales. La perception visuelle peut également être accompagnée ou remplacée par une modalité auditive décodant le message verbal ou la prosodie de l'expression afin d'inférer les états mentaux d'une personne. Ensuite, le raisonnement, étant un processus cognitif central

(Evans, 1993), permettrait à la personne de comprendre, d'expliquer, ou encore d'anticiper les actions d'autrui. Le raisonnement peut donc se concevoir comme une forme de résolution de problème. Cela se ferait selon les connaissances de la personne sur autrui, ainsi que sur les éléments contextuels. Par exemple, lorsqu'une personne pleure après une remise de diplôme, le contexte permet de lui inférer de la joie plutôt que de la tristesse (Duval et al., 2011). De surcroît, l'état émotionnel de la personne elle-même et donc de son intensité émotionnelle est à prendre en considération dans cette représentation des états mentaux (Nader-Grosbois, 2011). En effet, une personne ayant ressenti des émotions négatives lors de la remise de diplôme pourrait inférer de la tristesse plutôt que de la joie par exemple.

En somme, Heatherton (2011) indique que cette capacité de se représenter ce que les autres pensent permet l'empathie et la coopération, mais aussi d'avoir une interprétation précise du comportement d'autrui, ou encore de tromper autrui. Donc, tel que mentionné par Bakchine et Slachevsky (2008), la TdE est à penser dans un contexte de relations interpersonnelles. Ainsi, il est question d'adapter son comportement en fonction de celui des autres et des inférences faites sur les états mentaux, mais aussi selon sa propre réaction émotionnelle. Ceci, car la formulation d'une TdE envers autrui pourrait être biaisée par la dysphorie émotionnelle induite. Or la formulation biaisée pouvant en découler peut favoriser la consommation, telle que le suggèrent Lannoy et al. (2020).

Relation avec la consommation de substances. Plusieurs études se sont intéressées à la TdE chez les personnes présentant un TUS (alcool), mais aussi aux substances psychotropes. D'abord, concernant l'alcool, l'étude de Schmid et al. (2022) suggère des

déficits de TdE par rapport à des sujets contrôles. De plus, l'étude de Nandrino et al. (2014), ainsi que la méta-analyse d'Onuoha et al. (2016), incluant huit articles traitant du sujet, suggèrent un déficit concernant l'aspect émotif de la TdE, alors qu'aucune différence ne se retrouverait dans son aspect cognitif. Une autre méta-analyse, de Bora et Zorlu (2017) sur 25 études, ressort un déficit significatif de TdE chez les personnes présentant un TUS (alcool), tant pour la reconnaissance des émotions faciales que pour les inférences de pensées. Ainsi, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, les résultats semblent controversés entre des déficits au niveau de la TdE affective seule ou également accompagnés de limitations de la TdE cognitive, soit un amoindrissement de la capacité à faire des inférences à partir des perceptions.

Pour ce qui est des substances psychotropes autres que l'alcool, les études s'intéressent à des substances spécifiques (cocaïne, opiacés, méthamphétamine et cannabis) en lien avec la TdE. Certaines suggèrent des déficits de TdE de 1^{er} et 2^e ordres chez les personnes qui présentent un TUS (Gandolphe et al., 2018; Sanvicente-Vieira et al., 2017). Des déficits de TdE sont également rapportés, chez les personnes ayant un TUS, lors de tâche de reconnaissances des émotions faciales (Henry et al., 2009; Kim et al., 2011). Par exemple, un temps de réaction plus long est observé, chez les personnes avec une consommation problématique (TUS) de cannabis, pour identifier les émotions de tristesse, de joie ou de colère (Platt et al., 2010). Ainsi, la TdE des personnes présentant un TUS aux drogues semble également affectée, de façon complexe, et notamment au niveau de la reconnaissance des émotions faciales.

Enfin, une méta-analyse a été conduite par Sanvicente-Vieira et al. (2017) sur 14 études s'intéressant à la consommation d'alcool ou de substances psychotropes (méthamphétamine, cannabis et cocaïne). Les résultats suggèrent un déficit de TdE, notamment pour l'alcool et la méthamphétamine. De plus, il y aurait une différence entre les personnes ayant un usage récréatif du cannabis et de la cocaïne et les personnes ayant un TUS : les seconds auraient une TdE générale déficiente alors que cela ne serait pas constaté chez les premiers.

L'intensité émotionnelle

L'intensité émotionnelle induite sera présentée dans cette section, par sa définition et sa relation à la consommation de substances.

Définition. L'intensité émotionnelle peut se définir comme étant la force ou l'intensité avec laquelle un individu expérimente ses émotions (Larsen, 1984). Elle serait constitutive de différences interindividuelles (la distribution dans la population reste à confirmer), étant donné que certaines personnes pourraient faire l'expérience de leurs émotions de façon peu intense et sans grandes fluctuations, tandis que d'autres en feraient l'expérience de façon intense et avec de plus grandes variations. Ainsi, pour la même stimulation inductrice émotionnelle, l'intensité de la réponse émotive varierait selon les individus, tant celles à valence euphorique (positive) que dysphorique (négative). Ces dernières évolueraient d'ailleurs de façon similaire, c'est-à-dire que si les émotions positives sont vécues intensément, les émotions négatives devraient l'être aussi (Larsen, 2009; Larsen & Diener, 1987).

Relation avec la consommation de substances. Dans un contexte de consommation de substances psychotropes, les personnes à risque de dépendance ou dépendantes auraient une intensité inductrice émotionnelle plus forte, notamment face aux émotions négatives, que les personnes ne présentant pas de problèmes de consommation de substances (Bonnet et al., 2011; Thorberg & Lyvers, 2006). De plus, les résultats de Sturiano (2003) suggèrent que le niveau de sévérité de consommation de substances psychotropes pourrait être influencé par la force à laquelle l'individu fait l'expérience de ses émotions négatives. Ainsi, l'intensité des émotions vécues, pouvant être positives, mais notamment celles négatives, aurait une importance notable quant à la consommation de substances psychotropes. Cela suggère que plus l'intensité émotionnelle positive ou négative est perçue comme élevée, plus l'impact négatif sur les capacités d'autorégulation, notamment le contrôle inhibiteur, est élevé. Ceci peut être mis en lien avec le fait que ressentir des émotions, notamment négatives, peut être inducteur de stress (Jiaxuan et al., 2018). Or, lorsqu'une personne est exposée à des stressors (quelques heures, quelques jours ou de façon chronique), à tout âge de la vie, il peut y avoir des effets délétères. Ceux-ci se retrouvent notamment au niveau de la santé mentale (p. ex., TUS), mais aussi du fonctionnement exécutif, impliquant alors certaines structures cérébrales. Par exemple, des changements structurels peuvent se retrouver dans les zones limbo-corticales, ainsi que dans le système de récompense. Ces modifications structurelles seraient impliquées dans l'apparition de déficits d'apprentissage et de l'anxiété (Godoy et al., 2018; Lupien et al., 2009). Des composantes anxieuses pouvant être occasionnées, un lien est à faire avec la détresse psychologique.

La détresse psychologique

La détresse psychologique constitue un autre élément important dans la modélisation des comportements de consommation de psychotropes. Cette section vise donc à la définir puis à développer son lien avec la consommation de substances psychotropes.

Définition. La détresse psychologique se définit comme la résultante d'un état émotionnel négatif (dysphorique) pouvant aboutir à des symptômes dépressifs et anxieux (Camirand & Nanhou, 2008; Vézina et al., 2011). Permettant une mesure non spécifique de l'état mental des individus (Camirand et al., 2016; Kessler et al., 2002), la détresse psychologique peut être conceptualisée telle une fièvre, soit à l'effet qu'elle statue de la présence d'un problème, mais non de son étiologie spécifique (Perrault, 1987). Elle est à placer sur un continuum dont les polarités sont représentées par la présence ou l'absence de détresse psychologique (Mirowsky & Ross, 2003). Ainsi, il importe de la prendre en considération, puisqu'elle donne une indication sur l'état de santé psychologique des individus.

Relation avec la consommation de substances. Selon Drapeau et al. (2012), deux aspects peuvent être identifiés concernant la détresse psychologique et indiquent qu'il importe de la prendre en considération lorsqu'il est question de consommation de substances psychotropes. D'abord, elle constitue une perturbation émotionnelle négative pouvant influencer le fonctionnement au quotidien d'un individu (Arvidsdotter et al., 2016; Drapeau et al., 2012) et donc sa consommation. Ensuite, elle est aussi un élément accompagnant plusieurs troubles de santé mentale (APA, 2015; Phillips, 2009), dont les troubles de l'usage

d'une substance, mais aussi la consommation de substances psychotropes sans trouble associé (Bonnet et al., 2011; Camirand et al., 2010; Green et al., 2012; Gyawali et al., 2016). Par exemple, selon une enquête menée en 2012, les personnes consommant de façon abusive (signifiant ici, toutes substances confondues, que la personne fait face à au moins une de ces quatre conséquences : incapacité à compléter ses obligations majeures du fait de la consommation, répétition de la consommation dans des situations potentiellement dangereuses physiquement, perpétuation de la consommation malgré les conséquences interpersonnelles et sociales associées, arrestation par la police à plus d'une reprise en lien avec la consommation) de l'alcool ou du cannabis témoignent d'une plus grande détresse psychologique comparativement à leurs pairs n'abusant pas de ces substances (Baraldi et al., 2015). Verplaetse et al. (2021) vont dans le même sens en concluant, selon une enquête menée de 2008 à 2017, que la détresse psychologique constitue un facteur important dans la consommation abusive d'alcool. Ainsi, la détresse psychologique peut être considérée comme une variable d'influence pouvant aussi être consécutive à la consommation de substances psychotropes, au même titre que l'intensité de l'induction émotionnelle dysphorique.

L'estime de soi sociale

Une autre caractéristique associée à la consommation de substances psychotropes consiste au concept d'estime de soi. Toutefois, avant de décrire ce lien plus en détail, il importe de définir le concept d'estime de soi général, puis d'estime de soi sociale.

Définition. L'estime de soi peut se définir comme l'attitude ou la confiance qu'un individu a envers sa propre valeur, tant pour surmonter les difficultés de la vie que pour s'autoriser à vivre une vie heureuse et épanouissante. Cela se traduit par l'acceptation ou le rejet de soi-même (Branden, 1992; Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1962).

Dans une perspective développementale, Orth et Robins (2019) définissent l'estime de soi comme l'évaluation subjective de sa valeur personnelle, soit une évaluation de soi positive, reprenant alors la définition de Donnellan et al. (2011) et MacDonald et Leary (2003). Les recherches rapportées par Orth et Robins (2019) suggèrent une légère augmentation de l'estime de soi jusqu'au milieu de l'enfance, une stabilité jusqu'au milieu de l'adolescence et une augmentation à partir de l'âge de 15 ans environ, qui se poursuit à l'âge adulte. Il y aurait particulièrement une amélioration chez le jeune adulte qui développe le nombre de rôles sociaux qu'il va adopter au quotidien (conjoint, employé, parent), lui offrant ainsi une opportunité d'augmenter son estime de soi. Également, Orth et Robins (2019) exposent le fait que plusieurs variables peuvent influencer l'estime de soi, notamment les relations sociales et des événements de vie stressants.

Considérant que chez le jeune adulte, la relation au groupe de pairs est d'une grande importance et influence le comportement de consommation de substances psychotropes (Arnett, 2005; Hunt & Guindon, 2009; National Research Council, 2015), l'estime de soi sociale est alors à considérer. Il s'agit de l'appréciation que la personne fait de sa propre valeur, en lien avec les situations sociales (Lawson et al., 1979). Plus spécifiquement, l'estime de soi sociale représente l'évaluation qu'une personne fait de ses propres

compétences sociales, de son sentiment d'acceptation et d'appréciation au regard d'autrui (Michaud et al., 2006). Ainsi, elle implique la perception d'autrui et de soi-même. Elle peut alors être mise en lien avec la cognition sociale qui permet de donner du sens à son environnement social, par représentation mentale (Frith & Blakemore, 2006).

Une estime de soi sociale élevée se traduit par une confiance dans les relations interpersonnelles et permet de communiquer et d'être en relation avec autrui (Gorbett & Kruczek, 2008). Elle agirait alors tel un modulateur positif du comportement en situation sociale. Ceci contrairement à une estime de soi sociale plus faible, telle que décrite dans la prochaine section.

Relation avec la consommation de substances. L'estime de soi des personnes ayant une consommation problématique ou ayant un TUS en lien avec l'alcool (Hunt & Guindon, 2009) ou aux drogues (Carlisle-Frank, 1991) serait, de façon générale, plus faible que celle des personnes n'ayant pas de problématique de consommation de psychotropes.

Également, plusieurs auteurs se sont intéressés au lien entre l'estime de soi sociale et la consommation de substances. Steele et Josephs (1990) parlent de « myopie de l'alcool », soit l'influence que l'intoxication à l'alcool a sur le traitement de l'information et par conséquent sur le comportement social. Toujours selon ces auteurs, la consommation d'alcool aurait pour effet de supprimer les signaux inhibiteurs, ce qui amènerait à des comportements qui ne seraient pas manifestés en état de sobriété. L'étude de Monahan et Lannutti (2000), comparant des femmes alcoolisées et sobres devant converser avec des pairs

masculins, suggère que les femmes avec une faible estime de soi sociale et intoxiquées à l'alcool sont moins anxieuses et sont plus portées à parler que lorsqu'elles sont sobres. Ainsi, il est possible de penser que la consommation d'alcool peut être favorisée chez une personne avec une faible estime de soi sociale et qui souhaite s'impliquer dans un groupe de pairs, positionnant l'alcool comme un régulateur externe et compensateur d'une faible estime de soi sociale. L'étude de Kounenou (2010), auprès d'étudiants universitaires, suggère quant à elle une corrélation positive entre une forte estime de soi sociale et les raisons de s'abstenir de consommer des drogues (p. ex., avoir le souci de son image corporelle, s'inquiéter de devenir dépendant).

Finalement, l'estime de soi semble être un point clé dans les traitements du TUS. Par exemple, la prévention des rechutes serait favorisée par une augmentation de l'estime de soi, ce qui ajoute à la pertinence de l'étude d'une telle variable (Hunt & Guindon, 2009). De surcroît, selon Stamatou et al. (2021), la consommation, ici d'alcool, afin de se conformer aux normes sociales serait une motivation significative chez les personnes rapportant une impulsivité élevée. Toutefois, cela n'impliquerait pas nécessairement une consommation abusive ou liée à un TUS, cette dernière pouvant avoir lieu ou être fortement favorisée seulement en contexte social. Ceci souligne alors l'importance de mieux comprendre le système d'autorégulation, en lien avec la composante sociale de l'estime de soi.

L'autorégulation

L'autorégulation constitue un autre élément à prendre en considération lorsqu'il est question de consommation de substances psychotropes. Toutefois, avant de lier consommation et autorégulation, cette dernière importe d'être définie.

Définition. Hrabok et Kerns (2010) définissent l'autorégulation comme étant un système relatif aux émotions, cognitions et comportements qui vise à les modifier ou bien à les contrôler. Del Giudice (2015) ajoute que l'autorégulation permet ou favorise l'atteinte d'un objectif. De plus, selon Zimmerman (2000), l'autorégulation est un processus où le contexte est important à prendre en considération. L'auteur donne l'exemple d'un fumeur qui peut faire face à différents contextes, tels que le stress, la vue d'un cendrier ou encore des publicités, qui influent négativement le processus autorégulateur. Ainsi, cela suggère que les différents stimuli que la personne perçoit influencent sa capacité d'autorégulation et, par le fait même, sa consommation de substances.

Selon Del Giudice (2015), dans une perspective développementale, l'autorégulation peut être décrite d'une part, à partir de mécanismes autorégulateurs simples et qualifiés d'inconscients et, d'autre part, de mécanismes autorégulateurs plus complexes et qualifiés de conscients (p. ex., l'humain orientant son comportement vers un but, des suites d'opérations cognitives complexes). Les mécanismes conscients et plus complexes seraient particulièrement régis par les fonctions exécutives qui permettent notamment l'inhibition, la flexibilité mentale et alors la possibilité de planification (Del Giudice, 2015; Hrabok & Kerns, 2010; Hunt et al., 2013). Parmi les différents processus cognitifs constituant les

fonctions exécutives se trouve l'inhibition comportementale, qui serait l'élément de base de l'autorégulation (Del Giudice, 2015). Plus précisément, l'inhibition permet un certain contrôle visant à résister à divers stimuli ou aux habitudes et automatismes propres (Houdé, 2020) qui pourraient contrevenir aux objectifs visés (Del Giudice, 2015). L'impulsivité est aussi à considérer étant donné qu'il s'agit de l'expression excessive ou non planifiée de comportements (Billieux et al., 2014), sans que les conséquences futures soient prises en compte.

Relation avec la consommation de substances. Selon Maranges et Baumeister (2016), la consommation de substances psychotropes (utilisation reliée à un TUS ou non) résulte d'un défaut de cette capacité d'autorégulation. De plus, l'étude de Chavarria et al. (2012) permet de constater que, chez les personnes en rétablissement pour un TUS, une meilleure capacité d'autorégulation augmenterait la probabilité de demeurer abstinente. Ainsi, il semblerait que l'efficacité des capacités d'autorégulation soit un facteur de protection pour les rechutes chez les personnes anciennement dépendantes aux substances psychotropes.

Tel que susmentionné, l'inhibition défaillante et l'impulsivité pouvant en découler sont négativement associées à l'autorégulation et elles ont également été mises en lien avec la consommation de substances psychotropes. D'abord, concernant l'inhibition, Byrne et Worthy (2019), suggèrent qu'en présence d'une récompense perçue, les personnes ayant plusieurs facteurs de risque à développer un TUS pourraient voir leur capacité d'inhibition entravée. D'autres études se sont intéressées à des substances plus spécifiques. Maij et al. (2017) suggèrent que les personnes avec un TUS (cannabis) ont plus de difficultés

d'inhibition, hors intoxication. Il en va de même pour les personnes ayant un TUS relié à la consommation de méthamphétamine (Monterosso et al., 2005), les personnes présentant un TUS ou buveurs excessifs d'alcool (Schmid et al., 2022; Smith et al., 2017) et les consommateurs de cocaïne (Fillmore & Rush, 2002; Morie et al., 2014). Lawn et al. (2022) et Verdejo-García et al. (2012) contredisent cependant ces résultats en suggérant respectivement que les personnes avec un TUS (cannabis ou opiacés) ne témoignaient pas de difficultés au niveau de leurs capacités d'inhibition. Toutefois, dans l'étude de Verdejo-García et al. (2012), après une induction de *craving* (besoin irrésistible de consommer), les personnes présentant un TUS aux opiacés ont eu une baisse de leur capacité d'autorégulation. Cela peut se comprendre en termes d'accroissement de l'impulsivité, faute de contrôle inhibiteur suffisant face à l'activation importante induite par le *craving*. Cela fait le lien avec les études de Pike et al. (2013) et de Weafer et Fillmore (2012), s'intéressant respectivement à la cocaïne et à l'alcool. Dans ces études, la tâche consistait à fixer un écran où apparaissent successivement une image (neutre ou reliée à la substance consommée), puis une couleur. Ensuite une réponse doit être donnée en appuyant ou non sur une touche de clavier. Si la couleur est bleue, alors il faut inhiber la réponse (ne pas appuyer), si elle est verte, il ne faut pas l'inhiber (appuyer). Les résultats suggèrent que les échecs d'autorégulation, sous forme d'erreurs de commission, sont plus fréquents chez les personnes ayant un TUS. De plus, les échecs d'autorégulation seraient plus importants encore, de façon significative, lorsque l'image est reliée à la substance consommée (comparativement à l'image neutre).

Ensuite, relativement à l'impulsivité, la plupart des études suggèrent que davantage d'impulsivité sera observée chez les consommateurs d'alcool et de substances psychotropes,

notamment lorsque les stimuli concernent la substance consommée. Avant de les décrire, il est important de spécifier que certaines études ont utilisé une tâche impliquant le *delay discounting*. Cela consiste à choisir entre deux récompenses hypothétiques : l'une immédiate ou l'autre plus tardive, mais plus importante. Cela se conçoit bien avec des sommes d'argent, par exemple la première serait d'une valeur de 500\$ immédiate et l'autre d'une valeur de 1000\$, mais accessible après plusieurs mois (Inserm, 2008). D'abord, plusieurs études ont été menées auprès de consommateurs d'alcool et de drogues, ou indépendamment de la substance psychotrope de prédilection des participants. Zilberman et al. (2018), ainsi que Dolan et al. (2008) s'intéressent à la dépendance aux drogues (p. ex., stimulants) et à l'alcool. Ils constatent, par leurs résultats, que pour les groupes de personnes présentant un TUS, l'impulsivité serait plus importante comparativement aux participants du groupe contrôle. Mayhew et al. (2020), quant à eux rapportent que les consommateurs d'alcool « hasardeux » (consommation hebdomadaire de 14 à 35 ou 14 à 50 unités d'alcool pour les femmes et les hommes respectivement) répondraient davantage de façon impulsive et prématurée aux stimuli que des faibles consommateurs (14 unités d'alcool et moins par semaine). Morgan et al. (2006) rapportent des conclusions plus nuancées. Ils ont comparé trois groupes de consommation (ecstasy, polyconsommateurs [hors ecstasy] et aucune consommation de drogues illicites). Les résultats suggèrent que les consommateurs d'ecstasy seraient plus impulsifs que les deux autres groupes, faisant le lien avec l'impact sur le fonctionnement cérébral, notamment au niveau des récepteurs sérotoninergiques. Il pourrait alors y avoir une différence selon le type de consommation, particulièrement chez les consommateurs de puissants stimulants comme l'ecstasy. Toutefois, Dafters (2006) s'est intéressé à des

consommateurs d'ecstasy et de cannabis ou de cannabis seulement et Luo et al. (2022) à des consommateurs de métamphétamine, d'héroïne ou des polyconsommateurs (notamment héroïne et métamphétamine). Leurs résultats suggèrent que les groupes de chaque étude respective n'ont pas de différence entre eux, mais seraient plus impulsifs que des groupes contrôles. Enfin, une étude spécifique chez des personnes ayant un TUS aux opiacés (Madden et al., 1997) rapporte qu'elles réussissent moins bien que les contrôles à une tâche de *delay discounting*, et davantage encore lorsque la récompense concerne de l'héroïne plutôt que de l'argent. Cela suggère alors que les personnes présentant un TUS auraient plus de difficultés d'impulsivité et davantage lorsque les stimuli concernent la drogue consommée. Cela dénote un effet de *craving* où les processus mentaux des consommateurs de substances seraient suractivés considérant la récompense anticipée. Les consommateurs feraient alors face à une envie irrésistible de consommer de l'alcool ou la drogue de prédilection lorsqu'ils sont en présence d'un stimulus leur rappelant leur objet de consommation. L'effet est donc spécifique et se différencie de difficultés d'autorégulation globales.

Proposition d'intégration théorique

La proposition d'intégration théorique qui suit est résumée dans la Figure 1.

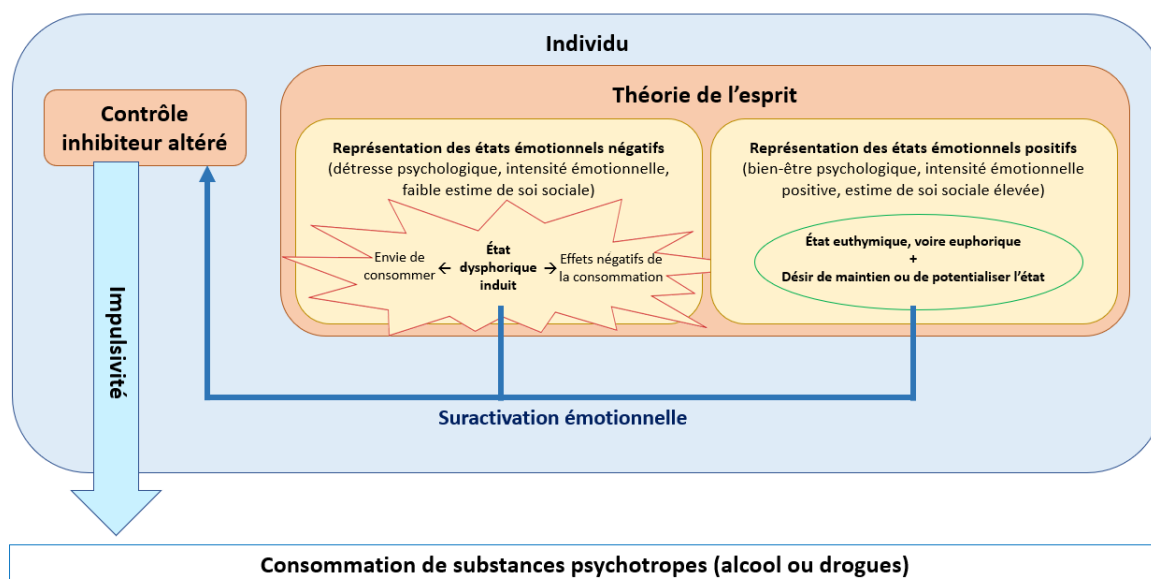


Figure 1. Schématisation de la proposition d'intégration théorique.

Koob et Volkow (2016), dans leur proposition de modèle neurobiologique, conceptualisent la consommation de substances psychotropes selon un cycle en trois étapes, chacune reliée à un substrat neurobiologique. D'abord, l'intoxication via la consommation d'une substance active le système de récompense (impliquant les noyaux gris centraux), puis arrive plus tard le manque de la substance, accompagné d'émotions négatives (impliquant l'amygdale étendue et l'habenula) et enfin un état de préoccupation et d'anticipation (impliquant le cortex préfrontal, l'insula et l'allocortex) avec *craving* et impulsivité. Les auteurs suggèrent que des vulnérabilités, tant génétiques qu'environnementales (p. ex., peu de soutien social, parents consommateurs de substances psychotropes, disponibilité de ces

dernières, consommation à l'adolescence), pourraient porter la personne vers le développement d'un comportement problématique de consommation de substances psychotropes, pouvant amener des changements au niveau du fonctionnement cérébral et des fonctions exécutives. Parmi ces vulnérabilités se retrouve l'autorégulation, considérée par une altération du contrôle inhibiteur. Ce dernier est habituellement un processus permettant de résister à des stimuli faisant obstacle à l'objectif poursuivi, par exemple, ne pas consommer (Del Giudice, 2015; Houdé, 2020).

De plus, l'autorégulation du comportement est à placer dans un contexte (Zimmerman, 2000), mais aussi selon les dispositions émotionnelles et cognitives préalables de l'individu, incluant son histoire développementale (Leyton & Stewart, 2014; Parolin et al., 2014). Le cycle psychosocial de l'assuétude (ou de l'addiction) en témoigne (dysphorie – recherche de solutions compensations – solutions exutoires inefficaces – apaisement temporaire – insatisfaction et culpabilité – modification du système de récompense – dysphorie accrue) (Peele, 1977, 1982). En plus de la composante neurobiologique susmentionnée, qui se divise en trois étapes, le cycle de l'assuétude considère les états psychologiques et les problèmes vécus par la personne. En effet, ce cycle suggère qu'un individu, éprouvant des difficultés dans sa vie, peut être amené à consommer afin d'amoinrir sa souffrance émotionnelle. Or, en n'affrontant pas ou en évitant ses problèmes par des mécanismes défensifs afin de réguler l'état émotionnel, l'individu a graduellement plus de difficulté à y faire face, ce qui le fait consommer davantage, la substance devenant alors sa seule source de satisfaction, de régulation ou d'apaisement. Ainsi, du fait de la composante émotionnelle du cycle, les variables telles que la détresse psychologique, l'intensité

émotionnelle et l'estime de soi sociale sont à prendre en considération. Face à ces vécus plus ou moins agréables, la personne peut se trouver dans un certain état dysphorique, un certain inconfort. Il est proposé que cet état dysphorique induit pourrait découler de la représentation que la personne se fait de ses propres états mentaux. Cela entraînerait une suractivation des processus mentaux, et plus particulièrement du système d'induction émotionnelle, engendrant une perturbation des processus inhibiteurs et favorisant les comportements impulsifs. D'autre part, une valence émotionnelle euthymique, plus positive ou légèrement euphorique permettrait de voir une autre facette de la dynamique de consommation. En effet, l'impulsivité pourrait aussi être la conséquence de cette suractivation émotionnelle, à valence émotionnelle, ici plutôt négative ou dysphorique ou encore possiblement positive ou euphorique. De ce fait, l'individu adopterait une solution immédiate et impulsive, faute d'inhibition suffisante, soit la consommation de substances, le cas échéant. Cela, afin de réguler son état émotif dysphorique ou potentiellement euphorique, affectant ainsi, en retour, davantage la capacité d'autorégulation résiduelle. Cela constitue une approche originale et intégrée, puisque les composantes émotionnelles sont conceptualisées comme découlant d'un processus cognitif associé à la TdE, dans un contexte de facteur prédictif de prise de décision de consommation de substances psychotropes selon la fréquence.

Ainsi, cet essai présente un caractère novateur, car il est le premier à intégrer des construits émotionnels, de cognition sociale, de processus exécutifs inhibiteurs et autorégulateurs, sous ce modèle conceptuel chez les jeunes adultes. En effet, la consommation de substances psychotropes est ici conceptualisée comme découlant de processus d'autorégulation impactés par l'intensité de la réponse émotionnelle, elle-même

influencée par la représentation que l'individu se fait des états mentaux des personnes impliquées (dont lui-même) dans un environnement social donné. De surcroît, la prise en compte de l'intensité émotionnelle comme variable proxy de la sensibilité à l'état émotif induit constitue également un élément important, n'ayant pas été formellement retrouvé dans les études antérieures.

Objectif et question de recherche

L'objectif de cet essai est de mieux comprendre les mécanismes d'autorégulation de la consommation de psychotropes (alcool ou drogues) chez les jeunes adultes selon le sexe biologique par une prise en compte de construits théoriques à la fois émotionnels (intensité émotionnelle positive et négative sous la forme de détresse psychologique), de cognition sociale (théorie de l'esprit, estime de soi sociale) de même que de processus exécutifs (inhibition qui implique la gestion de l'impulsivité).

La question de recherche à laquelle cet essai tentera de répondre est donc la suivante : Est-il possible de constater un effet de la consommation de psychotropes des jeunes adultes, sur des facteurs émotionnels (intensité émotionnelle positive et négative), de cognition sociale (théorie de l'esprit et estime de soi sociale), ainsi que des facteurs cognitifs exécutifs autorégulateurs selon le sexe biologique ?

Méthodologie

Ce chapitre vise à décrire la méthodologie utilisée dans cet essai doctoral. Ainsi, seront développés le devis de recherche, la description et le recrutement des participants, les instruments de mesure utilisés, le déroulement de l'étude et les analyses statistiques effectuées à la suite de la collecte de données.

Devis de recherche

Cet essai s'inscrit dans une démarche exploratoire qui met en application un devis de type corrélationnel transversal. Ainsi, les participants ne sont pas soumis à une répartition aléatoire entre les niveaux de certaines variables d'intérêt à même le protocole de collecte des données.

Description des participants et du recrutement

Les participants de cette étude sont des jeunes adultes, âgés de 19 à 35 ans. Trente-quatre (34) participants ont été recrutés et 33 d'entre eux ont effectivement complété les deux rencontres prévues au protocole (une personne ne s'est pas présentée lors de la seconde rencontre). Les critères d'inclusion étaient d'être âgé entre 18 et 35 ans; d'avoir un niveau de lecture suffisant, permettant aux participants de répondre adéquatement aux questionnaires et d'avoir une vision normale ou corrigée à la normale, afin de ne pas être en difficulté lors des épreuves impliquant la vision. Concernant les critères d'exclusion, le participant ne devait pas avoir de diagnostic de dyslexie sévère qui n'était pas compensée, entravant la

lecture des items, ni avoir une altération de la perception des couleurs entravant sa participation à des tâches nécessitant une perception normale des couleurs. Enfin, le fait que la personne soit intoxiquée au moment de la rencontre, sans égard à la substance intoxicante, constituait un critère d'exclusion absolu.

Le recrutement a eu lieu de l'automne 2021 à l'été 2022. À noter qu'une compensation sous forme de carte cadeau a été octroyée à deux participants ayant complété les deux rencontres et à la suite d'un tirage suivant la complétion du processus de recrutement pour cet essai. Dans un premier temps, les participants ont été recrutés par différents médias de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) : par le courriel hebdomadaire envoyé par l'UQAC, par des courriels envoyés aux secrétariats des différents programmes pour diffusion aux étudiants. De plus, l'annonce de recrutement a été partagée sur les médias sociaux (p.ex., pages Facebook). Dans un second temps, faute d'un nombre suffisant de participants, la procédure a été élargie à des regroupements de jeunes via des organismes communautaires de la région. Les participants volontaires pouvaient téléphoner au numéro présent sur l'annonce de recrutement, avec possibilité de laisser leurs coordonnées sur une boîte vocale dédiée et sécurisée. Ils pouvaient aussi envoyer un courriel à une adresse dédiée à la recherche, présente sur l'annonce de recrutement. Cette boîte de messagerie était sécurisée et uniquement accessible par la responsable de l'étude. Cette dernière communiquait alors avec les participants potentiels, afin de vérifier leur intérêt à participer à l'étude et planifier une première rencontre sur la plateforme Zoom lors de laquelle les critères d'admissibilité étaient validés. Un compte institutionnel a été utilisé et la rencontre Zoom dédiée avait une salle d'attente afin que l'expérimentateur puisse accepter lui-même le participant. De cette

façon la confidentialité a été respectée. Également, une adresse courriel leur a été demandée afin de leur transmettre les coordonnées Zoom. Bien que la présente étude n'impliquait pas de risques significatifs (plus que minimaux) pour les participants, il importe de préciser qu'une liste de ressources psychosociales a été fournie dans le formulaire de consentement. Cette liste a été ajoutée dans le but de prévenir toute difficulté psychologique induite, que les participants auraient pu vivre, dues à leur participation, bien que, tel que susmentionné, ils n'étaient pas exposés à un risque plus que minimal.

Instruments de mesure

Cette section visera à définir les instruments de mesure qui ont été utilisés dans la présente étude.

Le questionnaire concernant les critères d'inclusion, les données sociodémographiques et les habitudes de consommation

L'équipe de recherche a élaboré un questionnaire sociodémographique comprenant 29 questions afin de recueillir les informations caractérisant les participants. D'abord des questions préliminaires ont été posées, afin de s'assurer que le participant ne présentait pas une condition compromettant sa participation à la recherche. Ainsi, une question de vérification quant à l'intoxication a été posée, afin de vérifier que le participant n'est pas intoxiqué au moment de la rencontre, selon les exigences d'exclusions déjà indiquées. Ensuite, le participant devait lire à haute voix un paragraphe tiré du test de l'Alouette-R (Lefavrais, 2005). Ce texte peut être lu par un enfant de sept ans et permet de vérifier le

niveau de lecture suffisant du participant¹. Puis, une question de vérification de la vision (normale ou corrigée à la normale), de même qu'une question vérifiant la présence ou non d'une altération de la perception des couleurs (p. ex., daltonisme, dyschromatopsie) et enfin une question sur la présence d'un diagnostic de dyslexie non compensée ont été posées. À noter qu'aucun participant n'a eu à être remercié. Ensuite, des informations telles que l'âge, le sexe, l'état civil, la langue maternelle, l'appartenance ethnique, le type d'emploi, le plus haut niveau de scolarité atteint, les antécédents médicaux (p. ex., traumatisme crânien), les médications, la présence d'un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ou TDA/H), la présence d'un diagnostic psychiatrique, ou encore l'estimation que la personne a de son intérêt (attiré/repoussé) pour les situations à risque et pour les situations illégales, etc., ont été demandées. Les habitudes de consommation d'alcool ou de drogues ont également été demandées. Ce questionnaire avait pour objectif de mieux décrire l'échantillon et de contrôler l'influence de variables confondantes reconnues qui pouvaient influencer les résultats aux mesures des variables à l'étude, le cas échéant. Il est consultable à l'Appendice C.

¹ En cas de deux (2) erreurs claires ou plus (mot remplacé par un autre, mot non lu, saut d'un mot ou d'une ligne sans correction), un participant pouvait être remercié ce qui mettrait fin au protocole. Le critère d'exclusion a été défini selon le Manuel du test (Lefavrais, 2005), ainsi que selon les données de Cavalli et al. (2018), dans une étude auprès de jeunes adultes français. La valeur a été définie de façon proportionnelle, étant donné que seul un paragraphe a été lu dans le protocole de recherche.

La consommation d'alcool et de drogues

Afin d'établir la fréquence ou le niveau de consommation d'alcool et de drogues (notamment le cannabis, du fait de sa plus large consommation au Québec, selon le MSSS [2018d]), le DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogues (DÉBA-A/D; Tremblay et al., 2000) ont respectivement été administrés. Il s'agit de questionnaires permettant notamment la détection et l'identification du niveau de sévérité de la consommation de substances psychotropes (alcool ou drogues), tel que le suggère le terme DÉBA signifiant « Détection et évaluation du besoin d'aide » (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). Ces questionnaires ont été administrés par le biais d'une entrevue. L'évaluation de la consommation se faisait sur les douze derniers mois (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009).

Le DÉBA-Alcool comporte le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA; Tremblay et al., 1999a), soit la version francophone du *Short Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD; Raistrick et al., 1983). Il s'agit d'un questionnaire à 15 items évaluant les aspects cognitifs, comportementaux et physiologiques de la dépendance. Un exemple d'item est « Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson? ». L'échelle des conséquences de la consommation, version alcool (ÉCCA), est également incluse dans le DÉBA-Alcool, elle constitue 19 items et permet d'évaluer les conséquences de la consommation dans les différentes sphères de vie de l'individu. Un exemple d'item est « Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches » (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). Quant au DÉBA-Drogues, il est composé de l'Échelle de la Sévérité de la Dépendance (ÉSD; Tremblay et al., 1999b), soit la version francophone du *Severity of Dependence Scale* (SDS; Gossop et al., 1995). Il s'agit d'un

questionnaire de 5 items évaluant la dépendance dans ses dimensions psychologiques (sentiment de perte de contrôle, préoccupations et anxiété face à la consommation). Un exemple d'item est « Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de (drogue la plus consommée) vous a rendu inquiet ou anxieux? ». Le DÉBA-Drogues comporte également l'échelle des conséquences de la consommation, mais dans sa version drogues (ÉCCD), avec 9 items, les questions sont les mêmes que l'ÉCCA, mais le mot « alcool » est remplacé par « drogues » (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009).

Les deux outils permettent notamment de déterminer la fréquence de consommation d'alcool et des différentes drogues dans la dernière année, selon cinq catégories : 1) jamais, 2) moins d'une fois par mois, 3) 1 à 3 fois par mois, 4) 1 à 2 fois par semaine et 5) 3 fois et plus par semaine (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). Dans le cadre de cet essai, les fréquences ont été réduites à trois catégories, considérant la petite taille de l'échantillon qui a pu être recruté. Ainsi, se retrouveront dans les analyses les trois catégories de fréquences suivantes pour l'alcool et le cannabis : 1) absence de consommation ou consommateurs à petite fréquence (jamais à moins d'une fois par mois); 2) consommateurs à moyenne fréquence (une à trois fois par mois) et 3) consommateurs à grande fréquence (une à trois fois et plus par semaine).

Le SADD (*Short Alcohol Dependence Data Questionnaire*) possède un coefficient de fidélité moitié/moitié entre 0,85 et 0,87, sa fidélité test-retest est de 0,87 après 19 à 40 jours (McMurrin & Hollin, 1989; Raistrick et al., 1983). Il présente un facteur principal, non qualifié par les auteurs, permettant d'expliquer environ 44 % de la variance totale de

l'instrument (Davidson et al., 1989). Le QBDA, soit la version francophone du SADD, a un alpha de Cronbach de 0,74 (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). À noter que pour l'échantillon de cet essai, l'alpha de Cronbach est de 0,92 pour le QBDA. Le SDS possède des coefficients de cohérence interne entre 0,72 et 0,90. L'analyse factorielle ressort un seul facteur, non qualifié par les auteurs, comptant pour 48,4 à 77 % de la variance totale de l'instrument (Gossop et al., 1995; Swift et al., 1998). L'ÉSD, soit la version francophone du SDS, a un alpha de Cronbach de 0,75 (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). À noter que ce dernier est d'une valeur de 0,93 pour l'échantillon de cet essai.

L'intensité émotionnelle

La mesure d'intensité émotionnelle est proposée comme variable proxy (ou de substitution) de la sensibilité à la réaction émotionnelle dysphorique, ou non, induite, telle que mentionnée dans le contexte théorique. Elle a été mesurée par l'*Affect Intensity Measure* (AIM; Larsen, 1984). Il s'agit d'un questionnaire auto rapporté mesurant l'intensité émotionnelle habituellement induite chez une personne. Il est composé de 40 items permettant d'évaluer l'intensité ou la force avec laquelle une personne appréhende ses émotions (Larsen, 1984; Larsen & Diener, 1987). Ce questionnaire est construit sur une échelle de Likert en six points, allant de 1 (Jamais) à 6 (Toujours). Certains items sont inversés (12, 16, 19, 24, 26, 28, 29, 31, 33, 37 et 40), il convient alors de modifier les scores : le 6 devient un 1, le 5 un 2, et ainsi de suite (Larsen & Diener, 1987). En général, un score plus élevé concernant l'ensemble des variables indique une expressivité émotionnelle et affective plus intense. Plusieurs études traitent de la structure factorielle de l'AIM. Le nombre de facteurs ne semble pas faire l'unanimité, cependant, il semblerait que les modèles

multidimensionnels soient plus robustes que le modèle unidimensionnel de l'instrument (Simonsson-Sarnecki et al., 2000). Simonsson-Sarnecki et al. (2000) ont identifié trois facteurs. Il s'agit de l'affectivité positive ($\alpha = 0,90$), de l'intensité négative ($\alpha = 0,60$) et de la réactivité négative ($\alpha = 0,63$). Plusieurs auteurs (Rubin et al., 2012; Weinfurt et al., 1994; Williams, 1989) ont quant à eux identifié quatre facteurs : l'affectivité positive ($\alpha = 0,93$), la réactivité négative ($\alpha = 0,76$), l'intensité négative ($\alpha = 0,81$) et l'intensité positive ($\alpha = 0,81$). Plus précisément, l'affectivité positive correspond à des manifestations intenses de joie, telles que l'extase ou encore l'euphorie. La réactivité négative concerne les réactions émotionnelles négatives d'un individu face à différents stimuli de l'environnement. L'intensité négative quant à elle correspond aux réponses émotionnelles négatives et à leur intensité, subjectivement éprouvées. Enfin, l'intensité positive (ou sérénité) correspond à des émotions positives relatives à un état de calme, de relaxation (Rubin et al., 2012; Weinfurt et al., 1994). Considérant la prégnance de l'intensité des émotions négatives lorsqu'il est question de consommation de substances (Bonnet et al., 2011; Sturiano, 2003; Thorberg & Lyvers, 2006), une attention particulière sera portée sur les scores des facteurs « réactivité négative » et « intensité négative » dans cette étude. Des exemples d'items de ces facteurs sont respectivement « Quand je fais quelque chose de mal j'éprouve un fort sentiment de honte et de culpabilité » et « Quand je ressens de l'anxiété c'est très fort en général » (Jacob et al., 1999; Rubin et al., 2012). Le coefficient de fidélité de bissection se situe entre 0,73 et 0,82 et la fidélité test-retest est de 0,80, 0,81 et 0,81 après un, deux et trois mois respectivement. Le score de chaque facteur est obtenu par la somme des réponses aux items, en veillant à prendre en compte les items inversés (Larsen & Diener, 1987; Rubin et al., 2012). La version

traduite en français par Jacob et al. (1999) dispose d'un alpha de Cronbach de 0,92 (à noter que pour l'échantillon de cet essai, il est d'une valeur de 0,87) et a été utilisée dans la présente étude.

La détresse psychologique

Le *Symptom CheckList-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977) a été utilisé afin de mesurer la détresse psychologique. Il s'agit d'un questionnaire auto rapporté évaluant l'état des symptômes psychologiques du répondant, au cours des sept derniers jours. Il est composé de 90 items, tous sur une échelle de Likert en cinq points, allant de 0 (Pas du tout) à 4 (Excessivement). Pour tous les items, il s'agit d'indiquer à quel point une situation représentée par un item a été incommodante durant les sept derniers jours. Par exemple, « sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne vous aiment pas » (Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985). Plusieurs dimensions sont évaluées : la somatisation (détresse exprimée par des plaintes corporelles), l'obsession-compulsion (p. ex., vérifier plusieurs fois les choses), la sensibilité interpersonnelle (sentiment d'inadéquation et d'infériorité), la dépression (signes ou symptômes cliniques et manifestes de la dépression; p. ex., pleurer facilement, sentiment que tout est un effort), l'anxiété (signes ou symptômes cliniques et manifestes de l'anxiété; p. ex., tremblements, sentiment de crainte), l'hostilité (pensées, sentiments, comportements en lien avec la colère), l'anxiété phobique (peur spécifique et persistante), l'idéation paranoïde (mode de pensée dysfonctionnel; p.ex., penser qu'autrui pourrait tirer profit de soi) et le psychotisme (continuum allant d'une aliénation légère à majeure). Trois indices globaux peuvent être calculés : l'indice global de sévérité (IGS : intensité moyenne de tous les items répondus), l'indice de détresse des symptômes positifs

(intensité moyenne de tous les items répondus et plus grands que zéro) et le total de symptômes positifs (nombre des items répondus et plus grands que zéro). Dans la présente étude, le score IGS sera utilisé afin de mesurer le niveau de détresse psychologique des participants, puisqu'il est l'indice global le plus sensible pour la mesurer. Il s'obtient en faisant la somme des réponses à chaque item, puis en la divisant par le nombre total de réponses auquel est ajouté 0,005 et réduit à deux décimales exactement (Derogatis, 1977; Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985). Ce score brut est par la suite transformé en score T, selon l'échantillon retenu et les tables prévues au manuel de test. Les scores T obtenus varient entre 0 et 100, avec une moyenne se situant à 50. Un score T de 60 correspond au 84^e percentile, tandis qu'un score T de 70 correspond au 98^e percentile. Concernant les qualités psychométriques, la version originale anglophone du test dispose d'alphas de Cronbach entre 0,77 et 0,90 (à noter que pour l'échantillon de cet essai, il est d'une valeur de 0,97), pour les neuf dimensions la constituant. Les indices de fidélité test-retest de ces dimensions sont entre 0,80 et 0,90 après une semaine et entre 0,68 et 0,83 après dix semaines (Derogatis, 1977; Derogatis et al., 1976; Horowitz et al., 1988).

Les mesures de la capacité à formuler une théorie de l'esprit

Le test de fausse croyance (Dennett, 1978) a été administré afin de mesurer la capacité à formuler une TdE de premier et de deuxième ordre. La version de Youmans (2004), se basant sur les tests de TdE de Stone et al. (1998), comporte deux parties. La première partie mesure la capacité de la personne à détecter des fausses croyances de premier ordre, à partir de six histoires. La seconde partie est plus complexe, car elle permet de détecter des fausses croyances de deuxième ordre, également à partir de six histoires. À la suite de la lecture de

chacune des histoires, quatre questions sont posées au participant. D'abord, une question sur la capacité de la personne à identifier une fausse croyance (p. ex., « Où Dan ira-t-il chercher le sac de biscuits en premier? »). Ensuite, trois questions contrôles sont posées, soit, sur la compréhension de l'histoire (p. ex., « Où le sac de biscuits se trouve-t-il à la fin de l'histoire? »), sur la mémorisation de l'histoire (p. ex., « Où le sac de biscuits se trouvait-il au début de l'histoire? ») et sur l'environnement physique de l'histoire (p. ex., « Où y aurait-il des miettes de biscuits? ») (Youmans, 2004). La cotation des deux parties est indépendante, mais identique. Pour une bonne réponse, un point est accordé à chacune des questions. Le nombre de bonnes détections de fausses croyances constituera dans cette étude la variable d'intérêt. Un nombre élevé de bonnes détections suggère alors une théorie de l'esprit plus efficiente. La version traduite en français par Lavoie (2013) sera utilisée dans le cadre de cet essai. Ensuite, une tâche de fausse croyance de troisième ordre (Valle et al., 2015) sera administrée. Elle est composée d'une seule histoire, avec six questions : trois questions de fausse croyance (une de deuxième ordre et deux de troisième ordre; p.ex., « Où Luke pense-t-il que James pense que Mark cherchera le ballon? »), chacune accompagnée d'une question de justification. Pour les questions de fausse croyance, le participant obtient un point lorsque la réponse est correcte. Quant aux questions de justification, aucun point n'est accordé lorsque la réponse est incorrecte, un point est accordé pour une réponse concernant le comportement du protagoniste ou deux points si l'état mental du protagoniste est mentionné (Valle et al., 2015). Cet instrument étant en langue originale anglaise, l'équipe de recherche a fait traduire le texte de l'item en français par une personne bilingue, puis rétrotraduite par une seconde personne bilingue. Les deux personnes étaient extérieures à

l'équipe de recherche. Les deux versions en anglais (originale et retraduite) étant très similaires, la version française ici formulée a été utilisée dans cette étude. L'intégralité des histoires a été présentée sous forme écrite, dans un questionnaire LimeSurvey, donnant alors la possibilité de relire l'histoire. Les participants ont alors pu entrer par écrit les réponses aux questions.

L'estime de soi sociale

L'estime de soi a été mesurée dans sa dimension sociale par l'Inventaire d'estime de soi sociale (IESS; Gauthier et al., 1981), soit la version canadienne-française du *Social Self-Esteem Inventory* (Lawson, 1979). Il s'agit d'un questionnaire auto rapporté de 30 items, sur une échelle de Likert en six points, allant de 1 (Complètement différent de moi) à 6 (Exactement comme moi). Les items sont formulés positivement, excepté les items 1, 2, 9, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 29, et 30, formulés négativement. Ainsi, il s'agit d'inverser leur score lors de la cotation : le 1 devenant un 6, le 2 un 5, et ainsi de suite. Un exemple d'item est « Je me sens en confiance dans les situations sociales » (Gauthier et al., 1981). Le score global est calculé par la somme des scores obtenus à chaque item, après inversion des items concernés. Il varie donc de 30 à 180 et plus il est élevé, plus l'estime de soi sociale est élevée (Gauthier et al., 1981) et la moyenne, selon les normes de l'instrument, se trouverait à 132 avec une erreur standard de mesure de 7,29 (Lawson et al., 1979). Les données de la version anglophone témoignent et d'une fidélité test-retest de 0,88. L'analyse factorielle ressort un seul facteur général, non qualifié par les auteurs, rendant compte de 39,7 % de la variance totale du questionnaire (Lawson et al., 1979). Quant aux données de la version canadienne francophone, l'alpha de Cronbach se situe entre 0,92 et 0,93, la fidélité

test-retest est de 0,80 après 15 à 30 jours et de 0,95 après trois semaines. L'erreur type de mesure est de 5,14. L'analyse factorielle ressort un premier facteur, non qualifié par les auteurs, rendant compte de 34,57 à 34,9 % de la variance totale du questionnaire. Enfin, la distribution des données est similaire entre la version anglophone et la version canadienne francophone (Bouvard et al., 1999).

Les mesures d'autorégulation

La mesure de l'inhibition a été effectuée par le biais de la tâche de Stroop (Stroop, 1935) et de la tâche *Alcohol Stroop* (Bauer & Cox, 1998). D'abord, la tâche de Stroop permet la mesure de la capacité d'inhibition d'une réponse automatique (la lecture) en faveur d'une réponse moins automatique (nommer une couleur, Lecompte et al., 2006). La version de la batterie *Delis-Kaplan Executive Function System* (D-KEFS) de Delis et al. (2001a), constituant les meilleures normes et une excellente qualité psychométrique, sera utilisée dans cette étude. Le test est composé de quatre planches, présentant chacune une condition différente : 1) dénommer la couleur de rectangles de couleur, 2) lire des mots, écrits à l'encre noire, représentant une couleur, 3) dénommer la couleur de l'encre en faisant abstraction du mot qui correspond à une couleur autre que celle de l'encre et 4) alternance entre dénomination de l'encre et lecture du nom de la couleur. Les scores (temps de complétion de chacune des conditions) pondérés selon l'âge seront utilisés et plus particulièrement celui relié à la condition 3, relative à l'estimation de l'efficacité de l'inhibition par un estimé d'interférence. Les coefficients de fidélité test-retest, après 25 jours en moyenne, pour les 8 à 19 ans et les 20 à 49 ans, sont respectivement de 0,79 et 0,86 pour la condition 1, de 0,77 et 0,49 pour la condition 2, de 0,90 et 0,71 pour la condition 3 et de 0,80 et 0,52 pour la

condition 4 (Delis et al., 2001b). Latzman et Markon (2010) ont mené une analyse factorielle du D-KEFS qui leur a permis d'identifier trois facteurs stables selon les groupes d'âge. Il s'agit de la flexibilité conceptuelle, du monitoring et de l'inhibition. La tâche de Stroop utilisée dans la présente étude correspond au facteur inhibition.

Quant à l'*Alcohol Stroop* (Bauer & Cox, 1998), il s'agit d'une version modifiée de la tâche de Stroop émotionnel (Williams et al., 1996), elle-même modifiée de la tâche de Stroop originale (Stroop, 1935). Cette tâche consiste à dénommer rapidement la couleur de l'encre (rouge, vert, bleu ou jaune) des mots. Ces derniers sont présentés au centre d'un écran, à zéro degré d'angle à gauche ou à droite (vision binoculaire centrale), écrits en différentes couleurs et se divisent en quatre catégories : relatif à l'alcool (p. ex., pompette), neutre (p. ex., couture), positif (p. ex., paix) et négatif (p. ex., cruel). Le temps de réaction en millisecondes avant de donner une réponse pour dénommer la couleur de l'encre des différents mots est mesuré.

L'*Alcohol Stroop* a été administrée par ordinateur, avec le logiciel offert par Millisecond (2020), se basant sur la version proposée par Bauer et Cox (1998). Quatre touches sont associées aux quatre couleurs d'encre (« D » pour rouge, « F » pour vert, « J » pour bleu et « K » pour jaune). Les participants sont placés devant un écran, une croix de fixation (+) s'affiche pendant 500 millisecondes, puis un mot apparaît jusqu'à ce que le participant réponde ou que le temps soit écoulé (1500 millisecondes). Le participant a devant lui un clavier et doit appuyer sur la touche correspondant à la couleur de l'encre du mot présenté, le plus rapidement possible (réponse motrice). Il y a d'abord des essais

d'entraînement (24 mots correspondant à des nombres de « un » à « dix » sont présentés dans les quatre couleurs d'encre), puis suivent les essais expérimentaux, avec les mots des catégories susmentionnées (chacune contient dix stimuli, présentés quatre fois). Ces essais expérimentaux sont séparés en deux parties de 160 mots chacune. Entre ces parties, le participant fait une pause de 2 minutes afin de limiter la fatigue.

L'*Alcohol Stroop* n'ayant pas de traduction française, les mots ont été traduits en français par trois personnes bilingues, en prenant en considération la longueur des mots, ainsi que l'impact émotif potentiel (relatif à l'alcool, positif, négatif ou neutre) des mots. Ces personnes étaient extérieures à l'équipe de recherche. Cette traduction a donc permis d'utiliser cette tâche en français dans la présente étude.

L'impulsivité comportementale auto observée a été mesurée par l'*UPPS Impulsive Behavior Scale* (Whiteside & Lynam, 2001). Il s'agit d'un questionnaire auto rapporté de 45 items, sur une échelle de Likert en quatre points (Van der Linden et al., 2006; Whiteside & Lynam, 2001), allant de 1 (Tout à fait d'accord) à 4 (Tout à fait en désaccord). Ces items permettent d'obtenir un score total et mesurent quatre sous-échelles (Whiteside & Lynam, 2001) : l'urgence (fortes impulsions en présence d'émotions négatives), la recherche de sensations (attirait pour les activités excitantes ou nouvelles pouvant être dangereuses ou non), le manque de préméditation (agir, sans réflexion préalable sur les conséquences) et le manque de persévérance (difficultés à poursuivre quelque chose d'ennuyeux ou difficile). Le score total est calculé par la somme des réponses aux items et le score de chaque sous-échelle est calculé par la somme des réponses aux items correspondants aux sous-échelles. Pour

chaque somme, il faut veiller à prendre en compte les 25 items inversés. Plus les scores sont élevés, plus le niveau d'impulsivité est élevé ou plus le trait est fortement exprimé selon l'auto-observation (Van der Linden et al., 2006). Dans la présente étude, une attention particulière sera portée sur le score UPPS d'urgence, en plus du score total, puisqu'il est associé à la consommation de substances (Hahn et al., 2020; Hrabok & Kerns, 2010; Rømer Thomsen et al., 2018). Un exemple d'item de la sous-échelle « urgence » est « Je suis toujours capable de maîtriser mes émotions » (Van der Linden et al., 2006). Toutefois, les autres échelles ne seront pas négligées, car elles auraient chacune un lien avec la consommation d'alcool lorsque leur score est élevé. En effet, la recherche de sensation serait reliée à une recherche d'excitation positive, par la consommation d'alcool en grandes quantités. Le manque de préméditation serait relié à une tendance à consommer de grandes quantités d'alcool, sans tenir compte des conséquences négatives ou encore une consommation quotidienne d'alcool. Le manque de persévérance serait lié à un faible sens des responsabilités, que l'alcool viendrait exacerber, pouvant alors conduire à des conséquences néfastes. Enfin, l'urgence est également mentionnée et serait reliée à des difficultés de régulation des émotions négatives, pouvant amener à des comportements impulsifs potentiellement dangereux (Griffin & Trull, 2021; Magid & Colder, 2007). Les alphas de Cronbach pour les sous-échelles sont, respectivement dans la version anglophone puis francophone (Van der Linden et al., 2006; Whiteside et al., 2005) de 0,89 et 0,83 (urgence), 0,85 et 0,77 (recherche de sensations), 0,87 et 0,83 (manque de préméditation), 0,83 et 0,81 (manque de persévérance).

Déroulement

Considérant l'évolution incertaine de la pandémie actuelle de la COVID-19, la collecte de données de cet essai s'est déroulée en deux rencontres, l'une en ligne (les participants pouvaient s'installer dans un lieu confidentiel de leur choix) et l'autre en présentiel (dans un laboratoire de recherche de l'UQAC). Les instruments susmentionnés ont été utilisés via un mode d'administration virtuel pour l'essentiel, excepté pour les tâches mesurant les processus inhibiteurs et l'impulsivité, ainsi que le questionnaire mesurant la détresse psychologique, qui ont été administrés en présentiel pour des questions de faisabilité (tâches non administrables à distance et questionnaire non reproductible pour des questions de droits après vérifications auprès de l'éditeur).

Il importe de noter que la confidentialité des participants a été assurée, conformément à l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAC (déclaration visible à l'Appendice A). Le formulaire d'information et de consentement se retrouve à l'Appendice B. Ce protocole correspond au certificat d'éthique de la recherche numéro : 2021-552.

La première rencontre

Le participant devait se connecter pour une rencontre prévue d'environ 120 minutes, sur la plateforme Zoom, avec l'étudiante-chercheuse responsable de l'étude. Toutefois, la durée effective a été variable selon les participants, allant de 48 à 223 minutes ($M = 71,82$, $ÉT = 30,69$). La rencontre débutait par la lecture du formulaire de consentement (préalablement envoyé par courriel), afin de s'assurer qu'il n'y ait pas d'incompréhensions,

puis, le cas échéant, le consentement verbal a été obtenu et consigné. Les questions préliminaires du questionnaire sociodémographique ont été posées afin de vérifier avec le participant qu'il ne remplissait pas les critères d'exclusion mentionnés ultérieurement. L'expérimentation en elle-même a ensuite débuté par 1) le questionnaire sociodémographique, administré sous forme d'entrevue et qui comprenait, à la fin, des questions sur l'implication de la consommation de substances auprès des proches et de la famille de la personne. S'en est suivi l'administration du 2) DÉBA-A/D, sous forme d'entrevue. Ensuite, les autres questionnaires, excepté le SCL-90-R, ont été administrés via la plateforme LimeSurvey, sur laquelle le participant s'est connecté par l'entremise d'un lien et d'un code unique à lui. Il a été proposé au participant de partager son écran s'il désirait être accompagné dans l'utilisation de la plateforme. Une fois l'accès aux questionnaires donné, il a été mentionné au participant que l'expérimentateur restait disponible pour toute question, jusqu'à la complétion totale. Les questionnaires ont été administrés dans l'ordre suivant : 3) test de fausse croyance de 1^{er} et 2^e ordres; 4) test de fausse croyance de 3^e ordre; 5) UPPS; 6) AIM et 7) IESS. Avant de clore la rencontre, un rendez-vous a été pris avec le participant pour planifier la seconde partie en présentiel. Il a ensuite été remercié pour le temps accordé à la présente étude et a pu poser des questions, au besoin.

La seconde rencontre

À noter que le nombre de jours entre les deux rencontres pouvait varier, selon la disponibilité des participants, entre 0 à 18 jours ($M = 7,38$, $ÉT = 5,07$). Le participant a dû se présenter dans un laboratoire de recherche de l'UQAC, propice à la confidentialité, pour une rencontre prévue d'environ 45 minutes. Toutefois, la durée effective a été variable selon

les participants, allant de 24 à 48 minutes ($M = 31,79$, $ÉT = 4,84$). Le SCL-90-R a été administré au format papier. Également, la tâche de Stroop du D-KEFS a été administrée, ainsi que l'*Alcohol Stroop*. Ces deux tâches ont été administrées de façon pseudo randomisées. Ainsi, la moitié des participants a débuté par la tâche de Stroop du D-KEFS, pour ensuite finir la rencontre avec l'*Alcohol Stroop*. L'administration des tâches s'est effectuée dans l'ordre inverse pour l'autre moitié des participants. L'ordre de passation des deux instruments a été défini de manière aléatoire. Cette pseudo randomisation a notamment permis de limiter un possible effet d'ordre, soit que la passation d'une tâche avant l'autre puisse influencer les résultats de la tâche subséquente (Perreault, 1975).

Durant la rencontre en présentiel, les mesures d'hygiène et de sécurité relative à la COVID-19 ont été respectées, selon les mesures gouvernementales et institutionnelles (UQAC) en vigueur.

Analyses statistiques et classifications des groupes de consommation

Analyses statistiques quantitatives

La base de données a été révisée dans le but de s'assurer qu'aucune erreur n'ait été effectuée lors de l'entrée des données. Également, l'absence de données extrêmes et les différentes distributions des variables d'intérêt ont été vérifiées. Cette vérification a permis de constater qu'aucun participant ne devait être exclu et que les distributions étaient relativement normales, permettant d'effectuer des tests de type analyse de variance factorielle notamment et principalement. Tel que susmentionné, il est à noter que ces éléments ont été discutés lors d'une consultation auprès d'une personne experte en statistiques.

Afin de tester si les participants se distinguent sur les variables d'intérêt considérant la fréquence de consommation d'alcool, des analyses de variance factorielles ont été effectuées, en considérant le groupe de consommation d'alcool à trois niveaux et le sexe biologique (ANOVA factorielle 3x2). Considérant que les tests statistiques de type analyse de variance ont été réalisés sur chaque variable dépendante prise isolément, comme une unité en elle-même, aucune mesure d'ajustement du seuil de signification statistique pour les tests multiples, de type Bonferroni, n'a été appliquée, sauf pour les tests d'effets simples, le cas échéant. Les analyses seront détaillées dans le chapitre suivant, soit celui des résultats.

Classifications des trois groupes de consommation d'alcool et de cannabis

Les classifications de consommation de substances ont été déterminées via les résultats aux DÉBA-Alcool et au DÉBA-Drogues indépendamment. Plus spécifiquement, la fréquence de consommation durant la dernière année a été retenue pour déterminer les groupes de consommateurs non exclusifs, tant pour l'alcool que pour le cannabis. Dans ce cas, et considérant le faible nombre de participants, des sous-groupes de biconsommateurs alcool-cannabis selon toutes les fréquences possibles ne pouvaient être constitués. L'alcool et le cannabis ont donc été retenus comme descripteurs de groupe des utilisateurs, respectivement d'alcool et de drogues pour les analyses. Ceci, considérant que la majorité des participants (94,1 %) consomment de l'alcool, mais non exclusivement, et que parmi les consommateurs de drogues de l'échantillon, seules trois personnes (non exclues des analyses, considérant la taille restreinte de l'échantillon) consomment exclusivement une ou d'autres drogues autres que le cannabis, en plus de l'alcool. Ces trois personnes représentent 8,8 % de l'échantillon global et 13,6 % des consommateurs de drogues de l'échantillon, ce qui

implique que l'échantillon des consommateurs de drogues est composé à 86,4 % de consommateurs de cannabis (dont 63,6 % en sont des consommateurs exclusifs). Ainsi, la drogue utilisée dans l'échantillon est essentiellement le cannabis. En somme, l'échantillon se compose de consommateurs d'alcool selon trois fréquences et de consommateurs de cannabis selon trois fréquences, avec trois personnes qui consomment de l'alcool et des drogues autres que le cannabis. La consommation alcool-cannabis n'est donc pas exclusive.

Cette variable de fréquence a été retenue comme estimée de la sévérité de consommation, considérant que les DÉBA n'ont pas été complétés intégralement pour un nombre important de participants, considérant l'application des critères d'arrêts du fait d'une consommation qui n'était pas suffisamment élevée. Ainsi, trois groupes ont été définis, comme suit : 1) absence de consommation ou consommateurs à petite fréquence (jamais à moins d'une fois par mois); 2) consommateurs à moyenne fréquence (une à trois fois par mois) et 3) consommateurs à grande fréquence (une à trois fois et plus par semaine). De cette façon, aucune cellule vide, c'est-à-dire sans aucun participant, n'était présente lors des analyses statistiques, malgré la taille restreinte de l'échantillon ($n = 34$) obtenu (p. ex., seuls deux participants n'avaient pas consommé d'alcool dans la dernière année).

Résultats

Le chapitre des résultats vise à décrire les caractéristiques de l'échantillon recruté pour cet essai, ainsi qu'à présenter les résultats des analyses statistiques effectuées, afin de répondre à la question de recherche formulée. Dans un premier temps, les statistiques descriptives de l'échantillon seront présentées. Suivront dans un second temps les analyses visant à répondre à la question de recherche formulée ci-dessus, notamment via des procédures statistiques d'analyses de variance factorielle, impliquant le facteur de consommation d'alcool ou de cannabis à trois niveaux et le facteur de sexe biologique. Il est à noter que cette stratégie statistique a été discutée lors d'une consultation auprès d'un service de consultation en statistique.

Section 1 – Statistiques descriptives

Les participants composant l'échantillon ont été recrutés tel que susmentionné dans la section Méthodologie. Il était composé de 34 jeunes adultes, mais rappelons qu'une personne ne s'est pas présentée lors de la seconde rencontre. L'échantillon inclut 21 personnes dont le sexe biologique est féminin et 13 personnes dont le sexe biologique est masculin (Tableau 1). La répartition peut être considérée équivalente statistiquement entre les deux sexes biologiques, selon une analyse de chi-carré ($\chi^2(1, N = 34) = 1,88, p = 0,17$).

Tableau 1

Répartition des participants en fonction de leur sexe biologique

Sexe	Nombre de participants	Pourcentage de l'échantillon
Femmes	21	61,8 %
Hommes	13	38,2 %
Total	34	100 %

L'âge des participants varie de 19 à 35 ans et l'âge moyen est de 24,41 ans ($ÉT = 3,78$). La répartition des participants selon leur état civil se retrouve au Tableau 2. Un peu plus de la moitié (52,9 %) sont célibataires, alors qu'un peu moins de la moitié sont en relation de couple, toutes catégories confondues (47,1 %). La répartition entre les participants célibataires et ceux en relation de couple est statistiquement équivalente (aucune différence statistiquement significative entre les participants célibataires et ceux en relation de couple), selon une analyse de chi-carré ($\chi^2(1, N = 34) = 0,12, p = 0,73$).

Le plus haut niveau de scolarité atteint par les participants varie du niveau collégial aux cycles universitaires supérieurs (Tableau 3). Il est ainsi possible de constater que l'échantillon est très scolarisé, de niveau universitaire. Plus des trois quarts (85,3 %) des participants sont allés à l'université et tous ont au moins atteint le niveau collégial. Également, environ la moitié des participants se retrouve au 1^{er} cycle (55,9 %). Par ailleurs, le Tableau 4 relève l'âge moyen, ainsi que le nombre moyen d'années de scolarité effectuées, selon, distinctement, le niveau de consommation d'alcool, ainsi que de cannabis. Il est

possible de constater que, tant pour les groupes de consommateurs d'alcool et de cannabis, ils sont équivalents en âge ($F(2,31) = 1,29, p = 0,29$ pour l'alcool et $F(2,31) = 0,12, p = 0,89$ pour le cannabis) et en termes d'années de scolarité ($F(2,31) = 0,19, p = 0,83$ pour l'alcool et $F(2,31) = 0,21, p = 0,81$ pour le cannabis).

Tableau 2

Répartition des participants en fonction de leur état civil

État civil	Nombre de participants	Pourcentage de l'échantillon
Marié	1	2,9 %
En union de fait (plus de 12 mois)	11	32,4 %
En couple avec cohabitation (moins de 12 mois)	1	2,9 %
En couple sans cohabitation	3	8,8 %
Célibataire	18	52,9 %
Séparé.e, divorcé.e ou veuf.veuve	0	0 %
Total	34	100 %

Tableau 3

Répartition des participants en fonction de leur niveau de scolarité

Niveau de scolarité	Nombre de participants	Pourcentage de l'échantillon
Collégial	5	14,7 %
Universitaire – 1 ^{er} cycle	19	55,9 %
Universitaire – 2 ^e et 3 ^e cycles	10	29,4 %
Total	34	100 %

Tableau 4

Scores moyens de l'âge et des années de scolarité effectuées, selon la fréquence de consommation d'alcool et selon la fréquence de consommation de cannabis

Variables	Consommateurs d'alcool			Consommateurs de cannabis		
	Petits	Moyens	Grands	Petits	Moyens	Grands
Âge	27 (6)	24 (3)	25 (3)	24 (4)	25 (4)	24 (2)
Années de scolarité effectuées	17 (3)	17 (3)	17 (3)	17 (3)	16 (3)	17 (2)

Note. Les écarts-types sont entre parenthèses.

Enfin, la répartition des participants selon leur fréquence de consommation pour l'alcool et le cannabis, et selon le sexe se retrouvent respectivement dans le Tableau 5 et le Tableau 6.

Tableau 5

Répartition des participants en fonction de leur fréquence de consommation d'alcool

Fréquence de consommation	Nombre de participants (F : féminin; M : masculin)	Pourcentage de l'échantillon
Petits consommateurs	5 (F 3 : M 2)	14,7 %
Consommateurs moyens	16 (F 9 : M 7)	47,1 %
Grands consommateurs	13 (F 9 : M 4)	38,2 %
Total	34 (F 21 : M 13)	100 %

Note. Test de répartition : ($\chi^2(2, N = 34) = 5,71, p = 0,058$) – Les consommateurs moyens et élevés dominant.

Tableau 6

Répartition des participants en fonction de leur fréquence de consommation de cannabis

Fréquence de consommation	Nombre de participants (F : féminin; M : masculin)	Pourcentage de l'échantillon
Petits consommateurs	23 (F 15 : M 8)	67,6 %
Consommateurs moyens	4 (F 2 : M 2)	11,8 %
Grands consommateurs	7 (F 4 : M 3)	20,6 %
Total	34 (F 21 : M 13)	100 %

Note. Test de répartition : ($\chi^2(2, N = 34) = 18,41, p = 0,000$) – Les petits consommateurs dominant.

Les scores des variables principales, qui seront ensuite analysées, selon la fréquence de consommation d'alcool ou de cannabis, se retrouvent au Tableau 7.

Tableau 7

Scores moyens des variables d'intérêt, selon la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis

Variables d'intérêt	Consommateurs d'alcool			Consommateurs de cannabis		
	Petits	Moyens	Grands	Petits	Moyens	Grands
TdE 1 ^{er} ordre (Nb de bonnes détections)	5,80 (0,44)	5,56 (0,62)	5,85 (0,38)	5,70 (0,56)	5,75 (0,50)	5,71 (0,49)
TdE 2 ^e ordre (Nb de bonnes détections)	5,60 (0,55)	5,63 (0,62)	5,85 (0,38)	5,74 (0,45)	5,75 (0,50)	5,57 (0,79)
TdE 3 ^e ordre (Nb de bonnes détections)	0,80 (0,84)	0,75 (0,86)	1,31 (0,97)	1,04 (0,88)	1,25 (0,50)	0,57 (0,98)
IESS (Score total d'estime de soi sociale)	147,80 (17,54)	135,19 (21,49)	123,23 (31,62)	128,96 (28,06)	125,50 (24,06)	148,00 (14,86)
SCL-90-R (Score pondéré de détresse psychologique)	58,60 (5,13)	61,87 (10,91)	62,85 (7,49)	62,00 (8,41)	64,00 (2,65)	60,00 (12,28)
AIM (Score total d'intensité émotionnelle)	147,00 (9,87)	143,94 (25,10)	148,00 (19,54)	143,83 (19,00)	134,50 (13,03)	159,43 (26,44)

Scores moyens des variables d'intérêt, selon la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis (suite)

Variables d'intérêt	Consommateurs d'alcool			Consommateurs de cannabis		
	Petits	Moyens	Grands	Petits	Moyens	Grands
AIM – IN (Score d'intensité négative)	31,60 (7,37)	26,94 (6,59)	33,15 (6,62)	29,74 (8,10)	30,25 (4,57)	30,71 (5,44)
AIM – RN (Score de réactivité négative)	28,0 (4,18)	27,69 (6,72)	28,38 (5,49)	28,04 (5,84)	27,25 (5,38)	28,29 (6,73)
AIM – IP (Score d'intensité positive)	25,20 (3,56)	21,25 (5,53)	23,62 (6,20)	22,39 (6,45)	23,25 (3,59)	23,57 (3,74)
AIM – AP (Score d'affectivité positive)	69,60 (13,35)	75,81 (19,75)	70,54 (16,38)	71,00 (16,02)	60,00 (4,20)	86,43 (19,65)
Stroop interférence (Scores pondérés D-KEFS)	12,60 (3,72)	10,47 (3,04)	12,62 (1,56)	11,83 (2,79)	9,33 (3,79)	12,00 (2,38)
Stroop Alcool – A (En millisecondes ms)	646,618 (97,68)	663,653 (73,69)	636,667 (73,34)			
Stroop Alcool – Ng (En ms)	653,838 (117,90)	666,285 (80,08)	629,075 (67,83)			

Scores moyens des variables d'intérêt, selon la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis (suite)

Variables d'intérêt	Consommateurs d'alcool			Consommateurs de cannabis		
	Petits	Moyens	Grands	Petits	Moyens	Grands
Stroop Alcool – N (En ms)	669,414 (125,56)	671,673 (86,74)	646,142 (83,82)			
Stroop Alcool – P (En ms)	646,880 (117,45)	679,251 (86,06)	642,916 (74,09)			
Stroop Alcool – Interférence A	-22,80 (33,32)	-8,02 (36,61)	-9,48 (43,78)			
Stroop Alcool – Interférence N	-15,58 (17,51)	-5,39 (28,13)	-17,07 (36,43)			
Stroop Alcool – Interférence P	-22,53 (72,80)	7,58 (34,46)	-3,23 (60,14)			
UPPS (Score total d'impulsivité)	101,80 (15,29)	102,44 (13,61)	102,31 (14,39)	101,96 (14,48)	106,75 (8,81)	100,86 (14,30)
UPPS – U (Score d'urgence)	25,80 (2,78)	26,81 (5,68)	28,62 (5,35)	27,43 (5,59)	28,00 (1,41)	26,71 (5,74)
UPPS – RS (Score recherche de sensations)	24,80 (3,03)	23,25 (5,35)	18,85 (3,91)	22,48 (4,75)	23,00 (6,83)	18,86 (4,63)

Scores moyens des variables d'intérêt, selon la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis (suite)

Variables d'intérêt	Consommateurs d'alcool			Consommateurs de cannabis		
	Petits	Moyens	Grands	Petits	Moyens	Grands
UPPS – Pré (Score manque de préméditation)	18,60 (4,62)	19,50 (4,69)	20,38 (3,55)	19,39 (4,54)	21,75 (3,30)	19,57 (3,51)
UPPS – Pers (Score manque de persévérance)	32,60 (7,60)	32,88 (7,66)	34,46 (8,04)	32,65 (6,30)	34,00 (11,75)	35,71 (9,74)

Note. Les écarts-types sont entre parenthèses.

TdE = théorie de l'esprit; IESS = Inventaire d'estime de soi sociale; SCL-90-R = Symptom CheckList-90-R;

AIM = Affect Intensity Measure; Stroop interférence = score d'interférence à la condition 3 de la tâche de Stroop;

Stroop Alcool – A/Ng/N/P = temps de réaction à la condition alcool/négative/neutre/positive;

Stroop Alcool – Interférence A = score d'interférence entre la condition Alcool et la condition Neutre;

Stroop Alcool – Interférence N = score d'interférence entre la condition Négative et la condition Neutre;

Stroop Alcool – Interférence P = score d'interférence entre la condition Positive et la condition Neutre;

UPPS = UPPS Impulsive Behavior Scale.

Section 2 – Résultats des analyses concernant la consommation d'alcool

Dans le but de restreindre la présentation des résultats à l'essentiel, seuls les résultats statistiquement significatifs, ainsi que les tendances (non statistiquement significatives, mais intéressantes au plan théorique pour de futures études) seront rapportés dans le texte. Dans ce dernier cas, les notions d'observation d'intérêt et marginalement significative (avec une valeur p supérieure, mais proche du seuil de 0,05) seront utilisées pour les distinguer des résultats statistiquement significatifs. Ainsi, considérant qu'aucune analyse statistique ne se révèle significative pour les trois ordres de la théorie de l'esprit, aucun résultat associé n'est rapporté. Toutefois, une synthèse des résultats concernant l'alcool est disponible au Tableau 24, comprenant les variables dont les résultats sont non significatifs.

Résultats des analyses portant sur l'estime de soi sociale et la consommation d'alcool

Le score utilisé pour représenter l'estime de soi sociale correspond à la somme totale des réponses aux items de l'échelle (IESS). Plus le score est élevé plus l'estime de soi sociale est importante. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 8) ne démontrent pas d'effet d'interaction significatif entre le sexe et la consommation d'alcool, ni d'effet principal de la fréquence de consommation d'alcool. Toutefois, bien que l'effet principal relevant du sexe ne soit pas non plus statistiquement significatif, il l'est marginalement et pourrait être considéré comme une observation d'intérêt ($F(1, 28) = 3,58, p = 0,069, \eta^2 = 0,11$), puisqu'il y aurait suggestion que les hommes ($M = 142,31, \acute{E}T = 17,44$) dans cet échantillon, présenteraient une estime de soi sociale plus élevée et moins variable que les femmes ($M = 126,38, \acute{E}T = 29,04$). Rappelons que le score maximal à l'échelle est de 180.

Tableau 8

Analyse de variance du score total d'estime de soi sociale à l'IESS selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	853,669	1,377	0,090	0,269
Sexe	1	2218,539	3,578 ^a	0,113	0,069
Fréquence de consommation x Sexe	2	555,533	0,896	0,060	0,420
Résiduel	28	620,110			

$R^2 = 0,230$; R^2 ajusté = 0,093.

$\eta^2 = \text{Êta-carré} = \text{taille d'effet}$.

^a Observation d'intérêt ($p = 0,069$).

Résultats des analyses portant sur la détresse psychologique et la consommation d'alcool.

Le score de détresse psychologique a été obtenu via le SCL-90-R qui permet de déterminer l'indice global de sévérité (IGS) en score T, selon les normes du test, c'est-à-dire l'élévation symptomatique moyenne des 90 items de l'instrument. Plus ce score est élevé plus la détresse psychologique est sévère. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 9) démontrent un effet d'interaction significatif ($F(2, 27) = 3,57, p = 0,042, \eta^2 = 0,21$) entre la fréquence de consommation d'alcool et le sexe biologique. Plus spécifiquement, chez les consommateurs moyens d'alcool seulement, les résultats indiquent une différence selon le sexe, les femmes ($M = 56,50, \acute{E}T = 10,00$) ayant un score de détresse psychologique significativement ($F(1, 27) = 7,14, p = 0,013, \eta^2 = 0,21$) moins élevé que les hommes

($M = 68,00$, $ÉT = 8,87$). La représentation graphique de cet effet l'interaction se retrouve à la Figure 2.

Tableau 9

Analyse de variance du score pondéré total de détresse psychologique au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	28,934	0,418	0,030	0,662
Sexe	1	9,055	0,131	0,005	0,720
Fréquence de consommation x Sexe	2	246,783	3,568*	0,209	0,042
Petits consommateurs selon le Sexe	1	8,533	0,123	0,005	0,728
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	493,733	7,138*	0,209	0,013
Grands consommateurs selon le Sexe	1	74,720	1,080	0,038	0,308
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	135,031	1,952	0,126	0,162
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	149,163	2,156	0,138	0,135
Résiduel	27	69,172			

$R^2 = 0,256$; R^2 ajusté = 0,118.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

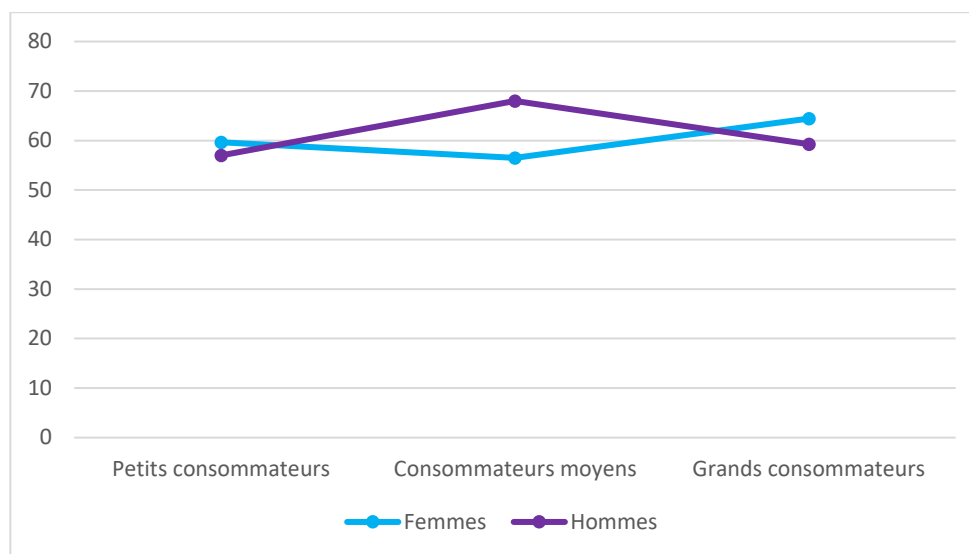


Figure 2. Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score total de détresse psychologique au SCL-90-R.

Analyses relatives aux sous-échelles pertinentes du SCL-90-R et la consommation d'alcool. De plusieurs des analyses des sous-échelles ressortent des effets d'interaction entre la fréquence de consommation et le sexe, ainsi qu'un effet principal de la fréquence de consommation d'alcool.

Sous-échelle de détresse des symptômes positifs (PSDI). Cette échelle permet la mesure de l'intensité moyenne des symptômes rapportés par les participants pour les symptômes ayant un score différent de zéro exclusivement. Les résultats d'analyses (Tableau 10) de cette sous-échelle permettent de constater un effet d'interaction significatif ($F(2, 27) = 4,52, p = 0, 020, \eta^2 = 0,25$) entre la fréquence de consommation d'alcool et le sexe sur la détresse des symptômes positifs. Plus spécifiquement, chez les consommateurs moyens d'alcool seulement, les résultats suggèrent qu'il y a une différence selon le sexe, les

femmes ($M = 58,00$, $ÉT = 4,34$) ayant un score de détresse des symptômes positifs significativement ($F(1,27) = 4,60$, $p = 0,041$, $\eta^2 = 0,15$) moins élevé que les hommes ($M = 65,29$, $ÉT = 6,70$). Les résultats suggèrent également que pour les hommes seulement, il existe une différence significative ($F(2,27) = 6,13$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,31$) sur le score de détresse des symptômes positifs, les petits ($M = 50,50$, $ÉT = 2,12$) et grands ($M = 53,75$, $ÉT = 6,90$) consommateurs d'alcool ayant un score significativement ($p = 0,009$) moins élevé que les consommateurs moyens ($M = 65,29$, $ÉT = 6,70$). Les petits et les grands consommateurs d'alcool ne se distinguent pas. La représentation graphique de cet effet d'interaction se retrouve à la Figure 3.

Tableau 10

Analyse de variance du score pondéré de détresse des symptômes positifs au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	121,417	2,817	0,173	0,077
Sexe	1	36,975	0,858	0,031	0,363
Fréquence de consommation selon le Sexe	2	194,616	4,516*	0,251	0,020
Petits consommateurs selon le Sexe	1	86,700	2,012	0,069	0,168
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	198,171	4,598*	0,146	0,041
Grands consommateurs selon le Sexe	1	104,361	2,422	0,082	0,131
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	7,556	0,175	0,013	0,840
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	264,276	6,132**	0,312	0,006
Résiduel	27	43,095			

$R^2 = 0,319$; R^2 ajusté = 0,193.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

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

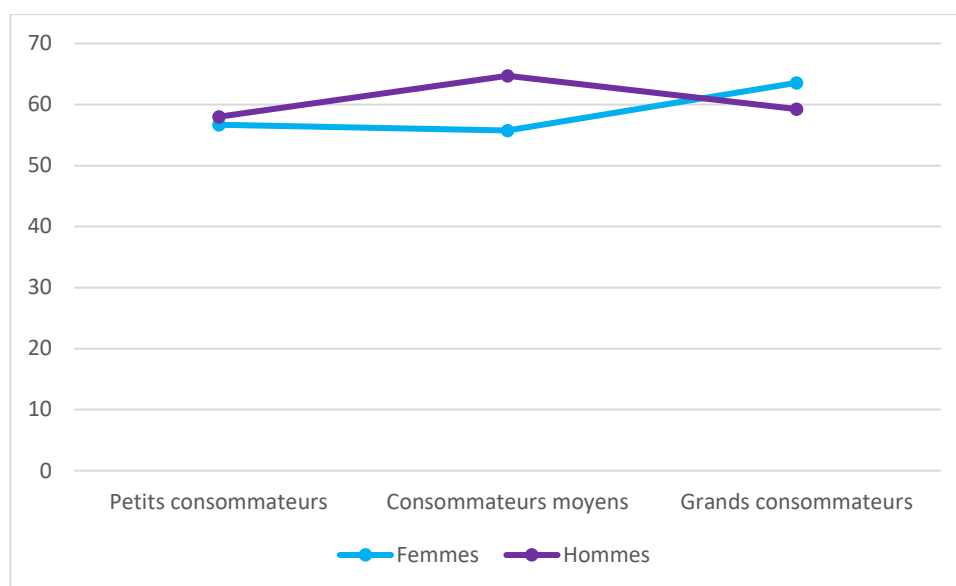


Figure 3. Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score de détresse de symptômes positifs au SCL-90-R.

Sous-échelle de somatisation. Cette sous-échelle mesure la détresse psychologique éprouvée par les participants sous forme de symptômes somatiques. Les résultats aux analyses (Tableau 11) de cette sous-échelle ressortent un effet d'interaction significatif ($F(2, 27) = 4,14, p = 0,027, \eta^2 = 0,24$) entre la fréquence de consommation d'alcool et le sexe sur la somatisation. Plus spécifiquement, chez les consommateurs moyens seulement, les résultats suggèrent qu'il y a une différence selon le sexe, les femmes ($M = 55,88, \acute{E}T = 6,79$) ayant un score de somatisation significativement ($F(1,27) = 4,50, p = 0,043, \eta^2 = 0,14$) moins élevé que les hommes ($M = 64,29, \acute{E}T = 9,23$). Les résultats suggèrent également que pour les hommes seulement, il existe une différence significative ($F(2,27) = 4,71, p = 0,018, \eta^2 = 0,26$) sur le score de somatisation, les consommateurs moyens ($M = 64,29, \acute{E}T = 9,23$) ayant un score significativement ($p = 0,005$) plus élevé que les grands consommateurs

($M = 49,75$, $ÉT = 9,64$). La représentation graphique de cet effet d'interaction se retrouve à la Figure 4.

Tableau 11

Analyse de variance du score pondéré de détresse somatisation au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	135,673	2,313	0,146	0,118
Sexe	1	23,318	0,398	0,015	0,534
Fréquence de consommation selon le Sexe	2	242,665	4,137*	0,235	0,027
Petits consommateurs selon le Sexe	1	48,133	0,821	0,029	0,373
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	264,096	4,502*	0,143	0,043
Grands consommateurs selon le Sexe	1	173,558	2,959	0,099	0,097
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	45,504	0,776	0,054	0,470
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	276,526	4,714*	0,259	0,018
Résiduel	27	58,656			

$R^2 = 0,291$; R^2 ajusté = 0,160.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

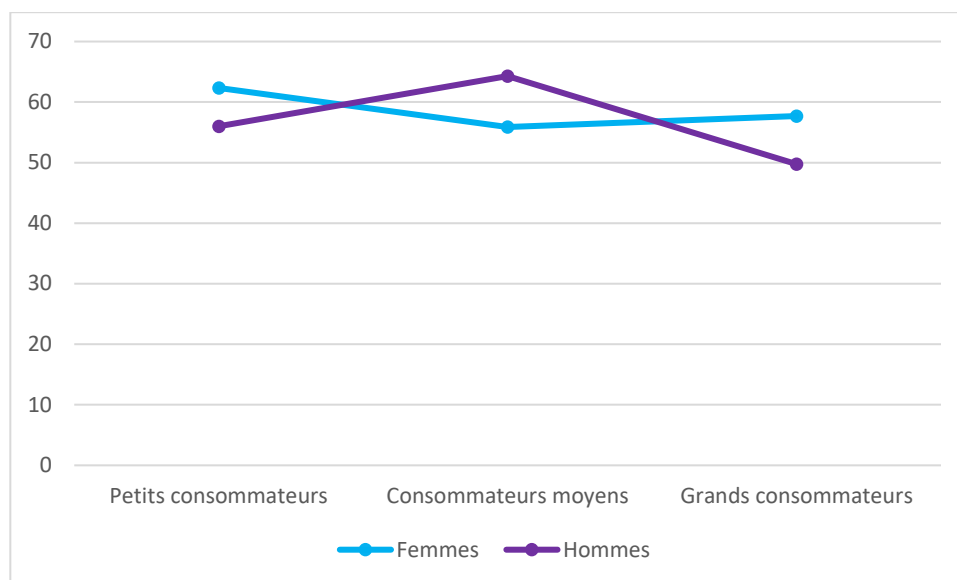


Figure 4. Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score de somatisation au SCL-90-R.

Sous-échelle d'anxiété. Cette sous-échelle mesure l'intensité des symptômes reliés à l'anxiété. Les résultats aux analyses (Tableau 12) de cette sous-échelle permettent de faire ressortir un effet d'interaction significatif ($F(2, 27) = 5,05, p = 0,014, \eta^2 = 0,27$) entre la fréquence de consommation d'alcool et le sexe sur l'échelle de mesure de l'anxiété. Plus spécifiquement, chez les consommateurs moyens seulement, les résultats suggèrent qu'il y a une différence significative selon le sexe, les femmes ($M = 54,63, \acute{E}T = 6,39$) ayant un score d'anxiété significativement ($F(1,27) = 9,44, p = 0,005, \eta^2 = 0,26$) moins élevé que les hommes ($M = 68,57, \acute{E}T = 11,69$). Les résultats des tests d'effets simples suggèrent également que pour les hommes seulement, il existe une observation d'intérêt ($p = 0,07$) sur le score d'anxiété, les consommateurs moyens ($M = 68,57, \acute{E}T = 11,69$) ayant un score plus élevé ($p = 0,027$) que les grands consommateurs ($M = 55,75, \acute{E}T = 11,15$). Quant aux femmes

seulement, il existerait une observation d'intérêt ($p = 0,078$) sur le score d'anxiété, les consommatrices moyennes ($M = 54,63$, $ÉT = 6,39$) ayant un score moins élevé ($p = 0,039$) que les grandes consommatrices ($M = 63,89$, $ÉT = 6,83$). La représentation graphique de cet effet l'interaction se retrouve à la Figure 5.

Tableau 12

Analyse de variance du score pondéré d'anxiété au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	ddl	Carré moyen	F	η^2	p
Fréquence de consommation	2	41,259	0,537	0,038	0,591
Sexe	1	82,359	1,071	0,038	0,310
Fréquence de consommation x Sexe	2	387,945	5,045*	0,272	0,014
Petits consommateurs selon le Sexe	1	32,033	0,417	0,015	0,524
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	726,144	9,442**	0,259	0,005
Grands consommateurs selon le Sexe	1	183,438	2,385	0,081	0,134
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	216,160	2,811 ^a	0,172	0,078
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	225,672	2,934 ^a	0,179	0,070
Résiduel	27	76,904			

$R^2 = 0,334$; R^2 ajusté = 0,211.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

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

^a Observation d'intérêt.

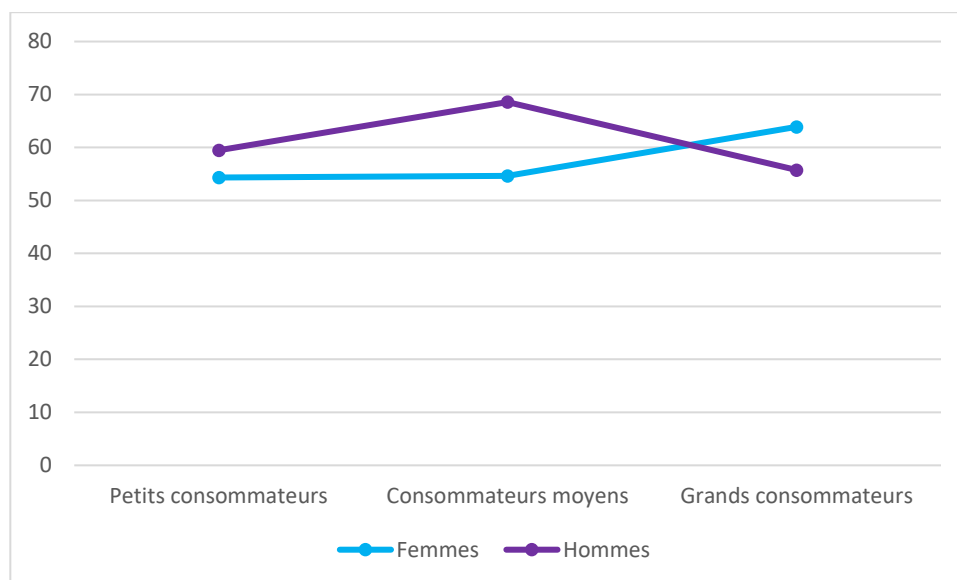


Figure 5. Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score d'anxiété au SCL-90-R.

Sous-échelle d'hostilité. Cette sous-échelle mesure l'intensité des symptômes associés aux émotions de l'ordre de la colère. Les résultats aux analyses (Tableau 13) de cette sous-échelle ressortent un effet principal significatif ($F(2, 27) = 4,11, p = 0,028, \eta^2 = 0,23$) de la fréquence de consommation d'alcool. Ainsi, cela suggère que les grands consommateurs ($M = 59,31, \acute{E}T = 8,86$) ont un niveau d'hostilité plus élevé que les petits consommateurs ($M = 45,00, \acute{E}T = 6,21$). La représentation graphique de cet effet se retrouve à la Figure 6. Aucun effet significatif n'est observable sur le sexe, ni effet d'interaction.

Ces résultats ont été vérifiés statistiquement à l'aide d'un test de comparaisons de moyennes à postériori de Tukey entre les groupes de consommateurs d'alcool sur le score d'hostilité. Cette procédure statistique permet de constater que les petits consommateurs ont

un score d'hostilité significativement moins élevé que les grands consommateurs ($p = 0,02$). La différence entre les grands et moyens consommateurs d'alcool n'est pas significative ($p = 0,66$), de même que celle concernant les petits et moyens consommateurs ($p = 0,07$).

Tableau 13

Analyse de variance du score pondéré d'hostilité au SCL-90-R selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	362,491	4,111*	0,233	0,028
Sexe	1	14,830	0,168	0,006	0,685
Fréquence de consommation x Sexe	2	84,868	0,963	0,067	0,395
Résiduel	27	88,174			

$R^2 = 0,278$; R^2 ajusté = 0,144.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

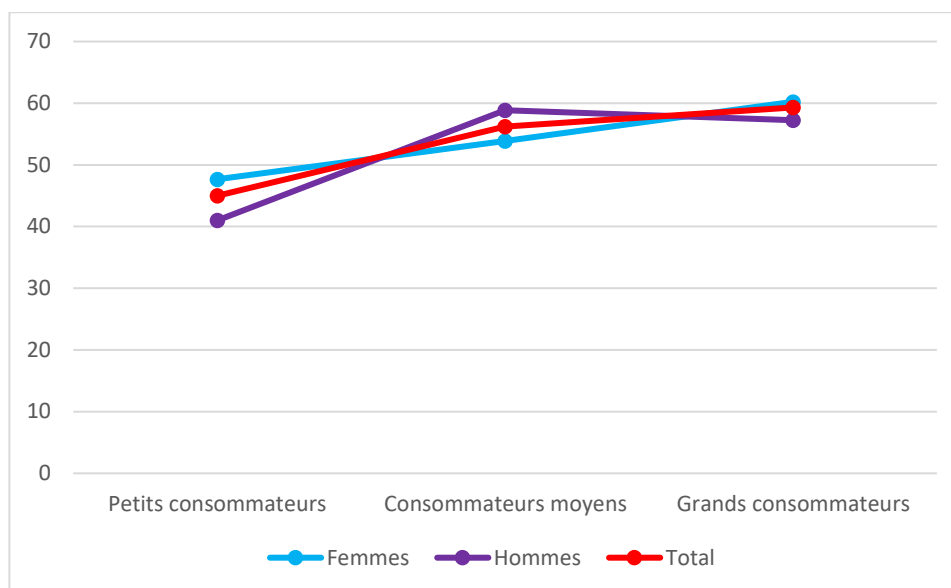


Figure 6. Représentation graphique de l'effet principal de la consommation d'alcool concernant le score pondéré d'hostilité au SCL-90-R, selon le sexe.

Résultats des analyses portant sur l'impulsivité

Il est à noter que l'ensemble des mesures d'impulsivité, incluant la mesure principale, soit le score global à l'UPPS, se révèlent non-significatives entre les niveaux de consommation d'alcool et le sexe de même que pour les effets d'interactions. Ceci, excepté la sous-échelle de Recherche de Sensation, qui ne constitue pas une variable d'intérêt premier, dont seuls ses résultats, considérés complémentaires seront détaillés.

Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'UPPS mesurant l'impulsivité. La sous-échelle Recherche de Sensations mesure le degré auquel les participants tendent à rechercher des expériences suscitant des sensations fortes. Les résultats d'analyses (Tableau 14) de cette sous-échelle ressortent un effet principal significatif

($F(2, 28) = 3,41, p = 0,047, \eta^2 = 0,20$) de la fréquence de consommation d'alcool. La représentation graphique de cet effet se retrouve à la Figure 7.

Ces résultats ont été vérifiés statistiquement à l'aide d'un test de comparaisons de moyennes à postériori de Tukey entre les groupes de consommateurs d'alcool sur le score de recherche de sensation. Cette procédure statistique permet de constater que les petits consommateurs ($M = 24,80, \acute{E}T = 3,03$) ont un niveau de recherche de sensations similaire aux consommateurs moyens ($p = 0,80$) et tendent à avoir un score plus élevé que les grands consommateurs, la comparaison des scores est proche du seuil de significativité ($p = 0,06$). Par ailleurs, la différence entre les grands ($M = 18,85, \acute{E}T = 3,91$) et moyens consommateurs d'alcool ($M = 23,25, \acute{E}T = 5,35$) est significative ($p = 0,049$). Les données indiquent que la recherche de sensations est plus forte chez les petits et moyens consommateurs d'alcool.

Tableau 14

Analyse de variance du score de recherche de sensations à l'UPPS selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	76,566	3,408*	0,196	0,047
Sexe	1	10,763	0,479	0,017	0,495
Fréquence de consommation x Sexe	2	8,169	0,364	0,025	0,698
Résiduel	28	22,464			

$R^2 = 0,253; R^2$ ajusté = 0,119.

$\eta^2 = \acute{E}ta$ -carré = taille d'effet.

* $p < 0,05$.

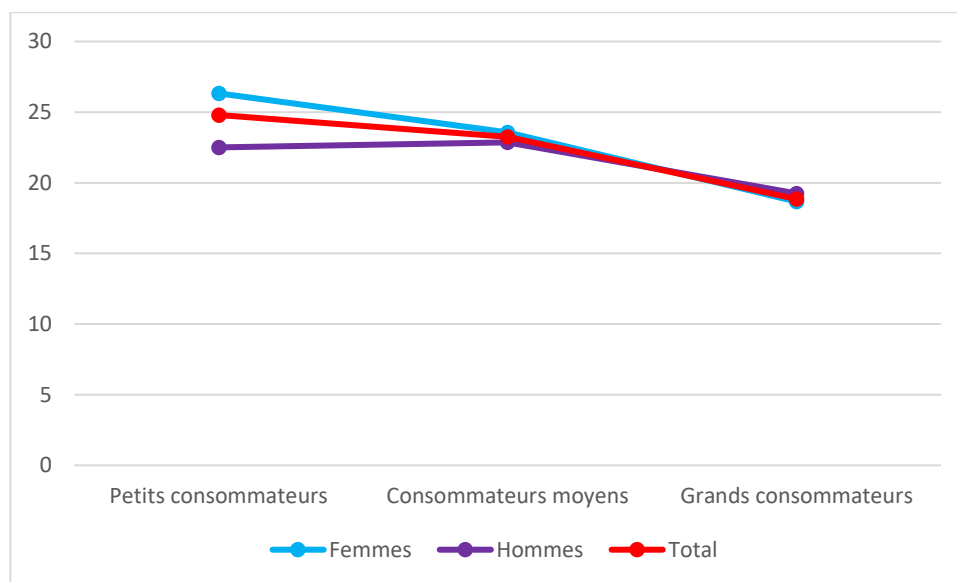


Figure 7. Représentation graphique de l'effet principal de la consommation d'alcool concernant le score de recherche de sensations à l'UPPS, selon le sexe.

Résultats des analyses significatives portant sur l'inhibition

Score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 de la tâche de Stroop.

Le score utilisé a été obtenu via la tâche de Stroop de la batterie D-KEFS, par la mesure en secondes du temps utilisé afin de compléter quatre tâches correspondant à quatre conditions, dont une permettant d'estimer l'efficacité de l'inhibition par un estimé d'interférence (condition 3 d'inhibition) concernant la lecture des stimulations de type Stroop. Ce score de temps est ensuite transformé en un score pondéré à l'aide des tables du manuel de test et selon l'âge du participant. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 15) ne démontrent pas d'effet d'interaction significatif entre la fréquence de consommation d'alcool et le sexe. Toutefois, les résultats ressortent un effet principal significatif de la consommation d'alcool ($F(2,27) = 3,52, p = 0,044, \eta^2 = 0,21$). Les résultats pourraient laisser suggérer que, selon le

score pondéré moyen, les petits ($M = 12,60$, $ÉT = 3,72$) et grands ($M = 12,62$, $ÉT = 1,56$) consommateurs d'alcool ont un temps moyen de complétion plus rapide que les consommateurs moyens ($M = 10,47$, $ÉT = 3,04$). Ces derniers auraient alors des capacités d'inhibition moins efficaces, quoique normatives, que les deux autres catégories de consommateurs. Toutefois, le test de comparaison de moyennes à posteriori de Tukey ne permet pas d'observer de différences entre les consommateurs moyens et les petits ($p = 0,257$) de même que les grands et les petits consommateurs ($p = 0,086$). Les grands et petits consommateurs d'alcool ne se distinguent aucunement. À noter que tous les scores sont normatifs.

Il est également à noter que, bien que les résultats à l'analyse de variance ne ressortent pas d'effet d'interaction significatif, ils ressortent la présence d'une observation d'intérêt (voir Tableau 15) quant à un effet d'interaction potentiel entre le facteur de fréquence de consommation d'alcool et le sexe sur le score d'interférence au test de Stroop ($F(2, 27) = 2,77$, $p = 0,080$, $\eta^2 = 0,17$). Plus spécifiquement, cela suggère que les différentes fréquences de consommation amènent des différences significatives sur le temps de complétion moyen, mais seulement auprès des hommes ($F(2,27) = 5,21$, $p = 0,012$, $\eta^2 = 0,28$). Ceci suggérant alors que, chez les hommes, les consommateurs moyens ($M = 9,14$, $ÉT = 3,93$) sont significativement plus lents que les petits ($M = 14,50$, $ÉT = 0,71$, $p = 0,015$) et grands ($M = 13,25$, $ÉT = 1,71$, $p = 0,016$) consommateurs. Les hommes avec une consommation moyenne d'alcool auraient alors des capacités d'inhibition moins efficaces, quoique normatives, comparativement aux hommes des deux autres groupes. De plus, les résultats suggèrent une observation d'intérêt de l'influence du sexe, mais seulement pour les

consommateurs moyens ($F(1,27) = 3,52, p = 0,072, \eta^2 = 0,12$). Ceci laissant alors présager que, pour les consommateurs moyens seulement, les hommes ($M = 9,14, \acute{E}T = 3,93$) sont plus lents que les femmes ($M = 11,63, \acute{E}T = 1,41$). Ces consommatrices moyennes auraient alors des capacités d'inhibition plus efficaces, quoique normatives, que les hommes consommateurs moyens. La représentation graphique de cet effet d'interaction (non statistiquement significatif) se retrouve à la Figure 8.

Tableau 15

Analyse de variance du score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 (inhibition) de la tâche de Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	ddl	Carré moyen	F	η^2	p
Fréquence de consommation	2	23,038	3,521*	0,207	0,044
Sexe	1	1,753	0,268	0,010	0,609
Fréquence de consommation selon le Sexe	2	18,124	2,770 ^a	0,170	0,080
Petits consommateurs selon le Sexe	1	12,033	1,839	0,064	0,186
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	23,001	3,516 ^a	0,115	0,072
Grands consommateurs selon le Sexe	1	2,327	0,356	0,013	0,556
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	1,629	0,249	0,018	0,781
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	34,100	5,212*	0,279	0,012
Résiduel	27	6,543			

$R^2 = 0,298$; R^2 ajusté = 0,168.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

^a Observation d'intérêt.

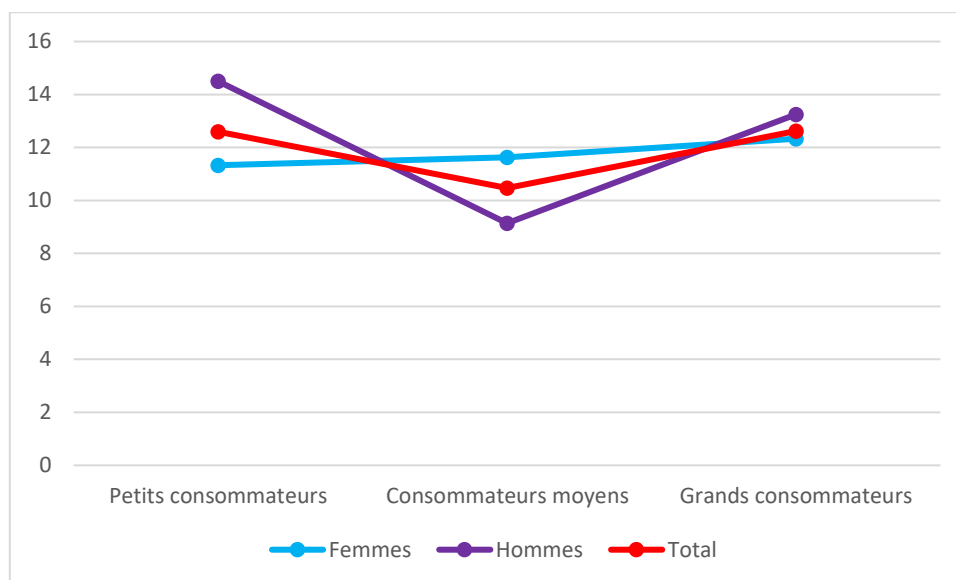


Figure 8 Représentation graphique de l'effet d'interaction non statistiquement significatif entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool et de l'effet principal de la consommation sur le score pondéré du temps de réaction moyen à la condition 3 (inhibition) de la tâche de Stroop.

Utilisation de l'Alcohol Stroop. Avant de considérer les résultats concernant le temps de réaction en millisecondes à l'Alcohol Stroop, des vérifications ont dû être effectuées quant à la présence d'une valence affective observable et cohérente donnée aux mots des différentes conditions affectives, par les participants. Pour rappel, ce test permet d'obtenir des scores de vitesse de réaction motrice moyens à une tâche de type Stroop impliquant ou non une interférence émotionnelle, incluant quatre catégories comprenant chacune 10 mots à valeur affective neutre (sans interférence émotionnelle), positive, négative ou des mots en lien avec la consommation d'alcool, donnant alors lieu à quatre conditions émotives.

D'abord, les moyennes des valeurs affectives attribuées par les participants aux quatre différentes catégories de mots (neutre, positif, négatif, liés à l'alcool) ont été analysées, afin de s'assurer qu'elles concordent avec les valeurs émotionnelles attendues. Plus spécifiquement, les participants ont noté la valeur associée à chacun des mots sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (Très dérangeant) à 5 (Très plaisant), avec comme point milieu 3 (Neutre). Il en découle, pour cet échantillon, que les mots neutres doivent avoir une moyenne de 3, les mots avec une valeur négative (dysphorique) une moyenne inférieure à 3 et les mots avec une valeur positive moyenne supérieure à 3. Les valeurs moyennes données par les participants se retrouvent dans le Tableau 16. Il est alors possible de constater la validité et la cohérence de l'effet émotionnel et affectif attendu du test pour l'échantillon obtenu dans le contexte de cet essai, considérant que les valeurs moyennes correspondent aux résultats attendus en termes de valeur affective. Il est cependant intéressant de soulever que les mots en lien avec l'alcool ont une valeur moyenne légèrement négative ($M = 2,533$, $ÉT = 5,05$), mais plus mitigée (moins importante) que celle des mots négatifs comme tels ($M = 1,809$, $ÉT = 4,15$). Les mots liés à l'alcool sont donc généralement perçus négativement, mais moins que les mots négatifs. De surcroît, des tests t (Tableau 17) permettent de constater que les scores moyens de chacune des conditions des paires comparées ressortent significativement différents par rapport aux mots neutres. Il est alors à constater que la condition des mots en lien avec l'alcool est significativement différente des conditions négative et neutre. Ceci confirme alors l'élément susmentionné, à l'effet que la valeur donnée aux mots alcool par les participants n'est pas neutre, mais plutôt relativement négative.

Tableau 16

Valences affectives moyennes données aux mots de l'Alcohol Stroop selon les catégories de mots.

Conditions – catégories de mots	Moyenne	Écart-type
Neutre	3,079	2,631
Positive	4,252	3,124
Négative	1,809	4,149
Alcool	2,533	5,048

Note. La valeur de la neutralité est à 3.

Tableau 17

Comparaison par test t pour échantillons appariés des différentes conditions à l'Alcohol Stroop

Source de variation	<i>ddl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Alcool et Neutre	32	-5,378	0,000
Négatif et Neutre	32	-14,997	0,000
Positif et Neutre	32	17,994	0,000
Alcool et Négatif	32	8,341	0,000
Négatif et Positif	32	-21,537	0,000
Alcool et Positif	32	-14,628	0,000

Les analyses faites concernant le temps de réponse en millisecondes pour les conditions négative et neutre sont généralement non significatives, ni marginalement

significatives, elles ne seront donc pas formellement rapportées. Toutefois, ces analyses temporelles le sont concernant le sexe, pour les deux autres conditions détaillées ci-après. Quant aux mesures d'interférences temporelles selon les conditions, les analyses ressortent toutes non significatives et ne sont donc pas détaillées.

Temps de réponse moyen à la condition de mots reliés à l'alcool de l'Alcohol Stroop. Le score utilisé constitue le temps de réponse moyen d'expression motrice à une tâche de type Stroop pour la catégorie des mots en lien avec l'alcool, correspondant à une des trois conditions des mots avec valence émotionnelle du test. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 18) ne démontrent pas d'effet d'interaction significatif. Toutefois, il y a un effet principal marginalement significatif ($F(1,27) = 4,15, p = 0,52, \eta^2 = 0,13$) du sexe sur le temps moyen de réponse motrice d'identification de la couleur de mots en lien avec le sexe biologique. Ainsi, cela suggère que les femmes sont plus rapides ($M = 623,116$ ms, $ÉT = 63,601$), car elles ont un temps de réaction motrice moyen moins élevé que les hommes ($M = 692,480$ ms, $ÉT = 75,900$) lorsque des mots en lien avec l'alcool sont présentés et que la couleur de l'encre de ces mots doit être identifiée. Elles seraient alors, dans ce contexte de mots en lien avec l'alcool, plus rapides que les hommes à identifier la bonne couleur d'encre.

Tableau 18

Analyse de variance du temps de réaction moyen à la condition Alcool de l'Alcohol Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	ddl	Carré moyen	F	η^2	p
Fréquence de consommation	2	879,960	0,167	0,012	0,847
Sexe	1	21814,185	4,147 ^a	0,133	0,052
Fréquence de consommation x Sexe	2	1020,675	0,194	0,014	0,825
Résiduel	27	5260,189			

$R^2 = 0,228$; R^2 ajusté = 0,085.

$\eta^2 = \text{Éta-carré} = \text{taille d'effet}$.

^a Observation d'intérêt.

Temps de réponse motrice moyen à la condition de mots positifs de l'Alcohol Stroop. Le score utilisé constitue le temps de réponse moteur moyen en millisecondes à une tâche de Stroop incluant des mots avec valence émotionnelle positive, correspondant à une des quatre conditions du test. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 19) ne démontrent pas d'effet d'interaction significatif. Toutefois, il y a un effet principal significatif ($F(1,27) = 5,89$, $p = 0,022$, $\eta^2 = 0,18$) du sexe sur le temps de réponse motrice moyen. Ainsi, cela suggère que les femmes sont plus rapides ($M = 629,229$ ms, $ÉT = 73,649$), car elles ont un temps de réponse motrice moyen moins élevé que les hommes ($M = 707,423$ ms, $ÉT = 83,534$) lorsque des mots évocateurs d'affects positifs sont présentés. Elles seraient alors plus rapides que les hommes à identifier la bonne couleur d'encre. Cet effet de rapidité de la réponse féminine n'est pas observé pour les conditions négatives et neutres.

Tableau 19

Analyse de variance du temps de réaction moyen à la condition Positive de l'Alcool Stroop selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	2719,401	0,408	0,029	0,669
Sexe	1	39304,668	5,894*	0,179	0,022
Fréquence de consommation x Sexe	2	784,161	0,118	0,009	0,890
Résiduel	27	6669,039			

$R^2 = 0,234$; R^2 ajusté = 0,092.

$\eta^2 = \text{Êta-carré} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

Résultats des analyses concernant le cannabis

Comme pour l'alcool, des analyses de variance ont été effectuées, afin de vérifier l'effet principal de la fréquence de consommation de cannabis et du sexe de même que l'effet d'interaction entre ces deux facteurs (ANOVA factorielle 3x2), dans l'objectif de documenter si effectivement la fréquence de consommation de cannabis exerçait une influence sur les variables d'intérêt, selon le sexe biologique, le cas échéant.

Comme pour les analyses portant sur la consommation d'alcool, seuls les résultats significatifs seront rapportés dans le texte, ainsi que les tendances (non statistiquement significatives, mais intéressantes sur le plan théorique pour de futures études). Dans ce dernier cas, les notions d'observation d'intérêt et marginalement significative (avec une valeur p supérieure, mais proche du seuil de 0,05) seront utilisées pour les distinguer des

résultats statistiquement significatifs. Ainsi, considérant qu'aucun résultat ne ressort significatif pour les trois ordres de la théorie de l'esprit, pour l'estime de soi sociale, pour la détresse psychologique et pour les mesures d'inhibition, aucun résultat associé ne sera rapporté. Toutefois, une synthèse des résultats concernant le cannabis est disponible au Tableau 25, comprenant les variables dont les résultats sont non significatifs.

Résultats des analyses significatives portant sur l'intensité émotionnelle

Score total d'intensité émotionnelle. Le score utilisé a été obtenu via l'AIM, permettant de déterminer l'intensité émotionnelle des participants. Plus le score est élevé plus l'intensité émotionnelle est importante. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 20) permettent de faire ressortir la présence d'une observation d'intérêt concernant l'intensité émotionnelle liée à la fréquence de consommation de cannabis ($F(2,28) = 2,87, p = 0,074, \eta^2 = 0,17$). Ainsi, cela suggère que les grands consommateurs ($M = 159,43, \acute{E}T = 26,43$) de cannabis semblent vivre une intensité émotionnelle plus élevée que les petits consommateurs ($M = 143,83, \acute{E}T = 19,00$) qui en vivent eux-mêmes une plus élevée que les consommateurs moyens ($M = 134,50, \acute{E}T = 13,03$). La représentation graphique de cette observation d'intérêt se retrouve à la Figure 9. Toutefois, le test de comparaison de moyennes à postériori de Tukey ne permet pas d'isoler cette observation statistique.

Tableau 20

Analyse de variance du score total d'intensité émotionnelle à l'AIM selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	1133,521	2,869 ^a	0,170	0,074
Sexe	1	1,472	0,004	0,000	0,952
Fréquence de consommation x Sexe	2	790,176	2,000	0,125	0,154
Résiduel	28	395,056			

$R^2 = 0,239$; R^2 ajusté = 0,103.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

^a Observation d'intérêt.

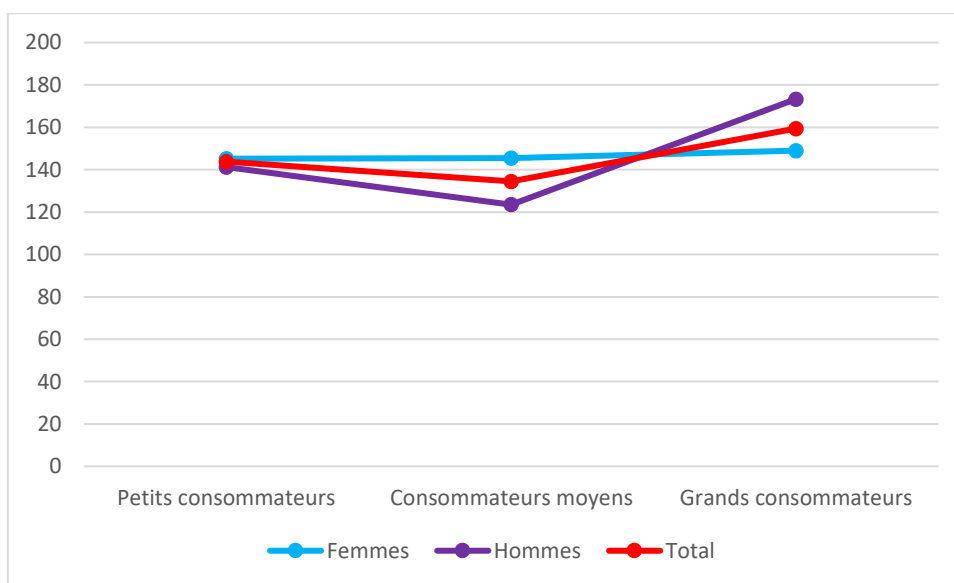


Figure 9 Représentation graphique de l'effet principal (observation d'intérêt) de la consommation de cannabis concernant le score total d'intensité émotionnelle à l'AIM, selon le sexe.

Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'AIM mesurant l'intensité émotionnelle. La sous-échelle Affectivité Positive mesure l'importance des manifestations intenses de joie (p. ex., euphorie ou extase). Les résultats aux analyses (Tableau 21) de cette sous-échelle ressortent un effet principal significatif ($F(2,28) = 4,32$, $p = 0,023$, $\eta^2 = 0,24$) de la fréquence de consommation de cannabis. Les résultats pourraient laisser suggérer que les grands consommateurs ($M = 86,43$, $ÉT = 19,65$) de cannabis semblent vivre une affectivité positive euphorisante plus élevée que les petits consommateurs ($M = 71,00$, $ÉT = 16,02$) qui en vivent eux-mêmes une plus élevée que les consommateurs moyens ($M = 60,00$, $ÉT = 4,32$). La représentation graphique de cet effet se retrouve à la Figure 10.

Toutefois, ces résultats ont été vérifiés statistiquement à l'aide d'un test de comparaisons de moyennes à postériori de Tukey entre les groupes de consommateurs de cannabis sur le score d'affectivité positive. Cette procédure statistique ne permet pas de confirmer que les grands consommateurs vivent une affectivité positive légèrement plus élevée que les petits consommateurs ($p = 0,083$) et soulève que ces derniers sont équivalents aux consommateurs moyens ($p = 0,425$). Cependant, la différence entre les grands et moyens consommateurs de cannabis, toujours selon la fréquence de consommation, est significative ($p = 0,035$). Les grands consommateurs de cannabis expriment davantage d'affectivité émotionnelle positive.

Tableau 21

Analyse de variance du score d'affectivité positive à l'AIM selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	1108,490	4,319*	0,236	0,023
Sexe	1	192,123	0,749	0,026	0,394
Fréquence de consommation x Sexe	2	253,735	0,989	0,066	0,385
Résiduel	28	256,642			

$R^2 = 0,285$; R^2 ajusté = 0,157.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

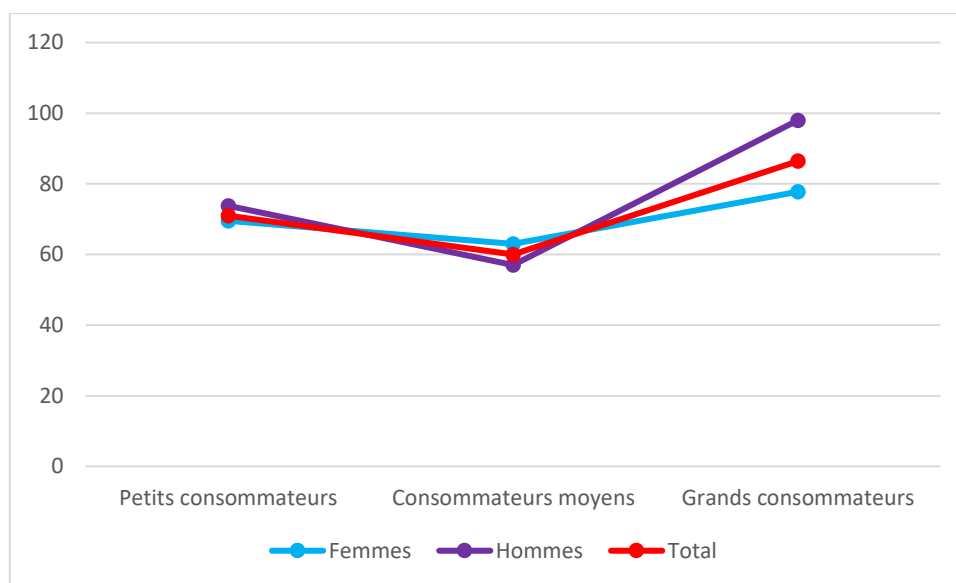


Figure 10. Représentation graphique de l'effet principal de la consommation de cannabis concernant le score d'affectivité positive à l'AIM, selon le sexe.

Résultats des analyses significatives portant sur l'impulsivité

Score total d'impulsivité. Le score utilisé a été obtenu via l'UPPS, permettant de déterminer un score d'impulsivité, correspondant à la somme des réponses aux items. Plus le score est élevé plus l'impulsivité est importante. Les résultats à l'analyse de variance (Tableau 22) ressortent la présence d'une observation d'intérêt (non statistiquement significative) quant à un effet d'interaction entre le facteur de fréquence de consommation de cannabis et le sexe sur le score total d'impulsivité ($F(2, 28) = 2,87, p = 0,073, \eta^2 = 0,17$). Plus spécifiquement, cela suggère que chez les grands consommateurs de cannabis seulement, il pourrait y avoir une différence selon le sexe, les femmes ($M = 90,25, \acute{E}T = 5,85$) ayant un score d'impulsivité significativement ($F(1,28) = 6,03, p = 0,021; \eta^2 = 0,18$) moins élevé que les hommes ($M = 115,00, \acute{E}T = 6,08$). La représentation graphique de cet effet d'interaction pouvant se révéler d'intérêt se retrouve à la Figure 11.

Tableau 22

Analyse de variance du score total d'impulsivité à l'UPPS selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	45,381	0,260	0,018	0,773
Sexe	1	599,963	3,443	0,110	0,074
Fréquence de consommation x Sexe	2	500,795	2,874 ^a	0,170	0,073
Petits consommateurs selon le Sexe	1	35,723	0,205	0,007	0,654
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	110,250	0,633	0,022	0,433
Grands consommateurs selon le Sexe	1	1050,107	6,027*	0,177	0,021
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	252,842	1,451	0,094	0,251
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	287,865	1,652	0,106	0,210
Résiduel	28	170,089			

$R^2 = 0,209$; R^2 ajusté = 0,068.

$\eta^2 = \hat{\text{Éta-carré}} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

^a Observation d'intérêt.

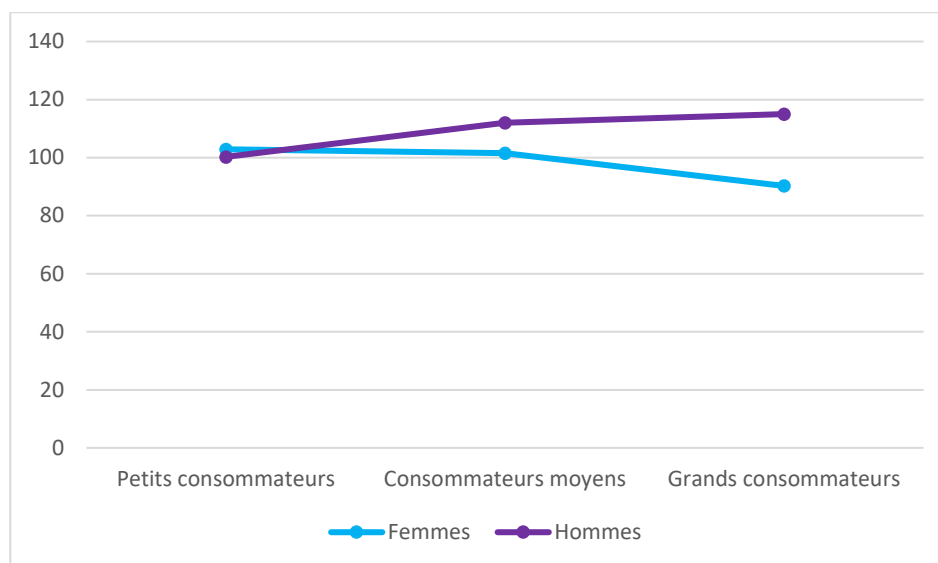


Figure 11. Représentation graphique de l'effet d'interaction (non statistiquement significatif) entre le sexe et la fréquence de consommation d'alcool sur le score total à l'UPPS. Voir l'effet du sexe chez les grands consommateurs qui est significatif.

Analyses complémentaires relatives aux sous-échelles de l'UPPS mesurant

l'impulsivité. La sous-échelle manque de persévérance mesure la difficulté des participants à poursuivre quelque chose d'ennuyeux ou difficile. Un score élevé à cette échelle indique des difficultés importantes à demeurer attentif et focalisé sur une tâche difficile ou étant perçue comme ennuyeuse. Les résultats aux analyses (Tableau 23) de cette sous-échelle de persévérance ressortent un effet d'interaction significatif ($F(2,28) = 4,37, p = 0,022, \eta^2 = 0,24$) entre la fréquence de consommation de cannabis et le sexe biologique. Plus spécifiquement, chez les consommateurs moyens seulement, les résultats suggèrent qu'il y a une différence selon le sexe, les femmes ($M = 24,50, \acute{E}T = 6,36$) ayant un score de manque de persévérance significativement ($F(1,28) = 7,63, p = 0,01, \eta^2 = 0,21$) moins élevé que les hommes ($M = 43,50, \acute{E}T = 3,54$). Les résultats suggèrent également que pour les hommes

seulement, il existe une différence significative ($F(2,28) = 3,44, p = 0,046, \eta^2 = 0,20$) sur le score de manque de persévérance, dans ce cas les consommateurs moyens de cannabis ($M = 43,50, \acute{E}T = 3,54$) ayant un score significativement ($p = 0,043$) plus élevé que les petits consommateurs ($M = 32,00, \acute{E}T = 4,93$). Il est observé que les hommes petits consommateurs de cannabis se distinguent à la limite des hommes grands ($M = 41,33, \acute{E}T = 5,03$) consommateurs ($p = 0,055$). Les hommes consommateurs moyens et grands de cannabis ne se distinguent pas sur les scores de manque de persévérance. La représentation graphique de cet effet d'interaction se retrouve à la Figure 12.

Tableau 23

Analyse de variance du score de manque de persévérance à l'UPPS selon la fréquence de consommation de cannabis et le sexe

Source de variation	<i>ddl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Fréquence de consommation	2	40,081	0,847	0,057	0,439
Sexe	1	436,448	9,225	0,248	0,005
Fréquence de consommation selon le Sexe	2	206,810	4,371*	0,238	0,022
Petits consommateurs selon le Sexe	1	5,217	0,110	0,004	0,742
Consommateurs moyens selon le Sexe	1	361,00	7,631*	0,214	0,010
Grands consommateurs selon le Sexe	1	165,762	3,504	0,111	0,072
Femmes selon la Fréquence de consommation	2	64,155	1,356	0,088	0,274
Hommes selon la Fréquence de consommation	2	162,878	3,443*	0,197	0,046
Résiduel	28	47,310			

$R^2 = 0,306$; R^2 ajusté = 0,182.

$\eta^2 = \text{Éta-carré} = \text{taille d'effet}$.

* $p < 0,05$.

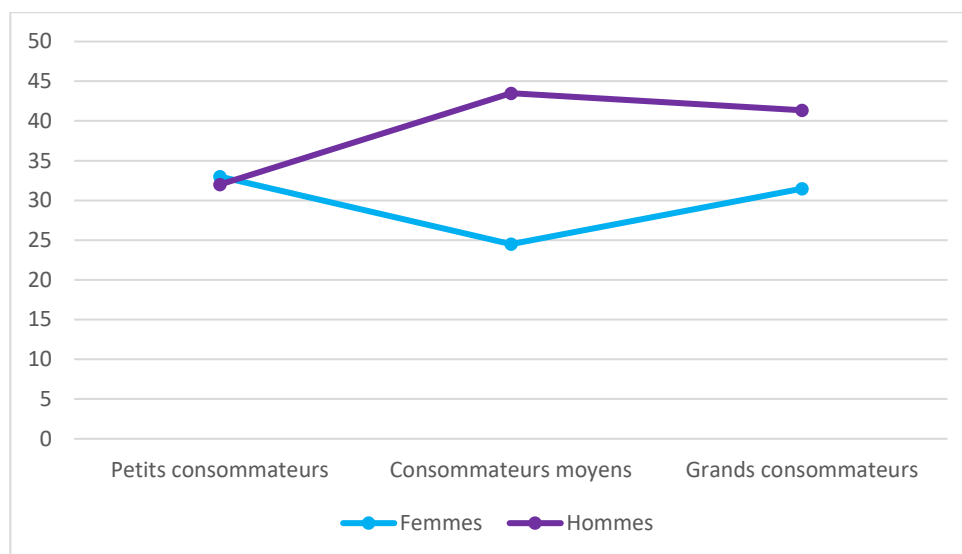


Figure 12. Représentation graphique de l'effet d'interaction entre le sexe et la fréquence de consommation de cannabis sur le score de manque de persévérance à l'UPPS.

Synthèse des résultats aux analyses en fonction de la question de recherche

Pour rappel, la question de recherche visait à mieux comprendre l'influence des facteurs émotionnels (intensité émotionnelle et détresse psychologique), de cognition sociale (théorie de l'esprit et estime de soi sociale) et cognitifs exécutifs autorégulateurs la fréquence de consommation de substances psychotropes (alcool ou cannabis) des jeunes adultes, selon le sexe biologique. Le Tableau 24 et le Tableau 25 présentent alors une synthèse des résultats aux analyses concernant l'alcool et le cannabis respectivement, associés à la question de recherche. Il est à noter que les résultats des analyses complémentaires significatives ont été inclus dans les tableaux, lorsque significatifs pour au moins une des deux substances (alcool ou cannabis).

Tableau 24

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant l'alcool

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Théorie de l'esprit			
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 1 ^{er} ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 2 ^e ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 3 ^e ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Estime de soi sociale			
Score global à l'IESS	Non statistiquement significatif	Observation d'intérêt ($p = 0,069$) H > F	Non statistiquement significatif
Détresse psychologique			
Indice global de sévérité (IGS) au SCL-90-R	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) Chez les consommateurs moyens : H > F
Score détresse des symptômes positifs (PSDI)	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) Chez les consommateurs moyens : H > F Chez les hommes : M > P et M > G
Score à la sous-échelle somatisation	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) Chez les consommateurs moyens : H > F Chez les hommes : M > G

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant l'alcool (suite)

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Score à la sous-échelle anxiété	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) Chez les consommateurs moyens : $H > F$ Chez les femmes : $M > G$ ^a Chez les hommes : $G > M$ ^b
Score à la sous-échelle hostilité	Effet significatif ($p < 0,05$) $M > P$ et $G > P$	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Intensité émotionnelle			
Score global à l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle réactivité négative de l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle intensité négative de l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle affectivité positive de l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Autorégulation			
Score total à l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle Urgence de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle recherche de sensations de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant l'alcool (suite)

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Score à la sous-échelle manque de persévérance de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score pondéré d'interférence à la 3 ^e condition à la tâche de Stroop du D-KEFS	Effet significatif ($p < 0,05$) P > M et G > M	Non statistiquement significatif	Observation d'intérêt ($p = 0,080$) Chez les hommes : P > M et G > M Chez les consommateurs moyens : F > H ^c
Temps de réaction motrice moyen à la condition alcool de l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Observation d'intérêt ($p = 0,052$) F < H	Non statistiquement significatif
Temps de réaction motrice moyen à la condition neutre de l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Temps de réaction motrice moyen à la condition positive de l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) F < H	Non statistiquement significatif
Temps de réaction motrice moyen à la condition négative de l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score d'interférence entre les conditions Alcool et Neutre à l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant l'alcool (suite)

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Score d'interférence entre les conditions Négative et Neutre à l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score d'interférence entre les conditions Positive et Neutre à l' <i>Alcohol Stroop</i>	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Note. H = Hommes, F = Femmes, P = Petits consommateurs, M = Consommateurs moyens, G = Grands consommateurs.

^a Observation d'intérêt (p = 0,078) ; ^b Observation d'intérêt (p = 0,070) ; ^c Observation d'intérêt (p = 0,072).

Tableau 25

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant le cannabis

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Théorie de l'esprit			
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 1 ^{er} ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 2 ^e ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Nombre de bonnes détections de fausses croyances de 3 ^e ordre	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Estime de soi sociale			
Score global à l'IESS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Détresse psychologique			
Indice global de sévérité (IGS) au SCL-90-R	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score détresse des symptômes positifs (PSDI)	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle somatisation	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle anxiété	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant le cannabis (suite)

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Score à la sous-échelle hostilité	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Intensité émotionnelle			
Score global à l'AIM	Observation d'intérêt ($p = 0,074$) G > M	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle réactivité négative de l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle intensité négative de l'AIM	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle affectivité positive de l'AIM	Effet significatif ($p < 0,05$) P > M et G > M	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Autorégulation			
Score total à l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Observation d'intérêt ($p = 0,073$) Pour les grands consommateurs : H > F
Score à la sous-échelle Urgence de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif
Score à la sous-échelle recherche de sensations de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Synthèse des résultats aux analyses effectuées concernant le cannabis (suite)

Variables	Effet principal de la fréquence de consommation	Effet principal du sexe	Effet d'interaction (fréquence de consommation et sexe)
Score à la sous-échelle manque de persévérance de l'UPPS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Effet significatif ($p < 0,05$) Pour les consommateurs moyens : H > F Pour les hommes : M > P
Score pondéré d'interférence à la 3 ^e condition à la tâche de Stroop du D-KEFS	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif	Non statistiquement significatif

Note. H = Hommes, F = Femmes, P = Petits consommateurs, M = Consommateurs moyens, G = Grands consommateurs.

Discussion

Ce chapitre vise à discuter, à interpréter sur le plan théorique et à rendre compte des résultats obtenus découlant de la méthodologie appliquée. Le tout, conformément aux questions formulées, ainsi que les connaissances actuelles sur le domaine. Le chapitre de discussion permet aussi l'autocritique et de souligner les occasions d'améliorations, de même qu'une synthèse générale de ce qui a pu être constaté ou découvert considérant les observations et résultats obtenus.

Bref rappel de la problématique énoncée et des objectifs de recherche

L'alcool et le cannabis représentent les substances psychotropes les plus fréquemment consommées au Canada (Statistique Canada, 2021), en faisant alors un sujet d'intérêt important, d'autant plus que plusieurs problématiques à court, moyen et long termes peuvent en découler. Les jeunes adultes, qui doivent effectuer des transitions de vie importantes sont particulièrement à risque, considérant que plusieurs ont recours à l'usage de substances psychotropes pour faire face aux différents stressors (Hunt & Guindon, 2009) et qu'ils représentent la tranche d'âge la plus consommatrice de ces deux substances au Canada et au Québec (Gouvernement du Canada, 2019b; INSPQ, 2019a, 2019b; OEDT, 2019). Le comportement de consommation d'alcool et de cannabis est régi par des processus autorégulateurs (Bakhshani & Hosseinbor, 2013; Hustad et al., 2009), qui sont à replacer dans un contexte d'ordre social, mais également psychologique d'ordre émotionnel et cognitif (Parolin et al., 2014; Zimmerman, 2000). Rappelons alors que l'objectif de cet essai

visait à une meilleure compréhension de ces comportements modulés par une interaction complexe entre la fréquence de consommation et le sexe biologique. Ainsi, l'implication, chez les jeunes adultes (18 à 35 ans), d'un comportement de consommation de psychotropes selon différentes fréquences considérant la capacité d'autorégulation, elle-même possiblement influencée par des variables émotionnelles (détresse psychologique, intensité émotionnelle), sociocognitives (théorie de l'esprit, estime de soi sociale) sont les éléments ayant été explorés plus spécifiquement dans cet essai.

Pour rappel, la question de recherche énoncée était la suivante : Est-il possible de constater un effet de la fréquence de consommation de psychotropes des jeunes adultes (selon trois niveaux de fréquence de consommation), sur des facteurs émotionnels (intensité émotionnelle et détresse psychologique), de cognition sociale (théorie de l'esprit et estime de soi sociale), ainsi que des facteurs cognitifs exécutifs autorégulateurs selon le sexe biologique ?

Discussion relative à la question de recherche

Discussion portant sur les résultats aux analyses relatives à la consommation d'alcool

D'après le contexte théorique, selon la question de recherche formulée, il était question de vérifier si les trois différents groupes de consommateurs d'alcool, c'est-à-dire selon leur fréquence de consommation, se distinguent sur les variables étudiées. Les résultats obtenus permettent de répondre de façon partielle à la question de recherche et vont parfois à l'encontre des résultats observés par certaines études et effectivement selon les observations

soulevées dans le contexte théorique, qui relevait toutefois davantage des distinctions entre personnes présentant ou non un TUS, alors que l'échantillon s'est avéré composé uniquement de personnes ne présentant pas de TUS. Certains effets observés chez les personnes avec un TUS pouvant potentiellement être décelés auprès de personnes sans TUS mais en fonction d'une fréquence croissante de consommation. Les prochaines sous-sections viseront à interpréter, afin d'offrir une proposition de compréhension des résultats obtenus.

Capacité de formulation d'une théorie de l'esprit. Alors qu'il était attendu de pouvoir observer un effet selon la fréquence de consommation d'alcool, aucun effet significatif n'a pu être identifié lors des analyses. Il est possible que la taille restreinte de l'échantillon ait conduit à un manque de puissance, pouvant masquer un effet potentiel. Il est également possible qu'un effet plafond ait été obtenu à la formulation d'une TdE à travers les mesures disponibles auprès de cet échantillon, amenant alors à une très faible capacité de discrimination entre les différentes fréquences de consommation d'alcool entre elles, versus ces mêmes fréquences comparées à des fréquences de consommation associées à un TUS, et ce malgré les trois ordres de complexité de formulation de la théorie de l'esprit ici utilisés. Cet effet plafond peut notamment être considéré, pour cet échantillon fortement scolarisé, car aucune différence significative n'a pu être constatée concernant le sexe biologique, alors que les études (Petrovic et al., 2023) tendent à démontrer un effet reconnu de cette variable, chez les personnes avec forte consommation et TUS où les femmes performant en moyenne plus que les hommes à des tâches de TdE. Concernant les fréquences de consommation

d'alcool, cela peut s'expliquer par le fait que l'échantillon est composé essentiellement de personnes n'ayant pas de problématique d'usage de substance connue, malgré la présence de variations dans la fréquence de consommation d'alcool. Or, dans les études (p. ex., Schmid et al. 2022) ce sont davantage les personnes reconnues comme ayant un TUS à l'alcool qui témoignent de déficits quant à leur capacité de formulation d'une théorie de l'esprit. De surcroît, ceci concorde avec la revue systématique de Baltariu et al. (2023), suggérant que la consommation effective d'alcool en petite quantité pourrait avoir un effet facilitateur de la cognition sociale, tandis qu'une consommation plus importante tendrait davantage à altérer la cognition sociale. Ainsi, ceci expliquerait l'efficacité de la capacité à formuler une théorie de l'esprit de cet échantillon particulier qui comporte des consommateurs d'alcool ne présentant pas de dépendance proprement dite à cette substance. Il est donc probable que la TdE soit impactée davantage lorsque les personnes sont fréquemment intoxiquées à l'alcool (ce qui n'était pas le cas pour l'échantillon de cet essai) ou encore seulement à partir d'un certain seuil de consommation (TUS) d'alcool qui permettrait d'observer des difficultés de TdE qui pourraient tout aussi bien être présentes au préalable ou bien accentuées par la consommation à très haute fréquence d'alcool. De plus, il est à noter que la théorie de l'esprit est un élément important permettant d'entretenir des relations sociales (Monk et al., 2023), soulignant ici le caractère social apparemment très développé qu'apparaît présenter l'échantillon recruté, considérant les scores obtenus aux instruments de mesure sociale et l'absence de différences significatives entre les groupes de fréquence de consommation. Toutefois, il est également important de considérer que l'impact de la consommation d'alcool

sur cette variable demeure controversé, notamment sur la distinction entre la TdE affective et celle cognitive. Le présent essai s'est plutôt consacré à l'étude de la seconde (cognitive), ce qui concorde avec les études de Nandrino et al. (2014) et Onuoha et al. (2016) qui suggèrent des déficits de la TdE affective chez les consommateurs d'alcool, mais non de la TdE cognitive. Ainsi, les résultats obtenus vont plutôt en faveur de ces recherches. En somme, les résultats obtenus appuient la pertinence de répéter les mesures, mais cette fois avec des tâches davantage discriminantes que celles utilisées ou encore qui mettent l'accent sur la TdE affective, qui n'a pas été mesurée dans cet essai et serait d'ailleurs aussi discriminante selon le sexe biologique (Adenzato et al., 2017; Greenberg et al., 2023).

Estime de soi sociale. Alors qu'il était attendu que les consommateurs d'alcool à plus haute fréquence expriment une estime de soi sociale plus faible que les consommateurs à plus faible fréquence, aucun effet significatif de la consommation d'alcool ne se retrouve dans les analyses. Ceci peut s'expliquer par les caractéristiques spécifiques de l'échantillon qui est extrêmement scolarisé au niveau universitaire. Or, bien que non spécifiquement mesuré pour cet échantillon, il est courant que chez les étudiants universitaires la consommation d'alcool soit associée à une composante festive (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016; Ezan et al., 2021; Kuntsche et al., 2005) qui vise à maximiser le plaisir plutôt qu'à réduire un inconfort lié à une faible estime de soi tel que le suggéraient pourtant Monahan et Lannutti (2000). Rappelons ici, de plus, l'importance du contexte (notamment la motivation à consommer pour se conformer aux normes sociales) rapportée par Stamates et al. (2021)

qui a donc pu exercer une influence dans cet échantillon spécifique, très majoritairement composé d'étudiants universitaires. Également, rappelons que le score total d'estime de soi sociale à l'échelle utilisé varie de 80 à 180, pour une valeur moyenne de 132, selon les normes de l'instrument (Lawson et al., 1979). Or, la moyenne la plus basse se retrouve pour les grands consommateurs d'alcool qui pourtant ont une estime de soi sociale (123) proche de la moyenne. Les scores moyens des consommateurs à petite et moyenne fréquence sont quant à eux au-dessus de la moyenne. Ainsi, il est possible que l'échantillon ait une particularité, où les participants ont une estime de soi sociale plutôt dans la moyenne ou même légèrement au-dessus, ce qui a pu agir comme un biais quant à l'obtention des résultats attendus. Ceci serait d'ailleurs quelque peu en accord avec Kounenou (2010) qui suggère que les personnes ayant une forte estime de soi sociale tendent plutôt à s'abstenir de consommer de l'alcool, limitant alors la probabilité de l'échantillon d'avoir des problématiques de dépendance à l'alcool. De surcroît, il est possible que pour cet échantillon un effet de seuil de la fréquence de consommation d'alcool sur l'estime de soi sociale ait pu se manifester. Ceci, à l'effet que l'estime de soi serait affectée par la consommation, mais seulement la consommation pathologique (c'est-à-dire au-delà d'un seuil particulier de consommation qui est plus élevé que ce qui est observable dans cet échantillon), limitant alors la discrimination possible entre les fréquences de consommation non pathologiques de l'échantillon. Les résultats obtenus suggèrent donc que l'estime de soi sociale n'est pas nécessairement affectée par un usage croissant d'alcool, mais une faible estime de soi sociale préalable pourrait éventuellement conduire à l'inverse à une consommation problématique, voire un TUS. Toutefois d'autres

études devraient être effectuées, afin de mettre en évidence un effet d'une faible estime de soi sociale qui favoriserait la consommation excessive d'alcool, puisque le lien ne semble pas linéaire.

Détresse psychologique. Alors qu'il était attendu que les grands consommateurs représentent la catégorie ayant le plus de détresse psychologique, selon les études (Baraldi et al., 2015; Verplaetse et al., 2021), ce sont plutôt les consommateurs moyens d'alcool qui se démarquent et plus spécifiquement les hommes de cet échantillon. Ici, le fait que la détresse psychologique soit basse pour les consommateurs à faible fréquence va effectivement dans le sens des études, mais l'absence d'impact clair pour les grands consommateurs est beaucoup plus surprenante. Toutefois, l'effet concernant la détresse psychologique globale se retrouve chez les consommateurs moyens, mais en interaction avec le sexe biologique. Plus précisément, les hommes se distinguent des femmes, ayant un score de détresse psychologique significativement plus élevé que les femmes. De plus, il est important de prendre en considération que les hommes présentent une détresse psychologique élevée, se trouvant effectivement proche d'un score T de 70, représentant une détresse psychologique très élevée, selon les normes de l'instrument. Il est alors possible que cela soit ici à comprendre selon une particularité présentée par les consommateurs moyens de l'échantillon où les hommes, à consommation moyenne, pourraient ici faire usage d'alcool pour limiter un état dysphorique, alors que les femmes pourraient consommer pour l'expérimentation. Il s'agit d'une tendance contraire à celle habituellement usitée, mais que la littérature considère

comme étant possible (Becker et al., 2017) et serait donc une hypothèse à investiguer davantage dans de futures recherches. D'ailleurs les scores de somatisation et d'anxiété suivent la même tendance que le score global de détresse psychologique, allant ainsi en faveur de la possibilité d'une inversion de la tendance habituellement attendue quant à la motivation de consommation selon le sexe, dans cet échantillon spécifique fortement scolarisé, allant alors en faveur de l'hypothèse d'une particularité de l'échantillon où les hommes consommateurs moyens font l'usage d'alcool pour apaiser un état perçu comme étant davantage dysphorique.

Le score d'hostilité se distingue cependant, car seul un effet principal de la fréquence de consommation d'alcool apparaît, indépendamment du sexe biologique. L'effet est concordant avec les études antérieures (Airagnes et al., 2017; Boyle et al., 2008), les grands consommateurs ayant un score d'hostilité plus élevé que les petits consommateurs. Il s'agit donc d'une variable d'intérêt particulier dans la compréhension des processus influençant la consommation d'alcool, mais aussi dans le repérage d'une éventuelle consommation élevée d'alcool chez les étudiants universitaires.

Intensité émotionnelle. Alors qu'il était plutôt attendu un effet de la fréquence de consommation d'alcool sur l'intensité émotionnelle et particulièrement pour les émotions négatives (Bonnet et al., 2011; Sturiano, 2003; Thorberg & Lyvers, 2006), aucun effet n'a pu être observé, considérant les principaux scores de mesure de l'intensité émotionnelle (AIM), lors des analyses. Il est d'abord possible de considérer que le fait que l'échantillon ne

comprene pas de participants avec un TUS avéré à l'alcool ait pu impacter ce résultat. En effet, les études suggérant plutôt un effet pour les personnes à risque de dépendance ou présentant un TUS (Bonnet et al., 2011; Thorberg & Lyvers, 2006). De plus, il est également à considérer que les scores sont relativement modérés dans l'échantillon (allant de 143,94 à 148, en fonction des groupes de consommateurs d'alcool). La non-significativité des résultats peut alors avoir été induite par une particularité de l'échantillon, qui présente une intensité de la réponse émotionnelle plutôt modeste de façon globale. En effet, il semble que malgré certains effets relatifs à la détresse psychologique (globale, somatisation, anxiété, hostilité), les participants de l'échantillon ne recherchent pas particulièrement à réguler les états dysphoriques induits. Or, selon le modèle de l'assuétude et de régulation de la dysphorie émotionnelle, la présence d'une réactivité émotionnelle plus intense aurait été attendue, engendrant ensuite une consommation plus importante, voire pathologique, de substances pour viser une régulation ou un évitement de l'état dysphorique. En effet, cet échantillon ne manifesterait pas de réponse d'intensité émotionnelle dysphorique suffisante, ceci allant alors dans le sens d'un impact des caractéristiques des individus relativement bien adaptés et fortement scolarisés composant cet échantillon. Leur consommation d'alcool ne viserait pas une compensation dysphorique.

Processus autorégulateurs. Concernant les diverses mesures d'évaluation et d'observation de l'impulsivité, aucun résultat aux analyses n'est significatif. Ceci peut se comprendre par le fait que les études ressortent principalement un effet de la consommation

d'alcool chez les personnes présentant une problématique de dépendance avérée (Sanvicente-Vieira, Romani-Sponchiado, et al., 2017). Ainsi, il est fort probable que l'échantillon de cet essai n'ait pas des fréquences de consommation d'alcool assez élevées pour que les mesures autorapportées de l'impulsivité puissent s'avérer significatives. Quant aux processus inhibiteurs, un effet significatif de la consommation se retrouve à la condition 3 de la tâche de Stroop du D-KEFS. Plus précisément, les résultats suggèrent que les consommateurs moyens ont un score plus faible que les petits et grands consommateurs. Ceci signifiant que les capacités d'inhibition des consommateurs moyens seraient moins efficaces, bien que normatives, que les deux autres catégories de consommateurs. Ainsi, ici aussi, il semble y avoir un effet spécifique affectant la catégorie de consommateurs moyens. Il est possible que ces derniers présentent un état affectif spécifique, notamment au niveau de la détresse psychologique, influençant leurs processus autorégulateurs, du moins ceux inhibiteurs. Toutefois, cela serait plus de l'ordre d'une activation anxieuse (détresse dysphorique) perturbatrice que d'une réactivité émotionnelle générale, considérant que les résultats à l'AIM relatifs à la réactivité et l'intensité négative ne sont pas significatifs.

Ainsi, pour conclure sur l'influence des différentes fréquences de consommation d'alcool, il est possible de constater certains effets sur certaines variables investiguées dans l'essai. Il est intéressant de noter que de façon relativement globale, lorsqu'il y a un effet de la consommation seulement ou de la consommation et du sexe biologique, les consommateurs moyens d'alcool parmi de jeunes adultes universitaires masculins fortement

scolarisés de cet échantillon ressortent plus particulièrement. Ceci en faisant alors un groupe d'intérêt particulier, alors qu'un effet était plutôt attendu concernant les consommateurs d'alcool les plus fréquents, quoique non pathologiques dans l'échantillon. À ce sujet, l'étude de Kuntsche et al. (2005) offre une perspective intéressante. Les auteurs identifient plusieurs profils de motivation à la consommation : pour potentialiser la bonne humeur ou le bien-être (renforcement), pour être reconnu socialement (social) ou encore pour atténuer les émotions désagréables vécues (*coping*). Ils soulèvent ensuite que les consommateurs moyens ont plus tendance à consommer pour des raisons sociales, ce qui pourrait correspondre à l'influence du contexte universitaire où l'alcool se retrouve à différentes occasions (p. ex., partys universitaires), considérant que la majorité de l'échantillon est représentée par des étudiants universitaires. De surcroît, ils mentionnent que les raisons de renforcement du bien-être sont plutôt associées à une consommation élevée d'alcool (grands consommateurs). Ce qui est également concordant avec l'échantillon, les grands consommateurs n'apparaissant pas éprouver une détresse psychologique significative, laissant présager d'un certain bien-être.

Discussion portant sur les résultats aux analyses relatives à la consommation de cannabis

Selon le contexte théorique, il était attendu que les différents groupes de consommateurs de cannabis, selon leur fréquence de consommation, se distinguent sur les variables étudiées. Comme pour la consommation d'alcool, les résultats obtenus permettent de répondre de façon partielle aux attentes et vont parfois à l'encontre des résultats anticipés.

Il est important de considérer que, particulièrement pour le cannabis, la taille de l'échantillon ait pu impacter les résultats et notamment le nombre de participants dans chaque catégorie. En effet, la majorité des participants (soit 23) se retrouvant dans la catégorie de faible consommation de cannabis. Les prochaines sous-sections viseront à interpréter les résultats aux analyses décrites plus tôt dans cet essai.

Capacité de formulation d'une théorie de l'esprit. Alors que comme pour l'alcool, il était attendu de pouvoir observer un effet selon la fréquence de consommation de cannabis, aucun effet significatif sur la capacité de formulation d'une théorie de l'esprit en fonction de la consommation de cannabis n'a pu être identifié lors des analyses. En effet, les études suggérant un déficit de TdE chez les personnes présentant un TUS aux drogues (Gandolphe et al., 2018; Sanvicente-Vieira, Kluwe-Schiavon, et al., 2017), une différence en lien avec la fréquence de consommation plus ou moins élevée était attendue concernant la capacité de formulation d'une théorie de l'esprit. Cela peut s'expliquer ici aussi par le fait que l'échantillon est seulement composé de personnes n'ayant pas de problématique connue d'usage de substance, considérant que les études relataient plutôt des difficultés pour cette catégorie spécifique. De surcroît, l'étude de Sanvicente-Vieira, Romani-Sponchiado, et al. (2017) avait soulevé la distinction entre consommation problématique et consommation récréative. Ainsi, les résultats abondent dans le même sens que ces auteurs. Ceci, considérant que l'échantillon est essentiellement constitué de participants ayant une fréquence moindre de consommation de cannabis et apparaissant plutôt orientée vers la recherche de plaisir

(récréatif), considérant, pour l'ensemble de l'échantillon, un score de détresse psychologique dans la moyenne.

Estime de soi sociale. Pour cette variable également, il aurait pu être attendu de constater un effet de la fréquence de consommation de cannabis (Carlisle-Frank, 1991), mais aucun n'a pu être relevé lors des analyses. Bien que la différence ne soit pas significative, il est à souligner que les grands consommateurs de cannabis de l'échantillon ont une estime de soi sociale plutôt élevée (148). Ainsi, cela suggère une possible influence positive de la consommation de cannabis (non liée à un TUS), ce qui concorde avec certaines des raisons qui seraient les plus identifiées pour débiter la prise de cette substance, soit l'influence des pairs (McKiernan & Fleming, 2017) ou encore la conformité vis-à-vis les pairs (Lee et al., 2007). De plus, il existerait un corrélât entre l'ajustement psychosocial et l'estime de soi (Fuentes et al., 2020). Ainsi, l'intégration au groupe de pairs, associée à la volonté de maintenir une estime de soi sociale élevée pourrait être conceptualisées comme des variables favorables à cette consommation. En effet, le cannabis pourrait agir ici comme facilitateur (ou facteur visant le maintien) de l'estime de soi sociale, favorisée par le sentiment d'appartenance découlant de l'identification entre pairs d'un point commun qu'est la consommation de cannabis. Ce qui serait en accord avec l'étude d'Anthenien et al. (2021) qui suggèrent que la consommation motivée par des aspects sociaux (p. ex., facilitation sociale) est liée à des objectifs d'amélioration sociale plutôt que des mécanismes de *coping*. Toutefois, il serait également possible que les grands consommateurs puissent avoir une

estime de soi déjà favorisée, qui pourrait impacter la consommation de cannabis à grande fréquence, mais sur une base récréative.

Détresse psychologique. Tant le score global de détresse psychologique que les sous-échelles du SCL-90-R ne permettent pas de discriminer entre les groupes de consommation de cannabis, suggérant alors que la fréquence de consommation de cannabis n'a pas d'impact sur la détresse psychologique et vice versa. Il est possible que l'absence de consommateurs problématiques de cannabis dans l'échantillon ait pu amener de tels résultats. En effet, les consommateurs de cannabis de l'échantillon apparaissent, tel que proposé plus haut, être davantage motivés par un but essentiellement récréatif, considérant les scores peu élevés de détresse psychologique et le contexte universitaire où la consommation de cannabis serait principalement initiée dans un but de facilitation sociale où l'objectif serait de favoriser le bien-être, les interactions sociales et la convivialité (Beck et al., 2009).

Intensité émotionnelle. Une observation d'intérêt a pu être soulevée lors des analyses, à l'effet que les grands consommateurs de cannabis auraient possiblement une intensité de réponse émotionnelle plus élevée que les consommateurs moyens de la même substance. Cette tendance globale concorde avec les recherches antérieures qui suggèrent une intensité émotionnelle plus importante chez les personnes à risque de dépendance ou dépendantes (Bonnet et al., 2011; Thorberg & Lyvers, 2006). Toutefois, une nuance importante est ici à soulever, car les auteurs précisent que cette intensité émotionnelle est plutôt associée à l'expérience d'émotions négatives. Or, pour l'échantillon ici étudié, il

apparaît que l'affectivité positive (sensibilité plus grande à la joie et à l'euphorie) donne lieu à un effet significatif lié à la fréquence de consommation au niveau des consommateurs de cannabis à forte fréquence. Il est alors possible qu'il s'agisse ici encore d'une particularité de l'échantillon, ressentant particulièrement les émotions intenses de joie de type euphorique ou d'extase. Ceci allant alors de nouveau en faveur d'une consommation récréative et de recherche de potentialisation des émotions positives. Ainsi, cela permet d'envisager une différence majeure dans la dynamique de consommation vers l'installation d'une dépendance (telle que relatée dans les études) comparativement à la consommation récréative qui semblerait plus facilement régulée, du moins chez ces étudiants universitaires, de sorte qu'il pourrait être important d'en étudier davantage le fonctionnement, mais également pour certains individus, les facteurs liés au passage d'une consommation récréative à problématique.

Processus autorégulateurs. Seuls des effets au niveau de l'impulsivité ont pu être soulevés lors des analyses et non vis-à-vis les variables d'inhibition. Une observation particulière pour le score global d'impulsivité a été relevée, à l'effet que chez les grands consommateurs de cannabis seulement, les hommes auraient un score d'impulsivité autorapporté plus élevé que les femmes. Ceci est concordant avec les études antérieures suggérant une plus grande impulsivité chez les consommateurs (Gruber, Silveri, Dahlgren, & Yurgelun-Todd, 2011), ainsi qu'une différence selon le sexe, les hommes étant notamment plus impulsifs quant à des aspects motivationnels de bas niveau (récompense et punition,

prise de risques, recherche de sensations) auxquels les femmes seraient plus sensibles et prudentes, considérant les possibles conséquences négatives (Cross, Copping, & Campbell, 2011). Cela suggère alors que les façons de consommer du cannabis chez les grands consommateurs pourraient être différentes selon le sexe, toutefois, d'autres études seront nécessaires pour clarifier cette distinction.

De surcroît, il y aurait également un effet du sexe en interaction avec la fréquence de consommation au niveau du score de manque de persévérance tiré de l'UPPS. Ce score permet de prendre en compte une difficulté d'autorégulation chez un individu, lui permettant de persister lors d'une tâche perçue en elle-même comme peu stimulante, ennuyeuse ou difficile. En effet, chez les hommes seulement, les consommateurs moyens (de façon significative), ainsi que les grands consommateurs (mais à la limite du seuil de significativité) auraient des scores plus élevés que les petits consommateurs. Cet effet du sexe apparaît être un élément reconnu par la recherche, stipulant que les hommes ont habituellement un manque de persévérance plus élevé que les femmes (Van der Linden et al., 2006). Ces résultats suggèrent donc que les hommes qui consomment du cannabis de façon modérée et plus élevée particulièrement ont tendance à avoir des difficultés s'autoréguler afin de rester concentré volontairement sur une tâche difficile ou ennuyeuse. Or, tel que susmentionné, l'échantillon apparaît éprouver des émotions plutôt euthymiques ou légèrement euphoriques que dysphoriques, ce qui pourrait amener une plus grande difficulté à composer avec les

émotions plus désagréables que peuvent susciter les tâches à caractère pénible versus la stimulation apportée par une tâche plaisante ou son anticipation.

Ainsi, pour conclure sur l'influence des différentes fréquences de consommation de cannabis, il est possible de constater quelques effets sur des variables investiguées dans l'essai. Le fait que peu de variables ressortent significatives peut se comprendre par une spécificité que l'échantillon semble présenter, versus le type de variables analysées. En effet, plusieurs des variables visaient à investiguer des déficits chez les plus grands consommateurs de cannabis. Or, les résultats (notamment les scores d'affectivité positive, de détresse psychologique) suggèrent un certain caractère jovial chez les participants, ayant alors pu compromettre l'atteinte des attentes initiales. Toutefois, il importe de souligner que malgré la présence très limitée, voire l'absence d'éléments dysphoriques chez les participants, des résultats significatifs ont pu être observés vis-à-vis de l'impulsivité. Ceci suggérant alors que des émotions de type euthymique pourraient également avoir un impact sur les processus autorégulateurs. Il semble en effet ici que les consommateurs, et particulièrement les hommes, tendent à moins persévérer sur des tâches difficiles ou ennuyeuses et pourraient plutôt viser un maintien ou une potentialisation de leur bien-être ou de leur état euthymique, via la consommation de cannabis, dans un contexte social (universitaire) plutôt encourageant et propice à la consommation. Ceci rejoignant d'ailleurs deux des quatre contextes de consommation chez les étudiants universitaires, relevés par Beck et al. (2009), soit la facilitation sociale et l'acceptation par les pairs.

Forces et limites de la recherche

La présente recherche a permis de mettre en lumière plusieurs effets quant au sexe et à la consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi, cet essai ajoute à la documentation scientifique existante et soulève l'importance de considérer, oui, les aspects dysphoriques comme impactant les processus autorégulateurs de la consommation, mais également les aspects euthymiques ou voire euphoriques. Les effets et considérations soulevés permettront alors une meilleure compréhension de la complexité des processus associés à la consommation d'alcool ou de drogues, principalement le cannabis. Par ailleurs, tel que mentionné dans le contexte théorique, cet essai présentait un aspect novateur, dans la conceptualisation de la consommation de substances psychotropes comme découlant de processus autorégulateurs impactés par l'intensité de la réponse émotionnelle, elle-même influencée par la représentation que la personne se fait de ses propres états mentaux.

Toutefois, cette recherche présente plusieurs limites. D'abord, la taille limitée de l'échantillon (34 participants) a réduit la puissance des analyses, d'autant plus que la répartition dans les différentes catégories de fréquence de consommation n'était pas équivalente, ce qui implique que le modèle n'a pu être testé avec toute la puissance statistique souhaitée. Ainsi, cela limite considérablement la puissance statistique de l'échantillon, ce qui a notamment pu influencer vers la non-significativité statistique de plusieurs résultats. La prudence quant à l'interprétation est d'autant plus importante que le recrutement a essentiellement permis de recueillir les observations de participants étudiants universitaires,

qui ne sont alors certainement pas représentatives de la population générale, mais permet de comprendre davantage la population universitaire de jeunes adultes dynamiques et plutôt centrés sur la recherche de plaisir. Également, l'échantillon recruté n'a pas permis d'avoir des participants présentant une problématique de consommation avérée, ce qui aurait apporté une information importante sur plusieurs variables où les effets semblent plutôt se manifester pour cette catégorie de consommateurs que celles présentées dans cet essai. De surcroît, la taille modeste de l'échantillon a considérablement limité les analyses possibles, ne permettant pas alors d'utiliser des modèles statistiques plus complexes, qui auraient permis une compréhension plus fine des variables étudiées (p. ex., tester avec plus de précision le modèle proposé en fin de contexte théorique). Ceci d'autant plus que l'essentiel des mesures étaient autorapportées, plutôt que des mesures directes des variables étudiées, à l'exception des mesures d'inhibition. Concernant ces dernières, l'*Alcohol Stroop* a été utilisé, afin d'analyser plus avant l'impact de la consommation d'alcool. Toutefois, aucune mesure de ce type n'a pu être utilisée vis-à-vis la consommation de cannabis, car aucune tâche spécifique n'existe, selon les recherches effectuées. Également, concernant le cannabis seulement, il importe de faire la distinction entre THC et CBD, qui constituent deux types d'usages du cannabis différents, puisqu'étant des molécules différentes. Or, les instruments utilisés ne comprenaient pas cette distinction, il est alors possible que des variations aient pu avoir lieu au sein même des différentes catégories de consommateurs de cannabis. Dans le même ordre d'idées, certains des participants consommateurs de cannabis étaient aussi consommateurs d'autres drogues, ce qui a pu également avoir un impact au sein même des différentes

catégories de fréquences. Enfin, bien que l'hypothèse d'une consommation récréative dans un but de maintien ou d'optimisation de l'état euthymique ait été soulevée dans la discussion, cet objectif de consommation n'a pas formellement été mesuré. Il serait alors intéressant à l'avenir de considérer une variable pouvant objectiver directement le type de motivation associé à la consommation, incluant les motivations hédoniques, afin de comprendre plus spécifiquement ce qui peut amener un individu à faire l'usage de substances.

Retombées et perspectives de recherches futures

Malgré la taille modeste de l'échantillon, des effets significatifs ont pu être observés lors des analyses. Il pourrait être intéressant de reproduire cette présente recherche, mais avec un nombre plus important de participants, afin d'utiliser des méthodes statistiques plus fines et complexes, et ainsi avoir des résultats plus robustes. Ceci en conservant les mêmes catégories de consommation, mais en ajoutant une catégorie de consommation problématique, afin d'avoir un comparatif pour certaines variables reconnues comme significatives chez cette population spécifique.

Cet essai a cependant permis de soulever des éléments importants à prendre en considération quant à la consommation d'alcool ou de cannabis qui peuvent donner lieu à différents impacts à court, moyen ou long termes. Notamment, concernant la consommation d'alcool d'abord, les consommateurs moyens ont plusieurs fois donné lieu à des effets statistiquement significatifs vis-à-vis les variables d'intérêt, comparativement aux petits et grands consommateurs. Il serait alors intéressant de se pencher davantage sur ceux-ci dans

de futures recherches, d'autant plus que les études se concentrent souvent et habituellement sur la distinction entre consommateurs dépendants (présentant un TUS) et petits ou non consommateurs. Ceci, afin d'investiguer plus avant la perspective soulevée par Kuntsche et al. (2005), à l'effet que les consommateurs moyens consommeraient plutôt pour des raisons sociales, tandis que les grands consommateurs le feraient dans le but de potentialiser leur bien-être, alors que les consommateurs problématiques auraient recours à l'alcool comme stratégie de *coping* des difficultés éprouvées. De surcroît, les résultats ont soulevé, en concordance avec les recherches antérieures, la présence d'hostilité en lien avec les catégories plus élevées de consommation d'alcool. Ceci allant alors en faveur de considérer l'hostilité comme un signe à pouvant indiquer une potentielle consommation plus élevée ou à risque. Ainsi, cette variable d'hostilité aurait avantage à être davantage investiguée, afin de mieux comprendre son impact au sein de la population universitaire, où la culture de consommation de substance est plutôt prégnante, tel que susmentionné.

Quant à la consommation de cannabis, les résultats significatifs aux analyses effectuées étaient plus limités. Toutefois, ils ont permis de soulever des questionnements intéressants quant à l'impulsivité et le contexte de consommation de cannabis qui peut impacter la fréquence de l'usage de cette substance, notamment en lien avec la facilitation sociale et l'acceptation par les pairs.

Enfin, de façon plus globale, la particularité de l'échantillon, témoignant plutôt d'une bonne estime de soi sociale, d'une certaine affectivité positive ou encore d'une détresse

psychologique plutôt modeste, a permis de soulever l'importance de considérer l'état émotionnel des personnes, notamment un état euthymique ou légèrement euphorique, qui peut également avoir un impact sur les processus autorégulation de la consommation de substances psychotropes, comme peut l'avoir un état dysphorique.

Conclusion

Cet essai visait à mieux comprendre l'influence de certaines variables quant à la consommation de substances psychotropes des jeunes adultes (18 à 35 ans). Parmi ces variables se retrouvaient : l'autorégulation, la théorie de l'esprit, l'intensité émotionnelle, la détresse psychologique et l'estime de soi sociale. Celles-ci étaient considérées en prenant en compte le sexe biologique et trois groupes de fréquence de consommation, tant pour l'alcool que pour le cannabis, ont été définis : petits, moyens et grands consommateurs. Le modèle développé dans le contexte théorique faisait plutôt état d'une consommation de substances en lien avec la perception de son propre état mental comme dysphorique et ultimement lié à une problématique de dépendance. Or, il est à noter que l'échantillon s'est avéré ne pas comporter de groupe de consommateurs présentant un TUS et était essentiellement composé d'étudiants universitaires, ayant une perception de leur propre état mental comme était plutôt positive (perception d'une bonne estime de soi sociale, d'une certaine affectivité positive et d'une détresse psychologique modeste). Leur consommation semblait alors, bien que non spécifiquement questionnée, plutôt à titre récréatif et pour potentialiser ou maintenir un état euthymique, considérant une expression psychopathologique plutôt normative. Ceci a donc grandement pu impacter les résultats obtenus et devrait être pris en compte dans les futures études, soit la maximisation des états émotifs agréables et positifs. Toutefois, ces derniers ont permis d'approfondir la compréhension de la consommation d'alcool et de cannabis de cette population spécifique. Plus spécifiquement, concernant l'alcool d'abord, une particularité des consommateurs moyens est ressortie sur plusieurs variables,

comparativement aux petits et grands consommateurs (non pathologiques). Ceci suggérant alors qu'au-delà de la distinction entre consommateurs dépendants (avec TUS) ou non, il pourrait y avoir des spécificités propres aux différentes fréquences de consommation au sein même des individus consommant de l'alcool de façon non pathologique. Quant au cannabis, les résultats ont permis de souligner la pertinence de considérer les composantes euthymiques, voire euphoriques de l'état mental présenté par les consommateurs, notamment récréatifs. Ceci à l'effet que la consommation de cannabis, outre pour diminuer un état dysphorique, peut également, dans certains contextes, tels que celui de l'échantillon, avoir lieu pour potentialiser un bien-être ou un état euthymique, voire euphorique, particulièrement dans un contexte social (universitaire) où facilitation sociale et acceptation par les pairs sont des composantes influençant elles-mêmes la fréquence de consommation. En somme, de prochaines questions de recherche pourraient être définies comme suit : quelles différences existe-t-il entre la dynamique de consommation de type pathologique (avec TUS, dans le but d'autorégulation d'un état dysphorique) et la dynamique de consommation de type récréatif (dans le but de maintenir ou potentialiser le bien-être) ? Concernant cette dernière typologie de consommation, y a-t-il des distinctions entre les différentes fréquences de consommation, amenant une régulation ou des motivations différentes conduisant à consommer, selon que la fréquence soit petite, moyenne ou grande ? Enfin, quels facteurs pourraient influencer le passage d'une de ces dynamiques de consommation à l'autre ? Cette dernière question serait particulièrement intéressante au niveau clinique, dans l'optique de considérer une voie alternative d'entrée (concernant des éléments prosociaux et de maintien ou d'optimisation du

bien-être) dans un type de consommation pathologique pouvant amener le développement d'un TUS.

Références

- Adenzato, M., Brambilla, M., Manenti, R., De Lucia, L., Trojano, L., Garofalo, S., Enrici, I., & Cotelli, M. (2017). Gender differences in cognitive Theory of Mind revealed by transcranial direct current stimulation on medial prefrontal cortex. *Scientific Reports*, 7, 41219. <https://doi.org/10.1038/srep41219>
- Airagnes, G., Lemogne, C., Gueguen, A., Hoertel, N., Goldberg, M., Limosin, F., & Zins, M. (2017). Hostility predicts alcohol consumption over a 21-year follow-up in the Gazel cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.034>
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5e éd.). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Elsevier Masson.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21(4), 349-357. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.4.349>
- Anthenien, A. M., Prince, M. A., Wallace, G., Jenzer, T., & Neighbors, C. (2021). Cannabis outcome expectancies, cannabis use motives, and cannabis use among a small sample of frequent using adults. *Cannabis*, 4(1), 69-84. <https://doi.org/10.26828/cannabis/2021.01.005>
- Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254. <https://doi.org/10.1177/002204260503500202>
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylan, S., Taft, C., & Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 687-694. <https://doi.org/10.1111/scs.12289>
- Bakchine, S., & Slachevsky, A. (2008). Théorie de l'esprit. Dans F. Eustache, B. Lechevalier, & F. Viader (Éds.), *Traité de neuropsychologie clinique* (pp. 429-438). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.eusta.2008.01.0429>

- Bakhshani, N. M., & Hosseinbor, M. (2013). A Comparative Study of Self-Regulation in Substance Dependent and Non-Dependent Individuals. *Global journal of health science*, 5(6), 40-45. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n6p40>
- Baltariu, I. C., Enea, V., Kaffenberger, J., Duiverman, L. M., & aan het Rot, M. (2023). The acute effects of alcohol on social cognition: A systematic review of experimental studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 245, 109830. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109830>
- Baraldi, R., Joubert, K., & Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Bauer, D., & Cox, W. M. (1998). Alcohol-related words are distracting to both alcohol abusers and non-abusers in the Stroop colour-naming task. *Addiction*, 93(10), 1539-1542. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9310153910.x>
- Beck, K. H., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., Wish, E. D., & Arria, A. M. (2009). The social context of cannabis use: Relationship to cannabis use disorders and depressive symptoms among college students. *Addictive Behaviors*, 34(9), 764-768. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.001>
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of neuroscience research*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Becker, J. B., Perry, A. N., & Westenbroek, C. (2012). Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis. *Biology of sex differences*, 3(1), 14-14. <https://doi.org/10.1186/2042-6410-3-14>
- Billieux, J., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2014). *L'impulsivité : ses facettes, son évaluation et son expression clinique*. Mardaga.
- Bonnet, A., Bréjard, V., Quadéri, A., & Pedinielli, J. L. (2011). Dynamique émotionnelle et troubles liés à la consommation de substances psychoactives. *Alcoologie et Addictologie*, 33, 123-133.

- Bora, E., & Zorlu, N. (2017). Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. *Addiction*, *112*, 40-48. <https://doi.org/10.1111/add.13486>
- Borbély, T. (2015). *The role of inhibitory control in the cooperative play of high-functioning children with autism*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Sussex. Repéré à http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/56521/1/Borb%C3%A9ly,_Tam%C3%A1s.pdf
- Bouvard, M., Guerin, J., Rion, A. C., Bouchard, C., Ducottet, E., Sechaud, M., Mollard, E., Grillet, P. R., & Cottraux, J. (1999). Étude psychométrique de l'Inventaire d'Estime de Soi Sociale. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *49*(3), 165-172.
- Boyle, S. H., Mortensen, L., Grønbaek, M., & Barefoot, J. C. (2008). Hostility, drinking pattern and mortality. *Addiction*, *103*(1), 54-59. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02024.x>
- Branden, N. (1992). *The power of self-esteem: An inspiring look at our most important psychological resource*. Health Communications.
- Byrne, K. A., & Worthy, D. A. (2019). Examining the link between reward and response inhibition in individuals with substance abuse tendencies. *Drug and Alcohol Dependence*, *194*, 518-525. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.014>
- Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., & Baulne, J. (2010). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2020221>
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 - Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200809.pdf>
- Camirand, H., Traoré, I., & Baulne, J. (2016). *L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois : résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2679758>

- Carlisle-Frank, P. L. (1991). *The differentiation of substance users: An analysis of personal control beliefs, self-esteem, disenchantment, and other personality, social, and environmental factors as they relate to substance use and abuse*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Californie. Repéré à <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED345151.pdf>
- Cavalli, E., Colé, P., Leloup, G., Poracchia-George, F., Sprenger-Charolles, L., & El Ahmadi, A. (2018). Screening for dyslexia in french-speaking university students: An evaluation of the detection accuracy of the Alouette test. *Journal of learning disabilities, 51*(3), 268-282. <https://doi.org/10.1177/0022219417704637>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2016). *Diminuer les méfaits liés à l'alcool sur les campus canadiens : document de référence de la stratégie du PEP-MA*. Repéré à <https://pepah.ca/guide/wp-content/uploads/2018/09/CCSA-Postsecondary-Education-Partnership-Alcohol-Harms-Strategy-2016-fr.pdf>
- Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly, 30*(4), 422-432. <https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960>
- Conus, F., Street, M. C., & Bordeleau, M. (2019). *Enquête québécoise sur le cannabis 2018. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois : un portrait pré-légalisation*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3688952>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman and Company.
- Coricelli, G. (2005). Two-levels of mental states attribution: from automaticity to voluntariness. *Neuropsychologia, 43*(2), 294-300. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2004.11.015>
- Cross, C. P., Copping, L. T., & Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 137*(1), 97-130. <https://doi.org/10.1037/a0021591>
- Dafters, R. I. (2006). Impulsivity, inhibition and negative priming in ecstasy users. *Addictive Behaviors, 31*(8), 1436-1441. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.09.013>

- Davidson, R., Bunting, B., & Raistrick, D. (1989). The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: A factorial analysis of the SADD questionnaire. *British Journal of Addiction*, 84(8), 907-915. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00763.x>
- De Pirro, S., Lush, P., Duka, T., Critchley, H. D., Badiani, A., & Parkinson, J. (2020). Effect of alcohol on the sense of agency in healthy humans. *Addiction Biology*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/adb.12796>
- De Waal, F. (2017). L'émergence de la coopération. *Pour la science*, 94, 74-76.
- Del Giudice, M. (2015). Self-Regulation in an Evolutionary Perspective. Dans G. H. E. Gendolla, M. Tops, & S. L. Koole (Éds.), *Handbook of biobehavioral approaches to self-regulation* (pp. 25-41). Springer Science; Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1236-0_3
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001a). *Delis-Kaplan executive function system: Examiner's manual*. The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001b). *Delis-Kaplan executive function system: Technical manual*. The Psychological Corporation.
- Dennett, D. (1978). Beliefs about beliefs. *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 568-570. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076664>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R : Symptom Checklist-90-R : Administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
- Dolan, S. L., Bechara, A., & Nathan, P. E. (2008). Executive dysfunction as a risk marker for substance abuse: The role of impulsive personality traits. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 799-822. <https://doi.org/10.1002/bsl.845>

- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Self-esteem: Enduring issues and controversies. Dans T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Éds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 718-746). Wiley-Blackwell.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. Dans L. L'Abate (Éd.), *Mental Illnesses - Understanding, prediction and control* (pp. 105-134). InTech Open Access Publisher. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 3(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rne.031.0041>
- Evans, J. S. B. T. (1993). The cognitive psychology of reasoning: An introduction. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 46(4), 561-567. <https://doi.org/10.1080/14640749308401027>
- Ezan, P., Mallet, S., & Rouen-Mallet, C. (2021). *L'usage de l'alcool chez les étudiants comme expérience de consommation réelle et virtuelle*. Communication présentée au International Marketing Trends Conference, Venise, Italie. Repéré à <https://hal.science/hal-03240512/document>
- Fejtő, K. (2013). La post-adolescence, une phase du développement. *Revue française de psychanalyse*, 77(2), 348-359. <https://doi.org/10.3917/rfp.772.0348>
- Fillmore, M. T., & Rush, C. R. (2002). Impaired inhibitory control of behavior in chronic cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(3), 265-273. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00206-X)
- Forbes, E. E., & Dahl, R. E. (2010). Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and Cognition*, 72(1), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.007>
- Fortin, M.-F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : le SCL-90-R : rapport final*. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

- Frith, U., & Blakemore, S.-J. (2006). Social Cognition. Dans R. Morris, L. Tarassenko, & M. Kenward (Éds.), *Cognitive systems - Information processing meets brain science* (pp. 138-162). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012088566-4/50012-X>
- Fuentes, M. C., Garcia, O. F., & Garcia, F. (2020). Protective and risk factors for adolescent substance use in Spain: Self-esteem and other indicators of personal well-being and ill-being. *Sustainability*, 12(15). <https://doi.org/10.3390/su12155962>
- Gandolphe, M.-C., Lecluyse, B., Triquet, C., Brunelle, E., Duparcq, J.-P., & Nandrino, J.-L. (2018). Mind reading abilities in opiate-dependent patients: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.001>
- Gauthier, J., Samson, P., Turbide, D., & Lawson, J. S. (1981). Adaptation française du Social Self-Esteem Inventory. *Revue canadienne des Sciences du comportement*, 13(3), 218-225. <https://doi.org/10.1037/h0081176>
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 127. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>
- Gorbett, K., & Kruczek, T. (2008). Family factors predicting social self-esteem in young adults. *The Family Journal*, 16(1), 58-65. <https://doi.org/10.1177/1066480707309603>
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>
- Gouvernement du Canada. (2019a). À propos de la consommation problématique de substances. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/usage-problematique-substances.html>

- Gouvernement du Canada. (2019b). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). Enquête canadienne sur le cannabis de 2022 : Sommaire. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2022-sommaire.html#s2-2/>
- Gouvernement du Québec. (2017a). Alcool. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/alcool/#:~:text=L'alcool%20fait%20partie%20de,et%20la%20coordination%20des%20mouvements.>
- Gouvernement du Québec. (2017b). Connaître les drogues et leurs effets. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/>
- Gouvernement du Québec. (2017c). Héroïne. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/heroine/>
- Gouvernement du Québec. (2017d). Problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/problemes-lies-a-la-consommation/>
- Green, K. M., Zebrak, K. A., Robertson, J. A., Fothergill, K. E., & Ensminger, M. E. (2012). Interrelationship of substance use and psychological distress over the life course among a cohort of urban African Americans. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1-3), 239-248. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.11.017>
- Greenberg, D. M., Warriar, V., Abu-Akel, A., Allison, C., Gajos, K. Z., Reinecke, K., Rentfrow, P. J., Radecki, M. A., & Baron-Cohen, S. (2023). Sex and age differences in “theory of mind” across 57 countries using the English version of the “Reading the Mind in the Eyes” test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120(1), e2022385119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2022385119>

- Griffin, S. A., & Trull, T. J. (2021). Alcohol use in daily life: Examining the role of trait and state impulsivity facets. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(2), 199-207. <https://doi.org/10.1037/adb0000679>
- Gruber, S. A., Silveri, M. M., Dahlgren, M. K., & Yurgelun-Todd, D. (2011). Why so impulsive? White matter alterations are associated with impulsivity in chronic marijuana smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(3), 231-242. <https://doi.org/10.1037/a0023034>
- Gyawali, B., Choulagai, B. P., Paneru, D. P., Ahmad, M., Leppin, A., & Kallestrup, P. (2016). Prevalence and correlates of psychological distress symptoms among patients with substance use disorders in drug rehabilitation centers in urban Nepal: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 16(1), 314-314. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1003-6>
- Hahn, A. M., Simons, R. M., Simons, J. S., & Welker, L. E. (2020). A model of reinforcement sensitivity, impulsivity, alcohol use, and risky sexual behavior in a sample of young adult drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 328-336. <https://doi.org/10.1037/pha0000321>
- Heatherton, T. F. (2011). Neuroscience of self and self-regulation. *Annual Review of Psychology*, 62, 363-390. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131616>
- Henry, J. D., Mazur, M., & Rendell, P. G. (2009). Social-cognitive difficulties in former users of methamphetamine. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 323-327. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2009.tb00487.x>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Houdé, O. (2020). Inhibition (psychologie). Dans *Encyclopædia Universalis*.

- Hrabok, M., & Kerns, K. A. (2010). The development of self-regulation: A neuropsychological perspective. Dans B. W. Sokol, U. Müller, J. I. M. Carpendale, A. R. Young, & G. Iarocci (Éds.), *Self and social regulation: Social interaction and the development of social understanding and executive functions*. (pp. 129-154). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195327694.003.0006>
- Hunt, A. W., Turner, G. R., Polatajko, H., Bottari, C., & Dawson, D. R. (2013). Executive function, self-regulation and attribution in acquired brain injury: A scoping review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(6), 914-932.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2013.835739>
- Hunt, B., & Guindon, M. H. (2009). Alcohol and other drug use and self-esteem in young adults. Dans M. H. Guindon (Éd.), *Self-esteem across the lifespan: issues and interventions* (pp. 219-229). Routledge.
- Hustad, J. T. P., Carey, K. B., Carey, M. P., & Maisto, S. A. (2009). Self-regulation, alcohol consumption, and consequences in college student heavy drinkers: A simultaneous latent growth analysis. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(3), 373-382.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.373>
- Inserm. (2008). *Jeux de hasard et d'argent : Contextes et addictions*. Les éditions Inserm.
- Inserm. (2014). Addictions : Du plaisir à la dépendance. Repéré à <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Enquête québécoise sur le cannabis 2018. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois : un portrait pré-légalisation*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3688952>
- Institut de la statistique du Québec. (2023a). Consommation excessive d'alcool. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/consommation-excessive-alcool/>

- Institut de la statistique du Québec. (2023b). Enquête québécoise sur le cannabis 2022 : survol des principaux résultats. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/enquete-quebecoise-cannabis-2022-survol-principaux-resultats/>
- Institut national de la recherche scientifique. (2018). Effets sur la santé. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019a). Consommation d'alcool chez la population générale. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/consommation-population-generale>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019b). Consommation de cannabis chez la population générale. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/consommation-population-generale>
- Jacob, S., Lubart, T. I., & Getz, I. (1999). Interrelations entre les aspects émotionnels de la personnalité. Dans M. Huteau, & J. Lautrey (Éds.), *Approches différentielles en psychologie* (pp. 365-368). Presses Universitaires de Rennes.
- Jiaxuan, D., Huang, J., An, Y., & Xu, W. (2018). The relationship between stress and negative emotion: The mediating role of rumination. *Clinical Research and Trials*, 4. <https://doi.org/10.15761/CRT.1000208>
- Juraska, J. M., & Willing, J. (2017). Pubertal onset as a critical transition for neural development and cognition. *Brain Research*, 1654(Part B), 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2016.04.012>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kim, Y.-T., Kwon, D.-H., & Chang, Y. (2011). Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Research*, 186(1), 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.027>

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Kounenou, K. (2010). Exploration of the relationship among drug use & alcohol drinking, entertainment activities and self-esteem in Greek University students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2, 1906-1910. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.1007>
- Kühn, K. (2016). *The relationship between theory of mind, inhibitory control and children's behavioral problems a multi-informant approach*. (Thèse de doctorat inédite). Université d'Erfurt. Repéré à https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00038526/kuehn.pdf
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.002>
- Lannoy, S., Gilles, F., Benzerouk, F., Henry, A., Oker, A., Raucher-Chéné, D., Besche-Richard, C., & Gierski, F. (2020). Disentangling the role of social cognition processes at early steps of alcohol abuse: The influence of affective theory of mind. *Addictive Behaviors*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106187>
- Larsen, R. J. (1984). *Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic (temperament, emotion, arousal)*. (Thèse de doctorat inédite). Université de l'Illinois. Repéré à ProQuest Dissertations & Theses (No. 8422112)
- Larsen, R. J. (2009). Affect intensity. Dans M. R. Leary, & R. H. Hoyle (Éds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 241-254). The Guilford Press.
- Larsen, R. J., & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21(1), 1-39. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(87\)90023-7](https://doi.org/10.1016/0092-6566(87)90023-7)
- Lasnier, B., & Cantinotti, M. (2012). *La consommation d'alcool ou de drogues illicites en fonction du statut tabagique chez les élèves québécois, 2008-2009*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2160215>

- Latzman, R. D., & Markon, K. E. (2010). The Factor Structure and Age-Related Factorial Invariance of the Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS). *Assessment*, 17(2), 172-184.
- Lavoie, J. (2013). *Évaluation de l'implication de la mémoire de travail sur des tâches de «théorie de l'esprit» chez la personne âgée avec altération cognitive légère.* (Essai doctoral inédit). Université du Québec à Chicoutimi. Repéré à <https://constellation.uqac.ca/2652/>
- Lawn, W., Fernandez-Vinson, N., Mokrysz, C., Hogg, G., Lees, R., Trinci, K., Petrilli, K., Borissova, A., Ofori, S., Waters, S., Michór, P., Wall, M. B., Freeman, T. P., & Curran, H. V. (2022). The CannTeen study: verbal episodic memory, spatial working memory, and response inhibition in adolescent and adult cannabis users and age-matched controls. *Psychopharmacology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06143-3>
- Lawson, J. S., Marshall, W. L., & McGrath, P. (1979). The social self-esteem inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39(4), 803-811. <https://doi.org/10.1177/001316447903900413>
- Lecompte, D., De Bleeker, E., Vandendriessche, F., Hulselmans, J., De Hert, M., Mertens, C., Peuskens, J., D'Haenens, G., Liessens, D., & Wampers, M. (2006). Fonctions exécutives. *Neurone*, 11(3).
- Lee, C. M., Neighbors, C., & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1384-1394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.010>
- Lefavrais, P. (2005). *Alouette-R* (2e éd.). Centre de psychologie appliquée.
- Les Offices jeunesse internationaux du Québec. (2021). Québec Volontaire. Repéré à <https://www.lojiq.org/programmes/quebec-volontaire/>
- Leyton, M., & Stewart, S. (2014). *Toxicomanie au Canada : voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence.* Repéré à <https://www.deslibris.ca/ID/244001>

- Luo, D., Tan, L., Shen, D., Gao, Z., Yu, L., Lai, M., Xu, J., & Li, J. (2022). Characteristics of depression, anxiety, impulsivity, and aggression among various types of drug users and factors for developing severe depression: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03933-z>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2003). Individual differences in self-esteem : A review and theoretical integration. Dans M. R. Leary, & J. P. Tangney (Éds.), *Handbook of self and identity* (pp. 401-418). Guilford Press.
- Madden, G. J., Petry, N. M., Badger, G. J., & Bickel, W. K. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: Drug and monetary rewards. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5(3), 256-262. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.5.3.256>
- Magid, V., & Colder, C. R. (2007). The UPPS Impulsive Behavior Scale: Factor structure and associations with college drinking. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1927-1937. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.06.013>
- Maij, D. L., van de Wetering, B. J., & Franken, I. H. (2017). Cognitive control in young adults with cannabis use disorder: An event-related brain potential study. *Journal of Psychopharmacology*, 31(8), 1015-1026. <https://doi.org/10.1177/0269881117719262>
- Maranges, H., & Baumeister, R. (2016). Self-control and ego depletion. Dans K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Éds.), *The Handbook of Self-Regulation* (pp. 42-61). Guilford
- Mayhew, M. J., Byrne, J. M., Powell, J. H., & Meynen, T. (2020). Are hazardous drinkers more impulsive than light drinkers? A comprehensive assessment in young adults. *Alcohol*, 84, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.09.007>
- McKiernan, A., & Fleming, K. (2017). *Les perceptions des jeunes canadiens sur le cannabis*. Ottawa, Ontario: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Canadian-Youth-Perceptions-on-Cannabis-Report-2017-fr.pdf>

- McMurrin, M., & Hollin, C. R. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders. *British Journal of Addiction*, 84(3), 315-318. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03465.x>
- Mendrek, A. (2014). Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? *Santé mentale au Québec*, 39(2), 57-74. <https://doi.org/10.7202/1027832ar>
- Michaud, J., Bégin, H., & McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56(2), 109-122. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.12.001>
- Millisecond. (2020). User Manual for Inquisit's Alcohol Stroop Task - Keyboard. Repéré à <https://www.millisecond.com/download/library/v6/stroop/alcoholstroop/alcoholstroopwithkeyboardinput.manual>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018a). Alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/ekip/alcool-drogues-jeux-de-hasard-et-d-argent/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018b). Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec - Consommation abusive d'alcool. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-abusive-d-alcool/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018c). Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe - Tout le Québec - Consommation de cannabis et autres drogues. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-de-cannabis-et-autres-drogues/#note-2>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018d). Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe - Tout le Québec - Types de drogue consommée. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/types-de-droque-consommee/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2019). Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe - Tout le Québec - Catégories de consommation d'alcool. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/categories-de-consommation-d-alcool/>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress* (2e éd.). Aldine de Gruyter.
- Monahan, J., & Lannutti, P. (2000). Alcohol as social lubricant: Alcohol myopia theory, social self-esteem, and social interaction. *Human Communication Research*, 26(2), 175-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00755.x>
- Monk, R. L., Qureshi, A. W., Knibb, G., McGale, L., Nair, L., Kelly, J., Collins, H., & Heim, D. (2023). In people who drink more, facets of theory of mind may be impaired by alcohol stimuli. *Drug and Alcohol Dependence*, 245, 109811. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109811>
- Monterosso, J. R., Aron, A. R., Cordova, X., Xu, J., & London, E. D. (2005). Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(2), 273-277. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.02.002>
- Morgan, M. J., Impallomeni, L. C., Pirona, A., & Rogers, R. D. (2006). Elevated impulsivity and impaired decision-making in abstinent ecstasy (MDMA) users compared to polydrug and drug-naïve controls. *Neuropsychopharmacology*, 31(7), 1562-1573. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300953>
- Morie, K. P., De Sanctis, P., Garavan, H., & Foxe, J. J. (2014). Executive dysfunction and reward dysregulation: A high-density electrical mapping study in cocaine abusers. *Neuropharmacology*, 85, 397-407. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2014.05.016>
- Nader-Grosbois, N. (2011). *La théorie de l'esprit : entre cognition, émotion et adaptation sociale*. De Boeck.

- Nandrino, J.-L., Gandolphe, M.-C., Alexandre, C., Kmiecik, E., Yguel, J., & Urso, L. (2014). Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients: The role of autobiographical memory. *Drug and Alcohol Dependence*, 143(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.010>
- National Institute on Drug Abuse. (2020a). Prescription CNS Depressants DrugFacts. Repéré à <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-cns-depressants>
- National Institute on Drug Abuse. (2020b). Substance Use in Women DrugFacts. Repéré à <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>
- National Research Council. (2015). *Investing in the health and well-being of young adults*. National Academies Press.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2019). *Rapport européen sur les drogues : tendances et évolutions*. Repéré à https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2012). *Rapport mondial sur les drogues*. Repéré à https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_French_web.pdf
- Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016). A meta-analysis of theory of mind in alcohol use disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 410-415. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy137>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). Substances psychoactives. Repéré à https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
- Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Development of self-esteem across the lifespan. Dans D. P. McAdams, R. L. Shiner, & J. L. Tackett (Éds.), *Handbook of Personality Development* (pp. 328-344). Guilford.
- Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., Sacco, M., & Cristofalo, P. (2014, juin). *Cognitive and emotional functioning in young drug-addicts. Preliminary findings*. Communication présentée au The 2nd international virtual Scientific Conference, Slovaquie.

- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369(9567), 1130-1139. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60366-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60366-3)
- Peele, S. (1977). L'expérience de l'assuétude. Repéré à https://www.peele.net/lib/addexp_fr.html
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.
- Perrault, C. (1987). *Les mesures de santé mentale : possibilités et limites de la méthodologie utilisée*. Enquête Santé Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000015468.pdf>
- Perreault, W. D. J. (1975). Controlling order-effect bias. *Public Opinion Quarterly*, 39(4), 544-551. <https://doi.org/10.1086/268251>
- Petrovic, S. A., Kaurin, N., Knezevic, J., & Maric, N. P. (2023). Theory of mind in typical adults: Sex-differences and its associations with anxiety and depression symptoms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 38(6), 913-921. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad007>
- Petry, N. M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42(1), 92-99. <https://doi.org/10.1093/geront/42.1.92>
- Phillips, M. R. (2009). Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither? *World Psychiatry*, 8(2), 91-92.
- Pike, E., Stoops, W. W., Fillmore, M. T., & Rush, C. R. (2013). Drug-related stimuli impair inhibitory control in cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.004>
- Platt, B., Kamboj, S., Morgan, C. J. A., & Curran, H. V. (2010). Processing dynamic facial affect in frequent cannabis-users: Evidence of deficits in the speed of identifying emotional expressions. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(1-2), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.05.004>

- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British journal of addiction*, 78(1), 89-95.
- Richard, J.-B., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., & Nguyen-Thanh, V. (2019). La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (5-6), 89-97.
- Rømer Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 317-330. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22>
- Rosenberg, M. (1962). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 1(2), 135-152. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(62\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0022-3956(62)90004-3)
- Rotermann, M. (2019). Analyse des tendances de la prévalence de la consommation de cannabis et des mesures connexes au Canada. *Rapports sur la santé*, 30(6), 3-15. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900600001-fra>
- Rotermann, M. (2020). Qu'est-ce qui a changé depuis la légalisation du cannabis? . *Rapports sur la santé*, 31(2), 13-24. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000200002-fra>
- Rubin, D. C., Hoyle, R. H., & Leary, M. R. (2012). Differential predictability of four dimensions of affect intensity. *Cognition & emotion*, 26(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.561564>
- Sanvicente-Vieira, B., Kluwe-Schiavon, B., Corcoran, R., & Grassi-Oliveira, R. (2017). Theory of mind impairments in women with cocaine addiction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(2), 258-267. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.258>

- Sanvicente-Vieira, B., Romani-Sponchiado, A., Kluwe-Schiavon, B., Brietzke, E., Araujo, R. B., & Grassi-Oliveira, R. (2017). Theory of mind in substance users: A systematic minireview. *Substance Use & Misuse*, 52(1), 127-133. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1212890>
- Scales, P. C., Benson, P. L., Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., & Pashak, T. J. (2015). The dimensions of successful young adult development: A conceptual and measurement framework. *Applied Developmental Science*, 20(3), 150-174. <https://doi.org/10.1080/10888691.2015.1082429>
- Schmid, F., Moreau, F., Benzerouk, F., Raucher-Chéné, D., Kaladjian, A., Gierski, F., & Henry, A. (2022). Faux pas recognition and executive processes in patients with alcohol use disorder: Toward an investigation of interindividual heterogeneity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(3), 608-620. <https://doi.org/10.1093/arclin/acab072>
- Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, (14), 54-70. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54>
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz, J., & Levkovitz, Y. (2010). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*, 46(5), 668-677. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.04.008>
- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L.-G., & Törestad, B. (2000). Factor structure and validity of the affect intensity measure in a Swedish sample. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 337-350. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00197-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00197-X)
- Smith, J., Mattick, R., & Sufani, C. (2017). Error detection and behavioural inhibition in young heavy drinkers. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 20-30.
- Stamates, A. L., Schulz, C. T., Ehlke, S. J., Thompson, L., Lau-Barraco, C., & Kelley, M. L. (2021). Latent profiles of impulsivity facets and associations with drinking behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 228, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108979>

- Statistique Canada. (2021). Consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie : Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210304/dq210304a-fra.htm>
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45(8), 921-933.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656. <https://doi.org/10.1162/089892998562942>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Sturiano, C. V. (2003). *The role of negative affect intensity in substance abuse and recovery*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Long Island. Repéré à ProQuest Dissertations & Theses (No. 3086810)
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P., & Reilly, D. (1998). Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. *Addiction*, 93(8), 1149-1160. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93811493.x>
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(5), 811-820. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.06.008>
- Tremblay, J., & Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 1.08*. Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Tremblay, J., Dupont, G., & Sirois, M. (1999a). *Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA). Traduction du « Severity of Alcohol Dependence Data » (SAAD)*.
- Tremblay, J., Dupont, G., & Sirois, M. (1999b). *Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD). Traduction du « Severity of Dependence Scale » (SDS)*.

- Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. (2000). *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool/Drogues*. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Valle, A., Massaro, D., Castelli, I., & Marchetti, A. (2015). Theory of mind development in adolescence and early adulthood: The growing complexity of recursive thinking ability. *Europe's Journal of Psychology*, *11*(1), 112-124. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i1.829>
- Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., Jermann, F., Larøi, F., Willems, S., Juillerat, A.-C., & Bechara, A. (2006). A French adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: Confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate students. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*, 38-42. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.38>
- Veilleux, C., & Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd'hui? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflets*, *16*(1), 152-179. <https://doi.org/10.7202/044446ar>
- Verdejo-García, A., Lubman, D., Schwerk, A., Roffel, K., Vilar-López, R., MacKenzie, T., & Yücel, M. (2012). Effect of craving induction on inhibitory control in opiate dependence. *Psychopharmacology*, *219*(2), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2512-0>
- Verplaetse, T. L., Peltier, M. R., Roberts, W., Pittman, B., & McKee, S. A. (2021). Gender and past year serious psychological distress are associated with past year AUD: Time-varying results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH; 2008-2017). *Addictive behaviors*, *116*.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P., Vézina, S., & Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2069255>
- Wagner, J., Hoppmann, C., Ram, N., & Gerstorff, D. (2015). Self-esteem is relatively stable late in life: The role of resources in the health, self-regulation, and social domains. *Developmental Psychology*, *51*(1), 136-149. <https://doi.org/10.1037/a0038338>

- Weafer, J., & Fillmore, M. T. (2012). Alcohol-related stimuli reduce inhibitory control of behavior in drinkers. *Psychopharmacology*, 222(3), 489-498. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2667-3>
- Weinfurt, K. P., Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1994). The factor structure of the affect intensity measure: In search of a measurement model. *Journal of Research in Personality*, 28(3), 314-331. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1994.1023>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19(7), 559-574. <https://doi.org/10.1002/per.556>
- Williams, D. G. (1989). Neuroticism and extraversion in different factors of the affect intensity measure. *Personality and Individual Differences*, 10(10), 1095-1100. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90261-4](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90261-4)
- Williams, J. M. G., Mathews, A., & Macleod, C. (1996). The emotional stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3-24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.3>
- Youmans, G. L. (2004). *Theory of mind performance of individuals with alzheimer-type dementia profiles*. (Thèse de doctorat inédite). Université d'État de Floride. Repéré à <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:169044/datastream/PDF/view>
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining Self-Regulation: A social cognitive perspective. Dans M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Éds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50031-7>

Appendice A
Certification éthique – Déclaration

Certification éthique – Déclaration

Cet essai doctoral a fait l'objet d'une certification éthique. Le numéro du certificat est 2021-552.

Appendice B
Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT VERBAL CONCERNANT LA PARTICIPATION

N.B. Une copie de ce document sera transmise au participant par courriel pour qu'il puisse avoir et conserver l'information. Cependant, le participant n'a pas à retourner de copie signée au chercheur puisque le consentement verbal a été consigné.

1 TITRE DU PROJET

Effets de la cognition sociale et de l'intensité de la détresse psychologique sur l'autorégulation de la consommation de psychotropes chez les jeunes adultes (18 à 35 ans).

2 RESPONSABLES DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Responsable

Eline Mangold, étudiante au doctorat en psychologie clinique, UQAC

2.2 Direction de recherche

Claude Dubé, PhD., professeur en neuropsychologie au Département des Sciences de la Santé, UQAC

3 FINANCEMENT

Ce projet n'est pas financé.

4 PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant que vous puissiez donner votre consentement afin de participer à ce protocole de recherche, toutes les informations pertinentes vous seront communiquées. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous désirez participer à ce protocole de recherche, après avoir lu ensemble ce formulaire, votre consentement verbal sera consigné.

Si vous avez reçu l'annonce de recrutement directement par l'entremise d'une organisation, sachez qu'une autorisation auprès de celle-ci a été obtenue. De plus, ce projet de recherche demeure totalement indépendant d'une organisation autre que l'UQAC.

5 NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

5.1 Description du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à deux rencontres visant à mieux comprendre la consommation d'alcool et/ou de drogues (ici des substances psychotropes) chez les personnes âgées entre 18 et 35 ans.

Les personnes âgées entre 18 et 35 ans constituent une tranche d'âge importante où il y a consommation de substances psychotropes. Ce comportement de consommation peut s'expliquer par plusieurs facteurs internes ou externes à la personne. L'objectif de ce projet de recherche consiste à affiner la compréhension de certains facteurs pouvant influencer le comportement de consommation de psychotropes chez les personnes âgées entre 18 et 35 ans.

5.2 Objectif spécifique

Les substances psychotropes peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et le fonctionnement psychologique. Certaines substances peuvent être prescrites (p. ex., Valium, Ritalin, Xanax, etc.) et d'autres non (p. ex., alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.).

Plusieurs éléments peuvent influencer la décision de consommer des substances psychotropes non prescrites. Ceux étudiés ici sont relatifs aux émotions et à la façon dont l'environnement social est perçu et compris. Il s'agit de la théorie de l'esprit (représentation de ce que l'on conçoit des autres et de nous-mêmes), de l'estime de soi en contexte social, de la détresse psychologique, de l'intensité avec laquelle les émotions sont ressenties et de processus permettant de prendre une décision. Ces éléments peuvent avoir un impact sur l'autorégulation de la consommation. Cette dernière, l'autorégulation, permet ici d'avoir une forme de contrôle sur la décision de consommer ou non.

L'objectif de ce projet de recherche est donc de mieux comprendre l'influence de ces éléments, ainsi que de l'autorégulation sur la consommation de substances psychotropes des personnes âgées de 18 à 35 ans.

5.3 Déroulement

Votre participation à ce projet de recherche se fera en deux rencontres qui ne seront pas enregistrées. Elles se feront avec la responsable du projet ou un assistant de recherche (étudiant en 2e ou 3e année du baccalauréat en psychologie de l'UQAC) :

1. Première rencontre : Une seule fois en ligne sur la plateforme Zoom (compte institutionnel UQAC). Cela prendra environ 120 minutes (dont 20 minutes pour la consignation du consentement). D'abord, vous répondrez à deux (2) questionnaires sous forme d'entrevue, comprenant un questionnaire sociodémographique et sur vos habitudes de consommation, ainsi qu'un questionnaire sur votre consommation d'alcool et de drogues (durée d'environ 30 minutes). Ensuite, vous répondrez à cinq (5) questionnaires sur LimeSurvey (plateforme de réponse à des questionnaires en ligne, utilisée par l'UQAC) portant sur des facteurs relatifs aux émotions et à la façon dont vous percevez votre environnement social (durée d'environ 70 minutes). À ce moment, un code d'accès vous sera fourni et vous pourrez choisir de partager ou non votre écran selon si vous souhaitez être accompagné ou non. Enfin, une prise de rendez-vous se fera pour la seconde rencontre du projet.
2. Seconde rencontre : Elle consistera en une seule rencontre en personne d'environ 45 minutes dans un laboratoire situé à l'UQAC où vous aurez à remplir un questionnaire sur des facteurs relatifs aux émotions. Vous devrez aussi effectuer des tests psychométriques ne nécessitant aucune préparation. Ces tests consistent en la dénomination de couleurs et la lecture de mots. Les conditions d'hygiènes et de sécurité relatives à la COVID-19 seront respectées et tout le matériel s'y rapportant sera fourni.

5.4 Spécificités relatives à la COVID-19

Pour la santé et la sécurité de toute personne impliquée dans le protocole de recherche en présentiel, le rendez-vous pour la seconde rencontre sera pris si vous ne présentez pas de symptômes ou n'êtes pas en période d'isolement. Dans le cas inverse, vous serez rappelé environ deux semaines après la première rencontre, afin de prendre rendez-vous pour la rencontre en présentiel. Notez que les mesures sanitaires appliquées à l'UQAC seront respectées en tout temps.

6 AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, si ce n'est la satisfaction d'avoir contribué à l'avancée de la recherche. En effet, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Ce protocole de recherche ne comporte pas de risque ou de désavantage prévisible pour le participant, puisqu'il ne comporte pas d'intervention explicite. Les inconforts qui peuvent survenir lors de votre participation à cette étude sont le temps alloué à la réalisation des entrevues individuelles et la fatigue pouvant en découler. Toutefois, il est possible que certaines questions puissent amener un certain inconfort ou des émotions désagréables. En cas de besoin, vous trouverez une liste de ressources gratuites ci-dessous :

- Info-Santé/Info-Social : 811
- Tel-Aide : 1 514 935-1101

7 CONFIDENTIALITÉ, DIFFUSION ET CONSERVATION

7.1 Confidentialité

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Toutes les données recueillies lors des rencontres demeureront strictement confidentielles et rendues anonymes, dans les limites prévues par la loi. Ces données seront de deux ordres :

- Données nominatives qui peuvent vous identifier et seront accessibles temporairement uniquement par l'équipe de recherche. Elles seront présentes sur le formulaire de consentement (votre nom, prénom et vos coordonnées), ainsi que sur la liste de codes d'identification (votre nom, prénom et vos coordonnées) protégée par un mot de passe, afin de pouvoir vous recontacter pour la seconde rencontre et si vous gagnez au tirage (mentionné plus bas). Elles ne serviront aucunement à l'analyse des données de la recherche.
- Données de recherche correspondant à vos réponses lors des rencontres. Elles seront sous forme papier ou informatisée et protégées par votre code d'identification en tant que participant et donc anonymes.

L'ensemble des données de recherche seront recueillies par la responsable du projet ou les assistants de recherche, sous forme de formulaires papier ou de fichiers informatiques anonymes (contenant seulement votre code de participant), puis consignées par la responsable du projet ou les assistants de recherche, dans une base de données générale dans laquelle votre identité n'est jamais inscrite, mais uniquement un code de participant. Ces données seront rendues irrémédiablement anonymes par la destruction des informations liant votre identité à votre code de participant lorsque la cueillette des données sera terminée. Les données de recherche introduites dans la base de données serviront aux analyses dans le cadre du présent projet et seront accessibles par la responsable du projet, les assistants de recherche et le directeur de recherche. Enfin, ces mêmes données pourront être utilisées dans le cadre de futurs projets de recherche ayant reçu au préalable une approbation éthique. Cependant, votre identité demeurera confidentielle et ne sera en aucun cas communiquée, puisque les données seront rendues strictement anonymes, et cela de manière irréversible.

Il est possible que les données de recherche dans la base ainsi formulée soient utilisées et intégrées dans un futur projet de recherche. Cependant, votre identité demeurera confidentielle et ne sera en aucun cas communiquée, puisque les données seront rendues strictement anonymes, et cela de manière irréversible.

7.2 Diffusion

Les résultats de ce projet de recherche seront disponibles sous forme d'essai doctoral qui sera diffusé par l'UQAC via la plateforme constellation (<https://constellation.uqac.ca>). Il est assuré que cette diffusion des résultats ne permettra pas votre identification par les données que vous aurez rapportées. Les résultats pourraient également être partagés lors de congrès, de colloques, ou tout autre événement scientifique. Un ou des article(s) dans des revues scientifiques pourrai(en)t aussi être effectué(s). Dans tous les cas, votre identification sera impossible.

7.3 Conservation

Données nominatives :

La liste de codes sera conservée sur l'ordinateur du directeur de recherche et sur un ordinateur de l'UQAC, lié au directeur de recherche, tous deux protégés par un mot de passe. La liste sera chiffrée et protégée par un mot de passe, dans un dossier distinct de la base de données. Cela jusqu'à la fin de la collecte active des données. À partir de ce moment, la liste nominative des codes des participants sera détruite avec un logiciel spécialisé, de même, le retrait de vos données de recherche, peu importe la forme, sera, dès ce moment, impossible.

Le formulaire de consentement vous sera envoyé par courriel afin que vous en conserviez une copie. Deux preuves d'envoi seront conservées. La première sera le courriel envoyé, qui sera détruit en même temps que la boîte de messagerie, soit à la fin de la collecte de données. La seconde sera une copie du courriel, conservée sur une clé USB chiffrée et protégée par un mot de passe, placée dans un classeur barré dans le bureau du directeur de recherche ou un laboratoire attenant. Elle sera détruite après 7 ans par un logiciel spécialisé. Aucune autre copie informatisée du formulaire de consentement ne sera conservée après envoi du courriel. Une copie papier de ce formulaire sera aussi conservée et placée dans le même classeur que la preuve d'envoi, avant d'être détruite. Cela pour une durée de 7 ans, à partir de la fin de la collecte de données, par une entreprise spécialisée.

Données de recherche :

Les données des formulaires papier seront conservées dans un classeur barré dans le bureau du directeur de recherche ou un laboratoire attenant. Les données informatisées seront conservées sur deux clés USB chiffrées, toutes deux protégées par un mot de passe. Elles seront également conservées sur l'ordinateur du directeur de recherche et un ordinateur de l'UQAC, lié au directeur de recherche, protégé par un mot de passe, dans un fichier chiffré. L'ensemble des données sera détruit selon les règles en vigueur, par une entreprise spécialisée ou avec un logiciel spécialisé. Cette destruction sécuritaire de l'intégralité des données aura lieu après un délai de 25 ans, permettant l'utilisation des données strictement anonymisées dans un futur projet de recherche.

8 PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, incluant, mais non exclusivement, les deux rencontres prévues, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'équipe de recherche, et ce, sans qu'il y ait de préjudices. En cas de retrait, vous devez contacter l'équipe de recherche par courriel (DSS_recherchepsy@uqac.ca) indiquant explicitement votre retrait total du protocole de recherche, toutes vos données recueillies seront alors définitivement détruites de façon sécuritaire et selon les règles en vigueur, si cela est toujours possible. Ne pas se présenter à la seconde rencontre en personne ne constitue pas un retrait automatique de vos données de la première rencontre. Si vous décidez de retirer vos données de la première rencontre, la procédure demeure la même que celle susmentionnée. Toutefois, une fois la liste de codes détruite (à la fin de la collecte de données), il sera impossible de retirer les données vous concernant. En effet, les données seront alors rendues totalement anonymes et il sera impossible de retracer les observations vous concernant. Si vous vous retirez sans requérir la destruction de vos observations ou êtes retiré du projet par les responsables, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai, verbalement et par écrit.

9 INDEMNITÉ COMPENSATOIRE ET TIRAGE

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte, sauf le remboursement des frais de stationnement pour le temps de la rencontre en présentiel, le cas échéant.

Toutefois, si vous complétez les deux rencontres, vous pouvez participer à un tirage de deux (2) cartes cadeaux Renaud-Bray d'une valeur de 100\$ chacune. Si vous souhaitez participer, une mention sera ajoutée à la liste de codes d'identification, indépendante des données de recherche, pour que vous fassiez partie du tirage. Les modalités de conservation et de destruction de cette liste demeurent les mêmes que celles précédemment énoncées.

10 PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'équipe de recherche, ou directement avec le responsable du projet de recherche ou le directeur de recherche aux coordonnées suivantes :

Coordonnées de l'équipe de recherche :

Courriel : DSS_recherchepsy@uqac.ca

Téléphone : (418) 545-5011, poste 6136

Responsable du projet :

Eline Mangold, étudiante au doctorat en psychologie clinique, UQAC

Courriel : eline.mangold1@uqac.ca

Direction de recherche :

Claude Dubé, PhD., professeur au Département des Sciences de la Santé, UQAC

Courriel : Claude_Dube@uqac.ca

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche (418-545-5011 poste 4704 ou la ligne sans frais : 1-800-463-9880 poste 4704 ou cer@uqac.ca).

11 CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

- Si le rendez-vous pour la seconde rencontre n'a pu être pris en raison de la COVID-19: Je consens à être appelé(e) après environ deux (2) semaines afin de prendre rendez-vous pour la seconde rencontre en présentiel, si mon état de santé le permet.
- Je consens à participer au tirage.

Dans le cadre du projet intitulé « *Effets de la cognition sociale et de l'intensité de la détresse psychologique sur l'autorégulation de la consommation de psychotropes chez les jeunes adultes (18-35 ans)* », en tant que responsable du projet de recherche ou assistant de recherche, je certifie avoir lu le formulaire de consentement au participant, lui avoir expliqué les buts de la recherche, son implication et ses droits concernant celle-ci, répondu aux questions qu'il a posées et lui avoir clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je certifie également avoir demandé au participant son consentement verbal par visioconférence, afin de participer au projet. Ainsi, une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement lui sera remise aux coordonnées suivantes :

Nom du participant :	
Inscrire l'adresse électronique du participant pour l'envoi de la copie et le numéro de téléphone pour la rencontre en présentiel	
Courriel :	
Numéro de téléphone :	

Signature de la personne qui a obtenu le consentement (si différente du chercheur responsable)

--	--

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant à cette recherche.

--	--

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Appendice C

Questionnaire concernant les critères d'inclusion, les données sociodémographiques
et les habitudes de consommation

Questionnaire concernant les critères d'inclusion, les données sociodémographiques et les habitudes de consommation

(Entrevue)

Nous allons commencer par des questions sur vous et votre vie en général. Il n'y a donc pas de bonne ou mauvaise réponse. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à intervenir.

Questions préliminaires (critères d'exclusion) :

1. Avez-vous consommé de l'alcool ou des drogues dans les dernières 24 heures ?

Non

Oui

Si la réponse est oui, demander : À quand remonte votre dernière consommation : _____

De quelle substance : _____

(Si les normes reconnues d'élimination du psychotrope consommé indiquent que la personne est intoxiquée, proposer à la personne de prendre un autre rendez-vous, si elle le souhaite, à un moment où elle ne sera pas intoxiquée. Puis, la remercier de l'intérêt et lui dire que c'est terminé).

Partager la planche de l'Alouette à l'écran et dire : Pour commencer, veuillez lire le premier paragraphe du texte suivant à haute voix.

(En cas de deux (2) erreurs claires ou plus [mot remplacé par un autre, mot non lu, saut d'un mot ou d'une ligne sans correction], remercier de l'intérêt et dire que c'est terminé, sinon, poursuivre les questions préliminaires).

2. Avez-vous une vision normale ou une correction à la normale en ce moment (lunettes, verres de contact)?

Oui

Non

Si la réponse est non : pouvez-vous porter vos lunettes ou vos verres de contact lors de cet entretien? (Si la personne répond non, lui demander si elle pourrait les avoir ultérieurement et prendre un autre rendez-vous. Puis, la remercier de l'intérêt et lui dire que c'est terminé).

(suite des questions préliminaires à la page suivante)

3. Avez-vous une forme d'altération de la perception des couleurs (p. ex., daltonisme, dyschromatopsie)?²

Oui, précisez de quel type : _____

Non

(Si la réponse est oui : remercier de l'intérêt et lui dire que c'est terminé).

4. Avez-vous été diagnostiqué d'une dyslexie?

Oui, précisez la sévérité : _____

Est-ce compensé?

Oui (La personne peut lire des courtes phrases et bien comprendre).

Non : (remercier de l'intérêt et lui dire que c'est terminé).

Non

(Partager le questionnaire à l'écran à partir de la question 5, se retrouvant à la page suivante)

² **Précision** : Dans le cas où une rencontre en présentiel n'est pas possible, la question 2 sera enlevée, car elle constitue un élément important pour les tâches en présentiel qui nécessitent de bien distinguer les couleurs.

5. Quelle-est votre date de naissance? ____ / ____ / _____ (JJ/MM/AAAA)

6. Quel âge avez-vous? _____ ans.

7. À quel genre vous identifiez-vous?

Féminin

Masculin

Autre, précisez : _____

8. Quel-est votre état civil?

Marié(e)

En union de fait (douze mois ou plus)

En couple avec cohabitation (moins de douze mois)

En couple sans cohabitation

Célibataire

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(veuve)

Autre, précisez : _____

9. Quelle-est votre langue maternelle?

Français

Anglais

Autre, précisez : _____

10. Quelle-est votre appartenance ethnique? _____

11. Quelle-est votre nationalité? _____

Si nationalité canadienne : dans quelle province êtes-vous né(e)? _____

Si vous n'êtes pas né(e) au Québec : depuis combien de mois/années résidez-vous au Québec? _____ mois _____ ans.

Si vous n'êtes pas né(e) au Canada : quel est votre pays de naissance? _____

Depuis combien de mois/années résidez-vous au Québec? _____ mois _____ ans.

12. Quelle est votre situation professionnelle (Indiquez tout ce qui s'applique)?

Étudiant(e) à temps plein, précisez le domaine : _____

Étudiant(e) à temps partiel, précisez le domaine : _____

Emploi à temps plein, précisez le domaine : _____

Emploi à temps partiel, précisez le domaine : _____

Sans emploi

Autres, précisez : _____ (Si non mentionné, précisez le domaine : _____)

13. Votre adaptation à l'école secondaire a été :

Très facile

Facile

Légèrement difficile

Difficile

Très difficile

14. Quel est votre plus haut niveau d'études?

Primaire : Dernière année complétée : _____

Secondaire : Dernière année complétée : _____

Collégial : Dernière année complétée : _____

Universitaire 1^{er} cycle : Dernière année complétée : _____

Universitaire 2^e cycle : Dernière année complétée : _____

Universitaire 3^e cycle : Dernière année complétée : _____

Professionnel : Précisez le niveau : _____ et le type : _____

Prescrit En vente libre Non-compliance

17. À quand remonte votre dernière consommation d'une substance quelconque (sauf le tabac, le café et les médicaments prescrits par le médecin)? _____

Ne consomme pas de substance.

18. Avez-vous été diagnostiqué d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)?

Oui (Date de formulation du diagnostic : _____)

Non

19. Avez-vous été diagnostiqué d'un autre trouble de santé mentale?

Oui (Lequel : _____)

Date de formulation du diagnostic : _____)

Non

20. Est-ce que vous vous reconnaissez comme une personne qui recherche les sensations fortes?

Oui, mais si ces situations ont très peu de conséquences négatives possibles.

Oui, mais à faible fréquence.

Oui, à fréquence moyenne, mais sans les rechercher ou les provoquer.

Oui, régulièrement, je recherche activement ces situations.

Non, j'évite ces situations en toutes circonstances.

21. Éprouvez-vous une excitation positive ou une satisfaction lorsque vous vous trouvez dans une situation plus ou moins légale?

Oui

Non

22. Dans votre parenté immédiate (père, mère, frère, sœur, oncles et tantes, grands-parents paternels ou maternels) est-ce qu'il y a au moins une personne avec un problème reconnu de consommation de substances psychotropes : Oui Non

23. Dans votre parenté immédiate (père, mère, frère, sœur, oncles et tantes, grands-parents paternels ou maternels) est-ce qu'il y a au moins une personne avec un problème reconnu de santé mentale : Oui Non

Questions complémentaires concernant la consommation de substances :

24. Pour mieux vous connaître, pourriez-vous répondre à ces questions :

- a. J'ai l'impression d'avoir une influence sur ce qui survient dans ma vie : Oui Non
- b. Une manière de ne pas être seul est de consommer avec mes amis : Oui Non
- c. Consommer est un moyen de réconfort : Oui Non
- d. Dans mon milieu de vie actuel, la consommation régulière de tabac est une facette de la vie quotidienne : Oui Non
- e. Dans mon milieu de vie actuel, la consommation régulière d'alcool est une facette de la vie quotidienne : Oui Non
- f. Dans mon milieu de vie actuel, la consommation régulière de drogue est une facette de la vie quotidienne : Oui Non

25. Quelle affirmation vous représente le mieux ? Mon style de consommation est le suivant (attention : bière, vin, spiritueux = même substance, l'alcool) :

- Dans la dernière année, je consomme une seule substance, toujours la même.
- Dans la dernière année, je consomme deux substances, toujours les mêmes.
- Dans la dernière année, je consomme trois substances, toujours les mêmes.
- Dans la dernière année, je consomme trois substances ou plus variées.
- Dans la dernière année, je ne consomme pas de psychotropes.

26. Quel est l'âge approximatif de votre première expérience de consommation : ____ ans.

27. Quelle est votre première substance consommée? _____

28. Est-ce que vous êtes actuellement fumeur (consommateur de tabac)?

Oui

Non

a. Si oui, à quelle fréquence (nombre moyen de cigarettes par jour)? _____

b. Depuis combien de temps? _____

c. Avez-vous déjà cessé de fumer pour ensuite reprendre?

Oui. Nombre d'épisodes de rechute : _____

Non

29. Si vous consommez une ou des substances psychotropes (alcool ou autres drogues), comment considérez-vous l'impact auprès de vos proches ou de votre famille (sur une échelle de 0 à 3)?

0 = Nul (aucune évocation de cette consommation par mes proches)

1 = Léger (rares évocations, source faible de tensions émotionnelles)

2 = Indisposant (évocations fréquentes, source moyenne de tensions émotionnelles)

3 = Sévère (évocations régulières, source élevée de tensions émotionnelles)

4 = Je ne consomme jamais de psychotrope