



HAL
open science

Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des facteurs de personnalité prédictifs de la réduction de craving dans un échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote

Guillaume Leclerc

► **To cite this version:**

Guillaume Leclerc. Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des facteurs de personnalité prédictifs de la réduction de craving dans un échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732786

HAL Id: hal-01732786

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732786>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Guillaume LECLERC

le 19 Octobre 2010

**Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des
facteurs de personnalité prédictifs de la réduction du craving dans un
échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Raymund SCHWAN Président	Professeur	
Monsieur François PAILLE	Professeur	}
Monsieur Bernard KABUTH Juges	Professeur	}
Monsieur Dominique PETE	Docteur en Médecine	}

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Guillaume LECLERC

le 19 Octobre 2010

**Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des
facteurs de personnalité prédictifs de la réduction du craving dans un
échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Raymund SCHWAN Président	Professeur	
Monsieur François PAILLE	Professeur	}
Monsieur Bernard KABUTH Juges	Professeur	}
Monsieur Dominique PETE	Docteur en Médecine	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :

- 1^{er} Cycle :

- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »

- 2^{ème} Cycle :

- 3^{ème} Cycle :

« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »

« *DES Spécialité Médecine Générale* »

- Filières professionnalisées :

- Formation Continue :

- Commission de Prospective :

- Recherche :

- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard
FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT -
Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX -
Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN -
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU –
Jacques POUREL - Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean
ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX -
Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARACHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président du jury de thèse,
Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Professeur de Psychiatrie d'adultes et d'Addictologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous avons apprécié votre rigueur scientifique et votre ouverture d'esprit
et avons été touché par votre patience et votre tolérance.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge de thèse,

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique, Médecine Interne et Addictologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Pédopsychiatrie et d'Addictologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Nous avons apprécié votre dynamisme et votre humour
et avons été touché par votre ouverture d'esprit et votre clairvoyance.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Directeur de thèse et Juge,
Monsieur le Docteur Dominique PETE
Docteur en Psychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger et de juger cette thèse.
Votre vision humaniste et philosophique de la discipline a grandement participé
à construire celle qui est la notre au jour d'aujourd'hui.
Nous avons été touché par votre honnêteté et votre acceptation du patient dans
toute sa complexité et par la confiance que vous nous avez toujours témoignée.
Nous avons apprécié votre finesse d'esprit et votre humour.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre gratitude et de notre profond
respect.

A mes parents, pour votre soutien indéfectible et votre amour depuis tant d'années ;
pour avoir su garder une cohésion familiale et surtout fraternelle malgré les aléas de la vie.
Merci.

A Julien

A Mathieu

A Marion

A Rachid

pour tous ces moments de bonheur ensemble passés et à venir.

Merci.

A Sophie, toi plus que quiconque sait combien ces dernières marches ont été difficiles à gravir. Ton soutien, ta patience, ton amour n'ont jamais failli. Permets-moi de t'offrir ce travail en gage de tout ce que nous avons encore à construire.

A Grand-mère

A Mamie, pour le réconfort que tu sais apporter.

Merci.

Au groupe Messin : Wilfried, Chris, Kubi, Jo l'Indien, Loulouche, Giorgio, pour les moments de décompression nécessaires, votre humour et tous les bons moments passés sur ou devant les terrains de sport.

Au groupe Vosgien : Manu, François, Emilie, Bérangère, pour votre soutien et les bons moments passés, aux Luthins comme ailleurs.

A Xavier, une bande de jeunes à lui tout seul.

Au Dr Lionel Dantin, pour m'avoir permis d'aborder l'esprit TCC de façon originale et subtile.

Ton enseignement a été, et sera très enrichissant.

A tous les médecins rencontrés qui ont façonnés, qui façonnent et façonneront ma pratique : Dr François Bourgognon, Dr Didier Caille, Dr Simona Cilibiu, Dr Thierry Fouquet, Dr Nicolas Gosset, Dr François Laruelle, Dr Isabelle Lefébure, Dr Sylvie Lereboulet, Dr Fabienne Ligier, Dr Pascale Olivier, Dr Alain Schang Dr Claudiu Stinea, Dr Nicolas Werner.
Merci.

Aux secrétaires rencontrées qui ont laissé ou qui laisseront un souvenir pétillant et plein de vie: Armelle, Sandrine C., Anne-Laure, Sandrine B., Sandrine T., Marina.

Pour votre gentillesse, votre soutien moral et logistique, et votre humour. Merci.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

<u>DEDICACES</u>	
<u>SERMENT</u>	
<u>SOMMAIRE</u>	Page : 1
<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>PREMIERE PARTIE : ABORDS THEORIQUES</u>	6
<u>I-LE CRAVING</u>	7
<u>I-A -HISTORIQUE DE LA NOTION DE CRAVING</u>	7
<u>I-B -LES MODELES THEORIQUES DU CRAVING</u>	10
<u>I-C -EVALUATION DU CRAVING ET TRAITEMENT</u>	24
<u>I-D -CRAVING ET SEVRAGE A L'ALCOOL</u>	29
<u>II -CRAVING ET PERSONNALITE</u>	33
<u>II-A -LES MODELES PSYCHOBIOLOGIQUES</u>	33
<u>II-B -LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL DE CLONINGER</u>	36
<u>III -COMMENT S'ARTICULENT CRAVING ET PERSONNALITE ?</u>	45
<u>III-A -LE MODELE DE CLONINGER ET LA PREDICION DE RECHUTE</u>	45
<u>III-B -LE MODELE DE CLONINGER ET LE CRAVING</u>	46
<u>III-C -ARGUMENTS POUR UNE ETUDE DESCRIPTIVE PROSPECTIVE</u>	47
<u>SECONDE PARTIE : ETUDE ET RESULTATS</u>	49
<u>IV -UNE ETUDE DESCRIPTIVE PROSPECTIVE NON INTERVENTIONNELLE</u>	50
<u>IV-A -OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	50
<u>IV-B -METHODOLOGIE</u>	52

<u>IV-C –RESULTATS</u>	58
<u>IV-D –SYNTHESE ET DISCUSSION DES RESULTATS</u>	81
<u>IV-E –LIMITES DE L’ETUDE</u>	90
<u>IV-F –IMPLICATIONS, INTERROGATIONS, PERSPECTIVES</u>	91
<u>CONCLUSION</u>	94
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	95
<u>TABLES DES MATIERES</u>	100
<u>ANNEXES</u>	104

INTRODUCTION

La psychiatrie bénéficie à ce jour de nombreuses approches issues de théories parfois très différentes les unes des autres. Outre la « pharmacothérapie », le praticien pourra trouver diverses techniques thérapeutiques à proposer à son patient venant consulter pour un trouble psychiatrique.

Selon Hardy-Baylé [1], la plupart des théories en psychiatrie privilégient une épistémologie clinique plutôt qu'une épistémologie thérapeutique, une théorie de l'homme malade plutôt qu'une théorie des pratiques de soins. Elles cherchent à aborder le fonctionnement de l'homme dans sa globalité et développent ainsi des dimensions humaniste et anthropologique séduisantes. Hardy-Baylé pose la question de l'articulation de ces théories dans le soin psychiatrique à proprement parler. Le contexte actuel d'une vision de plus en plus médicale de la psychiatrie fait évoluer la pratique de cette discipline vers l'élaboration de pratiques de référence, objectif poursuivi par la Haute autorité de santé (HAS). A ce titre cela s'inscrit dans une épistémologie thérapeutique, mais il manque cette articulation nécessaire entre les diverses approches, permettant une réflexion autour du soin le plus adapté à proposer au patient.

Cependant, une vision trop rigide ne semble pas souhaitable. Prenons l'exemple de la recherche en psychiatrie qui s'intéresse dans le cadre de l'évaluation des pratiques aux résultats des différentes approches psychothérapeutiques. De par la rigueur nécessaire à toute pratique observationnelle visant à mettre en évidence un résultat significatif, les études ont besoin d'un cadre, notamment diagnostique. Et selon les critères utilisés, elles concluent ou non à une efficacité de telle ou telle approche dans tel ou tel trouble. Une des possibilités envisageables à terme est la mise en place de recommandations telle que « dans telle pathologie, telle approche psychothérapeutique est indiquée ». Et le raccourci « étiquette diagnostique-traitement » risquerait d'être facilement utilisé.

Dans le contexte d'une telle théorie des pratiques, il apparaît alors important de prendre en compte des critères et de disposer d'éléments décisionnels pour poser l'indication d'un soin en psychiatrie, que ce soit en termes d'institution (hospitalisation vs ambulatoire), de psychothérapie ou de pharmacothérapie. La prise en compte de critères objectifs comme l'efficacité d'une molécule dans un trouble précis est indispensable. Mais des critères plus

subjectifs et individuels, notamment relatifs au patient apparaissent aussi importants et intéressants à considérer.

La personnalité semble ici tenir un rôle particulier quant à la détermination de soins les plus adaptés possibles à la personne les nécessitant. Le lien de la personnalité avec la psychopathologie est de plus en plus mis en exergue dans la littérature spécialisée, aidée tout particulièrement par le développement de modèles dimensionnels et des questionnaires qui y sont associés [2]. Et l'aspect dimensionnel de ces modèles permet une lecture plus subtile des particularités de chaque patient pour tenter de déterminer le soin le plus adapté.

Par ailleurs la problématique addictive et ses multiples facettes représentent un trouble complexe pour lequel les cibles thérapeutiques autant que les traitements eux-mêmes sont en constante évolution. L'alcoolodépendance en particulier fait partie des pathologies psychiatriques les plus étudiées [3]. Sa complexité, le nombre important de pistes de recherche actuelles, tant en termes thérapeutiques qu'en termes étiologiques et explicatifs, justifient d'autant plus l'identification de critères décisionnels permettant de recentrer sur le patient et le soin à apporter [3],[4]. Parmi eux le craving pour l'alcool ou « désir puissant, irrésistible » à consommer de l'alcool représente un élément de plus en plus étudié et apparaît pertinent à utiliser comme critère parmi d'autres reflétant une certaine sensibilité aux soins [5],[6].

Ce travail focalise son propos précisément sur le lien entre personnalité et craving, ce dernier représentant un sujet de recherche très présent dans la littérature. Il s'agit d'une étude prospective descriptive, non interventionnelle, visant à mettre en évidence des liens particuliers entre des facteurs précis de personnalité et l'évolution du ressenti du craving. Nous allons en particulier tenter de faire ressortir des dimensions de personnalité prédictives d'une réduction du craving ou non dans une population de patients alcoolodépendants hospitalisés pour sevrage. Les résultats sont présentés après une synthèse théorique à propos de cette pulsion et du modèle de personnalité utilisé basée sur la littérature scientifique.

L'objectif de ce travail est avant tout de participer à l'amélioration de la qualité des soins en tentant d'apporter des éléments décisionnels quant aux soins proposés.

PREMIERE PARTIE

ABORDS THEORIQUES

I – L'alcoolodépendance et le craving

L'addiction à l'alcool représente une pathologie complexe plurifactorielle dont les conséquences physiques, sociales et économiques sont multiples et sévères. Des études de prévalence en population générale ont été réalisées aux Etats-unis à plusieurs années d'intervalle et ont montré une stabilité de cette prévalence dans le temps (5 à 7% chez les hommes, 2 à 3% chez les femmes) [4]. Plusieurs définitions ont été proposées et réévaluées depuis la première description de ce syndrome en 1976 [4]. Les éléments centraux sont la perte de contrôle des consommations, l'existence du phénomène de tolérance, l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt des consommations, le caractère envahissant des consommations sur les plans sociaux, professionnels et familiaux et le maintien des consommations malgré la survenue de complications (DSM-IV). Cependant, la CIM 10, contrairement au DSM-IV insiste sur l'existence d'un désir puissant de consommer également appelé « craving ». De Bruijn va même jusqu'à le considérer comme nécessaire au diagnostic de dépendance dans une proposition de nouvelle classification [7]. Ce symptôme suscite un regain d'intérêt de la part des chercheurs comme en témoigne la littérature actuelle [5],[6],[8]. Après un bref historique présentant l'évolution de ce concept, cette partie du travail abordera les différentes approches théoriques du craving pour ensuite présenter les arguments rendant pertinente l'utilisation de ce critère dans une étude prospective sur le sevrage dans l'alcoolodépendance. Loin de se vouloir exhaustif, ce chapitre représente une vue d'ensemble des principaux modèles réalisée à partir des revues les plus récentes trouvées dans la littérature.

I-A -Historique de la notion de craving:

Le craving est actuellement un concept sujet à discussion, tant dans ses définitions que dans son rôle dans la problématique addictive.

Pourtant, sa description clinique est faite depuis plusieurs siècles. Ce qui est considéré à l'heure actuelle comme étant un puissant désir était jugé dans l'antiquité comme élément clé de la dépendance [8],[9].

Ainsi Lettsom décrit en 1789 à propos de l'alcool, qu'il finit par devenir « aussi nécessaire que la nourriture... ni les menaces ni la persuasion n'étaient suffisamment puissantes pour contrer [le désir de consommer]... »

En 1889, Kerr fait référence au craving en décrivant une « dépravation pathologique du centre de l'appétit » [8]. On retrouve dans ces deux extraits de description clinique la notion d'appétence pour la substance, encore d'actualité: Addolorato définit le craving entre autre comme étant un « appétit pathologique » qui se traduit par un désir puissant pour l'alcool [6].

En 1899, le Merck's Manual pointait la dimension d'impériosité, d'urgence à consommer chez les personnes en sevrage. Ce manuel indiquait la cocaïne comme produit de substitution à l'alcool pour réduire cette pulsion [6]. Elle était alors perçue comme étroitement liée au phénomène aigu de privation et considérée comme appartenant au syndrome de sevrage.

Progressivement le terme craving a été utilisé pour faire référence à un puissant désir de consommer chez les patients dépendants aux opiacés, à l'alcool, au cours d'un syndrome de sevrage. Puis le concept s'est étendu aux autres drogues et plusieurs définitions très différentes ont été proposées.

La première subtilité a été apportée au concept de craving en 1955 par l'*Export Committee on Mental Health and on Alcohol*, en considérant deux sous-types de craving: non-symbolique, liés au sevrage et symbolique, liés à la notion de perte de contrôle et à la rechute [8]. La dimension neuro-biologique est déjà sous entendue par cette dichotomie : le caractère non-symbolique évoquant les processus physico-chimiques en jeu durant la phase de sevrage. Le comité d'expert considérait alors le craving comme élément central de l'alcoolodépendance.

La conceptualisation de Jellinek en 1960 met l'accent sur la relation entre craving et rechute. Le besoin urgent de consommer serait sous-tendu en partie par un besoin physique correspondant à des changements dans le métabolisme cellulaire. Dans ce modèle, Jellinek considère le craving comme point clé d'un phénomène de perte de contrôle dont l'aboutissement est la rechute [5],[8].

C'est à partir de cette période charnière que le concept de craving va évoluer. Il n'est plus relié exclusivement au syndrome de sevrage mais considéré également comme facteur explicatif des rechutes à distance du sevrage et des mésusages de l'alcool.

La notion de craving devient un symptôme central de l'alcoolisme et figure parmi les critères diagnostics de la Classification Internationale des Maladies. Elle demeure présente dans les critères diagnostics actuels de la classification sous l'intitulé «désir puissant ou compulsion » à user d'un produit [10].

Dans les années 70-80, la recherche s'est rapidement développée autour de ce sujet, tout comme les pistes théoriques. Plusieurs études rapportent des résultats contradictoires concernant la place du craving, notamment dans la rechute. Par exemple, certains auteurs ont mis en avant le fait que de nombreuses personnes dépendantes n'expérimentent pas le craving [11]. D'autres ont constaté une faible corrélation entre craving et rechute [8],[11].

Dans sa revue de 1990, Tiffany conclut qu'il y avait dans la littérature peu d'arguments permettant de soutenir l'hypothèse d'une nécessité du craving pour initier la rechute et propose un modèle prenant en compte ces éléments [11]. Nous le présenterons par la suite.

Il s'agit là d'une question encore d'actualité : celle de la place du craving dans la perte de contrôle et dans la problématique addictive de façon générale. Autrement dit, dans quelle mesure le craving est-il prédictif d'une rechute ? Existe-t-il des personnes prédisposées ?

Cet intérêt des chercheurs pour ce symptôme a été responsable d'une multiplication des études sur le sujet. Les résultats contradictoires étaient probablement la conséquence entre autre d'un manque de définition claire et précise du sujet étudié. Une rencontre d'expert s'est organisée autour de ce thème en 1991, avec pour objectif de clarifier ces définitions [12].

Les experts n'ont pu définir le craving que de façon globale, comme un « état subjectif existant chez l'homme et lié aux phénomènes de dépendance aux drogues ». Le manque de connaissances concernant ses déterminants, ses liens avec la consommation et sa mesure n'ont pas permis de clarifier cette notion.

Ce comité d'experts a néanmoins réorienté et cadré le programme de recherche à ce sujet vers d'autres pistes [12].

L'intérêt porté à ce symptôme a permis aux chercheurs de développer plusieurs modèles, phénoménologiques, comportementaux ou cognitifs, ainsi qu'un étayage neurobiologique du phénomène. Ces modèles ont été progressivement développés isolément les uns des autres et dans ce cadre ont rapidement montré leurs limites.

Nous les aborderons brièvement dans les chapitres suivants pour ensuite présenter les modèles les plus récents. Ces derniers tentent de lier les différentes approches pour obtenir une théorie

plus globale, dans laquelle s'articulent mécanismes neurobiologiques et éléments cliniques. L'objectif étant de permettre une prise en charge plus adaptée de l'addiction, psychothérapeutique et pharmacothérapeutique.

I-B -Les modèles théoriques du craving:

I-B-1 -Les modèles phénoménologiques:

Les modèles phénoménologiques sont essentiellement descriptifs, basés sur des résultats de mesures cliniques du craving. De ces observations en découlent des hypothèses sur les mécanismes psychologiques sous-jacents.

Le modèle d'Isbell (1955) que nous avons déjà abordé précédemment distingue le craving physique non-symbolique du craving symbolique. Se basant sur ses observations cliniques, l'auteur définit le premier comme étant lié au sevrage et aux manifestations physiques associées. Il s'agit d'un symptôme présent en phase aigüe lors de l'arrêt de la substance addictogène [8].

Le second type de craving symbolique est défini comme tardif, survenant après une longue période d'abstinence. Ce dernier serait relié aux rechutes à distance de la période de sevrage par un phénomène de perte de contrôle. Il est considéré comme l'élément central qui pousse à consommer à nouveau [8].

Pour Drummond, ce modèle évoque déjà les prémices des théorisations comportementales de ce symptôme en sous-entendant un phénomène de renforcement expliquant la dépendance. On consomme pour se soulager du craving, sentiment plutôt désagréable.

Plus récemment, Modell et Al. ont développé un point concernant les similitudes symptomatiques entre addiction et le trouble obsessionnel compulsif [13].

Basés sur une étude de 62 patients alcoolodépendants ou mésusagers, les résultats suggèrent un lien entre craving et pensées obsédantes concernant l'alcool d'une part et entre craving et comportement compulsif d'autre part.

Le craving serait sous-tendu par les pensées obsédantes présentes dans l'étude chez la plupart des patients recrutés. Inversement, il serait à *l'origine* du comportement compulsif, plutôt que d'en être une conséquence. Anton s'est basé sur cette dichotomie pensées

obsédantes/comportement compulsif pour développer une échelle d'évaluation quantitative du craving: l'Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) [14]. Elle sera présentée dans le chapitre concernant les méthodes d'évaluation.

Pour Drummond, la force et la faiblesse de ces modèles est leur simplicité. Basés sur la clinique, ils prennent en compte de façon prioritaire le vécu des patients. Le rôle central du craving supposé dans ces modèles simplifie les classifications qui vont jusqu'à le considérer comme critère de diagnostic et comme principal facteur de rechute.

Mais cette hypothèse n'est que peu confirmée par les études empiriques menées en parallèle, comme l'a observé Tiffany.

Drummond reproche par ailleurs à ces modèles de ne pas permettre de tester de façon empirique les hypothèses qui en découlent [8],[11].

Nous pouvons poser la question du contexte de validité de ces théorisations. Elles ont été développées en l'absence de définition précise de l'objet étudié. Comment alors mesurer précisément quelque chose qui n'est pas clairement défini ?

C'est tout l'intérêt de l'étude de Modell puis des travaux d'Anton. Le lien hypothétique testé avec les troubles obsessionnels compulsifs permet d'apporter des éléments précis d'étude. Même si ce lien demeure une hypothèse, il se révélera plus facile à vérifier de par les précisions apportées.

I-B-2 -Les théories comportementales (de conditionnement):

Ces théories sont toutes basées sur les principes du conditionnement classique. Les stimuli contextuels, environnementaux essentiellement, sont associés par conditionnement à la consommation d'alcool. Par répétition du comportement, des éléments contextuels comme la vue d'un verre, d'un bar, d'une bouteille, certains états affectifs seront associés aux effets physiologiques et psychologiques de la prise d'alcool. Ils deviennent stimuli conditionnels.

Leur présence serait alors capable, en l'absence d'alcool, de déclencher les mêmes effets que la consommation.

Si cette consommation ne suit pas rapidement les réponses aux repères conditionnés, la personne expérimente le craving. Ce dernier est supposé avoir pour but de faire revivre les conséquences positives (renforcement positif) de la prise ou d'éviter les conséquences négatives de l'absence de prise (renforcement négatif) [5].

Ces modèles comportementaux, bien que limités dans leur dimension explicative du craving, ont permis le développement de prises en charge comportementales de l'addiction.

I-B-2-a -La théorie du sevrage conditionné (conditioned withdrawal theory)

L'hypothèse proposée par Wikler suppose que le stimulus conditionnel (la vue d'un verre, un état affectif particulier, un lieu) déclenche une réponse conditionnelle s'approchant d'un syndrome de sevrage. Ce stimulus est représenté par un élément contextuel associé non pas à la consommation d'alcool mais à la *chute de l'alcoolémie* après consommation. Ce « repère contextuel » est capable après ce conditionnement, de provoquer une réponse conditionnelle similaire au syndrome de sevrage. Le comportement se maintient par renforcement négatif : la personne consommerait pour ne plus ressentir cet état désagréable [5]. Le craving est considéré comme un syndrome de sevrage conditionné, déclenché par l'association répétée du repère et de la chute de l'alcoolémie.

L'auteur considère ainsi le craving comme un état affectif négatif que la personne cherche à apaiser par la consommation et qui est source de rechute.

Ce modèle a été ensuite nuancé par la distinction entre « craving de sevrage » et « craving conditionnel ». Le premier est lié au sevrage « inconditionnel » physique lors de l'arrêt de la consommation définissant la désintoxication. Le second correspond aux réponses aux repères contextuels conditionnés, à distance de la désintoxication, en période d'abstinence [8].

Le craving de sevrage n'est que peu lié aux rechutes car souvent ressenti dans un environnement dans lequel l'alcool n'est pas présent. L'auteur évoque ici le sevrage hospitalier mais pas la situation d'un sevrage ambulatoire au cours duquel l'alcool est a priori accessible. A l'inverse, le craving conditionnel engendrerait plus de rechutes puisqu'il est déclenché par la présence d'éléments environnementaux associés à la consommation au moment où l'accès au produit est supposé être aisé.

Il s'agit là d'une subtilité supplémentaire dans la description du symptôme mais qui n'a pas été explorée plus avant.

Le modèle des processus conditionnés adverses (conditioned opponent process theory) s'inscrit dans le prolongement du précédent. Le processus conditionné adverse est une notion développée par Siegel permettant d'expliquer à la fois la rechute et la tolérance au produit.

Toujours à la recherche de l'homéostasie, l'organisme chercherait à contrer les effets de la prise d'alcool par un état adverse permettant de rétablir un état affectif neutre, d'équilibre. Ce phénomène actif qui contre les effets euphorisants de l'alcool est supposé évolutif. Il s'intensifie avec les consommations et est plus prolongé que celles-ci dans le temps. Ce qui explique les phénomènes de tolérance et de craving de sevrage, puisqu'il demeure actif après l'arrêt des consommations. Quand au craving conditionnel, il serait déclenché par l'exposition à un stimulus environnemental associé à ce processus adverse homéostatique. Bien qu'il n'y ait pas de consommation d'alcool, la réaction opposée est déclenchée par conditionnement, en réponse à la présence d'un facteur environnemental [5].

I-B-2-b -La théorie des doubles processus: la prise en compte des affects

Les modèles précédents basés sur des théories comportementales pures se heurtent à certains résultats de la littérature qui ne confirment pas l'existence des réponses de sevrage conditionné [8]. Ce modèle propose de prendre en compte les états émotionnels dans leur dimension motivationnelle, sous l'appellation « état émotionnel central ». Ces affects sont considérés dans leur potentialité de modulation de comportement.

Selon l'histoire de chacun, les affects déclenchés face aux stimuli vont varier et ne vont pas provoquer les mêmes conséquences d'un individu à l'autre. L'affect négatif peut aussi bien déclencher la consommation que la réduction, voire l'arrêt de la consommation.

Cette théorie tente ainsi d'expliquer les résultats empiriques contradictoires avec les modélisations précédentes qui observent que le craving ne serait pas ressenti par tous les patients et qu'il ne serait pas directement lié à la rechute. Elle considère le craving comme une constante dans la problématique addictive et particulièrement la rechute. L'auteur envisage plusieurs conséquences possibles en réponse au stimulus dont l'absence de consommation, selon le vécu du sujet affectif du sujet [5],[11].

I-B-2-c -Théorie de l'incitation de sensibilisation (incentive sensitization theory): la prise en compte des éléments neuro-biologiques

Robinson et Berridge en 2001 articulent dans leur modèle éléments de comportementalisme et éléments neuro-biologiques. Se basant sur des modèles animaux, les auteurs avancent l'hypothèse d'une sensibilisation du système neurologique responsable de la recherche et la consommation du toxique (le système dopaminergique mésolimbique). Cette sensibilisation serait liée aux prises répétées de drogues. Par ailleurs, cette voie neurologique serait impliquée dans les phénomènes d'incitation et de récompense mais pas dans les effets euphorisants de la substance. C'est ainsi que les auteurs distinguent le fait d'apprécier, d'aimer le produit (synonyme de craving ici) du fait d'avoir besoin de consommer (sous-tendu par ce système neurologique). Ils sous-entendent que la consommation peut ne pas être motivée par un désir sous-jacent mais seulement par un besoin. On retrouve la dichotomie craving positif/craving négatif.

La sensibilisation serait, d'après les auteurs, dépendante du contexte ; ils supposent qu'elle serait sous-tendue par des processus de conditionnement contextuel, tel qu'il a été décrit dans les modèles précédents. Le patient aura d'autant plus de risques de consommer s'il se trouve dans un contexte dans lequel il a déjà pris de la drogue. Le craving est considéré comme « accessoire » vis à vis du besoin, responsable lui du maintien de la consommation [5],[8].

Dans ce modèle plus général de la problématique de dépendance, Robinson et Berridge combinent des facteurs neuro-biologiques et comportementaux. On peut le qualifier de modèle bio-comportemental et le rapprocher des modèles neuro-adaptatifs que nous décrirons plus loin. Les modèles évoluent progressivement vers une approche intégrative des différents niveaux d'explication.

On peut d'ores et déjà observer un lien avec les modèles de personnalité basés sur les processus motivationnels, à travers le rôle fortement supposé du craving dans l'activation d'un comportement. En particulier les théories psycho-biologiques de Gray, Tellegen ou Cloninger impliquent explicitement les facteurs de personnalité dans la facilitation ou l'inhibition d'un comportement [15].

I-B-3 -Les théories cognitives

Elles sont basées sur les processus cognitifs mis en jeu suite à la rencontre avec l'alcool et selon l'histoire personnelle du sujet et son environnement. Il peut s'agir de ses attentes ou de ses pensées ou affects vis à vis de la consommation. Le craving est ici représenté par un ensemble de croyances, d'anticipations, construites depuis l'enfance du patient et appartenant à sa personnalité mais cristallisées sur l'alcool depuis leur rencontre.

I-B-3-a -La théorie de l'apprentissage social cognitif (Cognitive social learning theory)

Marlatt et Gordon décrivent un processus cognitif d'« attentes » dans le sens « anticipation » lors d'une situation à risque de consommation [8][16].

Ils avancent que face à une situation de choix (consommer ou non lorsque le produit est à disposition), le sujet éprouve deux types d'attentes. Les unes liées à la confiance en ses stratégies d'adaptation dans une telle situation ; c'est le sentiment d'auto efficacité. Les autres liées aux croyances concernant les conséquences de la consommation (conséquences positives et négatives). Deux types d'anticipation de résultats sont donc envisagés : les attentes de résultat positif et les attentes de résultat négatif de la prise d'alcool.

Par exemple une forte confiance associée à une attente de résultat négatif est ici beaucoup moins à risque de consommation qu'une faible confiance avec une attente de résultat positif.

Marlatt voit en ces anticipations le résultat des processus cognitifs constitutifs du craving.

Il est vu comme un désir, une recherche de l'effet hédonique ou anxiolytique de l'alcool. Mais il n'en exclut pas pour autant les phénomènes de conditionnement impliqués dans le déclenchement du symptôme, lors de l'exposition à des stimuli associés à une gratification passée.

Même si le processus de conditionnement est pris en compte, il n'est que déclencheur des processus cognitifs constitutifs du craving.

I-B-3-b -Les modèles cognitifs impliquant les affects: les doubles affects et le modèle de régulation dynamique

De façon similaire aux modèles comportementaux, l'abord théorique du craving d'un point de vue cognitif a évolué progressivement avec la prise en compte des facteurs émotionnels.

Le modèle des doubles affects développé par Baker, Morse et Sherman pose l'hypothèse d'une régulation affective de la prise de drogue. Les mouvements émotionnels tant positifs que négatifs sont associés au besoin de consommer. Ils décrivent ainsi le craving positif et le craving négatif, l'un correspondant à une réponse appétitive dans une situation donnée, l'autre à une réponse d'évitement, d'apaisement d'un état de mal-être.

On observe que le conditionnement est impliqué pour déclencher non pas le craving lui-même mais les mouvements affectifs à son origine. Il s'agit d'une explication cognitivo-affective du craving au sein d'un modèle cognitivo-comportemental.

Le modèle permet d'expliquer les résultats en apparence contradictoires à propos du déclenchement affectif du craving qui observent que les affects tant négatifs que positifs le provoquent. Ils s'organiseraient au sein d'un système d'interaction mutuellement inhibitrice. Les auteurs mettent ainsi l'accent sur la composante affective de la pulsion [5],[8],[17].

Niaura (1988) s'est inspiré de ces travaux pour approfondir cette voie théorique. Il associe la régulation affective du craving, déclenchée par les stimuli contextuels, aux notions de croyances, notamment en ses propres capacités à faire face à la situation. Autrement dit, le sentiment d'auto efficacité et les stratégies d'adaptations, lorsque la pulsion survient, modulent le risque de consommation effective [8],[18].

I-B-3-c -Le modèle des procédures cognitives (cognitive processing model) de Tiffany

L'auteur invoque ici un processus cognitif automatique qui serait responsable d'un ressenti d'urgence à consommer. Il se déroulerait sans effort particulier, de façon automatique et donc échapperait à la conscience de la personne la plupart du temps. Dans cette configuration, le craving ne serait pas ressenti par le sujet.

Pour que l'urgence à consommer se fasse ressentir, il est nécessaire qu'un effort cognitif soit sollicité par exemple par une difficulté à se procurer le produit. La pulsion est définie par

l'auteur comme un « ensemble de réponses verbales, somato-viscérales et comportementales médiées par des processus cognitifs non-automatiques »[11].

Durant une période d'abstinence, seul le sujet qui se retrouve face à des stimuli conditionnels environnementaux et qui met en œuvre des processus conscients va ressentir ce symptôme.

Les facteurs ne déclenchant pas de processus cognitifs conscients, ne stimulent pas le craving.

L'auteur tente de prendre en compte les résultats témoignant d'une faible corrélation entre craving et rechute [8]. Comme Drummond, Tiffany ne considère pas le craving comme principale cause de rechute et émet l'hypothèse qu'il représente une reconstruction psychique *a posteriori* de la part du sujet pour l'expliquer. Il remet ainsi en question l'existence même de ce ressenti.

I-B-4 -Les théories neuro-biologiques

I-B-4-a -Le système de récompense: la cascade dopaminergique

La dopamine est un neurotransmetteur fondamental du système neurologique central. Elle est retrouvée dans de nombreux circuits neuronaux, notamment de régulation du mouvement des processus motivationnels et attentionnels [19],[20].

A partir des données actuelles, une cascade d'interaction impliquant la dopamine a été modélisée pour expliquer les mécanismes sous-jacents du phénomène de récompense. Les structures cérébrales suivantes sont supposées jouer un rôle clef dans cette cascade : l'hypothalamus, l'aire tegmentale ventrale (ATV), l'amygdale et le nucleus accumbens appartenant au système limbique, l'hippocampe et le cortex préfrontal [6].

Ces structures sont présentées sur la figure 1.

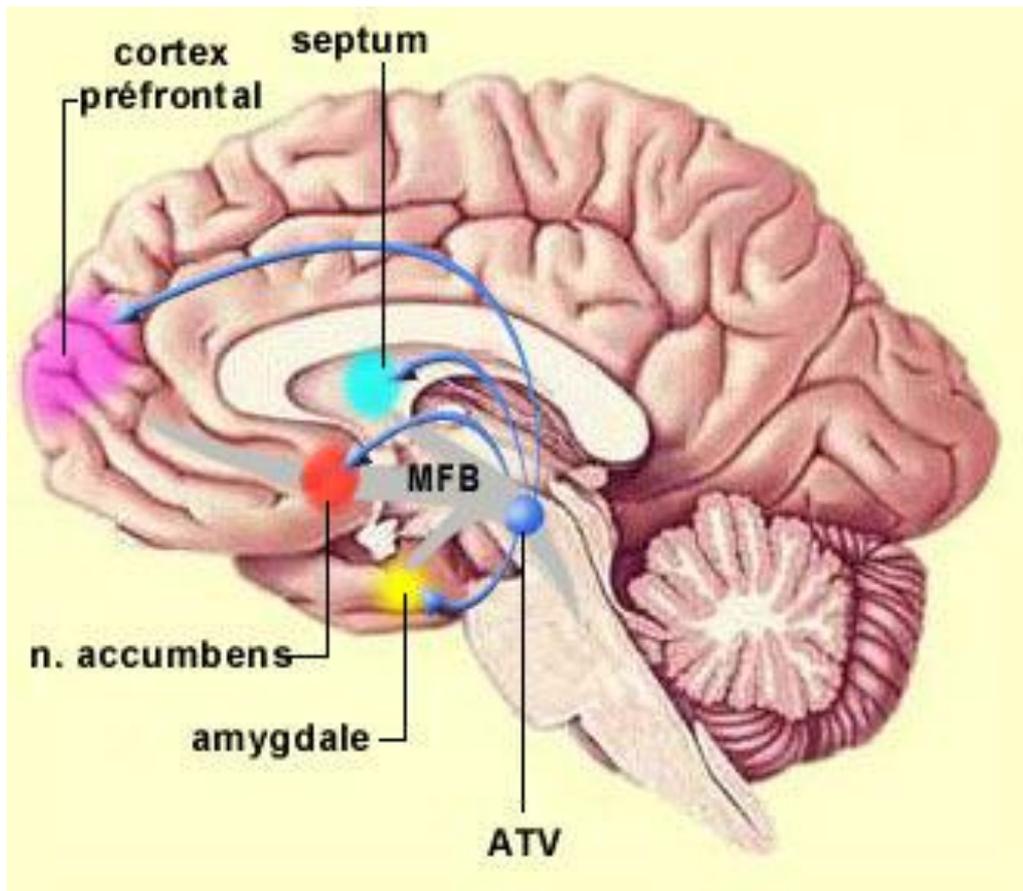


Fig. 1 : Schéma représentant les structures cérébrales principales supposées impliquées dans le système de récompense

La finalité de cette cascade est la libération de dopamine. La conséquence est la production d'un état de bien-être et de la sensation de plaisir. Certains considèrent ce réseau comme le centre du plaisir chez l'homme [20]. De nombreux stimuli déclenchent cette cascade, qu'ils soient naturels (alimentation, sexe) ou non (drogues, alcool), internes (pensées, anticipations) ou externes (sport).

Cette fonction de la dopamine lui confère un rôle essentiel dans les processus de renforcement des comportements, à fortiori dans les addictions.

La libération de dopamine est modélisée de la façon suivante : la perception du stimulus majore la concentration, dans l'hypothalamus de sérotonine qui active indirectement les récepteurs opioïdes. Ces derniers déclenchent à leur tour la libération d'enképhalines dans l'aire tegmentale ventrale. Les enképhalines inhibent la production de GABA dans la substance noire, neurotransmetteur inhibiteur ubiquitaire qui freine habituellement la

libération de dopamine. L'inhibition du GABA permet donc la levée du frein qu'il exerce sur la dopamine: cette dernière est libérée en plus grande quantité [6],[21],[20] .

I-B-4-b -Le syndrome de déficience de la récompense:

Blum utilise cette cascade de récompense pour développer le concept du syndrome de déficience en récompense (Reward Deficiency Syndrome) [21].

L'auteur part du postulat que la conséquence principale de la mise en route du système de récompense est la production d'un état de bien-être et de réduction du stress. La conséquence d'un dysfonctionnement persistant (d'origine génétique entre autre) serait une difficulté à produire la dopamine en quantité suffisante pour maintenir cet état de bien-être, d'apaisement. Blum parle de « trait hypodopaminergique » pour définir les manifestations cliniques de cette production insuffisante, essentiellement représentées par une sensation de tension interne, d'anxiété diffuse, d'irritabilité, d'émotions négatives.

L'une des hypothèses avancées pour expliquer l'hypodopaminergie est la diminution de sensibilité des récepteurs D2 à la dopamine. Il est associé au phénomène de récompense et son allèle A1 est considéré aujourd'hui comme un gène de la récompense. Mais l'origine de ce syndrome est très probablement multifactorielle, génétique et environnementale [22].

Le sujet présentant ce trait hypodopaminergique aurait besoin d'un pic de dopamine pour se sentir bien, qu'il obtient par des stimuli divers, dont la prise de toxiques ou d'alcool. Par phénomène de renforcement (positif pour retrouver cet état de bien-être, négatif pour éviter l'état de mal-être), l'addiction se met progressivement en place : la personne adopte un comportement de recherche du stimulus l'ayant soulagé, en l'occurrence l'alcool.

Le craving serait sous-tendu par ce trait hypodopaminergique, ce dernier faisant vivre un besoin urgent à consommer face aux symptômes pénibles ressentis. L'hyposensibilité des récepteurs à la dopamine, D2 notamment, sont très probablement impliqués dans ce phénomène.

I-B-4-c -Le modèle neuro-adaptatif [5]

On retrouve ici la notion de sensibilisation ou d'adaptation de l'organisme à la consommation chronique d'alcool, telle qu'elle avait été abordée dans le modèle comportemental de Robinson et Berridge (2001).

L'hypothèse principale stipule que la consommation chronique d'alcool modifie le fonctionnement cérébral au niveau cellulaire. Afin de s'adapter à la présence régulière d'alcool, le cerveau évolue vers un nouvel état d'homéostasie lui permettant d'être moins dysfonctionnel et de maintenir les fonctions vitales en état de fonctionnement optimal.

Cette neuro-adaptation à la présence d'alcool est sous-tendue par des modifications de la cascade de récompense. Les circuits dopaminergiques, sérotoninergiques, gabaergiques et opioïdiques sont atteints.

Le nouvel état de fonctionnement cellulaire cérébral est responsable du phénomène de tolérance du syndrome de sevrage et des rechutes à long terme.

L'adaptation fonctionnelle se fait avec une certaine inertie dans un sens comme dans l'autre. Au fur et à mesure qu'il s'adapte, le patient devient de moins en moins sensible aux effets de l'alcool : la tolérance se met en place.

Si cette personne est brutalement sevrée, un nouvel état d'équilibre est requis. Seulement cette adaptation ne pourra se mettre en place qu'à moyen terme de par son inertie : le fonctionnement cérébral est brutalement déséquilibré et le syndrome de sevrage survient. Il est associé à un état d'inconfort important avec troubles du sommeil, dysthymie, anxiété, troubles de la concentration, qui mène à un désir intense de consommer pour apaiser cet état : le craving.

Certaines modifications cellulaires sont par ailleurs responsables de la constitution d'une « mémoire de récompense ». Elle est supposée inconsciente et confère une valeur particulière aux contextes habituellement associés à l'alcool ou à la consommation elle-même. L'exposition à ces stimuli, même des années après l'arrêt peut activer cette mémoire de récompense. Il se produit le rappel d'un ensemble de souvenirs en lien avec l'état d'intoxication. Les situations dans lesquelles l'alcool a été vécu comme source de plaisir ou comme moyen d'éviter un état de stress peuvent stimuler cette mémoire à long terme. Le sujet peut, via cette mémoire de récompense, ressentir le craving après des années d'abstinence [23].

Ici, le craving est une conséquence de la consommation chronique d'alcool contrairement au modèle de Blum qui considère que le craving, à travers un dysfonctionnement du système de récompense, précède la dépendance. Le modèle neuro-adaptatif fait par ailleurs le lien avec les théories cognitives et comportementales du craving en expliquant notamment le conditionnement au niveau neuro-biologique.

On observe là encore les similitudes de raisonnement avec les modèles psycho-biologiques de la personnalité qui tentent, entre autres, d'expliquer l'activation ou la facilitation des comportements mais à un niveau cellulaire.

I-B-5 -Un modèle de synthèse: le modèle psycho-biologique de Verheul et Al. [24]

L'élément central du modèle de Verheul et Al. est la prise en compte des différences inter-individuelles en terme de gestion des émotions et des styles de personnalité. Dans une revue de la littérature complexe, il constate que les modèles actuels sont limités dans l'explication des résultats empiriques de la recherche qui montrent d'importantes différences dans le vécu du craving et l'efficacité des divers traitements visant ce symptôme.

L'auteur expose dans cet article un ensemble de résultats qui orientent vers un modèle psycho-biologique à trois voies.

Il distingue dans cette revue de la littérature trois groupes de patients alcoolodépendants qui diffèrent par les mécanismes menant au craving et à la consommation.

Verheul décrit d'abord un groupe de personnes ayant une conscience aigüe de leur état sensoriel avec un haut score de neuroticisme selon la typologie d'Eysenck. Ces personnes seraient plus facilement dans l'évitement des états sensoriels inconfortables, telle l'anxiété ou les affects négatifs. Il en résulte une plus grande sensibilité aux effets anxiolytiques de l'alcool. Il s'agit, selon l'auteur, d'une première voie menant au craving.

Au niveau neuro-biologique, il fait le lien avec une dérégulation des systèmes glutamatergique (activation excessive) et gabaergique (inhibition excessive) qui serait responsable d'une hyperréactivité au stress.

En termes de comportement, cette hyperreactivité au stress est par ailleurs associée au système motivationnel aversif (système d'inhibition comportementale, ou Behavioural Inhibitory System décrit par Gray en 1987), liée aux phénomènes de renforcements négatifs par évitement. La consommation d'alcool est ici maintenue pour soulager l'individu d'un sentiment d'inconfort général et retrouver un état de bien-être.

En termes de personnalité, on retrouve un lien avec le neuroticisme d'Eysenck, bien que cette notion soit plus globale. Il existe en revanche une corrélation plus forte, psycho-biologique, avec la dimension d'évitement du danger décrite par Cloninger dans son modèle bio-psycho-social [25]. Nous l'aborderons plus en détail par la suite.

Verheul définit ainsi un premier sous-type de craving : le « relief craving » que l'on pourrait traduire par « craving de soulagement ».

Le second groupe diffère par une sensibilité accrue aux propriétés psycho-stimulantes de l'alcool, responsable du maintien de la consommation par phénomène de renforcement positif. L'individu consomme pour retrouver les effets hédoniques de l'alcool. Il s'agit d'une seconde voie explicative du craving.

Sur le plan neuro-biologique, cette sensibilité proviendrait d'une dérégulation des systèmes opioïdérique et/ou dopaminergique, responsables d'une hyper-sensibilité au plaisir. Il en résulterait un style de personnalité caractérisé par la recherche de récompense.

En termes de comportement, l'auteur fait le lien avec le système motivationnel hédonique (Behavioural Activation System [15]), expliquant le maintien des comportements par renforcement positif.

En termes de personnalité, l'auteur évoque quelques résultats permettant d'associer ce style de personnalité à la dimension de recherche de nouveauté (Novelty Seeking) décrite par Cloninger mais avec des résultats mitigés.

Il définit ainsi un second sous-type de craving : le « reward craving » ou craving de récompense.

Enfin Verheul décrit un troisième et dernier groupe de comportement dans la dépendance, caractérisé par un manque de contrôle. Le comportement se maintient alors par cette difficulté à contrôler ses pulsions face à des stimuli aversifs ou appétitifs.

Sur le plan neuro-biologique, cette caractéristique serait sous-tendue par un déficit en sérotonine dont l'implication est fortement présumée dans les comportements impulsifs. Le style de personnalité correspondant serait dominé par la désinhibition.

Cette troisième catégorie de craving dénommée « obsessive craving » ou craving obsessionnel est beaucoup moins clairement défini. Le manque de résultats concernant la sérotonine et l'impulsivité l'expliquent mais également l'implication supposée de ce neurotransmetteur dans d'autres troubles, dont les troubles de l'humeur. Lors d'un état anxieux avec des affects négatifs, le craving ressenti serait de l'ordre du craving de soulagement plus qu'obsessionnel, alors que la sérotonine y semble impliquée.

Dans une étude de 2006 visant à développer une échelle distinguant le craving de récompense du craving de soulagement, Verheul présente rapidement ce modèle en passant complètement sous silence cette hypothèse du craving obsessionnel [26]. On ne retrouve par ailleurs aucun article concernant une validation de cette hypothèse.

Verheul a développé un modèle théorique faisant d'une part le lien entre neuro-biologie et psychologie et d'autre part prenant en compte les différences inter-individuelles responsables des variations d'efficacité des divers traitements anti-craving. Ce modèle nécessite d'être validé mais offre l'avantage de considérer trois mécanismes distincts permettant d'adapter les soins, notamment la pharmacothérapie selon l'individu. Il s'inscrit par le fait dans le courant de la théorie des pratiques, permettant de réfléchir à des prises en charge adaptées à chaque patient. Il est par ailleurs un des seuls modèles retrouvés liant explicitement le craving aux théories de la personnalité.

L'un des principaux sujets de réflexion autour du craving est son rôle dans la rechute, à court comme à long terme. Un lien direct craving-rechute semble peu probable au regard des études empiriques. Malgré tout, les auteurs s'accordent, dans l'ensemble, pour considérer le craving comme un des éléments clé de la problématique addictive, comme en témoigne sa considération dans les critères diagnostiques.

I-C –Evaluation du craving et traitements

Nous disposons actuellement de deux approches thérapeutiques principales visant à lutter contre le craving afin notamment de réduire le risque de rechute.

Il s'agit de la pharmacothérapie anticraving d'une part et de la psychothérapie d'autre part, en particulier cognitivo-comportementale.

I-C-1 –Les pharmacothérapies anticraving

Divers traitements médicamenteux se sont aujourd'hui révélés capables d'interférer dans les mécanismes neurobiologiques du craving. Ce dernier est alors devenu une cible thérapeutique importante dans la prise en charge pharmacologique des patients alcoolodépendants.

Cependant, rappelons-nous qu'il s'agit d'un phénomène encore mal défini, notamment en ce qui concerne les mécanismes sous-jacents : les hypothèses sont multiples, nous l'avons vu précédemment.

Cette hétérogénéité des mécanismes explicatifs est à l'origine de la multiplicité des traitements pharmacologiques proposés, selon leurs propres modes d'action mais aussi des différences inter individuelles d'efficacité de chaque traitement proposé. Les données orientent en effet vers plusieurs types de craving différents [17]. Une des théories les plus parlantes est celle de Verheul et Al., qui suppose l'existence de trois types différents de craving [24]. Addolorato en 2005 a d'ailleurs tenté de lier ces trois catégories de craving avec les traitements existants selon leurs modes d'action [17]. Mais avant toute chose, qui dit gestion du craving dit évaluation de celui-ci.

I-C-1-a –Méthodes d'évaluation du craving [27]

L'un des moyens les plus communs d'évaluer le craving est l'utilisation d'échelles visuelles analogiques (Visual Analogue Scale VAS). Elles représentent une progression visuelle continue du craving d'un extrême à l'autre, allant de « pas du tout » ou « aucun » à « extrême » ou « le plus fort jamais ressenti ». Le patient pointe sur cette représentation visuelle son niveau de craving ressenti entre ces deux extrêmes. Cela implique de la part de l'investigateur d'expliquer le concept de craving au patient. Les avantages sont certains, en

particulier la simplicité et la rapidité de passation ou l'apparente sensibilité aux changements rapides concernant la variable évaluée. Mais l'inconvénient majeur réside dans le fait qu'elles échouent à refléter le probable aspect multifactoriel du craving.

En complément, il existe de nombreux questionnaires différents, à items multiples, évaluant le craving aux toxiques. Ces auto-questionnaires ont été développés non pas en fonction de la substance mais selon une conceptualisation particulière du craving ou de l'addiction.

Anton a développé un premier questionnaire basé sur la correspondance entre les aspects communs de l'addiction et du trouble obsessionnel compulsif. Les pensées intrusives vis-à-vis de l'alcool rejoignent la dimension obsessionnelle, la compulsion à consommer rejoint le rituel du TOC. Il a ainsi créé, à partir d'un questionnaire d'évaluation du TOC, l'échelle OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale).

La conceptualisation comportementale dipolaire du craving nommée « approche/évitement » a également permis de développer des auto-questionnaires évaluatifs. Le craving est ici vu comme l'interaction entre l'intention de consommer et les obstacles environnementaux ou les auto-restrictions de l'individu. Il s'agit, par exemple, du Temptation and Restraint Inventory (TRI) ou de l'Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ).

Le troisième groupe de questionnaires est constitué d'échelles développées sur la base d'une conception multidimensionnelle du craving prenant en compte le besoin de consommer, l'intention de consommer, les attentes de résultats positifs quant à la consommation, les anticipations concernant l'évitement des états physiques et émotionnels négatifs et les considérations concernant la perte de contrôle. Il s'agit par exemple de la Preoccupation with Alcohol Scale (PAS) ou de l'Alcohol Craving Questionnaire (ACQ).

Le quatrième groupe de questionnaires multi-items évaluant le craving n'est pas basé sur une théorie explicite de l'addiction ou du craving. Ils ont été développés pour mesurer l'intensité, la durée, la fréquence du craving. On retrouve par exemple le Pennsylvania Alcohol Craving Scale (PACS).

I-C-1-b –La Naltrexone :

C'est un antagoniste opioïde qui diminuerait les effets de récompense de la consommation d'alcool. Trois méta-analyses montrent une efficacité de la naltrexone dans le traitement de l'alcoolodépendance sous la forme d'une augmentation du délai précédent la première rechute [28],[29].

Dans les modèles animaux, elle serait plus efficace sur les rechutes liées aux repères environnementaux que sur les rechutes liées au stress [30].

Il a été également démontré qu'elle permet une réduction significative de la composante compulsive du craving selon l'OCDS [17].

I-C-1-c –L'Acamprosate

Il permet de normaliser la dérégulation du glutamate médiée par le NMDA. Ce mécanisme d'action permettrait de réduire le craving « négatif » lié au stress ou « relief craving » dans la classification hypothétique de Verheul.

Plusieurs résultats montrent une efficacité supérieure de l'acamprosate sur le placebo dans le maintien de l'abstinence [31].

Il a également été montré une efficacité sur la réduction du craving [17].

I-C-1-d -L'Ondansétron

Parmi la pharmacopée sérotoninergique, l'ondansétron semble le plus prometteur. Il s'agit d'un médicament antiémétique, antagoniste du récepteur 5-HT3. Il serait impliqué dans les effets de récompense de l'alcool en régulant la libération de dopamine au niveau mésocorticolimbique.

Il serait plus efficace chez les consommateurs à début précoce dans la réduction des quantités consommées [32],[33].

I-C-1-e –Le Topiramate

En théorie et dans les modèles animaux, le topiramate, un anticonvulsivant thymorégulateur, apparaît intéressant. Il diminue la consommation d'alcool chez les animaux en étant agoniste du GABA et antagoniste du glutamate. Il réduirait ainsi les effets de récompense à l'alcool et par conséquent le craving positif.

Une étude clinique versus placebo a montré une réduction significative du craving à l'OCDS [34],[33].

I-C-1-f –L'acide Gamma-Hydroxy-Butyrique (GHB)

Le GHB est un composé qui présente des propriétés neuromodulatrices, en particulier agoniste du GABA [33].

Deux études ont montré une efficacité dans le traitement de l'alcoolodépendance et en particulier une réduction du craving [35],[36]. Il reproduirait les effets de récompense de l'alcool.

Ce mécanisme d'action serait également son principal défaut : il existe un risque de mésusage et de dépendance chez les personnes bénéficiant du GHB.

I-C-1-g –Le Baclofène

C'est un agoniste du récepteur GABA-B utilisé dans les troubles neurologiques spastiques.

Plusieurs études ont montré une efficacité du baclofène dans la réduction des consommations, dans le maintien de l'abstinence et la réduction du taux de rechute [37-39].

Il est également efficace dans la réduction du craving mesuré par l'OCDS, à la fois dans sa composante obsessionnelle et compulsive.

I-C-2 –Les prises en charge psychothérapeutiques

Nous ne ferons que citer ces méthodes thérapeutiques, celles-ci ne représentant pas l'objet de ce travail.

Peu de prises en charge visant directement la pulsion à boire sont décrites dans la littérature. Il s'agit essentiellement des thérapies par exposition aux repères (Cue Exposure Therapy), développées à partir des modèles de conditionnement classique.

Il a été observé lors de la rencontre de la personne dépendante avec certains objets, contextes, ou personnes, une activation physiologique particulière concomitante d'un désir pressant de consommer [5]. Certains modèles décrits ci-dessus postulent un phénomène de conditionnement sous-jacent. La méthode thérapeutique qui en a découlé consiste en l'exposition progressive à ces éléments de l'environnement qui stimulent l'individu dans sa dépendance. Parfois couplée à un entraînement aux capacités de gestion de cette situation, son objectif est l'extinction du craving au fur et à mesure des expositions en amenant le patient à ne plus associer cet élément (lieu, personne) à la consommation. Les résultats sont inconstants.

Les autres soins impliquant le craving, tous inclus dans une prise en charge globale de l'addiction, tentent d'aider le patient à gérer au mieux cet état en évitant ou en limitant la consommation à travers divers moyens : associations néphalistes et travail en groupe, entraînement aux capacités d'adaptation et analyse fonctionnelle, thérapie de couple impliquant le conjoint [5],[40],[41].

Par ailleurs, il est important de ne pas négliger l'impact des comorbidités psychiatriques anxieuses et thymiques. Les troubles anxieux tout comme les troubles de l'humeur et en particulier la dépression sont susceptibles de majorer cette pulsion en intensité comme en fréquence [5].

Il est évident que le craving seul ne saurait définir une cible suffisante pour la prise en charge de l'alcoolodépendance qui nécessite une approche globale du patient dans ses aspects de personnalité, d'histoire de vie, de comorbidités, mais également socio-professionnels et familiaux. Mais la littérature présente des arguments en faveur des soins visant le craving, susceptibles de représenter une aide dans le maintien de l'abstinence.

I-D –Craving et sevrage

I-D-1 –Liens craving-sevrage

Le craving est ainsi étroitement lié à la consommation d'alcool, apaisé par celle-ci. Il est naturel de supposer une évolution de l'intensité de cette pulsion au cours d'une désintoxication qui, par définition se caractérise par la suppression de l'apport quotidien d'alcool.

Plusieurs études mettent indirectement en lien craving et sevrage à travers les mécanismes neuroendocriniens sous-jacents.

Le sevrage est actuellement expliqué par les modifications neurobiologiques en jeu lors de l'intoxication chronique par l'alcool [42]. Il se produit alors un hypofonctionnement (down-regulation) des récepteurs A au GABA en lien avec la présence quasi permanente de l'alcool. Ce phénomène explique la régulation homéostatique et la tolérance progressive survenant au cours de l'intoxication chronique. Lors de l'arrêt brutal des consommations, les effets sédatifs de l'alcool disparaissent soudainement. Le déséquilibre créé est sous-tendu par le maintien de l'hypofonctionnement GABAergique dont l'activité inhibitrice est réduite et par une augmentation de l'activité excitatrice glutamatergique.

Ces perturbations expliquent les symptômes physiques du sevrage, notamment les manifestations végétatives et l'anxiété.

Or au niveau neurobiologique, le système de récompense dopaminergique, supposé expliquer en partie le craving implique le système GABAergique. La dopamine est en temps normal inhibée par le GABA, qui est lui-même inhibé lors du sevrage. Il en résulte une libération dopaminergique accentuée.

D'autres perturbations, endocriniennes notamment, semblent communes au sevrage et au craving. La prolactine chez la femme a été retrouvée régulièrement perturbée durant la désintoxication. Elle est elle-même en lien avec la dopamine, cette dernière officiant en tant qu'inhibiteur de la prolactine. Hilemacher a observé une influence significative de l'altération de la prolactine sur l'évolution du score de craving au cours d'un sevrage hospitalier chez la femme [43].

Une autre étude a montré des niveaux élevés d'adiponectine et de résistine sérique lors du sevrage par rapport à une population contrôle. L'analyse a montré une association significative des niveaux d'adiponectine avec l'évolution du craving [44]. Il a par ailleurs été démontré une réduction significative des niveaux de craving au cours d'hospitalisations pour sevrage avec traitement symptomatique [45],[46].

Plusieurs arguments cliniques et neuroendocriniens viennent conforter l'idée que l'intensité du craving évolue en partie en fonction du syndrome de sevrage.

I-D-2 –Craving et variabilité interindividuelle

Il est légitime de penser que l'évolution du craving suit également la loi de la variabilité interindividuelle. En effet, comme pour toute étude, les chiffres moyens significatifs reproduisent une distribution normale. La réduction du craving n'y fait pas défaut et les scores à T1 et T2, lors d'une hospitalisation suivent une loi Normale représentative de la variabilité de ce critère dans la population.

Autrement dit, même si la comparaison des moyennes des chiffres de craving diffère significativement entre le début et la fin de l'hospitalisation, certains patients situés aux extrêmes réduisent moins ou plus ce score. Ce phénomène traduit les sensibilités différentes de chaque individu vis-à-vis du traitement en terme de craving. Cette différence de sensibilité se manifeste en pratique clinique par deux extrêmes : le patient sensible qui ne ressent plus du tout le craving en fin de séjour et le patient « résistant » qui le ressent encore intensément. Si nous nous plaçons dans le cadre d'une épistémologie thérapeutique, il apparaît alors important de pouvoir déterminer des critères décisionnels permettant d'orienter les soins selon l'évolution prévisible du craving.

Il s'agit de la base de la réflexion présentée dans ce travail. Nous allons tenter de déterminer en termes de personnalité, quels facteurs sont associés à la réduction de craving au cours d'une hospitalisation pour sevrage de quatre semaines afin d'obtenir des critères explicatifs et prédictifs des différentes évolutions du craving.

I-D-3 – Pourquoi le contexte du sevrage à l'alcool et le craving ?

La gestion thérapeutique du sevrage à l'alcool peut faire appel à des approches variées en termes de contexte (ambulatoire ou hospitalier) et de pharmacothérapie [47].

L'indication du sevrage ambulatoire sera posée sur des critères historiques et environnementaux. Le patient pourra en bénéficier s'il n'est pas isolé socialement, s'il dispose d'un tissu socio-familial et professionnel soutenant et s'il ne présente pas de critères de sévérité de dépendance physique. A contrario, le sevrage hospitalier sera indiqué devant une dépendance physique sévère, un isolement social, des antécédents de sevrage sévère ou compliqué, une comorbidité somatique ou psychiatrique, ou l'échec d'un sevrage ambulatoire [47].

Différents types de molécules peuvent être utilisées dans la gestion et la prévention du syndrome de sevrage. Les benzodiazépines représentent le traitement de première intention depuis les années 60 mais il n'existe pas de consensus déterminant le meilleur agent à proposer parmi cette classe pharmacologique [48]. Les benzodiazépines à demi-vie longue (diazépam) permettraient d'infléchir l'évolution du syndrome de sevrage et seront donc préférées en première intention, en l'absence d'atteinte hépatique. Cette dernière complication justifie l'utilisation de molécules à demi-vie intermédiaire (lorazépam, oxazépam), permettant d'épargner un peu plus la fonction hépatique [47],[48]. Les inconvénients principaux sont le risque de développer une pharmacodépendance, les effets secondaires à type de sédation.

Afin de limiter ou d'éviter ces deux complications, l'utilisation d'autres agents, notamment les antiépileptiques est testée dans la gestion du syndrome de sevrage. Ce groupe pharmacologique permettrait par ailleurs une meilleure gestion des affects dépressifs et de l'anxiété que les benzodiazépines. L'agent le plus étudié est la carbamazépine qui a présenté une efficacité égale au lorazépam dans le traitement des symptômes de sevrage et qui a démontré dans une étude une efficacité supérieure dans la prévention des rechutes à 12 jours [48]. L'acide valproïque, le topiramate et la lamotrigine sont également étudiées dans ce contexte mais les données sont encore limitées.

D'autres molécules sont à l'essai dans le traitement du sevrage à l'alcool, comme le baclofène, l'amisulpride ou le GHB mais les données sont encore trop limitées pour permettre une évaluation de leur efficacité [47],[48].

L'objectif principal de cette phase initiale est de permettre une désintoxication la moins compliquée possible pour permettre ensuite l'initiation de soins dont l'objectif est d'aider le patient à maintenir l'abstinence.

Par ailleurs, nous avons vu à travers cette synthèse des théories du craving que les modélisations de ce concept ont évolué parallèlement à la recherche. Dans un premier temps, de façon relativement cloisonnée pour ensuite s'orienter de plus en plus vers des conceptualisations intégratives, liant différents niveaux d'approches. C'est en particulier le cas du modèle de Verheul, ou du modèle neuroadaptatif d'Anton [5],[24].

La multiplication de ces modèles et des axes de recherche concernant le craving témoignent de l'intérêt des spécialistes pour cet élément important de la problématique addictive. Son existence ne semble plus remise en question [10]. Cependant, sa définition demeure encore floue comme en témoigne la difficulté des experts à en préciser les contours [12]. La plupart des auteurs s'accordent pour considérer le craving à la fois comme symptôme témoin de la maladie alcoolique et comme source d'entretien de la dépendance et de rechutes [7],[49]. Certains auteurs proposent même, à la différence du DSM-IV, de l'inclure comme facteur nécessaire de la définition de la dépendance [7]. Certains experts émettent cependant des avis contraires en le considérant comme accessoire, voire comme reconstitution psychique *a posteriori* par le patient pour expliquer sa rechute [11],[50].

Des études récentes ont néanmoins confirmé que le craving semblait prédictif du résultat thérapeutique [49]. Le critère de la CIM-10 correspondant au craving a le plus grand risque relatif de dépendance à un an parmi tous les critères CIM-10 de la dépendance. Anton a retrouvé une corrélation positive entre l'intensité du craving et la probabilité de rechutes, surtout immédiatement après avoir atteint l'abstinence [51]. Le niveau de craving dans les deux premières semaines d'abstinence serait corrélé positivement à la rechute dans les trois à douze semaines suivantes [49].

Il existe un faisceau de résultats participant à confirmer le rôle du craving dans la problématique addictive, plus précisément dans la rechute. Il apparaît pertinent d'étudier plus précisément les facteurs personnels d'évolution du craving, en particulier ceux prédictifs d'un faible craving après hospitalisation pour sevrage.

II -Personnalité

Nous l'avons vu précédemment, sous l'angle des modèles cognitivo-comportementaux, le craving apparaît impliqué dans la facilitation ou l'inhibition d'un comportement vis à vis d'une substance addictogène (ici la consommation, là le maintien de l'abstinence). Son implication dans la pathologie addictive et les variations interindividuelles en termes de réponse thérapeutique nous oriente à étudier les facteurs personnels éventuellement liés à l'évolution de ce symptôme. Or les modèles bio-psycho-sociaux relient certaines dimensions de personnalité à des orientations comportementales (activation, inhibition ou maintien) sur des bases neurologiques et biologiques [15],[25]. Verheul et Al. en particulier ont émis l'hypothèse d'une relation entre les trois sous-types de craving décrits et certaines dimensions chez Cloninger et Eysenck [24].

Nous décrirons brièvement les modèles d'Eysenck, Gray, Tellegen et Zuckerman pour détailler ensuite le modèle de Cloninger qui sera utilisé pour cette étude.

II-A -Les modèles psycho-biologiques

Ces théories ne sont pas exclusivement descriptives mais proposent également des arguments physiologiques explicatifs des traits de personnalité responsables des différences individuelles. L'un des initiateurs de ce mouvement a été Hans Jurgen Eysenck, auteur d'un modèle dimensionnel à trois facteurs étayé par des résultats psychobiologiques validés.

II-A-1 -Le modèle à trois facteurs d'Eysenck [15]

Il a été développé sur la base de trois dimensions, appelées types, ou *super-facteurs* pour décrire la personnalité. Chaque dimension est constituée de deux pôles antagonistes entre lesquels se situe le sujet.

La dimension extraversion/introversion est symbolisée *E*. Elle recouvre les *traits* de sociabilité, d'activité, d'assertivité, de vivacité, de prise de risque et leurs opposés (respectivement pour l'extraversion et l'introversion).

Eysenck suppose une relation avec le système réticulé activateur. Il postule que les sujets introvertis ont un niveau d'activation cortical élevé, ce qui expliquerait qu'ils ne recherchent

pas le contact ou les stimulations externes. Ce postulat sous-entend l'idée d'une sensibilité différente aux éléments motivationnels extrinsèques et intrinsèques : l'introverti ne rechercherait pas de sources externes de motivation du fait d'un niveau d'activation corticale plus élevé et inversement.

N symbolise la dimension neuroticisme/stabilité émotionnelle. Les traits représentés par le super-facteur *N* sont le pessimisme, l'anxiété, la rigidité et leurs opposés (respectivement pour le neuroticisme et la stabilité émotionnelle).

Le système nerveux autonome et le système limbique seraient en relation avec cette dimension. Cette hypothèse expliquerait la plus grande réactivité de ces sujets à la douleur, la nouveauté, l'incertitude à travers une sensibilité exacerbée de ses structures fonctionnelles cérébrales.

Enfin la dimension psychoticisme/force du moi, symbolisée par *P*, définit des sujets impulsifs, insensibles aux autres, égocentriques, opposés aux habitudes sociales. Ils seraient prédisposés soit à la psychose, soit à la personnalité antisociale.

Les liens neuro-biologiques demeurent incertains et n'ont pas été approfondi par l'auteur.

II-A-2 -La théorie de Gray [15]

Les deux principaux facteurs de la théorie de Gray sont l'anxiété et l'impulsivité. Développée dans les années 70, elle se fonde sur des observations expérimentales animales sur la récompense et la punition.

Les évènements perçus comme dangereux ou sources de punition potentielle et les évènements nouveaux en général, seront responsables d'une réaction émotionnelle importante en cas de niveau élevé d'anxiété. Il en résulte une inhibition et une extinction du comportement.

L'impulsivité serait liée à la récompense : un niveau élevé d'impulsivité serait synonyme d'une plus grande sensibilité à la récompense. Le comportement est alors plus facilement et rapidement reproduit que dans le cas d'un faible niveau d'impulsivité.

Gray développe à partir de là les concepts de système physiologique d'inhibition comportementale et de facilitation comportementale. Le premier contrôlerait le niveau

d'anxiété, le second, le niveau d'impulsivité. Ce dernier serait lié à la dopamine et se rapproche du système d'activation comportemental décrit plus tard par Cloninger.

L'application de ce modèle aux comportements humains n'a pas pu être approfondie du fait de son origine expérimentale animale. Il existe malgré tout une échelle basée sur les concepts de cette théorie: l'échelle BIS/BAS.

II-A-3 -La théorie de Tellegen [15]

Elle comprend trois dimensions fondamentales, expliquant les comportements d'inhibition et d'activation, ainsi que le contrôle de ces comportements.

La dimension *Emotion positive* est l'équivalent du système de facilitation comportementale de Gray. Elle reflète l'anticipation de l'obtention de l'objet convoité à travers l'espoir, le bonheur, l'excitation.

La dimension *Emotion négative* recense le dégoût, la peur, la tristesse et la colère. Autant d'émotions qui induisent un comportement d'inhibition. C'est l'équivalent du système d'inhibition comportementale de Gray.

Enfin la *Contrainte* reflète la capacité de contrôle des comportements du patient, à l'inverse de la recherche de sensation par exemple.

L'Emotion positive serait corrélée au système de facilitation comportementale à travers le système mésolimbique dopaminergique. La Contrainte serait en relation avec l'activité sérotoninergique, particulièrement la sous-dimension *Contrôle de l'impulsivité*. La dimension Emotion négative n'a pas été étudiée chez l'homme.

Le questionnaire multidimensionnel de la personnalité (MPQ) a été développé sur la base de cette théorie en 1991 par Tellegen et Walter.

II-A-4 -La théorie de Zuckerman [15]

Développée à partir du questionnaire de personnalité d'Eysenck entre autres, le modèle proposé par Zuckerman a fait l'objet de nombreuses modifications entre 1985 et 1995. Les trois dimensions principales, qui ont été subdivisées par la suite, sont la Recherche impulsive de sensations, l'Emotionnalité et la Sociabilité. L'auteur a en particulier beaucoup étudié la dimension Recherche de sensation.

Dans ce modèle, le phénomène d'inhibition comportementale, lié à la sérotonine est corrélé négativement à la dimension recherche de sensation, ainsi qu'à la dimension émotionnalité. Plus ces dimensions sont importantes, moins le comportement aura tendance à être inhibé.

A l'inverse, les comportements d'éveil liés à la noradrénaline, au Gaba et aux endorphines sont corrélés positivement à l'émotionnalité. Un comportement d'éveil prononcé nécessite, dans ce modèle, une dimension certaine d'émotionnalité mais peu de recherche de sensation.

Enfin, les comportements d'approche liés à la dopamine entre autres, témoignent de dimensions de sociabilité et de recherche de sensations prononcées.

On observe dans ce modèle comment les trois dimensions de base se combinent pour déterminer trois orientations comportementales différentes : inhibition, éveil et approche.

II-B -Le modèle de Cloninger [15],[25],[52],[53]

Il a été développé en deux temps. Le modèle initial datant de la fin des années 80 comprenait trois dimensions de personnalité nommés tempéraments : la Recherche de nouveauté, l'Évitement du danger et la Dépendance à la récompense.

Cloninger a par la suite distingué un quatrième tempérament, la Persistance, inclut initialement dans la dimension de dépendance à la récompense et décrit trois caractères, l'Auto-détermination, la Coopération et la Transcendance, portant à sept les dimensions de son modèle.

Il s'agit d'une approche résolument dimensionnelle qui tente de reproduire le continuum entre normal et pathologique. Théoriquement, la combinaison des tempéraments définit le *type* de personnalité, sans préjuger de sa dimension pathologique. La combinaison de caractères

détermine la présence d'un *trouble* de la personnalité sans préjuger du type de personnalité. C'est le seul modèle théorique distinguant style de personnalité et fonctionnement interrelationnel perturbé [54].

II-B-1 -Les tempéraments

La notion de tempérament est ici très fortement connotée de comportementalisme. A la base de cette notion se trouvent les phénomènes d'initiation, d'extinction et de maintien des comportements. Les trois tempéraments initiaux sont supposés représenter ces tendances et recouvrent chacun un mécanisme neuro-biologique spécifique que l'auteur a déterminé sur la base de données de la littérature.

Le fonctionnement des tempéraments ferait appel à des processus inconscients, dans le sens « automatiques » comme la mémoire implicite. Ces processus se situent à un niveau pré-conceptuel ou perceptuel. Les informations environnementales sont encodées avec leur valence affective lors de leur perception. Elles peuvent être retrouvées sans remémoration consciente de l'évènement perçu initialement, lors de la présence d'évènements déclencheurs externes ou internes. Les tempéraments représenteraient ainsi les aspects automatiques, perceptuels, implicites de la personnalité.

Cloninger admet par ailleurs, sur la base d'études génétiques (de jumeaux, notamment) que les tempéraments sont en grande partie hérités. Ils se manifesteraient dès la petite enfance mais évolueraient par la suite sous l'influence de facteurs environnementaux directs (par apprentissage associatif) et indirects (modulés par les caractères, qui font appel aux processus conceptuels).

II-B-1-a –La Recherche de nouveauté

La recherche de nouveauté traduit la facilité d'une personne à activer des comportements, mais aussi à éviter activement la frustration. Cloninger la décrit comme la « tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux ». Les personnes qui présentent un haut niveau de recherche de nouveauté sont facilement tentées par de nouveaux centres d'intérêts mais ont souvent tendance à négliger les détails. Ils sont facilement distraits ou ennuyés et prennent des décisions de façon impulsive, sans envisager les conséquences.

A l'inverse, un faible score à cette dimension témoigne d'un comportement très organisé, routinier, structuré. Ces personnes sont dans le contrôle émotionnel mais directes, honnêtes et loyales. Les décisions sont toujours très réfléchies, jamais impulsives.

Sur le plan biologique, cette dimension est très voisine du concept de syndrome de déficience en récompense (Reward Deficiency Syndrom) décrit par Blum et Al. [21]. Une hypodopaminergie mésolimbique est supposée responsable de ces comportements exploratoires : ceux-ci stimulent la libération de dopamine et rééquilibrent le déficit. L'hypothèse est que le sujet aura tendance à poursuivre ces comportements exploratoires par renforcement positif pour retrouver cette libération de dopamine.

II-B-1-b –L'Évitement du danger

Cette dimension de personnalité recouvre la tendance à l'inquiétude, au pessimisme, à l'anxiété anticipatoire et à l'évitement passif. Elle représenterait ainsi l'inhibition du comportement. Cloninger la décrit comme « la tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions et les frustrations ». Une personne évitante selon ce modèle est très souvent sur le qui-vive ou dans l'anticipation d'un danger malgré des conditions rassurantes. Elle sera pessimiste et inhibée par toute situation non familière.

A l'inverse, la personne non évitante sera confiante même dans des situations non familières, faisant preuve d'une grande capacité d'adaptation. Elles sont énergiques et font preuve d'un optimisme certain.

Sur le plan biologique, l'évitement du danger serait sous-tendu par des mécanismes de stimulation sérotoninergique.

II-B-1-c -La Dépendance à la récompense

Elle représente pour Cloninger le facteur « maintien d'un comportement » en englobant les notions de sentimentalité, d'attachement social ou de dépendance à l'approbation d'autrui. Elle traduit « la propension à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense, comme l'approbation sociale et interpersonnelle et à éviter une punition ». L'individu dépendant à la récompense sera très sensible aux repères sociaux et très sentimental. Il sera très sensible au rejet social et cherchera l'approbation d'autrui en permanence. Cette dimension traduit une immaturité relationnelle certaine et un manque d'autonomie dans ce domaine.

A l'inverse, la personne bénéficiant d'un faible score de dépendance à la récompense fera preuve d'une importante autonomie relationnelle, sans aucune motivation à plaire à autrui. Insensible aux repères sociaux, il va privilégier les gratifications matérielles immédiates plutôt que les gratifications sociales.

La noradrénaline serait le principal neuromédiateur de ce type de comportement.

Cependant cette dimension a été moins bien étudiée et les résultats expérimentaux concernant les mécanismes biologiques sont contradictoires.

II-B-1-d -La Persistance

Ce facteur était initialement inclus dans la dimension « dépendance à la récompense » puis a été individualisée dans la seconde version du modèle. Elle représente « la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre ses conséquences en considération ».

II-B-2 -Les caractères

Développés dans un second temps, les caractères (autodétermination, coopération et transcendance) viennent compléter le modèle sous l'influence de la psychologie humaniste et transpersonnelle [15]. Ils évoluent à travers la mise en place des apprentissages et du développement de mécanismes conceptuels permettant de manipuler l'abstrait. Ils représentent donc la partie consciente, réfléchie de la personnalité. Ils seraient étroitement liés aux concepts du soi de l'individu, à la façon de se considérer vis à vis de trois référentiels: sa

propre personne, la communauté, l'univers dans son ensemble. Beaucoup plus dépendants de l'environnement malgré une composante héritable comme les tempéraments, ils reflèteraient le degré de maturité de la personne.

Les caractères se développeraient dans l'enfance, à travers la mise en place des relations sociales et évolueraient tout au long de la vie en interagissant avec les tempéraments. Ils modifient les réponses inconscientes, automatiques, à une situation selon la signification personnelle et consciente des événements. Ils correspondraient ainsi à trois niveaux de maturité différents : maturité individuelle (Autodétermination), maturité sociale (Coopération) et maturité spirituelle (Transcendance). Leur potentiel évolutif est susceptible de retentir sur l'expression des tempéraments, même après des années. Ils participent à conférer une certaine plasticité à la personnalité ainsi envisagée.

II-B-2-a -L'Autodétermination

Elle repose sur les concepts de détermination et de volonté. Elle est définie comme « la capacité d'un individu à contrôler, réguler et adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles ». Les auteurs précisent qu'ils perçoivent le concept de volonté comme « l'aptitude d'un individu à s'identifier en tant qu'ensemble cohérent plutôt qu'ensemble désorganisé de pulsions réactives » pour parvenir à son but. L'Autodétermination représente l'aptitude de la personne à prendre conscience de ses pulsions pour les gérer en accord avec ses valeurs ; cela suppose une certaine intellectualisation de ces pulsions, des mouvements émotionnels et des sensations.

Une personne présentant un faible niveau d'Autodétermination serait plus facilement distraite par ces mouvements dont les orientations dépendent du profil de tempérament présenté.

Cette dimension est supposée représenter un déterminant majeur de la présence d'un trouble de la personnalité [25].

II-B-2-b -La Coopération

Elle représente les capacités d'un individu dans l'identification et l'acceptation de l'autre. Une personne peu coopérative est décrite comme portant peu d'intérêt à son prochain, intolérante et peu sociable et inversement.

Tandis que l'Autodétermination traduit sa propre perception du Soi, la Coopération traduit la perception de Soi au sein d'un groupe ainsi que la perception d'autrui : vécu comme sans intérêt, voire hostile ou à l'opposé digne de respect et offrant un sentiment d'appartenance communautaire.

Tout comme le facteur précédent, un faible score de Coopération semble être un facteur de risque de trouble de la personnalité [25].

II-B-2-c -La Transcendance

Contrairement aux dimensions précédentes qui peuvent être de près ou de loin reliées aux autres modèles (Recherche de nouveauté et extraversion, Evitement du danger et neuroticisme par exemple), la Transcendance est très spécifique du modèle de Cloninger.

Elle correspond à la dimension spirituelle de la personnalité et représente l'aptitude à s'identifier à un Tout. L'individu ayant une forte dimension de Transcendance présenterait une propension certaine à l'oubli de soi, permettant un état de « conscience unitaire » dans lequel chaque chose est partie d'un Tout. Elle comprend notamment la facilité avec laquelle l'individu va faire preuve d'acceptation spirituelle, à l'inverse du matérialisme rationnel.

II-B-3 -Modèle dimensionnel VS catégoriel

Ce modèle est, nous l'avons vu, un modèle dimensionnel de personnalité. Il tente de représenter le continuum normal/pathologique tout en distinguant style relationnel et fonctionnement pathologique.

Dans le modèle initial, la combinaison des trois tempéraments permet d'obtenir la distinction de huit styles personnalités distinctes. Les personnalités pathologiques sont caractérisées par des scores extrêmes aux trois facteurs. Par exemple, la personnalité antisociale serait définie

par un score élevé de recherche de nouveauté et des scores très faibles de dépendance à la récompense et à l'évitement du danger.

Les dimensions sont quantifiées grâce au questionnaire développé en plusieurs temps par Cloninger, le *Temperament and Character Inventory (TCI)*.

La notion de maturité de personnalité est apportée dans le modèle final par les caractères. Dans un référentiel catégoriel, les tempéraments représenteraient le type de personnalité, sans préjuger de sa dimension pathologique. Des faibles scores d'Autodétermination et de Coopération traduiraient l'existence et l'intensité du trouble de la personnalité en définissant la maturité de la personnalité.

Cloninger postule que l'interaction tempéraments/caractères détermine la personnalité. Les caractères développés dans un second temps et dépendant en grande partie de l'environnement, modulent les réponses instinctives, automatiques, des tempéraments. Ils représenteraient le niveau de maturité définissant en partie l'existence d'un trouble de la personnalité. Les tempéraments représenteraient les déterminants de l'initiation, du maintien et de l'inhibition des comportements. A travers le concept de caractères et de maturité, l'auteur détermine un modèle de personnalité évolutif dans le temps.

II-B-4 –Le modèle de Cloninger et l'alcoolodépendance [15],[55-57]

Basé sur le modèle initial à trois dimensions, Cloninger a développé une classification des patients alcoolodépendants.

Il détermine ainsi deux catégories de patients selon leur histoire personnelle, leurs antécédents familiaux et les motivations supposées à consommer.

Le type I se définit par un âge de début plutôt tardif, après 25 ans. L'influence sociale sur la consommation est forte, contrairement aux antécédents familiaux peu influents. Hommes et femmes sont affectés de façon égale et maintiennent plus facilement des périodes d'abstinence. Les consommations seraient à visée anxiolytique dans un contexte de mal-être. Ce type d'alcoolisme serait plus sensible aux traitements.

Le type II est caractérisé par un début précoce, avant l'âge de 25 ans et touche préférentiellement les hommes jeunes. On y retrouve de forts antécédents familiaux, paternels en particulier d'alcoolodépendance. Il y aurait une forte influence génétique. Ce type d'alcoolisme serait plus sévère avec une grande difficulté des personnes à maintenir l'abstinence et une résistance aux traitements. L'histoire personnelle de ces patients est très souvent associée à la violence et ils présenteraient plus fréquemment un comportement antisocial.

Ces deux types d'alcoolisme ont été corrélés aux tempéraments du modèle de personnalité. Le type I est associé faible recherche de nouveauté mais évitement du danger et dépendance à la récompense élevé. Le type II présente le profil inverse : recherche de nouveauté élevée mais faibles évitements du danger et dépendance à la récompense. Cette classification fait encore l'objet d'études visant à la consolider mais les certains résultats sont contradictoires [58].

Les caractères n'ont pas été inclus dans cette classification car celle-ci est antérieure à la conceptualisation du modèle en sept dimensions. Mais des études ultérieures utilisant le TCI à sept dimensions mettent en avant de plus faibles niveaux d'Autodétermination et de Coopération chez les patients alcoolodépendants que dans la population générale et chez les patients souffrant d'addiction en général.

L'Autodétermination est par exemple plus faible chez les patients sous méthadone consommateurs d'alcool que chez les patients sous méthadone abstinents et associée à une plus faible estime de soi [59]. Elle est également plus faible chez les patients alcoolodépendants abuseurs de benzodiazépines par rapport aux non-abuseurs qui présentent

de façon générale une personnalité moins mature [60]. Elle par ailleurs est retrouvée plus faible chez les alcoolodépendants que dans la population générale [61].

Dans cette même étude, la Coopération est retrouvée plus faible chez les patients alcoolodépendants présentant un trouble de la personnalité [60]. La Coopération semble également plus faible chez les patients alcoolodépendants que dans la population générale [58],[61]. La Transcendance semble par contre plus élevée chez les patients alcoolodépendants que chez les sujets contrôles dans l'étude d'Anghelescu.

Certains arguments de la littérature abondent dans le sens d'un profil particulier de personnalité des patients alcoolodépendants, selon le modèle de Cloninger. Les résultats sont cependant inconsistants.

III –Comment s'articulent craving et personnalité selon le modèle de Cloninger?

Le craving peut être conceptualisé en tant que combinaison d'éléments motivationnels (ou de désir) et émotionnels. Associés à d'autres facteurs, nous avons vu que certains auteurs le considèrent comme générateur d'un comportement : initiation de la consommation, maintien de la consommation [5],[6],[8].

Par ailleurs, les modèles de personnalité présentés, notamment celui de Cloninger abordent explicitement la dimension motivationnelle et comportementale des facteurs qui les constituent. Quel impact ces facteurs de personnalité ont-ils dans l'addiction et plus précisément sur le craving?

Il nous semble pertinent d'étudier plus avant le lien entre ce symptôme et la personnalité, envisagée sous l'angle psycho-biologique, dans le but de tenter d'en préciser les déterminants, notamment dans quelle mesure certains facteurs de personnalité représentent une prédisposition à ressentir le craving plus ou moins intensément.

III-A -Le modèle de Cloninger et la prédiction de rechute

Parmi les tempéraments, les résultats de la littérature semblent converger dans le sens d'une forte implication de la dimension Recherche de nouveauté dans la rechute. Les études utilisant le modèle de Cloninger ont montré une constante association entre cette dimension et le comportement addictif [52].

Par ailleurs, le facteur Recherche de nouveauté semble corrélé à l'impulsivité ce qui, pour Tavares et Zilberman, rend le patient particulièrement vulnérable au craving et à l'addiction à travers une difficulté à décaler la gratification [62].

Dans une étude de 2008, Müller et Al. ont observé des scores de Recherche de nouveauté et d'impulsivité significativement plus élevés chez les rechuteurs que les abstinents à un an.

La Persistance s'est quant à elle distinguée dans cette étude par sa dimension prédictive de la rechute : les patients abstinents auraient des scores plus élevés à ce facteur de personnalité [63].

Meszraos et Al. En 1999 avaient obtenu les mêmes résultats, en termes de prédiction de la rechute concernant la Recherche de nouveauté, mais dans la sous-population masculine de leur échantillon. Les résultats suggèrent par ailleurs une tendance de l'Évitement du danger à prédire les rechutes précoces dans la population féminine de l'échantillon, néanmoins sans conclusion possible par manque de puissance [64].

Les caractères, quant à eux, ont été mis en exergue dans une étude publiée en 2008 [65]. Sur une cohorte de 89 patients alcoolodépendants, les résultats suggèrent que des scores élevés aux dimensions d'Autodétermination et de Coopération prédisent une meilleure adhésion au traitement mais ne semblent pas prédictifs d'une rechute.

Le score de persistance semble être lié à une plus grande fréquence de l'abstinence.

Les résultats de ces études suggèrent une capacité prédictive des dimensions de personnalité du TCI de Cloninger dans la problématique addictive. La Recherche de nouveauté et la Persistance sont les plus fréquemment retrouvées, l'une serait facteur prédictif de rechute, l'autre d'abstinence respectivement. Le facteur « craving » n'est pas pris en compte dans ces études.

III-B -Le modèle de cloninger et le craving

Peu d'études ont exploré l'impact des facteurs de personnalité sur le craving [62]. Quelques-unes l'ont mis en relation avec le neuroticisme d'Eysenck [66]. McCusker et Brown relient neuroticisme et introversion à la réactivité du sujet dépendant face à des facteurs environnementaux et donc indirectement au craving [67]. Plus le sujet est réactif, plus il serait susceptible de ressentir rapidement et intensément le craving.

Dans une étude publiée en 2005 comparant le craving chez les parieurs pathologiques et chez les patients alcoolodépendants, Tavares, Zilberman, Hodgins et El-Guebaly observent que les dimensions recherche de nouveauté, évitement du danger et persistance sont significativement corrélées au craving chez le sujet alcoolodépendant [62].

Concernant la recherche de nouveauté, ces résultats concordent avec la littérature. Zilberman, Tavares et El-Guebaly avaient déjà en 2003, obtenu une association significative entre le score total de craving et cette dimension, ainsi qu'avec le score d'impulsivité à l'échelle de Baratt (BIS-11) [68].

En 2008, Martinotti et Al. ont de même retrouvé une corrélation positive entre recherche de nouveauté et craving dans une population de 50 patients dépendants à l'alcool et aux opiacés [69].

On observe dans la littérature des arguments plutôt constants reliant positivement la dimension Recherche de nouveauté à l'intensité du craving. Les résultats concernant l'Évitement du danger et la Persistance sont plus inconsistants, mais semblent être respectivement positivement et négativement associés à l'intensité du craving. Nous n'avons retrouvé aucun résultat reliant significativement le craving à l'alcool et les caractères. Nous n'avons retrouvé aucune étude qui tente de corréler les dimensions du TCI à la dynamique de réduction du craving.

III-C -Arguments pour une étude descriptive prospective

La littérature fournit à l'heure actuelle un faisceau de résultats qui orientent dans le sens d'un impact de la personnalité sur le craving.

En particulier avec le modèle de Cloninger, certaines dimensions sont corrélées de façon constante à des scores élevés aux échelles de craving à un instant T. La personne présentant une dimension intense de Recherche de nouveauté, par exemple, semble ressentir ce symptôme plus fréquemment et plus intensément [62],[68],[69].

Toutes ces études sont pourtant « statiques », déterminant un lien à un moment donné. Seulement, si les dimensions de personnalité sont supposées être relativement stables dans le temps ou lentement évolutives, le craving est par définition changeant selon les circonstances. Différentes études ont objectivé une réduction du craving sous traitement (antidépresseur, maintien de l'abstinence). En 2008, Martinotti et Al. ont par exemple observé une réduction significative du score de craving à l'OCDS sur 6 mois sous quetiapine [70]. Le même auteur retrouve en 2010 une réduction significative du craving à l'OCDS sur 15 jours de traitement de sevrage [71]. Cordovil De Sousa évoque l'impact important du temps sur le craving chez des patients hospitalisés pour sevrage [45]. L'aspect dynamique du symptôme y est mis en exergue. Elles évaluent l'impact du traitement ou de la prise en charge sur les variations de l'intensité du craving dans le temps.

Par ailleurs, le TCI, outil issu du modèle de Cloninger semble présenter une capacité prédictive, au moins des rechutes, dans la problématique addictive [62-65]. Mais les études trouvées corrélaient directement les facteurs de personnalité au pourcentage de rechute sans passer par l'intermédiaire « craving ».

La dimension prédictive de ce modèle sur le risque de rechute, suggérée par les études, est-elle en lien avec le besoin urgent de consommer?

Autrement dit, est-ce à travers le craving que le modèle prédit l'évènement ? La Recherche de nouveauté par exemple, est reliée à la fois à des scores élevés de craving et à un taux de rechute plus important [63],[64],[68],[69].

Et à l'inverse, les facteurs de personnalité sont-ils prédictifs d'une réduction (ou de l'absence de réduction) des scores de craving chez des patients pris en charge pour alcoolodépendance?

Et de manière plus générale, la personnalité influence-t-elle l'évolution du symptôme ? Et si oui, de quelle façon?

Cette dernière interrogation s'inscrit plus particulièrement dans le cadre d'une théorie des pratiques permettant de réfléchir à des prises en charge plus adaptées à chaque individu (Hardy-Baylé). Si l'aspect prédictif du modèle de personnalité de Cloninger peut s'étendre à la dimension dynamique du craving, les facteurs pourraient être alors vus comme pronostiques d'une sensibilité (ou d'une résistance) du patient à telle ou telle prise en charge. L'adaptation et l'indication des soins proposés pourrait alors se réfléchir également selon le profil de personnalité.

SECONDE PARTIE

ETUDE ET RESULTATS

IV – Une étude descriptive prospective non interventionnelle

IV-A – Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude prospective et descriptive, non interventionnelle est de tenter de déterminer, grâce à la capacité prédictive du modèle de Cloninger des dimensions prédictives de la réduction du craving. Nous nous intéresserons à une population précise : les patients alcoolodépendants hospitalisés sur quatre semaines. Les conditions seront décrites dans la méthodologie.

La dimension Recherche de nouveauté (NS) ainsi que les caractères nous semblent pertinents à étudier plus avant. La Recherche de nouveauté, corrélée à l'impulsivité, a été régulièrement mise en lien avec des scores de craving significativement élevés [62]. Elle est également corrélée au risque de rechute.

Par ailleurs, ce tempérament a été relié à une forme plus sévère d'alcoolodépendance selon la classification de Cloninger, le type II [57]. Nous émettons l'hypothèse que la dimension Recherche de nouveauté soit prédictive d'une moindre réduction du craving au cours de l'hospitalisation à travers les traits qu'elle représente (impulsivité, extraversion, évitement actif de la frustration).

La dimension Evitement du danger (HA) semble être corrélée positivement aux scores de craving à un instant donné mais les résultats de la littérature sont inconsistants dans ce sens. Cependant ce tempérament décrit un individu facilement sujet à l'anxiété, à l'inhibition, au mal-être social dans des situations nouvelles. Le besoin pulsionnel de consommer représenterait, dans cette optique, le moyen d'accéder à l'alcool, molécule capable d'apaiser cet état pénible. Nous émettons l'hypothèse que l'Evitement du danger (HA) soit prédictif d'une moindre réduction du craving au cours de l'hospitalisation.

Même si la plupart des études de validation du TCI s'accordent à retrouver une moindre fiabilité de la Dépendance à la récompense (RD), il apparaît intéressant d'essayer de la mettre en lien avec le craving. Nous n'avons pas retrouvé d'études dans la littérature qui corrélaient cette dimension et le craving. Cependant, les traits regroupés sous celle-ci (importance attachée à l'approbation d'autrui, évitement des punitions) traduisent un manque d'autonomie relationnelle. On imagine alors combien il doit être difficile pour cette personne de résister

aux sollicitations sociales vis-à-vis de la consommation d'alcool. Or dans ce contexte précis (hospitalisation et prise en charge en groupe), un haut score à cette dimension, délétère en présence d'une pression sociale à boire, pourrait-il devenir un atout permettant un plus grand engagement dans les soins ?

Nous émettons l'hypothèse qu'un haut score de Dépendance à la récompense soit corrélé à une plus grande réduction du craving dans cette population sur un mois.

Les caractères représenteraient, selon Cloninger la maturité de la personnalité. L'Autodétermination (SD) plus particulièrement traduit la capacité d'un individu à contrôler, adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs personnelles. Elle correspondrait à la maturité individuelle et recouvre le concept de volonté en tant qu'aptitude à se percevoir comme ensemble cohérent, non désorganisé de pulsions réactives. En cela, elle interagit et modère les réponses automatiques produites par les tempéraments. On peut supposer qu'un haut score soit responsable d'une perception différente des mouvements d'affects et de pulsions. Nous émettons l'hypothèse que l'Autodétermination soit un trait sensibilisant le patient à la prise en charge en modifiant la perception du symptôme « craving ». Autrement dit, le score d'Autodétermination (SD) serait corrélé à une réduction plus importante des scores de craving.

La Coopération (C) serait le second élément déterminant la maturité de la personnalité au niveau social. Elle reflète la tolérance et l'ouverture aux autres, la sociabilité et surtout le niveau d'appartenance communautaire. On peut postuler que ce dernier trait joue un rôle dans la gestion des pulsions. Prenons comme exemple la réussite, pour certains patients, des prises en charge de groupe et des associations néphalistes et les échecs de ces prises en charge pour d'autres. On peut supposer que cette dimension, à travers le sentiment d'appartenance communautaire et la qualité des liens sociaux permette, lors d'une hospitalisation avec travail en groupe une meilleure gestion et une perception moins intense du craving. Nous émettons l'hypothèse que la Coopération (C) soit corrélée à une réduction plus importante des scores de craving.

Objectifs secondaires :

Auto détermination (SD) et Coopération (C) définissent, nous l'avons vu, respectivement la maturité individuelle et la maturité sociale. Ces caractères représentent, entre autre la capacité d'adaptation de l'individu selon ses objectifs et son environnement social. Ces dimensions ont été reliées à une forte probabilité d'existence d'un trouble de la personnalité lorsqu'elles sont peu développées. Le degré de maturité de la personnalité est-il impliqué dans l'intensité du craving ? Dans le modèle de Cloninger, les caractères interagissent avec les tempéraments pour moduler leur expression. On peut supposer qu'un degré de maturité important représenté par de hauts scores d'Autodétermination (SD) et de Coopération (C) permet une meilleure gestion du craving. Nous émettons l'hypothèse que le degré de maturité de la personnalité selon Cloninger soit en lien avec des scores moins intenses du craving.

Ce travail cherche à déterminer des facteurs prédictifs de la réduction du craving selon le modèle de Cloninger, dans un contexte précis, celui du milieu hospitalier. Tenter de dégager ces liens dans l'alcoolodépendance pourrait permettre de mieux cerner le concept de craving d'un part et d'adapter les prises en charge selon le profil de personnalité d'autre part.

IV-B – Méthodologie

IV-B-1 – Critères quantitatifs concernant le craving

L'OCDS ne fournissant qu'une évaluation quantitative du craving à un instant T, il était important de pouvoir faire ressortir un critère quantitatif représentatif de l'évolution de cette pulsion au cours de l'hospitalisation. Nous avons choisi d'étudier les liens entre la différence absolue aux scores de craving et les dimensions de personnalité d'une part et les liens entre les différences relatives (rapportées aux scores initiaux) des scores de craving et les dimensions de personnalité d'autre part.

La différence absolue entre les scores de craving en début et en fin d'hospitalisation représente le potentiel en valeur absolue de la réduction de craving sans prendre en compte l'intensité de craving en fin d'hospitalisation. La différence relative (ou différence absolue rapportée au score initial) représente quant à elle le potentiel de rapprochement de zéro

indépendamment du score initial. Une différence relative de 100% traduit un score de zéro à T2, quelle que soit l'intensité du craving à T1. Une différence relative de 50% traduit une réduction de moitié du score initial, quel qu'il soit. Ce critère nous a paru pertinent pour témoigner de la facilité avec laquelle le patient se rapproche de zéro en fin d'hospitalisation.

IV-B-2 – Population et contexte général

Cette étude s'intéresse aux personnes alcoolodépendantes hospitalisées pour sevrage et initier un travail sur le maintien de l'abstinence. Il s'agit d'hospitalisations programmées d'une durée de quatre semaines. Les patients sont au nombre de 2 à 5 par session.

Ils bénéficient au cours de ces sessions d'un traitement symptomatique de sevrage, d'entretiens individuels infirmiers, psychologiques de soutien et de travail en groupe. Un traitement médicamenteux anti-craving peut être mis en place (acamprosate, naltrexone, baclofène). Cette prise en charge spécifique se réalise en unité de jour avec une équipe soignante (médecin alcoologue, psychologue, infirmier(e)s) distincte de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte générale.

Une fois la session terminée, le suivi s'organise en consultations médicales à une semaine, puis à un mois et ensuite mensuellement, si possible en groupe.

Il est important de préciser pour le traitement statistique et la discussion ultérieure, que les patients d'un même groupe bénéficient de la même « chronologie » de prise en charge en termes de fréquence d'entretiens, de travail en groupe, de début et de fin de prise en charge.

J'ai rencontré chaque patient après accord avec le médecin alcoologue de cette unité et le médecin chef de pôle pour un entretien à visée diagnostique et informative.

J'ai présenté dans un premier temps le protocole de l'étude à chaque groupe de patient avec description des questionnaires, leur utilité, la chronologie et les objectifs. Le caractère confidentiel des données recueillies leur était garanti ainsi que la transmission des résultats si ils le désiraient. Les patients qui acceptaient de participer à cette étude non interventionnelle signaient ensuite un consentement reprenant de façon synthétique les éléments présentés lors de cette rencontre. Ce dernier est présenté en annexe.

J'ai rencontré ensuite chaque patient ayant répondu positivement à cette demande de participation en entretien individuel à but diagnostique et évaluatif.

Le diagnostic d'alcoolodépendance s'est fait selon les critères du DSM IV-TR présentés en annexe [72][2],[73]. La recherche de pathologie associée décompensée ne permettant pas l'inclusion s'est réalisée selon les mêmes critères.

J'ai rencontré à nouveau les patients au terme de leur hospitalisation, pour la seconde passation des hétéroquestionnaires.

IV-B-3 -Les critères

Les critères d'inclusions sont :

- Patient adulte.
- Diagnostic d'alcoolodépendance posé par les critères du DSM IV-TR.
- Accord pour la participation à l'étude après information éclairée.

Les critères de non inclusion sont :

- Comorbidité psychiatrique décompensée de l'axe II : syndrome dépressif caractérisé, état maniaque ou hypomane, syndrome démentiel, psychose décompensée.

Nous n'avons pas exclu les patients présentant des affects dépressifs modérés liés au sevrage lui-même, ne s'intégrant pas dans un syndrome caractérisé.

- Autres addictions associées.
- Syndrome de sevrage non amendé par le traitement symptomatique.
- Refus de participation à l'étude après information éclairée.

IV-B-4 -Questionnaires et chronologie

Les outils suivants ont été utilisés pour tester les hypothèses présentées :

- le questionnaire de personnalité Temperament and Character Inventory de Cloninger (TCI),
- l'échelle de craving Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) d'Anton,
- l'échelle d'impulsivité de Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11),
- les échelles d'anxiété de Hamilton.

Les documents sont présents en annexe.

Le TCI, l'OCDS et les échelles d'anxiété et de dépression de Hamilton ont été remplis en début d'hospitalisation, entre J2 et J5 selon les groupes.

L'OCDS, l'échelle d'anxiété de Hamilton et la BIS-11 ont été remplies en fin d'hospitalisation, entre J25 et J28 selon les groupes.

IV-B-4-a -Le TCI de Cloninger

Il s'agit de la version développée après l'évolution du modèle en 7 facteurs. Le questionnaire comporte 226 items auxquels le patient répond par *vrai* ou *faux*. Le temps de passation est d'environ 40 minutes.

C'est un auto questionnaire validé dans plusieurs populations, dont la population française. Sa structure factorielle semble stable d'une population à l'autre et relativement stable dans le temps [2],[73]. Il apparaît cependant que la dimension Evitement du danger (HA) est sensible à l'état du sujet à l'instant T. Ce score apparaît plus élevé dans les états anxieux ou dépressifs. De même, l'Autodétermination (SD) a tendance à diminuer en phase dépressive, puis à retrouver son niveau antérieur après la régression de l'épisode. La dimension Recherche de nouveauté (NS), quant à elle, est corrélée négativement avec l'âge du sujet.

Les sept dimensions sont quantifiées sous la forme d'une série de scores. Ils sont calculés en regroupant les réponses des items correspondant à chacune des dimensions. Les résultats sont présentés en scores bruts, pondérés (sur une échelle de 0 à 100) et en déviations par rapport aux résultats de la population générale. Il permet d'obtenir des dimensions quantifiées, très pratiques dans les analyses statistiques en recherche. Il est utilisé principalement dans l'alcoolisme, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Il est également utilisé en pratique clinique pour décrire un fonctionnement de personnalité normale ou pathologique.

Il ne s'agit pas pour autant d'un questionnaire *diagnostic*, même si des liens ont été proposés avec les classifications catégorielles [2].

Le TCI de Cloninger nous permet d'appréhender de façon descriptive le fonctionnement de personnalité des patients concernés. Il est important de ne pas le considérer comme un test diagnostic de personnalité.

IV-B-4-b – L'OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale)

L'Obsessive Compulsive Drinking Scale est un auto-questionnaire permettant de quantifier le craving. Elle est constituée de 14 items répartis en deux groupes évaluant d'une part la dimension obsessionnelle des idéations liées à l'alcool et d'autre part la dimension compulsive comportementale.

L'OCDS a été développée initialement à partir du modèle du syndrome obsessionnel et compulsif. Modell et Al. ont suggéré l'hypothèse que le concept de craving était sous-tendu par des dimensions communes à ce syndrome, comme les pensées récurrentes et persistantes à propos de l'alcool ou le besoin compulsif de consommer [13].

Ils se sont basés sur la structure de l'échelle de Yale-Brown, la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), pour la modifier (Y-BOCS-hd) et l'appliquer aux patients alcoolodépendants et aux individus avec consommation à risque [74].

Anton et Al. ont développé à partir de ce modèle l'Obsessive Compulsive Drinking Scale [14]. Les études réalisées ont apporté des arguments en faveur d'une validité de cette échelle dans la quantification du craving pour l'alcool dans la population d'alcoolodépendants et suggèrent une corrélation entre le score total à l'OCDS et la sévérité de l'addiction [14].

La version française a été validée par Anseau et Al. [75]. L'étude réalisée sur une population Française, Suisse et Belge de 50 patients a montré une très grande similitude de cette version avec la version originale, malgré une moindre fiabilité intra-évaluateur.

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 14 items répartis en deux sous-groupes évaluant respectivement les pensées obsédantes (questions 1 à 6) et les envies compulsives de consommation (questions 7 à 14) [14],[75].

Chaque question dispose de 5 réponses graduées cotées de 0 à 5, respectivement du moins sévère au plus sévère. Il ne faudra retenir que les scores les plus élevés entre les questions 1 et 2, 7 et 8, 13 et 14 de sorte que le score total maximal de chaque sous-groupe sera de 20. La note globale sera obtenue par addition des notes des deux sous-groupes et pourra varier de 0 à 40.

IV-B-4-c –L'échelle d'anxiété de Hamilton [76]

Il s'agit d'une échelle d'évaluation quantitative de l'anxiété traduite en Français par Pichot. Elle est largement utilisée comme critère d'efficacité dans des essais cliniques malgré son ancienneté (1959). Elle comprend 14 items couvrant tous les secteurs de l'anxiété psychique et somatique. Chaque item correspond à une liste de symptômes donnés à titre d'exemple. Ils sont cotés de 0 à 5 pour un total variant de 0 à 60. Les notes sont dissociées en anxiété psychique et anxiété somatique. Utilisée dans de très nombreux essais, sa sensibilité au changement a été largement validée tout comme son aptitude à distinguer différents degrés de gravité.

IV-B-4-d –L'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-11, Barrat Impulsiveness Scale) [77]

C'est une échelle auto évaluative de quantification de l'impulsivité développée initialement par Barratt en 1959 mais dont la onzième version fut proposée par Patton et coll. en 1995. Elle regroupe 30 items, cotés de 1 à 4, correspondant à « rarement », « occasionnellement », « souvent » ou « presque toujours ». La note totale varie de 30 à 120. Elle évalue trois aspects de l'impulsivité : cognitive, motrice et difficulté de planification, respectivement cotés de 8 à 32, et de 11 à 44 pour les deux derniers. Elle a été traduite et validée en français par Baylé, Caci, Barratt, Guelfi, Jouvent et Olié. Dans l'étude de Patton, la consistance interne est satisfaisante.

IV-C -Résultats

IV-C-1 –Présentation des résultats

Nous avons rencontré 7 groupes d'octobre 2009 à avril 2010. Sur les 21 patients vus en entretien, seulement 16 ont été inclus. Parmi les 5 patients non inclus, 1 a émit un refus de participer à cette étude, 1 a demandé sa sortie contre avis médical au cours de la prise en charge. Une troisième patiente a bénéficié à une seconde reprise de cette hospitalisation et n'a donc été incluse qu'une seule fois.

Enfin, deux patients présentaient des comorbidités psychiatriques décompensées : un syndrome démentiel probablement post alcoolique et un syndrome dépressif caractérisé.

Précisons que les affects dépressifs exprimés en début d'hospitalisation supposés en lien avec le sevrage physique n'ont pas été retenus comme critère d'inclusion.

IV-C-1-a –Résultats globaux bruts

Cet échantillon était constitué de 6 femmes et 10 hommes, soit 37,5% versus 62,5% et 16 individus au total.

L'âge moyen des patients était de 45,6 ans.

Les scores moyens sont présentés dans le tableau 1 à T1 (début de la première semaine d'hospitalisation) et à T2 (fin de la quatrième semaine d'hospitalisation).

Le détail des moyennes de chaque sous-dimension au TCI est présenté dans le tableau 2.

Tab. 1 : Moyennes des scores bruts en début et fin d'hospitalisation et écart-types

Age	45,6 [6,6]	Bis Tot1	65,31 [7,37]
HAP1	6,69 [4,13]	Bis Tot2	61 [6,95]
HAP2	2,62 [2]	ODS1	10,19[5,83]
HAS1	3,44 [3,35]	ODS2	2,44 [2,53]
HAS2	1,56 [2,34]	CDS1	12 [4,62]
HATot 1	10,12 [6,68]	CDS2	2,06 [2,79]
HATot 2	4,19 [3,45]	OCDS1	22,19 [8,57]
HD1	10,25 [7,22]	OCDS2	4,5 [4,77]
HD2	2,56 [2,61]	TCI HA	19,07 [6,90]
Bis IC1	17,25 [2,62]	TCI NS	18,71 [3,42]
Bis IC2	14,87 [2,80]	TCI RD	14,28 [2,91]
Bis IM1	23,5 [2,85]	TCI P	4,14 [2,08]
Bis IM2	23 [3,54]	TCI SD	28,07 [5,88]
Bis DP1	24,56 [4,86]	TCI C	30,93 [6,71]
Bis DP2	23,12 [4,11]	TCI ST	13,21 [7,31]

HAP : Score d'anxiété psychique Hamilton

HAS : Score d'anxiété somatique Hamilton

HD : Score de dépression Hamilton

ODS : Score de pensées obsédantes du craving

CDS : Score de compulsions du craving

OCDS : Score total de craving

TCI HA : Score d'évitement du danger au TCI

TCI NS : Score de recherche de nouveauté au TCI

TCI RD : Score de dépendance à la récompense au TCI

Bis IM : Score d'impulsivité motrice Barratt

Bis DP : Score de défaut de planification Barratt

Bis IC : Score d'impulsivité cognitive Barratt

TCI P : Score de persistance

TCI SD : Score d'auto détermination

TCI C : Score de coopération

TCI ST : Score de transcendance

Tab. 2 : Détail des moyennes des sous-scores TCI

		Moyennes	Ecart- types
Recherche de nouveauté	NS	18,87	[3,42]
Besoin de changement	NS1	4,62	
Impulsivité	NS2	4,94	
Dépenses	NS3	5,37	
Anti-conformisme	NS4	3,94	
Évitement du danger	HA	19,06	[6,9]
Inquiétude	HA1	5,56	
Peur de l'inconnu	HA2	4,56	
Timidité	HA3	3,75	
Fatigabilité	HA4	5,19	
Dépendance à la récompense	RD	14,25	[2,91]
Sentimentalité	RD1	7,37	
Attachement affectif	RD3	4,19	
Besoin de soutien	RD4	2,69	
Persistance	P	4,75	[2,08]
Auto Détermination	SD	27,31	[5,88]
Sens des responsabilités	SD1	5,06	
Volonté d'aboutir	SD2	4,37	
Ressources individuelles	SD3	3,06	
Acceptation de soi	SD4	7,56	
Efficacité des réflexes	SD5	7,25	
Coopération	C	30,62	[6,71]
Tolérance sociale	C1	6,5	
Empathie	C2	4	
Solidarité	C3	5,81	
Indulgence	C4	7,81	
Probité	C5	6,5	
Transcendance	ST	14,5	[7,31]
Sens du spirituel	ST1	4,56	
Détachement de soi	ST2	6,06	
Croyance universelle	ST3	3,87	

IV-C-1-b -Différences selon le sexe

Les comparaisons des moyennes par le test de Student n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre hommes et femmes ($p > 0,05$) pour les scores aux dimensions de personnalité selon le modèle de Cloninger (Tab. 3.1).

De même, la comparaison des moyennes des différences relatives et absolues à l'OCDS entre hommes et femmes à l'OCDS n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) (Tab. 3.2, Fig. 2).

Tab. 3.1 : Moyennes des scores aux dimensions du TCI, différences homme/femme

Moyennes	TCI HA	TCI NS	TCI RD	TCI P	TCI SD	TCI C	TCI ST
Total	19,06[6,90]	18,87[3,42]	14,25[2,91]	4,75[2,08]	27,31[5,88]	30,62[6,71]	13,87[7,31]
Femmes	22,17[6,58]	17,5[3,15]	14,5[3,33]	4,67[2,80]	27,83[6,85]	32,33[7,55]	12,83[3,87]
Hommes	17,2[6,71]	19,7[3,46]	14,1[2,81]	4,8[1,69]	27[5,60]	29,6[6,34]	14,5[8,92]
t ($p < 0,05$)	0,08	0,11	0,40	0,45	0,39	0,22	0,34

Tab. 3.2 : Comparaison des moyennes des différences OCDS entre hommes et femmes

	Diff OCDS Abs.	Diff OCDS %
Total	17,69[8,58]	79,74[19,60]
Femmes	18,17[4,95]	75,38[10,48]
Hommes	17,4[10,44]	82,35[23,64]
t ($p < 0,05$)	0,43	0,25

Diff. OCDS Abs. : Différence absolue à l'OCDS

Diff. OCDS % : Différence relative à l'OCDS

IV-C-1-c – Approche de la différence de craving entre le début et la fin de l'hospitalisation

L'objectif principal de cette étude étant de travailler sur la réduction de craving au cours du séjour hospitalier, nous avons choisi afin de représenter au mieux l'évolution du score de craving de prendre en compte les différences absolues des scores à T1 et T2 et les différences relatives rapportées au score de départ.

La différence absolue est calculée par la soustraction du score à T2 (fin d'hospitalisation) au score à T1 (début d'hospitalisation) : $OCDS1 - OCDS2$.

La différence relative est calculée par le rapport de cette différence absolue au score à T1 : $(OCDS1 - OCDS2) / OCDS1 * 100$.

Les scores de craving à l'OCDS ainsi que les sous-scores de pensées obsédantes et de comportement compulsif (Tab. 4.1) ont réduit de façon statistiquement significative entre le début et la fin de l'hospitalisation (comparaison de moyennes par le test de Student, $p < 0,05$). Tous les scores quantitatifs suivent une loi Normale d'après les tests de Shapiro et de Kolmogorov, sauf pour la différence relative qui suit une loi Normale selon le test de Shapiro, mais pas selon le test de Kolmogorov, qui retrouve une valeur limite.

Le test de Mann et Whitney a validé toutes les significativités des tests de Student avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$ pour les tests non paramétriques.

Tab. 4.1 : Moyennes des scores ODS, CDS et OCDS à T1 et T2

	ODS1	ODS2	CDS1	CDS2	OCDS1	OCDS2
	10,1875	2,44	12	2,06	22,19	4,5
t (p<0,05)	1,65E-05		1,66E-08		2,5E-08	

ODS 1 et 2 : Scores de pensées obsédantes à T1 et T2

CDS 1 et 2 : Scores de comportement compulsif à T1 et T2

OCDS 1 et 2 : Scores globaux à l'OCDS à T1 et T2

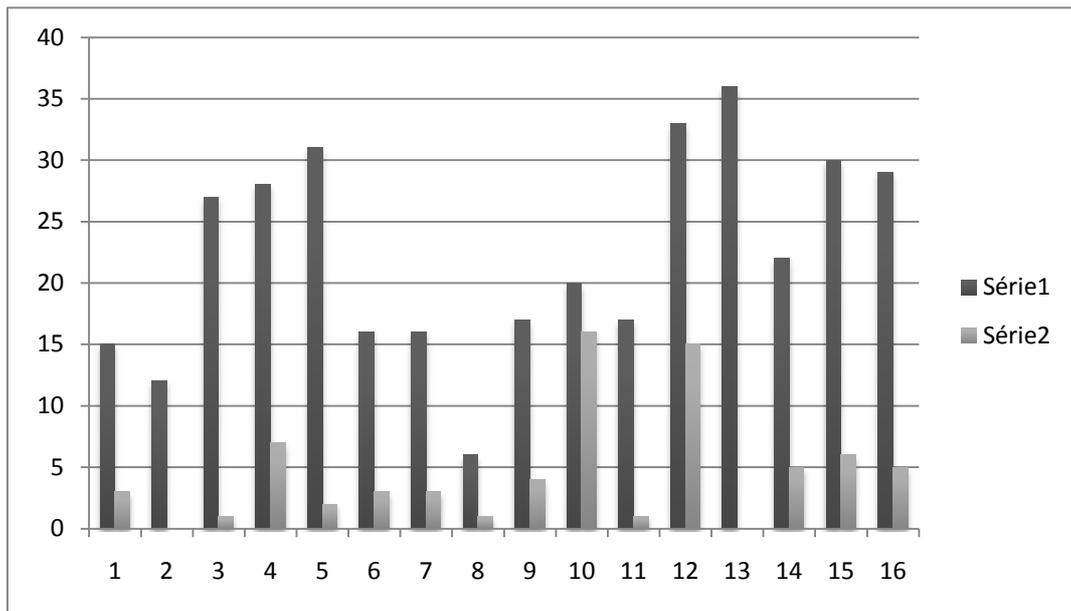


Fig. 1 : Scores de craving à l'OCDS à T1 (série 1) et à T2 (série 2) pour chacun des 16 patients (1,2,3...16)

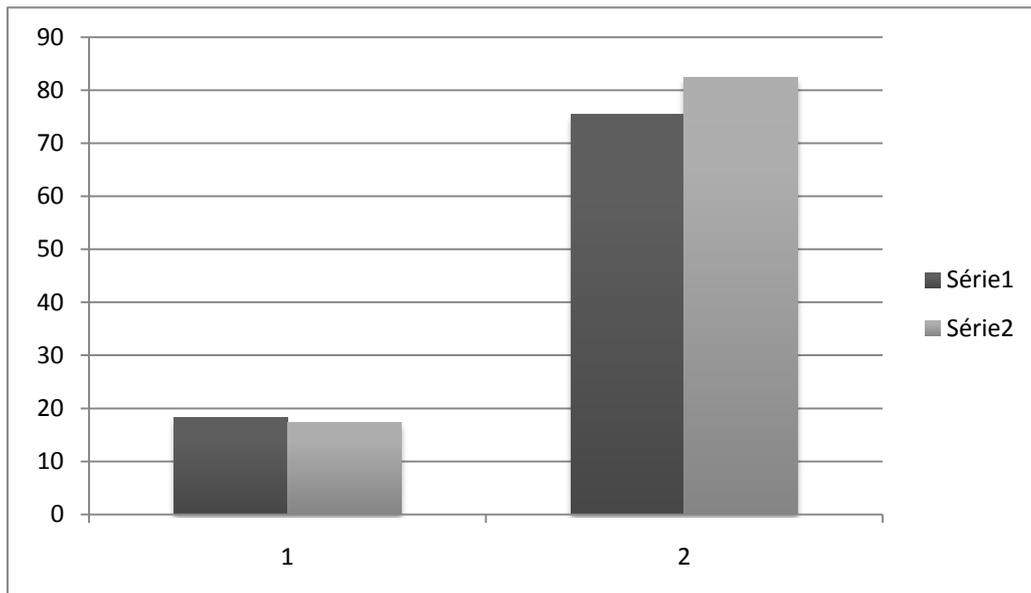


Fig. 2 : Moyennes des différences OCDS absolue (1) et relative (2) chez les femmes (série 1) et chez les hommes (série 2)

Les moyennes des scores aux échelles de Hamilton pour l'anxiété (HA) et à l'échelle d'impulsivité de Barratt sont également différentes à T1 et T2 dans le sens d'une réduction statistiquement significative ($p \ll 0,05$) (Tab. 4.2).

Tab. 4.2 : Moyennes des scores HA, HD et BIS à T1 et T2

	HATot1	HATot2	BIS Tot1	BIS Tot2
Moyennes	10,12	4,19	65,31	61
t ($p < 0,05$)	0,002		0,05	

HATot 1 et 2 : Scores totaux à l'échelle de Hamilton anxiété à T1 et T2

BIS Tot 1 et 2 : Scores totaux à l'échelle d'impulsivité de Barratt à T1 et T2

Au sein de notre échantillon, nous observons durant la période de l'hospitalisation une réduction statistiquement significative :

- des scores et sous-scores de craving à l'OCDS
- des scores d'anxiété et d'affects dépressifs à l'échelle de Hamilton
- du score d'impulsivité à l'échelle de Barratt

IV-C-2 -Présentation des résultats en corrélation

Les statistiques suivantes cherchent à mettre en évidence par corrélation un éventuel lien dynamique entre dimension de personnalité et craving. Nous avons mis en lien les scores au TCI en valeur absolue avec la différence absolue des scores de craving à l'OCDS à T1 (début d'hospitalisation) et T2 (fin d'hospitalisation) (OCDS1 – OCDS2) et avec la différence rapportée au score de départ ((OCDS-OCDS2)/OCDS1*100). Nous présenterons dans un premier temps les corrélations avec les scores de craving à T1 et à T2 puis avec les différences absolue et relative.

IV-C-2-a –Corrélations entre les dimensions et les sous-dimensions de personnalité et les scores de craving à T1 et à T2

Nous avons dans un premier temps corrélé les scores à T1 puis à T2 avec les scores aux dimensions et sous-dimensions au TCI afin de faire ressortir les facteurs de personnalité en lien dans cet échantillon avec le niveau d'intensité du craving en début et en fin de séjour. Nous n'avons pris en compte que les résultats dont le coefficient de corrélation était supérieur à 0,35. Les tests en corrélation ont mis en évidence dans ce groupe que la significativité des corrélations n'apparaissait qu'à partir d'une valeur seuil de 0,48. Les valeurs comprises entre 0,35 et 0,48 ne représentent donc que des tendances non significatives.

Les résultats sont présentés dans le tableau 5.

Deux sous-dimensions se démarquent par leur significativité : la Volonté d'aboutir (sous-dimension de l'Autodétermination) et surtout la Tolérance sociale (sous-dimension de la Coopération). La Volonté d'aboutir et moyennement, mais significativement, corrélée négativement au score de craving à T1. Plus cette sous-dimension est élevée, plus le score de craving en début d'hospitalisation est faible et inversement.

La Tolérance sociale est fortement corrélée de façon très significative ($r = -0,75$; $p < 0,001$) et négativement au score de craving à T2. Plus cette sous-dimension est élevée, plus le score de craving en fin d'hospitalisation est faible et inversement.

L'Autodétermination que la Volonté d'aboutir participe à constituer présente un coefficient de corrélation moyen proche de la significativité sans l'être pour autant ($r = -0,45$; $p = 0,08$). Il

définit une tendance modérée, proche de la significativité à la corrélation négative avec le score de craving à T2. Plus cette dimension est élevée, plus le score de craving en fin d'hospitalisation aura tendance à être faible.

La Coopération, que la Tolérance sociale participe à constituer présente de même un coefficient de corrélation moyen proche de la significativité sans l'être ($r = -0,46$; $p=0,07$). Il définit une tendance modérée proche de la significativité à la corrélation négative avec le score de craving à T2. Plus cette dimension est élevée plus le score de craving en fin d'hospitalisation aura tendance à être faible dans cet échantillon.

Tab. 5 : Coefficients de corrélation des dimensions et sous-dimensions avec les scores OCDS à T1 et T2

	(r) OCDS 1	(r) OCDS 2
Coopération	-0,35 N.S.	-0,46 [p=0,07]
Autodétermination	N.S.	-0,45 [p=0,08]
Efficacité des réflexes	-0,35 N.S.	N.S.
Empathie	0,36 N.S.	N.S.
Impulsivité	-0,38 N.S.	N.S.
Indulgence	N.S.	-0,40 N.S.
Inquiétude	0,45 [p=0,07]	N.S.
Ressources individuelles	N.S.	-0,41 N.S.
Sens des responsabilités	N.S.	-0,37 N.S.
Tolérance sociale	N.S.	-0,75 [p<<0,01]
Volonté d'aboutir	-0,60 [p=0,01]	-0,36 N.S.

(r) OCDS 1 : Coefficient de corrélation avec le score de craving à T1

(r) OCDS 2 : Coefficient de corrélation avec le score de craving à T2

N.S. : Non Significatif

IV-C-2-b -Corrélations entre les scores à T1 et les scores à T2 et les différences relative et absolue

Les résultats indiquent que la différence des valeurs absolues est fortement corrélée aux scores de craving de départ et que la différence relative est fortement corrélée inversement aux scores de craving d'arrivée.

Autrement dit, plus le score de craving à T1 est élevé, plus la différence absolue T1-T2 est importante ($r = 0,84$). (Fig. 2). L'importance du score de craving en début d'hospitalisation ne semble pas être un facteur « frein » de la réduction du craving, au contraire : plus le potentiel de réduction est important, plus la note va chuter.

Inversement, plus le score de craving à T2 est faible, plus la différence relative est importante ($r = -0,93$). (Fig. 3) Celle-ci est d'autant plus proche de 100% que le score à T2 est proche de zéro.

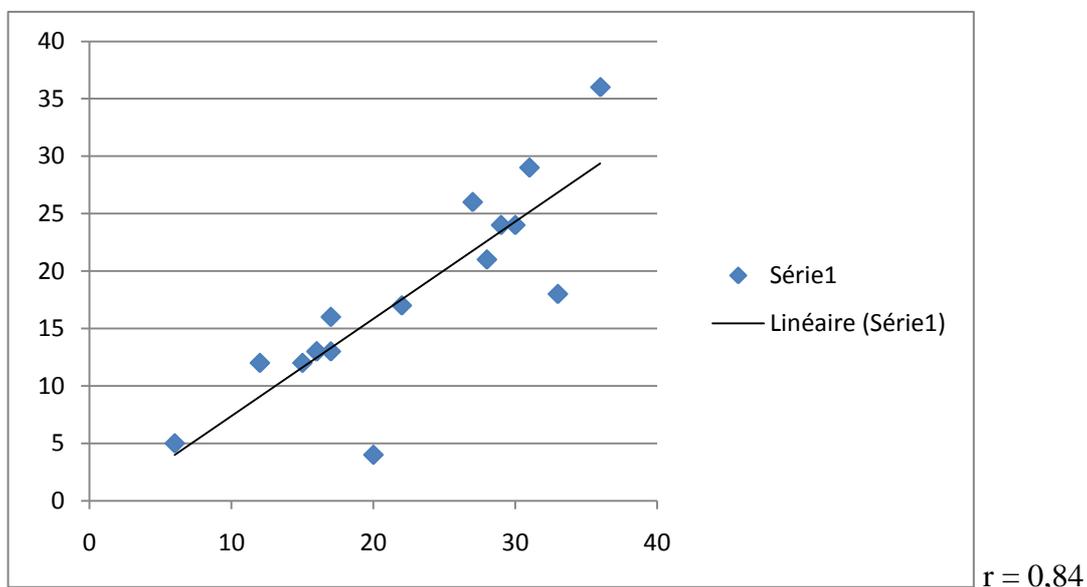


Fig. 2 : Droite de corrélation entre OCDS à T1 et la différence absolue à l'OCDS

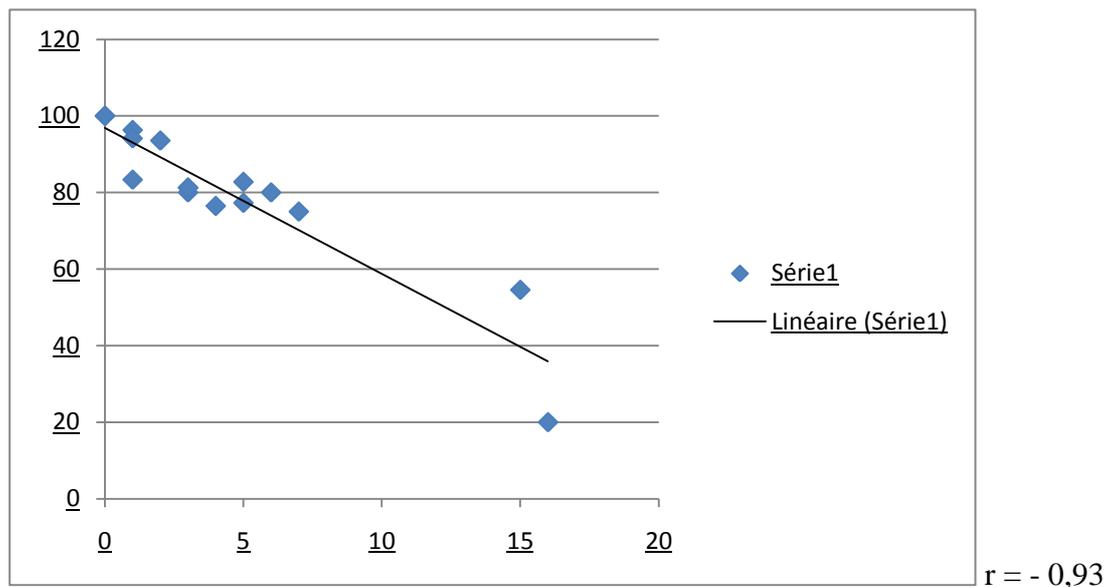


Fig. 3 : Droite de corrélation entre OCDS à T2 et la différence relative OCDS

IV-C-2-c –Corrélation entre les dimensions TCI et les différences absolue et relative

Nous avons ensuite corrélé les scores TCI avec les différences OCDS. Les coefficients de corrélation entre les dimensions de personnalité au TCI et les différences relatives et absolues des scores OCDS sont présentés dans le tableau 6 ci-dessous. Nous observons dans notre échantillon les tendances de certaines dimensions à être corrélées aux différences des scores de craving. C'est en particulier le cas pour l'évitement du danger (Harm Avoidance = HA), la dépendance à la récompense (Reward Dependence = RD), l'auto détermination (Self-directedness = SD), la coopération (cooperativeness = C) et la transcendance (Self-Transcendence = ST).

Tab. 6 : Coefficients de corrélation entre les scores TCI et les différences OCDS

	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
Type de différence							
Absolue	-0,004	0,2	0,33	-0,07	-0,11	0,34	0,24
Relative (%)	-0,03	0,15	0,21	-0,00006	0,28	0,4	-0,06

Nous observons dans cet échantillon une tendance à la corrélation positive entre les dimensions RD, C et ST d'une part et la différence absolue des scores OCDS d'autre part. Plus le score est élevé, plus la différence absolue a tendance à être importante.

Nous observons également une tendance à la corrélation positive entre les dimensions SD et C d'une part et la différence relative des scores OCDS d'autre part.

Seule la dimension Coopération présente une tendance à la corrélation avec *les deux* différences OCDS absolue et relative.

Rappelons que la différence absolue des scores OCDS (T1 – T2) apparaît fortement corrélée, dans cet échantillon au score de craving de départ et que la différence des scores OCDS rapportée à T1 apparaît fortement corrélée au score de craving d'arrivée. Donc pour les dimensions HA, RD, C et ST, plus leur score est élevé plus la différence absolue a tendance à être importante. Autrement dit, pour ces dimensions, la tendance est la suivante : plus le score TCI est élevé, plus le patient partant d'un haut niveau de craving voit celui-ci diminuer sans présumer du chiffre d'arrivée.

Pour la dimension C, plus son score est élevé, plus la différence *relative* a tendance à être importante. Autrement dit, pour la coopération, la tendance est la suivante : plus le score est élevé, plus le patient parvient à un score de craving faible à T2, sans présumer du chiffre de départ. La coopération est la seule dimension à avoir une tendance à la corrélation avec les deux types de différence, absolue et relative.

Dans cet échantillon :

- La Tolérance sociale et la Volonté d'aboutir sont significativement corrélées négativement respectivement au score de craving à T2 et au score de craving à T1.
- L'Autodétermination et la Coopération ont tendance à être corrélées négativement au score de craving à T2.
- Plus le score de craving à T1 est élevé, plus le patient réduit ce score à T2.
- La différence relative est fortement corrélée négativement au score de craving à T2.

Ces deux corrélations sont significatives, les coefficients de corrélation étant statistiquement différents de zéro.

- Les dimensions HA, RD, C et ST ont tendance à être corrélées positivement à la différence absolue à l'OCDS.

- Seule la dimension C a tendance à être corrélée positivement à la différence relative des scores de craving.

Ces deux tendances ne présentent pas de coefficient de corrélation statistiquement différent de zéro.

IV-C-2-d –Corrélations entre les sous-dimensions TCI et les différences absolue et relative

Nous avons réalisé la même opération pour les sous-dimensions construisant chaque trait principal de personnalité dans le modèle de Cloninger (Tab. 7).

Les résultats montrent une faible tendance à la corrélation négative entre l'Impulsivité (NS2), la Volonté d'aboutir (SD2) et l'Efficacité des réflexes (SD5) d'une part et la différence absolue à l'OCDS d'autre part.

Nous observons une faible tendance à la corrélation positive entre la Sentimentalité (RD1) et la différence absolue des scores de craving et une tendance à la corrélation modérée entre l'Inquiétude (NS1) et l'Empathie (C2) d'une part et la différence absolue d'autre part.

Ils indiquent également une faible tendance à la corrélation positive entre les Ressources individuelles (SD3) et la différence relative à l'OCDS.

Aucune de ces tendances n'est significative.

Le résultat concernant les sous-dimensions de la coopération viennent confirmer les tendances à la corrélation observées, en particulier pour la Tolérance sociale (C1). Les résultats indiquent en effet une corrélation moyenne et significative entre C1 et la différence relative des scores de craving. Autrement dit, plus la sous-dimension Tolérance sociale est importante, plus la différence relative est importante et plus le patient voit son score de craving se rapprocher de zéro en fin d'hospitalisation, quel que soit son score de départ.

Le seul résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$) en corrélation correspond à la relation entre la sous-dimension Tolérance sociale (C1) et la différence relative des scores de craving. Les autres corrélations représentent des tendances, le coefficient de corrélation n'étant pas statistiquement différent de zéro.

Tab. 7 : Coefficients de corrélation entre chaque sous-dimension et les différences OCDS

Sous dimensions TCI	Corrélation OCDS % (r')	Corrélation OCDS Abs. (r)
Recherche de nouveauté	-0,03	-0,003
Besoin de changement	-0,11	0,09
Impulsivité	0,04	-0,29
Dépenses	-0,04	0,15
Anti-conformisme	0,09	0,09
Évitement du danger	0,15	0,19
Inquiétude	0,21	0,42
Peur de l'inconnu	-0,08	0,15
Timidité	0,0009	0,06
Fatigabilité	0,27	-0,11
Dépendance à la récompense	0,21	0,33
Sentimentalité	0,17	0,29
Attachement affectif	0,09	0,24
Besoin de soutien	0,10	-0,07
Persistance	-6,46E-05	-0,07
Auto détermination	0,28	-0,11
Sens des responsabilités	0,27	0,18
Volonté d'aboutir	0,17	-0,39
Ressources individuelles	0,34	0,18
Acceptation de soi	0,27	0,05
Efficacité des réflexes	-0,14	-0,31
Coopération	0,40	0,34
Tolérance sociale	<u>0,66 [0,005]</u>	0,19
Empathie	0,18	0,47 [0,06]
Solidarité	0,19	0,21
Indulgence	0,33	0,21
Probité	0,23	0,35
Transcendance	0,03	0,19
Sens du spirituel	0,11	0,22
Détachement de soi	-0,06	0,09
Croyance universelle	-0,0002	0,16

IV-C-2-e – Régressions linéaires multiples

Nous avons dans un second temps considéré les coefficients de corrélation au-delà de 0,25 afin de les inclure dans une régression linéaire multiple. Cette étape est justifiée par le faible nombre d'individus du groupe et le peu de résultats significatifs, hormis la Tolérance sociale. Un résultat significatif pour les mêmes critères par une approche différente viendrait enrichir le faisceau d'arguments permettant de valider la ou les hypothèses.

Nous avons donc pris en compte les éléments suivants en gras dans le tableau 7 respectivement pour la différence absolue et la différence relative. Le tableau 8.1 représente la régression linéaire multiple en considérant la différence relative des scores OCDS comme variable indépendante, le tableau 8.2 représente la régression linéaire multiple en considérant la différence absolue des scores OCDS comme variable indépendante.

Les résultats concernant la différence relative des scores OCDS viennent confirmer les résultats en corrélation. On ne retrouve qu'un facteur se distinguant significativement des autres : la sous-dimension Tolérance sociale ($p < 0,05$). Nous ne retrouvons aucun résultat statistiquement différent de zéro par le test de Student pour la régression linéaire multiple avec la différence absolue des scores OCDS.

Tab. 8.1 : Régression linéaire avec la différence relative comme variable indépendante

Source	Valeur	Ecart-type	t	Pr > t
Acceptation de soi	-0,001	0,25	-0,006	0,99
Auto détermination	-0,88	0,52	-1,69	0,13
Indulgence	0,99	0,62	1,60	0,15
Coopération	-0,90	0,58	-1,55	0,16
Ressources individuelles	0,72	0,37	1,95	0,09
Sens des responsabilités	0,31	0,35	0,89	0,40
Tolérance sociale	0,84	0,33	2,51	0,04
Fatigabilité	0,43	0,25	1,73	0,13

Tab. 8.2 : Régression linéaire avec la différence absolue comme variable indépendante

Source	Valeur	Ecart-type	t	Pr > t
Coopération	0,31	0,77	0,41	0,69
Dépendance à la récompense	-0,09	0,63	-0,16	0,88
Efficacité des réflexes	-0,22	0,44	-0,49	0,64
Empathie	0,21	0,68	0,31	0,76
Impulsivité	-0,04	0,45	-0,09	0,93
Inquiétude	-0,11	0,59	-0,19	0,86
Sentimentalité	0,19	0,53	0,36	0,73
Volonté d'aboutir	-0,41	0,48	-0,85	0,42

La régression linéaire multiple vient confirmer le résultat obtenu en corrélation concernant la Tolérance sociale : elle est la dimension la plus liée mathématiquement à la différence relative des scores de craving.

IV-C-2-f –Corrélations entre la maturité (SD+C) et les différences OCDS relative et absolue

Le modèle de personnalité de Cloninger a la particularité de postuler une interaction entre tempéraments et caractères. Parmi les caractères, l'Auto-détermination (SD) et la Coopération (C) définissent l'existence d'un trouble de la personnalité à travers la supposée représentation de la maturité de la personnalité.

Afin de tester l'hypothèse selon laquelle la maturité de la personnalité faciliterait la réduction du craving, nous avons corrélé la somme de SD et de C avec les différences absolue et relative des scores de craving.

Les résultats indiquent une tendance non significative à la corrélation positive entre la maturité ainsi définie et la différence relative à l'OCDS (Tab. 9). Autrement dit, la tendance de l'échantillon est la suivante : plus la somme (SD+C) est importante plus la différence relative à l'OCDS est importante ; plus la maturité est élevée, plus le score de craving en fin d'hospitalisation est faible, se rapprochant de zéro indépendamment du score de départ.

Tab. 9 : Coefficients de corrélation entre la maturité (SD+C) et les différences OCDS

	Moyenne (SD+C)	Moyenne OCDS Diff. Abs.	Moyenne OCDS Diff. Rel.
	57,94[10,96]	17,68[8,58]	79,74[19,60]
Coefficient de corrélation (r)		0,15	0,39

Nous observons dans cet échantillon la tendance à une corrélation positive entre la maturité de la personnalité (SD+C) et la différence relative aux scores OCDS. Il ne s'agit que d'une tendance, sans différence statistiquement significative par rapport à zéro.

IV-C-3 –Présentation des résultats en comparaison de moyennes

IV-C-3-a –Comparaison selon la moyenne de la population générale au TCI

Le faible nombre d'individus de l'échantillon ne permet d'obtenir que des tendances en termes de corrélation hormis pour la Tolérance sociale (C1). Nous avons abordé le problème par une seconde approche afin de réunir d'autres arguments venant conforter ces observations.

Nous avons choisi de distinguer, pour chaque dimension de personnalité, deux groupes de patients selon la moyenne de la population générale du score de ces dimensions calculées par le TCI. Nous avons donc obtenu deux groupes pour chaque dimension, l'un dont les scores sont supérieurs à la moyenne de la population générale, l'autre dont les scores sont inférieurs. Et pour chaque scission groupale correspondaient deux groupes de chiffres de différences OCDS absolue et deux groupes de chiffres de différence OCDS relative. Puis nous avons comparé les moyennes des différences absolues et relatives à l'OCDS par le test de Student, dans les deux groupes ainsi définis. Nous avons donc tenté de mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre deux moyennes de différence OCDS pour chaque dimension entre le groupe qui score le plus à cette dimension et le groupe qui score le moins.

Les moyennes des scores TCI des deux groupes obtenus pour chaque dimension sont toutes significativement différentes ($p \ll 0,05$).

Les résultats montrent que les moyennes des différences OCDS ne sont pas significativement différentes entre les deux groupes pour chaque dimension, sauf pour la coopération et la différence relative OCDS.

Par exemple, pour la dimension recherche de nouveauté, les moyennes des deux groupes (eux-mêmes séparés par la moyenne du score NS de la population générale) sont significativement différentes. Nous observons alors deux groupes NS : l'un qui score au-dessus de la moyenne de la population générale, l'autre en dessous. Nous obtenons ainsi deux groupes de scores correspondant à la différence absolue à l'OCDS et deux groupes correspondant à la différence relative à l'OCDS. Toujours pour cette dimension NS, la comparaison des moyennes pour ces différences OCDS ne s'est pas révélée significative dans notre échantillon.

Les mêmes observations ont donc été faites en terme de différence significative entre les moyennes, sauf pour la coopération. Pour cette dimension, la différence entre les *moyennes*

des différences relatives de craving des deux groupes est statistiquement significative (Student, $p < 0,05$) (Tab. 10).

Dans le groupe « TCI Coopération » dont les scores TCI sont supérieurs à la moyenne de coopération, la différence relative à l'OCDS est *en moyenne* significativement plus élevée que dans le groupe « TCI Coopération » dont les scores sont inférieurs à la moyenne ($p < 0,05$). Les patients dont le score de Coopération est supérieur à la moyenne de la population générale [73] ont vu en moyenne leur score de craving chuter de façon plus importante, *relativement au score de départ*. Autrement dit, les patients de ce groupe se rapprochaient en moyenne plus d'un score nul à T2 que les patients du groupe dont le score est inférieur à la moyenne générale. Ce résultat vient conforter l'idée que la dimension Coopération est impliquée dans cet échantillon dans la réduction des scores de craving.

Dans cet échantillon, nous observons que les patients ayant un score de coopération supérieur à la moyenne de la population générale obtiennent un score de craving à T2 plus proche de zéro, donc plus faible, que les patients ayant un score de coopération inférieur à la moyenne de la population générale, quel que soit le score de craving de départ. La différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Devant les résultats significatifs obtenus avec les sous-dimensions Tolérance sociale et Empathie, constitutives de la Coopération, nous avons également comparé les moyennes des deux groupes distingués par le score moyen de la population générale [73] (Tab. 11). Les résultats au test de Student sont significatifs pour la Tolérance sociale et les différences relative des scores à l'OCDS d'une part et pour l'Empathie et les différences absolues des scores à l'OCDS d'autre part. Les patients, dans cet échantillon qui présentent un score de Tolérance sociale supérieur à la moyenne de la population générale vont en moyenne obtenir un score de craving plus faible à T2 et inversement. Et les patients qui présentent un score d'Empathie supérieur à la moyenne de la population générale vont en moyenne réduire leur score de craving de façon plus importante en valeur absolue et ce, d'autant plus qu'il était important à T1.

Ces résultats apportent des arguments supplémentaires en faveur de l'implication de ces deux sous-dimensions dans l'évolution du craving au cours de l'hospitalisation.

Tab. 10 : Moyennes et Student des groupes OCDS pour chaque dimension TCI

	<i>TCI NS</i>	<i>TCI HA</i>	<i>TCI RD</i>	<i>TCI P</i>	<i>TCI SD</i>	<i>TCI C</i>	<i>TCI ST</i>
Moyennes TCI Groupe 1	15	11,2	11,87	6,7	35	35,55	8,4
Moyennes TCI Groupe 2	16,4	22,64	16,62	3,22	25,54	24,28	20,86
t (p<0,05) TCI	0,0001	0,0001	2,06E-05	0,000009	0,003	0,000009	0,000005
Moyennes OCDS Abs.1	16,4	16,8	15,375	18,57	15,67	20,33	16,11
Moyennes OCDS Abs. 2	18,27	18,1	20	17	18,15	14,28	19,71
t (p<0,05) OCDS Abs.	0,35	0,39	0,15	0,36	0,33	0,08	0,21
Moyennes OCDS % 1	84,29	78,22	73,80	78,57	86,04	87,65	77,03
Moyennes OCDS % 2	77,67	80,43	85,68	80,65	78,28	69,57	83,22
t (p<0,05) OCDS %	0,27	0,42	0,12	0,42	0,28	0,03	0,27

Tab. 11 : Moyennes et Student des groupes OCDS pour la Tolérance sociale et l'Empathie

	Tolérance sociale	Empathie
Moyenne TCI groupe 1	7,67	3
Moyenne TCI groupe 2	5	5,67
P (Student)	2,67E-05	2,66E-05
Moyenne OCDS Abs. 1	20,22	14
Moyenne OCDS Abs. 2	14,4	23,83
P (Student)	0,09	0,01
Moyenne OCDS Rel. 1	88,04	76,58
Moyenne OCDS Rel. 2	69,06	85
P (Student)	0,02	0,21

IV-C-3-b – Comparaison selon la maturité de la personnalité

Nous avons de la même façon distingué deux sous-groupes dans notre échantillon, selon la maturité de la personnalité évaluée selon Cloninger. Nous rappelons que le niveau de maturité de la personnalité, continu de très immature à très mature est défini dans ce modèle par les deux caractères coopération et auto-détermination [25]. Grâce au TCI, il est ainsi possible d'évaluer quantitativement cette maturité, en additionnant les scores de ces deux dimensions. Les études ont, pour la population française, déterminé la limite à 58, score en dessous duquel la personnalité du patient est considérée comme immature.

Cette limite a été utilisée pour diviser notre échantillon en deux sous-groupes « matures » et « immatures » afin de tester l'hypothèse selon laquelle le degré de maturité influencerait la réduction du craving.

Les deux groupes obtenus diffèrent significativement ($p < 0,05$) lorsque l'on compare les différences relatives des scores de craving. Le groupe dont la somme est supérieure à 58, considéré comme celui des personnalités les plus matures, obtient des scores de craving à T2 significativement plus bas (Tab. 12).

Tab.12 : Moyennes et Student des deux sous-groupes selon SD+C

	SD+C	OCDS Diff	OCDS %
Moyennes groupe 1	46,67[8,91]	14	67,48
Moyennes groupe 2	64,7[4,31]	19,9	87,09
t ($p < 0,05$)	4,6E-05	0,09	0,02

Dans cet échantillon, nous observons que les personnalités matures ($SD+C > 58$) ont en moyenne des différences relatives de craving plus importantes que les personnalités considérées comme immatures et donc présentent en moyenne des scores à T2 plus faibles. La différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Au total nous observons dans cette étude :

- * Une *réduction significative* des scores de dépression et d'anxiété, des scores d'impulsivité et des scores de craving.
- * Une *tendance* à la corrélation négative entre **C et SD** et le score de craving à T2.
- * Une corrélation négative *statistiquement significative* entre la sous-dimension **Volonté d'aboutir** et le score de craving à T1.
- * Une corrélation négative *statistiquement significative* entre la sous-dimension **Tolérance sociale** et le score de craving à T2.
- * Une *tendance* à la corrélation positive entre **RD, C et ST** et la différence absolue à l'OCDS.
- * Une *tendance* à la corrélation positive entre **SD, C, (SD+C)** et la différence relative à l'OCDS.
- * Une *tendance* à la corrélation positive entre **(C-NS)** et les deux types de différence absolue et relative à l'OCDS.
- * Une corrélation *statistiquement significative* entre la sous-dimension **Tolérance sociale** et la différence relative à l'OCDS.
- * Une différence *statistiquement significative* entre les scores des différences relatives à l'OCDS du groupe ayant des scores de **C** supérieurs à la moyenne de la population générale et ceux du groupe dont les scores sont inférieurs à cette moyenne.
- * Une différence *statistiquement significative* entre les scores des différences relatives à l'OCDS du groupe ayant des scores de **Tolérance sociale** supérieurs à la moyenne de la population générale et ceux du groupe dont les scores sont inférieurs à cette moyenne.
- * Une différence *statistiquement significative* entre les scores des différences absolues à l'OCDS du groupe ayant des scores **d'Empathie** supérieurs à la moyenne de la population générale et ceux du groupe dont les scores sont inférieurs à cette moyenne.
- * Une *différence statistiquement* significative entre les scores des différences relatives à l'OCDS du groupe ayant un score **(SD+C) > 58** et ceux du groupe dont les scores sont inférieurs à 58.

IV-D – Synthèse et discussion des résultats

Il est au préalable important de préciser que les résultats observés dans ce groupe concernant les scores de craving et les différences montrent une corrélation significative des différences absolues avec les scores en début d'hospitalisation. Plus le craving est ressenti intensément initialement, plus il réduira au cours des quatre semaines. Autrement dit, dans ce groupe, l'intensité du ressenti du craving en début de séjour n'est pas un frein à sa réduction durant la prise en charge hospitalière.

IV-D-1 – Hypothèse selon laquelle la Recherche de nouveauté serait prédictive d'une moindre réduction du craving durant l'hospitalisation

Nous avons vu que certains résultats de la littérature relient la dimension Recherche de nouveauté et le craving à un instant T dans le sens d'une corrélation positive. Plus cette dimension est importante chez un individu, plus il risque de ressentir le craving intensément [62]. Dans la classification de Cloninger des patients alcoolodépendants, cette dimension a également été reliée au type II, forme supposée plus sévère [57]. La Recherche de nouveauté est aussi corrélée au risque de rechute, peut être en partie à travers un craving plus intense.

Contrairement à la littérature, nous n'avons pas pu mettre en évidence de corrélation ni de tendance à la corrélation entre cette dimension et les scores de craving en début (T1) d'hospitalisation, ainsi qu'avec le score de craving en fin (T2) d'hospitalisation et les différences absolue et relative des scores de craving. Les analyses en comparaison de moyenne ne montrent pas non plus de différence statistiquement significative entre les scores OCDS à T1 ou à T2.

Cependant l'observation plus précise des sous-dimensions constitutives de la Recherche de nouveauté montre une tendance à la corrélation négative entre Impulsivité et la différence absolue des scores de craving. Plus l'Impulsivité est élevée, moins le patient aura tendance à réduire son craving en valeur absolue. Cette tendance n'est pas statistiquement significative, mais elle va dans le sens des résultats de la littérature qui associent Recherche de nouveauté et impulsivité d'une part et Recherche de nouveauté et fréquence des rechutes d'autre part (le craving faisant un lien hypothétique entre ces deux derniers critères).

Le faible nombre de patients inclus dans l'étude et les fluctuations d'échantillonnage peut expliquer cette absence de résultats significatifs et cette faible concordance vis-à-vis de la littérature.

Les résultats observés dans ce groupe de patients ne permettent pas d'apporter d'arguments validant cette hypothèse qui nécessiterait un échantillonnage plus vaste pour être testée.

IV-D-2 –Hypothèse selon laquelle la dimension Evitement du danger serait prédictive d'une moindre réduction du craving durant l'hospitalisation

La littérature présente des résultats inconsistants concernant l'Evitement du danger, mais celle-ci semble néanmoins en lien avec les scores de craving à un instant T dans le sens d'une tendance à la corrélation positive [62].

Les résultats obtenus dans ce groupe montrent une tendance non significative à la corrélation positive entre cette dimension et les scores de craving à T1. Les patients ayant un haut score à cette dimension ont tendance à ressentir le craving plus intensément en début d'hospitalisation. Ce résultat concorde avec les tendances de la littérature. Ils ne montrent pas de tendance à la corrélation entre l'Evitement du danger et les différences absolue et relative des scores de craving à l'OCDS.

Les sous-dimensions constitutives de l'Evitement du danger que sont l'Inquiétude et la Fatigabilité semblent cependant reliées par des tendances à la corrélation positive respectivement pour la différence absolue et la différence relative à l'OCDS. Plus le sous-score d'Inquiétude est élevé, plus le patient aura tendance à réduire son craving durant l'hospitalisation en valeur absolue et ce d'autant plus qu'il ressent intensément le craving initialement. Et plus le sous-score Fatigabilité est élevé, plus le patient aura tendance à avoir un score faible de craving à la fin du séjour. Ces résultats, bien que non significatifs, sont surprenants car contradictoires avec ce que représentent ces sous-dimensions de prime abord. L'Inquiétude traduit en effet cette tendance de l'individu à anticiper avec anxiété les événements futurs mineurs et les situations nouvelles, même avec une réassurance externe [53]. L'anxiété a par ailleurs été reliée au craving dans de nombreuses études [78]. On

pourrait s'attendre à ce que cette sous-dimension, représentative d'une certaine manière de l'anxiété-trait, soit corrélée négativement à une réduction du craving. La tendance observée est l'opposée.

La Fatigabilité représente quant à elle la difficulté avec laquelle le patient va réaliser une tâche coûteuse en énergie. Une hospitalisation pour sevrage à l'alcool représente a priori un effort coûteux que les patients fatigables réalisent pourtant d'autant mieux en termes de réduction de craving.

Le faible nombre de patients de l'échantillon ainsi que le facteur traitement, sont probablement responsables de la non significativité des résultats et de leurs tendances contradictoires avec la littérature.

Les résultats ne permettent pas de conclure quant à la validité ou non de cette hypothèse qui nécessiterait un échantillon plus vaste pour être testée.

IV-D-3 –Hypothèse selon laquelle la dimension Dépendance à la récompense serait prédictive d'une plus grande réduction du craving durant l'hospitalisation

La dimension Dépendance à la récompense s'est avérée moins fiable que les deux précédentes dans les études de validation du TCI [73]. Par ailleurs, la littérature ne présente pas de résultats concluants concernant un éventuel lien Dépendance à la récompense-Craving. Cependant, nous avons vu que cette dimension définie selon Cloninger traduit, pour les scores hauts, un manque d'autonomie relationnelle, faisant rechercher entre autre l'approbation d'autrui dans les relations inter personnelles. Dans le contexte d'un travail de groupe, elle pourrait devenir un facteur facilitant la réduction du craving.

Les résultats montrent dans ce groupe une tendance non significative à la corrélation positive entre cette dimension de personnalité et la différence absolue des scores de craving à l'OCDS. Plus le score de Dépendance à la récompense est élevé, plus le patient aura tendance à réduire son niveau de craving en valeur absolue et ce, d'autant qu'il le ressent intensément initialement. De même, la Sentimentalité qui représente une des sous-dimensions constitutives de la Dépendance à la récompense, présente une tendance à la corrélation positive avec la

différence absolue à l'OCDS. Les résultats en comparaison de moyennes et en régression linéaire multiple avec les coefficients de corrélation supérieurs à 0,25 ne fournissent pas de différence statistiquement significative.

L'absence de significativité des résultats peut être liée au faible nombre de patients inclus et ne permet pas de conclure. Mais ils justifient la réalisation d'une étude plus large afin de déterminer si ces tendances se confirment et deviennent significatives ou s'il s'agit d'une simple fluctuation d'échantillonnage.

Les résultats observés dans ce groupe ne permettent pas d'apporter d'éléments valides en faveur ou non de cette hypothèse, qui nécessiterait un échantillon plus vaste pour être testée.

IV-D-4 –Hypothèse selon laquelle la dimension Auto-détermination serait prédictive d'une plus grande réduction du craving durant l'hospitalisation

Nous n'avons pas trouvé de résultats dans la littérature reliant l'Auto-détermination au score de craving à l'alcool. Mais sa définition dans le modèle de Cloninger la caractérise en tant que « modérateur pulsionnel » permettant une meilleure gestion des réponses automatiques issues des tempéraments. Par ailleurs, un faible score à cette dimension semble être relié à la poly consommation [59],[60]. Elle semble être également reliée à l'adhésion au traitement, sans être prédictive de rechutes [65].

Dans ce groupe, l'Autodétermination montre une tendance à la corrélation négative avec le score de craving à T2. L'intensité du craving ressenti en début de séjour a une tendance à la corrélation inverse avec cette dimension. Cette étude montre également une tendance à la corrélation positive entre l'Auto-détermination et la différence relative des scores de craving à l'OCDS. La tendance est faible et non significative ($r=0,28$) mais pourrait traduire un lien entre cette dimension et la réduction de craving. Plus le patient présente un score haut d'Auto-détermination, plus son score de craving aura tendance à être faible en fin d'hospitalisation, quel que soit le score de départ.

Il est intéressant de noter que la sous-dimension Ressources individuelles présente la tendance la plus marquée à la corrélation positive avec la différence relative à l'OCDS ($r=0,34$).

De façon paradoxale, même si l'Auto-détermination ne semble pas avoir de tendance à la corrélation avec la différence absolue à l'OCDS, la sous-dimension Volonté d'aboutir présente une tendance à la corrélation négative avec cette différence ($r=-0,39$), tout comme la sous-dimension Efficacité des réflexes ($r=-0,31$). Plus ces dimensions sont élevées, moins les patients partant d'un haut niveau de craving auront tendance à le réduire.

Ces deux tendances sont étonnantes et contradictoires avec ce que l'on pouvait en attendre intuitivement, mais cohérentes avec la corrélation significative retrouvée entre la Volonté d'aboutir et l'intensité du craving ressenti à T1.

Ces coefficients de corrélation n'ont cependant pas de valeur significative et peuvent n'être représentatifs que de fluctuations d'échantillonnages du fait du faible nombre d'individus inclus. Les résultats en comparaison de moyenne et en régression linéaire avec les coefficients de corrélation supérieurs à 0,25 ne sont pas significatifs et ne permettent pas de conclure.

Ces résultats ne permettent pas d'apporter d'arguments valables afin de valider ou non cette hypothèse qui nécessiterait un échantillon plus vaste pour ce faire.

IV-D-5 –Hypothèse selon laquelle la dimension Coopération serait prédictive d'une plus grande réduction du craving durant l'hospitalisation

Tout comme pour l'Auto-détermination, la littérature ne présente pas de résultats reliant le craving à la Coopération. Arnau et Al. ont néanmoins déterminé une capacité prédictive de cette dimension à l'adhésion au traitement sans pour autant qu'elle soit prédictive de rechute [65]. Par ailleurs, elle représente, après l'Auto-détermination, le second élément déterminant la maturité de la personnalité, mais au niveau social. Elle peut être considérée comme un modérateur pulsionnel « social », à travers le sentiment d'appartenance communautaire et la sociabilité qu'elle représente.

IV-D-5-a –La dimension Coopération

Les résultats montrent une tendance à la corrélation positive entre la Coopération et les différences absolue et relative à l'OCDS ($r=0,40$; $r=0,34$ respectivement). Plus le score de Coopération est important, plus le patient aura tendance à réduire son score de craving en valeur absolue et plus le niveau de craving aura tendance à être faible à T2, indépendamment du score à T1. Les coefficients de corrélation ne sont cependant pas statistiquement significatifs ($p=1,26$) mais ils sont cohérents avec la tendance à la corrélation négative retrouvée entre la Coopération et le score de craving à T2.

La régression linéaire multiple, intégrant les coefficients de corrélation supérieurs à 0,25, n'a pas retrouvé de relation statistiquement significative entre la Coopération et les deux différences absolue et relative à l'OCDS.

L'analyse en comparaison de moyennes des deux groupes séparés par la moyenne de la population générale produit par contre un résultat significatif [73]. Les deux groupes des chiffres de différence relative à l'OCDS ont été comparés par un test de Student et ces chiffres sont statistiquement différents dans les deux groupes ($p<0,05$). Plus précisément, le groupe présentant des scores de Coopération supérieurs à la moyenne de la population générale obtient des chiffres de différence relative à l'OCDS significativement supérieurs aux chiffres de l'autre groupe dont les scores de Coopération sont inférieurs à la moyenne de la population générale. Ce premier groupe présente des scores de craving plus faibles que ceux du second groupe à T2, indépendamment du score de départ. La moyenne de la population générale est, pour la dimension Coopération, un critère significatif dans cet échantillon pour distinguer

deux prédictions d'évolution différentes concernant la réduction du craving et le score de craving après quatre semaines d'hospitalisation.

IV-D-5-b – Les sous-dimensions Empathie et tolérance sociale

Parmi les sous-dimensions constitutives de la Coopération, l'Empathie et la Tolérance sociale se détachent particulièrement par leurs coefficients de corrélation, respectivement de 0,47 et de 0,66. Concernant l'Empathie, ce chiffre, qui n'est pas statistiquement différent de zéro, oriente vers une tendance à la corrélation positive avec la différence absolue des scores de craving à l'OCDS. Le test de Student rapporte un $p=0,06$ proche de la significativité malgré tout. Plus le sous-score Empathie est élevé, plus le patient aura tendance à réduire son score de craving en valeur absolue et ce d'autant plus qu'il le ressent intensément initialement. Concernant la Tolérance sociale, le coefficient de corrélation ($r=0,66$) est statistiquement différent de zéro ($p=0,005$) et traduit donc l'existence d'une corrélation positive moyenne avec la différence relative des scores de craving à l'OCDS. Dans ce groupe, plus le patient présente une Tolérance sociale élevée, plus son score de craving en fin d'hospitalisation sera faible, quel que soit son score initial. Ce résultat est cohérent et vient s'ajouter à la corrélation négative fortement significative retrouvée entre la Tolérance sociale et le score de craving à T2.

L'analyse en régression linéaire multiple vient confirmer ce résultat en faisant ressortir la Tolérance sociale comme seule sous-dimension reliée de façon statistiquement significative à la différence relative à l'OCDS ($R^2=0,839$; $p=0,041$) parmi les dimensions et sous-dimensions incluses (dont le coefficient de corrélation est supérieur à 0,25).

L'analyse en comparaison de moyennes des deux groupes séparés par les moyennes de la population générale pour ces deux sous-dimensions permet de déterminer des différences statistiquement significatives. Elle se retrouve entre les chiffres des différences absolues à l'OCDS pour l'Empathie ($p=0,01$) et entre les chiffres des différences relatives à l'OCDS pour la Tolérance sociale ($p=0,25$). Le groupe dont le sous-score d'Empathie est supérieur à la moyenne de la population générale présente des différences absolues à l'OCDS significativement plus importantes que le groupe sous la moyenne de la population générale. Le groupe dont le sous-score de Tolérance sociale est supérieur à la moyenne de la population générale présente des différences relatives à l'OCDS significativement plus importantes que le groupe sous la moyenne de la population générale. Dans cet échantillon, les moyennes de la

population générale [73] de l'Empathie et de la Tolérance sociale représentent des limites valables au-dessus desquelles les différences respectivement absolues et relatives correspondantes sont significativement plus élevées. Pour l'Empathie, au-dessus de ce seuil, le patient réduira plus son score de craving en valeur absolue que le patient en-dessous de ce seuil et ce, d'autant plus qu'il part d'un score élevé en début de prise en charge. Pour la Tolérance sociale, au-dessus de ce seuil, le patient obtiendra un score de craving plus faible en fin d'hospitalisation que le patient en-dessous de ce seuil, quel que soit le score de départ.

Nous observons dans ce groupe un ensemble de résultats statistiquement valides constituant un faisceau d'arguments en faveur de l'implication de la Coopération et de ses sous-dimensions dans la réduction du craving durant l'hospitalisation.

La moyenne de la population générale [73] du score Coopération détermine une valeur seuil permettant d'anticiper sur le ressenti du craving par le patient en fin d'hospitalisation, de même pour la Tolérance sociale, constitutive de la Coopération.

Cette sous-dimension est par ailleurs corrélée dans ce groupe à la réduction de l'intensité du craving durant l'hospitalisation. Elle semble prédictive d'une intensité plus faible du craving en fin d'hospitalisation : les patients les plus tolérants socialement ressentent moins intensément le craving en fin d'hospitalisation, indépendamment de l'intensité de ce ressenti initialement.

Le fait d'avoir obtenu des résultats significatifs par diverses approches statistiques, pour la Coopération et deux de ses sous-dimensions, leur confère une certaine puissance de validité, ce qui nous permet de les considérer comme des arguments acceptables en faveur de l'hypothèse testée.

Nous avons dans cet échantillon un faisceau d'arguments en faveur de l'implication de la Coopération et en particulier de la sous-dimension Tolérance sociale, dans la réduction du craving durant l'hospitalisation. La Tolérance sociale semble prédictive de la réduction du craving en fin d'hospitalisation. La prudence reste de mise quant aux conclusions et extrapolations, du fait du faible nombre de patients inclus.

IV-D-6 –Hypothèse selon laquelle la maturité de la personnalité (SD+C) serait prédictive d'une plus grande réduction du craving durant l'hospitalisation

Nous avons vu que l'Auto-détermination et la Coopération représente respectivement la maturité individuelle et la maturité sociale de la personnalité selon Cloninger. Elles ont été toutes les deux reliées à la prédiction d'une meilleure adhésion au traitement, mais pas à la rechute ni au craving lui-même [65].

Les résultats obtenus dans ce groupe montrent une tendance à la corrélation positive entre le niveau de maturité de la personnalité et la différence relative des scores de craving à l'OCDS. Plus la maturité (selon Cloninger) est importante, plus le patient aura tendance à moins ressentir le craving en fin d'hospitalisation. Ce résultat n'est cependant pas statistiquement significatif ($r=0,39$, $p>0,05$).

La comparaison des moyennes des deux groupes séparés par le score seuil de maturité défini par Cloninger ($SD+C=58$) révèle une différence statistiquement significative entre les deux groupes correspondants de chiffres de différences relatives à l'OCDS. Ce score représente un seuil valide au-delà duquel le patient aura plus de probabilité de moins ressentir le craving en fin de séjour que le patient sous ce seuil.

Il est le seul résultat en faveur de l'hypothèse testée. Les corrélations et la régression linéaire ne sont pas statistiquement significatives et ne peuvent être retenues ici comme argument valide mais seulement comme tendance. Cette absence de significativité peut être due au faible nombre de patients inclus et aux fluctuations d'échantillonnage. Cependant l'association d'un résultat valide et d'une tendance à la corrélation positive peuvent justifier la réalisation d'une étude plus vaste permettant de majorer la puissance des tests statistiques afin de confirmer ou d'infirmer ces éléments concernant la maturité de la personnalité selon Cloninger.

Le seuil de maturité selon Cloninger ($SD+C = 58$) représente un élément discriminant valide dans cet échantillon pour prédire l'évolution du ressenti du craving en fin d'hospitalisation. Les tendances non significatives à la corrélation nécessitent une étude plus vaste pour être confirmées.

IV-E –Limites

La première et principale limite est représentée par la taille de l'échantillon $n=16$. Même si tous les patients sont appariés, le nombre d'individus est faible et ne permet a priori pas de lisser les fluctuations d'échantillonnage. Ceci peut expliquer le faible nombre de corrélations significatives et le nombre important de tendances, non significatives, à la corrélation. Pour ces dernières, nous ne pouvons donc que décrire ces tendances observées dans l'échantillon, sans pouvoir conclure.

Du fait de ce faible nombre d'individus, notre échantillon ne peut pas être comparé à la population générale de patients alcoolodépendants hospitalisés. Les résultats significatifs et les conclusions obtenus concernant la coopération et la maturité de la personnalité ne peuvent donc pas être étendus au-delà de cet échantillon dans la population plus vaste des patients alcoolodépendants hospitalisés.

Un effectif plus volumineux, estimé au-delà de $n=45$, devrait pourvoir rendre compte de la sensibilité et de la spécificité de la procédure, ainsi que de permettre de déterminer une valeur prédictive positive des dimensions et sous-dimensions utilisées. Par ailleurs, le fait de ne s'intéresser qu'aux patients dépendants hospitalisés représente un biais statistique en soi.

Nous n'avons pas tenu compte du facteur traitement pharmacologique, justement du fait de ce faible nombre de patients. Ceci peut représenter un facteur de confusion faussant les résultats observés. Cependant tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique de sevrage par benzodiazépines sur la durée de l'hospitalisation et d'un traitement anti craving, ce qui réduit de beaucoup ce facteur de confusion, sans l'annuler malgré tout.

Une limite importante à prendre en compte est l'utilisation d'un critère particulier, la différence relative des scores à l'OCDS, dont la distribution normale n'a pas été évidente à confirmer. Seulement l'un des deux tests de normalité confirme cette distribution (Shapiro), le second (test de Kolmogorov) retrouve une valeur à la limite de la significativité. Mais les résultats ont cependant été confirmés par le test de Student, robuste et qui admet cette imperfection. Cette difficulté à confirmer la distribution normale de ce critère réside très probablement dans les écarts retrouvés entre les valeurs de craving, du fait du faible échantillon utilisé pour cette étude. Il est évident que la reproduction de cette étude avec un plus grand nombre de patients augmenterait la puissance des tests statistiques et permettrait de confirmer la distribution normale des différences relative à l'OCDS.

IV-F –Implications, interrogations, perspectives

IV-F-1 –Perspectives considérant l’aspect prédictif

Ces résultats, dans la mesure où ils seront reproduits sur un échantillon plus vaste et représentatif de la population des patients alcoolodépendants hospitalisés pourront, dans un premier temps être exploités de façon pragmatique grâce à la capacité prédictive dont fait preuve le modèle personnalité de Cloninger [79],[62],[65][79].

Nous ne considérerons ici que la dimension Coopération, puisqu’il s’agit de la seule dimension reliée à des résultats significatifs. L’ensemble des résultats oriente vers l’implication de la Coopération et en particulier de la Tolérance sociale dans la dynamique de réduction du craving au cours d’une hospitalisation pour sevrage. Trois critères du modèle de Cloninger apparaissent pertinents à utiliser en pratique quotidienne, en lien avec les dimensions et les sous-dimensions : la moyenne de la population générale pour la Coopération et la Tolérance sociale, le seuil de maturité de la personnalité déterminé par Cloninger [25] et le score en valeur absolue de la sous-dimension Tolérance sociale.

La moyenne de la population générale s’est avérée être ici pertinente car déterminant deux groupes dont l’évolution du craving diffère significativement. Les patients au-dessus de ce seuil ressentent d’autant moins le craving à la fin du séjour, indépendamment de l’intensité initiale. La confirmation de ces résultats par d’autres études permettrait d’utiliser ce seuil en pratique clinique quotidienne afin d’anticiper sur l’évolution du ressenti du craving durant une hospitalisation. Ce critère pourrait être alors, dans ce contexte précis, utilisé comme facteur décisionnel discriminant pour poser l’indication d’une prise en charge de sevrage en association avec d’autres éléments.

De la même façon, le seuil de maturité de la personnalité défini selon Cloninger ($SD+C=58$) détermine deux groupes qui diffèrent significativement dans l’évolution du ressenti du craving. Les personnalités les plus matures ($SD+C>58$) ressentent d’autant moins le craving en fin de séjour. Ce seuil pourrait être également appliqué en pratique clinique afin de proposer des soins les plus adaptés aux particularités du patient.

La valeur absolue du score de Tolérance sociale est corrélée moyennement mais significativement à la réduction du craving de façon continue. Plus elle est élevée, moins les patients ressentent le craving en fin de séjour. Il peut apparaître pertinent de la prendre en

compte dans la réflexion concernant l'indication de prise en charge du patient alcoolodépendant.

Si ces résultats se confirment, nous avons donc plusieurs critères décisionnels concernant l'indication d'un séjour hospitalier de quatre semaines pour le sevrage à l'alcool en termes de ressenti de craving. Il est bien évidemment fondamental de considérer d'autres éléments dans la réflexion de cette indication, la prise en charge d'une personne dépendante à l'alcool ne se réduisant pas à une simple évolution du score de craving. Mais la détermination de tels critères pour des dimensions variées de la problématique addictive participe à la constitution d'une théorie des pratiques.

Ce travail, en tentant d'apporter des critères prédictifs et décisionnels pour l'indication d'une prise en charge spécifique tend à s'inscrire dans le contexte d'une théorie des pratiques.

IV-F-2 – Interrogations thérapeutiques

Il apparaît certes intéressant de pouvoir déterminer des critères prédictifs d'efficacité concernant un domaine précis d'une problématique, mais quid du patient dont ces dimensions ne correspondent pas ? Du patient faiblement coopérant, faiblement tolérant socialement ou dont la personnalité est peu mature ?

Une piste possible de réflexion réside dans la définition même du modèle théorique de Cloninger, plus précisément dans la définition des caractères [25]. Il postule que les caractères se constituent pour une grande partie à travers la qualité et la nature des relations sociales et ce, dès l'enfance. Ils vont en même temps interagir avec les tempéraments pour définir la personnalité. Cela implique de considérer la personnalité en tant que complexe évolutif dans le temps. Les caractères étant représentatifs de la façon dont une personne se perçoit vis-à-vis de différents référentiels (soi-même, le groupe social, l'univers), il est naturel de les considérer comme évolutifs. La perception de Soi est en effet susceptible d'évoluer avec le temps.

Cloninger propose ainsi dans un article de 2006 une approche thérapeutique visant à travailler sur les caractères afin non pas de traiter les troubles psychiques mais d'intensifier les états de bien-être et de bonheur chez les personnes ne souffrant a priori pas de maladie mentale [80]. Une récente étude a par ailleurs montré que les trois caractères étaient étroitement corrélés à

la perception du bien être et du bonheur [81]. La Coopération était en particulier très liée à la perception du support social, elle-même indirectement impliquée dans le bien-être et le bonheur. D'un point de vue thérapeutique, si les résultats de cette étude venaient à être confirmés, ne pourrait-on pas proposer une piste de travail psychothérapeutique visant à développer la Coopération ? Cette approche concernerait les patients résistants et victimes d'un craving intense difficilement gérable. Cloninger aborde précisément ce type de travail psychothérapeutique concernant les caractères de façon générale [80]. Cette hypothèse d'une accessibilité psychothérapeutique des caractères demeure théorique et incertaine mais présente l'avantage, dans ce contexte, de permettre d'appréhender la problématique addictive sous un angle nouveau.

Nous pouvons également émettre des questionnements quant au lien existant entre Coopération/Tolérance Sociale et le ressenti du craving. Est-ce à travers la perception du support social que la Coopération et la Tolérance sociale jouent dans la dynamique de réduction du craving ? Cette interrogation nécessite la réalisation d'études plus vastes et donc plus puissantes certes mais également leur reproduction dans d'autres contextes afin de déterminer dans quelle mesure ces dimensions sont effectivement liées au craving et à travers quel(s) mécanisme(s). La Coopération est-elle impliquée de la même façon dans le craving chez les patients bénéficiant d'une prise en charge de groupe ambulatoire ? Chez les patients bénéficiant d'une prise en charge individuelle ambulatoire ? Hospitalière ? En effet, la nature même de cette dimension pose la question du rôle du contexte de prise en charge sur le ressenti du craving puisque la Coopération représente la façon dont la personne se perçoit comme appartenant à une communauté. Des études dans ces différents contextes pourraient s'avérer pertinentes.

Mais il est avant toute chose fondamental de confirmer ces résultats sur un échantillon plus vaste de la population des patients alcoolodépendants hospitalisés afin de majorer la puissance des tests statistiques et d'asseoir la poursuite de cette réflexion sur des bases solides.

CONCLUSION

Nous avons tenté par ce travail de faire ressortir des dimensions de personnalité pertinentes à propos du ressenti du craving au cours d'une hospitalisation. Les limites de cette étude, en particulier le faible nombre de patients inclus, imposent de considérer ces résultats avec précaution. Mais la significativité de certains d'entre eux et les interrogations qu'ils soulèvent, s'ils se confirment, peuvent justifier la réalisation d'études plus puissantes dans ce même contexte et sur la même problématique. Ils seraient alors susceptibles d'avoir leur importance dans la réflexion autour du soin à apporter au patient alcoolodépendant hospitalisé. Nous avons ainsi observé des éléments d'orientation concernant l'évolution du craving. La Tolérance sociale est corrélée par exemple, dans ce groupe, à un ressenti du craving proche de zéro indépendamment du score initial. En plus de permettre une orientation du patient considéré comme « sensible » en terme de craving, la poursuite de cette étude et la confirmation des orientations observées permettrait de réfléchir, à partir d'éléments plus subjectifs, à la prise en charge à proposer au patient « résistant » en termes de craving.

La problématique complexe de l'alcoolodépendance se traduit par une multiplicité de réponses au traitement selon les individualités et le contexte. Ces facteurs individuels, représentés par exemple par des dimensions de personnalité plus que des catégories, sont susceptibles de rendre compte d'une meilleure congruence « patient-soins ».

Hardy-Baylé définit la théorie des pratiques comme « un ensemble de propositions résumant les connaissances acquises sur lesquelles le praticien pourrait s'appuyer dans la relation singulière avec son patient pour choisir avec lui le « meilleur soin » ». (Guelfi P.21) Considérons un thérapeute situé avec son patient au carrefour symbolisant le choix des orientations thérapeutiques quelles qu'elles soient. Au jour d'aujourd'hui, en l'absence d'une telle théorisation, sur quels critères orienterait-il son patient vers telle ou telle autre thérapie ? Il s'agira soit de critères très subjectifs du médecin, en lien avec sa propre expérience, soit de critères décisionnels externes, objectifs mais globaux qui noient les particularités individuelles dans la masse du nombre. Il apparaît alors d'autant plus important de pouvoir considérer les particularités de chaque personne, notamment à travers leur style relationnel afin de permettre la meilleure congruence possible du soin avec le principal acteur du soin : le patient lui-même.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(Par ordre chronologique d'apparition dans le texte)

- [1] J. Guelfi et F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie*, Elsevier Masson, 2007.
- [2] C.R. Cloninger, *Personality and psychopathology*, American Psychiatric Pub, 1999.
- [3] M.E. Morean et W.R. Corbin, "Subjective response to alcohol: a critical review of the literature," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 34, Mar. 2010, p. 385-395.
- [4] P. Perney, H. Rigole, et F. Blanc, "[Alcohol dependence: diagnosis and treatment]," *La Revue De Médecine Interne / Fondée ... Par La Société Nationale Française De Médecine Interne*, vol. 29, Avr. 2008, p. 297-304.
- [5] R.F. Anton, "What is craving? Models and implications for treatment," *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, vol. 23, 1999, p. 165-173.
- [6] G. Addolorato, L. Leggio, L. Abenavoli, et G. Gasbarrini, "Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review," *Addictive Behaviors*, vol. 30, Jul. 2005, p. 1209-1224.
- [7] C. de Bruijn, W. van den Brink, R. de Graaf, et W.A.M. Vollebergh, "The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model," *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 101, Mar. 2006, p. 385-392.
- [8] D.C. Drummond, "Theories of drug craving, ancient and modern," *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 96, Jan. 2001, p. 33-46.
- [9] M. Corréard, V. Grundy, J. Ormal-Grenon, et N. Pomier, *The Oxford-Hachette French dictionary: French-English, English-French*, Hachette Livre, 2001.
- [10] *Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Elsevier Masson, 1993.
- [11] S.T. Tiffany, "A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes," *Psychological Review*, vol. 97, Avr. 1990, p. 147-168.
- [12] R.W. Pickens et C.E. Johanson, "Craving: consensus of status and agenda for future research," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 30, Jun. 1992, p. 127-131.
- [13] J.G. Modell, F.B. Glaser, L. Cyr, et J.M. Mountz, "Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 16, Avr. 1992, p. 272-274.
- [14] R.F. Anton, "Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale," *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 95 Suppl 2, Aoû. 2000, p. S211-217.
- [15] M. Hansenne, *Psychologie de la personnalité*, De Boeck, 2006.
- [16] R.L. Collins, G.A. Parks, et G.A. Marlatt, "Social determinants of alcohol consumption: the effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, Avr. 1985, p. 189-200.
- [17] G. Addolorato, L. Abenavoli, L. Leggio, et G. Gasbarrini, "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review," *Neuropsychobiology*, vol. 51, 2005, p. 59-66.
- [18] D.J. Rohsenow, P.M. Monti, A.V. Rubonis, A.D. Sirota, R.S. Niaura, S.M. Colby, S.M. Wunschel, et D.B. Abrams, "Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, Jun. 1994, p. 620-626.
- [19] M.F. Bear, B.W. Connors, M.A. Paradiso, et A. Nieoullon, *Neurosciences: à la découverte du cerveau*, Pradel, 1997.

- [20] S.M. Stahl, *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*, Cambridge University Press, 2000.
- [21] K. Blum, E.R. Braverman, J.M. Holder, J.F. Lubar, V.J. Monastra, D. Miller, J.O. Lubar, T.J. Chen, et D.E. Comings, "Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors," *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 32 Suppl, Nov. 2000, p. i-iv, 1-112.
- [22] A. Bowirrat et M. Oscar-Berman, "Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and Reward Deficiency syndrome," *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, vol. 132B, Jan. 2005, p. 29-37.
- [23] C. von der Goltz et F. Kiefer, "Learning and memory in the aetiopathogenesis of addiction: future implications for therapy?," *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 259 Suppl 2, Nov. 2009, p. S183-187.
- [24] R. Verheul, W. van den Brink, et P. Geerlings, "A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol," *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 34, Avr. 1999, p. 197-222.
- [25] C.R. Cloninger, D.M. Svrakic, et T.R. Przybeck, "A psychobiological model of temperament and character," *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, Déc. 1993, p. 975-990.
- [26] W. Ooteman, M. Koeter, R. Verheul, G. Schippers, et W. Van den Brink, "Development and validation of the Amsterdam Motives for Drinking Scale (AMDS): an attempt to distinguish relief and reward drinkers," *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 41, Jun. 2006, p. 284-292.
- [27] H. Rosenberg, "Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving," *Clinical Psychology Review*, vol. 29, Aoû. 2009, p. 519-534.
- [28] H.R. Kranzler et J. Van Kirk, "Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 25, Sep. 2001, p. 1335-1341.
- [29] M. Srisurapanont et N. Jarusuraisin, "Opioid antagonists for alcohol dependence," *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2002, p. CD001867.
- [30] X. Liu et F. Weiss, "Additive effect of stress and drug cues on reinstatement of ethanol seeking: exacerbation by history of dependence and role of concurrent activation of corticotropin-releasing factor and opioid mechanisms," *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, vol. 22, Sep. 2002, p. 7856-7861.
- [31] K. Mann, P. Lehert, et M.Y. Morgan, "The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 28, Jan. 2004, p. 51-63.
- [32] B.A. Johnson, J.D. Roache, M.A. Javors, C.C. DiClemente, C.R. Cloninger, T.J. Prihoda, P.S. Bordnick, N. Ait-Daoud, et J. Hensler, "Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial," *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 284, Aoû. 2000, p. 963-971.
- [33] Y. Jung et K. Namkoong, "Pharmacotherapy for alcohol dependence: anticraving medications for relapse prevention," *Yonsei Medical Journal*, vol. 47, Avr. 2006, p. 167-178.
- [34] B.A. Johnson, N. Ait-Daoud, C.L. Bowden, C.C. DiClemente, J.D. Roache, K. Lawson, M.A. Javors, et J.Z. Ma, "Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial," *Lancet*, vol. 361, Mai. 2003, p. 1677-1685.
- [35] G. Addolorato, F. Caputo, E. Capristo, G.F. Stefanini, et G. Gasbarrini, "Gamma-hydroxybutyric acid efficacy, potential abuse, and dependence in the treatment of

- alcohol addiction,” *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, vol. 20, Avr. 2000, p. 217-222.
- [36] G.L. Gessa, R. Agabio, M.A. Carai, C. Lobina, M. Pani, R. Reali, et G. Colombo, “Mechanism of the antialcohol effect of gamma-hydroxybutyric acid,” *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, vol. 20, Avr. 2000, p. 271-276.
- [37] G. Addolorato, F. Caputo, E. Capristo, M. Domenicali, M. Bernardi, L. Janiri, R. Agabio, G. Colombo, G.L. Gessa, et G. Gasbarrini, “Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study,” *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 37, Oct. 2002, p. 504-508.
- [38] G. Addolorato, F. Caputo, E. Capristo, G. Colombo, G.L. Gessa, et G. Gasbarrini, “Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II--Preliminary clinical evidence,” *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 24, Jan. 2000, p. 67-71.
- [39] B.A. Flannery, J.C. Garbutt, M.W. Cody, W. Renn, K. Grace, M. Osborne, K. Crosby, M. Morreale, et A. Trivette, “Baclofen for alcohol dependence: a preliminary open-label study,” *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 28, Oct. 2004, p. 1517-1523.
- [40] K.M. Carroll et L.S. Onken, “Behavioral therapies for drug abuse,” *The American Journal of Psychiatry*, vol. 162, Aoû. 2005, p. 1452-1460.
- [41] R.M. Kadden, “Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities,” *Addictive Behaviors*, vol. 26, Aoû. 2001, p. 489-507.
- [42] M. Heinze, K. Wölfling, et S.M. Grüsser, “Cue-induced auditory evoked potentials in alcoholism,” *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, vol. 118, Avr. 2007, p. 856-862.
- [43] T. Hillemaier, K. Bayerlein, J. Wilhelm, U. Reulbach, H. Frieling, D. Bönsch, J. Kornhuber, et S. Bleich, “Alteration of prolactin serum levels during alcohol withdrawal correlates with craving in female patients,” *Addiction Biology*, vol. 10, Déc. 2005, p. 337-343.
- [44] T. Hillemaier, C. Weinland, A. Heberlein, M. Gröschl, A. Schanze, H. Frieling, J. Wilhelm, J. Kornhuber, et S. Bleich, “Increased levels of adiponectin and resistin in alcohol dependence--possible link to craving,” *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 99, Jan. 2009, p. 333-337.
- [45] M. Cordovil De Sousa Uva, O. Luminet, M. Cortesi, E. Constant, M. Derely, et P. De Timary, “Distinct effects of protracted withdrawal on affect, craving, selective attention and executive functions among alcohol-dependent patients,” *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 45, Jun. 2010, p. 241-246.
- [46] G. Addolorato, L. Leggio, R. Agabio, G. Colombo, et G. Gasbarrini, “Baclofen: a new drug for the treatment of alcohol dependence,” *International Journal of Clinical Practice*, vol. 60, Aoû. 2006, p. 1003-1008.
- [47] P. Perney, H. Rigole, et F. Blanc, “[Alcohol dependence: diagnosis and treatment],” *La Revue De Médecine Interne / Fondée ... Par La Société Nationale Française De Médecine Interne*, vol. 29, Avr. 2008, p. 297-304.
- [48] A. McKeon, M.A. Frye, et N. Delanty, “The alcohol withdrawal syndrome,” *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 79, Aoû. 2008, p. 854-862.
- [49] O. Vuković, T. Cvetić, M. Zebić, N. Marić, D. Britvić, A. Damjanović, et M. Jasović-Gasić, “Contemporary framework for alcohol craving,” *Psychiatria Danubina*, vol. 20, Déc. 2008, p. 500-507.
- [50] D.C. Drummond, T. Cooper, et S.P. Glautier, “Conditioned learning in alcohol dependence: implications for cue exposure treatment,” *British Journal of Addiction*, vol. 85, Jun. 1990, p. 725-743.
- [51] R.F. Anton, “Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current

- and future directions,” *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 31 Suppl 1, Mar. 1996, p. 43-53.
- [52] D.M. Svrakic, C. Whitehead, T.R. Przybeck, et C.R. Cloninger, “Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, Déc. 1993, p. 991-999.
- [53] C.R. Cloninger, “A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states,” *Psychiatric Developments*, vol. 4, 1986, p. 167-226.
- [54] F. Gutiérrez, R. Navinés, P. Navarro, L. García-Esteve, S. Subirá, M. Torrens, et R. Martín-Santos, “What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness,” *Comprehensive Psychiatry*, vol. 49, Déc. 2008, p. 570-578.
- [55] C.R. Cloninger, S. Sigvardsson, S.B. Gilligan, A.L. von Knorring, T. Reich, et M. Bohman, “Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism,” *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, vol. 7, 1988, p. 3-16.
- [56] C.R. Cloninger, M. Bohman, et S. Sigvardsson, “Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 38, Aoû. 1981, p. 861-868.
- [57] L. Leggio, G.A. Kenna, M. Fenton, E. Bonenfant, et R.M. Swift, “Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond,” *Neuropsychology Review*, vol. 19, Mar. 2009, p. 115-129.
- [58] P. Basiaux, O. le Bon, M. Dramaix, I. Massat, D. Souery, J. Mendlewicz, I. Pelc, et P. Verbanck, “Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and subtyping in alcoholic patients: a controlled study,” *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 36, Déc. 2001, p. 584-587.
- [59] C. Rengade, J. Kahn, et R. Schwan, “Misuse of alcohol among methadone patients,” *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, vol. 18, Avr. 2009, p. 162-166.
- [60] M. Monras, S. Mondon, et J. Jou, “[Personality profile in alcoholic inpatients by TCI questionnaire. Differences between abusers and non abusers of benzodiazepines and between patients with personality disorders and patients without],” *Adicciones*, vol. 20, 2008, p. 143-148.
- [61] I. Anghelescu, C. Klawe, P. Singer, C. Fehr, C. Hiemke, A. Quante, F. Regen, N. Dahmen, et A. Szegedi, “Low novelty seeking and high self directedness scores in alcohol-dependent patients without comorbid psychiatric disorders homozygous for the A10 allele of the dopamine transporter gene,” *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, vol. 11, Mar. 2010, p. 382-389.
- [62] H. Tavares, M.L. Zilberman, D.C. Hodgins, et N. el-Guebaly, “Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics,” *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 29, Aoû. 2005, p. 1427-1431.
- [63] S.E. Müller, H. Weijers, J. Böning, et G.A. Wiesbeck, “Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients,” *Neuropsychobiology*, vol. 57, 2008, p. 159-164.
- [64] K. Meszaros, E. Lenzinger, K. Hornik, T. Füreder, U. Willinger, G. Fischer, G. Schönbeck, et H.N. Aschauer, “The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group,” *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 23, Mar. 1999, p. 483-486.
- [65] M.M. Arnau, S. Mondon, et J.J. Santacreu, “Using the temperament and character inventory (TCI) to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment,” *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 43, Oct.

2008, p. 583-588.

- [66] M. Reuter et P. Netter, "The influence of personality on nicotine craving: a hierarchical multivariate statistical prediction model," *Neuropsychobiology*, vol. 44, 2001, p. 47-53.
- [67] C.G. McCusker et K. Brown, "The cue-responsivity phenomenon in dependent drinkers: 'personality' vulnerability and anxiety as intervening variables," *British Journal of Addiction*, vol. 86, Jul. 1991, p. 905-912.
- [68] M.L. Zilberman, H. Tavares, et N. el-Guebaly, "Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders," *BMC Psychiatry*, vol. 3, Jan. 2003, p. 1.
- [69] G. Martinotti, C.R. Cloninger, et L. Janiri, "Temperament and character inventory dimensions and anhedonia in detoxified substance-dependent subjects," *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 34, 2008, p. 177-183.
- [70] G. Martinotti, S. Andreoli, M. Di Nicola, M. Di Giannantonio, M. Sarchiapone, et L. Janiri, "Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics," *Human Psychopharmacology*, vol. 23, Jul. 2008, p. 417-424.
- [71] G. Martinotti, M. di Nicola, A. Frustaci, R. Romanelli, D. Tedeschi, R. Guglielmo, L. Guerriero, A. Bruschi, R. De Filippis, G. Pozzi, M. Di Giannantonio, P. Bria, et L. Janiri, "Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial," *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 105, Fév. 2010, p. 288-299.
- [72] A.P. Associati et J. Guelfi, *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, 2004.
- [73] A. Pélioso et J.P. Lépine, "Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version," *Psychiatry Research*, vol. 94, Avr. 2000, p. 67-76.
- [74] J.G. Modell, F.B. Glaser, J.M. Mountz, S. Schmaltz, et L. Cyr, "Obsessive and compulsive characteristics of alcohol abuse and dependence: quantification by a newly developed questionnaire," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 16, Avr. 1992, p. 266-271.
- [75] M. Anseau, J. Besson, M. Lejoyeux, E. Pinto, U. Landry, M. Cornes, F. Deckers, A. Potgieter, et J. Ades, "A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients: a validation study in Belgium, France, and Switzerland," *European Addiction Research*, vol. 6, Jun. 2000, p. 51-56.
- [76] M. Bouvard et J. Cottraux, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Elsevier Masson, 2005.
- [77] M. Bouvard, *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, Elsevier Masson, 2009.
- [78] S.W. Feldstein Ewing, F.M. Filbey, L.D. Chandler, et K.E. Hutchison, "Exploring the relationship between depressive and anxiety symptoms and neuronal response to alcohol cues," *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 34, Mar. 2010, p. 396-403.
- [79] S. Allnutt, L. Wedgwood, K. Wilhelm, et T. Butler, "Temperament, substance use and psychopathology in a prisoner population: implications for treatment," *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, Nov. 2008, p. 969-975.
- [80] C.R. Cloninger, "The science of well being: An integrated approach to mental health and its disorders," *Psychiatria Danubina*, vol. 18, Déc. 2006, p. 218-224.
- [81] C.R. Cloninger et A.H. Zohar, "Personality and the perception of health and happiness," *Journal of Affective Disorders*, Jun. 2010.

TABLE DES MATIERES

REFLET DE LA PAGE DE COUVERTURE

LISTE DES PROFESSEURS

DEDICACES

SERMENT

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ABORDS THEORIQUES

I –Le craving

I-A –Historique de la notion de craving

I-B –Les modèles théoriques du craving

I-B-1 –Les modèles phénoménologiques

I-B-2 –Les théories comportementales (de conditionnement)

I-B-2-a –La théorie du sevrage conditionné

I-B-2-b –La théorie des doubles processus : la prise en compte des affects

I-B-2-c –La théorie de l'incitation de sensibilisation (incentive sensitization theory) : la prise en compte des éléments neurobiologiques

I-B-3 –Les théories cognitives

I-B-3-a –La théorie de l'apprentissage social cognitif (Cognitive social learning theory)

I-B-3-b –Les modèles cognitifs impliquant les affects : les doubles affects et le modèle de régulation dynamique

I-B-3-c –Le modèle des procédures cognitives (Cognitive processing model) de Tiffany

I-B-4 –Les théories neurobiologiques

I-B-4-a –Le système de récompense : la cascade dopaminergique

I-B-4-b –Le syndrome de déficience en récompense

I-B-4-c –Le modèle neuroadaptatif

I-B-5 –Un modèle de synthèse : le modèle psychobiologique de Verheul

I-C –Evaluation du craving et traitement

I-C-1 –Les pharmacothérapies anticraving

I-C-1-a –Evaluation du craving

I-C-1-b –La naltrexone

I-C-1-c –L’acamprosate

I-C-1-d –L’odansétron

I-C-1-e –Le topiramate

I-C-1-f –Le GHB

I-C-1-g –Le baclofène

I-C-2 –les prises en charge psychothérapeutiques

I-D –Craving et sevrage

I-D-1 –Liens entre craving et sevrage

I-D-2 –Craving et variabilité interindividuelle

I-D-3 –Pourquoi le contexte du sevrage à l’alcool ?

II –Personnalité

II-A –Les modèles psychobiologiques

II-A-1 –Le modèle à trois facteurs d’Eysenck

II-A-2 –La théorie de Gray

II-A-3 –La théorie de Tellegen

II-A-4 –La théorie de Zuckerman

II-B –Le modèle biopsychosocial de Cloninger

II-B-1 –Les tempéraments

II-B-2-a –la Recherche de nouveauté

II-B-2-b –L’Évitement du danger

II-B-2-c –La Dépendance à la récompense

II-B-2-d –La Persistance

II-B-2 –Les caractères

II-B-2-a –L’Autodétermination

II-B-2-b –La Coopération

II-B-2-c –La Transcendance

II-B-3 –Modèle dimensionnel VS modèle catégoriel

II-B-4 –Le modèle de Cloninger et l’alcoolodépendance

III –Comment s’articulent craving et personnalité ?

III-A –Le modèle de Cloninger et la prédiction de rechute

III-B –Le modèle de Cloninger et le craving

III-C –Arguments pour une étude descriptive prospective

SECONDE PARTIE : ETUDE ET RESULTATS

IV –Une étude descriptive prospective non interventionnelle

IV-A –Objectifs de l'étude

IV-B –Méthodologie

IV-B-1 –Critères quantitatifs concernant le craving

IV-B-2 –Population et contexte général

IV-B-3 –Les critères d'inclusion et d'exclusion

IV-B-4 –Questionnaires et chronologie

IV-B-4-a –Le TCI de Cloninger

IV-B-4-b –L'OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale)

IV-B-4-c –Les échelles de Hamilton

IV-B-4-d –L'échelle d'impulsivité de Barratt

IV-C –Résultats

IV-C-1 –Présentation des résultats

IV-C-1-a –Résultats globaux bruts

IV-C-1-b –Différences selon le sexe

IV-C-1-c –Approche de la différence de craving entre le début et la fin de l'hospitalisation

IV-C-2 –Présentation des résultats en corrélation

IV-C-2-a –Corrélation entre les dimensions et sous-dimensions de personnalité et les scores de craving à T et T2

IV-C-2-b –Corrélation entre les scores à T1 et T2 et les différences absolue et relative à l'OCDS

IV-C-2-c –Corrélation entre les dimensions au TCI et les différences absolue et relative à l'OCDS

IV-C-2-d –Corrélation entre les sous-dimensions au TCI et les différences absolue et relative à l'OCDS

IV-C-2-e –Analyse en régression linéaire multiple

IV-C-2-f –Corrélation entre la maturité de la personnalité (SD + C) et les différences absolue et relative à l'OCDS

IV-C-3 –Présentation des résultats en comparaison de moyenne

IV-C-3-a –Comparaison selon la moyenne de la population générale française au TCI

IV-C-3-b –Comparaison selon la maturité de la personnalité

IV-D – Synthèse et discussion des résultats

IV-D-1 –Hypothèse selon laquelle la Recherche de nouveauté serait prédictive d’une moindre réduction du craving durant de l’hospitalisation

IV-D-2 –Hypothèse selon laquelle l’Evitement du danger serait prédictive d’une moindre réduction du craving durant l’hospitalisation

IV-D-3 –Hypothèse selon laquelle la Dépendance à la récompense serait prédictive d’une plus grande réduction du craving durant l’hospitalisation

IV-D-4 –Hypothèse selon laquelle l’Autodétermination serait prédictive d’une plus grande réduction du craving durant l’hospitalisation

IV-D-5 –Hypothèse selon laquelle la Coopération serait prédictive d’une plus grande réduction du craving durant l’hospitalisation

IV-D-5-a –La dimension Coopération

IV-D-5-b –Les sous-dimensions Empathie et Tolérance sociale

IV-D-6 –Hypothèse selon laquelle la maturité de la personnalité (SD + C) serait prédictive d’une plus grande réduction du craving durant l’hospitalisation

IV-E –Limites de l’étude

IV-F –Implications, interrogations, perspectives

IV-F-1 –Perspectives considérant l’aspect prédictif

IV-F-2 –Interrogations personnelles thérapeutiques

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Critères DSM de l’alcoolodépendance

TCI de Cloninger

Echelle d’anxiété de Hamilton

Echelle d’impulsivité de Barratt

Echelle d’évaluation du craving OCDS

TABLE DES MATIERES

RESUME EN ANGLAIS

PERMIS D’IMPRIMER

ANNEXES

Annexe 1 : Définition de la dépendance selon les critères du DSM-IV (1994)a

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

** Existence d'une tolérance définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*

- Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance

** Existence d'un syndrome de sevrage comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*

- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage

** La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu*

** Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance*

** Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets*

** D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance*

** L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance*

Annexe 2 : Echelles utilisées :

- TCI de Cloninger

- Echelles d'anxiété de Hamilton

- Echelle d'impulsivité de Barratt (BIS-11)

- Echelle de quantification du craving (OCDS)

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE TCI*

NOM : Prénom : Date :/...../..... N°
Date de naissance :/...../..... Homme Femme Profession :

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels.

Pour **chaque** affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en entourant **une seule** des deux réponses V ou F.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.

Lisez attentivement chaque affirmation mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

* Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992), © CR Cloninger.
Traduction française 1996-2 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine) .

VRAI FAUX

Exemple : pour répondre Vrai V F

J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps.....

V F 1

J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens.....

V F 2

Je suis souvent très ému(e) par un beau discours ou par une poésie.....

V F 3

J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances.....

V F 4

Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi.....

V F 5

Je crois aux miracles.....

V F 6

Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal.....

V F 7

Lorsque je me concentre sur quelque chose, je ne vois plus le temps passer.....

V F 8

J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens.....

V F 9

J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes.....

V F 10

J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum.....

V F 11

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire.....

V F 12

Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles..

V F 13

Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres.....

V F 14

Je me sens souvent très proche des gens qui m'entourent, comme si rien ne nous sépareit.....

V F 15

Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes.....

V F 16

Dans la plupart des situations, de bons réflexes me permettent de réagir facilement.....

V F 17

Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis.....

V F 18

- Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens.....
V F 19
- Je dois souvent m'interrompre dans une activité car je m'inquiète facilement de ce qui pourrait ne pas aller.....
V F 20
- J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments
ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même.....
V F 21
- J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens.....
V F 22
- On dit souvent que je suis "dans la lune" quand je suis absorbé(e) dans une activité car je perds alors le contact
avec toute autre chose.....
V F 23
- Je me sens rarement libre de mes choix.....
V F 24
- Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments.....
V F 25
- Le plus souvent, j'aimerais mieux faire quelque chose d'un peu risqué
(comme conduire une voiture dans des virages dangereux et en montagne)
plutôt que de rester au calme à ne rien faire pendant quelques heures.....
V F 26
- J'évite souvent de rencontrer des inconnus
parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas.....
V F 27
- J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux.....
V F 28
- Je préfère les méthodes traditionnelles et sûres aux méthodes modernes et améliorées.....
V F 29
- Lorsque je manque de temps, je ne parviens généralement pas
à faire les choses selon mes priorités personnelles.....
V F 30
- Je fais souvent des choses pour la protection des animaux et des plantes en voie de disparition.....
V F 31
- J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente.....
V F 32
- Ça me fait plaisir de voir mes ennemis souffrir.....
V F 33
- J'aime être très organisé(e) et fixer des règles aux autres autant que je le peux.....
V F 34
- Il m'est difficile de conserver longtemps les mêmes centres d'intérêt,
car mon attention passe souvent à autre chose.....
V F 35
- L'expérience m'a permis d'acquérir de bonnes habitudes
qui sont plus fortes que les croyances et les impulsions passagères.....
V F 36
- Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche
longtemps après que les autres ont abandonné.....
V F 37
- Je suis fasciné(e) par tous les phénomènes qui ne peuvent être expliqués scientifiquement.....
V F 38
- J'ai beaucoup de mauvaises habitudes que je souhaiterais perdre.....
V F 39
- J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes.....
V F 40
- Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit.....
V F 41
- Je pense que j'aurai beaucoup de chance dans l'avenir.....
V F 42
- Je me remets plus lentement que les autres de maladies mineures ou d'événements stressants.....
V F 43
- Ça ne me gênerait pas d'être seul(e) tout le temps.....

V F 44
 J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends.....

V F 45
 Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment
 ou qu'ils approuvent ma manière de faire.....

V F 46
 Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt
 car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde.....

V F 47
 Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue.....

V F 48
 J'ai l'impression de ne pas bien comprendre la plupart des gens.....

V F 49
 Il est possible de réussir en affaire sans être malhonnête.....

V F 50
 Parfois je me sens tellement en accord avec la nature
 que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant.....

V F 51
 Dans les conversations, je suis bien meilleur(e) lorsque j'écoute que lorsque je parle.....

V F 52
 Je perds mon sang-froid plus rapidement que la plupart des gens.....

V F 53
 Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens.....

V F 54
 Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens.....

V F 55
 On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer.....

V F 56
 Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger.....

V F 57
 Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas.....

V F 58
 Chaque jour j'essaie de faire un pas vers mes objectifs.....

V F 59
 Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres.....

V F 60
 Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision.....

V F 61
 Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens.....

V F 62
 J'ai souvent besoin de faire la sieste ou de me reposer car je me fatigue facilement.....

V F 63
 J'aime rendre service aux autres.....

V F 64
 Quel que soit le problème que j'aie à résoudre, je pense toujours que les choses évolueront bien.....

V F 65
 Je dépense difficilement de l'argent pour mon plaisir, même si j'ai beaucoup d'économies.....

V F 66
 Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations
 que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses.....

V F 67
 Je préfère garder mes problèmes pour moi.....

V F 68
 Je préfère rester chez moi plutôt que de voyager ou d'explorer de nouveaux lieux.....

V F 69
 Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-
 mêmes.....

V F 70
 Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens

de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi.....
V F 71

Les gens me confient habituellement leurs sentiments.....
V F 72

Il m'arrive souvent de souhaiter rester jeune éternellement.....
V F 73

J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite sans le temps et dans l'espace.....
V F 74

Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots.....
V F 75

J'essaie de respecter les sentiments des autres, même lorsqu'ils ont été injustes avec moi auparavant.....
V F 76

J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes.....
V F 77

Je resterais probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus,
même si on m'avait prévenu qu'ils étaient inamicaux.....
V F 78

Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens
par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir.....
V F 79

D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision.....
V F 80

Je pense qu'il est plus important d'être sympathique et compréhensif
à l'égard des autres plutôt que dur et réaliste.....
V F 81

Je ressens souvent un sentiment profond d'unité avec tout ce qui m'entoure.....
V F 82

Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman.....
V F 83

Les autres me contrôlent trop.....
V F 84

J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres.....
V F 85

Des expériences religieuses m'ont aidé à comprendre le sens réel de ma vie.....
V F 86

J'apprends beaucoup des autres.....
V F 87

Dans de nombreux domaines, l'entraînement m'a permis de me perfectionner et donc de réussir.....
V F 88

Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses.....
V F 89

J'ai besoin de repos, de soutien ou de réconfort
pour récupérer de légers problèmes de santé ou de situations stressantes.....
V F 90

Je sais qu'il y a des règles dans la vie que personne ne peut violer sans en souffrir un jour ou l'autre.....
V F 91

Je ne souhaite pas être la personne la plus riche.....
V F 92

Je risquerais volontiers ma propre vie pour rendre le monde meilleur.....
V F 93

Même si je réfléchis longtemps sur un problème,
j'ai appris à suivre davantage mon intuition qu'un raisonnement logique.....
V F 94

Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée
par une force spirituelle supérieure à tout être humain.....
V F 95

Souvent, je prends plaisir à être méchant(e) avec ceux qui l'ont été avec moi.....
V F 96

J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions.....
V F 97

Il m'est facile d'ordonner mes idées lorsque je parle à quelqu'un.....
V F 98

Je suis très sensible aux "bonnes causes"(lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple).....
V F 99

Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible.....
V F 100

J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup.....
V F 101

Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes.....
V F 102

Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre.....
V F 103

Je voudrais souvent interrompre le cours du temps.....
V F 104

Je déteste prendre des décisions uniquement à partir de mes premières impressions.....
V F 105

Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté.....
V F 106

Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un.....
V F 107

Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e).....
V F 108

Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e).....
V F 109

En général, il me faut de très bonnes raisons pratiques pour accepter de modifier mes habitudes.....
V F 110

J'ai besoin de beaucoup d'aide de la part des autres pour acquérir de bonnes habitudes.....
V F 111

Je pense que la perception extra-sensorielle existe réellement (la télépathie ou les prémonitions par exemple).....
V F 112

J'aimerais avoir presque toujours autour de moi des amis intimes et chaleureux.....
V F 113

Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet.....
V F 114

Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux.....
V F 115

Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi.....
V F 116

Il m'est difficile de tolérer les gens qui sont différents de moi.....
V F 117

Je pense que la plupart des événements que l'on prend pour des miracles ne surviennent en réalité que par hasard.....
V F 118

Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger.....
V F 119

Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps.....
V F 120

Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie.....
V F 121

J'essaie de coopérer avec les autres autant que possible.....
V F 122

Je suis satisfait(e) de ce que je réalise et je n'ai pas vraiment envie de faire mieux.....
V F 123

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières,
même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre.....
V F 124

J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation.....
V F 125

Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e)
car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse.....
V F 126

Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent.....
V F 127

Il m'est généralement facile d'apprécier les gens qui ont des valeurs différentes des miennes.....
V F 128

Certaines bonnes habitudes sont devenues naturelles chez moi,
elles sont presque toujours automatiques et spontanées.....
V F 129

Cela ne me dérange pas que les autres en sachent souvent plus que moi sur un sujet.....
V F 130

J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre.....
V F 131

Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie.....
V F 132

Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté.....
V F 133

Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent
pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée.....
V F 134

Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales.....
V F 135

Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées
intimes.....
V F 136

Je déteste changer mes habitudes même si beaucoup de gens me disent qu'il existe une nouvelle méthode plus
efficace.....
V F 137

Je pense qu'il n'est pas sage de croire aux choses qui ne peuvent pas être expliquées scientifiquement.....
V F 138

J'aime imaginer que mes ennemis souffrent.....
V F 139

J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens.....
V F 140

J'aime porter une attention particulière aux détails dans tout ce que je fais.....
V F 141

L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira
bien.....
V F 142

J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui.....
V F 143

Habituellement, je suis libre de mes choix.....
V F 144

Je suis souvent si absorbé(e) dans ce que je fais que pendant un moment j'en oublie où je suis.....
V F 145

Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable.....
V F 146

Généralement, j'aimerais mieux faire quelque chose de risqué (comme faire du delta-plane ou sauter en
parachute) plutôt que d'avoir à rester calme et inactif(ve) pendant quelques heures.....
V F 147

Comme je dépense souvent trop d'argent sur des coups de tête, il m'est difficile d'en mettre de côté même pour
des projets particuliers comme les vacances.....

V F 148
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres.....

V F 149
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus.....

V F 150
Je vais souvent dans le sens des souhaits de mes amis.....

V F 151
Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires
mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi.....

V F 152
Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le
mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires.....

V F 153
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté
afin de mieux comprendre ce que les autres vivent.....

V F 154
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats.....

V F 155
J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur
(lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple).....

V F 156
Je ne m'inquiète jamais de choses terribles qui pourraient arriver dans l'avenir.....

V F 157
Je ne suis pratiquement jamais excité(e) au point de perdre le contrôle de moi-même.....

V F 158
J'abandonne souvent un travail s'il prend beaucoup plus de temps que je le pensais au départ.....

V F 159
Je préfère initier les conversations plutôt que d'attendre que les autres m'adressent la parole.....

V F 160
En général, je pardonne rapidement à ceux qui me font du mal.....

V F 161
Mes actes sont largement influencés par des choses que je ne contrôle pas.....

V F 162
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait.....

V F 163
En général, je respecte les opinions des autres.....

V F 164
J'ai eu des expériences qui ont rendu le sens de ma vie si évident
que je me suis senti(e) très ému(e) et heureux(-euse).....

V F 165
C'est un plaisir pour moi de m'acheter des choses.....

V F 166
Je crois avoir eu moi-même des perceptions extra-sensorielles.....

V F 167
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie.....

V F 168
En général, il est absurde de contribuer au succès des autres.....

V F 169
Il m'arrive souvent de souhaiter pouvoir vivre éternellement.....

V F 170
En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres.....

V F 171
J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens.....

V F 172
Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens
de légers problèmes de santé ou de situations stressantes.....

V F 173
J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction.....

V F 174

J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations.....
V F 175

Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font.....
V F 176

Chacun devrait être traité avec respect et dignité,
même les gens qui semblent sans importance ou mauvais.....
V F 177

J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités.....
V F 178

En général, j'ai de la chance dans tout ce que j'entreprends.....
V F 179

Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses
(comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée.....
V F 180

J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses.....
V F 181

J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes.....
V F 182

Les droits individuels sont plus importants que les besoins de n'importe quel groupe.....
V F 183

J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles
je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse.....
V F 184

J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement
la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe.....
V F 185

Mes habitudes me permettent de faire les choses plus facilement.....
V F 186

La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi.....
V F 187

Les autres ou les circonstances sont souvent responsables de mes difficultés.....
V F 188

Aider les autres me fait plaisir, même s'ils m'ont mal traité(e).....
V F 189

J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend.....
V F 190

Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier.....
V F 191

En général, je peux rester actif(ve) toute la journée sans avoir à me forcer.....
V F 192

J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre
une décision, même si on me demande une réponse rapide.....
V F 193

J'ai du mal à m'en sortir lorsque je suis surpris(e) en faute.....
V F 194

Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens.....
V F 195

La vérité sur un sujet n'est qu'une question d'opinion personnelle.....
V F 196

Je pense que mon comportement naturel est en général
en accord avec mes principes et mes objectifs de vie.....
V F 197

Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel
qui ne peut pas être complètement expliqué.....
V F 198

Je pense pouvoir rester confiant(e) et détendu(e) en rencontrant des inconnus,
même si je suis prévenu(e) qu'ils sont en colère contre moi.....
V F 199

Les gens estiment qu'il est facile de venir me voir pour trouver de l'aide,

de la sympathie et de la compréhension.....
V F 200

J'ai plus de mal que la plupart des gens à m'enthousiasmer
pour de nouvelles idées ou de nouvelles activités.....
V F 201

J'ai du mal à mentir même pour préserver les sentiments de quelqu'un d'autre.....
V F 202

Je ne souhaite pas être admiré(e) plus que les autres.....
V F 203

Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation
d'émerveillement comme si je les voyais d'un oeil nouveau pour la première fois.....
V F 204

La plupart des gens que je connais ne pensent qu'à eux, sans se préoccuper des difficultés des autres.....
V F 205

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi.....
V F 206

Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement.....
V F 207

Certaines personnes pensent que je suis trop près de mon argent.....
V F 208

Les expériences mystiques ne sont probablement que des désirs pris pour des réalités.....
V F 209

Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes,
même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences.....
V F 210

Je déteste voir n'importe qui souffrir.....
V F 211

Je sais ce que je veux faire de ma vie.....
V F 212

Je prends souvent le temps de savoir si ce que je fais est bien ou mal.....
V F 213

Souvent, les choses tournent mal pour moi sauf si je fais très attention.....
V F 214

Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e).....
V F 215

Je ne pense pas qu'il soit possible de partager les sentiments
de quelqu'un qui n'a pas vécu les mêmes expériences que soi.....
V F 216

Souvent, les autres pensent que je suis dans un autre monde car je suis
complètement détaché(e) des choses qui se passent autour de moi.....
V F 217

Je souhaiterais être la personne la plus belle.....
V F 218

En général, je me tiens à l'écart des situations sociales où je peux
rencontrer des inconnus, même si on m'assure qu'ils seront amicaux.....
V F 219

J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami.....
V F 220

Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion.....
V F 221

Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes.....
V F 222

La malhonnêteté ne pose des problèmes que si l'on se fait surprendre.....
V F 223

Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart
des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants.....
V F 224

Je préfère tout lire en détail avant de signer n'importe quel papier.....
V F 225

Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général

quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire.....
V F 226

FIN DU QUESTIONNAIRE
VERIFIEZ QUE VOUS AVEZ REPONDU A
TOUTES LES QUESTIONS SUR TOUTES LES PAGES
Et SANS DOUBLE REPONSE (toujours choisir V ou F)
Merci.

BIS-11

1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir..... ④ ③ ② ①
2. Je fais les choses sans réfléchir..... ① ② ③ ④
3. Je me décide rapidement..... ① ② ③ ④
4. Je suis insouciant..... ① ② ③ ④
5. Je ne fais pas attention..... ① ② ③ ④
6. Mes pensées défilent très vite..... ① ② ③ ④
7. Je programme mes voyages longtemps à l'avance..... ④ ③ ② ①
8. Je suis maître de moi..... ④ ③ ② ①
9. Je me concentre facilement..... ④ ③ ② ①
10. Je met de l'argent de côté raisonnablement..... ④ ③ ② ①
11. Je ne tiens pas en place aux spectacles ou aux conférences.... ① ② ③ ④
12. Je réfléchis soigneusement..... ④ ③ ② ①
13. Je veille à ma sécurité d'emploi..... ④ ③ ② ①
14. Je dis les choses sans réfléchir..... ① ② ③ ④
15. J'aime réfléchir à des problèmes complexes..... ④ ③ ② ①
16. Je change d'emploi..... ① ② ③ ④
17. J'agis sur un "coup de tête"..... ① ② ③ ④
18. Réfléchir sur un problème m'ennuie vite..... ① ② ③ ④
19. J'agis selon l'inspiration du moment..... ① ② ③ ④
20. Je réfléchis posément..... ④ ③ ② ①
21. Je change de logement ① ② ③ ④
22. J'achète les choses sur un "coup de tête"..... ① ② ③ ④
23. Je ne peux penser qu'à un problème à la fois..... ① ② ③ ④
24. Je change de loisir..... ① ② ③ ④
25. Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne..... ① ② ③ ④
26. Lorsque je réfléchis d'autres pensées me viennent à l'esprit..... ① ② ③ ④
27. Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir..... ① ② ③ ④
28. Je m'impatiente lors de conférences ou de discussions..... ① ② ③ ④
29. J'aime les "casse-têtes"..... ④ ③ ② ①
30. Je fais des projets pour l'avenir..... ④ ③ ② ①

OCDS

Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.

Veillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool?

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

- 0 Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?

- 0 Aucune
- 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister.

Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister

1 J'essaie d'y résister la plupart du temps

2 Je fais quelques efforts pour y résister

3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation

4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées

1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration

2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner

3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté

4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour?

0 Aucun

1 Moins d'un verre par jour

2 De 1 à 2 verres par jour

3 De 3 à 7 verres par jour

4 8 verres ou plus par jour

Q8 Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?

0 Aucun

1 Pas plus d'un jour par semaine

2 De 2 à 3 jours par semaine

3 De 4 à 5 jours par semaine

4 De 6 à 7 jours par semaine

Q9 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement

1 Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté

2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger

3 Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle

4 Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

Q10 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement

1 Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté

2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger

3 Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales

4 Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

- 0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
- 1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
- 2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
- 3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
- 4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

- 0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
- 2 Je fais quelques efforts pour y résister
- 3 Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation
- 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?

- 0 Je ne me sens pas poussé de tout
- 1 Je me sens faiblement poussé à boire
- 2 Je me sens fortement poussé à boire
- 3 Je me sens très fortement poussé à boire
- 4 Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool?

- 0 J'ai un contrôle total
- 1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
- 2 Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
- 3 Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté
- 4 Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

RESUME EN ANGLAIS

This study concerns the identification of personality dimensions related to craving reduction, by Cloninger's model. She is interested in alcohol-dependants inpatients. Studies on craving regularly bring arguments to confirm its role in the addictive problem. The questionnaire developed from the model of Cloninger demonstrates predictive properties in evaluating intensity of craving or the risk of relapse in the field of addiction. This work is built on a small sample of 16 patients enrolled on the basis of criteria of DSM-IV TR. The intensity of craving at T1 is strongly correlated with the absolute reduction during hospitalization. Social Acceptance is negatively correlated with craving score at T2 ($r = -0.75$, $p < 0.001$). Purposeful is negatively correlated to craving score at T1 ($r = -0.60$, $p = 0.01$). The only significant correlation with the relative difference between T1 and T2's craving scores is for Social Acceptance ($r = 0.66$, $p = 0.005$). This result is confirmed by multiple linear regression analysis. The French population's average score at TCI for Cooperation, Social Acceptance, Empathy seems to determine a threshold beyond which the craving is even more closer to zero at T2 ($p < 0.05$).

VU

NANCY, le 9 septembre 2010

Le Président de Thèse

NANCY, le 14 septembre 2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur R. SCHWAN

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 21 septembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Cette étude concerne le repérage de critères de personnalité en lien avec l'évolution du craving, selon le modèle de Cloninger. Elle s'intéresse à la population de patients alcoolodépendants hospitalisés pour sevrage. Les études concernant le craving apportent régulièrement des arguments pour confirmer son rôle dans la problématique addictive. Le questionnaire développé à partir du modèle de Cloninger démontre des propriétés prédictives de l'intensité du craving ou du risque de rechute, dans le domaine de l'addictologie.

Ce travail s'appuie sur un petit échantillon de 16 patients inclus sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV TR. L'intensité du craving à T1 est fortement corrélée à sa réduction en valeur absolue au cours de l'hospitalisation. La Tolérance sociale est négativement corrélée au score de craving à T2 ($r = -0,75$; $p < 0,001$). La Volonté d'aboutir est négativement corrélée au score de craving à T1 ($r = -0,60$; $p = 0,01$). La seule corrélation significative avec la différence relative de craving entre T1 et T2 concerne la tolérance sociale ($r = 0,66$; $p = 0,005$). Ce résultat est confirmé par l'analyse en régression linéaire multiple.

La moyenne de la population générale française au TCI pour la Coopération, la Tolérance sociale, l'Empathie semble déterminer un seuil au-delà duquel le craving se rapproche d'autant plus de zéro à T2 ($p < 0,05$).

Nous obtenons dans ce groupe différents critères pertinents pour distinguer l'évolution du craving au cours d'une hospitalisation et permettre de mieux adapter les soins. Ce travail tend donc à s'inscrire dans le contexte d'une théorie des pratiques.

TITRE EN ANGLAIS

Prospective and descriptive study to determine by Cloninger's Temperament and Character Inventory dimensions of personality which are predictive of craving reduction in a sample of 16 alcohol-dependants inpatients : a pilot study.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2010

Etude descriptive prospective visant à déterminer par le TCI de Cloninger des facteurs prédictifs d'une réduction du craving dans un échantillon de 16 patients alcoolodépendants hospitalisés : une étude pilote.

MOTS CLEFS :

Craving – Sevrage – Alcoolisme – Test de personnalité – Théorie des pratiques

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
