
UNIVERSITE DE NANTES

—————
FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 110

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Emeline EYZOP

née le 10 juillet 1985 à Morlaix

—————
Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2015

—————
**OBSERVANCE DE GROUPE DE THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
EN ADDICTOLOGIE**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC

Remerciements

Au Pr Jean-Luc Vénisse, Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour votre riche enseignement au cours de cet internat et merci de nous transmettre vos connaissances.

Au Pr Jean-Marie Vanelle, Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre enseignement au cours de cet internat et merci de nous transmettre votre expérience.

Au Pr Olivier Bonnot, Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail.

Au Dr Marie Grall-Bronnec, Merci et encore merci, pour m'avoir guidée tout au long de ce travail et ce, malgré mes nombreux égarements ; merci pour ta disponibilité, ton expérience et le climat sécure dans lequel j'ai pu écrire cette thèse. Merci pour m'avoir orientée pour le reste également, notamment pour ce fameux cours de psychopathologie qui m'a conduite jusqu'ici.

Au Dr François-Xavier Poudat, Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci d'avoir permis que je participe aux groupes de Barbara et de m'avoir ouverte au travail thérapeutique du groupe et aux TCCs.

À **Nadia Taourirt**, Merci pour ton aide et ta participation si précieuse, sans toi, ceci n'aurait été que difficilement possible.

À **Olivier Reimer**, Merci pour cette aide précieuse dans l'analyse de l'étude et la réalisation des statistiques.

Aux différents médecins avec qui j'ai eu le plaisir de travailler dans ce cursus, Merci de m'avoir accompagnée, de m'avoir fait partager votre expérience et transmis votre savoir et vos connaissances. Merci notamment aux Drs Garret, Rabiller, Cholet (merci pour ta bienveillance, tes réflexions pertinentes et ton soutien), Garret-Gloanec, Duranel, Delvot, Demeillers, Léonard, Hermouet, Tastet, Esposito, Gailledrat, Lafay, Andresz.

Au Dr Lambert, Merci pour ces six premiers mois passés en ta compagnie, si riches et si agréables, et pour la suite qui s'annonce.

Aux différentes équipes soignantes avec qui j'ai eu tant de plaisir de travailler, Merci au Hameau de La Roche Sur Yon qui me fît découvrir la psychiatrie, à l'unité Guillaume Apollinaire qui m'enseigne l'addictologie, au CNP/HOME qui m'apprit à observer les tout-petits, à Matisse et sa soirée de départ haute en couleurs, à Haute-Roche, à la Psychiatrie 2 de St Nazaire qui osa le bain de fin de stage, à l'unité Lou

Andreas-Salomé que j’aurai le plaisir de retrouver très prochainement et enfin à l’unité Minéo de Bouguenais qui a supporté l’écriture de cette thèse.

Au service d’addictologie, Merci pour la confiance que vous m’accordez, je ferai tout mon possible pour être à la hauteur et ne pas vous décevoir.

À Quentin, Merci pour ta patience durant toutes ces années, pour ta légèreté, pour le rire et pour ton amour indéfectible.

À mes parents, Merci pour le climat bienveillant et stimulant dans lequel j’ai évolué, pour le soutien sans faille dont vous avez toujours fait preuve, pour votre amour, et pour vos relectures attentives.

À mon frère, et sa future épouse, Merci pour ces années passées, votre présence, votre soutien, et pour m’accorder une place si spéciale dans votre vie.

Aux autres membres de ma famille, Merci pour tous ces moments agréables et conviviaux que nous passons ensemble, et pour votre intérêt ; mention spéciale à mes relecteurs de KerCho.

À mes amis Plougasnistes et Morlaisiens, présents depuis le début, avec qui j’ai grandi et partagé tant de moments de vie.

À mes amis Rennais, Merci pour toutes ces années d’amitié et pour toutes les prochaines à n’en pas douter, voyez comme je peux être Pénélope parfois à mes heures perdues.

À la famille Nantaise et aux expat’ médecine G, que j’ai eu le plaisir de rencontrer et de côtoyer durant ces quatre années d’internat, merci pour ces nouvelles amitiés qui ne font que débiter.

Aux autres encore car cette liste n’est pas exhaustive.

Merci à tous, après ces quelques années de psychiatre, il serait difficile de ne pas constater que j’ai la chance d’avoir toujours été tellement bien entourée.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations.....	6
Introduction	9
I. Première partie – Théorie	12
A. Addictologie et concepts	12
1. Définition – Modèles explicatifs	12
2. Facteurs de risque / de protection.....	26
3. Possibilités thérapeutiques	32
B. Addictologie et soins.....	36
1. Thérapie Cognitivo-Comportementale.....	36
2. Approche motivationnelle	43
3. Groupe thérapeutique	49
C. Trajectoire de soin.....	52
1. Démarche de soin	52
2. Arrêt du soin.....	59
D. Soins addictologiques sur le CHU de Nantes	65
II. Deuxième partie - Vignettes Cliniques	68
A. Jérémy	68
B. Antoine.....	85
C. Christian	98
III. Troisième partie - Étude	107
A. Matériel et Méthode	107
1. Méthodologie – Design	107
2. Population	107
3. Critères de jugement	108
4. Analyse statistique	111

B.	Résultats	112
1.	Population	112
2.	Étude des variables.....	114
C.	Discussion	119
IV.	Conclusion	123
	Annexes.....	125
	Références.....	140
	Résumé / Abstract	164

Liste des abréviations

ACT	Acceptation and Commitment Therapy
AF	Analyse Fonctionnelle
AFDEM	Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
AS	Addiction Sexuelle
ATV	Aire Tegmentale Ventrale
BDI	Beck Depression Inventory
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BSQ	Body Shape Questionnaire
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en Matière de Recherche dans le Domaine de la Santé
CDI	Contrat Durée Indéterminé
CGI	Clinical Global Impression Scale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, version 10
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPF	Cortex Pré-Frontal
CRF	Case Report Form (cahier d'observation)
CSQ	Client Satisfaction Questionnaire
DAB	Distributeur Automatique de Billets
DASC	Décision(s) Apparemment Sans Conséquence(s)
DGOS	Département Général de l'Offre de Soins
DSM-5	Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux, version 5
DSM-IV-TR	Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux, version 4 révisée
EAS	Entraînement à l'Affirmation de Soi
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy
ESPT	Etat de Stress Post-Traumatique
GNEDS	Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé

GRCS	Gambling Related Cognitions Scale
GTCC	Groupe Thérapeutique Cognitivo-Comportemental
ICJE	Indice Canadien Jeu Excessif
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IGD	Internet Gaming Disorder
IGT	Indice de Gravité de Toxicomanie
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
JHA	Jeu de Hasard et d'Argent
JP	Jeu Pathologique
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDMA	Méthylène Dioxy-MéthAmphétamine
NAcc	Nucleus Accumbens
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PGI	Patient Global Impression
QMICA	Questionnaire de Mesure de l'Intensité des Conduites Addictives
RDV	Rendez-vous
RNI	Recherche Non Interventionnelle
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SECCA	Situation-Emotion-Cognition-Comportement-Anticipation
SEP	Sentiment d'Efficacité Personnelle
SHR	Situation(s) à Haut Risque
SOCRATES	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
SORC	Situation-Organisme-Réaction-Conséquence
SPA	Substance Psycho-Active
SPI	Schéma Précoce Inadapté (de Young)
SSRA	Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
STAI	State Trait Anxiety Inventory
TAPIS	Test d'auto-évaluation de pensées en interaction sociale

TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TCI	Temperament and Character Inventory
TMS	TransMagnetic Stimulation
UPPS	Urgence Préméditation Persévérance Sensations
URICA	University Rhode Island Change Assessment
YBOCS	Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

Introduction

L'ampleur de la problématique addictive dans la société actuelle n'est plus à dépeindre.

Selon les observatoires nationaux (OFDT *et al.* 2015), 4,6 millions de français, sur les 50 millions de 11-75 ans (soit 9,2 %), consomment de l'alcool quotidiennement et environ 10 % des adultes (proportion stable depuis plusieurs années) sont en difficulté avec l'alcool. En parallèle, 13,3 millions de français consomment du tabac. La consommation de produits illicites, plutôt l'apanage des jeunes adultes hommes, est en hausse sur les 10 dernières années (*Figure 1*), surtout pour le cannabis, la MDMA/ecstasy et les colles et solvants. Il existe 700.000 usagers quotidiens de cannabis en France dans cette population des 11-75 ans (*Tableau 1*).

Concernant le jeu pathologique, on observe que presque la moitié (47,8 %) de la population générale âgée de 18 à 75 ans a joué au moins une fois dans l'année, en France, en 2010. La prévalence du jeu pathologique en France est de 0,4 % (INPES *et al.* 2011).

En France, en 2008, lors d'une enquête auprès d'adolescent(e)s dans leur 18^{ème} année, on diagnostique une anorexie mentale chez 0,5 % des filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans (Godart 2014). La prévalence en population générale est de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes (HAS *et al.* 2010). Les prévalences vies-entières retrouvées lors de l'étude SEMeD de l'OMS portant sur 6 pays européens, dont la France, données recueillies entre 2001 et 2003, sujets majeurs, sont de 0,48 % de la population pour l'anorexie mentale, 0,51 % pour la boulimie, 1,12 % pour l'hyperphagie (Preti *et al.* 2009).

À propos de l'addiction aux jeux vidéos sur Internet (IGD, *Internet Gaming Disorder*), les données actuelles font état d'environ 3 % d'adolescent(e)s présentant une pratique pathologique (Ferguson, Coulson, et Barnett 2011). Selon une étude européenne, 1,6 % environ des adolescent(e)s, entre 14 et 17 ans, remplit les critères d'IGD ; 5,1 % des adolescent(e)s sont à risque. Selon des chiffres de 2008, entre 600.000 et 800.000 jeunes ont une conduite addictive de jeu en réseau (Bonnaire *et al.* 2009).

L'addiction seule à Internet concerne entre 0 % et 37,9 % des jeunes. Cette marge correspond aux disparités des chiffres selon les études, en lien avec différentes méthodologies appliquées (Internet seul ou jeux sur Internet notamment) et avec les différents pays (ORSP 2012). Chez l'adulte, la prévalence s'établit entre 0,3 à 56 % (Minotte *et al.* 2010 ; Minotte 2010). En France, la cyberdépendance concerne 1 % des 30 millions d'internautes (Bonnaire *et al.* 2009).

Il n'existe pas de données françaises concernant les addictions sexuelles. Elles concernent cependant 3 à 6 % de la population générale aux Etats-Unis (Carnes 1991, cité dans Carnes *et al.* 2012). En Nouvelle-Zélande, dans un échantillon de sujets âgés de 32 ans, on retrouve 13% des hommes et 7 % des femmes qui rapportent une perte de contrôle de leur activité sexuelle dans l'année, 3,8 % et 1,7 % qui rapportent un retentissement au cours de leur vie et 0,8 et 0,6% qui rapportent un retentissement actuel d'une activité sexuelle non contrôlée (Skegg *et al.* 2009).

L'étude de l'addiction au sport n'a révélé que peu de données chiffrées. Les seules existantes ne concernent que des populations spécifiques. Il existe 28 % de dépendance à l'exercice dans une population d'athlètes non professionnels et 42 % de dépendance sur les 300 sujets étudiés pratiquant du fitness en salle de sport (Bonnet *et al.* 2009).

Pour les achats compulsifs, la prévalence se situe entre 1 et 8 % de la population générale (Dervaux 2008 ; Romo 2009).

L'addiction au travail, quant à elle, touche près d'un quart de la population active (Porter, 1996, cité dans Bouteyre 2009 ; Scheen 2013).

À l'échelle locale (*Tableau 2*), et de manière plus globale, le CHU de Nantes a pris en charge 5800 patients présentant au moins un diagnostic CIM-10 parmi les troubles liés à l'usage de substance psycho-active (intoxication, sevrage, dépendance) et / ou les addictions comportementales (jeu pathologique, anorexie mentale, addiction sexuelle, etc.) en 2012, soit 6 % environ des patients pris en charge sur le CHU. Le nombre de ces patients pris en charge s'avère relativement stable puisqu'il était de 5672 sur l'année 2014 contre 5325 sur l'année 2013.

De fait, et parce qu'il s'agit d'un phénomène de taille, les addictions sont un problème de santé publique, comme en témoigne le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives pour 2013-2017.

Les addictions conduisent les professionnels de santé et scientifiques à une nécessaire réflexion autour de la compréhension de la pathologie mais également autour de sa prise en charge, d'autant plus au vu des difficultés d'observance aux soins en santé mentale.

Dans un premier temps, nous proposerons une revue de la littérature concernant les conduites addictives, quant à leurs modèles théoriques, leurs prises en charge et les trajectoires de soin. Elle insistera notamment sur les soins de type cognitivo-comportemental, les soins groupaux et les groupes thérapeutiques cognitivo-comportementaux en addictologie. Ensuite, nous présenterons,

pour illustrer le propos, trois vignettes cliniques de patients suivis dans le service d'addictologie et ayant participé à un tel groupe. Enfin, nous exposerons une étude clinique observationnelle s'intéressant aux motifs d'arrêts prématurés d'un soin de type groupe thérapeutique d'inspiration cognitivo-comportementale en addictologie. L'objectif principal de cette étude était d'apprécier la motivation aux soins addictologiques chez ces patients en début de prise en charge et de rechercher un lien entre motivation et observance.

I. Première partie – Théorie

A. Addictologie et concepts

1. Définition – Modèles explicatifs

Usages, mésusage, abus, dépendance, addiction, produit, comportement... Le champ de l'addictologie est en mutation depuis plus de 25 ans maintenant. Le modèle s'appuie désormais sur une transversalité clinique comprenant aussi bien les addictions aux produits que les addictions comportementales. La prise en charge dogmatique vers l'abstinence perd en poids au profit d'une prise en charge collaborative avec le sujet et la construction d'un objectif qu'il s'est approprié. Les changements nosographiques récents du DSM-5 démontrent encore la complexité de la problématique addictive. De quoi parle-t-on ?

Étymologiquement d'abord, « addiction » vient de « *ad-dicere* », dire à, « *addictus* », adonné à (bas latin). Le terme renvoie à des notions juridiques anciennes où un sujet, débiteur, en dette, pouvait être « contraint par le corps » envers son créancier, avec perte de sa liberté, en devenant dépendant. Historiquement ensuite, la première description médicale de la conduite addictive en tant que pathologie date de 1561. Il s'agit d'une observation de Pascasius, à propos d'un sujet souffrant de jeu pathologique (Nadeau *et al.* 2014). Jusqu'à la découverte récente de ce texte, le concept d'addiction s'était construit autour d'une autre description de conduite addictive : celle de Benjamin Rush, sur l'effet de l'alcool, datée de 1784 (Rush *et al.* 2011). Ce dernier texte développe l'addiction selon un modèle univarié se basant sur l'intoxication à un produit. Il en découle des vocables tels que « alcoolisme » faisant référence à d'autres pathologies d'intoxication à une substance telles que le saturnisme, le botulisme, etc. Le modèle s'est depuis mué en modèle trivarié et l'intoxication à un produit en rencontre multifactorielle conduisant au développement de l'addiction (cf. *Facteur de risque / de protection*).

Cliniquement enfin, il est difficile de donner « une » définition de l'addiction tant différents modèles sont proposés pour expliquer la physiopathologie ou psychopathologie des conduites addictives. Toutefois, il existe des classifications connues de tous et partagées sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour échanger de façon intelligible.

a) Définition

Le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} version), révision du DSM-IV-TR publié en 2013, représente, avec la CIM-10 (CIM-11 en cours d'élaboration), une de ces classifications internationales. La révision du DSM, publiée en 2013, met à l'écrit des modifications de conceptualisation des troubles. Le DSM-5 apporte une vision des troubles plus dimensionnelle que catégorielle (*Figure 2*), comme le DSM-IV-TR l'était auparavant, et longitudinale et développementale. Elle témoigne de la notion explorée par Canguilhem de *continuum* entre le normal et le pathologique. Concernant le sujet qui nous intéresse, la classification de la pathologie addictive a également été réformée, comme nombre de chapitres.

Le chapitre « Troubles liés à l'utilisation d'une substance » du DSM-IV-TR est devenu « *Substance-Related and Addictive disorders* » dans le DSM-5 (*Annexe 1*). Il intègre donc les troubles liés à l'usage de SPA (alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs/hypnotiques/anxiolytiques, stimulants, tabac, autres), mais également une addiction comportementale, les troubles liés à la pratique des JHA.

Dans le sous-chapitre des troubles liés à l'usage d'une substance, les catégories « Abus d'une substance » et « Dépendance à une substance », autrefois distinguées, sont regroupées dans une seule et même catégorie (Authier 2013), réunissant l'ensemble des critères qui les définissaient (*Annexes 2 et 3*). Deux modifications ont toutefois été apportées : ajout d'un critère de *craving*, fort désir ou besoin de consommer la SPA ou de pratiquer le comportement, et suppression du critère de rapport à la loi (Dervaux 2014). La nuance réside désormais dans l'intensité, inscrivant cette nouvelle définition dans une dynamique dimensionnelle.

Concernant le sous-chapitre des addictions comportementales, on en note l'apparition, l'existence, l'individualisation en tant que trouble et l'affiliation aux troubles liés à l'usage de SPA. Il s'agit là d'une mutation importante signant la transversalité de la pathologie addictive et l'ouverture aux addictions comportementales, par le constat de similitudes significatives. On observe que ce chapitre ne comporte, à l'heure actuelle, que le trouble lié à la pratique de jeux de hasard et d'argent (JHA), ou jeu pathologique (JP), anciennement inclus dans le chapitre « Troubles du contrôle des impulsions non classés par ailleurs ». La définition est peu modifiée (*Annexes 4 et 5*). Le critère légal/judiciaire disparaît, là-aussi. Les critères diagnostiques sont donc au nombre de 9, et non plus de 10, et le seuil validant un trouble est désormais de 4 critères et non plus de 5. Une durée de 12 mois consécutifs sur lesquels ont été constatés les troubles est spécifiée pour pouvoir porter le diagnostic.

D'autres pathologies sont pensées comme appartenant aux troubles addictifs, mais font l'objet de controverses et de débats. Il s'agit des addictions sexuelles, des addictions aux jeux vidéo, à internet, au sport etc., mais également de certains troubles des conduites alimentaires.

D'autres définitions, avec des critères diagnostiques différents de ceux du DSM-5 (ou de la CIM-10) en découlant, sont utilisées (*Annexe 6*).

Goodman décrit le « trouble addictif » comme un « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé selon un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) » (Goodman 1990), trouble « entre dépendance (renforcement positif du comportement) et compulsion (renforcement négatif sur la base d'un état interne aversif) » (Loonis 2001) L'addiction est ainsi une « situation de dépendance vécue subjectivement comme aliénante, toute l'existence du sujet se trouvant centrée autour de la répétition d'une expérience, au détriment d'investissements affectifs ou sociaux » (Valleur *et al.* 2006). « L'addiction ne devient un problème que dans le cas où elle est quasiment la seule solution dont le sujet dispose pour supporter ou faire disparaître la douleur » (McDougall 1994). Les deux caractéristiques principales des conduites addictives sont la perte de contrôle et la relation à l'objet incontrôlable et envahissante, qui se poursuit en dépit des conséquences. Par la conduite addictive, le sujet est à la recherche d'apaisement / soulagement / évitement des sensations (effet anxiolytique, anti-dépresseur) ou plaisir / recherche de sensations, voire se situe dans une démarche ordalique (Valleur 2009; Valleur 2010). Une conduite ordalique est une conduite « comportant une prise de risque mortel, par laquelle le sujet [...] tente de se poser en maître de son destin » (Larousse). Elle pose par conséquent la question de la légitimité de la loi. Elle a pour but de prouver au groupe, et au sujet lui-même, sa capacité à être autonome. En choisissant de prendre ce risque, en s'en remettant au hasard, le sujet tente de reprendre la maîtrise de sa vie.

Passant, et dépassant, par une expérimentation, puis un usage, une habitude, le comportement addictif, le désir lié devient finalement un « néo-besoin », c'est-à-dire un besoin non universellement reconnu (Valleur *et al.* 2006). Du « *liking* », il passe au « *wanting* ». Le processus addictif se déroule en plusieurs étapes : initiation, expérimentation, intégration de l'usage, pour terminer par une phase de dommages liés à l'usage/la pratique de la conduite addictive. L'expérience psychotrope, par sa répétition, se mue, se transforme en expérience addictive. Afin de mieux comprendre le phénomène, on a étudié la trajectoire de sujets abstinents à un produit, l'alcool, pour pouvoir la comparer avec des sujets dépendants. Les 13 à 18 % de la population

générale qui sont considérés comme abstinentes, c'est-à-dire qui consomment moins de trois unités d'alcool par an, n'ont pas connu d'intégration d'usage, pour des raisons diverses (religion, antécédents familiaux, notamment). L'étape capitale dans cette marche addictive serait donc celle de l'intégration d'usage. Chez ceux qui connaissent un trouble addictif, le processus déborde le sujet qui n'y trouve plus le plaisir initial bien souvent, mais cherche alors plutôt à apaiser la souffrance de la privation. Les avantages et inconvénients des premières consommations diffèrent de ceux de la consommation actuelle. Les effets attendus n'existent plus, ou de façon nettement diminuée. Des pensées permissives, anticipatoires et soulageantes apparaissent, axées sur la conduite (modèle « ASP », cf. *Modèle cognitivo-comportemental*). Le sujet se focalise alors sur la quête et la recherche constante de l'expérience addictive et s'y enferme. Une fois le problème établi, la solution est recherchée à l'intérieur du produit, du moins dans un premier temps, conduisant le sujet à augmenter les doses, à glisser sur un autre produit ou comportement. C'est bien de l'expérience dont le sujet devient dépendant, et non du produit. Il s'agit d'un dysfonctionnement dans la relation d'objet, dans le mode d'utilisation, inadéquat, de la conduite.

b) Modèle cognitivo-comportemental

La théorie comportementale (1^{ère} vague des TCCs) s'appuie sur les modèles d'apprentissage et de conditionnement (Rahioui *et al.* 2006 ; Graziani *et al.* 2013). Les principaux modes d'apprentissage sont le conditionnement classique, le conditionnement opérant, et l'apprentissage vicariant. Le conditionnement classique est issu de l'expérience de Pavlov et d'un chien. Un Stimulus Inconditionnel SI (nourriture) déclenche une Réaction Inconditionnelle RI, physiologique, (salivation). Un Stimulus Neutre SN (cloche) est associé au SI de façon répétée, jusqu'à ce que le Stimulus Neutre devienne Stimulus Conditionnel SC et que la Réaction Inconditionnelle RI devienne conditionnelle RC. La cloche déclenche la salivation, sans présence de nourriture. L'individu construit et mémorise une association entre le plaisir du comportement et des paramètres contextuels. Le conditionnement opérant est issu de l'expérience de Skinner sur des rats. Il est construit autour des conséquences de l'action. Il apporte les notions de renforcement (augmentation du comportement) et de punition (diminution du comportement). Le renforcement et la punition peuvent être négatifs, si l'on soustrait quelque chose (ex. : évitement) ou positifs, si l'on ajoute quelque chose (ex. : récompense) (*Figure 3*). En appuyant sur une pédale dans une cage (stimulus/action), le rat fait apparaître de la nourriture (réponse/conséquence de l'action). Le résultat lui étant agréable, il poursuit le comportement (renforcement positif : on ajoute une action, on maintient le comportement). Si quand il appuie, cela lui envoie une décharge électrique, qui lui

est désagréable, il cesse d'appuyer (punition négative : on soustrait l'action, on cesse le comportement). Le mécanisme de superstition en découle. Skinner place un pigeon dans une cage et lui délivre de la nourriture à fréquence régulière. Si la nourriture lui parvient la première fois alors qu'il fait quelque chose (ex. : battre des ailes), par superstition, il va associer ce stimulus neutre à la réponse inconditionnelle. Il va alors battre des ailes fréquemment, pensant déclencher la délivrance de nourriture. L'apprentissage social revêt deux formes : l'apprentissage par imitation et l'apprentissage par observation. L'apprentissage par observation, ou modelage, aussi appelé vicariant, consiste en un apprentissage par observation fine et active du modèle, conduisant à l'appréciation des règles contenues sous-jacentes (Bandura). Cet apprentissage diffère du processus d'imitation pure. Ce processus intervient dans les comportements d'appartenance au groupe.

On part donc du principe général que tout comportement est appris, puis renforcé, et peut donc se désapprendre. Le comportement 'addict' s'apprend comme solution à la difficulté, stratégie de *coping* (G. A. Marlatt et Donovan 2005), comme solution de gestion des émotions, etc. Cette solution s'avère efficace à très court terme (Pedielli *et al.* 2000), et répétée par conséquent, mais délétère sur le long terme. La vision du comportement comme moyen d'anxiolyse, stratégie d'adaptation et manière de faire face (Lejoyeux 2013; McDougall 2001 ; Décamps *et al.* 2009), est désormais débattue (Lejoyeux 2015). Les sujets présentant des conduites addictives sont constamment en sevrage. Il est possible, voire probable, que la symptomatologie anxieuse constatée soit alors le fait du sevrage, et donc induite, plus que d'une pathologie primaire. L'agir, caractéristique de la pathologie fortement soulignée (Lejoyeux 2013), parfois désorganisé, a alors pour fonction de court-circuiter l'élaboration psychique, de décharger la tension. La conduite addictive permet, en étant dans l'agir, de ne pas se confronter aux pensées et ressentis émotionnels, à l'intériorité. L'intériorité émotionnelle peut être insupportable, soit car elle prend la forme d'une sorte de « magma » insaisissable, d'une alexithymie latente (incapacité à mettre des mots sur des émotions), ou soit car elle se révèle être de nature trop douloureuse, comme d'être confronté au vide par exemple. Pour Jeammet, « une addiction, c'est mettre une sensation à la place d'une émotion ». L'agir permet d'éviter de penser, dans la même dynamique.

Le sujet ressent un apaisement initial lors de la réalisation du comportement, puis un phénomène-rebond d'anxiété et une anxiété de sevrage qui le pousse de nouveau à la consommation. Le phénomène s'appuie sur un conditionnement opérant, par la conséquence du comportement-problème. Une fois initiées, les conduites se répètent, se maintiennent (HAS 2007) et se renforcent jusqu'à devenir addictives. Aussi, une fois la conduite addictive débutée (contexte festif par ex.), elle peut se poursuivre par un phénomène de conditionnement classique et la conversion d'un stimulus neutre en stimulus conditionnel (odeur, contexte, objets, etc.). Si un sujet dépendant se

retrouve avec un autre sujet avec qui il a pris l'habitude de consommer (stimulus neutre devenu conditionnel), ou s'il se retrouve dans un lieu de consommation privilégié, etc., il ressentira une envie impérieuse, forte, de consommer, alors même qu'il n'y a pas d'alcool, par exemple. Si un sujet éprouve un sentiment important de détresse (stimulus neutre devenu conditionnel), il ressentira une forte envie, *craving*, de pratiquer la conduite addictive. Les stimuli conditionnels sont tout autant extérieurs qu'intérieurs. « Le *craving* est l'expérience subjective de vouloir utiliser une drogue » (Tiffany *et al.* 2012). Pour poursuivre cette définition, Tiffany ajoute que le *craving* est conscient, expression d'un désir, d'un désir orienté. Selon certains auteurs (cité dans Graziani *et al.* 2013), il existerait 3 sortes de *craving* selon sa finalité : le *craving* de récompense (cocaïne, ecstasy, crack, alcool ; système dopaminergique), le *craving* de soulagement (cannabis, alcool ; systèmes GABAergique et glutamatergique) et le *craving* obsédant/obsessionnel (internet, jeux vidéos, sexe, alcool ; système sérotoninergique). Cette expérience ne conduit pas obligatoirement à la réalisation de la conduite addictive selon Tiffany, et la conduite addictive ne survient pas obligatoirement après non plus. L'expérience de *craving* est induite par une situation-*cue*, par des indices, des stimuli, et comporte une réaction sensorielle et physiologique, émotionnelle et cognitive, pour se terminer par une réponse comportementale. Elle est aussi provoquée par des processus cognitifs, en lien avec les attentes, d'effets positifs, que le sujet a à l'égard de la conduite. Le comportement-problème s'initie et perdure par sa répétition, les phénomènes de renforcement et le biais de croyances erronées. Certes, les conséquences à moyen et long termes sont désagréables et négatives, mais ce qui prime pour le sujet addict demeure dans les conséquences à court terme : soulagement / plaisir.

Le postulat de base de la thérapie cognitive (2^{ème} vague) est que les individus ne réagissent pas à une situation mais à l'interprétation qu'ils s'en font. L'expérience de Marlatt illustre très bien le rôle des croyances et cognitions (Marlatt *et al.* 1973). Dans celle-ci, Marlatt teste la variable « agressivité », variable culturellement associée à une alcoolisation. Quatre populations sont étudiées : population qui boit du Tonic en le sachant, population qui en boit mais qui pense boire de l'alcool, population qui boit de l'alcool et le sait, population qui boit de l'alcool mais pense boire du Tonic. Il apparaît que la population la plus agressive est celle qui pense consommer de l'alcool, mais qui en réalité boit du Tonic. L'expérience plus récente de Bègue (Bègue *et al.* 2009) conduit à un résultat identique. L'agressivité est corrélée à la quantité d'alcool que les sujets croient avoir bue et non pas à celle qu'ils ont réellement ingérée. Les processus cognitifs jouent donc un rôle important. Le comportement est lié à des attentes et croyances, sur des schémas cognitifs, et un sentiment d'efficacité personnelle (SEP). Beck a modélisé le maintien de la consommation, résumé par « ASP », pour Anticipatoire positive (stimulus social), anticipatoire Soulageante (stimulus psychologique et/ou physique), Permissive (*Figure 4*). Les pensées permettent le comportement en

l'excusant, le rationalisant (pensées permissives), elles anticipent des effets positifs (pensées anticipatoires positives) ou l'amendement de ressentis négatifs (pensées soulageantes). Elles mènent au *craving*. Pour Beck, il existe plusieurs types d'attentes positives rattachées à la consommation de SPA : équilibre psychologique, bon fonctionnement social et intellectuel, plaisir, stimulation, réconfort, lutte contre l'ennui, anxiété, tension ou humeur dépressive, idée que sans consommation la souffrance ne peut que continuer voire s'aggraver (Rahoui *et al.* 2006). Le comportement de recherche du produit ou l'action vers la conduite se déclenche en fonction de ces croyances.

Marlatt a modélisé la rechute, qui est « la règle et non pas l'exception » en matière d'addictologie. Il l'associe à l'interaction de Situations à Haut Risque (SHR) de rechute (*Figure 5*) avec un style de vie contraignant, des compétences de *coping*, une auto-efficacité personnelle, une gestion du *craving*, des croyances quant aux effets de la conduite, des « Décisions Apparemment Sans Conséquences » (DASC). Elle s'appuie sur l'« effet de violation de l'abstinence ». Les situations à haut risque de Marlatt, situations qui menacent le sentiment de contrôle du sujet, se divisent en 2 catégories : intra-personnelles (cognitives, émotionnelles, comportementales) et inter-personnelles (comportementales : communication, affirmation de soi). Elles se confrontent au sentiment d'efficacité personnelle et aux compétences en matière de stratégie de *coping*. Le modèle est comparable au modèle transactionnel du stress de Lazarus : la réponse face à un stress ne dépend pas uniquement du stress, mais également de la représentation que le sujet a de ce stress (stress perçu) et de ses capacités à y faire face (capacité de contrôle perçu). La « chute », le « faux-pas », survient par la rencontre entre des facteurs « stables », ou facteurs-traits, et des facteurs transitoires, facteurs-état (*Figure 6*).

Les SHR intra-personnelles comprennent aussi bien des émotions négatives (soustraire l'émotion) que positives (accentuer l'émotion), des sensations physiques de sevrage, mais aussi des envies impérieuses, *craving*, et parfois la volonté de se « tester », et la persistance d'attentes concernant la conduite. Les SHR inter-personnelles comprennent les conflits, la pression sociale ressentie, et les émotions positives partagées avec des tiers. Les types de SHR varient selon les conduites addictives. Pour d'autres auteurs (cité dans Rahoui *et al.* 2006), seuls les états émotionnels désagréables seraient prédictifs de rechute en réalité. L'effet de violation de l'abstinence est l'état interne désagréable et empreint de culpabilité induit par le comportement en cours, lors du tout premier comportement de chute, par la transgression des croyances et cognitions. La rechute met en lumière toute l'ambivalence du sujet, ambivalence qui crée un état de tension qu'il faut résoudre. La solution première dans cette situation, afin de se départir de cet état pénible, est de se séparer de son comportement d'abstinence, dans un mouvement de rationalisation (« je n'avais pas envie d'arrêter »). Cette trajectoire s'accompagne alors d'une baisse du sentiment d'efficacité personnelle

et renforce les attentes positives du comportement. L'effet de violation sera d'autant plus important que le comportement de chute revêt une attribution interne, plutôt qu'externe. Il peut se passer plusieurs jours à plusieurs semaines entre une chute, ou faux-pas, et une rechute. A l'inverse, si le sujet parvient à ne pas adopter la conduite addictive lors d'une SHR, alors son sentiment d'efficacité personnelle sera accru, de même que ses croyances sur la possibilité de ne pas rechuter. La 3^{ème} vague des TCCs ne s'axe pas sur le versant comportemental (1^{ère} vague), ou le cognitif (2^{ème} vague), mais sur le versant émotionnel-expérientiel. Si l'objectif des deux premières est de modifier directement l'expérience, celui de la troisième est de vivre et d'accepter l'expérience afin de changer le rapport avec. La 3^{ème} vague s'appuie sur la méditation en pleine conscience, ou *mindfulness*, et sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptation and Comittment Therapy*, ACT). La thérapie ACT est la convergence de six processus : l'acceptation, la défusion, le soi-comme-contexte, le contact avec le moment présent, les valeurs personnelles et les actions engagées (modèle Hexaflex). Les quatre premiers processus conduisent à la pleine conscience. La thérapie ACT consiste à rétablir une flexibilité psychologique, pour arrêter la « lutte ». L'acceptation ne concerne pas l'acceptation de l'événement, de la situation, mais de la charge émotionnelle en lien. L'engagement d'une action se fait en direction et en accord avec les valeurs du sujet. La thérapie ACT insiste sur le langage, dans son impact dans les comportements. La question n'est plus autour de « cette pensée est-elle erronée ? », mais se tourne vers « cette pensée m'est-elle utile ? ». « La pleine conscience est un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent sans la juger » (Kabat-Zinn *et al.* 2012). La *mindfulness* se déploie par la pratique régulière de la méditation. Elle ne possède pas d'autre objectif que d'accueillir l'expérience présente, dans une curiosité bienveillante. Le travail sur les processus attentionnels permet de rétablir les capacités de centrage-décentrage, redonnant au sujet la possibilité de choisir entre une idée ou une autre. Le décentrage n'est pas un évitement.

c) Modèle psychodynamique

Pathologie du lien, l'addiction est le témoin d'une dépendance dont le sujet n'arrive pas à se départir (objets parentaux) et qu'il déplace alors sur l'objet d'addiction.

Force est de constater que le pic d'émergence des addictions se situe à l'adolescence, ce qui pousse à s'intéresser aux caractéristiques de cette période. Par la conjonction de deux mouvements psychiques, à savoir : l'intégration des conséquences psychologiques de la puberté physique et l'acquisition, par soumission à l'injonction sociale, de l'autonomie par rapport à la famille,

l'adolescent connaît une deuxième naissance, en tant qu'être unique. La puberté sexualise les liens et oblige à établir de nouvelles distances avec les objets infantiles du fait de la résurgence des fantasmes inconscients d'inceste et de meurtre à leur rencontre. Les bases identificatoires sont rejetées, remises en question. L'image idéalisée des parents n'est plus, leurs défauts apparaissent, et ce, afin de mieux les intérioriser. Selon Winnicott, « grandir est par nature un acte auto-agressif » du fait du meurtre des imagos parentales. Le monde psychique interne en est fragilisé. Le rapport à la réalité externe s'en trouve modifié. L'adolescent est en recherche identitaire. L'adolescence est le théâtre de la réactualisation de la perte de l'objet œdipien, mais de l'après-coup (Golse 2002).

L'attachement est alors susceptible de mouvement. Comme le petit enfant, l'adolescent a besoin d'un ancrage sûr pour explorer l'environnement. Le nourrisson intériorise la relation à la figure d'attachement et les soins dans un principe de continuité. Cette intériorisation de la mère, suffisamment bonne et préoccupée, permettra plus tard la séparation à l'adolescence, du fait qu'elle lui assure cette continuité d'existence. C'est sa confiance en ses proches et en lui-même qui permet à l'adolescent de se séparer, mais celle-ci se construit en permanence. L'autonomie ouvre un horizon de nouveaux possibles. Une base sûre est nécessaire pour l'exploration de l'environnement. Une estime de soi suffisamment solide conditionne la confiance que le sujet va pouvoir avoir en l'autre. L'adolescent se confronte aussi à ses doutes concernant ses capacités à faire seul, et éprouve de l'angoisse, d'un niveau impossible à métaboliser pour l'adolescent. La capacité d'être seul est l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif pour Winnicott (Winnicott 1958). Pour gagner cette capacité, il est nécessaire d'avoir intériorisé un bon objet, pour que le sujet ait confiance. Les soins parentaux doivent avoir créé un attachement sûr. Dans un premier temps, la figure d'attachement sert de support du moi pour l'enfant immature. Elle sert de miroir et de traductrice dans la reconnaissance des émotions et affects, par phénomène d'accordage selon Stern, ou de « fonction alpha » selon Bion (Pierrehumbert *et al.* 2005). Elle est également pare-excitation pour son enfant. C'est en compagnie de ses objets parentaux que le petit enfant fait sa première expérience de solitude. Il est important que « quelqu'un soit présent sans rien exiger » (Winnicott 1958). Le lien se construit, se teste, et reste sûr si l'attachement aux objets premiers l'est, avec des interactions précoces de bonne qualité. Il permet l'exploration en dehors de la zone. Le retour permet à l'enfant de constater que l'autre est toujours là (jeu de la bobine, observé par S. Freud) et qu'il peut poursuivre son exploration en s'aventurant encore plus loin, sans mettre en péril le lien. Sans cette première étape, il n'y a pas de développement possible de la capacité d'être seul. L'atteinte de ce niveau de maturité permet à l'enfant de réaliser son unité. Il peut alors faire ses propres expériences personnelles. Il peut alors se

passer de la présence de sa figure primaire d'attachement. Faire seul suscite de l'angoisse chez l'adolescent et l'angoisse de l'adolescent s'exprime souvent par le corps.

L'adolescence représente ainsi une seconde séparation-individuation. Cette autonomie met à l'épreuve le narcissisme, qui devra survivre à de nombreux tests, notamment à travers des conduites à risque. Initialement, le comportement, ou produit, joue le rôle de médiateur, de facilitateur de contacts sociaux, apportant une certaine reconnaissance par le groupe, avant que la dépendance ne prenne le pas et n'isole. Il porte la métaphore initiatique de passage à l'âge adulte. Le regard porté sur soi, par soi ou les autres, marque aussi bien l'appartenance au groupe que certaines émotions plus négatives (culpabilité, honte). Le jeune voudrait trouver de la réassurance ou de la protection auprès de ses parents, mais ce n'est plus possible. Il est pris dans le mouvement contraire : partir-rester, et dans une question de distance à l'autre : d'un côté, l'angoisse d'abandon et de l'autre, l'angoisse de fusion (Jeammet 2005). Tout ce qui vient de l'autre a valeur d'asservissement. Le « lien apparaît comme la solution et le problème » (Botbol *et al.* 2008). C'est le paradoxe narcissico-objectal de Jeammet. Ce lien va être agressé, pour vérifier sa solidité et sa fiabilité. Pour être soi, il faut accepter d'investir de nouveaux objets d'attachement, comme miroir et modèle identificatoire. Cependant, investir l'autre, c'est prendre des risques pour soi, ce qui peut conduire à un évitement des relations, puisque vécues comme insécures et potentiellement dangereuses.

Lorsqu'il y a eu absence de continuité d'être, d'intériorisation de la sécurité, la quête de nouveaux objets d'amour est anxiogène, et il faut se départir des objets parentaux, ce qui l'est tout autant. Pendant que le sujet s'adonne à sa conduite addictive, il ne pense à rien, fait le vide, présente une forme de concentration particulière. Cette activité répétitive, prévisible, connue et maîtrisée, est rassurante et ne demande aucun effort. Elle peut représenter un refuge, sur une assise narcissique insuffisante, précaire.

De nombreuses études se sont attachées à l'analyse de possibles liens entre attachement et addiction. Il s'avère que les mêmes zones cérébrales s'allument en imagerie fonctionnelle lors de l'absence de la figure d'attachement et lors du manque addictif. Lorsque l'on sépare des bébés rats précocement de leur mère, on s'aperçoit qu'ils présentent plus d'appétence aux SPA et plus de réactivité au stress. L'ocytocine et la vasopressine sont des neuromédiateurs qui interviennent dans les systèmes de stress et de récompense. Ce sont des hormones de l'attachement. L'ocytocine agit aussi bien dans l'attachement parents-enfants que dans l'attachement amoureux entre deux partenaires. Ce neuromédiateur est le substrat biochimique de la sécurité interne, de la stabilité dans le lien, de la fidélité, par ses effets anxiolytiques notamment. L'attachement fait en effet partie des besoins primaires et vitaux. La mise en œuvre de comportements en ce sens stimule le système de récompense et génère du plaisir. Les aires cérébrales impliquées dans l'attachement appartiennent

au système de récompense (Lambert *et al.* 2005). Un attachement insécuré est un facteur de risque, de vulnérabilité, aux addictions par le manque de sécurité interne qu'elles peuvent provoquer, *via* une assise narcissique fragile et précaire.

d) Modèle systémique

La thérapie systémique est basée sur le travail thérapeutique au sein et avec un système, défini comme un ensemble d'éléments en interaction, chacun des éléments influençant les autres, organisé en fonction de l'environnement et de ses finalités et évoluant dans le temps et son contexte (Ausloos 1995 ; Cassen *et al.* 2007). Il existe plusieurs principes systémiques. Le principe de totalité correspond au fait que le système est un ensemble, et ne se limite pas à l'analyse de chaque partie ; le principe de non-sommativité est le fait que le système ne se résume pas à la somme des parties ; le principe d'interaction pointe l'interdépendance des phénomènes observés, selon une logique circulaire et non linéaire ; l'équifinalité est l'idée qu'un même résultat peut être obtenu par différents moyens ; l'homéostasie, ou écologie, est que le système vise à son équilibre. Le sujet vit intégré dans des systèmes, il est une partie d'un tout. Il est constamment en relation avec d'autres. La thérapie systémique porte beaucoup d'importance au relationnel. Dans un système, un changement génère une perturbation du système dans son entier qui est alors en crise ; il est menaçant. La crise conduit à un nouvel état d'équilibre, à l'état de base de nouveau ou à la disparition du système. Les problèmes du système à l'instant T sont, en réalité, des tentatives de solutions, des solutions mises en place, face à une difficulté, qui ont eu un sens et une fonction au temps T. La « grille » de Palo Alto de thérapie pose plusieurs questions en ce sens : qui porte la demande ? Pourquoi/en quoi est-ce un problème ? Quelles solutions ont déjà été tentées ? Quels objectifs a le sujet demandeur ? « Un système ne peut se poser de problème tel qu'il ne soit capable de le résoudre » (Ausloos 1995). C'est le postulat de compétence : la famille est compétente pour trouver une sortie aux difficultés traversées. Pour l'aider à trouver une solution acceptable, non délétère pour le système, on fait appel au postulat de l'information pertinente : « l'information pertinente est celle qui vient de la famille et y retourne », issue des idées de Bateson reposant sur le principe : « l'information, c'est une différence qui fait la différence ». La thérapie systémique circularise l'information. La thérapie développe et étoffe les ressources et compétences du système, les lui révèle, pour pouvoir travailler avec. La thérapie systémique, qui se veut thérapeutique plus qu'étiologique, se structure autour de différents axes de travail et concepts, elle peut être structurale (Minuchin), stratégique (Haley, Nardone), contextuelle (Boszomenyi), expérientielle (Satir, Whitaker), mais aussi trans-générationnelle, constructiviste, narrative, orientée sur la solution, etc.

La conduite addictive, lorsqu'elle s'est mise en place, répondait donc à quelque chose. Stanton et Todd se sont appuyés sur ces principes, dans les années 1980, pour modéliser le trouble addictif. L'addiction incarnerait la tentative d'individuation, mais ne parviendrait à n'être qu'une pseudo-individuation. Alors que le sujet est en passe de s'autonomiser, la famille, dans l'intégralité de ses membres et relations, est aux prises d'une angoisse de séparation. Le symptôme vient protéger le système de l'explosion, en provoquant des relations de codépendance entre ses membres qui empêchent la sortie d'un de ses éléments. Le départ du foyer est impossible. La place de la conduite addictive chez l'adolescent pourrait se trouver là, comme « antidote » au paradoxe adolescent, en remplaçant une dépendance par une autre : ne plus être un enfant, mais sans être un adulte pour autant (Valleur *et al.* 2006). Des processus se mettent en place pour donner le sentiment d'une prise d'autonomie. Le sujet peut faire des allers et retours entre l'extérieur du système et l'intérieur, ce qui permet des illusions de séparation et répond au besoin d'autonomie de façon fugace. L'isolement de l'addiction, l'absence de relations intimes établies, permettent de ne pas entrer en conflit de loyauté avec sa famille, mais de se méprendre sur les compétences et l'autonomie. L'état second-même provoqué par la conduite addictive pourrait faire office de séparation, en ce sens qu'elle isole le sujet. Dans l'étude de ces systèmes, Coleman et Stanton constatent aussi la surmortalité existante. Ils questionnent la place des morts dans ces familles et leur lien avec l'addiction. Ils posent l'hypothèse de l'addiction en tant que continuum autodestructeur porté par la famille, s'intégrant dans un processus de deuil non résolu de la famille. Le symptôme répond en parallèle au besoin d'écologie du système, en focalisant ses membres sur un problème moins complexe à résoudre que le deuil, éloignant par-là le risque d'effondrement du système (Cassen *et al.* 2007). Lorsque cela est possible, il est donc nécessaire de travailler avec les familles, avec l'entourage, qui peuvent être des facteurs de protection, des valeurs ressources.

e) Modèle neurobiologique

La conduite addictive survient suite à la mise en place de processus addictifs : dysfonctionnement du circuit de la récompense et de la motivation, suractivation de l'axe du stress et trouble des fonctions exécutives (prise de décision, contrôle inhibiteur, planification, attention, etc.). Différentes théories neurobiologiques les expliquent (HAS 2007). Parmi elles, de façon non-exhaustive, on trouve les théories dopaminergique, du découplage des neurones sérotoninergiques et noradrénergiques, de dérégulation de l'homéostasie hédonique et de l'axe du stress, de sensibilisation du système de récompense (attribution de plus-value) et de la rechute, de l'apprentissage, etc.

Le plaisir est considéré comme un besoin fondamental de notre espèce. Pour certains, il régit nombre de nos actions, moyens d'atteindre cette finalité (modèle hédonique). Le système motivationnel et de récompense/punition est défini pour servir la survie de l'espèce. Les conduites addictives, qui ont pour fonction de procurer plaisir ou soulagement, détournent le fonctionnement de ce système physiologique. Ce circuit de la récompense est un circuit mésocorticolimbique qui comprend différentes structures : la formation réticulée (structure éminemment centrale), le système limbique et le cortex cérébral (*Figure 7*), et fait intervenir différents systèmes de neurotransmetteurs, dont le chef de file est la dopamine (DA) (Perney 2008 ; Tassin 2007). La voie finale de récompense est représentée par le circuit dopaminergique mésolimbique, avec à ses deux extrémités : l'aire tegmentale ventrale (mésencéphale) - où se situent les corps neuronaux des neurones dopaminergiques - et le nucleus accumbens (limbique) - où se situent les synapses de ces mêmes neurones dopaminergiques -. Cette voie mésolimbique intervient dans la mémoire et la motivation des comportements, les effets de renforcement, les réponses conditionnées aux conséquences motivationnelles et émotionnelles, les besoins en renforçateurs naturels, le manque. La voie méso-corticale représente la voie de recherche compulsive du comportement au détriment d'autres renforçateurs. La dopamine est aussi produite dans la substance noire. La voie nigrostriée intervient dans les conséquences cognitives de l'imprégnation émotionnelle, dans l'analyse de la saillance et des choix, et contribue à l'effet de renforcement de l'addiction (Inserm 2014 ; Benyamina *et al.* 2014). Les conduites addictives activent les neurones dopaminergiques mésolimbiques, en se fixant sur les mêmes récepteurs, et agissent comme des leurres pharmacologiques, interférant avec les neurotransmetteurs naturels. La libération dopaminergique, qui se traduit par le ressenti de plaisir, est l'action finale des conduites addictives. Le plaisir généré par la récompense addictive surpasse celui de la récompense naturelle (expérience de Olds et Milner, 1954 ; (Tassin 2007)). Le sujet ne recherche alors plus que l'objet addictif. L'effet plus rapide, plus intense et prolongé des addictions participe à la construction du *craving* (Stahl *et al.* 2010). L'anticipation du plaisir déclenche elle-même une libération dopaminergique (expériences de Schultz, modèle de conditionnement classique, par mémorisation, à la fois de l'expérience plaisante et des paramètres, appelés indices, de son contexte. Il s'agit de conditionnement classique. L'indice contextuel/environnemental est un stimulus neutre devenu conditionnel, si bien qu'il déclenche le plaisir lui-même. Il est aussi nommé « *cue* ». Les « *cues* » acquièrent les mêmes propriétés que le comportement addictif. Leur valeur émotionnelle serait même supérieure, générant une motivation plus importante et « emballant » le système. Les attentes du sujet sur l'effet que va lui procurer la conduite addictive participent au *craving*. Si la récompense fait défaut, le système le comprend comme une « erreur de prédiction » (Schultz) et il s'en suit un état d'hypodopaminergie,

désagréable. L'hippocampe intervient dans la mémorisation, en interaction avec l'amygdale qui alloue une valeur émotionnelle aux stimuli (Cardinal *et al.* 2002). Les conduites addictives induisent une mémoire pathologique en perturbant les processus de mémorisation et la plasticité cérébrale. La trace mnésique laissée peut être réactivée même après plusieurs mois d'abstinence. Le sevrage ne permet pas un retour *ad integrum*, il persiste des anomalies. Les processus de mémorisation conduisent au phénomène de tolérance, témoin du passage de désir/plaisir à besoin. La dépendance physique se manifeste par les phénomènes de tolérance et de sevrage. La dépendance psychique, quant à elle, se manifeste par les phénomènes de sensibilisation et de *craving*. Le circuit de la récompense et le comportement qui découle de la perception d'une récompense sont soumis à un contrôle cortical, inhibiteur, impliqué dans le contrôle exécutif. Un cerveau « normal » fonctionne par équilibre de 4 éléments : système de récompense, contrôle cortical, motivation et mémoire. Lorsqu'un élément n'interagit plus avec le reste, il y a déséquilibre. Un cerveau « addict » fonctionne en excluant le contrôle cortical (*Figure 8*) dans la démarche qui conduit à une action éclairée et motivée. Ses choix sont alors impulsifs, irréfléchis, etc. Les comportements s'automatisent. La motivation ne se rapporte plus à la recherche de l'effet, comme initialement. Elle est désormais dans la recherche du produit, pour éviter l'état désagréable de manque, et est majeure. D'autre part, le trouble addictif crée des modifications, fonctionnelles et structurelles, au niveau cérébral.

Comprendre les processus neurobiologiques qui sous-tendent les conduites addictives permet de proposer des traitements médicamenteux pertinents et spécifiques du domaine addictologique. Les traitements médicamenteux de sevrage ne concernent que les SPA, et il n'existe pas de traitement de sevrage pour toutes. Ils possèdent les mêmes cibles pharmacologiques que le processus addictif. Toutefois, la pharmacocinétique est différente, plus lente, sans effet pic (« *shoot* ») et d'action plus longue, avec une galénique plus adaptée. Ces thérapeutiques agissent sur le substrat-sevrage, et ne concernent pas la prise en charge des symptômes de sevrage (par exemple : diarrhée, irritabilité, etc.). Les traitements substitutifs peuvent être utilisés également comme des traitements de sevrage puisqu'ils remplissent ces mêmes conditions, bien qu'ils n'aient pas été conçus pour cette indication. Les traitements utilisés pour le sevrage en tabac ou en opiacés sont des médicaments substitutifs. Dans la majorité des cas, le sevrage en alcool ne fait intervenir aucune pharmacopée. Toutefois, s'il y a nécessité d'un traitement préventif d'un syndrome de sevrage, les benzodiazépines sont recommandées (SFA *et al.* 2015). Les traitements addictolytiques et substitutifs visent le *craving*, avec objectif de le diminuer. Dans les traitements substitutifs, on trouve les substituts nicotiques pour le tabac, les traitements substitutifs opiacés (méthadone et buprénorphine principalement) pour les opiacés et les traitements dits « addictolytiques »

(acamprosate, naltrexone, nalméfène, baclofène, principalement) pour l'alcool. D'autres molécules (topiramate, GHB, N-Acétyl-Cystéine, citicoline, ondansetron, etc.), agissant sur le *craving*, sont utilisées, quel que soit le trouble addictif, sans recommandations à l'heure actuelle. Des recherches s'opèrent également dans le domaine de l'immunothérapie. Les traitements à effet antabuse ne comprennent qu'une seule molécule : le disulfirame. Le disulfirame provoque une réaction désagréable, dont le sujet a connaissance et qu'il craint, ce qui le conduit à ne pas consommer. Au-delà des traitements médicamenteux, un traitement par stimulation magnétique trans-crânienne ou profonde semblerait efficace (Grall-Bronnec *et al.* 2014 ; Pierce *et al.* 2013 ; Kravitz *et al.* 2015). Par ailleurs, il est de règle, plus que d'exception, que la conduite addictive soit co-occurrence, chez un sujet, d'autres difficultés psychiques, d'ordre addictologique ou psychiatrique au sens général. Il est fréquent de rencontrer un patient souffrant d'addiction pour lequel un traitement médicamenteux autre qu'addictologique est prescrit (anti-dépresseur, thymorégulateur, anti-psychotique, ou anxiolytique). Cette pratique suscite toutefois des débats et ne remporte pas de consensus (Kaye *et al.* 2001 ; Zullino *et al.* 2003 ; Lupi *et al.* 2014 ; Tavares *et al.* 2008).

2. Facteurs de risque / de protection

L'addiction prend source dans ce trépied : facteurs inhérents à l'objet addictif, facteurs de vulnérabilité individuels (génétique, neurobiologie, psychologie et événements de vie, personnalité, comorbidités) et facteurs environnementaux (famille, pairs/amis, contexte social et sociétal). Olievenstein (Olievenstein 1983) l'évoque comme la « rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel ».

Dans un premier temps, les conduites addictives ont été vues comme une intoxication à un produit dangereux, chez un individu donné. Le constat de la non-universalité de l'addiction a fait réfléchir autour d'un modèle bivarié, résultat d'une interaction entre un individu et un produit. Le produit était la source du problème. L'abstinence en était donc le traitement. Dans les années 1960-1970, on adopte un modèle trivarié. Ce changement s'appuie sur deux constats : la possibilité de reprendre une consommation contrôlée (étude de Davis (Valleur *et al.* 2006)) et le sevrage des vétérans de la guerre du Vietnam dès leur retour à domicile. Par conséquent, le modèle bivarié n'est pas complet, et l'environnement influence les consommations. Le modèle trivarié repose donc sur l'interaction produit-individu-environnement.

Certains facteurs ont un rôle prédominant selon les étapes du processus addictif, dans l'initiation (environnement), dans la poursuite (individu, notamment génétique), dans la dépendance (facteurs de risque individuels de façon prédominante, facteurs de risque liés au produit).

A la rencontre de ces trois paramètres, les principaux facteurs de risque d'une évolution vers un trouble pathologique sont : la précocité de la conduite (notamment avant 16 ans), la polyconsommation, et une consommation auto-thérapeutique, notamment si elle est solitaire, avec recherche d'ivresse, associées à des conduites d'excès. Les éléments recherchés sont la répétition, la persistance, et le cumul des conduites liées à des objets addictifs.

a) Facteurs liés à l'objet addictif

Certains produits sont plus addictogènes (*Figure 9*), c'est-à-dire qu'ils ont une capacité plus importante pour induire une pharmacodépendance (profil chimique et modifications cellulaires induites) (cité dans Dematteis 2014). Les 3 produits les plus addictogènes sont l'héroïne, la cocaïne et le tabac. Pour ces produits, il apparaît une dépendance 'moyenne à forte' chez 50 à 80 % des usagers. Elle peut se développer en quelques semaines seulement. Les produits les moins addictogènes, induisant une dépendance chez environ 10% des usagers, sont le cannabis (2-10 %), les amphétaminiques et l'alcool (10-15 %). L'intensité de la dépendance physique est forte lors des sevrages en alcool, tabac et héroïne. L'intensité de la dépendance psychique est forte lors des sevrages en cocaïne.

Les facteurs suivants favorisent la vitesse d'installation et la sévérité de la dépendance : la fréquence de consommation, la dose absorbée (selon la quantité et la concentration du produit), la durée de consommation du produit, les modes de consommation du produit (SFA *et al.* 2009). La voie d'absorption de la substance participe au pouvoir addictogène : plus la vitesse d'absorption est rapide, plus le sujet en est dépendant. Les voies rapides sont les voies intra-veineuse, nasale et pulmonaire. A l'inverse, la voie digestive est lente.

Concernant le jeu pathologique, les facteurs de risque se rapportent à la nature du jeu. Le court délai entre la mise et le gain, et une fréquence de jeux importante possible sont les principaux facteurs de risque.

Les jeux vidéo induisant le plus d'addiction sont les jeux en réseau, notamment les jeux de rôle multi-joueurs se déroulant en univers persistant. La fonction de la consommation ou de la pratique, l'anticipation de l'effet, jouent un rôle.

Le statut social du produit et/ou du comportement, ainsi que son statut légal (licite/illicite) entrent en ligne de compte. L'alcool, le cannabis, le tabac et la cocaïne sont des produits plus facilement acceptés que l'héroïne par exemple. Le travail ou le sport seraient a priori mieux tolérés que le jeu ou une substance psycho-active.

À la marge entre l'objet d'addiction et l'environnement, on retrouve l'appartenance religieuse et ses représentations, de même pour les représentations familiales.

b) Facteurs individuels

Dans les facteurs de risque individuels, on identifie des facteurs biologiques comme psychiques.

À la base de l'individu, on retrouve son patrimoine génétique et épigénétique, influençant son activité neurobiologique. Les vulnérabilités se positionnent à toutes les étapes : génétique, épigénétique, neurobiologique, biologique, que cela soit au niveau du circuit de la récompense, de l'axe du stress, de n'importe quel maillon intervenant cité dans la partie *Définition*. Des études sur l'agrégation familiale, sur des jumeaux, adoptés ou non, ont été menées et mettent en évidence de tels facteurs de risque (Inserm 2014). Lors de phénomènes de stress, le trauma « passe » par la chromatine, et se transmet par des phénomènes épigénétiques (Wang *et al.* 2014). Les modifications épigénétiques concernent le sujet, mais également sa descendance puisque le matériel épigénétique est légué également. Une exposition pré-natale, à l'alcool, par exemple, représente un facteur de risque important, puisqu'on retrouve quatre à cinq fois plus de risque d'alcoolodépendance chez ces enfants exposés devenus adultes.

Dans le processus développemental du cerveau, la zone frontale arrive à maturation en dernier, puisque la marche se fait de l'arrière vers l'avant. La course maturative se fait dans l'ordre suivant : physique, émotionnelle et enfin cognitive. Le stock neuronal est complet à la naissance, mais les connexions synaptiques se multiplient jusqu'à l'âge de 20 ans. De fait, l'adolescent fonctionne avec une zone frontale immature. Il est plus impulsif, en recherche de sensations, il prend des risques, ses capacités de jugement ne sont pas maximales, ce qui interfère dans la prise de décision, et l'empêche de contrôler ses émotions de façon efficiente. Par conséquent, il est plus à risque de consommer. L'adolescence est bien une période de vulnérabilité, favorisant l'initiation. Des consommations précoces interfèrent avec la maturation cérébrale, sur un cerveau plus sensible, et sensibilise durablement ensuite le cerveau. Elles diminuent la flexibilité cognitive. La précocité du trouble est un facteur de mauvais pronostic. Ce sont surtout les premières expériences de consommation ou de conduite qui influent sur le risque. Le sexe en est un également, selon les conduites addictives (plus de femmes dans les TCA, plus d'hommes dans les JHA, etc.).

Certains tempéraments ou traits de personnalité, sont plus à risque de conduite addictive : impulsivité (faiblesse des capacités d'inhibition des comportements), recherche de sensations (sensibilité à la récompense ; activités à court délai de gratification) ou à l'inverse l'évitement des sensations, de nouveautés, susceptibilité à l'ennui, haut niveau de réactivité émotionnelle, hyper-

réactivité et déficit attentionnel, niveau élevé d'activités comportementales avec faible capacité attentionnelle, retour lent à l'équilibre après un stress, faible évitement du danger. On retrouve aussi un faible niveau de sociabilité, des difficultés à maintenir des relations stables et satisfaisantes et à faire face aux événements, des difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels, une timidité, des lacunes dans les habiletés sociales. D'autres facteurs de risque sont aussi : une faible estime de soi, des pensées et/ou conduites de dévalorisation/dépréciation, une sensibilité à l'anxiété et au désespoir, des difficultés de gestion des émotions, une tendance à l'agressivité. L'absence de modération, de planification et de prudence, la difficulté à adapter son comportement en fonction des demandes de la situation, l'incapacité à anticiper les conséquences d'une action, et la difficulté à considérer les risques sont aussi des facteurs de risque (cité dans Graziani *et al.* 2013). Des schémas cognitifs rigides sont également des facteurs de risque ; les distorsions cognitives y participent (*big win* et jeu pathologique par exemple).

Certaines comorbidités psychiatriques représentent des facteurs de risque. Les troubles de l'humeur (dysthymie, trouble bipolaire, trouble dépressif unipolaire) et les troubles de la personnalité (antisocial, borderline), sont fréquemment associés aux addictions, de même que les troubles du comportement, les troubles avec déficit de l'attention et hyperactivité, les troubles des conduites, les troubles anxieux (phobie sociale), les autres troubles addictifs et les troubles psychotiques (schizophrénie).

Les événements de vie négatifs, d'autant plus s'ils sont nombreux, précoces, et ont fait effraction, fragilisent l'individu et sont des facteurs de risque par leur activité de stress. Les hormones de stress augmentent la sensibilité cérébrale aux psychotropes. Chez des rats rendus dépendants, l'administration de molécules qui contrent les hormones de stress diminue le niveau de consommation (Shalev *et al.* 2006). Chaque individu possède un seuil propre de sensibilité au stress (et donc des sécrétions de glucocorticoïdes plus ou moins élevées) et cette susceptibilité au stress est parallèle à la susceptibilité aux addictions. L'inverse est également vrai : les sujets addicts (cocaïne) diminuent leur seuil de stress, leur susceptibilité au stress en est donc accrue (Fox *et al.* 2007). Enfin, chez les sujets présentant une conduite addictive, le stress peut s'auto-générer. Les événements de vie sont à la frontière entre les facteurs de risque personnels et environnementaux.

c) Facteurs environnementaux

L'environnement comprend autant le contexte historique, culturel, religieux que l'environnement matériel (les indices, les publicités) et l'environnement humain : société, nation, région, école, pairs, groupes d'appartenance, famille. Il facilite l'expérimentation et l'usage. Il donne un accès aux

produits, une disponibilité, une facilité de consommation. Il rend même attractifs certains produits ou comportements.

Autrefois pourvoyeuse et porteuse de valeurs de devoirs, autour du collectif notamment, la société conduisait plutôt à « fabriquer » des pathologies névrotiques, par la prépondérance des mécanismes de refoulement. Les valeurs défendues désormais sont plutôt de l'ordre de la réalisation de l'individu, individu libre, dans une liberté en illimité, non encadrée, conduisant à l'émergence de pathologies limites, addictives, et psychopathiques principalement. L'individu et la liberté sont devenus des valeurs sociétales. Pour Fischler, l'individu doit être de plus en plus autonome, responsable et savoir se contrôler. Il en veut pour preuve un sondage, datant de 2009, qui montre que 89 % des français considèrent le sucre comme un plaisir, mais que 54 % d'entre eux disent en consommer moins qu'avant (Fischler 2010). Il en conclut que malgré l'envie, les français cherchent à se contrôler. En parallèle de ces idéaux sociétaux, se trouve la réalité quotidienne, avec les difficultés qu'elle peut connaître : chômage, crise, pauvreté, etc., ce qui crée une sorte de double lien, par la confrontation entre idéal et réalité. La société se montre elle-même ambivalente. Elle condamne l'« alcoolique » qu'elle a pourtant encouragé à prendre un verre d'alcool plusieurs années auparavant, sous couvert du caractère social de la chose ; elle rejette l'« anorexique » mais prône le culte du corps, du corps maigre, etc. Différentes mesures (sanitaires, politiques, etc.) sont toutefois mises en place afin d'agir contre, mais, pour exemple l'alcool, bien que le nombre de litres d'alcool consommé par an ait diminué depuis 1960 (*Figure 10*), les nombre de séjours et de patients accueillis en soins pour ce motif augmentent (Paille et al. 2015), que ce soit en MCO (*Tableau 3*), en psychiatrie (*Tableau 4*), ou en SSR (*Tableau 5*).

La société actuelle est dite et décriée addictogène (Morel 2010 ; Cupa *et al.* 2010). Pleux parle des « cinq S », « S » pour « sur- » : sur-consommation, sur-communication, sur-stimulation, sur-protection, sur-valorisation (Pleux 2006). Par ses nouvelles caractéristiques, la société s'engage dans une temporalité nouvelle impliquant le besoin d'immédiateté de la satisfaction du désir « ici et maintenant », dans le « tout, tout de suite » (Hautefeuille 2011 ; Olievenstein 1977). Le quotidien, et ses pressions, est fuit, jusqu'à la construction d'un nouvel espace-temps, nouvelle (a)temporalité, un temps « à-côté », personnalisé, renvoyant à l'omnipotence infantile (Le Garrec 2011 ; Guillermain 2011), dont l'attaque est douloureuse. Le temps addict est figé, circulaire, archaïque, il ne s'inscrit pas dans la réalité affective du sujet (Tonnelier *et al.* 2011). Ces transformations distendent les liens relationnels entre individus. La relation à l'autre est rendue difficile, alors qu'elle est mise en avant. Un sentiment de solitude s'ensuit, cette solitude sur laquelle un regard jugeant et négatif est porté, interrogeant la personne sur elle-même et sa compétence à être avec l'autre (Hirigoyen 2013). Celle-ci parle davantage du vide intérieur de l'individu, qu'il ne supporte

plus, que de son manque d'un autre et d'interactions. Les liens se précarisent, mais le couple est idéalisé, avec l'injonction qu'il rende heureux. L'avenir, et son injonction de réussite, est également fui. Pour Heidegger, nous sommes le temps, et donc se confronter au temps revient à se confronter à soi. Ceci renvoie à la difficulté de ces patients à être dans le « vide », qu'ils évitent et n'expérimentent plus. L'abondance, le plein, seraient synonymes de bonheur. La recherche du bonheur est omniprésente, le bonheur pour soi. Le plaisir est recherché à tout prix, dans l'immédiateté, sans effort. Il n'y a pas de valorisation des plaisirs partagés, de soutien communautaire. Le développement intérieur, de soi, est au cœur des lectures. L'abondance, la multiplication des choix, interroge la différenciation, et l'individuation. Elle crée l'insécurité, dans l'intimité, mais aussi au travail. La sur-stimulation implique que le sujet soit toujours en mouvement, à faire, à répondre à la stimulation, toujours au travail, et implicitement qu'il sache tout faire et soit heureux. L'activité à l'excès implique la compétence et la réussite, nouvelles normes là-aussi. La performance est attendue, valorisée ; le risque, auquel elle peut être liée, l'est également. La sur-valorisation mène à l'absence de remise en question, de nuance, à la recherche de gratification, et au caractère intolérable de l'échec. La sur-protection génère aussi des déficiences dans l'autonomie et dans la gestion des émotions négatives. La communication, sur-communication, est rapide, immédiate, simultanée même, notamment l'information au public.

Les valeurs sociétales s'infiltrèrent évidemment dans les familles. Au sein du cercle familial, la sur-communication conduit à rompre les barrières entre les générations, les hiérarchies, les places. Les limites n'existent plus, il n'y a plus de cadre, rassurant, dans lequel évoluer. Elle conduit à une horizontalisation des rapports. Il n'existe plus d'intimité. Le climat y est confusionnant, les places de chacun sont mobiles.

Des études ont montré que les souris sécurisées, évoluant dans un environnement bienveillant et stimulant, présentent une moindre sensibilité à la cocaïne. Un environnement sécurisé est un facteur de protection contre les conduites addictives (Bezard 2004). À l'échelle humaine, on constate qu'une insertion sociale, une vie de couple, une insertion professionnelle apparaissent comme des facteurs de protection de troubles liés à l'usage d'alcool. Par conséquent, à l'inverse, un environnement insécurisé fait le lit d'un éventuel processus addictif.

La consommation ou la pratique addictive familiale est un facteur de risque de trouble addictif, de même que des antécédents familiaux notables psychiatriques et un dysfonctionnement familial.

Le rôle des pairs répond principalement au stade d'initiation, mais aussi dans le renforcement. La conduite addictive prend une valeur transgressive, particulière dans ce moment qu'est l'adolescence, et se fait le témoin d'une individualisation, à connotation identitaire. Elle met en jeu un apprentissage vicariant, ayant pour objectif l'appartenance au groupe, qui serait conditionnée à la

conduite (Pérez-Diaz cité dans Rahioui *et al.* 2006), avec le risque d'en sortir sans cette monnaie d'échange, et de vivre un vide affectif. Il s'agit d'une valeur normative d'ordre collectif. La prise de risque a valeur de rite initiatique.

Par ailleurs, le lieu de consommation ou de pratique influence également. Concernant le jeu, les espaces clos (ex. des casinos) éteignent les repères temporels et conduisent les joueurs à pratiquer plus longtemps ; les stimulations diverses, sons, lumières, excitent le joueur et augmentent l'envie de jouer. Les bars-PMU, de part leur aspect convivial, la possibilité de consommer une boisson en parallèle, favorisent le jeu. La présence même de lieux de jeux permet l'offre et la disponibilité. Internet, à l'inverse, par son côté intimiste, sans contrôle, et anonyme, y contribue aussi. Jouer en casino avec des jetons, ou sur Internet, dématérialise l'argent, le rend virtuel, ce qui déconnecte le joueur de sa réalité et de ses dépenses.

Le lieu d'habitation intervient dans les influences vers un processus addictif (OFDT 2014).

3.Possibilités thérapeutiques

La définition de l'addiction d'Olievenstein conduit à la construction d'un triangle, représentatif du modèle trivarié. Ce triangle permet de se représenter les possibilités thérapeutiques qui s'offrent aux soignants. Le modèle bio-psycho-social s'appuie sur cette représentation et se veut d'une approche triple pour une meilleure efficacité. Chaque angle correspond à une approche spécifique de la pathologie, chaque bord à une approche plus intégrative alliant les approches des deux angles. La prise en charge optimale serait donc intégrative, multiaxiale (trois abords en l'occurrence) et multivariée, car selon le moment, un des deux axes prédomine possiblement et nécessite une action plus forte (Hautefeuille *et al.* 2002). Les modalités thérapeutiques diffèrent selon les individus, et selon la fonction de l'objet addictif (Morel 2010). Elles varient selon les pays, notamment du fait de la disparité des conduites addictives au niveau mondial (United Nations 2015).

Comme pour toute pathologie, la prise en charge se décompose en plusieurs niveaux : prévention primaire (pour éviter l'apparition de la maladie, prévention, dépistage), secondaire (diagnostic et soins, pour éviter l'apparition de complications et la chronicisation), tertiaire (prévention de complications, soin des complications). La connaissance des facteurs de risque (cf. *Facteurs de Risque / de protection*), quelle qu'en soit la nature (individuel, produit, environnement), permet le repérage précoce et le dépistage. Une information sur la pathologie est donnée au patient et à son entourage, également à visée préventive et pour faciliter l'alliance thérapeutique et la relation.

Les rapports d'études confirment que les soins accompagnant les patients vers une meilleure qualité de vie, une diminution de leurs conduites addictives, une prévention des rechutes, des relations plus apaisées avec leur entourage, etc., sont efficaces (cf. *Addictologie et soins*, (United Nations 2015)).

Il existe une multiplicité de possibilités thérapeutiques, pouvant se compléter les unes les autres et être utilisées différemment selon le moment et selon le sujet. On pourrait les diviser en 2 grandes catégories que seraient les soins psychothérapeutiques et les soins chimiothérapeutiques. Les soins de psychothérapie peuvent s'opérer en individuel et / ou en groupal. La psychothérapie peut être de diverses obédiences : cognitivo-comportementale, psychodynamique, d'orientation psychanalytique, de soutien, motivationnelle, etc. Elle s'appuie sur la compréhension de la maladie (cf. *Définition*). Certaines de ces approches sont développées ci-dessous (cf. *Addictologie et soins*).

Les soins groupaux peuvent concerner différents systèmes : des groupes de pairs, individus présentant des difficultés similaires, ou le groupe familial (famille nucléaire ou famille élargie).

Si l'on généralise les dernières recommandations de bonne pratique publiées sur le sujet de l'alcool (SFA *et al.* 2015), l'objectif thérapeutique de la prise en charge est un changement dans la conduite addictive, c'est-à-dire une consommation contrôlée ou l'abstinence, en ciblant le *craving*. L'objectif du patient est à respecter. Si le sujet présente des comorbidités, psychiatriques ou non, l'idéal est d'accompagner le sujet vers un objectif d'abstinence, mais s'il refuse, il faut axer les soins vers une réduction des risques. Dans le champ de l'alcoologie, toute diminution significative des consommations d'alcool est bénéfique pour le sujet. L'objectif derrière celui-ci est l'amélioration de la qualité de vie, et, selon Olievenstein, la « démocratie psychique ». Les soins débutent par la construction d'une alliance thérapeutique, avec le patient mais aussi avec son entourage, qu'il est important de soutenir. Les interventions dites psycho-sociales de type interventions brèves, entretien motivationnel et thérapie cognitivo-comportementale ont fait la preuve de leur efficacité. Par ailleurs, l'entretien motivationnel augmente l'efficacité des autres interventions, son style relationnel permet de limiter les résistances. L'entraînement à l'auto-contrôle comportemental, par la définition d'un objectif de consommation, technique comportementale, a fait la preuve de son efficacité ; elle s'appuie principalement sur le principe de l'auto-observation, de la mesure quotidienne du comportement. L'entraînement aux compétences sociales et aux stratégies de *coping* est efficace chez les sujets à dépendance modérée. L'intervention brève est une intervention « opportuniste », de première intention, auprès d'un patient non connu pour une problématique addictive, en dehors du contexte de la consultation, alors qu'il n'y a aucune demande formulée par le patient en ce sens. Elle consiste à interroger sur les consommations, les pratiques, potentiellement addictives, à questionner les désirs de changement, à fournir des informations et des coordonnées.

L'intervention brève est efficace pour les patients à usage à risque ou à usage nocif, pour réduire leur consommation. Elle diminue la mortalité liée à l'usage d'alcool.

Il n'existe pas de recommandations concernant la prise en charge du jeu pathologique. L'expertise collective de l'Inserm (Inserm 2008) développe toutefois les psychothérapies de type psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Concernant les troubles des conduites alimentaires (TCA), la prise en charge se veut plus que jamais pluridisciplinaire, pour prendre en compte la dimension médicale psychiatrique, mais aussi non psychiatrique avec l'intervention du médecin traitant et d'un médecin spécialiste de la nutrition (nutritionniste, endocrinologue). La prise en charge de l'anorexie mentale a fait l'objet de recommandations françaises de bonne pratique en 2010 (HAS *et al.* 2010). Elle s'axe sur une renutrition contrôlée et une approche nutritionnelle, ainsi que sur une approche psychiatrique. L'évaluation psychiatrique recherche la fonction de ce symptôme, apprécie la dynamique familiale, ainsi que les comorbidités psychiatriques et les traits de personnalité. Les objectifs de soin sont individuels et familiaux. Le choix du type de psychothérapie est laissé au patient, voire à son entourage, aucun type n'ayant montré de manière formelle de supériorité en termes d'efficacité par rapport aux autres. Les approches corporelles et l'art-thérapie sont fréquemment utilisées dans cette indication.

Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents souffrant d'anorexie mentale. Pour ce qui est de la prise en charge du trouble boulimique, la littérature existante concerne majoritairement la thérapie cognitivo-comportementale, adaptée au trouble, psychothérapie qui se révèle efficace (American Psychiatric Association 2006). Concernant le *binge eating disorder*, les psychothérapies cognitivo-comportementale, comportementale, dialectique et interpersonnelle ont démontré leur efficacité (American Psychiatric Association 2006). Les effets de ces thérapeutiques semblent plus probants pour les patients souffrant de boulimie et de *binge eating disorder* que pour les patients présentant une anorexie mentale. Concernant les thérapeutiques médicamenteuses, un traitement antidépresseur de type ISRS (fluoxétine) serait efficace à court terme, pour le trouble boulimique principalement, mais aussi pour le *binge eating disorder* (American Psychiatric Association 2006 ; Hämmerli *et al.* 2013).

Les recherches soulignent l'efficacité des *self-help*, par support papier ou numérique (Riper *et al.* 2008 ; Cuijpers *et al.* 2010 ; Rollnick *et al.* 2009 ; Carrard 2011 ; Gainsbury *et al.* 2011 ; LaBrie *et al.* 2012 ; Victorian Responsible Gambling Foundation 2014). Ces guides d'auto-thérapies dérivent de la thérapie cognitivo-comportementale et ont été construits sur ses bases (cf. *Thérapie cognitivo-comportementale*). Ils ont pour objectif de faciliter le soin, dans sa démarche initiale et sa poursuite. Ils sont proposés pour informer le patient, maintenir le soin au-delà de la consultation. En

cela, ils permettraient un « gain » de temps. Ils suggèrent des outils pour que le patient, actif, tente de résoudre son problème par lui-même, tout en étant guidé. Ce media doit être encadré pour être le plus efficace possible. Ce soin peut aussi s'intégrer dans un autre de type « télé-médecine » par la participation d'un thérapeute via des échanges téléphoniques ou de courriels, voire des entretiens par Skype®.

Le patient peut être orienté vers des structures associatives (physique ou virtuelles : forum, blogs, etc), où il trouvera du soutien. Ces associations seraient une aide efficace.

Un soutien et un accompagnement social est parfois nécessaire (aides, mesure de protection, interdiction de casino, par exemple).

La prise en charge addictologique est principalement ambulatoire. Elle est hospitalière dans les contextes d'urgences médicales où le pronostic vital est engagé, psychiatrique (risque suicidaire par exemple) ou non psychiatrique (dénutrition pour le trouble des conduites alimentaires de type anorexie restrictive, décompensation de cirrhose pour le trouble lié à l'usage d'alcool, décompensation respiratoire pour le trouble lié à l'usage de tabac, etc.). Elle peut également être hospitalière lorsqu'il y a nécessité de rupture avec l'objet addictif, nécessité de séparation d'avec le milieu et lorsqu'il y a un projet construit de sevrage hospitalier. Ces hospitalisations peuvent être réalisées en urgence, mais peuvent aussi être programmées. L'individu addict présente une problématique du lien, avec une modalité particulière de relation à l'objet, à l'autre. Une hospitalisation dont le début, mais surtout la fin, sont programmés suscite un moindre sentiment d'abandon et une séparation moins difficile. Les soins hospitaliers possèdent également cet avantage d'éviter les relations duelles, et de mettre du tiers dans la relation pour qu'il existe une multiplicité d'appuis et de ressources possibles. Un soin résidentiel peut être l'occasion d'une prise de contact avec les soins et le point de départ de soins ambulatoires. En ambulatoire, les lieux de soins sont : consultation, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, centre d'hébergement, foyer, accueil familial thérapeutique, centre de soins-études, association néphaliste et/ou d'entraide, etc. Les soins, consultations, groupes, ou hospitalisations séquentielles, travaillent la continuité, qui manque au sujet. Une prise en charge permet une scansion du temps et une rythmicité. Elle induit un mouvement, à l'inverse de la conduite qui crée de la linéarité et la répétition de jours qui se ressemblent. Ce mouvement introduit du désir et de l'attente. Le temps doit devenir un organisateur pour le sujet, au détriment de la conduite addictive. Le sujet vit le temps, pleinement, en fait l'expérience, de même qu'il doit faire l'expérience du vide. S'il existe tant de rendez-vous non honorés en addictologie, c'est que le patient n'évolue pas dans la même temporalité (Hautefeuille 2011). Du fait de la pathologie, les soins se veulent avec le plus de continuité possible, cohérents, respectant le cadre.

B. Addictologie et soins

1. Thérapie Cognitivo-Comportementale

L'objectif des TCCs est de parvenir à la modification de comportements-problèmes et de croyances erronées du patient, dans une démarche collaborative, toujours en le renforçant positivement. Les modèles théoriques de thérapie cognitive et comportementale évoqués précédemment conduisent à des stratégies thérapeutiques, certaines plus orientées sur le versant comportemental, physiologique, cognitif, ou encore émotionnel.

Comme dans toute thérapie, le premier temps consiste en l'anamnèse. Le recueil d'informations permet l'écriture et la construction de l'analyse fonctionnelle (AF), qui sert de support à la thérapie. Par elle, la séquence qui mène au comportement-problème est déroulée. Elle informe sur les situations déclenchantes, les pensées automatiques, les ressentis corporels et émotionnels, et sur les conséquences du comportement, notamment relationnelles (entourage) et extérieures, qui peuvent encourager, ou non, la poursuite de celui-ci (*Annexe 7*). Elle explore les différents champs (corporel, émotionnel, cognitif, comportemental) et les facteurs de maintien et renforcement. Le processus addictif peut être déroulé davantage, si l'on réalise une AF avant, pendant, et après la conduite addictive (Poudat 2014), permettant d'apprécier au plus près le comportement, ses fonctions et enjeux. Après exemple en entretien, il est demandé au sujet de relever d'autres exemples de séquences avec comportement-problème. Un tableau de Beck, à colonnes, est remis au sujet, avec la consigne de le renseigner par les situations qu'il rencontre, tout en spécifiant le niveau d'envie de la conduite, voire sa capacité à gérer la situation (SEP). Cette étape d'auto-observation, avec un monitoring écrit, est déjà thérapeutique en soi (Dervaux 2013). Dans 10 à 20 % des cas, elle est suffisante pour voir s'opérer un changement (Poudat 2014). Elle apprend au sujet à identifier les signaux d'alerte, à y être attentif et réceptif, et à agir en conséquence lorsqu'il les détecte. Cela le rend actif, acteur de ses soins, le remettant en mouvement, sans subir la conduite addictive. Chez certains patients, la conscience, le constat, du *craving* serait protecteur à l'encontre d'une rechute (Rahioui *et al.* 2006). Une fois faite, l'AF sert de base à la thérapie. Celle-ci peut s'axer sur un pan (cognitif, émotionnel, etc.), ou en mettre plusieurs à contribution. Les conséquences du comportement-problème sont à prendre en compte et peuvent conduire à interpeller l'entourage pour stopper la boucle de renforcement.

Dans les conduites addictives, le premier temps thérapeutique cherche à atteindre l'objectif fixé, le second temps vise au maintien du changement opéré et à la prévention des rechutes.

Le modèle de rechute de Marlatt (cf. *Définition*) propose une stratégie thérapeutique de prévention de la rechute (*Figure 11*), avec des choix thérapeutiques s'adaptant à l'instant et à la difficulté. La prévention de la rechute s'établit sur deux axes : les interventions globales, parlant du sujet dans son intégralité, et les interventions spécifiques à l'addiction.

D'abord, le style de vie est repensé, et l'environnement avec, pour ne pas être à l'origine de pensées permissives, elles-mêmes favorisées par des « décisions apparemment sans conséquences » (DASC). En effet, des DASC telles qu'avoir de l'alcool à domicile, des gâteaux, un pèse-personne, ou ne rien dire à un ami qui consomme de l'héroïne devant soi, qui demande des chiffres pour sa grille de loto, etc., fragilisent le sujet et l'enjoignent à lutter contre l'envie de façon constante. Elles favorisent ensuite les « je peux bien me le permettre, j'ai eu une dure journée » (pensées permissives), sur fond de frustration, et les passages à l'acte addictif. Pour se défendre contre les pensées permissives, il faut limiter les « je dois », « il faut » (les « *must/should* »), et développer les activités de plaisir en tant que comportements alternatifs. Les croyances ASP (cf. *Définition*) conduisent à une prise de décision en direction de la consommation/pratique. La mise en place d'activités gratifiantes a un rôle double car elle participe également à une nouvelle gestion du temps, nécessaire puisque le temps auparavant dédié à la conduite addictive est rendu au sujet. Il faut donc anticiper avec le sujet ce nouveau temps qui lui appartient. Le vide que la diminution ou l'arrêt de la conduite provoque peut être difficile à supporter. Des activités à faire « à la place de », plaisantes, sont à réfléchir. Ces activités peuvent être des activités qui répondent aux mêmes attentes que la conduite addictive (activités de plaisir, anxiolytiques) pour déployer des comportements autres à la conduite addictive.

Ensuite, les situations à haut risque sont à identifier, lister, avec les attentes positives liées à la conduite addictive. Pour ce faire, on peut s'aider de précédentes rechutes s'il y en a eu. Des questionnaires existent concernant les SHR comme le *Drinking Context Scale* pour l'alcool (O'Hare 2001), et concernant les attentes, comme le test de Horn pour le tabac, le *Drinking Motives Questionnaire-Revised* pour l'alcool, le *Marijuana Motives Questionnaire* pour le cannabis (Lee *et al.* 2009), etc. Les SHR sont à hiérarchiser sur une échelle, par difficulté à prévenir la réponse (c'est-à-dire à effectuer le comportement addictif), et à analyser.

Lors d'événements déclenchants, le sujet peut adopter différentes postures : être dans l'évitement, s'échapper de la situation, se décentraliser, modifier sa pensée, s'exposer (exposition, +/-

développement de comportements alternatifs ; développement de stratégies de *coping* ; méditation pleine conscience), s'affirmer (Dunker Scheuner *et al.* 2013).

Au niveau comportemental et des SHR inter-personnelles, un travail sur l'affirmation de soi, sur les compétences sociales et relationnelles, peut être pertinent, là-aussi en identifiant les situations, en les travaillant une à une. Le travail des SHR inter-personnelles peut se faire en groupe par des jeux de rôle. Le travail comportemental consiste en des expositions graduées et progressives (les SHR de hiérarchie supérieure seront « évitées » tant que le sujet ne se sent pas capable de les maîtriser), le développement de comportement alternatif (décentraliser), de stratégie pour y faire face (*coping*) voire remplacer par des activités gratifiantes, de plaisir, et la construction d'un guide d'urgence. Le guide d'urgence est la conduite à tenir en cas de confrontation à une situation à risque non identifiée jusqu'à présent, engendrant un *craving* important.

Au niveau comportemental, l'exposition, le contrôle du stimulus, et les thérapies aversives, découlent du conditionnement classique. L'entraînement aux compétences sociales dérive, lui, de l'apprentissage vicariant (Rahioui *et al.* 2006).

La thérapie d'exposition avec prévention de la réponse, EPR, consiste à faire face aux situations provoquant du *craving* sans réalisation du comportement-problème. L'exposition, *in vivo* ou en imagination, est graduelle, passant par la construction d'une échelle avec le sujet, accompagnée, décidée avec, en débutant par des situations à faible connotation. Le relevé du *craving*, sur la durée de l'exposition, à l'aide d'une échelle, à temps rapprochés, permet d'en apprécier la montée et surtout la descente, et d'en vérifier la diminution au fil des expositions. L'exposition entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des comportements qui n'ont donc plus lieu d'être. L'exposition doit être assez longue pour expérimenter la diminution et se répéter plusieurs fois par jour. On dépasse chaque étape après diminution de 50 % de la note de *craving*. La prévention de la réponse a pour but de supprimer l'accomplissement des moyens de neutralisation en général. Afin de graduer la prévention de la réponse, il est possible de diminuer la fréquence du comportement, son intensité, de s'abstenir de le faire ou de le différer (plages horaires sans comportement, comportement parasite, « stop » de la pensée...). L'exposition est orientée sur les stimuli et les SHR. L'exposition aux stimuli provoquant l'apparition d'un *craving* chez les sujets présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool s'est montrée efficace pour le diminuer (Wiers *et al.* 2014). L'EPR est efficace pour la majorité des personnes qui suivent le traitement. Pour autant, une telle exposition reste encore sécurisée par le cadre thérapeutique et ne mobilise pas le sujet comme *in vivo*. La thérapie par exposition par réalité virtuelle se veut encore plus réaliste et ses résultats sont prometteurs (Malbos *et al.* 2013). Le dispositif groupal est particulièrement intéressant dans

l'apprentissage de stratégies nouvelles, pour une expérience réelle interactionnelle. De telles médiations thérapeutiques apportent plaisir, motivation et sentiment d'appartenance au groupe.

Au niveau physiologique, différentes techniques apprennent aux patients à gérer leur anxiété : gestion du stress, contrôle respiratoire, relaxation musculaire progressive par tension musculaire (Jacobson), relaxation musculaire par suggestion, cohérence cardiaque (*biofeedback* de variabilité cardiaque ; (O'Hare 2012)).

Au niveau cognitif, la mise à jour des différentes attentes et croyances (positives, soulageantes, permissives) liées à la conduite permet la restructuration cognitive, c'est-à-dire la modification, par assouplissement, du mode cognitif (avec ses distorsions cognitives et schémas cognitifs). La remédiation renforce l'efficacité des soins. Le principe est de stopper les pensées automatiques néfastes, de développer des pensées alternatives aux pensées automatiques du sujet, en faisant le lien discours interne – émotion. Les pensées automatiques sont déroulées au maximum pour en extraire l'essence par la technique de la flèche descendante, disputées par le moyen d'un questionnement socratique, afin d'amener le sujet à prendre du recul face à ses pensées et à reconsidérer la croyance qu'il peut avoir en elles. Il s'agit de susciter le doute dans les croyances. Les effets attendus de la conduite sont mis en parallèle des effets réels, surtout aux effets à moyen et long terme, afin de sortir des fausses croyances.

Elles constituent souvent un préalable aux techniques comportementales, bien que celles-ci aient été développées avant. La restructuration cognitive peut également avoir comme objet les stimuli. Ceux-ci activent une envie de conduite addictive, et par cascade, la possible recherche de la conduite. On travaille aussi sur le renforcement de l'estime de soi, et du sentiment de compétence, mis à mal. La motivation du sujet est à évaluer également, et à préciser.

Les techniques de TCC dites de 3^{ème} vague peuvent aussi être utilisées (ACT et pleine conscience). La flexibilité psychologique est au centre de l'Hexaflex et est la cible de la thérapie. En pratique, la différence se fait sur l'objectif : la pleine conscience ne travaille pas sur le changement pour le changement, mais pour un changement orienté vers un retour aux pleines possibilités (renouer avec la flexibilité), notamment celles qui importent (valeurs). La motivation est accrue, puisque l'objectif engage le comportement vers les valeurs du sujet.

Les techniques de méditation en pleine conscience sont indiquées dans la prévention des rechutes, sur quelques séances (environ 8), pour des groupes de taille moyenne (8-10 patients). Les séances sont centrées sur le *craving*, avec un travail sur le repérage des émotions et l'impulsivité. Un travail de pleine conscience permet de sortir des automatismes comportementaux notamment. On constate que ces techniques sont applicables en prévention de la rechute, mais également en dehors. La méditation *mindfulness* permet une double régulation : cognitive et émotionnelle, et vise à se

focaliser entièrement sur l'expérience présente, en l'explorant dans sa totalité, avec une « curiosité bienveillante » sans juger de ses caractéristiques, ni chercher à élaborer autour. Elle nécessite de s'ouvrir à l'expérience. La thérapie d'acceptation et d'engagement intervient alors pour que l'expérience soit acceptée telle qu'elle est. L'attention se porte sur les phénomènes externes (stimuli intéroceptifs et sensoriels) et internes (cognitions, pensées et images mentales, et émotions). La pleine conscience permet, de fait, l'arrêt du « pilotage automatique ». Elle développe la flexibilité comportementale, mais aussi la flexibilité cognitive. La pleine conscience permet le développement de l'attention (autorégulation : attention soutenue, flexibilité, inhibition et centration volontaire : méthode de régulation émotionnelle), de la concentration, et de l'acceptation. Elle améliore aussi la mémoire de travail. Elle suppose une auto-observation de ses propres comportements, et de son fonctionnement. La pleine conscience développe les habiletés métacognitives, c'est-à-dire les compétences du sujet à prendre du recul sur lui-même, ce qu'il fait, pense, ressent.

La régulation cognitive permet aux sujets méditants de mieux identifier le début des pensées négatives, ce qui en limite l'évolution vers des cycles prolongés de ruminations, ruminations qui entretiennent une affectivité négative. Les pensées intrusives, abstraites et générales, caractéristiques des ruminations, sont réduites au profit d'une augmentation des pensées concrètes et expérientielles, plutôt caractéristiques de pensées adaptatives. La pratique de la méditation améliore les processus exécutifs d'inhibition et de flexibilité cognitive, la flexibilité cognitive étant définie comme « la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente pour s'engager activement dans une autre tâche » (Heeren *et al.* 2010 ; Moore *et al.* 2009).

Une meilleure régulation émotionnelle est possible (Jimenez, 2010, cité dans Lassignardie 2013) par l'exploration des émotions, la reconnaissance, la dénomination, puis l'acceptation de ces émotions, afin ensuite, de s'en décentrer. La régulation émotionnelle permet de développer des capacités accrues d'acceptation, de recul et de modulation envers les émotions douloureuses. Jimenez (Jimenez *et al.* 2010) a suggéré que la pratique méditative de pleine conscience favoriserait une régulation émotionnelle adaptative grâce à une conscience de l'émotion au moment-même, sans recours au cognitif (Bondolfi *et al.* 2011). La méditation pleine conscience se veut fondamentalement différente des autres stratégies de régulation émotionnelle que sont la suppression des émotions ou la « réévaluation cognitive », la réinterprétation, (Chambers *et al.* 2009), en ce qu'elle fonctionne par l'acceptation de l'émotion. En effet, elle se base sur le postulat que la détresse résulte plus de la lutte et de la non-acceptation de l'émotion que de l'émotion en elle-même. Accepter l'émotion conduit à une diminution de son intensité. Dans ce sens, la pratique d'observation simple, isolée, sans mouvement, peut être considérée comme une forme d'exposition aux émotions, exposition selon la modalité émotionnelle et expérientielle de la 3^{ème} vague, un

engagement, avec acceptation. Durant l'exposition, se centrer sur l'expérience émotionnelle diminuerait l'intensité émotionnelle, alors que se centrer sur les éléments sensoriels, perceptuels, cognitifs l'augmenterait.

Après apprentissage de la pleine conscience, les réactions émotionnelles sont moins intenses que celles des témoins, toutes valences confondues (positive, neutre, négative) (Taylor 2011). La pleine conscience réduit les comportements agressifs (Borders *et al.* 2010). De plus, les émotions positives sont développées. Par ailleurs, les pratiquants présenteraient de bonnes capacités à distinguer une émotion d'une sensation corporelle et pourraient décrire la nature complexe des états émotionnels (Bishop *et al.* 2004).

Sachant que dans la plupart des souffrances psychologiques, quelle qu'en soit leur nature, la rumination et la dérégulation émotionnelle sont des facteurs aggravants, la pleine conscience présente donc un réel intérêt en tant qu'outil adjuvant aux différentes prises en charge. Il n'y a donc pas réellement de but ou d'objectif en *mindfulness*. Elle ne vise pas tant la modification des émotions et cognitions mais la relation, l'attitude, souvent douloureuse, que le sujet entretient avec celles-ci. L'inconfort provoqué par certaines émotions ou pensées est mieux toléré. On ne lutte pas, on accepte. L'intensité du *craving*, agissant comme une émotion, s'en trouve diminuée et le *craving* mieux supporté. Par ailleurs, le sujet s'aperçoit également que le *craving* est un état passager qui s'estompe puis disparaît. La pratique agirait sur le *craving* mais aussi sur les prises de décisions et la recherche automatique de la conduite lors de stimuli (Witkiewitz *et al.* 2014). Elle permet une moindre réactivité aux *cues*, et au stress en général, et une flexibilité accrue dans les réponses. Elle élève le seuil d'intolérance à l'inconfort (diminution de l'évitement ou de la suppression des pensées désagréables notamment) et en augmente la conscience. Les études sur les techniques de *mindfulness* en addictologie concluent en l'intérêt que peuvent avoir ces techniques, surtout dans le champ de l'alcool (Skanavi *et al.* 2011; Bowen *et al.* 2009 ; Zgierska *et al.* 2008; Garland *et al.* 2010), mais aussi des troubles du comportement alimentaire et du jeu pathologique (Witkiewitz *et al.* 2014 ; de Lisle *et al.* 2012). Les limites de ces techniques sont : une consommation active, la présence de troubles neurocognitifs, l'incapacité à pratiquer seul à domicile. Ces techniques ne sont pas conseillées aux sujets qui présentent une tendance à la dissociation ou à ceux souffrant de phobies de type intéroceptif (puisque exploration intéroceptive).

Dans son rapport de 2004, l'Inserm met en évidence une efficacité des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool – déjà démontrée auparavant (ANAES et SFA 2001) -, une efficacité à court terme dans la prise en charge de la boulimie nerveuse, une présomption d'efficacité dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Depuis, de

nombreuses études continuent de démontrer l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, tant en groupe qu'individuelles, dans les diverses conduites addictives existantes (Graziani et Romo 2013; Bieling, McCabe, et Antony 2013), par le biais d'un entraînement aux stratégies de *coping*, à la gestion des émotions, à la prévention de la rechute (Rahoui et Reynaud 2006), à la gestion des situations à risque, etc. Les TCCs se sont montrées efficaces pour les individus présentant un trouble lié à l'usage de substance psycho-active, mais aussi présentant un trouble à la pratique de jeu de hasard et d'argent (Rash *et al.* 2014 ; Battersby *et al.* 2013 ; Cowlshaw *et al.* 2012 ; Gooding *et al.* 2009), présentant un trouble lié à l'usage de benzodiazépines (Gosselin *et al.* 2006 ; Otto *et al.* 2010), présentant des achats compulsifs (Mueller *et al.* 2008 ; Tavares *et al.* 2008 ; Black 2007), présentant un trouble des conduites alimentaires (Fairburn *et al.* 2013 ; Byrne 2014), présentant un trouble lié à l'utilisation d'Internet (Du *et al.* 2010; Young 2013), etc.

Le travail psychothérapeutique peut également porter sur « des techniques d'affirmation de soi et de réduction de l'anxiété sociale » (Inserm 2004), notamment pour les patients alcoolo-dépendants. En effet, l'anxiété, voire la phobie sociale, est une comorbidité fréquente des patients dépendants en général et les TCCs se sont montrées efficaces également dans ces problématiques de manque d'affirmation de soi et de phobie sociale (Cariou-Rognant *et al.* 2014 ; Bieling *et al.* 2009; Camart *et al.* 2006). En effet, selon une étude, 10 % des sujets dépendants à l'alcool présentaient un trouble anxieux et 3,2 % présentaient une phobie sociale (Michel Lejoyeux 2013). Dans l'étude de Bolton (Bolton *et al.* 2006), sur 5877 sujets dépendants – SPA -, 1477, soit environ 25 %, présentent également des troubles anxieux. Dans celle de Shapira (Shapira *et al.* 2000), sur 20 sujets ayant une utilisation problématique d'Internet : 12, soit 60 %, présentaient également un trouble anxieux, 8 - 40 % - présentant une phobie sociale. Pour comparaison : dans la population générale, on observe un trouble anxieux actuel chez 15 % des 18-65 ans, et un trouble anxieux sur la vie entière chez 21 % d'entre eux (0,6 % et 1,8 % respectivement en ce qui concerne particulièrement la phobie sociale (HAS 2007).

Une prise en charge d'orientation cognitivo-comportementale offre l'avantage d'un cadre, d'objectifs thérapeutiques clairs, de techniques et compétences qui se personnalisent, que le sujet s'approprie et qui développent le sentiment d'efficacité personnelle, ainsi que d'autonomie personnelle. Il s'agit d'une thérapie ancrée dans le temps présent, intéressante au vu de la relation au temps de ces sujets. Le versant comportemental permet de jouer sur la résistance. Proposant d'être dans le « faire », cette attitude améliore l'observance aux soins. Toutefois, la démarche TCC se veut véritablement complète et adaptée à chaque sujet. Elle travaillera avec un pan

comportemental, mais aussi cognitif, émotionnel et corporel. Cette approche est basée sur la collaboration, avec des objectifs thérapeutiques déterminés par le sujet, le rendant acteur de sa prise en charge. Ainsi, l'objectif de réduction des risques et de consommation contrôlée est possible ; l'abstinence n'est pas obligatoire. Cette réflexion autour des objectifs, ainsi que le versant de restructuration cognitive de ce modèle, sollicitent des capacités de raisonnement et d'abstraction. Un travail sur la résolution de problèmes, tel qu'effectué en TCC, est plutôt pointé comme permettant une meilleure observance. L'efficacité des TCCs est grevée par la non-réalisation des tâches, cette non-observance relevant de multiples motifs : motivation au changement trop minime, vie désorganisée, tâches jugées trop complexes ou incomprises, ou incompréhension de l'importance de la réalisation des tâches (Bieling *et al.* 2009).

Les TCCs se déclinent : elles se prêtent à une prise en charge individuelle aussi bien que groupale. Pour une pathologie donnée, elles suivent des protocoles bien établis (Bieling *et al.* 2009). Une prise en charge groupale par TCC peut intervenir en complément d'une prise en charge individuelle, quelle qu'en soit l'orientation. Elle fait l'objet de rupture de soins, comme un soin individuel.

La prise en charge cognitivo-comportementale apparaît donc comme un des outils dans la prise en charge globale du patient dépendant. Celle-ci n'exclut pas, et s'enrichit même par l'adjonction d'approches complémentaires : psychothérapie d'orientation analytique, psychodynamique, motivationnelle (Carruzzo *et al.* 2009), solutionniste (F.-X. Poudat 2000), etc.

2. Approche motivationnelle

La motivation est « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'activité d'un comportement ainsi que la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement » (Larousse). Elle est également définie comme « la probabilité qu'un individu fasse, maintienne et adhère à un changement spécifique » (Miller, 1991, 1999, cité dans Rousseau-Salvador 2014).

Différentes théories concernent la motivation : entretien motivationnel de Miller et Rollnick, modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente, théorie de la réactance psychologique de Brehm, théorie de protection de soi de Bem, théorie de l'efficacité personnelle de Bandura, etc.

L'entretien motivationnel, ou EM, développé par Miller et Rollnick (Rollnick *et al.* 2009), est une « méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et résoudre son ambivalence ». Il ne s'agit pas d'une méthode spécifique à l'addictologie mais d'une méthode employable pour toutes problématiques. L'EM se

revendique être un mode relationnel plus qu'une thérapie à proprement parler. C'est un entretien guidé, par son questionnement, son information et son écoute. Il est dirigé vers un objectif, celui d'accompagner le sujet à s'engager dans le changement d'un comportement supposé délétère pour lui. L'esprit de l'EM repose sur quatre notions représentées par l'acronyme PACE (paix, en latin), pour : *Partnership*-partenariat, *Acceptance*-non jugement, *Compassion*-altruisme, *Evocation*-évocation. C'est un processus collaboratif entre le patient et le thérapeute. L'orientation choisie se veut conduire au bien-être du sujet. L'EM mène à un choix informé. Le thérapeute montre une acceptation de l'autre, fait preuve d'empathie, soutient l'autonomie du sujet et la valorise. La relation fait émerger et souligne les ressources du sujet. Les compétences développées par l'EM s'appuient sur des questions OUvertes, la Valorisation des actions engagées par le sujet, l'Ecoute réflexive et le Résumé, schématisées par l'acronyme OUVÉR (Rogers). De la sorte, le thérapeute aide le sujet à verbaliser ce qu'il pense et ressent. Il écoute, avec empathie. Il vérifie qu'il saisit le contenu des propos. Il interroge, et guide le sujet à la réflexion et à la remise en cause de ses croyances. Les questions ouvertes apportent, outre de l'information sans suggestion implicite de réponse comme dans certaines questions fermées, un support à la relation et à l'échange. Le thérapeute ne se focalise pas prématurément sur ce qu'il pense être problématique, ni sur les raisons sous-jacentes. Il fait préciser le problème et ce qui fait que c'en est un. Il reflète le propos (reflet simple, amplifié, double, recadrage) et ose des hypothèses vis-à-vis de ce que pense le sujet. Si elles sont inexactes, il s'ajuste, et se rapproche de la solution. Il résume ce qu'il comprend pour vérifier ce qui est juste, en choisissant ce qu'il énonce pour souligner certains aspects. Les éléments du discours en faveur du changement sont reflétés. Il sonde aussi bien les pensées que les émotions. Il valorise et renforce les actions entreprises dans le sens du changement et des valeurs du sujet. L'EM, aujourd'hui (évolution du modèle), s'appuie sur les concepts principaux que sont l'ambivalence, le discours-changement (Amrhein), le discours-maintien (Moyers), la dissonance et le réflexe correcteur. L'ambivalence est cet état oscillant entre changement et *statu-quo*. Tout sujet est ambivalent. C'est un phénomène naturel, chaque individu possède un avis partagé sur un thème. L'EM insiste sur l'exploration de cette ambivalence. L'écart existant entre la situation actuelle (*statu-quo*), source de satisfaction immédiate, et la situation-objectif (changement), source de satisfaction à long terme, relève du principe de divergence. Il existe six catégories de discours-changement : Désir, Capacité, Raisons, Besoins, engagement et premiers pas. Ces catégories reprennent les déclarations d'auto-motivation en direction du changement. Les quatre premières catégories (DCRB) sont des formes de pré-engagement dans le changement. À l'autre extrémité, se situe le discours-maintien, composé d'éléments en faveur du *statu quo*. L'EM met en œuvre quatre processus, thérapeutiques, d'action, plus ou moins de façon chronologiques, les premiers

représentant un socle. Il s'agit de l'engagement dans la relation, de la focalisation, de l'évocation et de la planification. L'engagement parle du temps de la rencontre. L'étape consiste à écouter, pour appréhender au mieux le patient, ses souhaits, ses choix, ses valeurs surtout. La focalisation implique de s'accorder sur la direction visée, en guidant vers du souhaitable et réaliste. L'évocation est la phase de verbalisation des motivations à changer, la phase d'exploration. C'est l'étape-clé du processus. Elle met à jour les éléments du discours préparatoire au changement et ceux du discours de mobilisation. Selon le discours, l'objectif est de résoudre l'ambivalence ou de planifier le changement (engagement suffisant). Si l'écart entre situation actuelle et situation souhaitée est peu important, on dit que la divergence est faible ; à l'inverse, un écart important correspond à une divergence importante. La divergence, par le constat du fossé entre ces situations (réelles et désirées), provoque un état de tension désagréable. Le comportement addictif (satisfaction immédiate) se trouve confronté à la réalisation d'actions en accord avec les valeurs personnelles (satisfaction à long terme). L'importance (l'envie) accordée au changement en découle. Plus l'écart est important, plus il est important pour le sujet de changer. L'importance accordée au changement et la confiance que le sujet a en ses capacités de changement sont deux notions capitales. La motivation est corrélée positivement à la divergence. Le travail thérapeutique consiste donc à la développer et l'accroître. La motivation se trouve dans les valeurs. Le travail thérapeutique s'applique par conséquent à les chercher et à les explorer. Elles apparaissent dans le discours si on le clarifie suffisamment (Rousseau-Salvador 2014). Le style de l'EM, par son questionnement, permet d'identifier les fondamentaux du sujet. Une fois les valeurs repérées, le thérapeute suscite un « discours-changement » par la confrontation de la situation actuelle et des valeurs qu'elle bafoue. Chaque évocation d'un discours DCRB nourrit l'engagement, et augmente davantage la probabilité de premiers pas vers le changement, mais le discours DCRB n'est pas prédictif directement de changement. Engagement et premiers pas sont prédictifs de changement. Un faible engagement suggère de reprendre le discours DCRB et d'explorer encore un peu plus. Chaque item DCRB est interrogé, par des questions ouvertes, pour faire émerger les motivations et idées. Le discours-changement est favorisé. Il révèle et s'appuie constamment sur les valeurs du sujet. Les actions en direction du changement sont renforcées et encouragées. Lorsque le changement ne parvient pas à être effectif, on parle de dissonance au changement. La dissonance représente l'opposition dans la relation thérapeutique, autrefois appelée « résistance ». Il s'agit de l'ambivalence à la résistance au changement. Quand la dissonance apparaît, il convient de « rouler avec », ou de « danser » avec. Le soignant peut reprendre sur un thème neutre par exemple, mais il n'entre pas en confrontation avec le patient. En réalité, la dissonance n'appartient pas au patient seul, mais à la relation entre celui-ci et le soignant. La motivation est malléable et se constitue dans le contexte de la relation. Du fait de

l'ambivalence, si le thérapeute insiste et cherche à persuader, s'il prend une position haute, le patient prendra le contre-pied et s'affirmera dans un positionnement opposé, qui n'était pas obligatoirement le sien initialement, de façon systématique et quasi réflexe (théorie de la réactance psychologique de Brehm). Il faut éviter d'adopter ce réflexe correcteur. Le discours-maintien est prépondérant. Percevoir la dissonance oblige le thérapeute à adapter la relation avec le patient, sous peine d'impasse. Il ne s'agit pas pour lui d'avancer ses propres arguments, c'est au patient de le faire. L'orientation du changement n'est pas imposée en entretien motivationnel. Patient et thérapeute agissent en collaboration, mais c'est le patient qui décide et fait ses choix. C'est à lui de nommer et résoudre son ambivalence. Le patient est intrinsèquement acteur de son soin. Le thérapeute ne prescrit pas de tâches ou d'exercices, mais il insiste, valorise et étoffe l'autonomie du patient. Trois composantes sont indispensables pour engager le processus de changement, c'est le « *ready, willing, able* » (Rollnick *et al.*, 1999, cité dans Bieling *et al.* 2009). L'envie seule ne suffit pas, le patient doit également se sentir prêt et capable. S'il manque un élément de cette triade, le changement ne parvient pas à s'opérer, ou difficilement. Le travail sur l'ambivalence est souvent réalisé à l'aide d'une balance décisionnelle (Janis et Mann), parfois pensée avec la famille entière pour une approche systémique. Elle pèse les avantages et inconvénients du *statu-quo* et du changement, pour analyser ce que le patient pense perdre et gagner. Elle permet un support au travail cognitif, sur les attentes à l'égard de la conduite addictive, sur les freins et peurs concernant le changement. On peut aussi construire un tableau à trois entrées : prêt, envie, capable, en développant pour chaque item les arguments en faveur et en défaveur. Lors de cet exercice, le thérapeute est vigilant et recherche les « mais » du discours du patient qui annulent toute possibilité de changement et valident le *statu quo*. Récemment, l'intérêt de la balance décisionnelle a été remis en question, soulevant même l'idée qu'elle serait délétère (Gaume *et al.* 2014). Elle diminuerait l'engagement vers le changement chez le sujet ambivalent et pourrait majorer encore l'engagement chez un sujet stabilisé dans une phase d'engagement (Miller *et al.* 2015). La planification s'opère quand le discours-changement bascule dans un mode de mobilisation.

L'entretien motivationnel partage de nombreux points théoriques avec d'autres courants.

Il existe de grandes similarités avec le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente : niveaux de motivation, stratégies thérapeutiques en lien, normalité de l'ambivalence, nécessité de soigner la relation pour éviter la résistance ou dissonance. Le modèle de Prochaska et DiClemente décrit 6 stades de motivation : pré-contemplation/intention (pas de prise de conscience du problème ; aucune pensée autour du changement), contemplation/intention (prise de conscience d'un problème, pense à changer mais pas d'engagement pris en cette direction, ambivalence maximale), décision/détermination/préparation (volonté de changement ; prise de décision : planifie

le changement, l'organise et le réfléchit concrètement), action (changement en cours), maintien, rechute ou résolution (*Figure 12*). Chaque stade est décrit selon quatre paramètres : conscience du problème, sentiment d'auto-efficacité, attribution du problème (interne, externe), disposition au changement. Les processus qui conduisent au changement sont de deux ordres : expérimentaux (prise de conscience, éveil/soulagement émotionnel, réévaluation sociale : personnelle et environnementale, libération sociale : ouverture sociale) et comportementaux (contre-conditionnement : développement d'un comportement alternatif, gestion des stimuli, aide relationnelle : confiance et acceptation de l'aide, stratégies de renforcement : changement des contingences qui régulaient le comportement antérieur, libération de soi : engagement dans l'action de changement). Ce modèle se veut aussi servir de guide pour la thérapie, avec une attitude à adopter en fonction du stade dans lequel est le patient. Lorsqu'il est au stade de précontemplation, sur-estimant les inconvénients à changer, le thérapeute se retrouve avec un rôle « nourricier ». Lors de l'état de contemplation, le thérapeute travaille sur de la restructuration cognitive *via* le raisonnement socratique. En contemplation et préparation, le travail est cognitivo-comportemental. L'étape permettant de passer en stade de préparation se fait par intervention d'un éveil de conscience, d'une libération de soi et d'un éveil émotionnel. Le thérapeute tient une position de « coaching », anticipant et interrogeant le projet. En état d'action ou de maintien, le thérapeute fait du soutien (Norcross *et al.* 2011). Le stade motivationnel pré-traitement tend à donner une information sur l'efficacité thérapeutique. En soins, on estime qu'il y a 40 % de patients en stade de précontemplation, 40 % en contemplation et seulement 20 % au stade d'action (Velicer *et al.* 1995). Ce constat pousse à réfléchir par stade motivationnel en l'appréciant, plus qu'en attribuant un stade d'action par défaut du fait des soins.

Ce modèle de Prochaska et DiClemente est critiqué du fait de son approche catégorielle, arguant que la mesure de motivation est plus basée sur un continuum, avec la difficulté de savoir quelle catégorie correspond au patient et par-là de la pertinence-même de ces catégories construites.

La théorie de l'auto-détermination de Ryan et Deci pourrait représenter la théorie sous-jacente de la méthode relationnelle qu'est l'EM. Le postulat de Deci et Ryan est que l'être humain éprouve le besoin primaire de se sentir auto-déterminé, c'est-à-dire de se percevoir comme la principale cause de son comportement. Par conséquent, si le besoin est menacé ou repoussé, le sujet réagit et se mobilise pour retrouver sa liberté de choix. Il s'agit du concept de la « réactance psychologique ». Si un sujet croit que le résultat de son comportement dépend de son implication personnelle (motivation autonome, auto-déterminée), il se montrera plus enclin à se mobiliser par rapport à un autre qui pense qu'action et résultats sont indépendants (motivation contrôlée). L'EM s'appuie sur ce concept. La théorie de Ryan et Deci ne repose pas sur des stades motivationnels successifs donc,

mais sur des types de motivation (autonome : intrinsèque et internalisée ; contrôlée : extrinsèque et introjectée).

Malgré le dogme existant en addictologie d'une définition pouvant se résumer à la perte de contrôle sur le comportement ainsi que sa poursuite en dépit de ses conséquences négatives, il semblerait qu'en réalité, il n'existe pas de véritable perte de contrôle.

Selon différentes théories de la motivation, il s'agirait plutôt d'états mouvants de motivation, motivation-état, sur fond de motivation-trait, fortement influencés par les croyances et pensées automatiques liées au produit (Skog, cité dans Graziani *et al.* 2013). La motivation-trait est une motivation générale ; la motivation-état intervient dans un contexte donné à risque de pratique de la conduite. Le sujet expérimente des allers-retours entre les différents stades avant de se stabiliser. Les croyances du sujet le conduisent à la prise de décision, au choix, de consommer. La stratégie thérapeutique diffère selon le statut motivationnel. La construction d'un choix thérapeutique fait intervenir des variables situationnelles, dispositionnelles, contextuelles, et le support social.

Différents phénomènes mesurables sont disponibles. Il existe plusieurs échelles élaborées pour apprécier la motivation. Certains questionnaires, tests, ou échelles, apprécient la motivation au changement, de manière globale et générale, l'*University of Rhode Island Change Assessment Scale*, ou URICA, par exemple. D'autres sont plus spécifiques. Il en existe sur la motivation au changement en addictologie. Le questionnaire SOCRATES, *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*, est dévolu aux conduites addictives « produit », alcool ou drogues ; le *Readiness to Change Questionnaire*, ou RCQ, a été conçu pour les troubles liés à l'usage d'alcool. Concernant le trouble lié à l'usage de tabac, les tests de Richmond, Khimji, Demaria, Grimaldi et Lagrue et Watts (HAS 2014) évaluent la motivation au changement. Les questionnaires *Readiness and Motivation Interview*, ou RMI, *Readiness and Motivation Questionnaire*, ou RMQ, et *Eating Disorders State Of Change Questionnaire*, ou EDSOCQ, sont plus précis et spécifiques aux TCA (Hoetzel *et al.* 2013). Ces derniers peuvent pointer une action à l'encontre d'un comportement-symptôme bien défini mais pas à un autre, par exemple : arrêter les crises de boulimie mais ne pas modifier les comportements de restriction alimentaire. Les scores aux questionnaires RMI, RMQ et ANSOCQ sont prédictifs de la trajectoire clinique. ANSOCQ prédit également la prise de poids et RMI et RMQ prédisent l'arrêt inattendu des soins ou leur complétion (Hoetzel *et al.* 2013).

Une échelle numérique simple peut être utilisée comme objet mesurable, pour nombre de paramètres : échelle de l'importance, échelle de la confiance en ses capacités. Ces échelles offrent l'avantage supplémentaire de pouvoir interroger la réponse : « pourquoi la note 1 et pas 0 ? », par exemple.

Mener un entretien motivationnel selon Miller et Rollnick augmente la probabilité de débiter des soins, de les maintenir et de les mener à terme (Wulfert *et al.* 2006). La motivation serait donc un facteur prédictif de l'observance des soins. L'EM est conçu comme une approche relationnelle et non pas comme une thérapie. Miller et Rollnick n'ont pas imaginé de thérapie uniquement basée sur la pratique de l'EM. Tout naturellement, par conséquent, l'efficacité d'une approche thérapeutique uniquement guidée par l'EM ne fait pas consensus. L'EM est toutefois fréquemment associé, en tant que mode relationnel, à une approche thérapeutique. Les GTCC, notamment, se sont vus complétés d'une approche motivationnelle afin d'en améliorer l'observance. Les résultats ne sont cependant pas univoques (Carruzzo *et al.* 2009 ; Westra *et al.* 2009 ; Allen *et al.* 2012 ; Inserm 2008).

3. Groupe thérapeutique

La « psychothérapie de groupe » se développe depuis le milieu du 20^{ème} siècle (Moreno). Moreno, grand amateur de théâtre, ébauche alors le psychodrame. La notion de dynamique de groupe est ensuite élaborée (Lewin). La psychothérapie de groupe trouve rapidement sa place aux Etats-Unis et s'installe en Europe (Foulkes, Bion) sous la deuxième guerre mondiale, du fait de l'impossibilité de proposer une psychothérapie individuelle à chacun. En France, l'étude des groupes est relayée par Anzieu (illusion groupale), Kaës (appareil psychique groupal), et Rouchy notamment, mais aussi Lebovici, Diatkine, etc. Par la suite, le groupe est analysé en tant qu'objet et lieu de soins (Marc *et al.* 2014).

La littérature montre que les prises en charge groupales sont tout aussi efficaces que les prises en charge individuelles (Gooding *et al.* 2009). Toutefois, bien souvent, le groupe est un soin complémentaire, et la prise en charge ne se résume pas à ce seul soin. De façon plus pragmatique, les prises en charge groupales permettent un gain de temps et de coût (Bieling *et al.* 2009; Sobell 2011).

Selon Yalom (Yalom *et al.* 2008), une psychothérapie de groupe possède dix avantages que sont : instillation d'espoir (membres « modèles » d'amélioration, changement), universalité, altruisme, psychoéducation, construction d'une cohésion de groupe, socialisation, imitation, identification du groupe au milieu familial/environnemental, apprentissage interpersonnel (interaction), *catharsis*. L'appartenance à un groupe est un besoin fondamental pour l'homme : besoin d'inclusion (reconnu comme membre de groupe), de contrôle (de soi et interaction), de relations intimes (amour,

amitié...). Plus un groupe est cohésif, en équilibre, plus il a de chances d'atteindre ses objectifs. Il porte une force de changement au sujet, propice à sa mise en œuvre. Il agit comme un amplificateur. Par conséquent, un des enjeux capital pour les thérapeutes est de construire cette cohésion au sein du groupe. Il est indispensable de maintenir le groupe comme un tout centré sur lui-même en évitant « la casse » (Anzieu), c'est-à-dire le refus de fonctionnement groupal (par focus sur un ennemi extérieur, sur l'échange entre deux participants uniquement, du fait de questions individuelles) (Monjauze 2011). Pour Yalom, la cohésion n'est pas seulement une force et une variable du groupe, elle est la condition *sine qua non* à l'émergence des autres paramètres de travail (auto-divulgateur, participation, prise de risque, productivité, fréquentation régulière, observance aux exercices, *feedback*). Elle permet à chaque membre de prendre sa responsabilité quant à ce qui se passe dans le groupe, notamment dans le sens du changement. Des études ont montré qu'une cohésion basse était associée à une issue moins favorable. Le groupe permet de s'appuyer sur un support social et une pression sociale pour changer, par influence sur le comportement de l'autre, ce qui le différencie du soin individuel. Le groupe fonctionne par la participation de chacun de ses membres (patients essentiellement si possible), par support, *feedback*, conseil. Le thérapeute a un rôle dans la dynamique, en tant que membre du groupe, thérapeute et donc superviseur et chef d'orchestre. Les autres fonctions des thérapeutes sont d'écouter, reformuler et réguler les interactions. Elles distinguent un groupe thérapeutique d'un groupe associatif, de *self-help*..., dans lesquels il n'existe pas d'individu assigné à la régulation des interactions. Un autre intérêt du groupe thérapeutique est la possibilité qu'il propose de *catharsis*, c'est-à-dire la libération, la purification, dans l'expression et le déchargement des émotions contenues, dont le sujet prend alors conscience. Par ailleurs, le groupe permet une spontanéité créatrice.

Le groupe est l'entité première, spécifique, la matrice dans laquelle naît l'individualité (Foulkes) et le champ dans lequel évolue l'individu. Il s'agit de l'espace où se fondent l'intersubjectivité et la subjectivité. Le groupe est un espace transitionnel, entre l'individu et le collectif. Le groupe précède le sujet. Il ne se réduit pas à la somme des parties, mais se compose également des interactions qu'il contient. Tout changement significatif pour un membre induit une répercussion pour les autres. Il existe une entité psychique groupale. Le groupe a pour fonction d'être une aire transitionnelle, un lieu de sécurisation, de soutien et de contenance, de délimitation, de régulation. Une dynamique s'installe dans le groupe, avec des alliances, des coalitions, des exclusions, etc. L'individu dans le groupe oscille entre le pôle isomorphie (« je fais tout comme le groupe ») et l'homomorphie (« je suis différent même si nous avons des points communs »). Le groupe confronte à l'autre, confronte à la relation. Cette dernière, une fois appréhendée dans le milieu sécurisé du groupe, peut être exportée à l'extérieur. L'individu est constamment en lien, en communication, avec un autre et

n'existe que dans cette relation. Le groupe fait office de niveau significatif de la réalité psychosociale, répondant à des règles ne pouvant être déduites de l'individu. Evoluer dans un groupe, c'est commencer à appréhender la réalité quotidienne à travers cette micro-réalité qu'il représente et développer son adaptation sociale et relationnelle. Cela conduit à la remise en mouvement de processus de développement jusque là entravé(s), agissant pour l'épanouissement des potentialités. Le groupe ouvre à l'action, à la mise en acte, et non seulement à la verbalisation, comme c'est souvent le cas en thérapie individuelle. L'appareil psychique groupal est vivant. Le tiers est utilisé comme support et traducteur de l'émotion. Il fait office de miroir maternel. Le groupe étaye la construction d'un espace psychique, par ses fonctions de contenant de la pensée et de pare-excitation (Koepp 2001). L'individu parvient à se développer une enveloppe propre, en s'appuyant sur celle du groupe. Le groupe sécurise l'espace et rend donc le sujet disponible à cette construction. Par la pluralité des intervenants et participants, plusieurs identifications sont possibles, pouvant aller jusqu'à une identification aux imagos parentales. Le groupe favorise la relation, le lien, la socialisation. Il permet le développement de systèmes de croyances, dans la confrontation à l'inter-subjectivité (Billard 2006). L'exposition aux situations phobogènes, par le jeu de rôles, permet d'obtenir l'habituation et l'extinction de l'angoisse. Cette modalité semble donc être un outil à ne pas négliger pour la prise en charge de patients, d'autant plus chez des patients qui s'inscrivent dans des pathologies du lien. Le groupe thérapeutique scande le temps, propose un espace et un moment. Les dates sont prédéfinies, selon une régularité contenant et sécurisante. Un cadre l'entoure, garant du respect des règles (respect de ce qui est dit, de la confidentialité, de l'assiduité et de la ponctualité), des limites, permettant une sécurité enjoignant à l'apaisement et à la relation. Le cadre institutionnel se veut contenant et résistant, mais aussi élastique et souple. L'histoire du patient s'inscrit dans celle de l'histoire de l'institution (Marc *et al.* 2014).

La difficulté d'un groupe thérapeutique, pour les thérapeutes, est de faire participer tous les membres, de façon quasi simultanée pour créer un ensemble et non de manière individuelle, les uns après les autres, sans liant. La cohésion de groupe se crée par le fait que chaque membre y participe et partage. En racontant leurs expériences, les membres font le constat de leurs points communs. Ils développent des identifications et renforcent la cohésion. Toutefois, livrer son histoire nécessite déjà un environnement reconnu comme un minimum sécurisant pour que les participants s'y essaient. Il est du rôle des thérapeutes d'induire cet environnement bienveillant. Pour les participants, observer le comportement d'un autre, c'est aussi se mettre en observateur d'un comportement que le sujet peut adopter lui-même, ce qui permet une prise de recul qu'il ne parvient peut-être pas à prendre seul. Il est important de regarder les interactions se jouer et de les mettre à profit. Le groupe étant moteur, il convient de savoir comment utiliser les interactions en son sein et de les utiliser dans le

sens du changement. Un des objectifs du groupe est que les membres du groupe deviennent la principale source de renforcement et de support (et non les thérapeutes).

C. Trajectoire de soin

1. Démarche de soin

a) Chiffres

En pratique, très peu de sujets présentant une conduite addictive viennent en soins.

Moins de 10 % des sujets concernés par un trouble lié à l'usage de l'alcool sont en soins pour cette difficulté en Europe (SFA *et al.* 2015). 7 à 12 % des joueurs pathologiques américains diagnostiqués ont demandé des soins (professionnels ou association *Gambling Anonymous*) (GIBS et NESARC, cité dans Inserm 2008) et 10 % des joueurs pathologiques australiens (Victorian Responsible Gambling Foundation 2014). Seuls 10 % des jeunes ayant une conduite addictive de jeu en réseau consulteraient (Bonnaire *et al.* 2009). La moitié des personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires est en soins (HAS *et al.* 2010).

Pour autant, les conséquences de ces pathologies sont lourdes, et le pronostic souvent engagé. 49.000 personnes décèdent par an de conséquences d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, et 78.000 d'un trouble lié à l'usage de tabac (Ribassin-Majed *et al.* 2015). Il existerait 10 à 30 % de rémissions spontanées en alcool, ce qui est vrai aussi pour les consommateurs de cocaïne. On ne connaît pas encore à l'heure actuelle les variables qui participent à cette évolution. Pour ceux qui sont traités, une règle des tiers est observée avec, à un an de suivi, un tiers des sujets qui rechute, un tiers qui devient abstinents, un tiers dont l'évolution est intermédiaire avec de moindres dommages et l'atteinte de leur objectif à deux ans pour 50 % d'entre eux (Batel 2015). 5 % des sujets présentant une anorexie mentale en décèdent à long terme (INPES 2008), avec un risque léthal de 0,5 % par année d'évolution (HAS *et al.* 2010) tandis que 10 à 25 % se chronicisent (troubles qui se poursuivent sur au moins cinq ans). De façon identique, un tiers des joueurs problématiques connaît une sortie d'addiction sans aide (superposables aux autres addictions) et 3 % des individus sous traitement connaissent cette issue (Slutske *et al.* 2010).

b) Démarche de soin en psychiatrie

Dans la population psychiatrique tout-venant (Andrade *et al.* 2014), qui connaît aussi une faible proportion de sujets traités comparativement à ceux qui en présenteraient le besoin, une faible perception du besoin de consulter est un argument fréquemment retrouvé expliquant l'absence de recours aux soins en tant que démarche initiale de soins, notamment chez les sujets présentant une symptomatologie modérée. Pour autant, percevoir ses difficultés psychiques ne garantit pas la démarche de soins. La prévalence de la perception de nécessité d'aide sans recherche de traitement pour autant est de 6,5-7,1 % (Sareen *et al.* 2007). Chez ceux qui constatent la nécessité de traitement et qui présentent une symptomatologie modérée, l'obstacle le plus fréquent est le désir de résoudre le problème par soi-même (63,8 %), puis la croyance que le problème n'est pas « sévère » et qu'il va se régler par lui-même. Chez les sujets présentant une symptomatologie sévère, les principales barrières sont plus financières et autour des soins possibles et disponibles. Andrade montre que les deux arguments « désir de résoudre le problème par soi-même » et « problème non sévère » prédisposent, de plus, à la présence d'autres freins. En outre, il observe que les femmes et les jeunes ont plus de facilité à reconnaître le besoin de soins. Dans cette étude, 77 % des sujets avaient arrêté unilatéralement un soin, mais la grande majorité en avait repris un ailleurs, soit un taux de non-observance aux soins faible de 12,8 %.

En ce qui concerne l'arrêt des soins initiés, dont le taux est important en psychiatrie générale, il interviendrait le plus souvent du fait de cette volonté de faire seul (50,2 %) puis du fait d'un sentiment d'inefficacité du traitement (39,3 %), d'expériences négatives avec les soignants, d'une insatisfaction envers les soins et du coût financier. Les patients qui ont déjà eu un traitement auparavant demeurent septiques quant à l'efficacité d'une prise en charge. Ils refusent un positionnement passif et demandent à être entendus dans leur expertise d'eux-mêmes et leur propre évaluation de la situation. Selon l'étude européenne ESEMeD, réalisée entre 2001 et 2003, presque un tiers (32,2 %) de la population interrogée répond penser que les soins d'un professionnel n'apportent aucune aide voire aggravent les problèmes. Une minorité de cet échantillon (36,4 %) répond qu'elle consulterait de façon certaine si elle présentait des troubles émotionnels (ten Have *et al.* 2009), pour une majorité (70,9 %) qui consulterait probablement malgré ces cognitions. Ces résultats varient grandement en fonction du pays d'appartenance du sujet et à l'intérieur même de ceux-ci. L'absence d'information et de connaissances de la population est pointée et pourrait œuvrer en ce sens. Toutes ces croyances conduisent les sujets à se montrer réticents par la suite pour demander des soins pour eux-même. De plus, les patients psychiatriques sont victimes de stigmatisation. Il existe une corrélation positive entre un antécédent de soin et la démarche de soins,

entre le sexe féminin et la démarche de soins et la croyance en l'efficacité de ceux-ci, de même que chez les jeunes. Il existe une association entre la démarche de soins, lorsque les sujets répondent qu'ils iraient consulter s'ils présentaient un trouble émotionnel, et les diagnostics de troubles de l'humeur, de façon positive, et de troubles liés à l'usage d'alcool, de façon négative. Il existe un lien entre la croyance d'une efficacité des soins et le diagnostic de troubles de l'humeur. En revanche, il n'en existe pas entre un antécédent de soin et la perception d'une efficacité des soins. Les anciens usagers de soins sont donc plus enclins à une démarche de soins même s'ils n'en perçoivent pas l'efficacité. Les principaux obstacles sont de l'ordre de : souhaiter résoudre le problème par soi-même ou penser que le problème va disparaître de lui-même. Ce dernier frein est plus souvent avancé par les individus ne présentant pas de troubles mentaux.

c) Démarche de soin en addictologie

Dans le champ addictologique, 93,6 % des personnes qui présentaient un trouble lié à l'usage de SPA en 2007 ne discernent pas la nécessité de soins (SAMHSA 2007). Environ un tiers des individus qui ressentent le besoin de soins pour un trouble lié à l'usage d'alcool n'en bénéficie pas, pour diverses raisons (parce qu'ils ne se sentent pas prêt à arrêter par exemple). Par conséquent, 4,6 % des personnes présentant un tel trouble le ressentent mais ne font pas la démarche et 1,8 % le perçoivent et en font la démarche.

Freins à la démarche

Les freins à la démarche de soins évoqués par les sujets présentant un trouble addictif rejoignent ceux de la population psychiatrique générale. Il s'agit du déni des troubles, de la croyance à pouvoir contrôler par soi-même la conduite addictive, de l'absence de souhait de changement, de honte, d'un sentiment de stigmatisation, de la difficulté à évoquer les problèmes personnels, de l'incertitude à l'égard de l'efficacité des prises en charge voire la croyance que le traitement est inefficace (en général et / ou les concernant), de la peur de ce traitement, notamment par sa non-connaissance et les difficultés à trouver des informations, de leur coût et leur accès (temps, géographie) (Khazaal 2010 ; Inserm 2008 ; Giroux *et al.* 2014 ; Slutske *et al.* 2010 ; SAMHSA 2007). L'entourage peut représenter un obstacle par un comportement renforçant la conduite addictive chez le patient, voire punissant ses tentatives de changement.

L'*insight* est la capacité pour un sujet de percevoir avec perspicacité les mouvements conflictuels internes, qui restent internalisés sans pouvoir être projetés vers l'extérieur. L'*insight* est parfois traduit par « introspection », ou son défaut par « déni ». Le déni est un concept qui se rapproche de l'anosognosie et de la négligence que l'on retrouve dans d'autres pathologies, à la différence que ces dernières possèdent un substratum neurologique alors que le déni est un processus inconscient psychodynamique. Une « mauvaise interprétation d'une situation » peut être comprise comme une mauvaise perception des éléments de la réalité, un raisonnement inadapté ou un mécanisme défensif. On peut comprendre l'*insight* comme une métacognition, une aptitude à établir un jugement sur ses propres performances, ses connaissances ou croyances sur ses propres processus cognitifs (Dervaux 2015). Il existerait plusieurs types d'*insight*. L'*insight* émotionnel serait superposable à la notion d'alexithymie. La capacité d'introspection est médiocre chez certains sujets addicts, ce qui se traduit par l'absence de reconnaissance du problème, la sous-estimation des difficultés et/ou la sur-estimation des capacités propres de gestion. Interrogés, 82 % des joueurs pathologiques pensent pouvoir « s'en sortir par eux-mêmes » (Sobell 1991, dans Inserm 2008). Très souvent, il existe un véritable fossé entre le discours du patient et celui de son entourage. 94,6 % des sujets présentant une conduite addictive ne ressentent pas la nécessité de soins, 1,7 % la ressent et a fait une démarche en ce sens et 3,7 % la ressentent mais n'ont pas fait de démarche (SAMHSA 2007). Par conséquent, il s'agit d'un concept important car il influence la démarche de soins. L'*insight* est évaluable par différents moyens : tâches cognitives et/ou comportementales, questionnaires. Elle peut être travaillée et améliorée par la psychothérapie (*biofeedback*) mais aussi par des traitements médicamenteux (baclofène) ou de neurostimulation (rTMS). Lors de ces tests/expériences, les sujets montrant des capacités d'introspection limitées présentent une tendance à adopter des réponses automatiques lors de l'exposition à des stimuli addictifs, et des difficultés à percevoir les déterminants de leurs comportements addictifs. Nombreux sont les patients qui n'ont pas conscience des stimuli en lien avec leur pratique de dépendance et ne parviennent pas à comprendre le déroulé de leur rechute ou de la séquence addictive en général. On constate un déficit d'activation dans l'aire cérébrale responsable de la réponse cérébrale aux erreurs (aire cingulaire antérieure) chez les patients alexithymiques notamment. Dans de telles évaluations, il est fréquent que les sujets addicts n'aient pas conscience et ne reconnaissent pas les erreurs commises. Ces anomalies se normalisent après sevrage. On observe des facultés métacognitives plus faibles chez les joueurs pathologiques par rapport aux témoins. Les joueurs ont tendance à avoir confiance en leurs résultats, avec une illusion de contrôle. Pourtant, ils présentent des capacités d'apprentissage plus faibles (Dervaux 2015). De bonnes capacités d'*insight* sont connues pour être un facteur de bonne observance chez les patients schizophrènes (défaut d'*insight* chez 60 % d'entre eux). On peut

retrouver des obstacles cognitifs aux différentes étapes : démarche, poursuite, maintien du soin. Le processus addictif est associé à une rigidité cognitive et à une perte de la flexibilité cognitive. On retrouve des atteintes exécutives chez les patientes présentant une anorexie mentale restrictive (flexibilité mentale, inhibition cognitive, prise de décision, capacités visuo-spatiales, mémoire verbale en situation émotionnelle). La cohérence centrale, c'est-à-dire la capacité d'intégration globale des informations et de leur mise en sens, est atteinte chez ces patientes (Cholet *et al.* 2013).

Les barrières cognitives aux soins sont différentes selon l'état de motivation. On fait le constat que les sujets présentant un niveau bas de motivation ont aussi un fonctionnement exécutif altéré, avec un déficit d'inhibition, de flexibilité mentale, de résolution de problèmes et d'abstraction. Un fonctionnement exécutif minimal est pourtant requis pour travailler. Des troubles de la mémoire épisodique peuvent maintenir le sujet en état de précontemplation, des troubles des fonctions exécutives au stade de contemplation, des troubles dans la prise de décision au stade d'action (Le Berre *et al.* 2012). Il existe un lien entre la motivation au changement et l'issue des soins à l'encontre de la conduite addictive. Une motivation élevée serait prédictive d'un engagement dans une démarche de soins (DiClemente 1999 cité dans Le Berre *et al.* 2012). Pour autant, on constate une diversité de niveau d'engagement motivationnel chez les individus qui entrent en soins. Le niveau d'engagement est aux prises de facteurs personnels et environnementaux dont le stress perçu, l'intensité perçue de la conduite addictive, le retentissement de la conduite et les attentes positives envers l'issue du traitement. Des capacités de fonctionnement intellectuel, de fonctions exécutives et de mémoire prédisent une plus grande motivation chez les patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Ces patients montrent des épreuves verbales de mémoire épisodique perturbées, comme pour les épreuves de méta-mémoire, de prise de décision et les tâches exécutives. Une basse conscience des troubles est associée à un déficit de recollection consciente (mémoire épisodique), d'où un maintien au stade de pré-contemplation. Les difficultés dans la prise de décision se traduisent par des difficultés à anticiper le futur. Le comportement du sujet s'oriente alors vers des plaisirs immédiats (conduite addictive). Lorsque l'on apprécie le niveau motivationnel chez des sujets qui terminent un sevrage de substance psychoactive, le niveau motivationnel moyen de la population fait état d'un stade d'action. En y regardant plus attentivement, plusieurs sujets sont cependant aux stades de précontemplation et contemplation. La motivation est différente chez les patients en démarche de soins (DiClemente *et al.* 2009). Le concept de motivation inclut une multiplicité de paramètres : intentions, croyances, attentes, processus de prise de décision, engagement, intentions actées, efficacité, régulation personnelle. L'agir vers le changement est aussi le témoin de la confiance du sujet en lui-même considérant ses

capacités à changer. Etre prêt pour changer et la motivation au changement sont liés et s'influencent réciproquement. Un environnement étayant aide à sortir du stade de précontemplation. Le *craving*, l'intensité de la conduite, le stress perçu et le sentiment d'efficacité personnelle, par contre, ne sont pas associés au stade de précontemplation. Le *craving* est une variable augmentant les postures et attitudes en contemplation. *Craving* et stress perçu interfèrent avec l'engagement dans le changement. Un important stress perçu (sentiment de contrôle) et un bas sentiment d'efficacité personnelle diminuent l'engagement vers le changement.

Le *World Drug Report* (United Nations 2015) interroge la croyance, populaire ou soignante, de l'inefficacité des soins portés aux sujets présentant une conduite addictive. Elle serait en lien avec le caractère chronique de la pathologie et la discontinuité des suivis. Lors des ruptures dans le suivi, les reprises de contact se font dans des moments aigus de crises, ce qui alimente la croyance d'une inefficacité des soins. La proportion minimale de sujets en soins pourrait aussi prendre base dans la difficulté des soignants à identifier la pathologie et à en parler. 24 % (n = 113) des joueurs problématiques pensent que leur médecin généraliste ne peut pas les aider par rapport à leur pratique de jeu, 51 % pensent que « peut-être » et 21 % pensent que « oui » (Sullivan *et al.* 2007).

Nombre de patients se « perdent » du fait du dogme, passé, d'un objectif souverain d'abstinence. 25 à 50 % des sujets présentant un trouble lié à l'usage d'alcool souhaiteraient réduire leur consommation, contre 50 % qui privilégieraient l'abstinence (SAMHSA 2007). Pour Sobell (Sobell 2011), 75 % des sujets présentant un trouble lié à l'usage de substance psychoactive sont demandeurs d'une consommation contrôlée (Sobell 2011). 87 % pensent que choisir leur but est une bonne chose (Sobell 2011). Cette croyance que l'abstinence est la seule réponse possible entre en confrontation avec l'objectif personnel du patient, pouvant induire une autre croyance : celle que cet objectif leur est inatteignable (sentiment d'efficacité personnelle médiocre). Ils n'y « croient pas » et trouve l'objectif « trop violent » (SAMHSA 2007). Par conséquent, ils ne se sentent pas prêts à s'engager. Ces patients ne viennent donc pas aux soins. Or, comme dit précédemment, les modèles ont évolué et un objectif de réduction de la consommation / réduction des risques est possible, voire recommandé par différentes instances (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE ; *European Federation of Addiction Societies*, EUFAS), en tant qu'alternative (Dervaux 2013). Le choix de l'objectif des soins est à laisser au patient. Les succès de prise en charge sont statistiquement plus importants lorsque l'objectif atteint coïncide avec l'objectif du patient (SFA *et al.* 2015). La pratique contrôlée a fait la preuve de son efficacité dans les troubles

liés à l'usage d'une substance psychoactive et dans le jeu pathologique, dans l'atteinte de l'objectif fixé (Dowling *et al.* 2009).

Moteurs de la démarche

Les modèles théoriques du comportement de recherche d'aide suggèrent une marche vers la demande d'aide. Cette marche avance par étapes : expérience du symptôme, évaluation de sa sévérité et de son retentissement, appréciation de la nécessité d'un traitement, puis de la faisabilité et des options de ce traitement, jusqu'à la décision de le rechercher et de s'engager dans la démarche de soins (Goldberg *et al.* 1980 cité dans Sareen *et al.* 2007). La démarche vers une équipe psychiatrique se fait le plus souvent par l'intermédiaire du médecin traitant (Amaddeo *et al.* 2001), du moins dans une proportion importante, ou du patient lui-même (Volpe *et al.* 2014). La demande de soins émane du patient dans presque 75 % des cas (Volpe *et al.* 2014).

La majorité des personnes qui consulte pour jeu pathologique le fait sur orientation de la famille (Lupi *et al.* 2014).

Souvent, cette demande d'aide (jeu pathologique) survient lors d'une crise (Dunn *et al.* 2012), après plusieurs années (Khazaal 2010). Cunningham (1994, cité dans Kirouac *et al.* 2014) dénombre 10 raisons pour expliquer la demande et la recherche de soins, raisons relevant de facteurs externes (perte travail...) ou internes (c'est devenu une drogue). Il s'agit de remarques de l'entourage proche, du sentiment d'avoir « touché le fond » (« *hitting rock bottom* »), d'une réflexion personnelle autour des avantages et inconvénients de la conduite, de l'expérience d'un événement de vie traumatisant, de vivre un changement majeur de mode de vie, de constater l'ivresse de quelqu'un, d'être alerté de sa conduite par un médecin, de connaître quelqu'un qui a diminué ou arrêté la conduite avec succès, de connaître des problèmes de santé, de vivre une expérience religieuse. Plusieurs facteurs peuvent précipiter le changement. La notion de « *hitting rock bottom* » est la combinaison de ces facteurs. Ce concept, largement déployé dans la culture commune, est un construit individuel. Il s'agit du moment où le sujet atteint un point culminant, notion somme toute très relative et subjective, du retentissement dommageable de sa conduite addictive. Il existe un mythe selon lequel les soins ne seraient possibles qu'à cet instant. L'information délivrée par les thérapeutes va à l'encontre de cette croyance et ils enjoignent les sujets et leurs proches à se manifester le plus précocement possible. « Toucher le fond » est toutefois un facteur de bonne adhésion aux soins. Selon Kirouac (Kirouac *et al.* 2014), quatre facteurs interviennent dans la notion de « toucher le fond » : le réseau social (social, amical, familial), les problèmes de santé (physiques, psychiques et émotionnels), les facteurs contextuels et environnementaux (problèmes

d'emploi, de finance, de logement, judiciaires-légaux), les crises existentielles (conflits de valeurs et identitaires). Ces facteurs sont superposables à ceux de Cunningham. La réévaluation cognitive de la situation (incluant la motivation, le SEP, la balance décisionnelle) est aussi un paramètre entrant en compte. La motivation joue un rôle complexe de par sa nature de notion dynamique. Il n'existe pas de consensus sur le lien entre le SEP et le concept de « toucher le fond » dans la démarche de soins.

La principale motivation aux soins chez les joueurs pathologiques serait le retentissement financier. Ensuite, les raisons invoquées sont : les affects négatifs et tristes, les conflits générés par la conduite, le retentissement professionnel, judiciaire, somatique, le sentiment de perte de contrôle et le sentiment de perte d'intérêt du jeu (Giroux *et al.* 2014 ; Slutske *et al.* 2010).

2. Arrêt du soin

a) Définitions

Une des difficultés relatives à l'étude des « abandons », des « arrêts prématurés » des soins, des mauvaises compliance, observance ou encore adhésion, etc., est la disparité des définitions de ces termes et de la méthodologie des études de fait. La comparaison inter-études achoppe sur cette question de sémantique et de multiplicité de termes. De plus, ces termes sont souvent utilisés indifféremment alors qu'ils recouvrent des notions différentes.

« Observance » est la traduction française du terme anglais « *Compliance* », d'où les confusions. L'observance fait référence au comportement, observable, qui se veut en conformité des prescriptions médicales et les suit (Tarquinio *et al.* 2007). La compliance se différencie par la notion supplémentaire de « soumission » au soin. L'adhésion aux soins, niveau méta, signe une approbation réfléchie (Lamouroux *et al.* 2005).

Observance, compliance, adhésion, ne sont pas stables dans le temps, mais sont bien des notions évolutives et dynamiques, jugées sur un instant T.

b) Chiffres

En population psychiatrique générale, le taux de non-observance des soins est de 20 à 70 % (Jensen *et al.* 2014 ; Gearing *et al.* 2014).

L'étude de Stark (Stark 1992) pointe plus de 50 % d'arrêts prématurés chez les patients addicts le premier mois de prise en charge. Seules 36 % des admissions pour troubles liés à l'usage d'une

substance psycho-active complètent un traitement ambulatoire, avec une moyenne de durée de soins de moins de 90 jours (SAMHSA 2008 cité dans McKay *et al.* 2010), soit 64 % qui arrêtent. L'arrêt des soins a augmenté, en Grande-Bretagne, passant de 7,2 % en 1988 à 9,6 % en 2001. En parallèle, les arrêts de soins décidés avec le médecin sont en diminution.

L'interruption des soins dans une population de patients présentant une anorexie mentale est de 4 à 27,6 % en ce qui concerne la thérapie familiale, de 8 % pour des soins basés sur un manuel de thérapie cognitive, jusque 100 % pour une thérapeutique faite de conseils diététiques, et de 30 à 40 % lors des soins groupaux (Dejong *et al.* 2012).

Il est toutefois important de souligner que les reprises de contact dans l'année ont augmenté, passant de 22,9 % à 48,6 % ($p < 0.001$) entre 1998 et 2001, principalement chez des sujets plus âgés et après une première expérience de soins. Dans ce cas, les délais de contact sont plus rapides que lors de la première démarche de soins (Beynon *et al.* 2006).

Ces chiffres sur l'arrêt prématuré des soins, bien qu'habituels en terme de santé mentale, et sonnant une modalité relationnelle connue du sujet dépendant, amènent tout de même à se questionner sur la rupture de soins des patients d'addictologie qui suivent ces groupes de TCC.

c) Déterminants de l'arrêt des soins

Il existe de nombreuses études sur l'abandon des soins. Elles se distinguent notamment par leur population-cible (santé mentale, addictologie, SPA, comportements,...) et par le type de soin (groupe, individuel, psychodynamique, TCC, ...) évalués.

Les variables impliquées dans l'observance aux soins sont : la maladie, le patient, le traitement, le thérapeute, la relation patient-thérapeute, le système de soins.

Il existe différents moments de rupture de soins : certaines personnes arrêtent inopinément les soins en début de prise en charge, certaines autres plutôt en fin (Jensen *et al.* 2014). Comme cité, Stark (Stark 1992) a observé un taux de 50 % d'arrêt de soins lors du premier mois. Dejong constate aussi, dans une étude auprès de patients présentant un trouble des conduites alimentaires, que les arrêts de soin surviennent le plus souvent en début de prise en charge (Dejong *et al.* 2012). Peu d'études se sont attachées à analyser ces populations pour comprendre les paramètres en cause et les résultats ne sont pas consensuels sur une éventuelle différence dans les caractéristiques de ces personnes. Les personnes qui arrêtent dès le début des soins présenteraient une intensité de la conduite addictive très marquée alors que celles qui arrêtent vers la fin ressembleraient sensiblement à celles qui terminent.

Les obstacles à la démarche initiale de soins peuvent, une fois le soin initié, resurgir et être l'occasion de ruptures de soins. Les motifs d'un arrêt inattendu de soins peuvent être les mêmes que les motifs de non-démarche de soins (cf. *Démarche de soins*).

Caractéristiques liées au sujet

Certaines caractéristiques socio-démographiques sont à risque de non-observance aux soins : jeune âge, sexe féminin (*a priori*, mais sans consensus) (cité dans Padyab *et al.* 2015), statut socio-économique défavorisé, bas niveau d'éducation, absence d'emploi, absence de formation scolaire.

Les patients présentant des comorbidités psychiatriques seraient plus à risque (Bandini *et al.* 2006 ; Stark 1992). Des traits de personnalité (désinhibition, méfiance, auto-agressivité, faible estime de soi) et des troubles de la personnalité (antisociale et borderline) sont retrouvés de façon significative (Ball *et al.* 2006).

Les attentes positives que le sujet a envers sa conduite addictive font barrière à la démarche de soins, de même que les attentes négatives d'une modification de comportement. Concernant l'arrêt du tabac dans la population générale, les principales réticences se situent au niveau du plaisir et de l'anxiolyse du tabac, de la gestion du *craving*, des symptômes de sevrage, avec irritabilité, possibilité de prendre du poids, habitude et peur de l'échec. Dans une population jugée plus vulnérable (présence de facteurs de risques tels que situation sociale précaire, comorbidité psychiatrique, antécédent judiciaire, jeune âge,...), les appréhensions au sevrage en tabac tournent autour du plaisir de fumer, de l'absence de soutien perçu et de la forte prévalence de la consommation de tabac, dont l'acceptation est importante, dans le groupe. Un groupe de TCC de joueurs a été étudié (Dunn *et al.* 2012). Il semblerait qu'il existe plus de risque de rupture de soins lorsque le jeu est motivé par le plaisir ou les interactions sociales, qu'il y ait mauvaise observance aux tâches prescrites, jeu comme évitement de problèmes personnels ou évitement d'une humeur dysphorique, haut niveau de honte et de culpabilité, stade de motivation précoce.

Leung (Leung *et al.* 1999) avance la motivation, l'*insight* et l'ambivalence à l'égard des soins, comme facteurs prédictifs du résultat d'une prise en charge chez les anorexiques en groupe de TCC.

La motivation et des conflits avec l'équipe sont les explications les plus souvent avancées par les patients, consommateurs de SPA et suivant une prise en charge psychosociale, pour expliquer l'arrêt des soins, bien avant la sévérité des symptômes ou des difficultés logistiques (Ball *et al.* 2006). Une faible motivation est un facteur de risque. Les sujets qui arrêtent avant la fin des soins présenteraient une motivation moindre (Evans *et al.* 2009). La motivation est un facteur prédictif de changement. De plus, la motivation est en lien avec l'amélioration symptomatologique (Penberthy

et al. 2007). Dans une étude sur le sevrage en tabac, une motivation basse ne ressort pourtant que dans la population présentant une comorbidité psychiatrique. Cette population présenterait un frein de type identitaire et d'appartenance en lien avec le tabac (Twyman *et al.* 2014).

À ces paramètres, on peut ajouter l'ambivalence au changement (Pekarik 1992 ; Bergeron *et al.* 1997 ; Palmer *et al.* 2009 ; Brorson *et al.* 2013). Macdonald (Macdonald *et al.* 2012) insiste encore sur la réticence et la résistance au changement de ces patientes TCA sur fond de déni de la pathologie, avec une motivation aux soins très limitée.

L'ancienneté et le type de la conduite addictive ont un impact sur la trajectoire de soins. Le niveau et la nature de la substance psycho-active pourraient moduler le parcours de soin. Patients hospitalisés et ambulatoires s'accordent à penser qu'un début précoce des consommations, une consommation sévère et des poly-consommations sont à fort risque de mauvaise observance (Ball *et al.* 2006). L'observance diminue avec le temps et l'évolution de la pathologie. De même, lorsque les patients vont mieux, ils ont tendance à négliger les soins et à les arrêter. Les facteurs liés au sujet (consommation importante, ambivalence), pour les soins de conduites addictives aux SPA, interviennent plus que les facteurs liés au cadre de la thérapie, ce qui est plus souligné par les praticiens que par les patients eux-mêmes (Palmer *et al.* 2009).

L'impulsivité influence la trajectoire de l'observance aux soins. Les études soulignent le rôle majeur de l'inhibition cognitive, de la prise de délai et de la prise de décision pour atteindre l'objectif et le maintenir (Stevens *et al.* 2014; Bouvard 1998 cité dans Cariou-Rognant *et al.* 2014).

Caractéristiques liées à l'environnement et au contexte

L'alliance thérapeutique est un processus interactionnel par lequel patient et thérapeute « expriment cognitivement et affectivement et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement » (Duruz 1994). Une mauvaise alliance patient-soignant, en addictologie comme en santé mentale en général, conduit à des taux plus importants d'arrêt prématuré des soins (Edlund *et al.* 2002 ; Brorson *et al.* 2013).

Au-delà de la relation au thérapeute et du soutien qu'il perçoit de celle-ci, le sujet isolé, sans soutien social perçu, est plus à risque d'arrêter les soins de façon inopinée que le sujet entouré. De plus, avoir un bon entourage social qui soit soutenant prédit une meilleure issue des soins (cité dans Kirouac *et al.* 2014).

Les soins se heurtent aux réalités du travail et aux obligations familiales (McKay 2009 cité dans McKay *et al.* 2010), mais aussi à l'éloignement géographique, au transport et à l'aspect financier.

Ils sont aussi grévés par la difficulté à avoir à disposition un système opérant de prise en charge (Edlund *et al.* 2002).

Caractéristiques liées au traitement

Ces caractéristiques parlent des représentations que tout un chacun se fait d'un soin utile et efficace. L'étude de Sobell (Sobell 2011) met en exergue des cognitions et comportements des patients à l'encontre des soins de groupe. Elle constate que les patients sont moins enclins à des soins groupaux : seuls 33,3 % des patients interrogés lors du suivi à M12 d'une prise en charge individuelle répondent qu'ils auraient participé si on les avait assignés à un groupe. Lors de cette même évaluation de suivi, interrogés sur leur préférence de soins, 91,9 % des patients en traitement individuel auraient choisi un soin individuel si on leur avait donné le choix ainsi que 59,2 % des patients en traitement de groupe. Seuls 5,8 % des patients en soin individuel auraient préféré un soin groupal et 38,2 % des patients en groupe thérapeutique auraient demandé un soin groupal. En outre, 75,4 % des sujets en soin individuel et 65,5 % des sujets en soin groupal auraient souhaité qu'on leur laisse le choix plutôt que d'être assignés. D'ailleurs, on note plus d'arrêts de prise en charge lors de l'annonce du type de soin (groupe thérapeutique). En fin de groupe, les participants, quel que soit leur soin, désireraient poursuivre les soins, avec une prédominance non significative des sujets en soin groupal. Il est évident qu'un soin groupal par définition est centré sur le groupe et non sur l'individu. Par conséquent, il est possible que certains sujets se sentent lésés par ce traitement et éprouvent le sentiment de recevoir moins d'attention que lors d'un soin individuel. Les patients de la prise en charge en groupe cotent plus utiles que les patients de prise en charge individuelle les outils de soins tels que les lectures, les exercices à faire à domicile, etc. Cette donnée ne permet pas, toutefois, a priori du moins, de rendre cette population plus observante de leur prise en charge. On note un lien entre l'observance aux exercices à domicile et l'issue du traitement, mais aussi des variations qui sont fonction de la façon dont les exercices sont faits. L'observance à ces exercices est dépendante de la perception du patient de l'efficacité et de la pertinence de ce qui lui est demandé et de sa confiance en sa capacité à compléter l'exercice. Elle augmente si le thérapeute informe, explique et argumente. L'observance est meilleure si le sujet comprend pourquoi il fait ses exercices, et peut-être d'autant plus s'il leur est dit que de les remplir va accélérer le chemin vers le changement.

L'observance est également meilleure si le sujet est en accord avec l'objectif du traitement (Slutske *et al.* 2010), notamment quant au choix abstinence/pratique contrôlée.

Le cadre de soins agit sur la rupture de soins par un période trop longue sur la liste d'attente (supérieure à 14 jours), par ses horaires, par son lieu géographique et par la durée de soins (une étude de 1 an voit plus d'arrêt qu'une étude de 3 mois). L'abandon serait plus important lors d'une première prise en charge (Fédération addiction 2013). La probabilité de terminer une prise en charge, comme convenu, est supérieure lorsqu'il s'agit de thérapies brèves institutionnelles, plutôt que de soins ambulatoires (SAMHA 2005). Dans ces études, les thérapies enjoignant le moins d'abandon semblent être les thérapies familiales (Dejong *et al.* 2012). Des interventions motivationnelles telles que l'envoi d'un courrier après un rendez-vous non honoré favorisent un retour aux soins, par un renforcement positif important et le développement de l'estime de soi.

Les personnes en obligations/injonctions de soins sont encore plus à risque d'abandon des soins (Beynon *et al.* 2006).

d) Conséquences de l'arrêt prématuré

Considérer l'abandon d'une prise en charge de groupe, c'est s'interroger et considérer son impact sur le sujet, mais évidemment également sur l'ensemble du groupe. Qu'advient-il de la dynamique de groupe ? Comment se sentir confortable dans un groupe afin de dévoiler des éléments de l'ordre de l'intime s'il est empreint de mouvements réguliers ? Ceci doit d'autant plus attirer notre attention au regard de la population accueillie dans ces groupes où l'abandon peut faire écho à l'histoire personnelle. Concernant plus particulièrement le groupe EAS, et dans un groupe ouvert, comment prendre le temps d'un jeu de rôle lorsque l'on accueille une à plusieurs personnes dans une séance ? Pour le patient lui-même, le retentissement d'une prise en charge avortée n'est pas consensuel selon les études.

Pour certains auteurs (Dunn *et al.* 2012), certains sujets pourraient tirer un bénéfice d'une prise en charge, même écourtée, avec une amélioration de leur capacité à gérer le comportement. Ces sujets présenteraient des ressources supérieures aux autres sujets et des capacités de fonctionnement plus importantes (Evans *et al.* 2009).

Si l'on compare la rupture de soins en addictologie avec celle de psychiatrie générale, on constate des disparités. Dans un soin de psychothérapie, même si le patient stoppe les soins sans l'assentiment de son thérapeute, les séances effectuées lui ont été profitables, car le changement se constate dès la première consultation puis continue à augmenter progressivement. S'il en est ainsi pour les soins de psychiatrie générale, le phénomène ne serait pas superposable pour les soins d'addictologie, pour lesquels un bénéfice ne serait pas observable les trois premiers mois (cité dans Brorson *et al.* 2013).

L'arrêt unilatéral des soins, à l'initiative du patient, n'est pas favorable au sujet. Il conduit à une rémission partielle, un risque de rechute accru, un retour aux soins, la répétition d'arrêts des soins avec des soins qui perdent en efficacité, un sentiment de dépréciation (Padyab *et al.* 2015 ; Gearing *et al.* 2014).

Arrêter prématurément des soins peut également induire des pensées erronées et attribuer à la prise en charge la responsabilité d'une trajectoire de soins défavorable. Le sujet peut penser ensuite, par phénomène de reconstruction, que la prise en charge est inefficace et perdre ainsi confiance en les soins. L'abandon des soins peut être l'objet de rationalisation « j'ai arrêté, car c'était inefficace ». À un autre niveau, il est plus difficile parfois pour les soignants de s'investir dans des soins pour quelqu'un qui a déjà arrêté de façon non entendue au préalable.

D. Soins addictologiques sur le CHU de Nantes

Le CHU de Nantes dispose d'un service d'Addictologie depuis de nombreuses années. Les médecins qui y travaillent ont à cœur de développer les connaissances sur le sujet afin de prendre en charge leurs patients de la meilleure façon qui soit. Dans cette dynamique, de nombreuses recherches ont été, sont (et seront) réalisées dans ce vaste champ qu'est l'Addictologie. Actif sur des sujets de débat (addictions au jeu de hasard et d'argent, aux jeux vidéo, au sexe, au sport, aux sectes, ...), le CHU de Nantes se positionne comme partie prenante du paysage de l'Addictologie française (Vénisse et Grall-Bronnec 2012, etc.).

Les prises en charge par le service d'Addictologie du CHU de Nantes sont toutes motivées, à savoir : par un courrier du patient lui-même et par un autre du médecin qui l'adresse. En sus des consultations spécialisées d'Addictologie, le CHU de Nantes propose des hospitalisations à temps complet, des hospitalisations de jour et des activités thérapeutiques à temps partiel (ATTP) en ambulatoire pour compléter la prise en charge individuelle. Les modalités de la prise en charge sont décidées après évaluation par le praticien référent.

L'indication à un groupe thérapeutique cognitivo-comportemental, en ATTP, est faite par le praticien référent (médecin, psychologue, interne) du service d'Addictologie. Il existe trois groupes thérapeutiques cognitivo-comportementaux, qui se distinguent par leur orientation cognitivo-comportementale, deux sont spécifiques à un type d'addiction (addiction sexuelle et jeu pathologique), le troisième est plus trans-nosographique et destiné aux patients dépendants qui

présentent un défaut d'assertivité (groupe d'entraînement à l'affirmation de soi ou groupe EAS). Le CHU de Nantes est riche de l'expérience de ses praticiens, les Dr Grall-Bronnec (Bouju *et al.* 2014 ; Caillon *et al.* 2014; Grall-Bronnec *et al.* 2012) et Dr Poudat (Poudat 2009 ; Poudat 2011), qui « animent » ces groupes depuis plusieurs années, maîtrisant à la fois l'approche des thérapies cognitivo-comportementales et les problématiques addictives, avec l'aide de l'équipe infirmière ou de psychologues.

Une fois le groupe indiqué, le praticien référent renseigne les praticiens animateurs du groupe de cette nouvelle indication en inscrivant le nom du patient sur une liste d'attente. Le patient est ensuite contacté, différemment selon les groupes.

Pour le groupe EAS, il est contacté par téléphone pour lui proposer un rendez-vous pour un entretien préalable avec elle au CATTP de Barbara. Lors de cet entretien, un premier temps est pris pour donner des informations sur le groupe. Dans un second temps, le patient est invité à parler de lui, de ses difficultés, des objectifs précis à travailler en groupe. L'infirmière confirme ou infirme alors l'indication du groupe par cet entretien semi-directif. Le patient est informé de la possible attente avant qu'il ne puisse intégrer le groupe, et qu'il sera contacté lorsqu'une place se libérera pour lui.

Sur les groupes addiction sexuelle et jeu pathologique, il n'y a pas de rendez-vous préalable. Les informations concernant l'indication, les objectifs, le déroulé, etc., sont données en consultation, par le praticien référent. Les modalités pratiques sont renseignées par téléphone, mail, courrier postal.

Le groupe de joueurs pathologiques répond à un programme inspiré du protocole de Ladouceur (Ladouceur *et al.* 2013). Il s'agit d'un groupe fermé (pas de nouveau participant une fois le groupe commencé), ce qui permet de dérouler une séquence chronologique. Cela implique d'autant plus un engagement à la participation, du moins à la venue aux séances. Il a lieu un lundi soir sur deux, en fin de journée, de 17h30 à 19h30 et est ouvert à 10 participants. Deux absences sont excusées, au-delà, il faut re-questionner la participation, les disponibilités physiques ou psychiques du sujet. Le fonctionnement par séquences ordonnées, s'il n'est pas suivi régulièrement, décroche les sujets qui ne viennent pas. Le travail effectué sur ce groupe est double : il est universel, par l'abord de notions concernant le jeu, et singulier, par le partage de l'expérience propre et individuelle de chacun concernant ses notions. La séquence de jeu est analysée, de même que la notion de hasard, les situations à risque, le développement de pensées alternatives... Le travail opéré dans ce groupe consiste dans un premier temps, en une mise en lumière des pensées automatiques de chacun en lien avec le jeu principalement, puis des schémas cognitifs. Puis dans un second temps, le thérapeute les

dispute afin de révéler leur caractère erroné et irrationnel au patient. Par ce biais, il entreprend une restructuration cognitive, c'est-à-dire un retour à une flexibilité cognitive, permettant une indépendance des pensées qui ne répondront pas systématiquement au schéma cognitif dysfonctionnel. L'objectif, par ce travail cognitif, est de modifier le comportement de jeu. Lors des déroulés des séquences de jeu, les thérapeutes interrogent aussi les émotions et affects, conduisant le patient à être plus attentif à ses ressentis et à les identifier et nommer. Le travail psychothérapeutique se situe dans le groupe, lors des séances, mais également au-delà, dans le quotidien de chaque participant à qui il est demandé de réaliser des exercices entre chaque session et qui est amené par-là à constamment observer et réfléchir à ses conduites.

Le groupe d'addiction sexuelle fonctionne de façon parallèle et similaire.

Le groupe d'entraînement à l'affirmation de soi, groupe EAS, est un groupe semi-fermé/semi-ouvert c'est-à-dire qu'il s'ouvre à un nouveau patient lorsqu'un autre quitte le groupe. Il est conçu pour accueillir 10 patients. Il se réunit un vendredi matin sur deux, de 9h30 à 11h30. On y travaille sur les comportements par des jeux de rôles, sur les cognitions par de la restructuration, et sur le ressenti, l'émotionnel, lors du jeu de rôle mais également par une séance de relaxation en fin de groupe. C'est un groupe monté il y a plusieurs années.

II. Deuxième partie - Vignettes Cliniques

Trois vignettes cliniques sont présentées ci-dessous par le récit de trois sujets témoignant chacun de sa situation particulière : Jérémy, en cours de groupe (alors que le groupe est dans ses dernières séances) ; Antoine, qui a débuté un groupe sans l'avoir terminé ; Christian, qui a poursuivi le groupe jusqu'à son terme.

A. Jérémy

Jérémy, âgé de 29 ans, consulte pour conduite addictive de type jeu pathologique, de hasard et d'argent, avec quasi adresse, concernant les paris sportifs.

Jérémy est de bon contact. Il ne présente pas de bizarrerie du comportement, ni d'étrangeté. Le comportement est adapté. Le discours est fluent, sans trouble du cours du langage, du cours de la pensée, ou de la logique. Il n'y a ni discordance, ni syndrome dissociatif. Il n'existe pas d'élément délirant. Le regard est posé sur l'interlocuteur sans fuite. Le faciès est animé, la prosodie mélodieuse. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, ni d'accélération. L'humeur est neutre, elle n'est ni triste ni réellement exaltée, dépourvue de velléité suicidaire ou idées noires. Il est accessible et fait de l'humour. Jérémy se livre facilement, il est confortable dans la relation, voire en serait appétent. L'échange est libre, simple. Il n'y a pas d'anxiété ou de tension psychique perceptible, pas d'agressivité.

1. Antécédents

a) Antécédents familiaux

Médico-chirurgicaux

Père : maladie neurodégénérative (difficultés de locomotion ; mobilisation en fauteuil roulant) ; décédé des suites d'une pathologie cancéreuse lorsque Jérémy avait 16 ans.

Psychiatriques

Néant.

Addictologiques

Père : Trouble lié à la pratique du jeu (loto, cartes, jeux de grattage), intensité non précisée ; pas de soins.

Mère : Usage simple de jeux.

Cousin maternel : Trouble lié à la pratique de jeu, intensité inconnue ; pas de soins.

b) Antécédents personnels

Médico-chirurgicaux

Entorse de cheville.

Pas d'allergie.

Psychiatriques

Etat de stress aigu, puis état de stress post-traumatique chronique (2 ans), dans les suites d'une agression physique à l'âge de 21 ans. Jérémie a été agressé dans les transports en commun par des hommes non connus, avec une impotence partielle de la cheville séquellaire. Cet ESPT a été spontanément résolutif, sans soins, sans récupération *ad-integrum*, mais avec persistance de symptômes résiduels d'hypervigilance (hyperactivation neuro-végétative).

Possible épisode dépressif consécutif à une séparation (tristesse de l'humeur, anhédonie, culpabilité, dévalorisation, idées noires, « bord du suicide »), de durée non précisée ; évolution spontanément favorable, sans soins.

Addictologiques

Trouble actuel lié à la pratique du jeu, intensité modérée.

Trouble passé lié à la pratique de sport, d'intensité modérée à sévère ; pratique simple actuelle.

Trouble passé lié à la recherche affective : données insuffisantes pour pouvoir statuer (cliniquement : conséquences financières, irritabilité lors de l'impossibilité de rencontres) ; questionnement autour d'un diagnostic de personnalité avec un schéma de besoin d'approbation ou d'un diagnostic de défaut d'assertivité.

Pas de trouble lié à l'usage de SPA ; pas d'autre addiction comportementale.

2. Histoire de vie

Jérémy est né à Lyon. Il est le cadet d'une fratrie de 2. Il a une sœur aînée. Celle-ci vit en couple, a une fille, et est enceinte d'un deuxième enfant. Elle est assistante de direction.

Le père de Jérémy souffrait d'une pathologie somatique invalidante – neurodégénérative - qui ne serait pas héréditaire. Jérémy a toujours connu son père en fauteuil roulant, « malade ». Il dit de son enfance qu'elle s'est avérée « moins facile que [pour] d'autres ». Son père est décédé en 2001 des suites d'un cancer, Jérémy est alors en classe de 2^{nde}, il a 16 ans. Jérémy n'est pas préparé à un décès par néoplasie, mais la condition physique précaire de son père l'a conduit à envisager un décès malgré tout. La mère de Jérémy travaille, en CDI, pour une banque.

Jérémy ne connaît pas l'histoire familiale paternelle, qui n'est pas originaire de la région. Celle-ci n'a jamais été évoquée par son père de son vivant. Jérémy ne l'a pas questionnée. Sa mère ne la connaît pas non plus. Il sait néanmoins que son père a perdu ses propres parents (cause des décès inconnue) vers l'âge de 2-3 ans et qu'il n'a pas « eu une enfance facile ». Il aurait été élevé par une demi-sœur paternelle. La famille aurait été recomposée. Il aurait été l'un des derniers de la fratrie. Jérémy est en contact avec la seule sœur que son père appréciait. Ils ont toujours entretenus de très bons liens. Elle s'arrête souvent les voir pendant les vacances.

La famille maternelle est originaire d'un milieu rural (« des gens de la campagne »). Le grand-père maternel de Jérémy était instituteur et la grand-mère couturière.

Jérémy est entouré par plusieurs femmes dans sa vie, la seule figure masculine actuelle est celle de son grand-père maternel qu'il ne voit que peu.

Jérémy vit en couple depuis 2 ans 1/2. Il n'a pas encore d'enfant, mais projette d'en avoir.

Dans le cadre de son projet de grossesse et de maternité, la sœur de Jérémy a investigué chez elle la maladie neurodégénérative de son père, malgré une information de non-hérédité, sans que l'on ne retrouve d'argument en faveur. Jérémy a également recherché cette maladie chez lui, il y a peu, alors qu'il se sentait « très fatigué au niveau des jambes » ; les examens ne supportaient pas une telle hypothèse.

Jérémy évoque de bons résultats scolaires en début de parcours. Ses notes ont diminué lors du déménagement de la famille de Lyon à Nantes, alors qu'il avait 11 ans, puis lors du décès de son père. Il dit être passé « d'un bon élève à quelqu'un qui faisait plus rien », avoir « un peu tout lâché ». Il a redoublé sa seconde (décision prise avant le décès de son père). La motivation pour le travail scolaire s'est éteinte en terminale. Il a alors perçu sa première paye – emploi saisonnier estival -, ce qui a suscité l'envie de travailler. De plus, Jérémy a ressenti de la lassitude liée à l'école (*recherche de sensations, recherche de nouveautés*), ses résultats scolaires étaient en chute

(*hypothèse : allant à l'encontre d'idéaux exigeants*). Il a arrêté ses études en milieu de terminale (2004). Il les a reprises 2 ans ½ plus tard, à Lyon, et a alors quitté le domicile familial. Il obtient un baccalauréat professionnel en service accueil et assistance conseil.

Il travaille actuellement en CDI en tant qu'agent de caisse dans un supermarché. Il n'utilise pas sa formation dans son ensemble de compétences dans ce travail (*Schéma Précoce Inadapté, SPI, d'hypervigilance et inhibition : schéma d'idéaux exigeants avec perfectionnisme en corolaire du SPI de dépendance aux autres : schéma de besoin d'approbation*).

3. Histoire du trouble

a) Facteurs déclenchants initiaux évoqués

Les conduites de jeu ont été initiées dans l'enfance, via une culture familiale de jeu provenant du père. A domicile, Jérémy a toujours côtoyé les jeux de hasard et d'argent. Il s'agissait de grilles de loto, remplies par son père et sa mère, mais aussi de jeux de cartes, en café, avec mises d'argent, par son père. Il a des souvenirs de lotos en famille. Il réfléchissait aux grilles avec ses parents et donnait des numéros avec une notion de plaisir partagé. Le jeu était disponible et accessible. Jérémy rapporte plusieurs épisodes de gains pour son père. Il aurait notamment gagné 5-6 fois 20.000 francs (*big win*). Concernant les gains, Jérémy n'a pas souvenir que la famille en ait profité. Il pense, au contraire, que son père a rejoué l'argent.

b) Événements / Facteurs précipitant les troubles

-Récompense financière pour bons résultats scolaires, CP-CE1, 6-7 ans.

Jérémy est allé jouer cet argent au bureau de tabac dans des jeux de grattage. Il se rappelle avoir tout perdu, s'en sentir triste et en colère contre la buraliste, lui attribuant sa situation (*attribution externe/mécanisme projectif*).

« Dès que j'avais 6 ans, j'étais déjà joueur [...] J'étais bon élève [...] Ma mère m'a donné 50 frs » ; « les jeux à gratter, c'est marrant, ludique, quand on est enfant » ; « la buraliste voyait que j'étais faible, elle me disait : le prochain, c'est le bon. J'étais un petit gamin ».

-Gain lors d'un jeu en famille (grille de loto) en vacances, 8-9 ans.

-Décès du père ; début des paris sportifs en France, 16-17 ans.

Le décès du père de Jérémy, père invalide, fragile, peut-être même disqualifié, à cette période si cruciale du développement, est lourd de conséquences. L'adolescence est cette période de

reviviscence des conflits œdipiens, où l'individu, ambivalent à propos de son père, en fantasme le meurtre. La gestion de la réalité du décès est alors potentiellement délicate et peut être vécue sous le sceau de la culpabilité, conduisant à des comportements de loyauté ou de réparation. La transmission, les questions identificatoires, sont aussi questionnées. Il n'est pas anodin de constater que Jérémy s'est pris au jeu alors que son père décède, témoignant de la difficulté de se séparer de celui-ci, trouvant en la reproduction du symptôme un moyen d'être en lien et de tenir l'héritage. Au-delà de l'identification paternelle, la pratique de jeu paraît même quasi identitaire (« je suis un grand joueur [...] je suis un cas ») avec une coloration plutôt positive et valorisante. Jérémy évoque ce miroir avec une certaine dénégation, en en portant la responsabilité propre, en tant qu'individu, sans poids de l'héritage familial : « c'est moi [...] mais je le ferai pas à mes enfants ».

De même, Jérémy est un grand sportif, avec une pratique qui s'est déclenchée elle-aussi après le décès de son père, ce qui résonne face à l'impotence fonctionnelle paternelle, à son invalidité. Le sport peut apparaître comme un moyen de réassurance sur la non-présence de la maladie neurodégénérative paternelle ou en contre-pieds, comme une façon d'être douloureuse, principalement des membres inférieurs, là-encore de façon identificatoire (cf *Histoire de vie* : Jérémy et les examens somatiques prescrits pour des « faiblesses des membres inférieurs », visant à éliminer la maladie neurodégénérative de son père).

Ce décès pourrait conduire à des difficultés d'intégration de la loi, l'autorité étant représentée par le père et fournir une explication psychopathologique dynamique au développement d'une pratique pathologique du jeu (Valleur *et al.* 2006). Au vu de la trajectoire de Jérémy, cela prend son sens. Quand Jérémy parle de sa mère, il semble dire que la fonction d'autorité, la définition de limites, ne sont pas portées par elle. La sœur de Jérémy, avec qui il n'a que peu de contact, et qui n'a pas connaissance des problèmes de jeu de Jérémy, jouerait plus ce rôle si elle était plus présente dans la vie de son frère. Elle semble faire fonction de tiers.

Jérémy n'associe pas le début de ses paris sportifs au décès de son père, ni véritablement à une volonté de partage avec les pairs (*hypothèse de distorsion cognitive de pseudo-abstraction sélective, avec extraction d'un détail de la situation, détail non négatif mais d'attribution externe*). Il répond que sa pratique de paris sportifs a débuté lorsque les firmes de jeu ont développé cette nouvelle opportunité de jeu. Il est difficile de connaître la chronologie réelle des faits. Le père de Jérémy est décédé en 2001. Jérémy avait 15-16 ans. Le Cote & Match[®] s'est certes développé en 2003, mais le Loto Foot[®] existait déjà depuis 1985.

On note alors une modification de l'intérêt pour le jeu, de l'attrait et de l'objectif avec une recherche accrue de gains (*chasing*) conduisant Jérémy à délaisser les jeux de grattage au profit des

paris sportifs, jugeant les probabilités de gagner par les jeux de grattage trop minces. Jérémy connaît une phase de gains sur cette période.

« Paris sportifs parce que c'est à l'époque que ça a commencé, que ça s'est mis en place [...] en 99-2000 [...] une petite grille [...] 16 ans, avec les copains [...] plus sympa le sport ».

« Au (jeu de grattage), j'ai jamais gagné, c'est pour ça que les jeux de grattage, ça me dit plus rien [...] 1 chance sur 2.500.000 de gagner, pour 2-3 gros lots, c'est pas rentable » ; « il suffit d'une fois où on gagne un peu (300 frs) et après, c'est parti ».

« ParionsSport® [...] plus dur de gagner au loto sportif [...] plus de chance qu'à l'Euromillions® [...] moins de foot [...] une proba sur trois, c'est trop faible [...] les combos payent moins, dans le sens où je m'en sors moins bien [...] basket surtout, tennis, hand, rugby, volley... [...] quasi 1 chance sur 2 [...] pourtant, mon sport de base, c'est le foot ; j'aime tous les sports depuis tout petit ; je m'intéresse à tous les sports [...] la course à pieds... mais bon, on peut pas parier là-dessus » ; « je m'intéresse pas au sport parce que je suis joueur, je joue aux paris sportifs parce que j'aime le sport à la base ».

-Nouveau gain, après période d'arrêt, 20 ans.

-Agression, 21 ans.

Le jeu servait à détourner l'attention des pensées obsédantes.

-Rentrée d'argent : perçoit l'indemnité financière de l'agression, 7.500 euros, 23 ans.

-Séparation amoureuse, arrêt temporaire du jeu puis reprise, 26 ans.

« Je fais l'effort [...] j'ai arrêté de jouer [...] elle revient pas, donc j'ai recommencé à jouer ».

c) Facteurs historiques de maintien possibles

A un niveau sociétal, les modifications de fonctionnement des organismes de jeux participent au maintien des troubles : gains perçus immédiatement (contre plusieurs heures après, auparavant), multiplication des retransmissions de matches (« ils ont même inventé des matches de volley au Bangladesh », « y'a des matches tout le temps maintenant. C'est ça, le problème »). Jérémy ne manque pas de s'appuyer sur ces modifications pour excuser son comportement de jeu (*attribution externe*).

Au niveau de l'entourage plus ou moins proche (mère, compagne, mais aussi amis ou encore buralistes), plusieurs comportements renforcent les troubles. Mère, compagne et amis prêtent de l'argent, initialement du moins (« vu qu'en ce moment, je gagne un peu, elle (maman) ne me prête plus »), sur demande de Jérémy, ce qui enjoint le comportement à se poursuivre. Jérémy raconte aussi que sa compagne « raye une ligne » sur le carnet de comptes qu'elle tient, concernant l'argent que Jérémy lui doit, lorsqu'il la rembourse avec l'argent gagné au jeu.

« Toujours agréable quand je vois qu'elle raye une ligne. Le lendemain, je reçois un petit texto gentil, elle est contente, elle est fière de moi [...] ça donne envie de se refaire [...] Elle est fière de moi quand je ne dépense pas tout [...] même pour quelqu'un qui aime pas jouer, gagner de l'argent, c'est toujours agréable ».

L'attitude des buralistes (femmes) maintient également le jeu. Jérémy parle de plaisir alors qu'il vient retirer ses gains. Elles lui accordent un statut particulier et des faveurs particulières (*hypothèse de schémas cognitifs d'amour et d'approbation*).

« J'aime bien [...] des femmes à qui je parle bien [...] je leur achète des chocolats. Elles sont gentilles. Je leur parle souvent. [...] elles pensent que je suis sympa [...] une image que j'ai envie de donner [...] ça me fait plaisir » ; « Je viens tous les jours depuis 15 ans. Si je ne venais pas pour l'argent, que j'arrêtais le jeu, elles me remarqueraient moins. Elles me connaissent plus depuis que je joue et les chocolats [...] une forme de séduction, je sais pas ».

Dans le discours et le comportement, Jérémy témoigne de failles narcissiques en demande constante de réassurance et de revalorisation. Il est en recherche d'une position singulière, cherche à prendre une place d'exception. Il se donne une note de valeur personnelle de 7/10, tout en poursuivant « sur 20, ça fait 14, c'est pas énorme [...] c'est pas sensationnel ». Il aimerait atteindre les 9/10 (*SPI d'hypervigilance et inhibition de type : idéaux exigeants, perfectionnisme*).

d) Facteurs de punition

L'objectif de soins de Jérémy est de ne plus mentir sur ses paris.

Un effet inattendu de cet objectif favorise doublement la diminution du comportement :

« (1) je joue moins depuis qu'elle me laisse lui dire combien je joue. Comme si c'était l'interdit qui m'attirait avant. Faudrait que je vois sa réaction quand je vais commencer à reperdre [...] (2) pas envie de le voir ».

e) Parcours addictif

Avec l'arrêt de sa scolarité, en 2004, à 18-19 ans, en milieu de terminale, Jérémy connaît une période de diminution du jeu (« je sais pas pourquoi »), de pratique sportive marquée, d'achats, de rencontres « amoureuses ».

La pratique sportive est valorisante : « Tout le monde me disait que j'étais fort en course quand je jouais au foot, donc, [...] je vais tester l'athlé ». Il court alors quotidiennement, jusqu'à 100-120 kms par semaine. Il acquiert un bon niveau et fait de la compétition. Il ne peut expliquer exactement pourquoi il n'a pas débuté auparavant. L'ennui du domicile, puisqu'il avait arrêté l'école, le vide, pourrait être un facteur précipitant. Il en parle comme d'une « drogue, comme le jeu actuellement [...] si je courais pas, ça n'allait pas ».

En parallèle, Jérémy dépense de l'argent rapidement. Il s'agit d'achats de vêtements. Il explique ses achats en argumentant qu'il venait de changer de milieu, entrainé dans le « monde du travail », et que, du fait d'un « look bizarre », il a eu à se « rhabiller » (*schéma cognitif d'amour*). Jérémy ne connaît pas le montant de ces achats : « J'ai jamais rien contrôlé dans les dépenses ».

Pour appuyer ces propos, il raconte avoir eu, à cette époque, une facture de 5.000 euros de hors forfait téléphonique. Ses amis étaient allés jusqu'à « voler » son téléphone, Jérémy réagissant alors en les « incendiant », connaissant un état de tension désagréable. Cette activité téléphonique concernait une activité d'échanges avec de jeunes femmes. Il apparaît que cette somme importante dépensée se rapporte plus à de la rencontre 'amoureuse' qu'à des achats compulsifs. Cette pratique de rencontres a duré 1 an ½. Jérémy raconte son parcours amoureux. Il explique avoir été « timide » dans ses relations sentimentales, envers « les filles », « au début », jusqu'à être « débloqué » par l'une d'entre elles, « une fille qui me plaisait » : « j'étais tout timide et d'un coup je l'étais plus du tout ». Par la suite, il a rencontré plusieurs filles via le téléphone ou Internet, son « terrain de chasse », puis parfois en réel. L'intérêt portait sur la relation. Il n'y a pas eu de comportement sexuel incontrôlé. Cela représentait un autre moyen de rencontres, puisqu'il n'aimait pas « les bars et les boîtes ». Il ne se sentait plus timide.

La pratique de JP reprend vers l'âge de 20 ans. Il raconte être passé devant un bureau de tabac, et la pensée automatique « tiens, ça fait longtemps ! » l'enjoint à entrer et jouer. Il gagne sur ce pari et se demande : « pourquoi j'ai arrêté ? ». Il reprend son activité de jeu : « il suffit d'une fois où on gagne un peu, et après, c'est parti ! ». Il joue alors les week-ends, sans pouvoir préciser le nombre de paris ni les sommes mises en jeu, mais qualifiant sa pratique de « pas dramatique à l'époque ». Il explique qu'il n'avait, pour autant, « pas d'argent de côté » et que « c'est bien que ça allait quelque part ».

La pratique sportive est stoppée quelques mois par une agression physique avec une blessure au niveau de la cheville. Cette agression isole Jérémy 7 mois à domicile. Elle est le point de départ d'un état de stress post-traumatique (ESPT) qui durera 2 ans. Aujourd'hui encore, il subsiste un état d'hypervigilance lors de ses déplacements en ville.

La pratique de jeu est également diminuée après l'agression. Elle reprend par la suite, avec la fonction d'apaiser la symptomatologie de l'ESPT.

Jérémy décide de reprendre ses études et quitte Nantes pour retrouver Lyon. Il y reprend et le jeu, et le sport, dans une moindre mesure pour le sport.

« Ça a changé ma vie [...] je connaissais personne [...] pour aller courir... [...] dans la rue [...] la pollution [...] et ma cheville [...] j'étais pas au point de pas pouvoir m'entraîner si j'avais joué une grille [...] maintenant, je dois regarder ma grille pendant l'entraînement... ».

Jérémy connaît une phase de perte et augmente les prises de risque. Il perd de l'argent et s'endette. A 23 ans, Jérémy perçoit une indemnité financière en lien avec l'agression subie, à hauteur de 7500 euros. Il utilise une part de cette somme pour rembourser ses dettes auprès de sa mère. Le reste est joué, « ça n'a pas duré longtemps ».

Jérémy arrête l'athlétisme en 2013, par « manque de niveau » selon son jugement.

« Quand on a été bon... et quand on devient nul... (*distorsion cognitive de maximalisation*) [...] ça démotive [...] c'est un sport exigeant [...] du plaisir car j'étais bon [...] bon, c'est toujours agréable [...] j'ai même du respect pour les gens qui sont au fin fond de classement : comment on peut aimer courir quand on sait qu'on est au fond ? (*hypothèse de schéma cognitif de réussite*) [...] un compétiteur [...] l'image que ça donne [...] paraître celui qui a gagné, comme au bureau de tabac [...] l'image du gars qui gagne [...] une image importante » (*besoin d'approbation de SPI dépendance aux autres*).

Événements de vie			JHA	Sport
	Naissance	1985		
	Petite enfance		(Parents jouent)	
Bonnes notes : Récompense de 50 frs	6-7 ans CP		Récompense dépensée dans jeux à gratter	
Vacances	8-9 ans		Enfants font une grille pour Papa	
Déménagement Diminution des résultats scolaires	11 ans			
Décision de redoublement Décès du Papa Diminution des résultats scolaires	16-17 ans 2nde	2002		Foot, en amateur
	17 ans 1ère		Début paris sportifs avec amis du lycée	
Été : 1 ^{er} travail saisonnier, 1 ^{ère} paye	18 ans			
Achat d'un ordinateur	18 ans Terminale	2003	Jeu en ligne	
Arrête l'école	18-19 ans mi-terminale		Diminution du jeu	Athlétisme, pratique pathologique

Repasse devant un PMU, joue et gagne (200-300 euros)	20 ans		Reprise du jeu suite à ce nouveau gain	Espoir national d'athlétisme
Agression, blessure physique cheville, ESPT pendant 2 ans	21 ans		Jeu en ligne	Arrêt de l'athlétisme
Départ pour Lyon et reprise d'une formation sur 2 ans				Tentative de reprise insatisfaisante
Perçoit indemnités agression, 7500 euros	23-24 ans		Augmentation du jeu	
Début des soins, participation à un GTCC après quelques consultations		Avril 2011		
Séparation amoureuse, arrêt du groupe TCC, arrêt des soins en général	26 ans		(Quasi) arrêt du jeu, puis reprise	
Nouvelle compagne		Mi 2012		
Arrêt de carte bancaire de paiement		Fin 2013	Arrêt des jeux en ligne, jeu sur site.	Arrêt de l'athlétisme
Reprise de contact dans les soins addictologiques		Mars 2014		Pratique sportive modérée
Participe et termine un GTCC ; poursuit les soins		2015	Diminution : Cf. <i>Analyse fonctionnelle synchronique</i>	Pratique modérée : 1 partie de football + 2-3*12-13kms par semaine

4. Analyse fonctionnelle synchronique SECCA

Anticipation :

« J'ai gagné x euros hier, je peux bien me le permettre ». →

« Si je ne joue pas et que ... [équipe] gagne, je vais le regretter ». →

« Si je peux pas faire mon pari, je vais pas être bien ». →

« J'ai analysé les matches, les cotes, ce que je peux gagner. Je perds pas de temps. Je vais pouvoir rembourser ». →

Pensée permissive

P. soulageante ?

P. anticipatoire
Surestimation des
habiletés

Illusion de
contrôle

Situation :

Avoir de l'argent sur soi (« dès que j'ai de l'argent sur moi, quand je peux »)

Emotion :

Plaisir, excitation.

(Ressenti corporel : détente)

Comportement ouvert :

Je joue, seul

2-3 fois / jour les journées de travail,

sinon 4-5 fois / jour

2 à 75 € / mise

200-300 € / jour (contre 800-900 à une période)

plusieurs heures si seul, 1 heure si présence de mon amie.

Signification personnelle : « Je vais gagner ».

Cognition :

« Je le sens bien, je vais gagner ».

Inférence
arbitraire ?
Raisonnement
émotionnel ?

Imagerie :

+/- La buraliste.

Entourage :

« Je ne sors plus ».

« Je mens quand il me faut de l'argent ».

« Ma mère et mon amie me prêtent de l'argent ».

« Mon amie me félicite lorsque je la rembourse (avec mes gains) ».

« Les buralistes me regardent comme un gars qui a des sous un peu, ça donne une image importante ».

Éléments de Renforcement positif

5. Diagnostic DSM-5

Trouble lié à la pratique de jeu, d'intensité modérée (7 critères)

A-Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu entraînant des troubles significatifs cliniquement, comme en témoignent 4 (ou plus) des symptômes suivants sur une période de 12 mois :

1. besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré : oui. Jérémy connaît un phénomène de tolérance dans sa pratique de jeu. Il a eu besoin d'augmenter les sommes engagées pour ressentir de nouveau de l'excitation dans le jeu. Depuis la reprise de contact avec les soins, il essaye de se limiter financièrement et doit donc prendre plus de risque dans ses paris, pour que le gain soit plus important et ressentir de l'excitation. Dans ses représentations, un « gros gain » est un gain d'« au moins 100.000 euros [...] une somme qui ne permet pas vraiment de s'arrêter de travailler, mais avec laquelle on peut se faire plaisir ». Le gain le plus important financièrement qu'il ait perçu est de 1300 euros.

2. agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu : oui. Jérémy rapporte une agitation ou irritabilité lorsqu'il ne peut pas jouer. Il s'agit toutefois plus de 'freins' extérieurs que de situations où il se met lui-même en position de réduction ou d'arrêt.

« Quand la paie n'arrive pas (je ne peux pas aller jouer), j'suis pas bien, irritable, stressé, nerveux, faut pas m'énerver [...] en colère » ; « je me sens pas bien les périodes où y'a moins de matches (Noël, fériés...) » ; « j'aime pas quand y'a des matches que je sens bien et que je peux pas jouer (à cause de mes horaires de travail), je suis tendu » ; « si je ne joue pas et qu'il sort (mon pari imaginé), je vais le regretter ».

3. efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu : oui. Jérémy fait des efforts pour contrôler et réduire sa pratique de jeu.

« Hier, j'ai essayé de pas jouer mais... ».

4. préoccupation par le jeu (ex : préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer) : oui. Jérémy se montre préoccupé lorsqu'il perd ses paris et passe du temps à l'analyse et à la préparation des suivants (visionne les matches, s'enquiert des statistiques...). Jérémy exprime une « fatigue » mentale importante liée au jeu. Il lui est difficile de faire quelque chose en parallèle lorsqu'un jeu est en cours, par manque de concentration disponible.

« J'ai toujours une idée de quoi jouer » ; « j'aime vraiment bien tout analyser » ; « préparer ma grille : une passion, un plaisir » ; « ma passion du jeu a quand même pris un peu le dessus sur ma passion du sport [...] je peux pas regarder un match sur lequel j'ai pas misé : ça m'intéresse plus ».

5. ~~joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex: sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression)~~ : non. Cela ne semble plus être le cas à l'heure actuelle, mais Jérémy a utilisé le jeu à une période de sa vie à cette fin ; après l'agression, il a joué pour lutter contre les ruminations en lien.

6. après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se "refaire") : oui. Jérémy cherche à se refaire après avoir perdu.

« Quand je perds, je me dis : je verrai demain, j'essaierai de me refaire » ; « d'abord jouer, puis rembourser » ; « je rembourse aussi mes dettes ».

7. ~~ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu~~ : non, a priori. Jérémy a menti pour obtenir de l'argent qu'il allait ensuite jouer. Il a avancé des problèmes de transport, loyer... auprès de ses amis, de sa mère, voire de sa compagne. Il pointe le fait de mentir comme problème-cible et a désormais pour objectif de ne plus mentir (« dire la vérité à mon amie, et je le tiens »), et de ne plus demander d'argent pour jouer. Par ailleurs, il ne tient pas de comptes de ses dettes auprès de ses proches, laisse ceux-ci le faire. Il ne connaît donc pas les sommes exactes dûes. « J'ai pas demandé depuis 1 mois ½, pour moi, c'est beaucoup, avant, c'était parfois 10 euros par jour ».

8. ~~met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière~~ à cause du jeu : oui. Jérémy a perdu une relation affective importante à cause du jeu. Sa dernière compagne l'a quitté pour ce motif et parce qu'il ne « représentait pas la stabilité pour un enfant », principalement du fait du jeu.

« Elle m'a quitté pour ça (le jeu) [...] j'étais mal, au bord du suicide [...] c'est la plus belle histoire de ma vie... j'ai déconné ».

Jérémy met actuellement en danger sa relation amoureuse.

« Ma copine, si elle me parle pendant (les matches), j'ai peur de mal lui répondre, et si je perds, j'ai peur de lui en vouloir [...] je peux être agressif ».

Jérémy met en danger ses relations sociales.

« Avec les amis, depuis longtemps, j'ai moins envie d'aller aux soirées, je préfère rester à regarder mes matches ».

A contrario, il pense qu'il ne met pas sa relation avec sa mère en danger par son comportement.

« Elle aimera toujours son fils, et j'aimerai toujours ma mère [...] je la mets dans l'embarras, elle me prêtait de l'argent [...] ses prélèvements bancaires passaient plus [...] elle travaille dans une banque [...] elle me dirait pas si elle avait des remarques sur ce sujet ».

9. ~~compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées~~ dues au jeu : oui. Jérémy emprunte pour pouvoir jouer. Il n'a pas de dettes liées à sa pratique de jeu envers des organismes actuellement. Il n'a pas de mesure de protection, ni de dossier de surendettement en cours. Il a souscrit un prêt à la consommation. Sa banque lui a interdit d'avoir une carte de paiement, après qu'il a réalisé plusieurs « subterfuges » pour obtenir de l'argent et retiré des sommes qu'il n'avait pas en se rendant dans différents guichets-DAB, alors qu'il était dans des « grosses périodes de jeu ». Il était alors à découvert bien qu'il venait de recevoir sa paye, il a connu un état de désespoir avec « impression que je m'en sortirais jamais » et a eu des idées

noires. Il a désormais une carte de retrait uniquement. Le plafond de retrait est de 500 euros par semaine au distributeur automatique. Il n'a pas de plafond lors de retrait au guichet. Il a un découvert autorisé de 600 euros. Jérémy n'a jamais volé, il n'a jamais envisagé cette possibilité, même au niveau de sa caisse au travail. Jérémy se targue de ne pas voler d'argent pour jouer ou pour rembourser ses dettes, de demeurer « quelqu'un d'honnête » : « ça m'a jamais traversé l'esprit (de voler dans la caisse au travail) [...] quand ils me rendent trop au bureau de tabac, je le dis ». Actuellement, il se dirige vers sa mère et sa compagne quand il a besoin d'argent. Il a des dettes importantes (20-25.000 euros), envers sa mère, sa compagne et ses amis. Il ne tient pas de comptes de ce qu'il doit à chacun, attend que l'autre le fasse, « c'est démoralisant », adopte une conduite d'évitement, renforcée par l'entourage. La question de l'argent est liée à celle de la loi et de l'autorité. Jérémy n'a jamais eu d'argent de poche, sa mère lui donnait de l'argent lorsqu'il en demandait et que cela était possible. « Elle m'aide depuis que j'ai 16 ans [...] en fait, elle me dépanne tout le temps ». Jérémy éprouve un sentiment majeur de dette envers sa mère (*hypothèse de schéma cognitif d'autonomie*).

La famille n'a pas connu de difficultés financières a priori.

B-La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque : oui. Jérémy ne rapporte pas d'épisode(s) de ce type.

6. Histoire des soins

Jérémy est poussé vers les soins par son entourage. C'est sur demande de sa compagne qu'il a débuté les soins. Ceux-ci se constituent alors de consultations ambulatoires et d'un groupe de thérapie cognitivo-comportementale axée sur la prise en charge du jeu pathologique. Lorsque le couple se sépare, à l'initiative de sa compagne, et avec un rôle majeur du jeu pathologique, Jérémy stoppe sa pratique de jeu, non sans espoir du retour de son amie. Ne jouant plus, il décide alors d'arrêter les soins addictologiques : « je jouais plus [...] pas besoin d'y aller ». Son amie n'est pas revenue vers lui malgré ce changement. Après quelques mois, il reprend sa pratique de jeu : « comme elle est pas revenue [...] je fais l'effort, elle revient pas donc j'ai rejoué ». Les soins lui rappelant son amie, il ne les reprend pas.

Cette reprise de contact est de nouveau médiée par l'entourage. Sa mère et sa nouvelle amie sont à l'initiative du soin. Jérémy reprend alors un suivi en consultation ambulatoire et un groupe thérapeutique cognitivo-comportemental sur le jeu pathologique.

Il s'est fortement investi dans le groupe. Il prévoit de se rendre aux séances à distance (M3 et M6). Les paroles de Jérémy, mises en relief par son histoire personnelle, sonnent comme l'expression

d'un vécu abandonnique. Il dit que le groupe lui a permis de modifier ses comportements de jeu. Il s'est aussi autorisé à alerter son cousin sur sa propre pratique de jeu.

« Le groupe, on y a tous pris goût [...] au groupe, je cache rien » ; « ça m'embêterait de me dire qu'on est plus que 5, qu'ils ne veulent plus venir [...] des nouvelles [...] on s'attache [...] savoir s'ils s'en sont sortis ».

En consultation, Jérémy montre aussi un transfert important avec son thérapeute. Il est dans des préoccupations de satisfaire l'autre, ne pas décevoir.

« J'ai joué... je vais décevoir (mon thérapeute). Elle serait plus fière si... C'est bête, elle me connaît même pas... ».

Le problème actuel souligné par Jérémy n'est pas la pratique de jeu mais bien le comportement de mentir : « dire la vérité à mon amie, et je le tiens ». Concernant la pratique de jeu en elle-même, Jérémy n'a pas de souhait d'arrêt à l'heure actuelle : « pas envie d'arrêter du tout, je l'ai toujours dit », s'accrochant à son statut de joueur, « je joue toujours », mais souhaite un changement « si, j'ai envie de m'en sortir [...] à l'heure actuelle, il y a eu du changement ».

Jérémy parvient à pointer les dommages liés à sa pratique du jeu (cf. *Diagnostic*).

Il projette des changements de comportement de jeu toutefois pour plus tard, sous la forme d'un arrêt : « le jour où je serai papa, j'arrêterai le jeu ». Jérémy évoque « l'envie d'être papa » depuis l'âge de 18 ans. Son désir/projet/souhait de paternité n'a pas été véritablement approfondi lors de l'entretien. La question de la paternité est complexe du fait de son histoire. Il souligne néanmoins une certaine ambivalence dans son choix d'objet tendant vers des femmes plus jeunes que lui qui ne partagent pas l'envie d'un projet d'enfant dans la même temporalité. Ses compagnes ont avancé l'incompatibilité d'un projet d'enfant avec la pratique de jeu telle que Jérémy l'exerce pour l'instant. Il partage cette appréhension, et semble s'inquiéter sur la permanence du lien, la permanence du père, et du fait d'être présent pour ses enfants. Il argumente son choix d'arrêter lors de sa paternité en racontant son expérience personnelle. Lorsqu'il vivait sur Paris, il avait des soucis financiers liés à sa pratique de jeu. Il veillait malgré tout à ce que ses chats aient à manger, même si cela signifiait qu'il ne resterait plus d'argent pour que lui-même ait à manger. Il poursuit en racontant une anecdote plus récente, impliquant sa nièce (« c'est cool d'être tonton »). Il l'avait en garde, et est parvenu à attendre pour jouer malgré une envie importante, attendre d'être seul, pour qu'elle ne soit pas présente.

« Elle (compagne actuelle) est à fond [...] envie avec moi, mais dans 3 ans. Moi, j'aurai 33 ans, c'est trop tard pour un 1^{er} [...] elle pense que ça marche dès le premier rapport [...] 1^{er} à 35 ans, je suis mal barré pour en profiter [...] jouer au foot avec lui, si c'est un garçon ».

Il envisage plus largement le changement, en réfléchissant à une alternative acceptable au jeu : « je reprendrai le sport, c'est une bonne addiction [...] bon pour la santé [...] dépense pas d'argent ».

Il partage certaines de ses craintes concernant l'arrêt, craintes liées à son tempérament de recherche de sensations, de nouveautés, ses croyances erronées et la recherche de gains, et un sentiment d'efficacité personnelle moyen.

« Ce qu'on redoute, les joueurs, c'est de retrouver un centre d'intérêt avec de l'adrénaline ; sinon, c'est la routine [...] besoin d'inconnu [...] moi, c'est au top ou l'enfer [...] avoir une vie confortable toujours en haut » ; « Tant que j'aurai en tête l'idée qu'en étant raisonnable, on peut améliorer son quotidien, sans aller jusqu'à en vivre, mais possible 30 euros faciles par jour, de gain [...] parce que je veux plus que 30... 900 par mois, c'est bien [...] après, comme on voit trop gros (*double switching : oscillation entre capacités numériques rationnelles et croyances d'espoir de gains dysfonctionnelles*) ... ça marche 4-5-6 jours, et après... » ; « C'est long de s'en sortir... ».

7. Conclusion

Jérémy présente une pratique de jeu excessive, puis pathologique, depuis 2002. Il est en soins depuis 2011, soit après quasiment 10 ans. Il a connu une phase de gain, puis une phase de prise de risque et une phase de désespoir quand son amie est partie en invoquant le jeu. Actuellement, il est de nouveau dans une phase de soins et de modifications de sa pratique de jeu après avoir connu une interruption de soins sur plusieurs mois. Suite à la séparation avec son amie, événement de vie douloureux, il semble avoir vécu un épisode dépressif caractérisé. Cet événement de vie négatif apparaît comme une conséquence de sa pratique du jeu, Jérémy le perçoit ainsi tout du moins. L'intensité de la conduite addictive a eu une répercussion sur la poursuite des soins. Les distorsions cognitives associées au jeu sont importantes. L'échelle GRCS (Gambling Related Cognitions Scale) passée en début de prise en charge révèle un sous-score d'incapacité perçue à arrêter de jouer à 34/35 (feu rouge), de biais d'interprétation à 23/28 (feu rouge), d'attentes liées au jeu à 21/28 (feu rouge), de contrôle prédictif à 32/42 (feu rouge) et d'illusion de contrôle à 15/28 (feu rouge) (Grall-Bronnec *et al.* 2012). Le score global est de 125 (feu rouge). Le sentiment d'efficacité personnelle est médiocre (34/35), ce qui freine les possibilités de changement. À la fin du groupe, l'échelle GRCS, dont le score global est de 91 (feu rouge), montre un sous-score d'incapacité perçue à arrêter de jouer à 28/35 (feu rouge), de biais d'interprétation à 16/28 (feu rouge), d'attentes liées au jeu à 14/28 (feu rouge), de contrôle prédictif à 23/42 (feu rouge) et d'illusion de contrôle à 10/28 (feu rouge). À trois mois de la fin du groupe, lors d'une séance de suivi, le score global est toujours de 91 (feu rouge), l'incapacité perçue à arrêter de jouer est à 17/35 (feu jaune), le biais d'interprétation à 19/28 (feu rouge), les attentes liées au jeu à 19/28 (feu rouge), le contrôle prédictif à 25/42 (feu rouge) et l'illusion de contrôle à 10/28 (feu rouge). Lors de sa première demande de soins, la motivation aux soins était extérieure et représentée par son amie, lui donnant envie de changer et

augmentant son sentiment d'efficacité personnelle. En se séparant de son amie, Jérémy a perdu un soutien, et cette motivation aux soins addictologiques. Il a ressenti une grande tristesse, une culpabilité, et s'est dévalorisé. La motivation intrinsèque n'était pas suffisante dans ce contexte pour supplanter la motivation générée par le couple. En outre, la motivation à la pratique de jeu était mue par une valence hédonique et la recherche de sensations. Ces motivations addictives entraînent une mobilisation plus ardue du symptôme. Par ailleurs, il s'agissait d'une première démarche de soins et l'on sait que les premiers soins sont plus à risque d'arrêt prématuré. Lors de la reprise de contact, Jérémy avait pris conscience, dans une certaine mesure, des risques encourus par sa conduite addictive (risque de nouvelle séparation), la motivation est donc différente. Il est soutenu par sa mère et son amie, qui sont à l'initiative des soins. L'alliance thérapeutique est de bonne qualité. Il a pu exprimer ses attentes vis-à-vis des soins (ne plus mentir à son amie) et elles ont été satisfaites, amenant Jérémy au sentiment d'efficacité des soins. Il a poursuivi et terminé son 2^{ème} groupe sur le jeu pathologique et poursuit son suivi ambulatoire. Jérémy se sent appartenir et affilié au groupe. L'ambivalence se développe. Il exprime une motivation intrinsèque : devenir père. Il est en couple, discute avec son amie de ce projet et bien qu'elle souhaite attendre, l'idée semble se concrétiser. La nécessité de changement de pratique de jeu s'accroît donc. La pratique de jeu s'est modifiée, notamment au niveau de la fréquence, des dépenses, du temps imparti.

B. Antoine

Antoine, âgé de 37 ans, est en soins pour conduite addictive de type trouble lié à l'usage d'alcool, d'intensité sévère a priori (pas d'évaluation diagnostique lors de la rencontre).

La présentation d'Antoine est un peu négligée, il est légèrement incurique. Le faciès peut s'animer, la prosodie peut être mélodieuse, bien qu'à tendance monocorde. Le regard est brillant et fatigué. Antoine est d'un contact correct. Le comportement est adapté, sans bizarrerie. L'haleine n'est pas alcoolisée pour autant. Il n'existe pas d'élément délirant évident. L'échange est plutôt simple, sans réticence. La construction du discours et la mise en forme des pensées sont complexes. Les propos en sont parfois un peu désorganisés et péniblement compréhensibles. Les liens sont parfois étonnants. Antoine ne termine pas nombre de ses phrases, laisse l'autre lire l'implicite de ses propos, ou comprendre ce qu'il souhaite. Il est nécessaire de faire préciser ce qu'il désire transmettre. Les suites de mots ne comprennent pas toujours de verbes et sont courtes. Les idées semblent parfois pseudo-diffuses. Au fil de l'échange, le discours évolue et Antoine se contredit,

probablement du fait de sentiment de doute (« j'ai toujours pensé que je m'en sortirai » / « je m'en sortirai jamais »), de processus de dénégation ou sur fond d'ambivalence. L'humeur est neutre à triste, sans velléité suicidaire exprimée. Les propos sont empreints de dévalorisation, mésestime de soi, sur vécu négatif, et font suspecter un trouble dépressif persistant (dysthymie selon le DSM-IV-TR).

1. Antécédents

a) Antécédents familiaux

Médico-chirurgicaux

Néant.

Psychiatriques

Mère : notion de dépression(s) non traitée(s).

Addictologiques

Père : trouble lié à l'usage d'alcool, non précisé ; grand-père paternel : trouble lié à l'usage d'alcool, non précisé.

b) Antécédents personnels

Médico-chirurgicaux

Maladie héréditaire, dont il est porteur, sans handicap.

Hépatomégalie sur l'échographie de dépistage des complications somatiques du trouble lié à l'usage d'alcool.

Fracture poignet gauche, sur traumatisme, chute de sa hauteur, dans l'enfance.

Psychiatriques

Trouble de la personnalité, ancien trouble de la personnalité de type dépendant (co-occurrence fréquente trouble dysthymique - trouble de la personnalité) et traits de personnalité état limite.

Une consultation à l'adolescence, à la demande des parents, dans le cadre d'une évaluation en lien avec la pathologie somatique.

multiples hospitalisations en psychiatrie adulte de secteur, dont la première date de 2006, dans une unité de crise pour jeunes adultes, pour menaces suicidaires en contexte d'intoxications aiguës d'alcool ; hospitalisations axées sur un sevrage (aucun antécédent d'accident de sevrage) et la restauration psychique (normalisation thymique ; prise en charge psychothérapique du trouble de la personnalité) ; accélération des hospitalisations depuis 2012.

Traitement médicamenteux : neuroleptique atypique, OLANZAPINE, 10 mg par jour ; hypnotique.

Addictologiques

Trouble lié à l'usage de cannabis, intensité non précisée ; début des consommations en 1994, à visée festive et récréative dans un premier temps ; évolution vers des consommations quotidiennes à compter de 1997, dans les suites d'une rupture sentimentale ; nouvelle modification de la consommation en 2001, consécutivement à une 2^{ème} rupture, avec alternance alcool-cannabis, le cannabis prenant alors une fonction anxiolytique (« pour m'apaiser »), anti-dépressive (« oublier mes souffrances ») et stimulante (« pour me concentrer ») ; les premières consommations se font sous la forme de « bangs », puis se poursuivent par du cannabis fumé, en « joints » ; au maximum, Antoine dépense 150 euros par mois pour son usage de cannabis, soit : 30-40 grammes ; il n'existe pas de trafic de stupéfiant, il n'y a pas de problème judiciaire ; Antoine rapporte un phénomène de *craving* ; il a un objectif de consommation contrôlée, car il perçoit des effets négatifs des consommations (« j'ai peur de devenir parano »), après avoir eu un objectif d'abstinence complète.

Trouble lié à l'usage du tabac, intensité non précisée ; début de la consommation en 1996.

Trouble lié à l'usage d'alcool ; cf. *Histoire du trouble* ; objectif ambivalent, tendant vers la consommation contrôlée (« de gérer, réguler »).

Sevrages hospitaliers, alcool et cannabis, en unité de psychiatrie de secteur principalement, et deux fois une semaine d'hospitalisation en unité spécialisée d'addictologie pour un sevrage en alcool, précédant un soin de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA), en 2014, avec arrêt de la post-cure après 2 semaines.

Pas d'autre trouble lié à l'usage de SPA ; pas d'addiction comportementale.

2. Histoire de vie

Antoine est fils unique. Le couple parental est séparé depuis plusieurs années, sans être divorcé. Il existe peu de contacts entre Antoine et son père qu'il décrit absent, et ce, de longue date (« jamais occupé de moi »), et vis-à-vis duquel Antoine exprime un vécu abandonnique. Antoine, dans sa difficulté à se séparer, semble s'être identifié à son père, via le symptôme alcool, alors même qu'il se décrit en « épave » lors de ses conduites d'alcoolisation, « comme mon père ». Les relations entre

Antoine et sa mère sont ambivalentes et conflictuelles : « la meilleure, mais elle trouve jamais de boulot [...] elle contrôle tout [...] c'est elle qui décide [...] elle est castratrice ». Il s'agit d'une relation qui semble anaclitique. Antoine est souvent amené à rentrer chez elle pour y vivre du fait de ses problèmes financiers, liés aux consommations principalement.

Antoine est célibataire sans enfant. Il paraît isolé socialement, n'a pas d'amis ressource.

Au niveau scolaire, Antoine a un niveau BEP sanitaire et social, qu'il obtient par la suite. Il a également un CAP vente. Il a eu un CDI dans la restauration (plonge), mais a perdu cet emploi (conséquence de son trouble lié à l'alcool). Il travaille depuis sur des missions d'intérim en restauration, depuis 2006. Antoine a été propriétaire d'un logement qu'il a dû revendre pour incapacité à payer les mensualités de son emprunt et pour payer ses dettes. Antoine n'a pas de mesure de protection judiciaire, mais cela a déjà été discuté devant ses difficultés à gérer son budget.

3. Histoire du trouble

a) Facteurs déclenchants initiaux évoqués

Les consommations d'alcool ont débuté en 1994, à l'adolescence, à 16 ans, dans un contexte festif, à visée récréative. Antoine avait un modèle d'usage d'alcool dans son entourage en la personne de son père.

b) Événements / Facteurs précipitant les troubles

Les consommations augmentent et se modifient une première fois en 1997, à 19 ans, alors qu'Antoine vit une rupture amoureuse. Les consommations d'alcool se systématisent tous les week-ends, en compagnie d'amis, à l'extérieur, dans des cafés. Elles connaissent une seconde modification en 2001, alors qu'Antoine a 23 ans et connaît une 2^{ème} rupture sentimentale. Les consommations deviennent alors problématiques, avec perte de contrôle et retentissement significatif. Elles sont solitaires, à domicile, avec des périodes d'alternance avec des consommations de cannabis. Leur fonction est d'oublier le quotidien, les difficultés, de s'empêcher de penser, d'être « plus fort », de « lutter contre l'ennui » (intolérance à l'ennui).

c) Facteurs historiques de maintien possibles

En consommant de l'alcool de la sorte, Antoine satisfait le discours-handicap maternel puisque ses consommations ont un retentissement tel qu'elles l'handicapent : Antoine n'a pas de travail stable, est célibataire, n'a pas d'enfant, n'a pas de logement stable... Il reste loyal à sa mère. Il porte aussi un certain héritage paternel. Le trouble lié à l'usage d'alcool fonctionne en intrication avec les angoisses maternelles. Il les vérifie et les confirme. Les inquiétudes maternelles se majorent alors, se sentant justifiées et elles en suscitent en réponse chez Antoine, qui s'enferme dans ses consommations. De plus, lorsqu'Antoine est en difficultés financières, il est accueilli par sa mère au domicile, ce qui contribue à étoffer la dépendance anaclitique mère-fils, bien que la multiplication des hospitalisations développe une ressource institutionnelle sur laquelle Antoine sait s'appuyer.

d) Parcours addictif

Événements de vie			Tabac	Cannabis	Alcool
	Naissance	1978			
	16 ans	1994		Expérimentation, dans cadre festif	Consommation festive, récréative
	18 ans	1996	Début des consommations, rapidement quotidiennes		
Rupture amoureuse	19 ans	1997	Poursuite	Consommation quotidienne de cannabis en 'bangs'	Augmentation des consommations, tous les week-ends
Rupture amoureuse	23 ans	2001	Poursuite	Consommation en 'joints' quotidienne	Consommation quotidienne, massive
				Consommations alternées	
1 ^{ère} hospitalisation en psychiatrie	28 ans	2006	Poursuite		
Début des soins psychiatriques et Groupe EAS	31 ans	2009	Poursuite	Sevrages en alcool et cannabis lors des hospitalisations en psychiatrie	
Début des soins addictologiques dont Groupe EAS et SSRA (soins de suite en addictologie) ; multiplications des hospitalisations en psychiatrie	34 ans	2012	Poursuite	Sevrage lors des hospitalisations, objectif de consommation contrôlée	Périodes courtes d'abstinence / consommation contrôlée, après sevrage en intra-hospitalier

4. Analyse fonctionnelle SORC

Situations : Antoine est seul, il ne travaille pas.

« J'ai rechuté, je travaillais pas, les périodes sont creuses [...] j'ai pas travaillé du ... au ... et, c'est vrai, que là, j'ai bu... » ; « si je m'ennuie, j'peux pas dire que je suis tout seul, parce que si je vais dans un bistrot, je rencontre des gens et tout, mais c'est vrai, si je bois une bière, je vais en boire 20-30 ».

Organismes :

Cognitions : « je suis seul [...] je ne trouverais jamais de femmes, je n'aurais pas d'enfant [...] je suis nul [...] j'y arriverai jamais, je suis handicapé [...] en dehors de la société [...] j'ai pas le droit d'être comme tout le monde [...] depuis mes 23 ans, je me dis que je devrais me suicider [...] je suis pas libre [...] les autres y arrivent mieux, ils sont libres de vivre, pas moi [...] je suis toujours chez ma mère » ; « j'ai pensé que je m'en sortirai pas... peut-être, je sais plus... ».

Emotions : ennui, solitude, anxiété.

Ressentis corporels : non recherchés (2011 : 1^{ers} symptômes de manque).

Réponse :

Antoine consomme de l'alcool, de façon massive (14 bières de 25 cL à 5° par jour), avec perte de contrôle et retentissement significatif. Par la consommation, il recherche un effet sédatif et anxiolytique (« en plus, j'aime pas ça forcément l'alcool ; si je bois, c'est pour me saouler [...] je me mettais toujours dans l'alcool, pour oublier »), voire stimulant-récréatif selon lui (« c'est juste le festif peut-être qui va me manquer [si j'arrête] »).

Conséquences :

Antoine ne peut tenir ses engagements, n'honore pas tous ses rendez-vous. Par conséquent, il ne parvient pas à obtenir de travail ou à conserver un travail autre qu'en missions d'intérim. Il accroît ses difficultés financières. Antoine doit quitter son appartement qu'il ne peut pas payer. La situation est l'objet de conflits familiaux. Sa mère l'accueille chez elle. Antoine ne rapporte pas de conséquences négatives de ses consommations d'alcool dans ses relations avec ses amis, avec qui les consommations restent contrôlées, a priori, par ailleurs. Antoine a déjà eu à faire avec les forces de l'ordre, pour ivresse publique manifeste (1^{ère} garde à vue pour ce motif en 2007). Au niveau somatique, Antoine perçoit des signes de sevrage débutant depuis plusieurs années (2011), et des complications somatiques apparaissent (hépatomégalie lors de la dernière échographie de dépistage). Tous ces dommages ont un retentissement sur son humeur, qui est souvent triste. Lors d'états d'alcoolisation importante, il exprime des velléités suicidaires contre lesquelles il est nécessaire de le mettre à l'abri à l'hôpital.

« Dans mon travail (intérim), j'ai l'impression que ça se passe bien [...] pas envie de trouver un CDI [...] serveur en traiteur, je prends pas les commandes, je suis pas encore trop sûr de moi pour prendre les

commandes. Je suis sympathique, y'a plein de gens qui m'aiment bien. J'essaie de faire des efforts là-dessus » ; « j'ai compris qu'il fallait que j'arrête de boire parce que j'étais en train de dépenser, qu'il fallait que je travaille, ça, c'est un point » ; « c'est parce que je picole. Là, c'est la dernière fois (que je vais chez ma mère), après, j vais tout faire pour remonter financièrement et repartir [...] j'ai compris qu'il fallait que j'arrête de boire parce quand j'ai plus de sous, après, je me retrouve chez elle parce que j'ai plus d'argent, et voilà » ; « mes amis, ils veulent pas trop que je boive, sinon, ils me disent d'arrêter ».

Diagnostic : Trouble lié à l'usage d'alcool.

5. Histoire des soins

Antoine est suivi depuis plusieurs années par la psychiatrie de secteur. Il est pris en charge par des consultations ambulatoires par un psychiatre (femme) et a été hospitalisé à plusieurs reprises. Un traitement médicamenteux lui est prescrit, pour lequel il n'est pas très observant. Il explique notamment qu'il ne prend pas son traitement lorsqu'il consomme des toxiques. Il est peu investi dans ces soins.

« J'avais l'impression de pas être compris. Après, c'est difficile, y'a pas de mauvais ou de bon psychiatre, tout dépend. Enfin, moi, un psychiatre, j'en ai pas vraiment besoin, [...] je ne pense pas relever de la psychiatrie [...] moi, j'y vais pour les médicaments [...] c'est plus une psychothérapie qu'il me faudrait, mais je préférerais que ce soit un homme ».

Ces hospitalisations ont permis d'observer et d'apprécier les difficultés d'Antoine. Un trouble de la personnalité de type dépendant a été diagnostiqué. Antoine a des difficultés pour prendre des décisions importantes, en assumer la responsabilité. Les comportements sont alors parfois impulsifs et irréfléchis, les décisions sont prises dans une urgence inadaptée. Il ne parvient pas à exprimer son désaccord, avec sa mère principalement, et accepte des situations désagréables dans le seul but de satisfaire. Parallèlement, il peut se montrer projectif. Il manque d'autonomie, ne sait pas se mobiliser pour ses démarches, reste passif, s'appuyant sur son entourage familial (mère) ou sur l'institution soignante. Il tend à se montrer dépendant de sa mère, mais également de l'institution. Il fréquente régulièrement les urgences, dans le contexte de menaces suicidaires sous emprise d'alcool, et se montre ambivalent quant aux soins. Les idées suicidaires s'amendent rapidement avec le sevrage en alcool. Le sevrage voit également une disparition de la désorganisation psychique. Antoine demeure toutefois, même après sevrage, dans des questionnements métaphysiques et des ruminations anxieuses sur l'avenir. Il inquiète l'entourage, est en recherche d'une reconnaissance de sa douleur et souffrance morales. Antoine nécessite une prise en charge cadrante. Son implication propre dans les soins est limitée. Il est demandeur de sevrage, sans

pouvoir élaborer plus, sans savoir ce qu'il en attend. Les conduites d'alcoolisation sont banalisées. Il se montre appétent des traitements médicamenteux en intra-hospitalier, traitements dont il n'est plus observant à la sortie de l'hôpital. Il se montre dans l'incapacité à construire un projet stable et structuré. Les comportements sont parfois immatures (demande notamment un travail « mieux rémunéré », « je ne veux plus faire la plonge »). Antoine présente également des traits de personnalité borderline, avec instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, et des affects.

Antoine est adressé par la psychiatrie générale en addictologie pour un suivi conjoint, dans le cadre de trouble lié à l'usage d'alcool et de cannabis (ainsi que de tabac). Le suivi, en consultations ambulatoires majoritairement (cf. *Antécédents*), est discontinu (rendez-vous non honorés) et semble également peu investi (« je sais pas si aller voir un addictologue... faut pas que je boive c'est tout »).

Je rencontre Antoine sur le groupe d'entraînement à l'affirmation de soi (septembre 2012). Je le ressollicite à distance (M+10) de l'arrêt du groupe.

Antoine a déjà eu deux expériences du groupe EAS. Il a fait l'expérience de prise en charge de groupe, institutionnelle, lors de ses hospitalisations en secteur de psychiatrie, sous la forme de réunion soignants-soignés. Il n'a pas participé à des groupes de thérapie cognitivo-comportementale, ni participé à des jeux de rôle auparavant. Concernant le temps de relaxation, Antoine a déjà expérimenté ce soin sur des temps d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Sa première expérience du groupe EAS remonte à quelques années (2009-2010). Ce soin lui aurait alors été présenté par son médecin psychiatre référent. Antoine avait des représentations plutôt positives de ce genre de groupe de thérapie via les médias (télévision, magazine...). Il y était favorable, pouvant même ajouter « j'y pensais même avant d'aller en psychiatrie » (*volonté de plaire, hypothèse de schéma cognitif d'amour*).

Cette expérience s'est arrêtée prématurément, et précocement, arrêt qu'il motive :

« C'était à cause du travail [...] il fallait être toujours disponible, ils n'acceptaient pas qu'on refuse [...] je privilégie le travail » (*attribution externe, blâme, dénégarion, ambivalence*).

Antoine adopte un discours victimaire, voire sensitif, dans lequel les autres, tous les autres, profiteraient de privilèges dont il serait privé : « eux (les autres participants au groupe), ils ont de la chance, ils sont en CDI [...] des employeurs qui veulent bien (libérer du temps) ». Par ailleurs, le travail est, pour Antoine, une valeur importante, témoin d'un « vivre comme tout le monde » et preuve de « normalité ».

Antoine rejoint le groupe EAS une 2^{ème} fois, en 2012, soit un peu plus de 2 ans après, à sa demande, validée par son médecin addictologue. Il arrête après 2 séances (entre ses 2 séances où il a été présent, il n'a pas honoré une séance), ce qu'il explique :

« la 2^{ème} fois, j'étais vraiment très mal, je me sentais pas prêt à le faire [...] j'avais l'impression d'être toujours alcoolisé par rapport au soir [...] je me suis forcé à venir, pour m'en sortir [...] on me laisse une 2^{ème} chance [...] on va dire : j'avais pas la force, j'étais vraiment dans l'alcool, enfin, je trouvais refuge dans l'alcool à cette époque-là [...] à cause de la boisson ; j'étais vraiment mal et j'étais pas assez fort, je sais pas comment expliquer ça, pas assez fort pour pouvoir faire le groupe quoi [...] je pense que c'était pas le moment, c'est pas tombé au bon moment [...] j'étais pas, comment dire, dans un état pour le faire [...] il faut que je travaille, ça, c'est un point, et après, que je fasse l'affirmation de soi ».

Antoine explique les motifs qui l'ont poussé à solliciter l'espace Barbara pour rejoindre de nouveau le groupe EAS.

« C'était un problème d'affirmation par rapport à ma mère et tout, par rapport à la confiance aux autres ».

Les relations interpersonnelles pseudo-conflictuelles, ambivalentes, à sa mère occupent la quasi-totalité du discours d'Antoine lorsqu'il évoque ses difficultés (*schéma précoce inadapté de rejet et séparation, de type imperfection/honte, manque affectif, méfiance/abus, isolement social/aliénation, mais également SPI de manque d'autonomie et de performance de type dépendance/incompétence, échec, fusionnement/personnalité atrophiée, SPI d'orientation/dépendance vers/aux les autres de types recherche d'approbation/de reconnaissance, SPI d'excès de contrôle/hypervigilance et inhibition de type négativisme/pessimisme*). Il déclare que les contacts sont le fait d' « obligations familiales ». Le père est quasiment absent du discours à l'inverse. Antoine a pour objectif de s'autonomiser vis-à-vis de sa mère : pouvoir lui dire non, pouvoir faire ses propres choix, se sentir moins dépendant... Il la décrit intrusive, omniprésente, ne lui laissant pas d'espace. Antoine constate cependant, parfois, qu'il se tourne systématiquement vers sa mère, notamment lorsqu'il est en situation financière complexe, renforçant sa dépendance.

« C'est elle qui a du mal à se détacher (*attitude projective*) [...] quand j'avais 20 ans, je voulais partir en saison, elle voulait pas. J'avais même plus... Mon métier, j'ai commencé tard, j'avais 32 ans » ; « quand j'entends les autres. Le peu que j'ai vu (au groupe), tout le monde parle de ses parents. Y'a toujours un lien. J'ai pas fait assez [de séances de groupe EAS] mais... [...] mais c'est beaucoup moins important que pour moi. Un frein pour parler dans le groupe. Ça m'a rassuré un peu. Je me sentais pas tout seul » ; « parce que j'ai plus rien à manger (je retourne chez ma mère) ».

Antoine a le souhait de « vivre libre », d'être autonome, alors qu'avoir un handicap, par définition, entraverait ces possibilités. Il relie les croyances de handicap au discours familial, maternel principalement, autour d'un handicap qu'il aurait du fait de sa pathologie somatique héréditaire, handicap infirmé par les différents spécialistes consultés. La notion de normalité, la volonté d'être

« normal », similaire aux autres, de ne pas avoir de handicap, est prépondérante dans le discours d'Antoine.

« Faut que je me sorte de la tête que je suis handicapé. Je me sens pas handicapé. Je me sens un peu handicapé. J'ai même pensé que j'étais autiste. En fait, j'ai de grandes capacités » ; « j'ai l'impression de pas être libre, libre de vivre. Un adulte, il est libre de grandir et de faire ses choses par soi-même, de choisir son métier, d'avoir des enfants, de vivre tout simplement. Je vois les autres des fois, ils ont beau faire les mêmes actes que moi, j'ai pas d'explication à donner de la vie courante mais humainement parlant, pourtant, je dis : pourtant je suis pareil qu'eux quoi. Je veux dire, je suis tout à fait normal, je suis pareil qu'eux, voilà quoi ».

Antoine entendrait parler de handicap à son propos depuis la petite enfance. En outre, ou en lien, il raconte son enfance comme dénuée d'affection parentale suffisante, voire sujette à disqualification.

« Quand je vois les petits avec leurs parents... [...] il (mon père) me l'a jamais dit (qu'il m'aimait) [...] mais la honte de mon handicap [...] c'est ce que je ressens, on me l'a jamais dit [...] c'est pour ça, quand j'étais petit, ça criait tout le temps, mon père était alcoolique, ma mère elle a des problèmes, elle se décharge » ; « Quand il y a des choses bien, j'arrive pas à l'accepter, c'est mon éducation ».

La première fois qu'Antoine a vu un psychiatre en consultation, il avait 16 ans. Cette consultation avait été demandée par ses parents, qui se seraient inquiétés après l'annonce diagnostique de la pathologie somatique. Antoine le comprend de la sorte :

« Mes parents pensaient, par rapport à ma maladie, que j'étais pas normal [...] en fait, ils ont dit que c'était juste l'adolescence » (*normalisation*).

Antoine rapporte que sa mère continuerait à parler de handicap à son égard.

« Ma mère, elle continue, elle arrêtera jamais. Elle veut toujours que je sois à la COTOREP. Si je rencontre une fille, elle va encore lui dire que je suis handicapé, parce qu'elle est comme ça... même avec mes amis ».

Ce handicap sonne comme une damnation, une fatalité, l'impossibilité à vivre une vie « normale », de qualité satisfaisante, et jugerait de sa valeur personnelle, croyance qui serait maternelle et à laquelle il se doit peut-être d'être loyal. Antoine est dans l'incapacité de conflits avec sa mère, ne parvient pas à se positionner. Il peut critiquer *a minima* sa responsabilité dans le maintien de cette croyance.

« On m'a toujours dit que j'étais un gros nul, que j'y arriverais jamais, que j'étais handicapé [...] j'ai même pensé : au final, je vais tout arrêter, je vais boire, je serais à la rue [...] comme pour prouver [...] mon père a de l'argent ; ma mère n'a pas d'argent, je veux dire, j'ai une famille privilégiée [...] je me dis : j'ai pas besoin de tout ça. Je suis assez intelligent pour m'en sortir tout seul [...] mais c'est pas une solution non plus » ; « ce que j'aime bien dans la Gestalt thérapie, c'est que rien n'est impossible, on peut s'en sortir [...] j'ai toujours pensé que je m'en sortirai » ; « je lui (à ma mère) donne le bâton, à cause de l'alcool ».

Antoine pense que la famille, dans son entier, partage l'avis qu'il aurait une valeur personnelle moindre. Il est toutefois attaché à avoir de bonnes relations avec sa famille et souhaiterait ne pas se sentir disqualifié. Il œuvre en conséquence de ce qu'il pense qu'elle attend de lui.

« J'ai même pas été invité à certains mariages. Je suis juste serveur, c'est vrai, c'est la honte. Je suis qu'un serveur. Même quand j'étais aide-soignant, ils se foutaient de ma gueule : il est pas très intelligent. Après, je me suis forcé à travailler dans le commerce. Pour leur faire plaisir, mais c'était pas du tout mon truc ».

De façon plus générale, Antoine dit ne pas savoir accepter les compliments (« quand on me dit que c'est bien, ça me perturbe, c'est comme si j'y croyais pas »), se dévaloriser beaucoup, en sus d'une certaine restriction cognitive sur lit de dépressivité et/ou trouble de la personnalité (« j'ai l'impression des fois de ne retenir que le mal, que les choses négatives »), ne pas s'apprécier. Il se donne une note de 2/10 de valeur personnelle. Il a le sentiment d'être ridicule et d'être jugé lorsqu'il est en groupe. Il obtient un score de - 50 à l'échelle d'affirmation de soi (compétences sociales) de Rathus (score allant de - 90 à +90, scores négatifs témoignant de défaut d'assertivité, scores positifs de comportements agressifs ou très affirmés, score de 0 : comportement « normalement » affirmé). Concernant le groupe, en tant que dispositif groupal, Antoine semble s'être identifié aux membres du groupe dans leur difficulté, *a minima*.

« Les autres sont toujours meilleurs que moi, moins malades. Je pensais toujours pareil que les autres, mais qu'ils avaient que un problème à régler. J'étais le pire. Je voyais qu'ils étaient vivants, qu'ils avaient juste un petit problème à régler, parce qu'ils avaient pas confiance en eux, ou ils étaient timides, ou ils savaient pas dire oui ou non. Et puis moi, voilà quoi... Ils étaient respectés par leur famille quand même, je me sentais... j'veux dire... celui qui avait le plus de problème. J'étais même un peu jaloux. Enfin, je peux pas dire que je suis jaloux parce que je suis content pour les autres mais, comment dire [...] je voyais tous les gens pareils autour libres [...] parce que moi dans ma famille, y'a la moitié qui veut pas me voir ».

Antoine n'a pas participé à un jeu de rôle de façon active, mais il a assisté à l'un d'eux. Lorsque je le questionne à ce propos, Antoine semble avoir développé ses compétences relationnelles depuis sa participation au groupe.

« Non, je me sens pas intimidé [...] comparé à quand j'avais 10-12 ans [...] la vie fait que... [...] je pense que c'est un manque de confiance [...] parce que je me dis que je suis là pour ça [...] j'avais un peu honte au début, la première fois à l'espace Barbara, maintenant non, j'ai muri [...] Même si je me casse la gueule de temps en temps, je me relève, et j'apprends de mes erreurs. Même si c'est toujours un cercle vicieux, j'ai envie d'arrêter tout ça ».

Antoine se souvient de certaines notions théoriques de communication évoquées sur le groupe (« le 'disque rayé' oui... je ne l'ai jamais utilisé, mais... »).

L'état physique et psychique d'Antoine ne lui a pas permis de se saisir du temps de relaxation proposé en fin de groupe EAS.

Lorsqu'on évoque ce soin et les tentatives de soins, Antoine répond qu'il va retenter de travailler sur ses compétences sociales, en intégrant un autre soin de ce type. Il ne recontactera pas l'espace Barbara pour rejoindre de nouveau le groupe (« je peux pas demander de venir à chaque fois, ce qui

est tout à fait normal ». Il élimine le problème financier de sessions privées par « vu tout ce que j'ai pu dépenser dans l'alcool ». Il ne s'est pas renseigné sur les possibilités dans la région, ni sur les tarifs.

« Il me faudrait d'ailleurs un groupe mais... je vais le faire, mais pas là [...] je me suis renseigné [...] j'ai l'impression que j'y arriverai jamais... avoir confiance en moi ».

6. Conclusion

Antoine souffre d'un trouble lié à l'usage d'alcool depuis 2001 (23 ans) et d'un trouble lié à l'usage de cannabis depuis 1997 (19 ans). Il est entré dans les soins psychiatriques en 2006 (28 ans), soit après 5 ans. Il bénéficie d'un suivi conjoint psychiatre-addictologue depuis 2012 a priori (34 ans). L'alliance thérapeutique semble médiocre et Antoine est peu investi dans les soins addictologiques lorsque je le rencontre, auxquels il n'adhère que moyennement. Le groupe d'entraînement à l'affirmation de soi lui est proposé rapidement dans le parcours de soins (2009-2010). Il présente un manque d'estime (valeur personnelle), de confiance (sentiment d'efficacité personnelle) et d'affirmation (expression) de soi (Fanget et Rouchouse 2007), ce qui explique l'indication sur le groupe. Antoine attend des soins de pouvoir affronter sa mère dont il est particulièrement dépendant et dont il souhaite s'affranchir. Le système dans lequel évolue la famille est cependant complexe. Ce souhait d'émancipation paraît ambivalent, avec une ambivalence probablement bilatérale. Antoine ne fait pas mention d'un soutien familial dans cette démarche. Antoine présente des éléments thymiques et de trouble de la personnalité, ainsi qu'un défaut d'assertivité. Le trouble de la personnalité prend une place capitale. On constate une multitude d'éléments de schémas précoces inadaptés (Young) ou de schémas cognitifs rigides (Beck) qui risquent de limiter les possibilités de travail cognitif, en sus de la neurotoxicité de l'intoxication alcoolique. La désorganisation psychique observée en entretien complexifie également le travail de restructuration cognitive. Les trajectoires de vie, mais aussi de soins, d'Antoine sont fortement marquées par la discontinuité. Il ne semble pas exister d'observance aux soins, tout autant concernant le groupe d'entraînement à l'affirmation de soi que les consultations ambulatoires, les soins de post-cure. Antoine met en avant une incompatibilité entre les modalités des soins et les modalités de son travail, comme explication pour avoir stoppé les soins lors de son 1^{er} groupe EAS. Le travail est un facteur extérieur, priorisé par rapport aux soins, valeur importante pour Antoine comme on l'a vu. Lors de son 2^{ème} groupe EAS, Antoine consomme de façon massive de l'alcool ce qui le rend indisponible. L'intensité de la conduite addictive est importante. Par conséquent, on constate une concentration de facteurs de risque de mauvais pronostic d'observance aux soins.

C. Christian

Christian, âgé de 42 ans, consulte pour conduite addictive de type trouble lié à l'usage de cannabis.

Christian est de bon contact. Il a une présentation plutôt inhibée, le corps est un peu replié sur lui, la prosodie basse, sans modulations rapides ou brutales. Il n'y a pas de syndrome dissociatif, ni d'élément délirant. L'anxiété est maîtrisable, mais nous nous sommes déjà rencontrés à plusieurs reprises dans le cadre des soins. L'humeur est neutre, sans expression de velléité suicidaire ou idées noires. Il n'y a pas d'agressivité.

1. Antécédents

a) Antécédents familiaux

Médico-chirurgicaux

Père : facteurs de risque cardio-vasculaires ; mère : hypothyroïdie substituée.

Psychiatriques

Père : trouble bipolaire, type non précisé (« mais je me suis jamais reconnu dans la maladie de mon père »).

Addictologiques

Père : trouble lié à l'usage d'alcool, intensité non précisée.

b) Antécédents personnels

Médico-chirurgicaux

Infection néonatale, ayant nécessité une hospitalisation, au décours de laquelle la garde est confiée à la grand-mère paternelle plutôt qu'aux parents. Un nouvel épisode somatique motive une nouvelle hospitalisation, et, devant une suspicion de négligence, Christian est confié à sa grand-mère maternelle.

Chirurgie des dents de sagesse.

Bronchite chronique.

Allergie au pollen.

Psychiatriques

Anxiété dans l'enfance, attachement insécuré (*a priori* anxieux ou désorganisé).

Episodes dépressifs caractérisés, à l'âge adulte, initialement intégrés dans un trouble dépressif majeur récurrent ; devant la notion de fluctuation de l'humeur (idées-créativité, puis adynamisme) et du fait d'un virage thymique sous anti-dépresseur (ISRS, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), diagnostic, posé, en 2009, de trouble bipolaire de type 3 et prescription d'un thymorégulateur.

Addictologiques

Trouble lié à l'usage de tabac, intensité non précisée ; début à l'âge de 12 ans, consommation très rapidement quotidienne ; antécédent d'une période d'abstinence de 2 mois à la naissance de son 2^{ème} enfant ; souhait d'arrêt.

Trouble lié à l'usage de cannabis, intensité non précisée (cf. *Histoire du trouble*) ; consommation de 1,5 grammes par jour lors de la 1^{ère} consultation ; objectif d'abstinence.

Trouble lié à l'usage d'alcool, intensité non précisée ; expérimentation à 12 ans (entrée en 6^{ème}) ; 1^{ère} ivresse à 14 ans ; alcoolisations ponctuelles importantes (API), les week-ends, de 15 à 22 ans ; consommations actuelles moindres en quantité, mais conservant le caractère de perte de contrôle systématique.

Pas de troubles liés à l'usage d'autres SPA ; expérimentations multiples.

Pratique de sport : compétition de sport dans l'enfance, entre 8 et 12 ans, pas de données supplémentaires pouvant détailler un trouble lié à la pratique de sport passé.

Pas de troubles liés à la pratique d'autres comportements.

2. Histoire de vie

Christian est le 2^{ème} d'une fratrie de 3. Il a vécu chez ses grands-parents alors qu'il était nourrisson, suite à des problèmes somatiques et des suspicions de négligence (cf. *Antécédents personnels*). Il a peu de contact actuellement avec son frère et sa sœur. Ses parents sont séparés depuis plusieurs années, Christian était adulte. Christian pense que ce couple ne s'est pas construit « par choix ». La fratrie serait arrivée par « erreur », « accident », les enfants n'auraient pas été « désirés ». La présence de ces enfants aurait contrarié les études paternelles. Le père de Christian travaillait dans le domaine de l'art, il était poète (« artiste ») ; sa mère était factrice. Christian n'a plus de relations avec son père, ni avec sa mère. Le fonctionnement familial révèle des troubles de la communication

entre ses membres, oscillant entre une absence complète de communication et une sur-communication rendant mouvantes les frontières familiales. Les parents de Christian auraient fait des confidences à leurs enfants, de façon isolée, les mettant dans le secret de relations adultères, les plaçant dans un conflit de loyauté entre leurs deux parents. Christian dit ne s'être jamais senti valorisé, n'avoir jamais reçu les encouragements de ses parents... Il ajoute s'être senti en compétition sexuelle avec son père jusqu'à son agression sexuelle.

Christian entretient de mauvais rapports avec son père, son frère et sa sœur depuis que son père s'est exhibé devant son fils. Sa compagne a porté plainte contre son beau-père pour attentat à la pudeur, qui a abouti à un non-lieu. Christian hésite à recontacter son père, ce à quoi s'oppose sa compagne, car il pense que cette rupture de liens le fait souffrir. Il est très en colère contre son frère et sa sœur qui ont pris parti pour leur père.

Christian rencontre et fréquente (« histoire d'amour ») sa compagne actuelle jeune adulte. Alors hésitant quant à son orientation sexuelle, il « choisit » l'hétérosexualité pour avoir des enfants. Ce questionnement conduit à une éviction des relations sociales et à un retrait. C'est après la naissance de ses enfants qu'il révèle des agressions sexuelles répétées par un adulte connu n'appartenant pas à la famille, alors qu'il avait entre 12 et 14 ans, l'homme en question venant de décéder par suicide. Ses parents auraient banalisé les faits et Christian ne s'est pas senti reconnu dans sa souffrance ni protégé.

Christian vit en couple. Le couple a deux enfants adolescents. Lors du diagnostic de trouble bipolaire, Christian, qui se sent dans un « laisser-aller », s'interroge sur ses qualités paternelles (« j'ai peur de ne pas avoir été à la hauteur comme père avec mes enfants »). Le couple connaît une prise de distance et des difficultés sexuelles, en début de soins et est orienté vers une thérapie de couple.

Enfant, Christian avait des envies créatives et souhaitait exercer le métier de sculpteur. Ce projet professionnel a été contrarié par un obstacle budgétaire, les revenus familiaux ne pouvant supporter une telle orientation. Il a finalement poursuivi un BTS électronique. Par la suite, son parcours professionnel est marqué par l'instabilité, la discontinuité, de nombreux changements de postes, d'entreprises, des déménagements, en parallèle de quoi, on constate aussi des périodes de créativité professionnelle reconnue (a reçu un prix de l'innovation). Actuellement, Christian est manutentionnaire dans une usine. Il travaille de nuit depuis plusieurs années. Il s'interroge toutefois sur une nouvelle reconversion professionnelle et réalise un bilan de compétences en ce sens.

Christian s'est engagé dans un mouvement syndical car « s'ennuyait au travail ». Il a connu des périodes de litiges avec des employeurs. Il présente parfois des comportements revendicants.

3. Histoire du trouble

a) Facteurs déclenchants initiaux évoqués

Christian a grandi avec un père présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, il a observé le comportement de son père ayant recours à une substance psycho-active (*apprentissage social vicariant*), recours en tant que stratégie de *coping*, moyen hédonique, média pour les relations sociales, ou subissant la pression sociale environnante. La première expérimentation de cannabis de Christian date de ses 14 ans, alors qu'il est adolescent, en classe de 4^{ème}, et que les attouchements (12-14 ans) cessent. Il s'agit d'une consommation accompagnée, à visée récréative et festive. Elle est associée à la première ivresse en alcool.

b) Événements / Facteurs précipitant les troubles

Les consommations de cannabis deviennent quotidiennes à l'âge de 16 ans, en parallèle d'une première relation homosexuelle, destinée à apprécier son orientation sexuelle.

Christian connaît une période d'abstinence de 2 mois, concomitante à celle de tabac, lors de changements importants : naissance de son fils, déménagement, changement de travail, avant de rechuter.

c) Facteurs historiques de maintien possibles

En travaillant de nuit, Christian n'est pas en contact direct avec ses employeurs et la hiérarchie. Il n'est pas soumis à leurs regards ni à leur surveillance. Cela lui laisse une certaine liberté et permissivité dont il profite pour consommer. De plus, il se plaint d'une charge de travail trop faible et s'ennuie, ce qu'il résout, là-encore, par la consommation de cannabis. Enfin, un de ses collègues de nuit est également usager de cannabis. Ils fument ensemble et ce dernier lui vend du cannabis.

En outre, Christian consomme toujours du tabac.

d) Parcours addictif

Evénements de vie			Tabac	Cannabis	Alcool
	Naissance	1969			
Entrée en 6 ^{ème} Début des attouchements sexuels	12 ans		Début consommation quotidienne		Expérimentation
Fin des attouchements sexuels	14 ans			Expérimentation	1 ^{ère} ivresse
	15 ans				Ivresses les week-ends
Relation homosexuelle	16 ans			Début de consommation quotidienne	
Obtention BTS Quitte les études, commence à travailler Déménagement	22 ans				Diminution, espacement des alcoolisations ponctuelles importantes, épisodiques
Naissance de son fils Déménagement Changement de travail	30 ans		Abstinence pendant 2 mois, puis rechute		Identique
Début des soins psychiatriques et addictologiques	39-41 ans	2008-2010		Diminution	Identique
Groupe EAS	43 ans		Poursuite ; objectif d'abstinence	Arrêt	Identique ; objectif de consommation contrôlée

4. Analyse fonctionnelle SORC

Situation : Christian est en proie à l'ennui (seul principalement).

« Quand je suis inoccupé, je m'ennuie, je tourne en rond ; quand je suis seul aussi ».

Organisme :

Cognitions : « j'ai envie de consommer » ; « Je m'ennuie (*susceptibilité à l'ennui*) dans mon travail. Je dois combler cette inactivité. Je suis plus actif en fumant » ; « je ne devrais pas fumer [...] je devrais arrêter [...] peur de changer mes habitudes : si j'arrête, je vais être déprimé et pénible, je suis très irritable, et de mauvaise humeur, je vais être en conflit avec ma compagne ».

Christian éprouve aussi des pensées autour de son orientation sexuelle.

Emotions : *craving*, ennui, culpabilité (d'être dépendant, de dépenser beaucoup...), honte, tension/anxiété (ambivalence : arrêt ou poursuite, peur de ne pas y parvenir, sentiment d'efficacité personnelle médiocre).

Ressentis corporels : non précisés.

Réactions : Christian consommait du cannabis, à visée désinhibitrice (être plus à l'aise dans les interactions sociales), à visée anti-dépressive, hypnotique/sédative (« pour dormir », aide à ne plus penser aux pulsions homosexuelles), pour apaiser le *craving* et les signes de manque, mais aussi stimulante (effet réel médiocre convient-il), hédonique, onirique (« pour m'évader », effet réel médiocre). On retrouve donc des motivations aux consommations de type : motivations sociales, stratégies de *coping*, et recherche de plus-value (M. L. Cooper 1994).

Conséquences :

« ça dérange ma femme et mes enfants [...] ma fille est inquiète » ; « mauvaise image dans la société » ; « ça me coûte cher (250 euros /mois, dettes, crédit à la consommation) et je me prive d'autres plaisirs (peu de loisirs) » ; « mauvais pour ma santé [...] je ne fais pas de sport car je suis essoufflé » ; « mauvaise estime de moi (je me sens faible et indécis) », humeur fluctuante, fatigue, culpabilité/déprime ; « je ne fais pas les démarches nécessaires de la vie courante » ; « ça me prend du temps (1h30/jour) ».

Diagnostic : Trouble lié à l'usage de cannabis.

5. Histoire des soins

Je rencontre Christian lors du groupe EAS auquel je participe. Je le re-sollicite à distance (M+10) de la fin du groupe et nous nous rencontrons afin de discuter et d'échanger sur le groupe.

Christian est adressé sur les consultations d'addictologie par son psychiatre référent. Il est déjà suivi depuis quelques années pour un trouble dépressif récurrent, qui s'était dernièrement acutisé et pour lequel un diagnostic de trouble bipolaire avait été posé. La prise en charge était ambulatoire, par des consultations.

Christian est suivi dans le service d'addictologie depuis près de 2 ans lorsque son médecin référent lui propose le groupe EAS. Son hospitalisation en addictologie pour un sevrage en cannabis a permis une amélioration des difficultés tout en pointant d'autres problèmes persistants et notamment un problème de confiance en soi et d'affirmation de soi, influençant les consommations. Christian évoque ce problème comme « craindre le regard des autres », « être rejeté, ne pas être accepté », « toujours devoir en faire plus ». Ces affects et cognitions se traduisent par un comportement non-assertif, inhibé, parfois agressif, dont il perçoit les dommages.

Christian est d'emblée favorable à cette prise en charge. Il est soutenu dans ce projet par sa compagne. Le délai d'attente pour intégrer le groupe est de 3 mois. Christian pointait qu'il vivait là une « bonne période ». Il avait des envies de changement, autant professionnel que personnel, relationnel familial, mais était freiné jusqu'alors par un sentiment d'efficacité personnelle médiocre (« j'm'en sentais pas capable »). Par ailleurs, Christian travaillait de nuit et était donc disponible sur les créneaux horaires du groupe.

En arrivant au groupe, Christian a des attentes et souhaite « une amélioration de ses difficultés » puisqu'on « avait mis le doigt sur une des raisons de [mon] mal-être ». Il n'a cependant aucune expérience de soins de groupe ni de soins d'orientation cognitivo-comportementale. Il a déjà expérimenté des exercices de relaxation, exercices qui lui ont fait « du bien », pour lui « vider la tête ».

Christian s'est tout de suite senti confortable dans le groupe : « dès la première séance, je me suis dit que j'avais ma place, on se comprenait [...] des gens encore plus en difficultés que moi ». Il évoque le sentiment d'entraide, de *feedback*, allant dans les deux sens : du groupe vers lui, d'être aidé par le groupe, et du groupe auquel il appartenait vers d'autres. Il a fortement investi le soin, « poussé » également par sa compagne en parallèle.

Il parle de l'apport de notions théoriques, cognitives et de psychoéducation, concernant le défaut d'assertivité, les conduites addictives, la dépression, « ça permettait aussi de comprendre [...] le fonctionnement ». Christian évoque les jeux de rôle sur lesquels il s'est appuyé, dont il s'est servi. Il insiste sur le fait que l'ensemble des jeux de rôle lui a été profitable, tout autant le jeu de rôle basé sur sa situation personnelle que ceux des autres participants. Lors du travail sur les situations d'autres, Christian s'est identifié à eux, il s'est reconnu les mêmes préoccupations. Il a apprécié le travail actif comportemental et cognitif sur des situations actuelles concrètes.

« On rumine pas le passé [...] sur l'ici et maintenant [...] plus de progrès sur une meilleure connaissance de soi par rapport aux autres psy [...] à chaque séance, j'apprenais quelque chose [...] travailler sur des objectifs, avoir des projets [...] ce que je pensais pas capable de faire [...] j'ai senti assez rapidement que ça pouvait être la bonne manière ».

Christian qualifie positivement le groupe de « sorte de coaching avec des objectifs ». En parallèle, il perçoit le retentissement de cette modification comportementale et cognitive, la généralisation de l'effet, « des petits progrès amènent des choses plus grandes [...] sur des sujets variés », et notamment sur sa consommation de substances par le développement de solutions alternatives à la consommation (« être actif, c'est aussi une façon de moins consommer »).

Christian évoque les changements constatés en dehors du groupe. Il les perçoit à son niveau, par rapport à ses pensées et ressentis et affects.

« Je suis moins exigeant, moins dans le « que vont-ils penser » [...] je peux tourner la page [...] physiquement plus épanoui, l'air en forme en rentrant [...] prise de recul [...] moins de moments de déprime [...] je ne me laisserai plus déprimer [...] on peut aussi freiner son trop d'enthousiasme ».

Ses relations à sa compagne se sont apaisées en s'ouvrant sur de la communication, alors qu'il associait « affirmation de soi » à « opposition et conflits ». Sa compagne a renforcé ce nouveau comportement en le valorisant et en encourageant la poursuite. Christian a plus de facilités à aborder ses enfants, sa fille notamment et à s'entretenir avec elle. Au travail, Christian a demandé un bilan de compétences dans le but d'une reconversion et aussi pour se rassurer sur celles-ci, ce dont il ne se sentait pas capable auparavant. Christian a apporté cette situation professionnelle (demander un bilan de compétences) au groupe EAS et elle a été travaillée par le biais du jeu de rôle. Christian a « joué » son rôle en s'adressant à un autre membre du groupe qu'il avait nommé pour « jouer » son employeur. La situation a été jouée à plusieurs reprises. Il a éprouvé son ressenti par le jeu de différentes façons d'aborder le sujet, et par les différentes réponses en réaction. Il a constaté la diminution de l'anxiété par la répétition de l'exposition. Il a ensuite expérimenté l'autre place. En pratique, Christian a exporté ce travail en situation in vivo et était satisfait de sa démarche. La demande n'a pas été acceptée, mais sa réaction ne s'est pas faite sur le registre dépressif, il a « continué avec entrain » à réfléchir à son projet « plutôt que de ruminer ».

Christian est allé au terme des 20 séances possibles de groupe EAS. Il n'a jamais songé à arrêter. Il ne se s'est pas senti en difficultés par le *turn-over* de ce groupe semi-ouvert, car il subsistait « un noyau ». Il n'a pas eu de contact avec les participants du groupe en dehors de celui-ci, ni même au sortir des séances (« j'ai encore des progrès à faire à ce niveau-là »). Il trouve que « la plupart a fait des progrès ». Pour lui, les obstacles à la poursuite de ce groupe seraient : la difficulté « à se confronter au groupe », et le fait qu'il n'est « pas évident de voir l'impact à 1 ou 2 séance(s) ».

Selon Christian, pour appréhender au mieux une telle modalité de soins, il faut « que la personne soit consciente de pourquoi elle y va, qu'elle soit motivée et qu'elle pense que cela va l'aider ».

A la fin du groupe, Christian pensait reprendre le groupe après le délai des 6 mois nécessaires. Il a changé d'avis, il ne recontactera pas le groupe EAS, du moins, pas dans l'immédiat. Il a conservé « l'élan », il dit avoir « des restes » et maintenant « des outils ». Il se sent plus confiant, plus autonome. Il a gagné en sentiment d'auto-efficacité. Il ressort son cahier de notes de temps à autres. Il constate qu'il peut progresser dans la qualité de ses interactions, seul, avec ses nouveaux acquis. De façon plus pratique, il ne pourrait pas refaire ce groupe actuellement du fait de sa formation qu'il ne pourrait pas manquer.

Par ailleurs, Christian ne consomme plus de cannabis en accord avec son objectif d'abstinence en cannabis, et a arrêté son suivi addictologique.

6. Conclusion

Christian a pu profiter de cette modalité de soins. On remarque qu'il avait envie de changement, qu'il se sentait prêt, et que son sentiment d'efficacité personnelle s'est gonflé d'une période plus stable. Le soutien social perçu était de bonne qualité. Christian était en soins depuis 4 ans, plutôt compliant aux consultations et observant de son traitement médicamenteux thymorégulateur *a priori*. Il présentait un trouble lié à l'usage de cannabis depuis l'âge de 16 ans. Il a ressenti des effets bénéfiques de cette prise en charge. Il a pu constater lui-même que derrière l'amélioration de ses compétences sociales, est survenue une meilleure gestion, un meilleur contrôle, de sa consommation de cannabis, puisqu'il avait arrêté lorsque nous nous sommes rencontrés ; il avait donc atteint l'objectif qu'il s'était fixé.

III. Troisième partie - Étude

Nous avons décidé de mener une étude dans le service d'Addictologie, visant à évaluer si la motivation mesurée initialement était liée à la poursuite des soins sous forme de groupe de TCC.

A. Matériel et Méthode

1. Méthodologie – *Design*

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, de cohorte, non contrôlée, monocentrique.

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique local (Groupe Nantais d'Étude dans le Domaine de la Santé – GNEDS) et accepté.

2. Population

La population cible était constituée de sujets majeurs, des deux sexes, suivis pour une problématique addictive sur le service d'Addictologie du CHU de Nantes (produit ou comportement) et à qui l'on avait proposé un groupe thérapeutique de type TCC, orienté sur la conduite addictive (jeu pathologique, addiction sexuelle) ou sur l'affirmation de soi (groupe transversal).

a) Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les sujets majeurs, des deux sexes, suivis pour conduites addictives (produit ou comportement) par le service d'Addictologie du CHU de Nantes, adressés par leur praticien référent pour un groupe thérapeutique cognitivo-comportemental au sein du CATTP dudit service, et qui étaient venus à au moins une séance de groupe ; par ailleurs, comprenant, sachant lire et écrire le français et ayant signé le consentement à l'étude.

b) Critères d'exclusion

N'ont pas été inclus les sujets présentant au moins une des caractéristiques suivantes : présence de troubles des fonctions supérieures, présence de difficultés pour la lecture ou l'écriture de la langue française, tutelle, mineurs.

3. Critères de jugement

Il a été décidé d'obtenir les informations nécessaires par le biais de la lecture des dossiers (caractéristiques sociodémographiques, addictologiques, de soins) et par la passation d'auto-questionnaires, ceci afin d'obtenir une meilleure compliance et d'interférer au minimum dans la prise en charge. Le choix de ces questionnaires a été soumis au respect d'un nombre relativement restreint de questionnaires, pour une meilleure participation et une passation plus fiable, de même qu'à l'appréciation de leurs propriétés psychométriques. Ces questionnaires sont listés ci-dessous.

a) Critère d'évaluation principal

L'objectif principal était de comparer la motivation aux soins des patients qui arrêtaient prématurément à celle de ceux qui poursuivaient le groupe thérapeutique de TCC sur lequel ils avaient été adressés. L'hypothèse était que les patients qui arrêtaient prématurément ces groupes thérapeutiques présentaient une motivation moindre que ceux qui poursuivaient et terminaient. La motivation était évaluée par l'échelle de SOCRATES.

La SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Miller *et al.* 1996) (Annexe 8)

Le critère d'évaluation principal était un des sous-scores à l'échelle de motivation de SOCRATES 8^{ème} version, échelle traduite en français pour l'étude et légèrement modifiée pour être adaptée à la population dépendante tout venant (produit, comportement). Le sous-score de « Taking Steps », « prendre des mesures » littéralement, traduisant un phénomène actif, était mesuré. S'il est haut (score ≥ 36), il est dit prédictif d'un changement effectif. Les patients étaient répartis en 2 classes selon ce score : score ≥ 36 ou score < 36 , classes traduites grossièrement par présence/ défaillance de motivation / motivation. Selon l'hypothèse de l'étude, la population compliant aux soins présenterait un score ≥ 36 , alors que la population non compliant un score < 36 .

Cette échelle était remplie uniquement au début du groupe de thérapie.

b) Critères d'évaluation secondaires

L'objectif secondaire était de comparer les sujets compliant et les sujets qui arrêtaient prématurément le groupe sur d'autres variables, cliniques et sociodémographiques, paramètres possiblement prédictifs d'un arrêt inattendu.

Il s'agissait de données cliniques : caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe), diagnostic(s), traitement médicamenteux parallèle, nombre de séances de GTCC, statut concernant l'observance

du groupe, note d'appréciation de valeur personnelle / des difficultés perçues en début et en fin de prise en charge, appréciation de l'évolution des troubles. Des données étaient liées à des scores sur auto-questionnaires : questionnaire de mesure de l'intensité de la conduite addictive QMICA (addiction autre que TCA) ou questionnaire d'insatisfaction corporelle BSQ (TCA), inventaire de dépression de Beck BDI, échelle de phobie sociale de Liebowitz, échelle d'anxiété sociale de Spielberger trait-état STAI, test d'auto-évaluation des pensées en interactions sociales TAPIS, échelle de comportement impulsif UPPS, questionnaire de raisons d'arrêt, questionnaire de satisfaction patient de Larsen modifié CSQ.

Variables sociodémographiques :

Âge

Les différentes études sur le sujet ne concluent pas aux mêmes résultats quant à une éventuelle influence de l'âge dans l'abandon des soins. L'âge, notamment la classe des 15-24 ans (Edlund *et al.* 2002), est avancé comme le seul facteur sociodémographique jouant un rôle de facteur prédictif d'arrêt prématuré par certains auteurs, et l'on trouverait un meilleur suivi des soins chez les plus de 40 ans (SAMHSA 2008 ; Brorson *et al.* 2013).

Sexe

Certaines études constatent que le sexe n'a aucune influence sur le risque d'abandon (Bouvard *et al.* 1998 ; Edlund *et al.* 2002), d'autres soulignent l'impact du genre, mais le sens n'est pas univoque (Brorson *et al.* 2013).

Variables cliniques :

Diagnostic principal CIM 10

La consommation d'alcool, de cocaïne, de cannabis, et la poly-consommation n'influeraient pas de manière significative sur la trajectoire de la prise en charge (Brorson *et al.* 2013). Un diagnostic psychiatrique supplémentaire à celui d'addiction serait un facteur prédictif d'arrêt non programmé (Amodeo *et al.* 2008 ; Masson *et al.* 2007).

Nombre de séances de GTCC effectuées

Edlund (Edlund *et al.* 2002), dans son étude sur les causes d'abandon des soins de pathologie mentale, retrouve environ 10 % d'abandon à la 5^{ème} visite, 18 % à la 10^{ème} et 20 % à la 25^{ème}.

Statut concernant l'observance du groupe

Les patients ont été considérés comme non observants des soins et ayant arrêté le groupe de façon prématuré lorsque plus de deux absences non excusées ont été constatées.

Note d'appréciation de valeur personnelle / des difficultés perçues

Le patient donne une note de valeur (surtout dans le groupe EAS) / de difficultés perçues, entre 0 « Je suis nul(le), je ne vauds rien... Mes problèmes sont insurmontables, ils m'empêchent de vivre » et 10 « Je m'apprécie... Je n'ai pas de problème ». Cette note est demandée en début et fin de prise en charge.

Variables d'auto-questionnaires :

Le QMICA, Questionnaire de Mesure de l'Intensité de la Conduite Addictive (Décamps *et al.* 2010)

Une fréquence plus importante des conduites de consommation, ainsi qu'une intensité plus conséquente, seraient un facteur prédictif d'abandon (Ball *et al.* 2006 ; Amodeo *et al.* 2008 ; SAMHSA 2007). Il s'agit d'un questionnaire, français, en 2 parties. Seule la partie 1, d'évaluation de l'intensité de la conduite, est utilisée.

Le BSQ, Questionnaire d'insatisfaction corporelle, Body Shape Questionnaire (Cooper *et al.* 1987)

Les patients présentant un TCA n'ont pas rempli le QMICA mais le BSQ. Il s'agit d'un questionnaire en 34 items, construit autour de préoccupations pour le poids et la forme du corps.

L'échelle de phobie sociale de Liebowitz (Liebowitz 1987 cité dans Bouvard *et al.* 2010)

L'échelle de Liebowitz est dite globale car elle caractérise et comportement (évitement) et émotion (anxiété) soit 2 items sur 3 (manque l'item cognition).

Le TAPIS, Test d'Auto-évaluation des Pensées en Interaction Sociale (Glass *et al.* 1982)

Ce test juge du versant cognitif de l'anxiété sociale, qui manque dans l'évaluation par l'échelle de Liebowitz.

Le STAI, inventaire d'anxiété état-trait, State Trait Anxiety Inventory (Spielberger *et al.* 1970, modifié par Spielberger 1983, cité dans Bouvard *et al.* 2010)

Ce questionnaire apprécie le niveau global d'anxiété. En outre, il est utilisable afin de confronter phobie sociale et anxiété sociale.

Le BDI, Inventaire de Dépression de Beck (Beck *et al.* 1974 cité dans Bouvard *et al.* 2010)

Il est renseigné à titre systématique, afin d'exclure de faux positifs de faible affirmation de soi notamment. En effet, si le score est supérieur à 16 à cette échelle, il est nécessaire de réévaluer à distance de l'épisode afin de pouvoir affirmer un manque d'assertivité. De plus, un antécédent de dépression, et *a fortiori*, une dépression contemporaine des soins, est un facteur de risque d'abandon des soins.

L'UPPS, Impulsive Behavior Scale, Echelle de comportement impulsif (Whiteside *et al.* 2001 cité dans Bouvard *et al.* 2010)

L'impulsivité est définie comme se manifestant par des comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, inappropriés, et pouvant entraîner des conséquences indésirables (Van der Linden *et al.* 2006). Elle relève de difficultés dans la régulation des émotions et dans celle des comportements et pensées. L'impulsivité est un facteur prédictif d'abandon précoce de prise en charge et même d'efficacité de celle-ci chez les joueurs pathologiques (Inserm 2008).

Le Questionnaire sur les raisons d'arrêt (Bergeron *et al.* 1997)

Des études (Ball *et al.* 2006) se sont penchées sur les raisons invoquées par les patients concernant les motifs d'arrêt de prise en charge. Là encore, le questionnement porte sur l'éventualité d'une différence entre le groupe de TCC et les autres types de soins.

Le CSQ, Client Satisfaction Questionnaire, Questionnaire de Satisfaction Patient, version groupe (Larsen *et al.* 1979 traduit par Sabourin *et al.* 1989)

Il s'agit d'un questionnaire comprenant 2 parties : la partie I correspond à la satisfaction concernant les soins groupaux, la partie II à la satisfaction des soins en général. Seule la partie I a été utilisée, puisque les prises en charge groupales sont seules ciblées ici, et avec des modifications.

4. Analyse statistique

Il n'y a pas eu de calcul de nombre de sujets nécessaires, compte-tenu de la nature exploratoire de l'étude. S'agissant de groupes pouvant accueillir jusque 10 personnes, groupe semi-fermé ou groupes de 2 sessions annuelles, le nombre prévisible approximatif de patients inclus, sur les 3 ans de l'étude, était de 30.

Le risque α a été fixé à 5 %. Le degré de signification statistique prévu était de 5 %, $p = 0,05$.

Le critère de jugement était une variable qualitative. Des analyses descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des variables recueillies, et des estimations ponctuelles et par intervalles de confiance à 95 % ont été effectuées pour les variables qualitatives et quantitatives. En cas de non-normalité des distributions (attestée par un test de Kolmogorov-Smirnov), les médianes et intervalles interquartiles des variables correspondantes étaient fournis.

Des analyses univariées exploratoires constituaient la deuxième étape. Elles visaient à comparer les caractéristiques des patients observants des soins de groupe de thérapie cognitivo-comportementale par rapport à celles des non-observants qui arrêtaient les soins prématurément. Elles cherchaient à tester l'existence d'une relation entre les variables d'intérêt prises séparément (motivation, anxiété sociale, par exemple) et l'appartenance à l'un des deux groupes (patients observants *vs* non observants). Les données quantitatives (moyennes, médianes, etc.) ont été comparées entre les deux groupes à l'aide de tests de comparaison de moyennes de Student ou de tests non paramétriques selon la distribution des variables et les effectifs des groupes. Les corrélations ont été calculées par une corrélation de Pearson. Les données qualitatives (pourcentages, proportions, etc.) ont été comparées entre les groupes à l'aide de tests de comparaison du Khi-deux ou de Fisher.

L'anonymat des sujets a été assuré par un numéro d'anonymat constitué de la première lettre du nom de famille et de la première lettre du prénom, ainsi que d'un chiffre relatif au groupe suivi (ex. : groupe entraînement à l'affirmation de soi : 1, groupe joueurs pathologiques : 2, addicts sexuels : 3). Ce code d'anonymat était la seule information qui figure sur le cahier d'observation (CRF) et qui permet de rattacher *a posteriori* le CRF au patient. Une liste de correspondance entre les noms des patients et leur numéro d'anonymat respectif est tenue à jour par l'évaluateur et gardée confidentielle.

B. Résultats

1. Population

25 patients ont donné leur consentement pour une participation à l'étude et ont été inclus. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont exposées dans le *Tableau 5*.

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients inclus (n = 25)

Caractéristiques		Effectif	Moyenne ± écart-type	Pourcentage
Age (années)		25	44,36 ± 12,9	
Sexe	Femmes	9 / 25		36 %
	Hommes	16 / 25		64 %
Diagnostic principal	F 10.2 : Trouble lié à l'usage d'alcool	1 / 25		4 %
	F 11.2 : Trouble lié à l'usage d'opiacés	2 / 25		8 %
	F 40.1 : Phobie sociale	1 / 25		4 %
	F 50.0 : Anorexie mentale	1 / 25		4 %
	F 50.1 : Anorexie mentale atypique	1 / 25		4 %
	F 50.2 : Boulimie	1 / 25		4 %
	F 63.0 : Jeu pathologique	10 / 25		40 %
	F 63.8 : Autres troubles des habitudes et impulsions	8 / 25		32 %
Groupe	1 : EAS	11 / 25		44 %
	2 : JP	9 / 25		36 %
	3 : AS	5 / 25		20 %
Suivi du groupe en totalité		21 / 25		84 %
SOCRATES score brut		24	33,42 ± 4,55	
SOCRATES	Sujets motivés	8 / 24		33,33 %
	Non motivés	16 / 24		66,66 %
Note de difficultés début		23	4,09 ± 2,13	
Note de difficultés fin		15	6,23 ± 1,52	
QMICA début		16	63,06 ± 14,75	
QMICA fin		10	52,4 ± 23,11	
Liebowitz début		21	47,43 ± 29,68	
Liebowitz fin		11	50,91 ± 30,25	
TAPIS Pensées Négatives début		23	45,13 ± 14,45	
TAPIS Pensées Négatives fin		11	41,64 ± 11,82	
TAPIS Pensées Positives début		23	42,61 ± 8,40	
TAPIS Pensées Positives fin		10	42,7 ± 9,20	
STAI-trait		21	53,62 ± 10,31	
STAI-état début		18	45,78 ± 14,44	
STAI-état fin		12	45,33 ± 11,02	
BDI début		24	17,92 ± 10,27	
BDI fin		11	12,09 ± 10,66	
UPPS Urgence négative		24	10,25 ± 2,88	
UPPS manque de Préméditation		24	8,67 ± 2,21	
UPPS manque de Persévérance		24	8,96 ± 2,42	
UPPS recherche de Sensations		24	8,92 ± 2,96	
CSQ		9	55,33 ± 3,33	

Les trois groupes sont comparables (*Tableau 6*) concernant l'observance, le score motivationnel SOCRATES, le score initial de Liebowitz et les scores initiaux de pensées automatiques de TAPIS. Il existe une différence statistiquement différente ($p < 0,05$) entre les groupes concernant le score de STAI-trait.

Tableau 6 : Comparaison inter-groupe des caractéristiques initiales

Variabes	Groupe 1 (n = 11)	Groupe 2 (n = 9)	Groupe 3 (n = 5)	p-value
Suivi :				
Non	3/11 (27,3 %)	1/9 (11,1 %)	0/5 (0 %)	0,173
Oui	8/11 (72,7 %)	8/9 (88,9 %)	5/5 (100 %)	
SOCRATES	31,54 ± 5,61	34,56 ± 3,05	36 ± 3,16	0,1705
Liebowitz début	58,12 ± 37,95	50,125 ± 23,52	26 ± 17,86	0,1737
STAI-trait	57,11 ± 8,49	56,43 ± 9,11	43,4 ± 10,85	0,0365
TAPIS PP début	42,9 ± 11,42	44,25 ± 6,61	39,4 ± 4,22	0,6277
TAPIS PN début	48,8 ± 17,73	44,75 ± 9,02	38,4 ± 16,13	0,4564

p significatif si $< 0,05$

TAPIS PP début : score des pensées positives TAPIS de début de prise en charge ; TAPIS PN début : score des pensées négatives TAPIS en début de prise en charge

2. Étude des variables

a) Lien entre le score motivationnel SOCRATES et le nombre de séances

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre la motivation initiale évaluée par l'échelle motivationnelle de SOCRATES et le nombre de séances, c'est-à-dire entre la motivation initiale et l'observance du groupe ($p = 0,8523$ et corrélation = 0,0401). L'hypothèse est donc infirmée.

b) Lien entre le score motivationnel SOCRATES et les variables initiales

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre le score SOCRATES et l'âge ($p = 0,9447$ et $r = -0,0150$), le sexe ($p = 0,4391$), le diagnostic principal, la note d'appréciation de valeur personnelle / des difficultés perçues ($p = 0,6901$ et $r = 0,0858$), le score QMICA initial ($p = 0,1900$ et $r = -0,3581$), le score de Liebowitz ($p = 0,1900$ et $r = -0,3581$), le sous-score TAPIS pensées négatives

initial ($p = 0,8720$ et $r = 0,0365$), le sous-score TAPIS pensées positives initial ($p = 0,3920$ et $r = -0,1920$), le score STAI-état initial ($p = 0,2858$ et $r = -0,2748$), le score BDI ($p = 0,1230$ et $r = -0,3309$), le sous-score UPPS urgence ($p = 0,7242$ et $r = -0,0778$), le sous-score UPPS manque de préméditation ($p = 0,8924$ et $r = 0,0299$), le sous-score UPPS manque de persévérance ($p = 0,5024$ et $r = -0,1473$), le sous-score UPPS recherche de sensations ($p = 0,9838$ et $r = -0,0045$).

Par conséquent, nous ne mettons pas en évidence de lien entre la motivation initiale et les variables initiales suivantes : âge, sexe, diagnostic principal, note d'appréciation de valeur personnelle / des difficultés perçues, l'intensité de l'addiction, l'anxiété sociale, les pensées automatiques lors des interactions sociales, l'anxiété-état, le niveau de dépression, l'impulsivité.

c) Lien entre le score motivationnel SOCRATES et les variables finales

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre le score à l'échelle motivationnelle de SOCRATES et la note finale d'appréciation des difficultés ($p = 0,91$ et $r = -0,0321$), le score final à l'échelle de Liebowitz ($p = 0,068$ et $r = -0,5685$), le sous-score final des pensées négatives du TAPIS ($p = 0,10$ et $r = -0,5188$), le sous-score final des pensées positives du TAPIS ($p = 0,998$ et $r = -0,0007$), le score final du STAI ($p = 0,09$ et $r = -0,5159$), le score de satisfaction du CSQ ($p = 0,31$ et $r = 0,3858$).

En revanche, il existe une corrélation négative entre le score SOCRATES et le score final QMICA ($p = 0,01$ et $r = -0,7522$), ainsi qu'avec le score final du BDI ($p = 0,007$ et $r = -0,76$). Nous mettons en évidence un lien entre la motivation en début de prise en charge et l'intensité de la conduite addictive en fin de prise en charge : plus la motivation initiale est importante, moins l'intensité de la conduite addictive est importante en fin de prise en charge. Nous mettons aussi en évidence un lien entre la motivation en début de prise en charge et le niveau de dépression en fin de prise en charge : plus la motivation initiale est importante, moins le niveau de dépression en fin de prise en charge est élevé.

d) Analyse des facteurs prédictifs d'efficacité du soin

Établissement de la variable « Évolution »

L'établissement de la variable « Évolution » de l'addiction est possible à partir des données de 8 patients sur les 25 de l'étude. Pour les autres patients, les données nécessaires sont manquantes. Cette variable « QMICA évolution » est calculée par la différence entre le score QMICA à la fin de la prise en charge et le score QMICA initial. Pour rappel, plus le score QMICA est élevé, plus

l'addiction est sévère. Ainsi, si le score d'évolution est négatif, c'est qu'il y a amélioration clinique. Sur ces 8 patients, l'évolution de l'intensité de l'addiction est de - 13 en moyenne environ (écart-type 24,03), soit : en faveur d'une amélioration de la conduite addictive. La note évolutive la plus basse est de - 47, soit une amélioration clinique importante. La note évolutive la plus basse est de + 12, signant une majoration de la conduite.

Lien entre « Évolution » et le score motivationnel SOCRATES initial

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre l'évolution de l'intensité de la conduite addictive et l'état motivationnel en début de prise en charge ($p = 0,1119$ et $r = - 0,6051$).

Lien entre « Évolution » et les variables finales

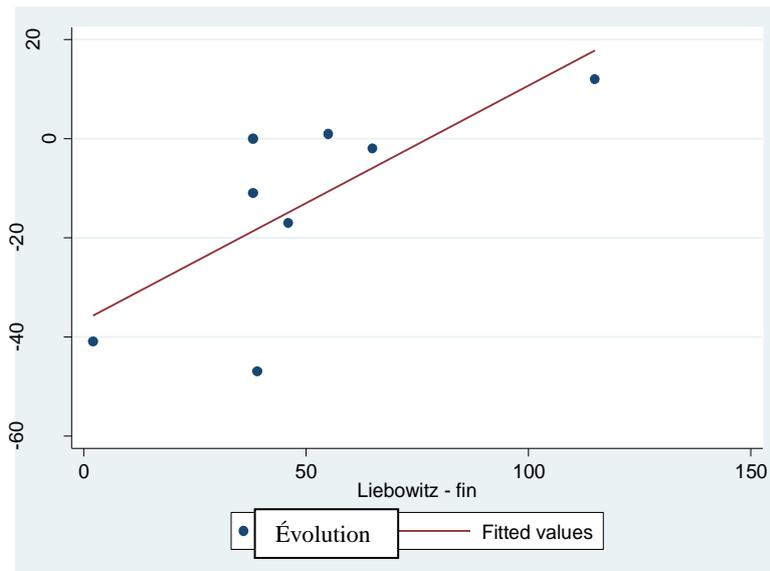
Lien entre « Évolution » et la note finale d'appréciation des difficultés

Il existe une corrélation entre le score « QMICA évolution » et la note finale d'appréciation de valeur personnelle / des difficultés perçues ($p = 0,0289$ et $r = - 0,7592$). La corrélation est négative, ainsi, plus le score QMICA évolution est négatif, plus la note est haute. Cliniquement, plus l'intensité de la conduite addictive diminue, plus le sujet se sent amélioré.

Lien entre « Évolution » et le score final de Liebowitz

Il existe une corrélation positive entre le score « QMICA évolution » et le score final de Liebowitz ($p = 0,0415$ et $r = 0,7258$). La corrélation est positive, ainsi, les scores évoluent dans le même sens : plus le score QMICA évolution est positif, plus le score de Liebowitz est élevé (*Figure 13*). Cliniquement, plus l'addiction est intense, plus elle est associée à un score final d'anxiété sociale important.

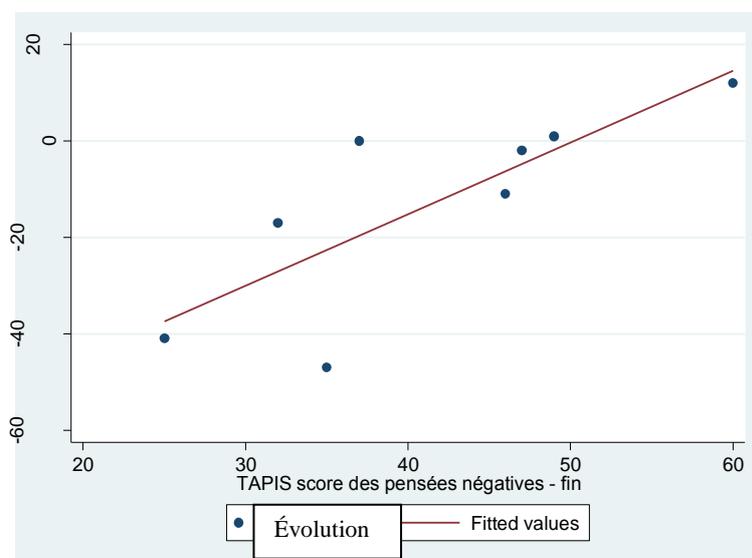
Figure 13 : Corrélation entre le score QMICA évolution et le score final de Liebowitz



Lien entre « Évolution » et le score final TAPIS pensées négatives

Il existe une corrélation entre le score QMICA évolution et le score final TAPIS pensées négatives ($p = 0,0188$ et $r = 0,7932$). La corrélation est positive, ainsi, plus le score QMICA évolution est positif, plus le score final TAPIS pensées négatives est élevé (Figure 14). Cliniquement, plus la conduite addictive est intense, plus il y a de pensées automatiques négatives lors des interactions sociales. Inversement, plus le score QMICA évolution est négatif, signant une amélioration de la conduite, plus les pensées négatives sont peu importantes.

Figure 14 : Corrélation entre le score QMICA évolution et le score final TAPIS pensées négatives



Lien entre « Évolution » et le score final TAPIS pensées positives

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et le score final TAPIS pensées positives ($p = 0,4598$ et $r = - 0,3068$). Il n'y a pas de lien entre l'évolution de l'intensité de la conduite addictive et l'importance en fin de prise en charge de pensées automatiques positives.

Lien entre « Évolution » et le score final STAI-état

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et le score final STAI ($p = 0,2006$ et $r = 0,5062$). Il n'y a pas de lien entre l'évolution de l'intensité de la conduite addictive et le niveau d'anxiété-état en fin de prise en charge.

Lien entre « Évolution » et le score final BDI

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et le score final BDI ($p = 0,1634$ et $r = 0,5898$). Il n'y a pas de lien entre l'évolution de l'intensité de la conduite addictive et le niveau de dépression en fin de prise en charge.

Lien entre « Évolution » et le score CSQ

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et le score CSQ ($p \sim 0,0952$ et $r = - 0,6284$). Il n'y a pas de lien entre l'évolution de l'intensité de la conduite addictive et le niveau de satisfaction de la prise en charge.

Lien entre « Évolution » et les variables initiales

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et les variables suivantes : score initial de Liebowitz ($p \sim 0,4502$ et $r = 0,3131$), score initial des pensées négatives de TAPIS ($p \sim 0,4496$ et $r = 0,3135$), score initial des pensées positives de TAPIS ($p \sim 0,6341$ et $r = - 0,2$), score initial STAI-état ($p \sim 0,2887$ et $r = - 0,7113$), score initial STAI-trait ($p \sim 0,9540$ et $r = - 0,0245$), score initial BDI ($p \sim 0,7089$ et $r = 0,1578$), sous-score urgence UPPS ($p = 0,6051$ et $r = 0,2173$), sous-score manque de préméditation UPPS ($p = 0,7152$ et $r = - 0,1543$), sous-score manque de persévérance UPPS ($p = 0,4041$ et $r = - 0,3440$), sous-score recherche de sensations UPPS ($p \sim 0,4436$ et $r = - 0,3156$).

Il n'existe pas de corrélation entre le score QMICA évolution et les caractéristiques démographiques : âge ($p = 0,9274$ et $r = 0,0388$) et sexe ($p = 0,1727$).

Autres variables d'évolution

L'évolution des variables cliniques entre le début et la fin de la prise en charge a été appréciée (Tableau 7). Nous n'observons pas de tendance évolutive mais une grande disparité selon les patients. L'évolution tend à une amélioration clinique concernant les variables d'appréciation subjective des difficultés, du score de Liebowitz, des pensées négatives du score TAPIS, du score STAI-état et de l'inventaire de dépression BDI.

Tableau 7 : Evolution des variables cliniques

Variabes	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Note d'appréciation des difficultés	16	1,91	3,23	-2	8
Liebowitz	11	-6	15,27	-39	10
TAPIS PP	10	-2	4,10	-7	7
TAPIS PN	11	-4,36	8,77	-17	8
STAI état	8	-3,75	22,16	-36	39
BDI	11	-5,91	7,99	-21	2

Par ailleurs, nous ne mettons pas en évidence de lien entre la note-évolution de difficultés perçues et le score motivationnel SOCRATES ($p = 0,3844$ et $r = 0,2422$). Nous ne mettons pas en évidence de lien entre l'évolution du sentiment de difficultés et la motivation initiale.

C. Discussion

Le but de cette étude était de proposer une évaluation motivationnelle, *via* l'échelle de SOCRATES, spécifique au champ addictologique, des sujets inscrits dans des groupes de thérapie cognitivo-comportementale. Nous avons pour objectif de rechercher une association entre la dimension motivationnelle et l'observance à ce type de soins. Le soin groupal offrait l'avantage d'être varié, proposant deux groupes spécifiques (AS et JP) ainsi qu'un groupe transversal. De cette façon, l'évaluation motivationnelle pouvait s'enrichir et se préciser, dans des contextes différents.

Les recherches sur le sujet de la motivation dans les soins s'appuient sur des outils différents, sans consensus. Elles se penchent sur des comparaisons entre différentes modalités thérapeutiques. Les soins proposés par le CHU de Nantes donnent l'opportunité de pouvoir comparer ces deux modalités de groupes que sont les groupes spécifiques et les groupes transversaux, d'autant plus que ces groupes diffèrent par leur modalité pratique : groupe fermé suivant un protocole/programme *versus* groupe semi-ouvert basé sur les situations apportées par les patients.

Une meilleure indication de ces groupes thérapeutiques et une évaluation des pratiques dans le but de les améliorer faisaient partie des objectifs et retombées attendues de l'étude.

L'étude se base sur un petit échantillon et de nombreuses données manquantes. Elle manque donc de puissance. Près de la moitié des patients suivant ces groupes thérapeutiques ont consenti à l'étude.

S'agissant d'une étude sur la motivation, la question se pose de la motivation des sujets qui acceptent de participer à l'étude par rapport à ceux qui s'y refusent, d'où un biais de sélection. Il est à noter toutefois que le service étant universitaire, il est possible que les patients soient fortement, du moins régulièrement, sollicités pour des participations à des études et que cela provoque une certaine lassitude. Les données pour appuyer cette hypothèse ne sont cependant malheureusement pas disponibles.

Les groupes sont globalement semblables. La comparaison entre ceux-ci ne révèle qu'une variable significativement différente. Le score de STAI-trait est plus élevé dans le groupe 1 par rapport aux deux autres groupes. L'ancienneté de la prise en charge n'a pas pu être contrôlée par rapport au début du groupe. La population n'est pas homogène de ce point de vue. De plus, la population étudiée s'attarde sur les patients suivis pour un trouble lié à la pratique de jeu de hasard et d'argent, pour un trouble lié à la pratique sexuelle et pour un défaut d'assertivité. Par conséquent, les résultats concernent ces populations et ne sont pas véritablement transposables à la population addict dans son entier.

Alors que l'étude avait été envisagée pour comparer les deux populations que sont la population de sujets compliants et la population de sujets non compliants, cela n'a pas été possible. Le nombre de patients inclus n'a pas été suffisant, mais surtout, il s'est avéré que la quasi-totalité des sujets inclus ont participé au groupe assigné dans son intégralité. Il n'y a donc pas eu de comparaison possible entre les deux groupes. Les caractéristiques des patients inclus sont donc globalement des caractéristiques de patients observants, quoi qu'il en soit, et il est important de s'en saisir et de les analyser attentivement.

Le nombre de séances de groupe n'est pas corrélé au score de SOCRATES coté en début de traitement, critère de jugement principal. L'hypothèse de départ est infirmée. L'observance aux soins n'apparaît pas corrélée à la motivation en début de prise en charge : les patients qui cessent de participer au groupe de manière inopinée ne sont pas moins motivés que les autres. Ce résultat va à l'encontre de données de la littérature mais est en concordance avec d'autres. De plus, du fait des multiples prises en charge et populations existantes, les chiffres à l'égard des ruptures de soins sont nombreux mais non superposables et comparables d'une étude à l'autre.

Du reste, on constate que la majorité des patients (16 / 24, soit 66,66 %) présente une motivation faible au regard du critère de jugement principal (score *Taking Steps* < 36 de l'échelle SOCRATES-8D modifiée) en début de groupe.

Ce résultat interroge sur la méthodologie, notamment quant au choix de l'outil SOCRATES et à l'hétérogénéité des groupes et au nombre de séances maximum (10 séances maximum pour les groupes AS et JP, contre 20 pour le groupe EAS). Toutefois, les recherches pointent des stades motivationnels parfois étonnamment « peu avancés » chez les sujets qui débutent un soin. De plus, la littérature nous montre que la motivation est un concept mouvant et dynamique. Ce résultat n'est donc pas obligatoirement le fait d'un outil non pertinent, d'autant que l'échelle SOCRATES a été validée comme renseignant de la motivation chez les sujets à conduites addictives (contrairement à l'échelle URICA, non spécifique du champ addictologique).

Pour autant, le taux de participation aux groupes est élevé puisque 84 % (21 / 25) des patients inclus ont poursuivi le groupe jusqu'à terme. Ce pourcentage est plus élevé que ceux de la littérature (cf. *Arrêt des soins*). Une explication plausible à cette forte participation aux soins serait la présence de biais d'inclusion/sélection. Les sujets ayant consenti à l'étude seraient plus motivés que les autres et ce serait ces derniers qui auraient arrêté les soins. Une autre hypothèse serait qu'elle s'appuie sur un biais de sélection dans la population de l'échantillon, population largement représentée par des patients présentant un trouble lié à la pratique du jeu pathologique et des patients présentant un trouble lié à la pratique d'une activité sexuelle. Toutefois, les données de la littérature semblent conforter l'idée que toutes addictions confondues, les soins sont difficilement suivis, dans le jeu pathologique notamment, comme pour les substances psychoactives. L'échantillon de l'étude ne peut se targuer d'être représentatif de l'ensemble des sujets présentant une addiction, comme dit précédemment.

De par l'absence de deux groupes de patients basés sur leur motivation aux soins, les analyses secondaires se sont penchées sur la recherche de lien entre le score motivationnel et les critères de jugement secondaires, sociodémographiques et cliniques. Il n'est pas mis en évidence de lien entre la motivation initiale et les paramètres initiaux. En revanche, il existe un lien avec deux paramètres finaux que sont l'intensité de la conduite addictive et le niveau de dépression. Bien que la motivation initiale ne semble pas prédictive de l'observance du groupe thérapeutique, elle se montre ici liée (corrélation négative) à l'intensité de la conduite addictive en fin de prise en charge. Pourtant, on ne constate de lien ni avec son intensité initiale ni avec son évolution au cours du soin. De plus, plus la motivation est importante en début de soin, plus le niveau de dépression est bas en fin de soin. On peut à ce sujet faire l'hypothèse qu'une forte motivation s'accompagne d'un

sentiment d'efficacité personnelle élevé, qui peut par conséquent améliorer l'estime de soi et donc la dépression.

L'étude présente possiblement un biais de déclaration et de désirabilité sociale, puisqu'elle est basée sur des auto-questionnaires. Certaines passations soulèvent l'incompréhension des consignes, le doute des patients dans leurs réponses, etc. De plus, la cotation de la note d'appréciation des difficultés est soumise à un biais de mémorisation, puisque, si le sujet ne se souvient plus de sa note initiale, il lui est impossible de remplir la finale par comparaison. Ceci pourrait expliquer pourquoi deux sujets ont une note finale plus faible alors qu'ils se disent « améliorés » lors du recueil qualitatif. En outre, le sujet peut aussi sous-évaluer ou sur-évaluer ses notes. Par ailleurs, le BSQ n'a pas été utilisé car il n'a pas été renseigné : les patients présentant un TCA ont rempli le QMICA. Les analyses annexes, concernant l'appréciation des facteurs prédictifs d'une amélioration clinique, mettent en évidence un lien entre l'évolution de la conduite addictive et les pensées négatives lors d'interactions sociales, le niveau d'anxiété sociale (Liebowitz) et enfin, avec la note que le patient donne concernant la perception qu'il a de ses difficultés, ces trois variables étant des variables finales (absence de corrélation avec ces mêmes variables initiales). Cette dernière association, entre le QMICA évolution et la note subjective des difficultés, n'apporte pas de donnée nouvelle ou étonnante, d'autant qu'il s'agit de deux appréciations subjectives, mais confirme l'amélioration clinique. En revanche, on note un lien entre la conduite addictive et le niveau d'anxiété sociale dans ses différentes composantes (émotionnelle, comportementale et cognitive) en fin de prise en charge. Plus l'évolution de l'intensité de conduite addictive tend vers une diminution de l'intensité, plus les pensées négatives sont basses, plus l'anxiété est basse et plus l'évitement est peu important. Par ailleurs, les variables montrent une évolution témoignant d'une amélioration clinique entre le début et la fin de la prise en charge.

IV. Conclusion

Les prises en charge cognitivo-comportementales de groupe, comme individuelles et tout autant, ont fait la preuve de leur efficacité dans le domaine addictologique. Ces groupes de TCC (GTCC) fonctionnent selon différentes modalités et suivent des protocoles bien admis. Toutefois, ils sont soumis, tout comme les prises en charge individuelles, en addictologie, ou en psychiatrie en général, à un fort taux de non-observance.

La rupture de soins est multifactorielle. Elle est le fait de la maladie, du sujet, de la relation au thérapeute et du soin. Il ne ressort pas de facteur prédictif d'un arrêt inopiné des soins dont le poids serait prédominant. Le rôle de la motivation est interrogé, sans réponse univoque. Le concept de motivation est soumis à différents modèles théoriques. Il s'agit vraisemblablement d'une variable dynamique qui s'assied sur une base fixe et qui possède une valence relationnelle.

L'arrêt des soins conduit à des conséquences délétères pour le sujet. Il participe néanmoins pour le sujet addict à tester le lien qu'il éprouve avec l'équipe soignante et à reproduire une trajectoire discontinuée. Il s'agit là de la marche addictive. Par la suite, il se tournera de nouveau vers le soin et répétera les ruptures.

Dans les vignettes cliniques présentées, on relève la présence de plusieurs de ces nombreux facteurs prédictifs (intensité de la conduite, événements de vie, soutien perçu, alliance, etc.).

Jérémy a fait l'expérience d'un début de soin, d'une rupture de celui-ci et d'une reprise de contact lui permettant d'achever le soin débuté quelques années auparavant et de reprendre un suivi. Lors de l'évaluation initiale du groupe, Jérémy présente un score de SOCRATES en faveur d'une absence de motivation (score Taking Steps à 30). D'ailleurs, la motivation est extrinsèque de façon prépondérante lors des deux démarches de soins, bien que l'on perçoive sur cette deuxième des éléments moteurs intrinsèques en arrière-fond (désir de paternité). Pour autant, Jérémy a fortement investi le groupe et l'a terminé. L'arrêt décidé et convenu du groupe, comme terme mis aux relations entretenues avec les autres patients, a même été vécu de manière désagréable. La nature de l'investissement de ce groupe et la fonction prise interrogent peut-être plus le relationnel que le désir de changement. Antoine, lui, n'a pas investi le soin, non soutenu par son entourage de surcroît. La conduite addictive était intense. La désorganisation psychique, résultante de traits de personnalité associés à des toxiques ou d'un sevrage en toxiques, alourdissait les capacités cognitives et de relations. Quant à Christian, il a été rencontré plusieurs mois après l'arrêt du groupe. Il en conservait malgré tout les bénéfices. Il s'est nourri de ce qui lui a été proposé, du groupe en tant que soin, et se montrait très satisfait des soins prodigués. Participant au groupe EAS,

il a connu un groupe semi-ouvert. Il ne s'est pas senti incommodé ou dérangé par le *turn over*, qu'il n'a d'ailleurs pas perçu. Interrogé sur les raisons qui pourraient conduire quelqu'un à cesser de participer au groupe, il répond notamment qu'il n'est « pas évident de voir l'impact à 1 ou 2 séance(s) », témoignant de la demande d'immédiateté empreinte d'urgence parfois exprimée par les patients addicts et qui se confronte très probablement avec la temporalité, plus lente, nécessaire, des soins psychiatriques.

L'étude menée infirme, à l'heure actuelle, l'hypothèse initiale. De nombreux biais ont été discutés. Elle fait toutefois état d'une participation aux soins importante et de patients qui se sentent « améliorés » dans leurs difficultés.

Devant l'envergure de la problématique addictive, il est donc important de développer des soins efficaces qui soient suivis. Des mesures doivent être prises à différents niveaux afin d'accompagner vers les soins les patients en souffrance et les aider à y rester. Ces niveaux sont tout autant collectifs qu'individuels et à différents temps : prévention, dépistage, prise en charge, suivi. Les croyances populaires concernent, notamment, l'efficacité des soins disponibles aux sujets dépendants et l'efficacité des groupes thérapeutiques, jugés inefficaces. Pour réduire ces croyances, les campagnes d'information (publique et professionnelle) ainsi que de formation sont un support important. Elles visent à lutter contre les croyances mais aussi contre la stigmatisation des patients dépendants. Les formations auprès de professionnels permettent le dépistage et l'orientation vers les soins. Pour contrer la stigmatisation, mais aussi les freins contextuels (géographie, horaires, ...), les *self-help* et la e-thérapie sont une alternative intéressante. Ces soins permettent l'anonymat et rendent disponible le soin qu'importe le lieu et l'horaire. Ils perdent toutefois en relation humaine et en expérience du lien à l'autre. Outre les questions de forme du soin, le fond peut être modifié. Une approche motivationnelle, selon l'EM de Miller et Rollnick, pourrait inspirer le style relationnel et soutenir le soin cognitivo-comportemental. Intégrer cette modalité centrée sur le sujet n'est pas chose aisée dans un groupe, mais demeure possible dans un groupe en cohésion dont les membres partagent leurs expériences, les uns les autres, et dont la cohésion est soutenue par les thérapeutes. D'une manière générale, face à la question addictive, il est important de mettre de la continuité, sinon individuelle du moins institutionnelle. L'institution représente l'ancrage auquel le sujet peut se rattacher et où il peut revenir en sécurité, malgré les ruptures itératives.

Annexes

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)
 // : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Définitions :

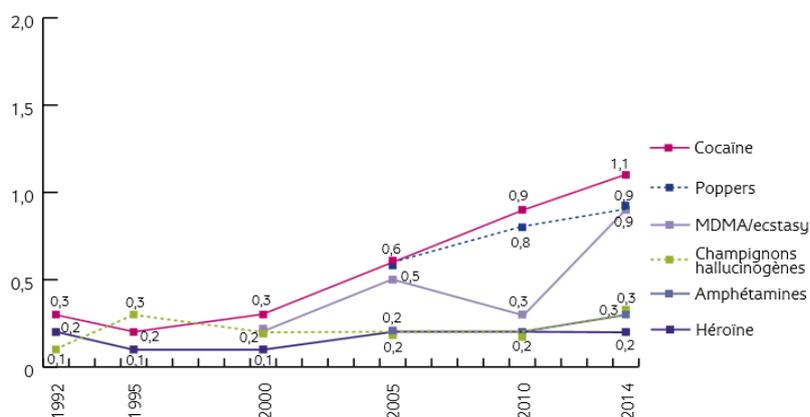
- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).
- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.

NB : la population française âgée de 11-75 ans est d'environ 50,1 millions (INSEE, 2015).

Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16 et 18 millions.

Figure 1 : Évolution de l'usage des principales autres drogues illicites entre 1992 et 2014, parmi les 18-64 ans

Évolution de l'usage actuel des principales autres drogues illicites entre 1992 et 2014, parmi les 18-64 ans (en %)

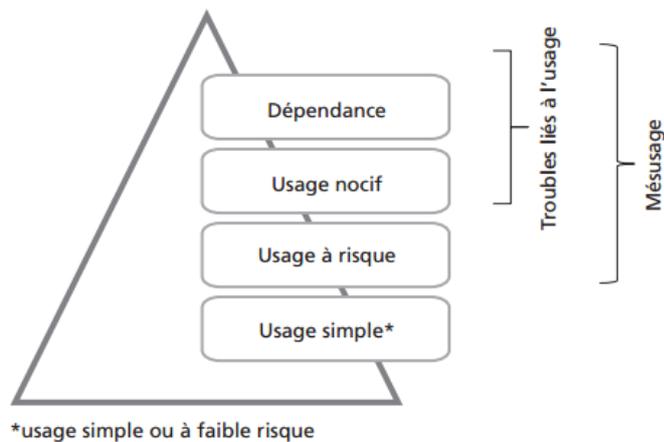


Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, INPES, exploitation OFDT

Tableau 2 : Épidémiologie descriptive des patients pris en charge par le CHU de Nantes pour une conduite addictive

	Effectifs patients		
	2012	2013	2014
Hospitalisation psychiatrie	856	855	788
Consultation psychiatrie	2463	2210	2297
Liaison (addictologie + psychiatrie)	943	322	826
Total psychiatrie	3412	2855	3375
MCO	3215	2929	3100
Total psychiatrie + MCO	5800	5325	5672

Figure 2 : Approche dimensionnelle de trouble lié à l'usage d'une substance psycho-active



Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles liés à l'usage d'une substance

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, clinique significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.

-
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
 - Il existe un *craving* ou une envie intense de consommer la substance.
 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractérisé à la substance ; la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Interprétation de la sévérité du trouble en fonction du nombre de critères remplis :

< 2 critères : absence d'addiction

2-3 critères : addiction légère

4-5 critères: addiction modérée

≥ 6 critères : addiction sévère

Spécifier :

- Avec/sans dépendance physique : présence/absence de tolérance ou sevrage, item 4 ou item 5.
- Rémission précoce : après un diagnostic caractérisé de trouble lié à l'usage de substance, aucun des critères n'est retrouvé, depuis au moins 3 mois, mais depuis moins de 12 mois (exception faite de l'item « *craving* »).

-
- Rémission prolongée : après un diagnostic caractérisé de trouble lié à l'usage de substance, aucun des critères n'est retrouvé depuis 12 mois ou plus (exception faite de l'item « *craving* »).
 - Dans un environnement protégé : si le sujet est dans un environnement où l'accès à la substance est restreint.
 - Sous un régime de maintenance : si le sujet prend un traitement substitutif prescrit comme méthadone ou buprénorphine, ou si aucun des critères pour le trouble lié à l'usage de substances opiacées n'est rencontré pour ces classes de médicaments (exception faite de tolérance à, sevrage de, d'agonistes). Cette catégorie s'applique aussi aux individus sous agoniste partiel, agoniste-antagoniste, ou agoniste complet tel que naltrexone.

Annexe 2 : Critères d'abus du DSM-IV pour l'usage d'une substance

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives, caractérisées par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;
3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Annexe 3 : Critères de dépendance du DSM-IV pour l'usage d'une substance

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance,

cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu
2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter
3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage
4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant
5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets
6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance
7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

Annexe 4 : Critères diagnostiques du DSM-IV-TR du Jeu de Hasard et d'Argent

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu :

- préoccupations par le jeu
- besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire, arrêter la pratique
- agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique
- joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
- après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
- ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- commet des actes illégaux (vols, détournement d'argent...), pour financer la pratique du jeu
- met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- compte sur les autres pour obtenir de l'argent et sortir de situations financières désespérées dues au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Annexe 5 : Critères diagnostiques du DSM-5 du Trouble lié à la pratique de Jeu de Hasard et d'Argent

A. Persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated by the individual exhibiting four (or more) of the following in a 12-month period:

1. Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement
 2. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling
 3. Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling
 4. Is often preoccupied with gambling (e.g., having persistent thoughts or reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, thinking of ways to get money with which to gamble)
 5. Often gambles when feeling distressed (e.g., helpless, guilty, anxious, depressed)
 6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses)
 7. Lies to conceal the extent of involvement with gambling
 8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling
 9. Relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling
- B. The gambling behaviour is not better explained by a manic episode.

Interprétation de la sévérité du trouble en fonction du nombre de critères remplis :

4-5 critères : trouble léger

6-7 critères : trouble modéré

8-9 critères : trouble sévère

Annexe 6 : Critères diagnostiques d'addiction selon Goodman

Échecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique

Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement

Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement

Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement

Au moins cinq des neuf items suivants :

- fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation
- fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée

- efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement
- importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets
- réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies
- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement
- poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement
- tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité
- agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

Certains symptômes de ce trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Figure 3 : Conditionnement opérant

Les 4 Quadrants du Conditionnement Opérant

Lorsqu'on entraîne un animal, il y a un comportement qu'on veut **renforcer** (encourager/augmenter la fréquence), et un autre comportement qu'on veut **punir** (décourager/diminuer la fréquence).
On peut ajouter quelque chose de bon ou de mauvais (+ **positif**) or on peut enlever quelque chose de bon ou de mauvais (- **négatif**) pour obtenir le comportement voulu.

DANS CET EXEMPLE : le comportement renforcé est LA MARCHÉ POLIE EN LAISSE.
Le comportement puni est TIRER SUR LA LAISSE.



+R

Renforcement positif

AJOUTEZ une bonne chose : donnez des gâteries, continuez à marcher.
La marche polie est encouragée.



-P

Punition négative

FIN de la bonne chose : arrêtez de marcher, restez immobile.
Tirer en laisse est découragé.



+P

Punition positive

AJOUTEZ une mauvaise chose : Donnez une correction avec la laisse.
Tirer en laisse est découragé.



-R

Renforcement négatif

FIN de la mauvaise chose : Arrêtez la correction avec la laisse.
La marche polie est encouragée.

Figure 4 : Séquence de conduite addictive ; Modèle « ASP »

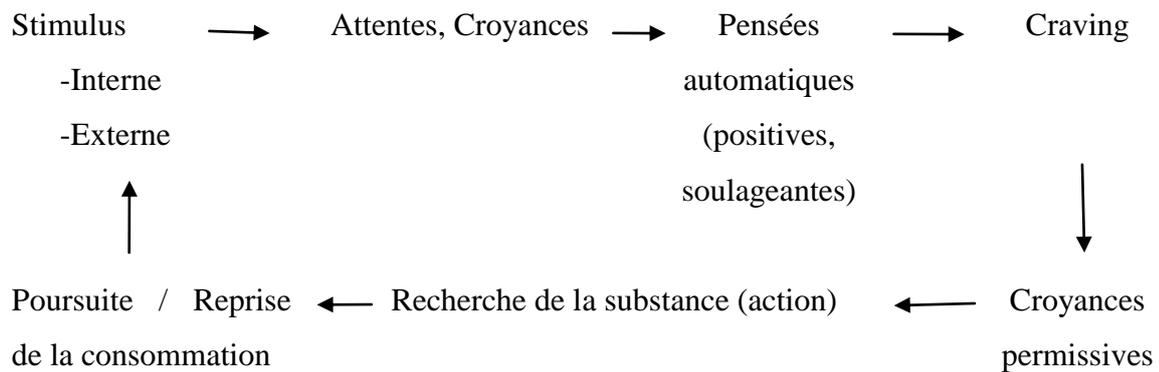


Figure 5 : Modèle de Marlatt de prévention de la rechute

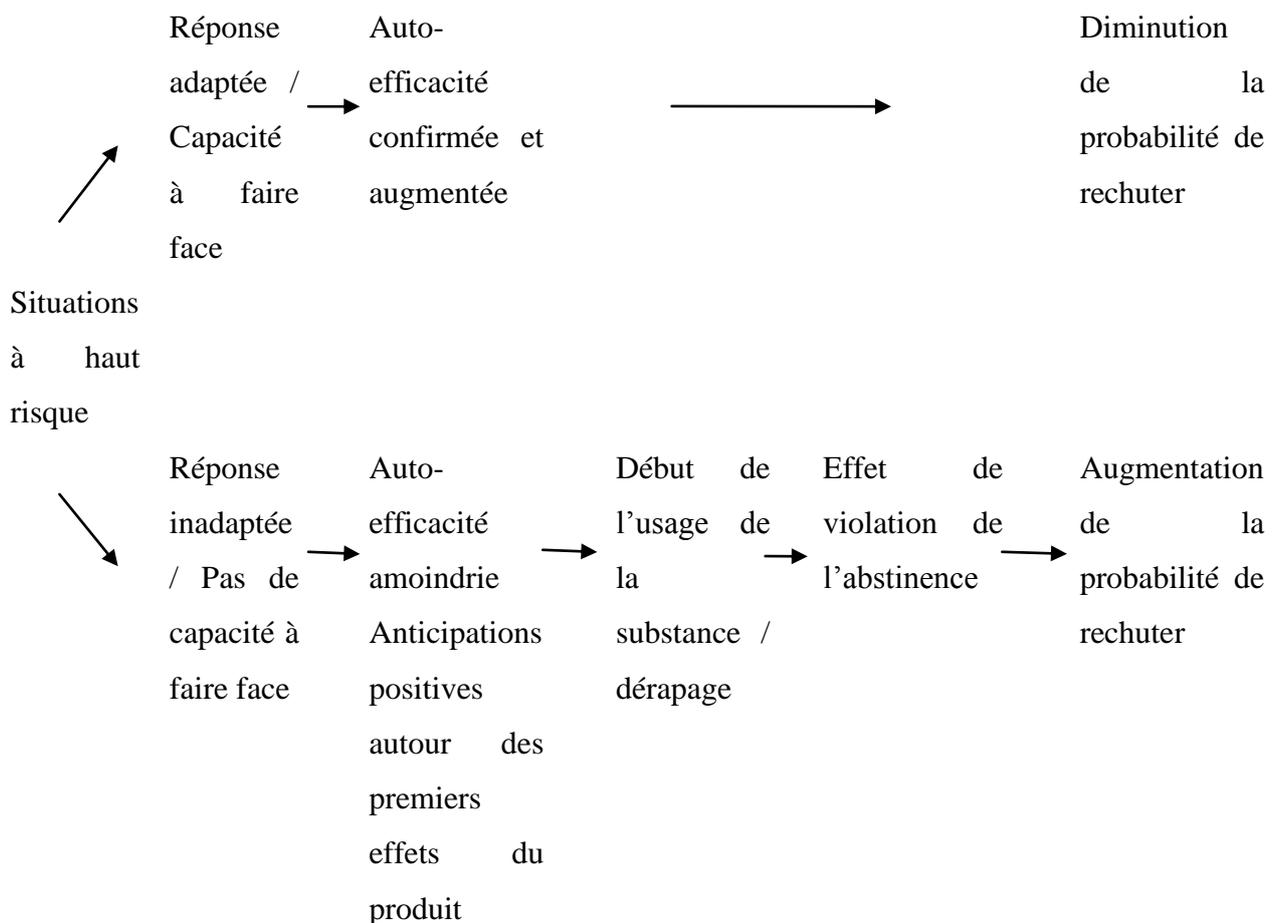


Figure 6 : Situations à Haut de Risque de rechute

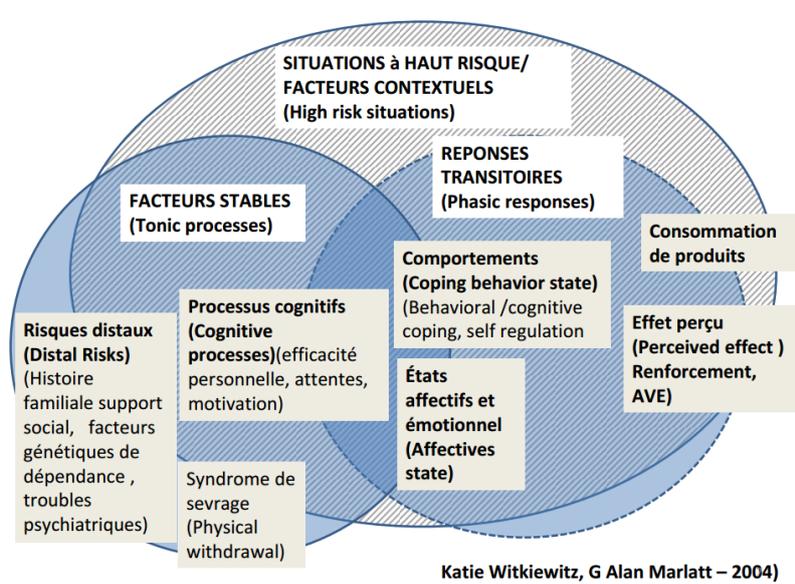


Figure 7 : Coupe cérébrale, système de récompense

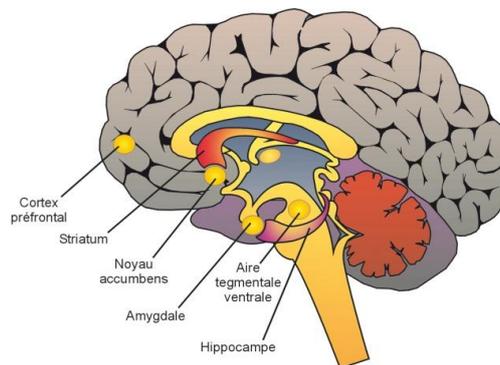


Figure 8 : Interaction des différents systèmes pour induire une action

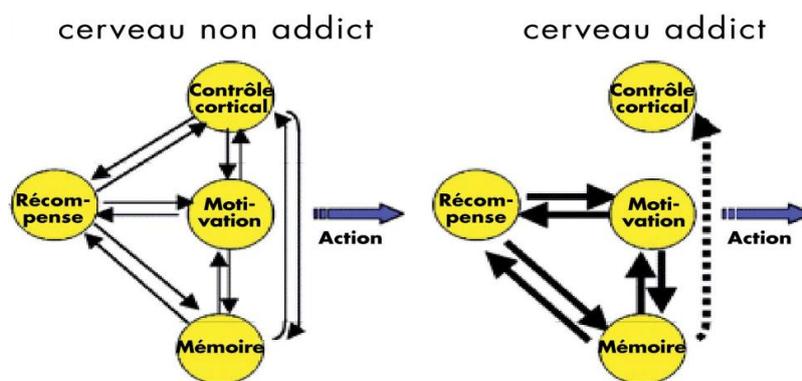
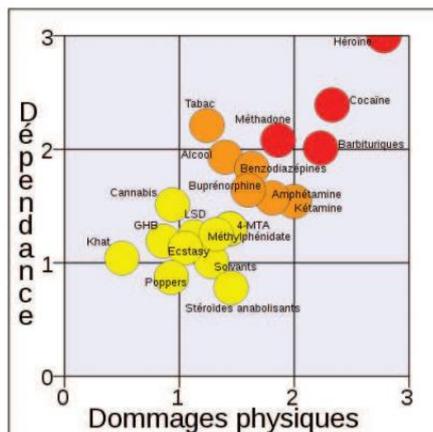


Figure 9 : Potentiel addictif des substances psycho-actives



Nutt et al. ; Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse / Lancet 2007.

Figure 10 : Quantité d'alcool consommée par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en Litres équivalents d'alcool pur)

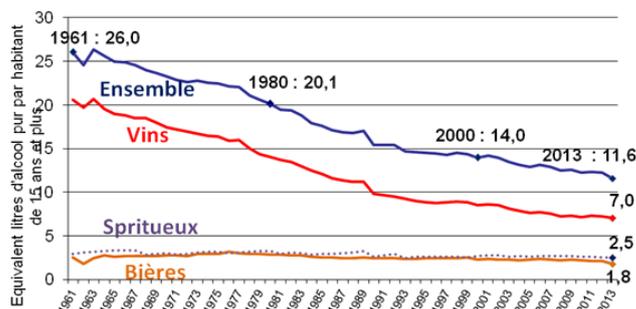


Tableau 3 : Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en MCO pour une pathologie liée à l'alcool, France, 2012

Motifs des séjours	Nombre de séjours (évolution 2012/2006)	Durée moyenne de séjour (en jours) [hors séjours <24h]	Nombre de patients (évolution 2012/2006)	Âge moyen (ans)	Hommes (%)	En provenance des urgences (%)
A Alcool-dépendance*	93 438 (+57,8%)	8,9	48 166 (+30,0%)	47,9	71,8	22,1
B Comorbidités liées à l'alcool**	383 860 (-0,9%)	9,2	245 675 (+9,1%)	56,7	76,4	46,0
C Intoxication alcoolique aiguë	103 586 (+37,1%)	1,4	76 175 (+49,3%)	43,5	71,5	90,0
Total	580 884 (+11,3%)		316 824*** (+16,5%)			

* Alcool codé en diagnostic principal. ** Alcool codé en diagnostic associé. *** La file active des patients est inférieure à la somme des 3 groupes car certains patients ont été hospitalisés plusieurs fois au cours de l'année pour des motifs liés à l'alcool différents.

Tableau 4 : Caractéristiques des séjours et des patients accueillis en psychiatrie pour une pathologie liée à l'alcool, France, 2012

Motifs des séjours	Nombre de journées (évolution 2012/2009)	Nombre d'actes ambulatoires*** (évolution 2012/2009)	Nombre de patients (évolution 2012/2009)	Âge moyen (ans)	Hommes (%)	En provenance des urgences pour hospitalisation complète (%)
A* Alcool-dépendance	1 856 915 (-3,2%)	673 297 (+9,3%)	122 067 (+9,0%)	48,2	68,5	12,1
B** Pathologie psychiatrique et alcool en comorbidité	860 116 (+16,6%)		22 038 (+12,2%)	46,4	63,0	11,5
Total	2 717 031 (+2,3%)	673 297 (+9,3%)	139 882 (+9,3%)			

* Alcool codé en diagnostic principal. ** Alcool codé en diagnostic associé. *** Activité des établissements sous DAF uniquement.

Tableau 5 : Caractéristiques des séjours et des patients accueillis en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour une pathologie liée à l'alcool, France, 2012

Motifs des séjours	Nombre de journées (évolution 2012/2009)	Nombre de patients (évolution 2012/2009)	Âge moyen (ans)	Hommes (%)	Passage en unité d'addictologie SSR (%)
A* Alcool-dépendance	677 869 (-0,0%)	19 205 (+3,7%)	47,7	74,5	75,7
B** Autre pathologie et alcool en comorbidité	1 324 202 (+10,4%)	30 720 (+10,1%)	60,5	72,7	15,3
Total	2 002 071 (+6,7%)	49 925 (+7,4%)			

* Alcool codé en diagnostic principal. ** Alcool codé en diagnostic associé.

Annexe 7 : Analyses Fonctionnelles

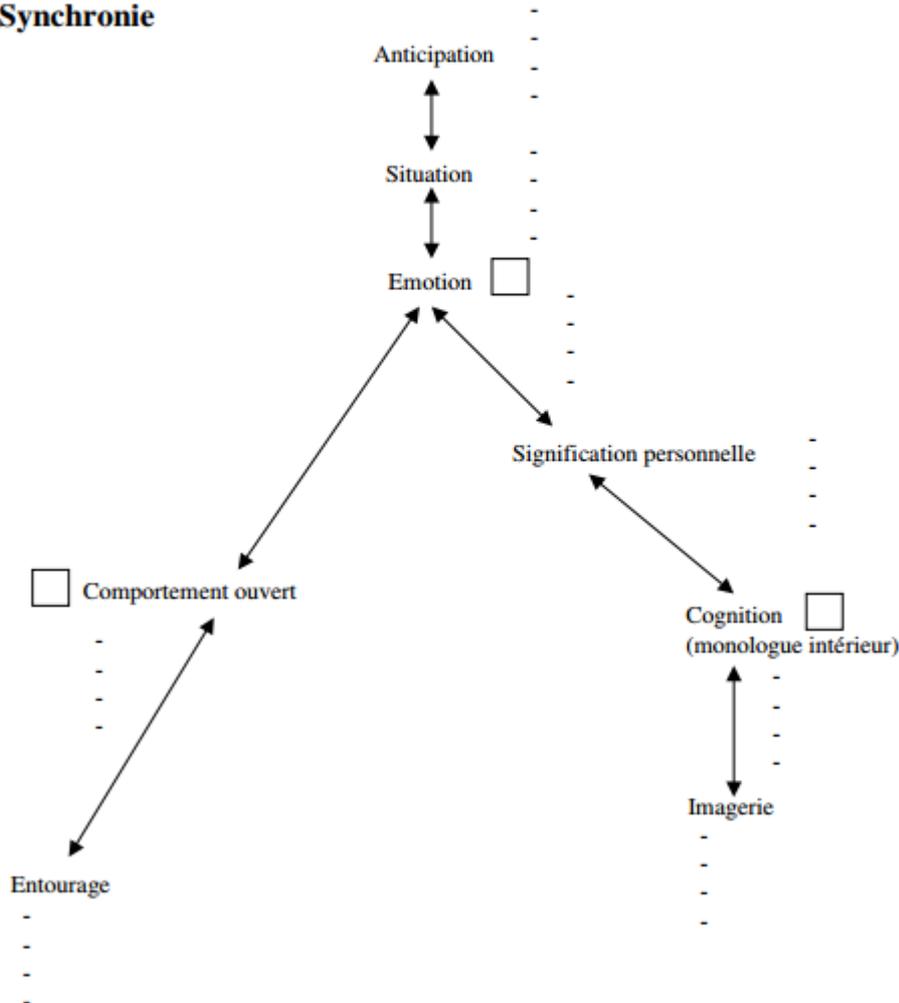
Modèle SORC

Situation	Organisme	Réponse	Conséquences

Modèle SECCA

Problème cible : _____

Synchronie



¹ Cottraux, J. Bouvard, M. Légeron, P (1985) *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Editions EAP, Issy-les-Moulineaux, p. 72-73

Diachronie :

Données structurales possibles

 Génétiques

 Personnalité

Facteurs historiques de maintien possibles

Facteurs déclenchants initiaux évoqués

Evénements précipitants les troubles

Autres problèmes

Traitements antérieurs

Figure 11 : Prise en charge thérapeutique de prévention de la rechute

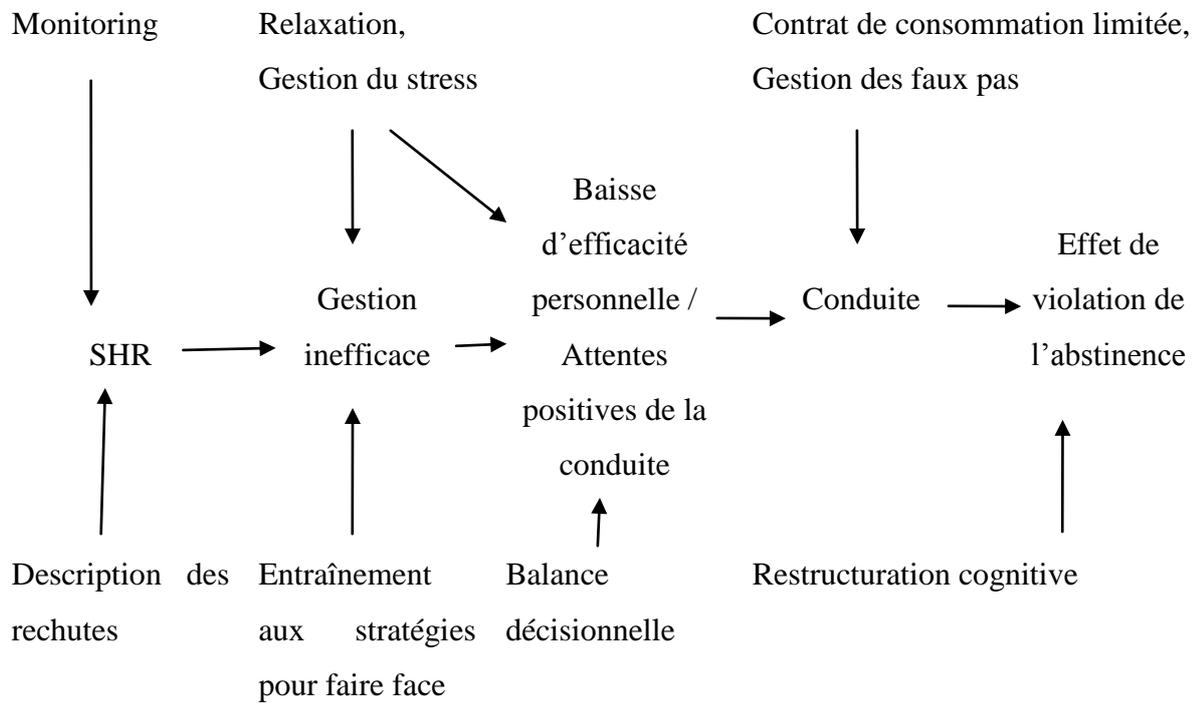
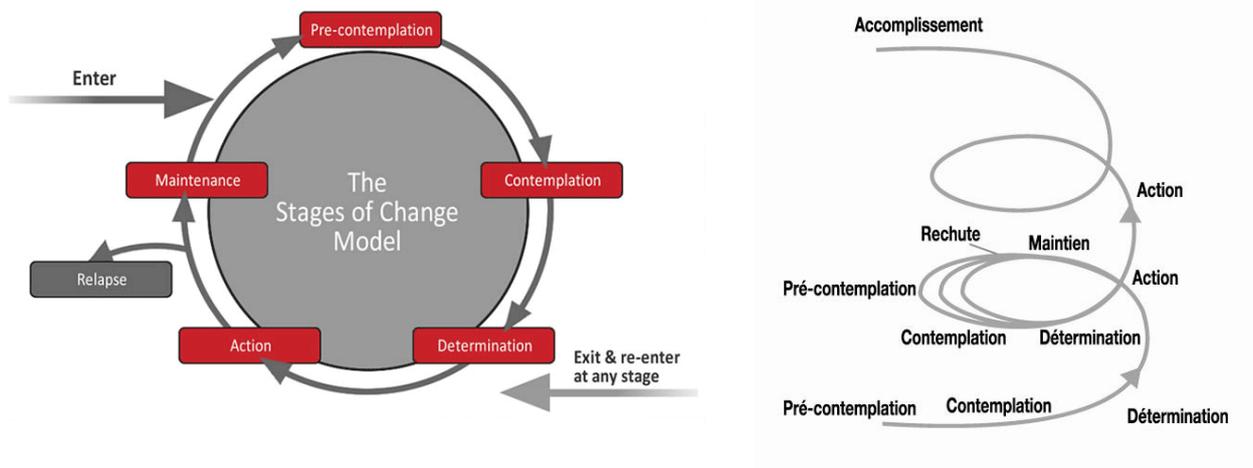


Figure 12 : Modèle trans-théorique de changement de Prochaska et DiClemente



Annexe 8 : Echelle de Motivation - SOCRATES-8D – modifiée

		Non, pas d'accord du tout	Pas d'accord	Sans avis	D'accord	Oui, tout à fait d'accord
1	Je veux vraiment faire des changements dans					
2	Parfois, je me demande si je suis dépendant.					
3	Si je ne change pas ... bientôt, mes problèmes vont s'aggraver.					
4	J'ai déjà commencé à faire quelques changements dans					
5	Je ...trop à un moment donné, mais j'ai réussi à changer cela.					
6	Parfois, je me demande si ... fait du mal à d'autres personnes.					
7	J'ai un problème de ...					
8	Je ne pense pas juste à changer ..., je suis déjà en train de faire quelque chose à ce sujet.					
9	J'ai déjà changé ..., et je cherche des moyens pour ne pas revenir à mes vieilles habitudes.					
10	J'ai de sérieux problèmes de					
11	Parfois, je me demande si je contrôle					
12	... cause beaucoup de dommages.					
13	Je fais activement des choses maintenant pour diminuer ou stopper....					
14	Je veux de l'aide pour m'éviter de retomber dans les problèmes de ... que j'avais.					
15	Je sais que j'ai un problème de					
16	Il y a des fois où je me demande si je ne ... pas trop.					
17	Je suis un					
18	Je travaille dur pour changer					
19	J'ai fait des changements dans ..., et je souhaite de l'aide pour m'éviter de reprendre le même chemin.					

Interprétation des scores :

Decile Scores	Recognition	Ambivalence	Taking Steps
90 % Very High		19-20	39-40
80 %		18	37-38
70 % High	35	17	36
60 %	34	16	34-35
50 % Medium	32-33	15	33
40 %	31	14	31-32
30 %	29-30	12-13	30
20 %	27-28	9-11	26-29
10 % Very Low	7-26	4-8	8-25
Total			

Références

- Allen, Karina L., Anthea Fursland, Bronwyn Raykos, Anna Steele, Hunna Watson, et Susan M. Byrne. 2012. « Motivation-Focused Treatment for Eating Disorders: A Sequential Trial of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy with and without Preceding Motivation-Focused Therapy. » *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association* 20 (3): 232-39. doi:10.1002/erv.1131.
- Amaddeo, F., F. Zambello, M. Tansella, et G. Thornicroft. 2001. « Accessibility and Pathways to Psychiatric Care in a Community-Based Mental Health System. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36 (10): 500-507.
- American Psychiatric Association. 2006. « Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. »
- Amodeo, Maryann, Deborah Chassler, Catherine Oettinger, Wilfred Labiosa, et Lena M. Lundgren. 2008. « Client Retention in Residential Drug Treatment for Latinos. » *Evaluation and Program Planning* 31 (1): 102-12. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.05.008.
- Andrade, L. H., J. Alonso, Z. Mneimneh, J. E. Wells, A. Al-Hamzawi, G. Borges, E. Bromet, et al. 2014. « Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health Surveys. » *Psychological Medicine* 44 (6): 1303-17. doi:10.1017/S0033291713001943.
- Ausloos, Guy. 1995. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Agne: Eres.
- Authier, N. 2013. « DSM-5 et addiction : Fin des abuseurs et dépendants. » *Addictauvergne*. <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/>.
- Ball, Samuel A., Kathleen M. Carroll, Monica Canning-Ball, et Bruce J. Rounsaville. 2006. « Reasons for Dropout from Drug Abuse Treatment: Symptoms, Personality, and Motivation. » *Addictive Behaviors* 31 (2): 320-30. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.013.
- Bandini, S., G. Antonelli, P. Moretti, S. Pampanelli, R. Quartesan, et G. Perriello. 2006. « Factors Affecting Dropout in Outpatient Eating Disorder Treatment. » *Eating and Weight Disorders: EWD* 11 (4): 179-84.

-
- Batel, Ph. 2015. « Epidémiologie, fréquence, facteurs de risque des conduites d'alcoolisation. » DESC addictologie, Paris, juin.
- Battersby, M., D. Smith, P. Harvey, R. Pols, Victorian Responsible Gambling Foundation, et Flinders University. 2013. « Cognitive versus Exposure Therapy for Problem Gambling: A Pilot Randomised Control Trial. » juillet. <http://www.responsiblegambling.vic.gov.au/information-and-resources/research/recent-research/cognitive-versus-exposure-therapy-for-problem-gambling-a-pilot-randomised-control-trial,-final-report>.
- Bègue, Laurent, Baptiste Subra, Philippe Arvers, Dominique Muller, Véronique Bricout, et Michel Zorman. 2009. « A message in a bottle: Extrapharmacological effects of alcohol on aggression. » *Journal of Experimental Social Psychology* 45 (1): 137-42. doi:10.1016/j.jesp.2008.07.018.
- Benyamina, Amine, et CPNLF. 2014. *Addictions et comorbidités*. Dunod.
- Bergeron, J., M. Landry, S. Brochu, et L.-G. Cournoyer. 1997. « Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle. » Conseil Québécois de la recherche sociale.
- Beynon, Caryl M., Mark A. Bellis, et Jim McVeigh. 2006. « Trends in Drop Out, Drug Free Discharge and Rates of Re-Presentation: A Retrospective Cohort Study of Drug Treatment Clients in the North West of England. » *BMC Public Health* 6: 205. doi:10.1186/1471-2458-6-205.
- Bieling, Peter J., Randi E. McCabe, et Martin M. Antony. 2009. *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: Guilford Press.
- Billard, M. 2006. « Les dispositifs groupaux et leur articulation dans le domaine du soin psychique », *Des nouvelles de Psychoprax*, n° 3.
- Bishop, Scott R., Mark Lau, Shauna Shapiro, Linda Carlson, Nicole D. Anderson, James Carmody, Zindel V. Segal, et al. 2004. « Mindfulness: A Proposed Operational Definition. » *Clinical Psychology: Science and Practice* 11 (3): 230-41. doi:10.1093/clipsy.bph077.
- Black, Donald W. 2007. « A review of compulsive buying disorder. » *World Psychiatry* 6 (1): 14-18.

-
- Bolton, James, Brian Cox, Ian Clara, et Jitender Sareen. 2006. « Use of Alcohol and Drugs to Self-Medicate Anxiety Disorders in a Nationally Representative Sample. » *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (11): 818-25. doi:10.1097/01.nmd.0000244481.63148.98.
- Bondolfi, Guido, Françoise Jermann, et Ariane Zermatten. 2011. « Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). » *Psychothérapies* 31 (3): 167-74. doi:10.3917/psys.113.0167.
- Bonnaire, Céline, et Isabelle Varescon. 2009. *La cyberdépendance*. Mardaga. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=MARD_VARES_2009_01_0107.
- Bonnet, Agnès, et Vincent Bréjard. 2009. *Addiction à l'activité physique*. Mardaga. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=MARD_VARES_2009_01_0237.
- Borders, Ashley, Mitch Earleywine, et Archana Jajodia. 2010. « Could Mindfulness Decrease Anger, Hostility, and Aggression by Decreasing Rumination? » *Aggressive Behavior* 36 (1): 28-44. doi:10.1002/ab.20327.
- Botbol, Michel, Anita Romeau, et François Camus. 2008. « Quand le lien à l'autre est à la fois le problème et la solution. » *Les Cahiers Dynamiques* n° 42 (2): 35-38. doi:10.3917/lcd.042.0035.
- Bouju, Gaëlle, Jean-Benoit Hardouin, Claude Boutin, Philip Gorwood, Jean-Damien Le Bourvellec, Fanny Feuillet, Jean-Luc Venisse, et Marie Grall-Bronnec. 2014. « A Shorter and Multidimensional Version of the Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS-23). » *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 30 (2): 349-67. doi:10.1007/s10899-012-9356-3.
- Bouteyre, Évelyne. 2009. *L'addiction au travail*. Mardaga. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=MARD_VARES_2009_01_0205.
- Bouvard, Martine, et Jean Cottraux. 2010. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie: POD*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bouvard, M., J. Guérin, et J. Cottraux. 1998. « La prédiction de l'abandon et de la réussite d'une thérapie cognitivo-comportementale d'affirmation de soi en groupe », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, III (2): 1-7.

-
- Bowen, Sarah, Neharika Chawla, Susan E. Collins, Katie Witkiewitz, Sharon Hsu, Joel Grow, Seema Clifasefi, et al. 2009. « Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. » *Substance Abuse* 30 (4): 295-305. doi:10.1080/08897070903250084.
- Brorson, Hanne H., Espen Ajo Arnevik, Kim Rand-Hendriksen, et Fanny Duckert. 2013. « Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. » *Clinical Psychology Review* 33 (8): 1010-24. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007.
- Byrne, Susan M. 2014. « Multistep cognitive behavioural therapy for eating disorders. » *Journal of Eating Disorders* 2 (juin): 18. doi:10.1186/2050-2974-2-18.
- Caillon, J., G. Bouju, et M. Grall-Bronnec. 2014. « Jeux vidéo : les motivations et l'intensité de la pratique évoluent-elles avec l'âge ? Comparaison entre une population de joueurs adolescents et adultes. » *Archives de Pédiatrie* 21 (3): 251-57. doi:10.1016/j.arcped.2013.12.018.
- Camart, N., C. Andre, V. Trybou, et M.-C. Bourdel. 2006. « Évaluation des effets à court terme d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la phobie sociale : résultats auprès de soixante patients. » *L'Encéphale* 32 (6): 1011-18.
- Cardinal, Rudolf N., John A. Parkinson, Jeremy Hall, et Barry J. Everitt. 2002. « Emotion and Motivation: The Role of the Amygdala, Ventral Striatum, and Prefrontal Cortex. » *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 26 (3): 321-52.
- Cariou-Rognant, Anne-Marie, Anne-Françoise Chaperon, et Nicolas Duchesne. 2014. *L'affirmation de soi par le jeu de rôle - en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
- Carnes, Patrick J., Bradley A. Green, Lisa J. Merlo, Alexis Polles, Stefanie Carnes, et Mark S. Gold. 2012. « PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. » *Journal of Addiction Medicine* 6 (1): 29-34. doi:10.1097/ADM.0b013e3182251a28.
- Carrard, Isabelle. 2011. « Auto-traitement par Internet avec guidance pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique. » University of Geneva. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:16283>.
- Carruzzo, E., G. Zimmermann, C. Zufferey, M. Monnat, A. Rougemont-Buecking, J. Besson, et J. - N. Despland. 2009. « L'entretien motivationnel, une nouvelle "panacée" dans la prise en

charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature ». *Pratiques Psychologiques* 15 (4): 405-13. doi:10.1016/j.prps.2008.10.001.

- Cassen, Myriam, et Jean-Michel Delile. 2007. « Thérapies multifamiliales et addictions. » In *Thérapies multifamiliales*, Solange Cook-Darzens, 205. ERES. <http://www.cairn.info/therapies-multifamiliales--9782749207094-page-205.htm>.
- Chambers, Richard, Eleonora Gullone, et Nicholas B. Allen. 2009. « Mindful Emotion Regulation: An Integrative Review. » *Clinical Psychology Review* 29 (6): 560-72. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005.
- Cholet, J., S. Lambert, J. -L. Vénisse, et M. Grall-Bronnec. 2013. « 1426 – Anorexia nervosa restrictive type and visuospatial and visuoconstructive abilities. From a clinical study of hospitalized patients. » *European Psychiatry*, Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry, 28, Supplement 1: 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76460-5.
- Cooper, M. Lynne. 1994. « Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. » *Psychological Assessment* 6 (2): 117-28. doi:10.1037/1040-3590.6.2.117.
- Cooper, Peter J., Melanie J. Taylor, Zafra Cooper, et Christopher G. Fairbum. 1987. « The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. » *International Journal of Eating Disorders* 6 (4): 485-94. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O.
- Cowlishaw, Sean, Stephanie Merkouris, Nicki Dowling, Christopher Anderson, Alun Jackson, et Shane Thomas. 2012. « Psychological Therapies for Pathological and Problem Gambling. » In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://fr.summaries.cochrane.org/CD008937/psychotherapies-pour-le-traitement-du-jeu-pathologique-et-problematique>.
- Cuijpers, P., T. Donker, A. van Straten, J. Li, et G. Andersson. 2010. « Is Guided Self-Help as Effective as Face-to-Face Psychotherapy for Depression and Anxiety Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. » *Psychological Medicine* 40 (12): 1943-57. doi:10.1017/S0033291710000772.
- Cupa, Dominique, Michel Reynaud, Vladimir Marinov, et François Pommier. 2010. *Entre corps et psyché : les addictions*. Sèvres: EDK.

-
- Décamps, G., N. Battaglia, et L. Idier. 2010. « Élaboration du Questionnaire de mesure de l'intensité des conduites addictives (QMICA) : évaluation des addictions et co-addictions avec et sans substances. » *Psychologie Française, Psychologie des conduites addictives : regards croisés*, 55 (4): 279-94. doi:10.1016/j.psfr.2010.06.001.
- Décamps, G., N. Scroccaro, et N. Battaglia. 2009. « Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents. » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167 (7): 491-96. doi:10.1016/j.amp.2007.12.020.
- Dejong, Hannah, Hannah Broadbent, et Ulrike Schmidt. 2012. « A Systematic Review of Dropout from Treatment in Outpatients with Anorexia Nervosa. » *The International Journal of Eating Disorders* 45 (5): 635-47. doi:10.1002/eat.20956.
- de Lisle, Steven M., Nicki A. Dowling, et J. Sabura Allen. 2012. « Mindfulness and Problem Gambling: A Review of the Literature. » *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 28 (4): 719-39. doi:10.1007/s10899-011-9284-7.
- Dematteis, M. 2014. « Les Addictions : épidémiologie, mécanismes communs, effets sur la santé. » présenté à Addiction et Travail, Meylan, novembre 14.
- Dervaux, A. 2015. « L'insight dans les addictions, Poitiers, 26/28 juin 2014 », *Le courrier des Addictions*, 17 (1): 32.
- Dervaux, Alain. 2008. « Les achats compulsifs. » *Perspectives Psy* Vol. 47 (1): 22-26.
- . 2013. « Alcoologie : mieux prendre en compte l'avis des patients | Congrès Français de Psychiatrie. » http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/nl5_6/.
- . 2014. « NL4- DSM-5 et addictologie | Congrès Français de Psychiatrie. » <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/congres/nl4-7/>.
- DiClemente, Carlo C., Suzanne R. Doyle, et Dennis Donovan. 2009. « Predicting Treatment Seekers Readiness to Change their Drinking Behavior in the COMBINE Study. » *Alcoholism, clinical and experimental research* 33 (5): 879-92. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.00905.x.
- Dowling, Nicki, David Smith, et Trang Thomas. 2009. « A Preliminary Investigation of Abstinence and Controlled Gambling as Self-Selected Goals of Treatment for Female Pathological Gambling. » *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on*

Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming 25 (2): 201-14. doi:10.1007/s10899-009-9116-1.

- Dunker Scheuner, Daniela, Coralie Zumwald, et CHUV. 2013. « Prévention de la rechute : intégration des outils et pratique. » Fordd, juin 20.
- Dunn, Kirsten, Paul Delfabbro, et Peter Harvey. 2012. « A Preliminary, Qualitative Exploration of the Influences Associated with Drop-out from Cognitive-Behavioural Therapy for Problem Gambling: An Australian Perspective. » *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 28 (2): 253-72. doi:10.1007/s10899-011-9257-x.
- Duruz, Nicolas. 1994. *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Delachaux et Niestlé - Editeurs.
- Du, Ya-song, Wenqing Jiang, et Alasdair Vance. 2010. « Longer Term Effect of Randomized, Controlled Group Cognitive Behavioural Therapy for Internet Addiction in Adolescent Students in Shanghai. » *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44 (2): 129-34. doi:10.3109/00048670903282725.
- Edlund, Mark J., Philip S. Wang, Patricia A. Berglund, Stephen J. Katz, Elizabeth Lin, et Ronald C. Kessler. 2002. « Dropping out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. » *The American Journal of Psychiatry* 159 (5): 845-51.
- Erwan Bezar, Sandra Dovero. 2004. « Enriched Environment Confers Resistance to 1-Methyl-4-Phenyl-1,2,3,6-Tetrahydropyridine and Cocaine: Involvement of Dopamine Transporter and Trophic Factors. » *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience* 23 (35): 10999-7.
- Evans, Elizabeth, Libo Li, et Yih-Ing Hser. 2009. « Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. » *Evaluation and program planning* 32 (3): 204-12. doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.12.003.
- Fairburn, Christopher G., Zafra Cooper, Helen A. Doll, Marianne E. O'Connor, Robert L. Palmer, et Riccardo Dalle Grave. 2013. « Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with

-
- anorexia nervosa: A UK–Italy study. » *Behaviour Research and Therapy* 51 (1): R2-8.
doi:10.1016/j.brat.2012.09.010.
- Fanget, Frédéric, et Bernard Rouchouse. 2007. *L'affirmation de soi : une méthode de thérapie*.
Paris: Editions Odile Jacob.
- Fédération addiction. 2013. « Addictions sans substance. » repère(s).
- Ferguson, Christopher J., Mark Coulson, et Jane Barnett. 2011. « A Meta-Analysis of Pathological Gaming Prevalence and Comorbidity with Mental Health, Academic and Social Problems. »
Journal of Psychiatric Research 45 (12): 1573-78. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.005.
- Fischler, Claude. 2010. *La douceur et l'autocontrôle*. Autrement.
http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=AUTRE_BILLA_2010_01_0071.
- Fox, Helen C., Kwang-Ik A. Hong, Kristen Siedlarz, et Rajita Sinha. 2007. « Enhanced Sensitivity to Stress and Drug/Alcohol Craving in Abstinent Cocaine-Dependent Individuals Compared to Social Drinkers. » *Neuropsychopharmacology* 33 (4): 796-805.
doi:10.1038/sj.npp.1301470.
- Gainsbury, Sally, et Alex Blaszczynski. 2011. « Online self-guided interventions for the treatment of problem gambling. » *International Gambling Studies* 11 (3): 289-308.
doi:10.1080/14459795.2011.617764.
- Garland, Eric L., Susan A. Gaylord, Charlotte A. Boettiger, et Matthew O. Howard. 2010. « Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. » *Journal of psychoactive drugs* 42 (2): 177-92.
- Gaume, Jacques, Jim McCambridge, Nicolas Bertholet, et Jean-Bernard Daepfen. 2014. « Mechanisms of Action of Brief Alcohol Interventions Remain Largely Unknown – A Narrative Review. » *Frontiers in Psychiatry* 5 (août). doi:10.3389/fpsyt.2014.00108.
- Gearing, Robin E., Lisa Townsend, Jennifer Elkins, Nabila El-Bassel, et Lars Osterberg. 2014. « Strategies to Predict, Measure, and Improve Psychosocial Treatment Adherence »:
Harvard Review of Psychiatry 22 (1): 31-45.
doi:10.1097/HRP.10.1097/HRP.0000000000000005.

-
- Giroux, Isabelle, Émilie Fortin-Gagnon, Robert Ladouceur, Christian Jacques, Francine Ferland, David Lévesque, et Serge Sévigny. 2014. « Évaluation d'un programme de téléconseil pour joueurs problématiques. » *Drogues, santé et société* 13 (1): 68. doi:10.7202/1027126ar.
- Glass, Carol R., Thomas V. Merluzzi, Joan L. Biever, et Kathryn H. Larsen. 1982. « Cognitive Assessment of Social Anxiety: Development and Validation of a Self-Statement Questionnaire. » *Cognitive Therapy and Research* 6 (1): 37-55. doi:10.1007/BF01185725.
- Godart, Nathalie. 2014. « Anorexie mentale. » Inserm. *Dossier d'information*. juin.
- Goldberg, David P., et Peter Huxley. 2003. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Psychology Press.
- Golse, Bernard. 2002. « Psychothérapie du bébé et de l'adolescent : convergences. » *La psychiatrie de l'enfant* Vol. 45 (2): 393-410. doi:10.3917/psy.452.0393.
- Gooding, Patricia, et Nicholas Tarrier. 2009. « A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Interventions to Reduce Problem Gambling: Hedging Our Bets? » *Behaviour Research and Therapy* 47 (7): 592-607. doi:10.1016/j.brat.2009.04.002.
- Goodman, Aviel. 1990. « Addiction: Definition and Implications. » *British Journal of Addiction* 85 (11): 1403-8. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x.
- Gosselin, Patrick, Robert Ladouceur, Charles M. Morin, Michel J. Dugas, et Lucie Baillargeon. 2006. « Benzodiazepine Discontinuation among Adults with GAD: A Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (5): 908-19. doi:10.1037/0022-006X.74.5.908.
- Grall-Bronnec, M., G. Bouju, V. Sébille-Rivain, Ph. Gorwood, C. Boutin, J.-L. Vénisse, et J.-B. Hardouin. 2012. « A French adaptation of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS): a useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers. » *Journal of Gambling Issues*, octobre. <http://encore.sasklibraries.ca/eds/item?dbid=edo&an=82671389>.
- Grall-Bronnec, M., et A. Sauvaget. 2014. « The use of repetitive transcranial magnetic stimulation for modulating craving and addictive behaviours: A critical literature review of efficacy, technical and methodological considerations. » *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 47 (novembre): 592-613. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.10.013.
- Graziani, Pierluigi, et Lucia Romo. 2013. *Soigner les addictions par les TCC*. Elsevier Masson.

-
- Guillermain, Yves. 2011. « Addictions et temporalité le temps du soin : maintenant ou jamais ! » *Psychotropes* 17 (2): 55. doi:10.3917/psyt.172.0055.
- Hämmerli, K., A. Wyssen, D. Dremmel, G. Milos, B. Isenschmid, S. Trier, et S. Munsch. 2013. « Recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires : un commentaire », *Forum Med Suisse*, 43 (13): 868-72.
- HAS. 2007. « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. »
- . 2014. « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. » octobre. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours.
- HAS, AFDAS-TCA, FFP, et INSERM. 2010. « Anorexie mentale : prise en charge. »
- Hautefeuille, M. 2011. « Addictions, nature et culture | Hôpital Marmottan. » juin. http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?page_id=496.
- Hautefeuille, Valleur, et Blaise. 2002. « Les cahiers de l'Actif - Vers une approche intégrée des conduites addictives », n° 310: 105-17.
- Have, M. ten, R. de Graaf, J. Ormel, G. Vilagut, V. Kovess, J. Alonso, et the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. 2009. « Are Attitudes towards Mental Health Help-Seeking Associated with Service Use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (2): 153-63. doi:10.1007/s00127-009-0050-4.
- Heeren, A., et P. Philippot. 2010. « Les interventions basées sur la pleine conscience: Une revue conceptuelle et empirique [Mindfulness-based Interventions: A conceptual and empirical review] », *Revue québécoise de psychologie*, 31 (3): 37-61.
- Hirigoyen, Marie-France. 2013. *Les nouvelles solitudes*. Paris: Marabout.
- Hoetzel, Katrin, Ruth von Brachel, Lena Schlossmacher, et Silja Vocks. 2013. « Assessing Motivation to Change in Eating Disorders: A Systematic Review. » *Journal of Eating Disorders* 1: 38. doi:10.1186/2050-2974-1-38.
- INPES. 2008. « La santé de L'homme », n° 394 (avril).
- INPES, et OFDT. 2011. « Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 », *Tendances*, n° 77 (septembre).

-
- Inserm. 2008. « Jeux de hasard et d'argent : Contextes et addictions. » <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/77>.
- . 2014. « Conduites addictives chez les adolescents. » <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>.
- (Inserm), Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2004. *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Les éditions Inserm. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/146>.
- Jeammet, Philippe. 2005. « Adolescence et dépendance. » *Psychotropes* vol. 11 (3): 9-30. doi:10.3917/psyt.113.0009.
- Jensen, Hans Henrik, Erik Lykke Mortensen, et Martin Lotz. 2014. « Drop-out from a Psychodynamic Group Psychotherapy Outpatient Unit. » *Nordic Journal of Psychiatry* 68 (8): 594-604. doi:10.3109/08039488.2014.902499.
- Jimenez, Sherlyn S., Barbara L. Niles, et Crystal L. Park. 2010. « A Mindfulness Model of Affect Regulation and Depressive Symptoms: Positive Emotions, Mood Regulation Expectancies, and Self-Acceptance as Regulatory Mechanisms. » *Personality and Individual Differences* 49 (6): 645-50. doi:10.1016/j.paid.2010.05.041.
- Kabat-Zinn, Jon, Christophe André, et Claude Maskens. 2012. *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness, programme complet en 8 semaines*. Paris: J'ai lu.
- Kaye, W. H., T. Nagata, T. E. Weltzin, L. K. Hsu, M. S. Sokol, C. McConaha, K. H. Plotnicov, J. Weise, et D. Deep. 2001. « Double-Blind Placebo-Controlled Administration of Fluoxetine in Restricting- and Restricting-Purging-Type Anorexia Nervosa. » *Biological Psychiatry* 49 (7): 644-52.
- Khazaal, Yasser. 2010. « Approches psychothérapeutiques du jeu pathologique. » *Psychiatrie* Volume 263 (33): 1756-59.
- Kirouac, M., et K. Witkiewitz. 2014. « Measure development of an assessment of “hitting bottom” for individuals with alcohol problems ». Psychology, New Mexico.
- Koepp, Maeva. 2001. « Le groupe dans le soin institutionnel en psychiatrie. » *Le Divan familial* 6 (1): 167-82. doi:10.3917/difa.006.0167.

-
- Kravitz, Alexxai V., Dardo Tomasi, Kimberly H. LeBlanc, Ruben Baler, Nora D. Volkow, Antonello Bonci, et Sergi Ferré. 2015. « Cortico-Striatal Circuits: Novel Therapeutic Targets for Substance Use Disorders. » *Brain Research*, avril. doi:10.1016/j.brainres.2015.03.048.
- LaBrie, Richard A., Allyson J. Peller, Debi A. LaPlante, Bo Bernhard, Andrew Harper, Thomas Schrier, et Howard J. Shaffer. 2012. « A Brief Self-Help Toolkit Intervention for Gambling Problems: A Randomized Multisite Trial. » *American Journal of Orthopsychiatry* 82 (2): 278-89. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01157.x.
- Ladouceur, Robert, Patricia-Maude Fournier, Sophie Lafond, Annie Goulet, Hélène Simoneau, Serge Sévigny, et Isabelle Giroux. 2013. « JEU me questionne : un programme désiré par les CSSS du Québec ? » *Drogues, santé et société* 12 (2): 102. doi:10.7202/1026880ar.
- Lambert, Nelle, et Françoise Lotstra. 2005. « L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young : de l'éthologie à la neurobiologie. » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* n° 35 (2): 83-97.
- Lamouroux, A., A. Magnan, et D. Vervloet. 2005. « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? » *Revue des Maladies Respiratoires* 22 (1): 31-34. doi:10.1016/S0761-8425(05)85433-6.
- Larsen, Daniel L., C. Clifford Attkisson, William A. Hargreaves, et Tuan D. Nguyen. 1979. « Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. » *Evaluation and Program Planning* 2 (3): 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6.
- Lassignardie, Hélène. 2013. « Les thérapies cognitives et comportementales : 3ème vague. » présenté à cours AFTCC module 1, Rennes.
- Le Berre, Anne-Pascale, François Vabret, Céline Cauvin, Karine Pinon, Philippe Allain, Anne-Lise Pitel, Francis Eustache, et Hélène Beaunieux. 2012. « Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcohol-Dependent Patients. » *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 36 (9): 1542-49. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01760.x.
- Lee, Christine M., Clayton Neighbors, Christian S. Hendershot, et Joel R. Grossbard. 2009. « Development and Preliminary Validation of a Comprehensive Marijuana Motives Questionnaire. » *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70 (2): 279-87.

-
- Le Garrec, Sophie. 2011. « Le temps des consommations comme oubli du présent. » *Psychotropes* 17 (2): 19. doi:10.3917/psyt.172.0019.
- Lejoyeux, M. 2015. « Psychopathologie des addictions. » DESC addictologie, Paris, juin.
- Lejoyeux, Michel. 2013. *Addictologie*. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Leung, Newman, Glenn Waller, et Glyn Thomas. 1999. « Group Cognitive-Behavioural Therapy for Anorexia Nervosa: A Case for Treatment? » *European Eating Disorders Review* 7 (5): 351-61. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(199911)7:5<351::AID-ERV305>3.0.CO;2-D.
- Loonis, E. 2001. « L'article d'Aviel Goodman : 10 ans après. » http://www.academia.edu/4313320/L_article_d_Aviel_Goodman_10_ans_apr%C3%A8s.
- Lupi, Matteo, Giovanni Martinotti, Tiziano Acciavatti, Mauro Pettorruso, Marcella Brunetti, Rita Santacroce, Eduardo Cinosi, Giuseppe Di Iorio, Marco Di Nicola, et Massimo Di Giannantonio. 2014. « Pharmacological Treatments in Gambling Disorder: A Qualitative Review. » *BioMed Research International* 2014: 537306. doi:10.1155/2014/537306.
- Macdonald, Pam, Rebecca Hibbs, Freya Corfield, et Janet Treasure. 2012. « The Use of Motivational Interviewing in Eating Disorders: A Systematic Review. » *Psychiatry Research* 200 (1): 1-11. doi:10.1016/j.psychres.2012.05.013.
- Malbos, Eric, Laurent Boyer, et Christophe Lançon. 2013. « L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles mentaux. » *La Presse Médicale*, Gynécologie endocrinienne, 42 (11): 1442-52. doi:10.1016/j.lpm.2013.01.065.
- Marc, Edmond, et Christine Bonnal. 2014. *Le groupe thérapeutique - Approche intégrative*. Paris: Dunod.
- Marlatt, Alan, Barbara Demming, et John B. Reid. 1973. « Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. » *Journal of Abnormal Psychology* 81 (3): 233-41. doi:10.1037/h0034532.
- Marlatt, G. Alan, et Dennis Michael Donovan. 2005. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- Masson, Philip C., Christopher M. Perlman, Stuart A. Ross, et April L. Gates. 2007. « Premature Termination of Treatment in an Inpatient Eating Disorder Programme. » *European Eating Disorders Review* 15 (4): 275-82. doi:10.1002/erv.762.
- McDougall, Joyce. 1994. *L'addiction à l'autre : réflexion sur les néo-sexualités et la sexualité addictive*. http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=91059.

-
- . 2001. « L'économie psychique de l'addiction. » *Petite bibliothèque de psychanalyse* (novembre): 11-36. doi:10.3917/puf.marin.2001.01.0011.
- McKay, James R., Deborah H. A. Van Horn, David W. Oslin, Kevin G. Lynch, Megan Ivey, Kathleen Ward, Michelle L. Drapkin, Julie R. Becher, et Donna M. Coviello. 2010. « A Randomized Trial of Extended Telephone-Based Continuing Care for Alcohol Dependence: Within-Treatment Substance Use Outcomes. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78 (6): 912-23. doi:10.1037/a0020700.
- Miller, William R., et Gary S. Rose. 2015. « Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence. » *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43 (02): 129-41. doi:10.1017/S1352465813000878.
- Miller, William R., et J. Scott. 1996. « Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). » *Psychology of Addictive Behaviors* 10 (2): 81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81.
- Minotte, Pascal. 2010. *Cyberdépendance et autres croquemitaines*. Yapaka.
- Minotte, Pascal, et Jean-Yves Donnay. 2010. « Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo », Les Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, , n° 6 (décembre).
- Monjauze, Michèle. 2011. *Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme*. Édition : 1. Paris: IN PRESS.
- Moore, Adam, et Peter Malinowski. 2009. « Meditation, Mindfulness and Cognitive Flexibility. » *Consciousness and Cognition* 18 (1): 176-86. doi:10.1016/j.concog.2008.12.008.
- Morel, Alain. 2010. « Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique. » *Psychotropes* 16 (2): 31. doi:10.3917/psyt.162.0031.
- Mueller, A., U. Mueller, A. Silbermann, H. Reinecker, S. Bleich, JE Mitchell, et M. de Zwaan. 2008. « A Randomized, Controlled Trial of Group Cognitive-Behavioral Therapy for Compulsive Buying Disorder: Posttreatment and 6-Month Follow-up Results. » *The Journal of Clinical Psychiatry* 69 (7): 1131-38.
- Nadeau, Louise, Marc Valleur, Hubert Sacy, et Jean-François Cottier. 2014. *Pascasius ou comment comprendre les addictions : Suivi du Traité sur le jeu*. PU Montréal.
- Norcross, John C., Paul M. Krebs, et James O. Prochaska. 2011. « Stages of Change. » *Journal of Clinical Psychology* 67 (2): 143-54. doi:10.1002/jclp.20758.

-
- OFDT. 2014. « Enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) - OFDT. » <http://www.ofdt.fr/enquetes/escapad/>.
- OFDT, et INPES. 2015. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, , n° 99 (mars).
- O'Hare, David. 2012. *Cohérence cardiaque 365 : Guide de cohérence cardiaque jour après jour*. Vergèze: Thierry Souccar Editions.
- O'Hare, T. 2001. « The Drinking Context Scale. A Confirmatory Factor Analysis. » *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (2): 129-36.
- Olievenstein. 1983. *La drogue ou la vie*. Le livre de poche. Paris: Le Livre de Poche.
- Olievenstein, C. 1977. *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris: France Loisirs.
- ORSP, Franche-Comté. 2012. « Addiction sans produit : synthèse bibliographique. »
- Otto, Michael W., R. Kathryn McHugh, Naomi M. Simon, Frank J. Farach, John J. Worthington, et Mark H. Pollack. 2010. « Efficacy of CBT for Benzodiazepine Discontinuation in Patients with Panic Disorder: Further Evaluation. » *Behaviour Research and Therapy* 48 (8): 720-27. doi:10.1016/j.brat.2010.04.002.
- Padyab, Mojgan, Robert Grahn, et Lena Lundgren. 2015. « Drop-out from the Swedish Addiction Compulsory Care System. » *Evaluation and Program Planning* 49 (avril): 178-84. doi:10.1016/j.evalprogplan.2014.12.016.
- Paille, F., M. Reynaud, et INVS. 2015. « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, , n° 24-25 (juillet).
- Palmer, Rebekka S., Mary K. Murphy, Alessandro Piselli, et Samuel A. Ball. 2009. « Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. » *Substance use & misuse* 44 (7): 1021-38. doi:10.1080/10826080802495237.
- Pedinielli, Jean-Louis, Georges Rouan, et Pascal Bretagne. 2000. *Psychopathologie des addictions, 2e édition*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Pekarik, G. 1992. « Relationship of Clients' Reasons for Dropping out of Treatment to Outcome and Satisfaction. » *Journal of Clinical Psychology* 48 (1): 91-98.
- Penberthy, J. Kim, Nassima Ait-Daoud, Marc Breton, Boris Kovatchev, Carlo C. DiClemente, et Bankole A. Johnson. 2007. « Evaluating Readiness and Treatment Seeking Effects in a

Pharmacotherapy Trial for Alcohol Dependence. » *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 31 (9): 1538-44. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00448.x.

- Perney. 2008. « Neurobiologie de la dépendance. » Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes.
- Pierce, R. Christopher, et Fair M. Vassoler. 2013. « Deep Brain Stimulation for the Treatment of Addiction: Basic and Clinical Studies and Potential Mechanisms of Action. » *Psychopharmacology* 229 (3): 487-91. doi:10.1007/s00213-013-3214-6.
- Pierrehumbert, Blaise, et Collectif. 2005. *L'attachement, de la théorie à la clinique*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Pleux, Didier. 2006. *De l'enfant roi à l'enfant tyran*. Paris: Odile Jacob.
- Poudat, François-Xavier. 2009. *La dépendance amoureuse : Quand le sexe et l'amour deviennent des drogues*. Paris: Odile Jacob.
- Poudat, François-Xavier. 2011. *Sexualité, couple et TCC. Volume 1 : les difficultés sexuelles*. Elsevier Masson.
- Poudat, F.-X. 2000. « Le questionnement solutionniste en thérapie sexuelle. » *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 10 (3): 85-97.
- . 2014. « L'art de mobiliser les symptômes par les TCC. » présenté à Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, novembre.
- Preti, Antonio, Giovanni de Girolamo, Gemma Vilagut, Jordi Alonso, Ron de Graaf, Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, Alejandra Pinto-Meza, Josep Maria Haro, et Piero Morosini. 2009. « The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. » *Journal of Psychiatric Research* 43 (14): 1125-32. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.
- Rahioui, Hassan, et Michel Reynaud. 2006. *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*. Paris: Médecine Sciences Publications.
- Rash, Carla J., et Nancy M. Petry. 2014. « Psychological Treatments for Gambling Disorder. » *Psychology Research and Behavior Management* 7: 285-95. doi:10.2147/PRBM.S40883.
- Ribassin-Majed, Laureen, et Catherine Hill. 2015. « Trends in Tobacco-Attributable Mortality in France. » *The European Journal of Public Health*, mai, ckv078. doi:10.1093/eurpub/ckv078.

-
- Riper, Heleen, Jeannet Kramer, Filip Smit, Barbara Conijn, Gerard Schippers, et Pim Cuijpers. 2008. « Web-Based Self-Help for Problem Drinkers: A Pragmatic Randomized Trial. » *Addiction (Abingdon, England)* 103 (2): 218-27. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02063.x.
- Rollnick, Stephen, et William Richard Miller. 2009. *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation*. Paris: InterEditions.
- Romo, Lucia. 2009. *L'addiction aux achats*. Mardaga. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=MARD_VARES_2009_01_0019.
- Rousseau-Salvador, Céline. 2014. « L'entretien motivationnel. » Cours AFTCC, Rennes, octobre.
- Rush, Benjamin, Marc Levivier, et Emmanuelle Gira. 2011. « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains: Avec un compte rendu sur les moyens de les prévenir et les remèdes pour les soigner. » *Psychotropes* 17 (3): 179. doi:10.3917/psyt.173.0179.
- Sabourin, Stéphane, Diane Pérusse, et Pierre Gendreau. 1989. « Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). [The psychometric qualities of the Canadian-French version of the Client Satisfaction Questionnaire for psychotherapeutic services (CSQ-8 and CSQ-18B).] » *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* 21 (2): 147-59. doi:10.1037/h0079853.
- Sareen, Jitender, Amit Jagdeo, Brian J. Cox, Ian Clara, Margreet ten Have, Shay-Lee Belik, Ron de Graaf, et Murray B. Stein. 2007. « Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. » *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 58 (3): 357-64. doi:10.1176/appi.ps.58.3.357.
- Scheen, André. 2013. « ((workaholism)): la dépendance au travail, une autre forme d'addiction. » *Revue médicale de Liege* 68 (5-6). <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/157735>.
- SFA, et ANPAA. 2009. « Conduites addictives. »
- SFA, EUFAS, et ANPAA. 2015. « Recommandation de bonne pratique. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. D'après la méthode "Recommandations pour la pratique clinique". »
- Shalev, Uri, Peter S. Finnie, Tammie Quinn, Stephanie Tobin, et Priti Wahi. 2006. « A Role for Corticotropin-Releasing Factor, but Not Corticosterone, in Acute Food-Deprivation-Induced

-
- Reinstatement of Heroin Seeking in Rats. » *Psychopharmacology* 187 (3): 376-84.
doi:10.1007/s00213-006-0427-y.
- Shapira, N. A., T. D. Goldsmith, P. E. Keck, U. M. Khosla, et S. L. McElroy. 2000. « Psychiatric Features of Individuals with Problematic Internet Use. » *Journal of Affective Disorders* 57 (1-3): 267-72.
- Skani, S., X. Laqueille, et H.-J. Aubin. 2011. « Interventions Basées Sur La Pleine Conscience En Addictologie. » *L'Encéphale* 37 (5): 379-87. doi:10.1016/j.encep.2010.08.010.
- Skegg, Keren, Shyamala Nada-Raja, Nigel Dickson, et Charlotte Paul. 2009. « Perceived “Out of Control” Sexual Behavior in a Cohort of Young Adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study ». *Archives of Sexual Behavior* 39 (4): 968-78.
doi:10.1007/s10508-009-9504-8.
- Slutske, Wendy S., Thomas M. Piasecki, Alex Blaszczynski, et Nicholas G. Martin. 2010. « Pathological Gambling Recovery in the Absence of Abstinence. » *Addiction (Abingdon, England)* 105 (12): 2169-75. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Sobell, Linda Carter. 2011. *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-behavioral Approach*. Guilford Publications.
- Stahl, Stephen Michael, Nancy Muntner, et Patrick Lemoine. 2010. *Psychopharmacologie essentielle bases neuroscientifiques et applications pratiques*. Paris: Médecine sciences publications.
- Stark, Michael J. 1992. « Dropping out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. » *Clinical Psychology Review* 12 (1): 93-116. doi:10.1016/0272-7358(92)90092-M.
- Stevens, Laura, Antonio Verdejo-García, Anna E. Goudriaan, Herbert Roeyers, Geert Dom, et Wouter Vanderplasschen. 2014. « Impulsivity as a Vulnerability Factor for Poor Addiction Treatment Outcomes: A Review of Neurocognitive Findings among Individuals with Substance Use Disorders. » *Journal of Substance Abuse Treatment* 47 (1): 58-72.
doi:10.1016/j.jsat.2014.01.008.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2005. « Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health : National Findings. »

-
- . 2007. « Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health : National findings. »
- Sullivan, Sean, Ross McCormick, Michael Lamont, et Alison Penfold. 2007. « Problem Gambling: Patients Affected by Their Own or Another's Gambling May Approve of Help from General Practitioners. » *The New Zealand Medical Journal* 120 (1257): U2605.
- Tarquinio, C., et M. -P. Tarquinio. 2007. « L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. » *Pratiques Psychologiques* 13 (1): 1-19. doi:10.1016/j.prps.2006.09.005.
- Tassin, Jean-Pol. 2007. « Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept. » *L'information psychiatrique* 83 (2): 91-97. doi:10.1684/ipe.2007.0092.
- Tavares, Hermano, Daniela Sabbatini S. Lobo, Daniel Fuentes, et Donald W. Black. 2008. « [Compulsive buying disorder: a review and a case vignette]. » *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)* 30 Suppl 1 (mai): S16-23.
- Taylor, Véronique A. 2011. « Effect of Mindfulness Meditation on the Neural Substrates of Emotion Processing and Resting State in Experienced and Beginner Meditators », août. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5362>.
- Tiffany, Stephen T., et Jennifer M. Wray. 2012. « The clinical significance of drug craving. » *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248 (février): 1-17. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x.
- Tonnelier, Stéphanie, Christine Lemaire, et Pierre Bodenez. 2011. « Les hospitalisations programmées pour des patients alcoolodépendants : une façon de redonner un mouvement au temps ? » *Psychotropes* 17 (2): 75. doi:10.3917/psyt.172.0075.
- « Treatment Episode Data Set (TEDS) 2005. Discharges from Substance Abuse Treatment Services. » 2008. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Twyman, Laura, Billie Bonevski, Christine Paul, et Jamie Bryant. 2014. « Perceived Barriers to Smoking Cessation in Selected Vulnerable Groups: A Systematic Review of the Qualitative and Quantitative Literature. » *BMJ Open* 4 (12): e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414.
- United Nations. 2015. « World Drug Report 2015. » New York: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Valleur, Marc. 2009. « Les chemins de l'ordalie. » *Topique* 107 (2): 47. doi:10.3917/top.107.0047.

-
- . 2010. « 24 juin 2011 : 40e anniversaire de l'hôpital Marmottan. À la faculté de médecine de Paris-Descartes. Corps et âme. Les addictions. » *Psychotropes* 16 (2): 107. doi:10.3917/psyt.162.0107.
- Valleur, Marc, et Jean-Claude Matysiak. 2006. *Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Édition : 2e édition. Paris: Armand Colin.
- Van der Linden, Martial, Mathieu d'Acremont, Ariane Zermatten, Françoise Jermann, Frank Larøi, Sylvie Willems, Anne-Claude Juillerat, et Antoine Bechara. 2006. « A French Adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale. » *European Journal of Psychological Assessment* 22 (1): 38-42. doi:10.1027/1015-5759.22.1.38.
- Velicer, W. F., S. L. Hughes, J. L. Fava, J. O. Prochaska, et C. C. DiClemente. 1995. « An Empirical Typology of Subjects within Stage of Change. » *Addictive Behaviors* 20 (3): 299-320.
- Vénisse, Jean-Luc, et M. Grall-Bronnec. 2012. *Prévenir et traiter les addictions sans drogue : un défi sociétal: POD*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Victorian Responsible Gambling Foundation. 2014. « Seeking help for gambling problems. »
- Volpe, Umberto, Andrea Fiorillo, Mario Luciano, Valeria Del Vecchio, Claudia Palumbo, Salvatore Calò, Sara Piras, et al. 2014. « Pathways to Mental Health Care in Italy: Results from a Multicenter Study. » *The International Journal of Social Psychiatry* 60 (5): 508-13. doi:10.1177/0020764013501648.
- Wang, Chong-Wen, Cecilia L. W. Chan, Kwok-Kei Mak, Sai-Yin Ho, Paul W. C. Wong, et Rainbow T. H. Ho. 2014. « Prevalence and Correlates of Video and Internet Gaming Addiction among Hong Kong Adolescents: A Pilot Study. » *The Scientific World Journal* 2014. doi:10.1155/2014/874648.
- Westra, Henny A., Hal Arkowitz, et David J. A. Dozois. 2009. « Adding a Motivational Interviewing Pretreatment to Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Randomized Controlled Trial. » *Journal of Anxiety Disorders* 23 (8): 1106-17. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.014.
- Wiers, Corinde E., Christine Stelzel, Thomas E. Gladwin, Soyoung Q. Park, Steffen Pawelczack, Christiane K. Gawron, Heiner Stuke, et al. 2014. « Effects of Cognitive Bias Modification Training on Neural Alcohol Cue Reactivity in Alcohol Dependence. » *The American*

- Winnicott, Donald Woods. 1958. *La capacité d'être seul*. Paris: Payot.
- Witkiewitz, Katie, Sarah Bowen, Erin N. Harrop, Haley Douglas, Matthew Enkema, et Carly Sedgwick. 2014. « Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. » *Substance Use & Misuse* 49 (5): 513-24. doi:10.3109/10826084.2014.891845.
- Wulfert, Edelgard, Edward B. Blanchard, Brian M. Freidenberg, et Rebecca S. Martell. 2006. « Retaining Pathological Gamblers in Cognitive Behavior Therapy through Motivational Enhancement: A Pilot Study. » *Behavior Modification* 30 (3): 315-40.
doi:10.1177/0145445503262578.
- Yalom, Irvin D., et Molyn Leszcz. 2008. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5^e éd. Basic Books.
- Young, Kimberly S. 2013. « Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. » *Journal of Behavioral Addictions* 2 (4): 209-15. doi:10.1556/JBA.2.2013.4.3.
- Zgierska, Aleksandra, David Rabago, Megan Zuelsdorff, Christopher Coe, Michael Miller, et Michael Fleming. 2008. « Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study. » *Journal of Addiction Medicine* 2 (3): 165-73.
doi:10.1097/ADM.0b013e31816f8546.
- Zullino, D., A. Miozzari, R. Rajeswaran, et J. Besson. 2003. « Apport des nouveaux médicaments psychiatriques à la médecine de l'addiction », *Revue Médicale Suisse*, 61 (2445): 1451-55.

Serment Médical

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : EYZOP

PRENOM : Emeline

Titre de Thèse : OBSERVANCE DE GROUPE DE THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE EN ADDICTOLOGIE

Résumé

Les conduites addictives sont un problème majeur de santé publique. Des soins sont disponibles pour les patients qui en souffrent mais ceux-ci sont très fréquemment mal observés. Dans le but de contrer le phénomène, nous nous sommes intéressés aux raisons des arrêts prématurés de prise en charge addictologique, notamment de groupes thérapeutiques de type TCC. Pour illustrer le propos, nous nous sommes appuyés sur trois vignettes cliniques. Une revue de la littérature nous a permis de nous rendre compte d'une vision d'ensemble de la question. Afin d'approfondir le sujet, une étude épidémiologique non interventionnelle prospective a été réalisée sur le CHU de Nantes, ciblant particulièrement la motivation des sujets en soins. Les résultats de l'étude n'ont pas mis cependant en évidence de lien entre la motivation et l'observance de ce type de traitement. Les perspectives thérapeutiques sont discutées. Les recherches sont à poursuivre.

MOTS-CLES

Addictologie ; Thérapie cognitivo-comportementale ; Groupe thérapeutique ; Observance ; Motivation