

Thèse de Doctorat

Vincent WAGNER

*Thèse présentée en vue de l'obtention du
grade de Docteur de l'Université de Nantes
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

École doctorale : Éducation, Langages, Interactions, Cognition, Clinique (ELICC - ED 603)

Discipline : Psychologie

Spécialité : Psychologie clinique

Unité de recherche :

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL - EA 4638)

Soutenue le 18 mai 2018

Profils et évolutions à six mois des patients d'un centre de soins ambulatoires en addictologie

Comprendre le changement : une histoire de trajectoire(s) et de temps

JURY

Présidente du jury : **Isabelle VARESCON**, Professeure des universités, Université Paris-Descartes (France)

Rapporteuses : **Karine BERTRAND**, Professeure titulaire, Université de Sherbrooke (Canada)
Isabelle VARESCON, Professeure des universités, Université Paris-Descartes (France)

Examineurs : **Robert COURTOIS**, Maître de conférences HDR, Université François Rabelais de Tours (France)
Mathieu GOYETTE, Professeur adjoint, Université de Sherbrooke (Canada)
Marie GRALL-BRONNEC, Professeure des universités, Université de Nantes (France)

Directeur de thèse : **Didier ACIER**, Professeur des universités, Université de Nantes (France)

Dédicace

Aux patients ayant participé au projet DECA ainsi qu'à l'équipe, passée et présente, de l'antenne Beauséjour pour son profond investissement dans cette étude, de sa conception à sa conclusion.

Tout est changement, non pour ne plus être mais pour devenir ce qui n'est pas encore.

(Epictète, cité par Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*, Livre XI, § XXXV, p. 165)

Whereby I see that Time's the king of men,

He's both their parent, and he is their grave,

And gives them what he will, not what they crave.

(William Shakespeare, *Pericles, Prince of Tyre*, Acte II, Scène III, p. XXIII)

L'aventure est une crise qu'on accepte, la crise est une aventure qu'on refuse.

(Bertrand Piccard, *Changer d'altitude*, p. 64)

Résumé

Ce travail comporte deux axes de recherche, incluant quatre études. Nous nous sommes tout d'abord centrés sur la question de l'arrêt du suivi en addictologie. L'enjeu a ici été de relever les caractéristiques des patients abandonnant prématurément la prise en charge. Dans un second temps, nous avons cherché à éclaircir la nature et la dynamique des changements survenus au cours du soin. L'échantillon comprend 150 patients avec un usage problématique d'alcool d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie. Une batterie d'outils psychométriques a été administrée à l'entrée en soin et après six mois de suivi.

Il ressort de la première étude que les départs prématurés sont liés à différentes vulnérabilités, comme une plus forte sévérité de la conduite addictive, un plus haut degré d'ambivalence, ou des inclinations spécifiques pour la consommation. La seconde étude montre qu'après six mois de suivi, nous observons une réduction de la problématique addictive, ainsi qu'une amélioration de l'état physique, mental et du fonctionnement social. Ces changements s'accompagnent d'une modification des perspectives temporelles. La troisième étude souligne que la perspective temporelle future évaluée à l'entrée en soin prédit la sévérité des problèmes relatifs à l'alcool à six mois de suivi. Enfin, la dernière étude indique que trois perspectives temporelles (c.-à-d., Passé négatif, Présent fataliste et Futur) sont médiatrices de la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement.

Ces données sont discutées dans l'optique d'une amélioration des pratiques, de la continuité du soin, et d'un renforcement du changement.

Mots-clés : consommation problématique d'alcool ; soins ambulatoires ; abandons du soin ; trajectoires ; changement ; perspectives temporelles

Abstract

Profiles and outcomes after six months in care of outpatients received in an addiction-specialized treatment

Understanding the change process: a matter of trajectories and time

This research work has two main but separate objectives, involving four consecutive studies. First, we focused on dropouts from addiction-specialized treatment. Our general aim here was to outline specific characteristics of patients who prematurely left their follow-up. Then, according to our second objective, we sought to precisely highlight changes during the follow-up, as well as mechanisms involved. Our sample includes 150 outpatients with a problematic alcohol use, received in an addiction-specialized treatment center. A set of psychometric tools was administered twice, at the entry and after six months in care.

According to the first study, several vulnerabilities are linked to dropouts, such as a higher severity of alcohol-related problems, a higher level of ambivalence regarding change, or specific inclinations toward alcohol use. In the second study, we can notice, after six months of follow-up, a significant reduction in the global severity of alcohol-related problems, as well as an enhancement of the general mental, physical and social functioning. These changes are moreover associated with an overall modification regarding time perspectives. The third study highlights that a baseline measure of future time perspective is able to predict the severity of alcohol-related problems at follow-up. The last study emphasizes that three specific time perspectives (i.e., Past negative, Present fatalistic, Future) mediate the relationship between inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change during treatment.

All results are later discussed in regard to field practices, adherence to treatment and change process improvement.

Keywords: problematic alcohol use; outpatients; dropouts; trajectories; change; time perspectives

Table des matières

Résumé.....	6
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Remerciements.....	13
Listes des tableaux.....	15
Liste des figures.....	16
Liste des abréviations.....	17
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	19
1.1. Présentation du thème de l'étude.....	19
1.1.1. Bref ancrage historique.....	19
1.1.2. Consommations et dommages liés à l'alcool en France.....	20
1.1.3. Constats et enjeux du soin spécialisé.....	22
1.2. Description du contexte de l'étude.....	23
1.2.1. Les Apsyades, réseau départemental de soin en addictologie.....	24
1.2.2. Le rôle des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.....	27
1.2.3. Le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie des Apsyades.....	28
1.2.4. L'antenne Beauséjour, en lien avec la recherche scientifique.....	30
1.2.5. Le projet DECA, pilier du présent travail de recherche.....	31
1.3. Justification du format de présentation.....	33
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE.....	37
2.1. Consommation d'alcool et problématiques associées.....	37
2.1.1. Niveaux de consommation.....	37
2.1.2. Motifs et fonctions de la consommation.....	40
2.1.3. Impacts et risques associés à la consommation d'alcool.....	44
2.1.3.1. Mécanismes d'action et effets de l'alcool.....	44
2.1.3.2. Vulnérabilités aux dommages relatifs à l'alcool.....	48
2.1.3.3. Risques et dommages sur l'individu.....	51
2.1.3.4. Risques et dommages sur autrui.....	54
2.1.3.5. Répercussions sur la société.....	55
2.1.4. Usages d'alcool et trajectoires addictives.....	56

2.1.4.1. <i>Un bref rappel historique</i>	56
2.1.4.2. <i>Une diversité d'usages</i>	59
2.1.4.3. <i>Quelques hypothèses explicatives</i>	63
2.1.4.4. <i>Les trajectoires addictives</i>	68
2.2. Trajectoires du soin en addictologie	73
2.2.1. Données chiffrées sur le soin spécialisé en addictologie	74
2.2.2. Conceptualisation de l'accès et de l'utilisation du soin	75
2.2.3. La demande et l'orientation vers le soin	78
2.2.4. Les barrières au traitement	81
2.2.5. Le cas des abandons prématurés.....	84
2.2.6. Dynamique et enjeux du soin	89
2.3. Le changement en addictologie	93
2.3.1. Efficacité des interventions et notion de changement	95
2.3.2. Le phénomène de rémission naturelle	97
2.3.3. Les marqueurs possibles du changement.....	99
2.3.4. Un regard plus précis sur ce processus.....	102
2.3.4.1. <i>Inclinations à consommer et motivation au changement</i>	102
2.3.4.2. <i>La temporalité</i>	105
2.4. Problématique et objectifs de la recherche	110
2.4.1. Synthèse de la littérature et problématique	110
2.4.2. Objectifs et hypothèses de recherche	114
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	117
3.1. Population et critères d'échantillonnage	117
3.2. Procédure et déroulement de l'étude	119
3.3. Instruments psychométriques	122
3.3.1. La fiche RECAP et les dossiers patients.....	122
3.3.2. <i>L'Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	124
3.3.3. <i>L'Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire</i>	125
3.3.4. <i>La Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>	127
3.3.5. <i>Le Zimbardo Time Perspective Inventory - Short Form</i>	130
3.3.6. <i>La Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey</i>	130
3.3.7. <i>Le MOntréal Cognitive Assessment</i>	132
3.3.8. <i>Le Barriers to Treatment Inventory</i>	134

3.3.9. Traduction, adaptation et préparation des outils psychométriques.....	135
3.4. Variables intégrées au travail de recherche	136
3.5. Traitement et analyse des données	138
3.6. Considérations éthiques	146
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS.....	149
4.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	149
4.2. Détails autour de la prise en charge	151
4.3. Synthèse des scores aux outils psychométriques.....	155
4.4. Article 1 : Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not?	161
4.5. Article 2 : Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center.....	189
4.6. Article 3 : Bidirectional associations between future time perspective and alcohol use among outpatients	211
4.7. Article 4 : A matter of time. Mediation of time perspective on inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change relationship	233
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	261
5.1. La question des abandons prématurés du suivi	261
5.1.1. Premiers éléments concernant les abandons prématurés.....	262
5.1.2. Caractéristiques des patients abandonnant le soin	264
5.2. Le changement après six mois de suivi	269
5.2.1. Changements relatifs à la conduite de consommation	269
5.2.2. Évolution de l'état de santé et du fonctionnement général	272
5.2.3. Évolution des perspectives temporelles	273
5.3. Relations bidirectionnelles entre la perspective temporelle future et la sévérité de la problématique relative à l'alcool	276
5.3.1. Dynamique transversale	277
5.3.2. Dynamique longitudinale.....	278
5.4. Effet médiateur des perspectives temporelles sur la relation entre inclinations à consommer de l'alcool et motivation au changement.....	281
5.4.1. Le rôle médiateur du Passé négatif	281
5.4.2. Le rôle médiateur du Futur	283
5.4.3. Le rôle médiateur du Présent fataliste	285
5.4.4. Effets directs et indirects	288
5.4.5. Persistance dans le temps de l'effet de médiation	290

5.5. Limites et forces du travail de recherche	291
5.5.1. Limites.....	291
5.5.2. Forces.....	297
5.6. Implications de l'étude	300
5.6.1. Retombées pour la recherche	301
5.6.2. Valorisation et diffusion scientifique.....	305
5.6.3. Retombées pour la pratique	306
Conclusion	314
Références	319
Curriculum Vitae	357
Annexes	365

Remerciements

En préambule, je souhaite adresser à ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à ce travail, à cette expérience de la recherche, et plus largement encore, à l'intégralité de mon parcours en tant que jeune chercheur et jeune psychologue dans le champ des addictions. Je vais à présent remercier plus spécifiquement certaines personnes.

En premier lieu, je veux sincèrement faire honneur à Didier Acier, mon directeur de recherche, pour son accompagnement, son écoute bienveillante, sa supervision formelle et informelle. Nos chemins se sont croisés à l'origine à la fin d'une « douloureuse » première année de Master. Depuis, il a su partager avec moi son expérience, son intérêt et sa passion pour la recherche, dans tout ce qu'elle a d'épanouissant, mais aussi de frustrant. Cet encadrement n'a certainement pas été évident tous les jours, avec les multiples responsabilités inhérentes à son statut de professeur et de clinicien. Il aura eu à gérer mes propres doutes, à tempérer mes ardeurs et mes exaspérations, plus ou moins fréquentes. Si je suis arrivé aujourd'hui là où j'en suis, c'est bien en partie grâce à lui !

Je tiens ensuite à sincèrement remercier Karine Bertrand, Marie Grall-Bronnec, Isabelle Varescon, Mathieu Goyette et Robert Courtois d'avoir accepté d'expertiser ce travail de recherche et *in fine* de faire partie de ce jury de thèse. Vos présences m'honorent, tant j'ai la plus grande considération pour votre expérience et votre connaissance des champs de la recherche et de la clinique dans le domaine des addictions. Vos commentaires et suggestions permettront sans aucun doute l'amélioration de ce travail.

Cette recherche n'aurait qui plus est pas pu voir le jour sans le concours des Apsyades. Je remercie ainsi Raphaël Viollet, Thierry Joly, Lucie Gailledrat et Jean-Luc Vénisse pour leur bienveillance à l'égard de ce projet de recherche. Je tiens ensuite à remercier chaleureusement l'équipe, passée et présente, de l'antenne Beauséjour du CSAPA sans qui tout ce travail n'aurait pas pu avoir lieu : Jean-Éric Dietlin, Françoise Eveillard, Patrick Piriou, Noëlle Gironnet, Catherine Pasquet, Martine Richard, Marion Bouchet-Morin et Marine Fraslin. J'ai véritablement apprécié le temps passé à vos côtés et j'espère avoir pu vous apporter autant que ce que vous avez pu m'apporter ! Une pensée également plus large pour

tous les professionnels (p. ex., Espace Barbara, Fédération de Santé Publique du CH Georges Daumézon, SSRA la Baronnais, CSAPA Les Apsyades), et bien sûr à tous les patients, qui ont contribué à ma formation et à ma pratique clinique.

Un mot aussi pour Tianna, qui aura partagé l'expérience du doctorat avec moi, pour nos collaborations et nos échanges. Un grand merci également à tous les autres doctorants et jeunes docteurs du LPPL, Colin, Jeanne, Margaux, Mary, Ornella, Pierre, qui ont constitué un soutien social et moral particulièrement important à mes yeux alors que la fin du doctorat approchait. Plus largement encore, je voulais remercier certains de mes anciens camarades, Childéric et Alison, pour leurs encouragements au cours de ces années « supplémentaires » de formation ! Je n'oublie pas non plus l'apport des étudiants et élèves que j'ai eu l'occasion de croiser et d'encadrer au cours de ces différentes années, quant à mon propre positionnement en tant que jeune chercheur, enseignant et psychologue. Je garde enfin un souvenir fort de mes séjours passés au Québec, et des collègues croisés alors (Adèle, Hélène, Jorge, Kristelle, Rossio, Valérie). Ces expériences font partie des moments les plus riches de mon parcours, tant sur le plan professionnel qu'humain. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir accueilli comme vous avez pu le faire !

Au-delà du cercle universitaire, je voudrais adresser un remerciement particulier à Daniel, Julian, Richard et Sylvain pour leurs relectures « externes mais expertes » de ce document. Leurs commentaires ont grandement aidé à la finalisation de ce travail. Enfin, je salue mes amis et connaissances, aujourd'hui plus ou moins géographiquement proches, pour leur appui et leur patience quant au caractère prenant de mon travail.

Pour conclure, je souhaite tout particulièrement remercier ma mère, pour son attention, sa présence, même à plusieurs milliers de kilomètres. Elle a toujours su m'encourager et me pousser à poursuivre un réel épanouissement personnel et professionnel, et ce bien avant le doctorat lui-même. Je suis également reconnaissant envers le reste de ma famille, notamment ma grand-mère, pour sa bienveillance et son soutien depuis toutes ces années. Mes remerciements à Sophie et Bruno, pour leur aide tout au long de cette voie. Et enfin, à Émilie, pour avoir été là, et pour rester présente, aux moments les plus durs comme aux moments les meilleurs.

Listes des tableaux

Tableau 1 : Outils psychométriques et variables associées	138
Tableau 2 : Synthèse des modèles de régression linéaire multiple hiérarchique	143
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	150
Tableau 4 : Description de la demande et de l'initiation du soin	153
Tableau 5 : Éléments relatifs au suivi et à l'arrêt du soin	154
Tableau 6 : Données catégorielles issues de l'AUDIT (T0)	157
Tableau 7 : Scores de l'échantillon aux outils psychométriques (T0)	158
Tableau 8 : Données catégorielles issues de l'AUDIT (T1)	159
Tableau 9 : Scores de l'échantillon aux outils psychométriques (T1)	160

Liste des figures

Figure 1 : Répartition géographique des différentes antennes du CSAPA des Apsyades en Loire-Atlantique	26
Figure 2 : Organigramme du Département d'Addictologie des Apsyades	29
Figure 3 : Modèle dit du « cube de la dangerosité pharmacologique ».....	49
Figure 4 : Modélisation des vulnérabilités aux conséquences et dommages liés à l'alcool.....	50
Figure 5 : Cycle de l'addiction	66
Figure 6 : Illustration de l'équation de l'expérience psychotrope ($E = SIC$)	69
Figure 7 : Représentation du continuum des usages et pratiques	71
Figure 8 : Organigramme du recrutement et du recueil de données dans le cadre du projet DECA.....	123
Figure 9 : Synthèse du modèle de médiation à plusieurs prédicteurs, médiateurs et variables dépendantes	144

Liste des abréviations

AAAQ : *Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire*
 AGEA : Accompagnement à la Gestion Expérientielle de l'Addiction
 APSYADES : Association pour le soin, l'écoute et la recherche en PSYchiatry et en ADdictologie
 AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*
 BAC : Baccalauréat, désigne en France le diplôme sanctionnant 12 ans d'études
 BEP : Brevet d'Études Professionnelles
 BTI : *Barriers to Treatment Inventory*
 CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
 CCAA : Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie
 CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10^e édition)
 CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
 CMPEA : Consultation Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
 CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 CPP : Centre de Postcure Psychiatrique
 CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
 CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes
 DECA : acronyme du projet portant sur l'Évaluation du Changement à six mois de patients suivis en Consultation d'Addictologie
 DSM-IV-TR : 4^e édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
 EMCDDA : *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, acronyme anglophone pour l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
 EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
 GABA : acronyme de l'acide γ -aminobutyrique (*Gamma-AminoButyric Acid*)
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
 LSD : *LysergSäureDiethylamid* (allemand), diéthylamide d'acide lysergique
 MCS : *Mental health Component Score*
 MOCA : *Montreal Cognitive Assessment*
 MOS SF-36 : *Medical Outcome Study 36-item Short-Form Survey*
 NMDA : acronyme de l'acide N-méthyl-D-aspartique
 OCHS : Office Central des œuvres d'Hygiène Sociale
 OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
 OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 PAACT : Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique
 PCS : *Physical health Component Score*
 RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge
 RPIB : programme de Repérage Précoce et d'Intervention Brève
 RSA : Revenu de Solidarité Active
 SFA : Société Française d'Alcoologie
 SOCRATES : *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*
 SSRA : centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
 TSO : Traitement de substitution aux opiacés
 ZTPI(-SF) : *Zimbardo Time Perspective Inventory(-Short Form)*

Chapitre 1 : Introduction générale

Ce premier chapitre fait office d'introduction à la présente thèse. L'enjeu est de faire une rapide présentation du thème global de l'étude, en évoquant les consommations problématiques d'alcool, le soin spécialisé qui y est dédié en France, ainsi que les notions de trajectoires de soin et de dynamique de changement. Dans un second temps, nous préciserons l'insertion de ce projet de recherche au sein d'un partenariat au niveau local avec des acteurs du soin spécialisé en addictologie. Enfin, nous expliciterons certains choix concernant la forme et le fond de ce travail, éclaircissements qui seront utiles pour la suite de la lecture.

1.1. Présentation du thème de l'étude

1.1.1. Bref ancrage historique

L'histoire des substances psychoactives suit à la trace celle de l'humanité (Crouzet & Morel, 2015). De tout temps, les êtres humains ont usé du *pharmakon*, le « médicament-poison ». Des premières substances issues des produits de la cueillette aux produits de synthèse, la culture, les croyances et les conflits ont façonné leur présence au sein des sociétés humaines. La perception portant sur leurs usages, sur les risques et les bénéfices qui y sont associés, n'a cessé d'évoluer, avec de rapides bouleversements au cours de deux derniers siècles. Le poids de la religion et de la morale a été confronté à l'essor de la science, contribuant à transformer le *pharmakon* en *toxicon* (Rosenzweig, 2008). Progressivement, les substances ne présentant pas d'effets bénéfiques ont été rejetées, limitées, taxées (Couteron, 2015d). Ainsi, il a toujours existé, et il existe encore aujourd'hui, une grande variété de regards portés sur les substances psychoactives, se confrontant les uns aux autres : conception traditionnelle, moderne, morale, scientifique, médicale, psychosociale, etc. Néanmoins, il faut rappeler que de façon invariable à travers l'Histoire, les substances psychoactives ont toujours occupé trois grandes fonctions : une fonction rituelle, religieuse et sociale ; une fonction thérapeutique, et une fonction hédonique et festive (Couteron, 2015d).

La consommation d'alcool, substance obtenue à l'origine par la fermentation naturelle de divers végétaux, est présente dans de nombreuses régions du monde depuis des siècles, voire des millénaires (Crouzet & Morel, 2015; McGovern, 2009). Toutefois, c'est en Europe,

où le produit est le plus fortement ancré d'un point de vue historique et culturel, qu'elle atteint aujourd'hui ses plus hauts niveaux d'intensité et de dommages associés (Shield, Rylett, & Rehm, 2016). Une étude récente estime en effet qu'il y aurait 23 millions d'individus présentant une consommation problématique d'alcool en Europe (Rehm, Anderson, et al., 2015). En France, cette consommation a connu un fort essor dès l'époque des peuples celtes et des Romains. Le vin en particulier connut un développement remarquable durant l'époque chrétienne et reste aujourd'hui la boisson alcoolisée nationale. Dans un premier temps, la production et la consommation d'alcool se firent exclusivement à petite échelle, en lien avec la vie de la communauté (Room et al., 2002). En plus des bières, davantage consommées en Europe du Nord, et du vin, les boissons distillées, ou spiritueux, n'apparaîtront qu'à partir du XIXe siècle (Verdon, 2002).

Avec le développement fulgurant de l'industrie, de la science, donc des moyens de production, diffusion, consommation et promotion, l'alcool prend alors une place majeure dans la culture française, tout en constituant rapidement un réel problème de santé publique. Il suffit de parcourir les romans des auteurs du XIXe siècle pour constater que ce sont en particulier les populations ouvrières, aux conditions de vie les plus difficiles, ainsi que les habitants des colonies, qui en sont les principaux consommateurs. Les premiers contacts avec certaines cultures indigènes, notamment d'Amérique du Nord et d'Océanie, où l'alcool dans sa forme occidentale n'était pas connu, ont d'ailleurs été dramatiques pour ces peuples (Room et al., 2002). C'est aussi depuis cette époque que les alcools forts se retrouvent fréquemment associés aux manifestations pathologiques de l'alcoolisation (cf. l'absinthe dans *l'Assommoir* de Zola). Ultérieurement, avec l'émergence du consumérisme, puis des nouvelles technologies, la recherche de plaisir, de confort et performance devient centrale et impacte les pratiques de consommation dans les sociétés modernes (Crouzet & Morel, 2015). Aujourd'hui, l'alcool reste fortement associé à l'idée de fête et à la convivialité. Enfin, autour de cette substance gravite en France une véritable industrie dont les intérêts économiques ont une répercussion sur les politiques publiques de santé (Fouilland, 2015a).

1.1.2. Consommations et dommages liés à l'alcool en France

D'après des données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) portant sur l'année 2015, 11,9 litres d'alcool sont consommés annuellement par les

individus âgés de plus de 15 ans (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2015). L'alcool reste globalement peu associé par les usagers à un produit nocif, sa dangerosité étant souvent minimisée par rapport à celle d'autres substances psychoactives (Brochu, Landry, Bertrand, Brunelle, & Patenaude, 2014). Néanmoins, cette consommation constitue toujours une problématique de santé publique importante dans le pays. L'alcool reste en effet l'une des substances psychoactives les plus nocives en termes de dégradation physiologique, de dommages sur la santé, le fonctionnement social et professionnel, sans compter les problématiques addictives associées (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007; Roques, 2000).

En s'appuyant sur les données de différentes enquêtes nationales et européennes, un récent rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a estimé qu'en 2014, 10 % des individus âgés de 18 à 75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2017). Cela représente environ cinq millions de personnes. Qui plus est, ils seraient neuf millions à consommer des boissons alcoolisées au moins trois fois dans la semaine. Enfin, environ 3,4 millions d'individus présentent une consommation à risque, incluant à la fois les usages abusifs et les situations de dépendance. D'autres sources suggèrent que deux millions de Français seraient dépendants à l'alcool (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008; Le Berre et al., 2013). Ces chiffres sont particulièrement préoccupants lorsque l'on prend en considération, ne serait-ce que dans un premier temps, la mortalité attribuable à l'alcool. Ainsi, sur les 535 000 décès prématurés survenus en 2009 en France, 49 000 pouvaient être liés directement ou indirectement à la consommation d'alcool (Guérin, Laplanche, Dunant, & Hill, 2013). Cela représente environ 13 % des décès prématurés chez les hommes, 5 % chez les femmes, et 22 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Ces taux semblent être plus élevés en France qu'ailleurs en Europe (Britton et al., 2002; Corrao, 2002; Rehm, Taylor, Roerecke, & Patra, 2007).

Les coûts relatifs à la consommation d'alcool restent considérables tant pour l'individu, son entourage, et la société dans son ensemble (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Brochu et al., 2014; Browne, Wray, Stappenbeck, Krennek, & Simpson, 2016; Hoertel, Crochard, Rouillon, & Limosin, 2014). On estime par exemple que le coût social global de l'alcool en France est de 120 milliards d'euros par an (Kopp, 2015). Un certain nombre

d'auteurs insistent également sur l'impact négatif de ces conduites de consommation sur la santé physique et mentale des individus (Browne et al., 2016; Hoertel et al., 2014; Kvamme, Asplund, & Bjerke, 2015). La littérature fait par ailleurs bien le lien entre consommation d'alcool et dégradations des sphères personnelles, sociales ou encore professionnelles (Hoertel et al., 2014; Levola et al., 2013; Midanik & Greenfield, 2000). Certains experts estiment à cet égard qu'aucune consommation d'alcool ne peut véritablement être considérée comme étant anodine (Santé publique France & Institut National du Cancer, 2017). L'enjeu semble tel que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait depuis quelques années déjà la promotion notable, au niveau international, de programmes spécialisés de prévention et de prise en charge (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

1.1.3. Constats et enjeux du soin spécialisé

La littérature scientifique européenne met toutefois en lumière le fait que seule une minorité d'individus présentant un usage problématique d'alcool va effectivement être en recherche d'une aide formelle (Alonso et al., 2004; Drummond et al., 2011; Probst, Manthey, Martinez, & Rehm, 2015). En France, une étude montre que même si 60 % des consommateurs problématiques d'alcool ont cherché à réduire leur usage au cours de la dernière année, seule une partie d'entre eux (de 23,0 % à 57,5 %, selon les sous-échantillons) a concrètement fait appel à une ressource professionnelle (Hoertel et al., 2014). D'après l'OFDT, ce serait environ 135 000 consommateurs problématiques qui seraient venus consulter au sein de structures spécialisées durant l'année 2016 (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2017). Au niveau hospitalier, 136 000 séjours associés à un diagnostic impliquant l'alcool (p. ex., intoxications aiguës) ont été effectués. Enfin, on peut aussi évoquer les 50 000 patients rencontrés chaque semaine par les médecins généralistes dans le cadre d'un sevrage de l'alcool (Beck, Guignard, Palle, Gautier, & Obradovic, 2013). Ces chiffres n'incluent toutefois pas les populations ayant fréquenté d'autres ressources (p. ex., associations néphalistes) ou qui se sont inscrits dans un processus de rémission naturelle (Acier, Nadeau, & Landry, 2008). Quoi qu'il en soit, il persiste un écart significatif entre le nombre total, même approximatif, d'individus présentant une consommation problématique d'alcool, et ceux finalement reçus par des ressources professionnelles.

Qui plus est, au cours d'un suivi professionnel, il n'est pas rare d'observer qu'un

nombre conséquent de patients « abandonnent » le soin (c.-à-d., interrompent le suivi avant sa fin supposément admise et établie par les différentes parties). Des données issues de la littérature suggèrent qu'environ 50 % des patients reçus dans des structures proposant un soin ambulatoire ou résidentiel quittent prématurément le suivi (Deane, Wootton, Hsu, & Kelly, 2012; McHugh et al., 2013; Roncero et al., 2012; Vuoristo-Myllys, Lahti, Alho, & Julkunen, 2013). Cet état de fait constitue une préoccupation importante pour les professionnels et les fournisseurs de service, car l'observance thérapeutique a été significativement associée avec une amélioration notable de la santé et du bien-être (Gossop, Stewart, Browne, & Marsden, 2002; Perkins, Tharp, Ramsey, & Patterson, 2016). Enfin, même s'ils terminent le suivi, jusqu'à 83 % des patients français rechutent dans une période de 18 mois après leur sortie (Malet et al., 2009).

Bien que ce rapide état des lieux soit relativement pessimiste, il invite également à la réflexion chercheurs et acteurs du terrain. En effet, il existe un réel intérêt, tant pour les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, que pour les décideurs politiques et institutionnels, concernant la question des trajectoires dans les soins et la dynamique du changement chez les patients présentant une problématique liée à l'alcool. L'époque actuelle est également marquée par le besoin des services de traitement, notamment en addictologie, de justifier leur existence et leur façon de fonctionner (Klingemann & Klingemann, 2008). Dans l'ensemble, il existe un large consensus concernant l'efficacité positive des traitements spécialisés destinés à ces problématiques (Gossop, 2006). L'enjeu est alors d'être en mesure d'adapter les interventions à destination des usagers, d'en optimiser les bénéfices accessibles tant au patient qu'à son environnement sur le court, moyen et long terme (Prendergast, Podus, Chang, & Urada, 2002). La littérature souligne déjà l'importance d'explorer et de tenir compte des besoins et difficultés spécifiques des individus présentant des conduites addictives au moment de concevoir et de proposer des services spécialisés (Brochu et al., 2014; Levola et al., 2013; Wagner, Bertrand, et al., 2017).

1.2. Description du contexte de l'étude

Afin de mieux contextualiser les enjeux de ce travail doctoral, il nous faut à présent préciser que cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large, réalisé en partenariat avec un acteur du soin en addictologie au niveau de la Loire-Atlantique, le

réseau associatif les Apsyades (c.-à-d., Association pour le soin, l'écoute et la recherche en PSYchiatry et en ADdictologiE). Plus largement, la collaboration entre la Faculté de Psychologie de l'Université de Nantes et cette association dure depuis maintenant plusieurs années. Divers travaux de recherche ont déjà été réalisés au sein de ce cadre, ou sont en passe de l'être. Au niveau institutionnel, une commission de recherche a été instaurée dans le cadre du Projet d'Établissement du Département d'Addictologie. Cette commission vient entériner la place de la recherche clinique au sein de l'institution. Qui plus est, les Apsyades ont tout au long de leur histoire cherché à adapter leur offre de services de la façon la plus innovante et appropriée possible (Bouffet, 2017). Actuellement, la conception et la réalisation d'activités de recherche contribuent également à assurer la cohérence du Département d'Addictologie au sein d'une association encore bouleversée par une récente fusion et réorganisation de ses attributions. Il y a enfin un enjeu notable à offrir un sentiment de cohérence et d'appartenance aux professionnels faisant partie de ce réseau.

Familiariser davantage les acteurs de terrain, voire les patients usagers des services, avec la recherche et favoriser l'intégration des résultats pertinents au processus de décision thérapeutique constituent des objectifs à poursuivre. Parmi les axes d'actions émergents, on peut notamment évoquer la question de l'évaluation systématique des patients présentant des problématiques addictives dans le cadre du soin qu'il leur est proposé. Par conséquent, la réalisation d'études scientifiques rigoureuses visant à améliorer le soin proposé constitue un objectif majeur du partenariat avec cette association. On peut ainsi considérer le présent travail de doctorat comme l'illustration de la mise en action d'un réseau local de cliniciens et de chercheurs. Il convient maintenant de mieux détailler la structuration institutionnelle des Apsyades avant de se centrer plus précisément sur la dynamique de ce partenariat.

1.2.1. Les Apsyades, réseau départemental de soin en addictologie

Les Apsyades sont constituées en association loi 1901 et ont célébré leur centième année d'existence en 2017. L'association trouve ses origines dans le sillage de l'Office Central des œuvres d'Hygiène Sociale (OCHS), et de préservation antituberculeuse, créé le 28 juin 1917 en Loire-Inférieure (l'actuelle Loire-Atlantique) et reconnu d'utilité publique par décret du 12 août 1919, confirmé en 2010 (Bouffet, 2017). Son action originelle était centrée sur la lutte contre les causes favorisant le développement de la tuberculose, notamment dans les

familles de soldats, à une époque où précarité, guerre et faiblesse des moyens de santé publique étaient très présentes. La question de l'alcool s'y trouva alors associée, dans l'objectif de promouvoir gratuitement la santé publique et l'hygiène sociale (c.-à-d., prévention des maladies ayant un retentissement social important comme la tuberculose, les maladies mentales, vénériennes ou les addictions) à une époque où l'Assurance Maladie et la Sécurité Sociale n'existaient pas encore. L'activité se développa progressivement autour de l'axe de la santé mentale, de l'addictologie, auprès de populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes du département. Les premières consultations ambulatoires dédiées à l'alcool apparurent concrètement dans les années 1950 (Bouffet, 2017).

L'association telle qu'elle est connue aujourd'hui est née de la fusion en juin 2009 entre l'OCHS et le centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) La Baronnais. Ce centre, connu comme la Baronnais depuis 1989, a pour origine le Foyer de la Merci créé en juin 1957 pour accueillir les personnes précaires et malades alcooliques. La fusion fut encouragée par les responsables et les autorités extérieures de contrôle et de financement afin de répondre à des difficultés statutaires, institutionnelles et financières. En tant qu'établissement privé à but non lucratif, les Apsyades font partie de l'un des trois types de structures composant le système de santé français, au côté des établissements publics et des établissements privés à but lucratif. En tant qu'organisme privé, les Apsyades appliquent les mêmes règles de fonctionnement que ces derniers, la même nécessité de gestion rigoureuse et d'efficacité. En revanche, la finalité de son action recouvre les mêmes obligations qu'un établissement public de santé. Elle a des missions de santé en lien avec des problématiques touchant la psychiatrie et l'addictologie, auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Cette action est résolument pluridisciplinaire, centrée sur la prise en charge thérapeutique du patient et de son entourage, sur l'évaluation des suivis, et sur une démarche de prévention, de formation et de recherche. En termes d'implantation locale, les Apsyades disposent de 21 établissements et lieux de consultations répartis sur tout le territoire de la Loire-Atlantique : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Consultations Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA), Centre de Postcure Psychiatrique (CPP), SSRA La Baronnais, lieu d'écoute Autrement Dit.

En 2011, l'association a spécifiquement constitué un Département d'Addictologie pour coordonner l'offre de soins spécialisés dans ce champ. Le Département d'Addictologie

comprend le CSAPA et le SSRA La Baronnais. De ces deux structures, le CSAPA est celle destinée à être au plus proche de la population. Cet établissement est divisé en sept antennes, ainsi que d'une consultation de proximité, maillant le territoire départemental de la Loire-Atlantique (212 communes, 1 346 592 habitants, Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2017). Plus précisément, trois de ces antennes sont situées dans la métropole nantaise (24 communes, 619 240 habitants) : les antennes Beauséjour, dans le nord de Nantes, Montaudouine au centre-ville de Nantes, et de Rezé - Sud Loire. Une consultation avancée et de proximité complète ce maillage en étant intégrée au sein du lieu d'écoute Autrement Dit. En guise d'illustration, la Figure 1, tirée du site officiel des Apsyades, permet de se représenter la distribution géographique des différentes antennes du CSAPA.

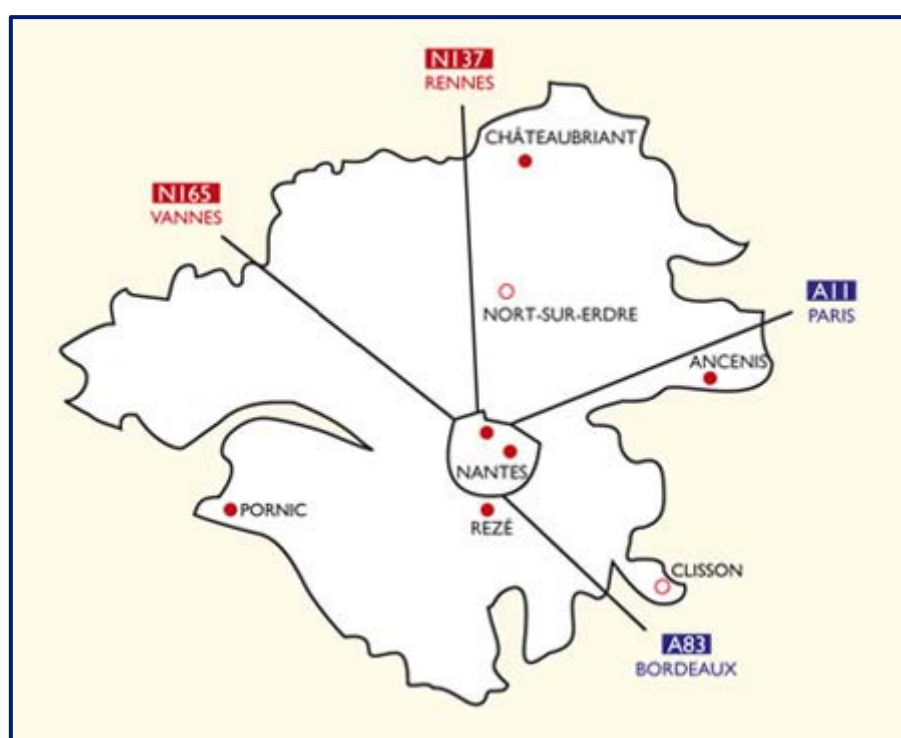


Figure 1. Répartition géographique des différentes antennes du CSAPA des Apsyades en Loire-Atlantique. Les cercles rouges « pleins » représentent une antenne, auxquels se rajoute la nouvelle antenne de Clisson (Les Apsyades, 2017).

Enfin, le SSRA La Baronnais a lui pour mission de dispenser des soins pluriprofessionnels spécialisés en addictologie, principalement sous la forme d'hospitalisations à temps complet ou partiel, à destination d'individus sevrés de leur consommation (c.-à-d., après un sevrage hospitalier, ambulatoire ou un maintien individuel prolongé de l'abstinence). L'enjeu est alors d'accompagner les individus dans leur

réadaptation à la vie communautaire, de les aider à faire l'expérience d'un moment sans consommation, voire de consolider un éventuel projet d'abstinence, et de réduire les risques et dommages liés à ces conduites addictives.

1.2.2. Le rôle des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Les CSAPA forment un pôle majeur d'intervention dans le secteur de l'addictologie depuis leur création en 2002. Il s'agit de structures médico-sociales de proximité proposant gratuitement, *via* un financement par la Sécurité Sociale, et dans le respect de l'anonymat, un accueil et une prise en charge pluridisciplinaire de l'individu dans sa globalité. Le suivi est régulier et s'inscrit dans la durée. Les équipes sont principalement composées par des professionnels de la santé et du secteur social. Leurs interventions peuvent prendre une large diversité de formes : consultations individuelles, conjugales, familiales, groupes et ateliers thérapeutiques, etc. Le cœur de mission, définie par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007, inclut l'accueil, l'information et l'orientation, l'évaluation, la prise en charge ainsi que la réduction des risques et des dommages liés aux problématiques addictives (Palle, 2016). En co-construction avec les patients, les intervenants bâtissent un projet de diminution ou d'arrêt de la conduite addictive, tout en aidant à maintenir un équilibre de vie satisfaisant. Les CSAPA poursuivent également des missions annexes : consultations de proximité (p. ex., Consultations Jeunes Consommateurs, CJC) ; repérage précoce des usages nocifs et interventions brèves ; traitements de substitution aux opiacés (TSO) ; services auprès des personnes détenues ou sortant de prison ; activités de prévention, de formation et de recherche auprès des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, des collectivités territoriales, des établissements d'enseignement ou des entreprises.

Les derniers relevés indiquent l'implantation de 430 CSAPA à travers tout le territoire français. Ces centres ont accueilli approximativement 288 000 personnes durant l'année 2014, toutes problématiques confondues (Palle, 2016). Ce public reste dans l'ensemble hétérogène (c.-à-d., âge, problématiques, milieu socioculturel), mais ces dernières données permettent de constater la surreprésentation des hommes âgés de 30 à 39 ans, vivant seuls et sans activité professionnelle. L'alcool constitue la principale substance conduisant à une demande de prise en charge, concernant entre 135 000 et 142 000 patients. Viennent ensuite le cannabis (20 % des patients), les opiacés et le tabac, représentant chacun 5 % de la file active (Palle, 2016).

Trois groupes de patients semblent émerger : un groupe en soin pour une problématique exclusivement liée à l'alcool ou au tabac (50 % de la population en CSAPA) ; un groupe de consommateurs de cannabis (20 %) ; et un groupe de polyconsommateurs avec notamment un usage d'opiacés (30 %). À l'entrée en soin, la moitié des patients a encore un usage quotidien. La grande majorité des CSAPA ($n = 380$) propose des suivis ambulatoires, tandis que d'autres proposent des formules d'hébergement : centres thérapeutiques résidentiels pour court et moyen séjour, communautés thérapeutiques pour long séjour, appartements thérapeutiques, familles d'accueil, hébergements d'urgence et de transition, etc. (Langlois, 2013). Tout individu peut spontanément y entamer un suivi, ou du moins venir au contact des professionnels. Néanmoins, l'orientation vers le CSAPA se fait essentiellement vers les partenaires sanitaires et médico-sociaux locaux, notamment les médecins de ville et toute autre structure spécialisée. Un peu plus de 10 % des patients sont orientés par le système judiciaire, en particulier les individus âgés de moins de 30 ans, souvent dans le cadre d'une obligation de soin (Palle, 2016).

Historiquement, il existait en France une distinction notable entre le soin en toxicomanie et le soin en alcoologie, avec des structures dédiées : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (CCAA). L'émergence des CSAPA, sur la base de ces anciens centres, a donné naissance à des structures dites « généralistes », destinée à accueillir toute personne présentant une problématique addictive. Cela a entraîné une véritable révolution, ces structures devant intégrer de nouvelles pratiques auprès des populations et problématiques dont elles n'étaient jusque-là pas familières. Néanmoins, chaque centre conserve une certaine tradition en fonction de son passé en tant que CSST ou CCAA.

1.2.3. Le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie des Apsyades

Les différentes antennes du CSAPA des Apsyades ont accueilli en 2016 près de 3 000 personnes, dont 20 % font partie de l'entourage des patients (Les Apsyades, 2017). Approximativement, 15 000 actes sont réalisés annuellement. Ce CSAPA est un ancien CCAA, actuellement soumis à une logique de restructuration géographique en lien avec les partenaires locaux du secteur sanitaire, médico-social, judiciaire et politique. Les antennes sont constituées d'équipes comprenant médecins, psychiatres, psychologues, infirmières,

travailleurs sociaux et personnel d'accueil. Dans le cadre du fonctionnement du Département d'Addictologie, le personnel médical est sous la hiérarchie d'un médecin-chef de service responsable des différents établissements (c.-à-d., antennes du CSAPA et SSRA). Le personnel non médical est lui sous l'autorité d'un cadre de coordination. L'intégralité de l'équipe du CSAPA peut également être amenée à collaborer avec un médecin-chef de service chargé des orientations stratégiques de la recherche et de la formation. La Figure 2 propose une représentation graphique simplifiée de l'organisation du Département d'Addictologie.

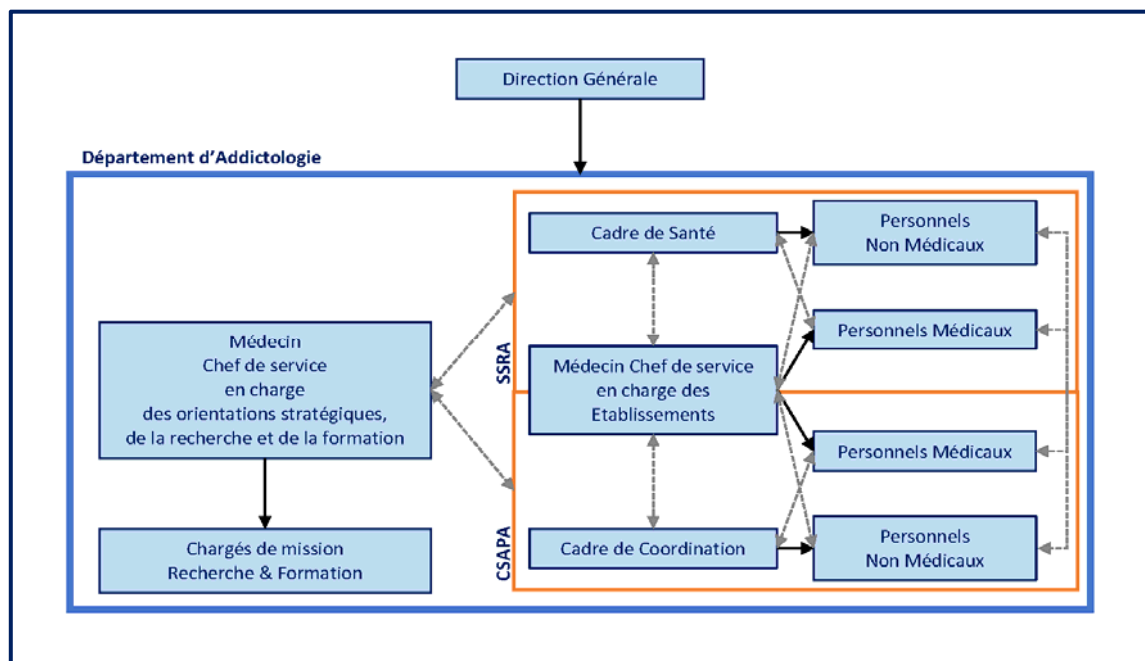


Figure 2. Organigramme du Département d'Addictologie des Apsyades.

Lien hiérarchique →
Lien fonctionnel ↔

Les patients et leur entourage prennent habituellement contact avec l'une des antennes du CSAPA, soit physiquement, soit par téléphone. Les secrétaires médicales réceptionnent ces premiers contacts et en profitent pour présenter succinctement le fonctionnement de l'antenne. Il s'agira également d'introduire la possibilité d'un suivi. L'orientation initiale se fait en prenant simultanément en compte un ensemble d'éléments : la demande de l'individu ; l'orientation par un autre professionnel ou une autre ressource ; la présence d'une obligation de soin ; les contraintes d'emploi du temps des professionnels de l'antenne. L'offre d'interventions est diverse, impliquant le patient et les membres de son

entourage. Un même individu peut être accompagné simultanément par plusieurs intervenants durant son suivi. Il reste important de préciser que la prise en charge n'est pas standardisée pour tous les patients. Elle visera avant tout à s'adapter à la demande, à la situation ainsi qu'aux ressources propres de l'individu.

1.2.4. L'antenne Beauséjour, en lien avec la recherche scientifique

L'antenne Beauséjour est ainsi l'une des trois antennes du CSAPA des Apsyades présentes dans la métropole nantaise. D'après les données d'activité de l'année 2016, la taille de la file active a augmenté depuis 2015 d'environ 9 %, et de 6 % en ce qui concerne l'accueil de l'entourage. Ce sont alors 545 patients et 67 membres de l'entourage qui ont été rencontrés au moins une fois. Il y a également eu plus de nouvelles demandes, 274 contre 242, soit une augmentation d'approximativement 13 %. Il faut toutefois préciser que cette période a vu l'intégration d'une infirmière et d'une psychiatre au sein de l'équipe. Parmi les 274 nouvelles demandes, seules 230 ont abouti à un suivi enregistré. L'antenne reçoit de plus en plus de demandes relatives à une consommation de cannabis, bien que les patients venant pour un usage problématique d'alcool constituent encore le cœur de la file active. Elle est également de plus en plus confrontée à de nouvelles problématiques (p. ex., cocaïne, usage détourné de médicaments, conduites addictives liées aux nouvelles technologies) propres à son insertion au sein d'un CSAPA généraliste disposant notamment d'une activité de CJC et en lien avec les TSO.

Depuis 2014 l'équipe a également pu faire le constat que le nombre de patients ne venant qu'une seule fois en consultation s'est lui aussi accru, pour passer de 24 à l'époque à 41 en 2016 (augmentation de 71 % en deux ans). Cette évolution est simultanément à relier à l'augmentation globale de la file active sur la même période. Néanmoins, cela ne manque pas d'interroger les intervenants quant aux raisons de ce non-engagement dans le suivi. Quelques pistes de réflexion ont déjà été avancées : la démarche serait avant tout une demande d'information ponctuelle ; il existerait des obstacles restreignant l'accès à l'antenne ; ou encore, venir à l'antenne permettrait de compenser temporairement l'absence de professionnels d'autres structures spécialisés. Plus globalement, ces interrogations font écho à la dynamique de réflexion que l'équipe de l'antenne Beauséjour poursuit depuis maintenant plus d'une décennie.

Dès 2004, cette structure avait en effet mené une enquête sur le devenir des patients reçus par les professionnels, en lien avec une problématique d'alcool. Un échantillon de 143 patients avait été constitué et évalué à deux reprises, à un mois d'intervalle, sur la base d'un ensemble de dimensions : état de santé physique et psychique ; bilan sanguin ; consommation d'alcool et historique de l'utilisation des services. Cette première étude n'avait toutefois pas intégré d'outils psychométriques validés. Il fut alors compliqué de conclure de façon fiable et rigoureuse quant à l'existence d'évolutions significatives chez les patients. Néanmoins, les intervenants ont pu faire le constat à ce moment que près de 46 % de ce premier échantillon avait abandonné prématurément le suivi mis en place. Pour ces individus, « perdus de vue », aucune donnée de suivi n'était disponible. Cela représentait un réel manque pour alimenter la réflexion clinique de l'équipe. Malgré ces premiers résultats nuancés, de nombreuses interrogations continuèrent à émerger, contribuant à un engagement de plus en plus marqué dans une démarche de recherche scientifique en milieu clinique.

1.2.5. Le projet DECA, pilier du présent travail de recherche

Ainsi, l'un des projets majeurs liant ensemble dans la recherche les Apsyades, avec en particulier l'antenne Beauséjour, et la Faculté de Psychologie de l'Université de Nantes a été le projet DECA. Cet acronyme fait référence à l'Évaluation du Changement à six mois de patients suivis en Consultation d'Addictologie. Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective, observationnelle, coconstruite par les deux parties impliquées. L'objet de cette recherche consiste à mieux comprendre les effets des soins courants proposés à cette population de patients consultant, au format ambulatoire, pour une problématique liée à l'alcool. La totalité de l'étude, du moins de sa phase principale incluant la période de recrutement (12 mois) et celle de suivi (6 mois), a duré 18 mois. Le choix de cette durée peut sembler arbitraire, mais en l'absence d'études comparables dans un contexte similaire, la décision a été établie selon des critères pragmatiques de faisabilité d'une telle recherche en milieu clinique. À la suite de la validation du protocole par les instances institutionnelles et éthiques appropriées, une phase pilote a débuté durant les mois de novembre et décembre 2014. Il s'agissait notamment de tester le protocole en procédant aux premiers recrutements et passations. Pour les patients, l'étude était présentée comme étude anonyme et facultative, se déroulant en parallèle du suivi clinique habituel. La phase principale de l'étude a couvert la totalité de l'année 2015, les derniers recrutements ayant lieu en janvier 2016, et les dernières

passations en juillet 2016.

Cette recherche comprenait deux grands axes. Le premier s'attachait à l'évaluation du changement chez les patients, à l'aide d'une batterie de questionnaires administrée à deux instants distincts du soin : lors du premier rendez-vous puis après six mois de suivi. Le second axe concernait plus spécifiquement les patients ayant interrompu prématurément leur suivi au sein de l'antenne. Ces derniers ont fait l'objet d'un contact téléphonique pour explorer plus précisément leur expérience du soin. En lien avec ces deux axes, le projet DECA avait ainsi trois objectifs majeurs :

- Objectif 1 Dresser un profil des patients pris en charge dans le cadre d'une problématique liée à l'alcool.
- Objectif 2 Observer les changements après six mois de suivi, tant au niveau de la consommation d'alcool que sur d'autres sphères de vie et de fonctionnement des individus.
- Objectif 3 Explorer les motifs conduisant à des départs prématurés du suivi, ainsi que le vécu de cette population particulière de patients.

Le travail de doctorat s'est plus spécifiquement attaché, dans le cadre du partenariat Apsyades – Faculté de Psychologie, à la poursuite des deux premiers objectifs. Le troisième axe, relevant pleinement d'une démarche qualitative, a constitué l'objet du travail de mémoire d'une étudiante en Master de Psychologie à l'Université de Nantes, dont les résultats constituent, à l'heure où ces lignes sont écrites, la base d'un prochain projet de recherche. Néanmoins, nous avons également traité la question des départs prématurés, mais selon un angle quantitatif qui correspondait davantage au premier objectif du projet DECA.

Notre travail de recherche vise à apporter aux partenaires de terrain un soutien technique et scientifique dans la saisie, l'exploitation et l'analyse de la quantité conséquente de données qui a pu être récoltée. L'enjeu représenté par une diffusion des résultats à différentes échelles (c.-à-d., institutionnelle, locale, nationale et internationale) a également été présent dès le départ. Compte tenu de la densité de la base de données, il a été indispensable de préciser une ligne directrice, un ensemble de questions de recherche plus

précises, afin de structurer notre démarche. En l'occurrence, en respectant les objectifs cités plus tôt, nous avons pu nous appuyer sur les réflexions des professionnels et l'état de la littérature pour organiser notre travail de recherche.

Ce dernier a schématiquement suivi une progression en deux étapes. Dans un premier temps, notre but a été d'évaluer les facteurs en mesure de distinguer, dès leur arrivée en soin, les patients qui ont ultérieurement interrompu leur suivi des autres patients. Dans un second temps, nous nous sommes attachés à relever les caractéristiques de tous les patients reçus au sein de l'antenne, et à repérer comment ces dernières ont évolué au bout de six mois de suivi. Il a alors fallu attendre le fruit de ces premières analyses portant sur le changement afin de concevoir la deuxième partie de ce travail de recherche. En effet, ayant constaté l'émergence de plusieurs résultats significatifs ayant trait au changement, nous nous sommes alors fixé l'objectif d'étudier plus avant la dynamique de ce processus, en le considérant sous la forme d'un véritable ensemble multidimensionnel complexe. Il paraissait alors indispensable d'envisager l'existence de relations multivariées à la fois directes (ce seront nos analyses bidirectionnelles) et indirectes, par des modèles de médiation, contribuant à une meilleure compréhension de la mécanique globale du changement.

Le présent document se propose alors de restituer de façon synthétique les différents points de cette démarche de recherche. Nous présenterons dans le Chapitre 2 le cadre conceptuel de ce travail, issu de la littérature scientifique, avant de présenter plus spécifiquement les questions de recherche et objectifs associés à notre travail. Le Chapitre 3 proposera une présentation méthodologique plus détaillée du protocole utilisé, avec notamment une description détaillée de la procédure, des outils et des stratégies d'analyse. Enfin, le Chapitre 4 présentera les résultats majeurs du travail, tandis que le Chapitre 5 permettra d'en proposer une discussion plus générale, tout en en précisant les forces, faiblesses, ainsi que les retombées en termes de recherche et de pratique clinique.

1.3. Justification du format de présentation

Avant de clore ce premier chapitre, nous souhaitons proposer une rapide explication quant au choix du format de rédaction de la thèse, ainsi que, plus largement, à l'angle d'approche de ce travail de recherche. Dans le cas présent, nous avons opté pour une présentation dite de thèse par articles, articles rédigés en anglais, conformément à la langue

des revues dans lesquelles ils sont soumis. Ce format nous semble encore relativement peu fréquent dans les thèses en psychologie réalisées en France, a contrario de celles qui peuvent être rédigées dans les pays anglo-saxons. En parallèle, précisons qu'il n'existe pas, au niveau de l'École Doctorale à laquelle est rattaché le Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, de règles formelles concernant la forme que doit avoir le document de thèse. Il n'y a qu'un impératif visant le respect d'un format scientifique et académique.

Le travail de thèse, réalisé dans le cadre du doctorat, marque une étape majeure dans la carrière d'un jeune chercheur. Si ce dernier a jusqu'alors déjà pu être plus ou moins confronté aux exigences et contraintes du monde de la recherche, c'est à cet instant qu'il pourra en percevoir véritablement les enjeux et dynamiques les plus profondes. Au-delà des exigences académiques, dépendantes du contexte dans lequel le doctorat est entrepris, la science ne peut toutefois pas se réduire à une seule langue, un seul lieu. Par curiosité et lors de notre cursus, nous avons très vite été familiarisés au format international de publication de la recherche scientifique. Ce format soutient une rédaction rigoureuse, claire et synthétique, et surtout majoritairement en langue anglaise afin d'être accessible aux chercheurs du monde entier. En tant que francophone, on pourra toujours critiquer la prédominance de la langue anglaise dans ce milieu. Néanmoins, en tant que chercheur, cela revient à se confronter à un certain principe de réalité.

Qui plus est, en progressant dans ce cursus, en côtoyant des collègues francophones d'ici et d'ailleurs, doctorants ou jeunes docteurs, nous avons pu nous rendre compte qu'un mémoire ou une thèse pouvait être rédigé de façon très différente. Certaines normes soutiennent une logique très anglo-saxonne en lien avec la publication d'articles. Ces thèses par articles impliquent alors que les résultats desdites thèses soient présentés sous la forme d'articles scientifiques en mesure d'être soumis dans des revues scientifiques avec comité de relecture. La production scientifique reste en effet l'un des critères fondamentaux pour évaluer la qualité du travail d'un chercheur. On pourra ici critiquer une certaine pression à la publication, mais il reste que cette étape gardera une influence notable à tous les instants de la carrière d'un chercheur. Ainsi, afin de rester cohérent avec cette dynamique de production scientifique tournée vers l'international, l'intégralité de notre démarche de réflexion et d'analyse a donné naissance à, au minimum, quatre articles scientifiques destinés à être publiés. Ces derniers constitueront le chapitre habituellement consacré aux résultats,

puisqu'ils en sont l'aboutissement et la synthèse.

Qui plus est, dans la mesure où ce travail de recherche ne peut pleinement avoir un sens que quand il est convenablement placé dans le contexte du plus large projet DECA. Ce dernier, fruit d'un partenariat avec le terrain clinique, est nécessairement synonyme d'enjeux pour les différents acteurs impliqués. Ce projet disposait par ailleurs en lui-même d'objectifs assez larges, d'un protocole et d'outils bien définis. Nous ne disposions ainsi pas de toute la liberté possible dans notre démarche de recherche et avons dû nous montrer flexibles quant à notre propre posture de chercheur. Nous nous sommes ainsi particulièrement référés à la demande et aux interrogations des professionnels de terrain pour identifier une problématique significative tout en étayant ces intuitions cliniques sur la base de la littérature scientifique. Schématiquement, notre progression a alors été exploratoire, puis descriptive, avant de s'orienter vers des perspectives inférentielles plus précises destinées à mieux comprendre le processus de changement présent chez cette population de patients. Le détail et l'enchaînement des objectifs de recherche seront convenablement détaillés à la fin du prochain chapitre.

Enfin, et avant d'enchaîner sur le prochain Chapitre, précisons que nous avons dû faire un choix concernant la terminologie à employer dans l'intégralité du texte. Cette remarque fait sens lorsque nous prenons en compte, en amont, le fait que les membres du jury proviennent à la fois de France et du Québec. Nous savons qu'il existe des différences significatives dans les mots qui sont utilisés préférentiellement au sein de ces deux grandes aires francophones. Dans le champ des conduites addictives, on pensera par exemple à des couples de termes équivalents comme « sévérité » (France) et « gravité » (Québec). Par conséquent, et afin de maintenir une certaine continuité dans la terminologie utilisée tout au long de ce document, nous avons utilisé par défaut, car ils nous sont plus familiers, les mots « de France ».

Chapitre 2 : Cadre théorique

Ce chapitre propose une revue succincte de la littérature. Un grand nombre de références ont été explorées afin de présenter ce Chapitre 2. Compte tenu des contraintes liées à la forme de ce document, toutes n'ont pas nécessairement été rapportées. Il ne s'agit pas non plus d'une revue systématique, car elle ne respecte pas les critères habituellement prescrits (p. ex., utilisation d'un ensemble restreint de mots-clés précis sur les bases de données scientifiques spécialisées). Évoquons à présent la structure de ce chapitre. Au sujet de l'alcool, nous présenterons en premier lieu quelques données de prévalence, les motifs et impacts de la consommation, avant de nous centrer sur la question des troubles de l'usage d'alcool. Nous aborderons ensuite l'état des connaissances sur le soin dédié à ces problématiques. Cela nous permettra d'évoquer diverses notions relatives aux trajectoires de soin, dont l'initiation et l'engagement dans la prise en charge. Enfin, nous nous intéresserons au concept de changement. Nous allons à cet égard particulièrement insister sur les marqueurs et prédicteurs de ce dernier chez un patient présentant une consommation problématique d'alcool. Pour conclure, nous expliciterons, sur la base des principaux constats issus de la littérature, la problématique, questions de recherche et objectifs de ce travail.

2.1. Consommation d'alcool et problématiques associées

2.1.1. Niveaux de consommation

À l'échelle mondiale, on estime que la consommation d'alcool par habitant âgé de plus de 15 ans était de 6,2 litres d'alcool pur sur l'année 2010, soit 13,5 g par jour en tenant compte de la masse volumique de l'alcool (0,793 g/cm³) (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). En excluant les personnes abstinentes (c.-à-d., 61,7 % des individus), ces chiffres atteignent 21,2 litres pour les hommes et 8,9 litres pour les femmes. En Europe, environ un individu sur cinq n'a jamais consommé d'alcool. Les alcools forts représentent approximativement 50 % de la consommation mondiale, suivis par la bière (34,8 %) et le vin (8 %). Il existe bien entendu une grande disparité des pratiques et des quantités ingérées à travers les régions du monde. Les plus fortes consommations sont observables en Europe, notamment en Russie, tandis que les plus faibles sont retrouvées en Asie du Sud-Est et à l'est de la Méditerranée (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Enfin, 24,8 % de l'alcool consommé proviendrait de sources non

officielles : alcools faits maison, alcools détournés de leur usage médical ou industriel, issus de contrebande, etc.

L'OMS s'attend d'ici 2025 à une augmentation de la consommation d'alcool, notamment dans les pays émergents très fortement peuplés (c.-à-d., Chine, Inde, pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est) (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Dans ce même intervalle, la consommation européenne est censée diminuer d'environ 0,6 litre par habitant, tout en restant la région la plus consommatrice du monde. En ce qui concerne la France, on constate que la consommation d'alcool a été divisée par deux au cours des 50 dernières années, avec un recul de la part occupée par le vin (Biecheler-Fretel, Peytavin, & Gourlet, 2003). L'alcool, accompagné du tabac, reste néanmoins la substance psychoactive la plus consommée en France, avec 11,8 litres annuels (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2017). Cela correspond à deux verres standards et demi d'alcool par jour et par habitant. Pour rappel, un verre standard d'alcool contient environ une unité d'alcool, c'est-à-dire environ 10 grammes d'alcool pur. Les niveaux de consommation restent toutefois bien hétérogènes en fonction des régions, la Bretagne, la Normandie, le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace-Lorraine étant les régions les plus consommatrices (Debray, Granger, & Azaïs, 2010).

Un document publié récemment par l'OFDT rapporte les résultats d'une étude européenne à grande échelle : la *Standardised European Alcohol Survey* (Biecheler-Fretel et al., 2003; Moskalewicz, Room, & Thom, 2016). Les auteurs de ce rapport soulignent le manque de documentations permettant la comparaison des pratiques d'alcoolisation à l'intérieur de l'Europe, à la différence de ce qui peut déjà se faire pour les drogues illicites avec l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) (ou en anglais, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA). Cette étude couvre près de 33 000 adultes de 18 à 64 ans, provenant de 19 pays européens. Ainsi, sur l'année 2015, 85 % des 1 701 Français interrogés ($n = 1\,442$) déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois. La France se situe alors au cinquième rang européen concernant les consommations hebdomadaires (46 % des participants français) et au sixième rang pour les consommations quotidiennes (13 %). La consommation reste très masculine, même si l'écart tend à légèrement se réduire (89 % versus 81 %, au niveau des consommations annuelles). Une spécificité française réside enfin dans l'augmentation du nombre de consommateurs avec l'âge : 80 % de consommations annuelles chez les 18–34 ans contre 89

% chez les individus âgés de 50 ans et plus.

Un tiers des Français déclarent avoir connu au moins une alcoolisation ponctuelle importante (i.e., *binge drinking*) durant l'année écoulée (Biecheler-Fretel et al., 2003). Ils seraient 17 % à avoir connu un tel épisode au cours du mois écoulé, et cela va jusqu'à concerner 49 % des adolescents de 17 ans (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2017). Cette pratique d'alcoolisation a pour critère la consommation de six verres standards pour un homme, de quatre verres pour une femme, et voire même moins pour les mineurs, dans un intervalle de temps relativement restreint, souvent moins de deux heures (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Dans l'ensemble, les jeunes adultes sont les plus concernés par ces usages (46 % versus 29 % des 35-49 ans ou 22 % des 50 ans et plus). Qui plus est, 12 % des Français estiment avoir bu jusqu'à en avoir été ivres, ce qui fait partie des taux les plus faibles. Par exemple, le Royaume-Uni connaît un pourcentage de 40 à 60 %. Ces épisodes d'ivresses sont majoritairement rencontrés chez les jeunes hommes (cinq hommes pour une femme, et six fois plus chez les 18-34 ans que chez les individus âgés de 50 ans et plus).

Cette étude suggère enfin qu'il existe une tendance générale à l'uniformisation des pratiques de consommation au niveau européen, même si certaines habitudes restent ancrées dans un contexte géographique et culturel précis (Biecheler-Fretel et al., 2003). Il existe globalement une opposition entre les pays d'Europe du Nord et ceux du Sud. Les consommations régulières, voire quotidiennes, mais également les individus abstinents sont plus fréquemment observés en Europe du Sud, tandis que les alcoolisations sont plus occasionnelles, mais plus intenses, dans les pays d'Europe du Nord. À côté de ces deux ensembles bien marqués, certains pays se situent dans une position plus intermédiaire, empruntant leurs pratiques à l'un des deux principaux groupes de pays. À cet égard, la France est le plus septentrional des pays du Sud, avec qui elle partage certaines caractéristiques : un nombre notable de personnes abstinents à l'année, beaucoup de consommations quotidiennes, mais aussi d'alcoolisations ponctuelles intenses et d'ivresses. Au fil des années, de nouveaux comportements de consommation ont émergé et orientent les tendances françaises vers ce qui est observé dans les pays anglo-saxons (Biecheler-Fretel et al., 2003). Les consommations auraient tendance à devenir moins fréquentes, mais sensiblement plus intenses, notamment chez les jeunes. *A fortiori*, les premières expérimentations surviennent

de plus en plus précocement.

2.1.2. Motifs et fonctions de la consommation

Nous l'avons vue, la consommation d'alcool reste une pratique très présente dans le monde. Cette dernière ne cesse d'évoluer, régressant ou progressant en fonction des populations et des contextes culturels. À présent, dans l'optique d'adopter un regard plus précis sur ces phénomènes, nous allons évoquer les principales motivations poussant à la consommation. Afin de mieux comprendre cette dynamique, il y a effectivement un intérêt à saisir les fonctions que peut occuper l'alcool. La recherche et la poursuite de la consommation sont très souvent influencées par l'obtention d'une satisfaction, ou par la diminution d'une insatisfaction. L'individu espère obtenir des bénéfices à l'issue de la consommation (Chambon & Morel, 2015a). Ainsi, il dispose d'un ensemble d'attentes spécifiques notamment déterminées par ses propres expériences, de celles de ses proches, d'une recherche d'information ou encore de l'image globale que revêt la substance dans l'environnement de l'individu. Ces attentes, sans cesse renouvelées, vont grandement contribuer à l'expérience même de l'usage, au côté des effets physiologiques propres à la substance. L'individu sera très tôt en mesure d'anticiper les bénéfices de la conduite de consommation (ou de son abandon, le cas échéant) (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2003). Si les attentes sont négatives, ou insuffisamment positives, la consommation n'aura pas ou plus lieu, ou du moins ne persistera pas en l'état (Chambon & Morel, 2015a).

Toutes les conduites de consommation, même dans les proportions les plus excessives et problématiques, sont ainsi profondément influencées par un équilibre coûts/bénéfices subjectivement établi. Ce jugement est en mesure d'évoluer au cours du temps, en fonction des modifications des caractéristiques individuelles et de l'environnement (Bergeron, 2009; Chambon & Morel, 2015a). Un usage excessif, voire répréhensible, peut ainsi tout à fait être vécu comme satisfaisant à un moment donné. Il sera par conséquent particulièrement difficile à modifier, tant par l'extérieur que par l'individu. Le changement ne pourra être envisagé que lorsque l'équilibre de la balance entre satisfaction et insatisfaction sera modifié. Néanmoins, la perception de ce déséquilibre insatisfaisant ne sera pas toujours accessible ou suffisante pour entraîner une modification des conduites, en particulier lorsqu'une véritable conduite addictive sera installée. *A fortiori*, toute une gamme de variables reste en mesure d'impacter

le comportement de consommation. L'influence de certaines semble plus distale (p. ex., certains traits de personnalité) que celle d'autres variables. Les attentes relatives à la consommation font d'ailleurs figure de variables prédictrices proximales (Wiers, van de Luitgaarden, van den Wildenberg, & Smulders, 2005).

Dans la littérature, plusieurs modélisations, plus ou moins formalisées, portent sur la notion de motivation, en particulier appliquée aux conduites de consommation de substances psychoactives (Tremblay & Simoneau, 2010) : le cadre théorique sous-tendant l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013) ; la théorie de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2000) ; et la théorie des préoccupations actuelles (Klinger & Cox, 2004). Elles apportent chacune des éléments pour comprendre ce qui amène à consommer ou à apporter un changement à une habitude de consommation, avec des implications sur la pratique clinique. Ces différentes conceptualisations ont notamment en commun la définition de la motivation comme un phénomène hétérogène. La motivation individuelle possède de nombreuses nuances qualitatives et quantitatives (Ryan & Deci, 2000; Tremblay & Simoneau, 2010).

La théorie de l'autodétermination suppose que tout individu présente des besoins innés tournés vers l'autodétermination, la recherche de liens interpersonnels et de compétence (Ryan & Deci, 2000; Ryan, Plant, & O'Malley, 1995). Beaucoup de conduites sont initialement réalisées en fonction d'exigences essentiellement externes, sociales. Ces dernières restent néanmoins indispensables pour le fonctionnement convenable de l'individu en société. Un enjeu sera alors d'apprendre progressivement à internaliser ces exigences pour pouvoir répéter ces comportements sans la présence des contraintes externes. Le lien entre acte et résultat sera lui aussi internalisé. Ce processus progressif participe ainsi à l'internalisation des valeurs sociales en tant que valeurs individuelles (Tremblay & Simoneau, 2010). Toute motivation tient alors son origine dans les relations entre les individus, tout en étant fortement déterminée par la signification attribuée par les individus aux contraintes environnementales.

Cette théorie induit également la distinction entre une motivation intrinsèque et une motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque implique la réalisation d'un comportement par choix, pour le simple plaisir qu'elle procure lors de sa réalisation. Elle est notamment associée à une plus grande créativité, spontanéité ou encore persévérance lors de l'action. La

motivation extrinsèque souligne une action réalisée pour un résultat extérieur à celle-ci (c.-à-d., obtenir une récompense ou éviter une punition). Plusieurs types de motivation extrinsèque peuvent être distingués, allant de la moins autodéterminée à la plus autodéterminée, en fonction de la nature de la régulation (Ryan & Deci, 2000; Tremblay & Simoneau, 2010) : régulation externe, introjectée, identifiée ou intégrée. Dans le cadre d'une régulation externe, le comportement est réalisé à cause de contraintes externes, et cesse naturellement lorsque celles-ci disparaissent. Lorsque ces contraintes sont intériorisées par l'individu, sans pour autant que ce dernier soit en position d'émettre un véritable choix, on parlera de régulation introjectée. Quand le sentiment de choix est présent, la régulation devient identifiée. Enfin, lorsque la régulation, choisie, est en adéquation avec les valeurs et croyances de l'individu, la régulation est de nature intégrée. Un dernier degré de motivation peut enfin être distingué. L'amotivation décrit l'absence de perception du lien entre acte et résultats (Tremblay & Simoneau, 2010). Déçus par le caractère vain des efforts entrepris, les individus finissent en théorie par interrompre leur conduite. Toutefois, certains peuvent persister malgré l'existence d'un désir d'arrêter (Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994).

La théorie des préoccupations actuelles postule quant à elle que tout comportement est orienté en fonction de la poursuite de buts précis, et de l'anticipation idéalement positive associée à leur atteinte (Klinger & Cox, 2004). Chaque individu dispose d'une structure motivationnelle spécifique, composée de l'intégralité des buts recherchés (c.-à-d., atteinte d'un objet incitatif précis), et de la valeur qui y est attribuée à un moment donné de l'existence. Une notion importante soulevée par cette théorie est que l'engagement vers un but précis déclenche un processus automatique et inconscient dit de préoccupation actuelle. L'individu devient véritablement « tourné », émotionnellement, cognitivement et comportementalement, vers l'atteinte de ce but (Cox & Klinger, 2011). Toute modification d'une conduite nécessite une modification générale des buts à poursuivre, en proposant notamment des alternatives pertinentes et appréciables pour l'individu.

Dans ce cadre, la substance psychoactive représente un important incitatif, disposant d'un effet émotionnel (p. ex., augmenter le plaisir ou réduire le déplaisir) particulièrement anticipé et attendu par l'individu. La valeur incitative du produit va néanmoins entrer en conflit avec celle de tout autre objet investi au quotidien. Qui plus est, prenant conscience des effets négatifs associés, l'individu peut simultanément vouloir se débarrasser de cette

conduite, entraînant des positions ambivalentes entre recherche et évitement de la substance. La difficulté à infléchir durablement le comportement proviendra du fait de pouvoir accéder à des incitatifs alternatifs au moins aussi attrayants. Ces autres options peuvent être, à un instant donné, assez difficilement perceptibles par les consommateurs.

On estime toutefois que s'il existe une grande variété de motifs conduisant à la consommation, trois fonctions « thématiques » peuvent être attribuées à celle-ci : une fonction sociale, une fonction hédonique et une fonction thérapeutique (Chambon & Morel, 2015a). Il est difficile de considérer qu'une substance puisse avoir telle ou telle fonction, uniquement sur la base de ses effets neurobiologiques. Encore une fois, il faut prendre en considération l'impact du jugement et des perceptions individuelles (Morel et Couteron, 2008). Chaque individu attribuera un potentiel particulier à chaque substance, ce qui contribuera à la décision de l'utiliser ou non. Ces potentiels seront ainsi résolument subjectifs, sans pour autant nier la présence des effets neurobiologiques. Pour certains, l'alcool aura un meilleur effet thérapeutique que d'autres substances comme l'héroïne, ne serait-ce car l'usage peut paraître plus contrôlable, moins contraignant, risqué.

Parmi ces trois grandes fonctions, la recherche d'un plaisir ludique, d'une désinhibition, d'une curiosité de l'expérience psychoactive semble être la plus fréquemment citée (Brochu et al., 2014; Laventure, Déry, & Pauzé, 2006). Ces consommations, incluant donc celle d'alcool, sont également fortement reliées à l'expérience sociale. Dès le plus jeune âge, ces conduites vont se concevoir au côté d'autrui, notamment afin d'être mieux avec les autres, de favoriser l'intégration et le sentiment d'appartenance (Brochu et al., 2014; Couteron, Beck, Bonnet, & Obradovic, 2014). L'aspect contraignant des pressions de l'entourage et de l'environnement peut également se refaire ressentir. La consommation de vin, culturellement ancrée en France, peut alors agir comme un véritable vecteur de transmission identitaire et culturelle (Chambon & Morel, 2015a). La pratique de l'apéritif, particulièrement populaire, est assimilée à un moment clé de convivialité, de plaisir et d'échange. Ces conduites peuvent aussi être assimilées à des expériences gustatives et gastronomiques. Le troisième axe fonctionnel fait écho à la gestion des émotions, selon un versant autothérapeutique. Le fait d'être exposé à des émotions difficiles, en lien avec diverses situations personnelles, professionnelles ou sociales peut influencer l'usage d'alcool. Par cette consommation, l'individu va rechercher une forme d'évasion physique et mentale. Elle pourra ainsi prendre la forme de l'ivresse, un plaisir

faisant tout oublier (Brochu et al., 2014).

Pour conclure, il faut rappeler que ces différentes fonctions occupées par la consommation de substances psychoactives ne sont pas à considérer séparément les unes des autres. Ce serait une erreur de ne pas prendre en considération les interactions pouvant intervenir entre elles (Chambon & Morel, 2015a). Par exemple, les deux versants hédonique et thérapeutique peuvent impacter le fonctionnement social d'un individu, et donc influencer la satisfaction d'un besoin social, même si ce dernier ne semblait pas être le plus important. Le ressenti de bien-être, de plaisir, de soulagement émotionnel issu de la consommation peut ainsi faciliter l'insertion et le fonctionnement social général. Cette logique est également valable lorsque l'on considère la relation réciproque : le fait de favoriser le contact social peut contribuer au plaisir et au bien-être émotionnel.

2.1.3. Impacts et risques associés à la consommation d'alcool

La consommation d'alcool reste avant tout synonyme d'ingestion d'une substance psychoactive, c'est-à-dire d'une substance qui va agir sur le système nerveux central et provoquer des modifications au niveau des processus sensoriels et cognitifs. Plus largement, cette pratique entraîne un certain nombre d'effets, parfois positifs, résolument recherchés par l'individu, mais également parfois négatifs, pour lui, son entourage voire la société tout entière (Brochu et al., 2014). L'*Advisory Council of the Misuse of Drugs in the United Kingdom* insiste bien sur le fait que ces problèmes d'ordre physique, psychologique ou social sont à attribuer aux épisodes d'ivresse, à une consommation excessive occasionnelle ou chronique, voire aux situations addictives (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008). Avant d'aborder les différents risques associés à la consommation d'alcool, il nous faudra cependant rapidement revenir sur les mécanismes d'action de cette substance.

2.1.3.1. Mécanismes d'action et effets de l'alcool

Les substances psychoactives sont reconnues pour susciter une action sur le système nerveux, et donc la pensée, l'état de conscience, la motricité, la somesthésie et encore l'expérience du plaisir. L'intensité et la durée de ces effets restent dépendantes du type de produit. Au lieu de créer des réactions neurobiologiques inédites, elles agissent sur les mécanismes neurobiologiques déjà présents, qu'elles vont modifier ou perturber. À cet égard,

elles font office de leurres pharmacologiques (Debray et al., 2010). Après son ingestion, généralement par voie orale, l'alcool est absorbé par le tube digestif et est rapidement transporté par voie sanguine dans tout l'organisme. Au niveau cérébral, son action est principalement sédatrice, réduisant l'activité générale du cerveau. L'alcool fait ainsi partie des produits dits déprimeurs du système nerveux central. L'alcool bloque notamment les récepteurs nommés NMDA (récepteurs de l'acide *N*-méthyl-D-aspartique), impliqués dans la gestion des comportements. Son effet se fait enfin également voir sur les récepteurs inhibiteurs GABA (récepteurs de l'acide γ -aminobutyrique) de type A. Plus largement encore, la présence de l'alcool impacte l'activité de plusieurs catégories de neurotransmetteurs, réorganisant par exemple le système de la récompense et les zones impliquées dans les émotions et la mémoire par une augmentation de l'activité des neurones dopaminergiques et sérotoninergiques (Dano, Le Geay, & Brière, 2014; Morel, 2015b; Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Telang, 2011). Les effets neurobiologiques associés à une consommation aiguë vont en particulier être une amélioration du renouvellement de la noradrénaline, une augmentation du taux de sérotonine, ainsi qu'une stimulation du GABA. A contrario, la consommation chronique d'alcool est associée à une réduction du taux de noradrénaline et de sérotonine. Ces effets neurobiologiques sont en mesure d'expliquer les effets dépressogènes et anxiogènes d'un usage chronique. Enfin, les complications neurologiques plus générales seraient, elles, à relier à une stimulation excessive des récepteurs au glutamate, un acide aminé impliqué dans la dégénérescence neuronale. À noter que les modifications neuronales induites par l'alcool vont persister bien après l'arrêt de la consommation (Leshner, 1997), et que certaines vulnérabilités génétiques peuvent accentuer ces modifications (Heilig, Goldman, Berrettini, & O'Brien, 2011).

Sur le plan des manifestations visibles, l'ingestion d'alcool entraîne un phénomène d'intoxication, comprenant plusieurs phases distinctes, évoluant en fonction du degré d'alcoolémie, des caractéristiques individuelles (p. ex., sexe, poids, âge, niveau d'habitation à l'alcool) et des modalités de la consommation (consommer à jeun, ou de grandes quantités en peu de temps) (Debray et al., 2010). Jusqu'à un taux de 1 g d'alcool pur par litre de sang, on peut observer les premières manifestations notables de la consommation : effet anxiolytique ; légère désinhibition ; sentiment d'euphorie, de bien-être ; premières atteintes du fonctionnement cognitif (attention, jugement) et psychomoteur. Entre 1 et 2 g d'alcool pur

survient une phase d'excitation psychomotrice simple, en lien avec un degré d'intoxication modérée. La désinhibition émotionnelle, cognitive et comportementale est encore accentuée, l'humeur pouvant varier entre euphorie, tristesse et agressivité. Les fonctions cognitives (mémoire, concentration, compréhension, attention, jugement ...) sont très altérées, tout comme les performances motrices. Lorsqu'il présente une alcoolémie habituellement comprise entre 2 et 3 g d'alcool pur, le consommateur se trouve dans un état d'ivresse avancée, marqué par une incoordination motrice majeure. Il présente notamment des troubles sévères des fonctions motrices simples (marche, élocution). Au niveau cognitif, son discours et ses pensées sont particulièrement confus, incohérents, voire délirants. À cela peut s'ajouter une somnolence, un relâchement des conduites, une labilité importante de l'humeur et un certain degré d'analgésie. L'individu peut ressentir vertiges, nausées, allant jusqu'aux vomissements. Divers signes végétatifs peuvent enfin être observés : tachypnée, tachycardie, etc. Enfin, au-delà de 3 g d'alcool pur par litre de sang, ce qui se rapproche d'une surdose (*overdose*), l'intoxication est considérée comme grave, entraînant un état de stupeur qui est caractérisé par une asthénie, des phénomènes d'hypothermie, d'hypotension ou d'hypoglycémie. L'état de somnolence peut évoluer jusqu'au stade de la perte de conscience, de coma, voire la mort par dépression respiratoire ou par étouffement (aspiration de la langue ou des vomissements).

Le sevrage, représentant l'ensemble des réactions physiologiques de l'organisme en réponse à l'arrêt, forcé ou naturel, de la consommation, est lui associé à une diminution brutale du fonctionnement gabaergique et à une hyperactivité noradrénergique. Ces effets physiologiques expliquent alors les manifestations physiques et psychiques du sevrage, d'autant plus si l'individu est physiquement dépendant à la substance (Debray et al., 2010; Morel, 2015b). L'ingestion d'alcool est en mesure de facilement réduire ces effets indésirables, ce qui contribue à l'entretien du phénomène de dépendance. D'après les critères de la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association et al., 2015), le sevrage à l'alcool est défini par l'émergence, dans les heures ou jours suivant l'interruption de la consommation, des manifestations suivantes : hyperactivité neurovégétative ; tremblements des mains ; insomnie, nausées ; hallucinations ou illusions visuelles, tactiles ou auditives transitoires ; agitation psychomotrice ; anxiété ou crises convulsives généralisées tonico-cloniques. Les tremblements, sueurs et l'agitation

psychomotrice avec incohérences constituent le pré-delirium tremens. Sans prise en charge adéquate par réhydratation et tranquillisants, l'évolution vers un delirium tremens peut survenir. De façon générale, on considère que les effets manifestes du sevrage vont à l'opposé des effets principaux associés à la prise de la substance (Morel, 2015b). Les risques majeurs sont alors représentés par la déshydratation, le delirium tremens et les crises comitiales, pour les complications neurologiques associées.

Il est enfin important de noter que l'expérience d'une consommation répétée va laisser une trace biologique au niveau cérébral, par un phénomène de sensibilisation (Morel, 2015b). Cette sensibilisation est définie par deux aspects distincts : la tolérance inverse (c.-à-d., plus il y a de consommations, plus les effets en sont puissants, et donc plus la consommation sera recherchée) ; et la mémorisation par laquelle l'usage va marquer le fonctionnement cérébral en associant effets de l'alcool, contexte de consommation et émotions. Il y aura ainsi progressivement une élévation du seuil de satisfaction au plus profond des structures et cellules nerveuses (Morel, 2015b; Tassin, 2008). Ce processus de sensibilisation contribuera alors au mécanisme de renforcement positif et au phénomène de *craving*, composant la dépendance psychologique au produit. Enfin, l'expérience physique, physiologique de la consommation peut s'accompagner d'un effet psychique (effet placebo). Cet effet, lié à l'idée, la représentation que se fait l'utilisateur de la consommation de cette substance, sera en mesure de reproduire les effets neurobiologiques de la substance, sans même l'avoir consommée (Morel, 2015b).

Finalement, chaque substance va entraîner un contre-effet, dont la valence est généralement opposée à celle de l'effet principal de la substance (Morel, 2015b). En ce qui concerne l'alcool, peuvent alors survenir des phases d'excitation intense, d'agitation, voire d'euphorie. Le contre-effet suggère ainsi l'apparition d'un phénomène de tolérance. Ce dernier trouve son origine dans les tentatives de l'organisme, notamment par le foie et le système nerveux central, de limiter la quantité de substance active en présence et de retrouver son fonctionnement normal. Ces mécanismes peuvent impliquer, par exemple, une réduction de la sensibilité des récepteurs, une diminution de leur nombre, une augmentation du taux de substances endogènes d'action inverse. Par conséquent, comme les effets initialement recherchés auront alors tendance à être ressentis comme moins importants et satisfaisants, la tendance sera d'adapter en conséquence, notamment en les augmentant, les

conduites de consommation.

Néanmoins, la tolérance accentue la désorganisation organique initialement déclenchée par la surstimulation biochimique initiale. Ainsi, à une première phase ascendante (*high*) succède une phase de récupération (*down*) permettant le retour à un état « non perturbé » par l'action de processus biologiques spécifiques. Les caractéristiques de la substance et du contexte de sa consommation vont proportionnellement contribuer à la durée et à l'intensité de cette phase. Le processus de récupération est associé à un ensemble de manifestations déplaisantes pour l'individu (p. ex., état de fatigue, douleurs, mal-être relativement important), d'autant plus si un processus addictif est en jeu. Ce dernier sera alors tenté de modifier sa consommation pour combler ou compenser la dynamique de cette phase *down*. Les répétitions des consommations, entraînant une succession d'effets et de contre-effets, augmentant le seuil de tolérance, constituent la source de la dépendance physique, l'organisme n'étant progressivement plus en mesure de fonctionner sans alcool (Morel, 2015b).

2.1.3.2. Vulnérabilités aux dommages relatifs à l'alcool

En lien avec ses effets physiologiques et psychologiques, la consommation d'alcool reste toxique pour l'organisme, tout en pouvant entraîner un ensemble de dommages pour l'individu, son entourage et la société. Néanmoins, afin d'évaluer la teneur de ces risques, il est important de préciser la notion de dangerosité. Traditionnellement, la dangerosité d'une substance est définie selon trois aspects (Morel, 2015a; Organisation Mondiale de la Santé, 2007, 2014). Tout d'abord, son potentiel toxique désigne sa capacité à provoquer des atteintes physiologiques au niveau de l'organisme, sur les organes et les tissus. Le potentiel de modification psychique décrit ensuite sa capacité à modifier le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, à entraîner des difficultés psychomotrices, une altération de la conscience, etc. Enfin, son potentiel addictif évoque sa tendance à induire une dépendance, une perte de contrôle, par son action sur les circuits cérébraux. Ces trois dimensions peuvent ainsi être représentées au sein d'un cube, un axe donné correspondant à un potentiel spécifique, en fonction de l'état actuel de la recherche et des observations cliniques (Morel & Couteron, 2008). Chaque substance va alors se distribuer de façon unique selon ses particularités et ses effets propres (cf. Figure 3 ci-après). Selon cette représentation, l'alcool

se situe dans une position relativement intermédiaire sur ces trois axes, la faisant figurer comme la substance disposant du plus grand potentiel cumulé de dangerosité pour soi et pour autrui (Lim et al., 2012; Nutt, King, & Phillips, 2010).

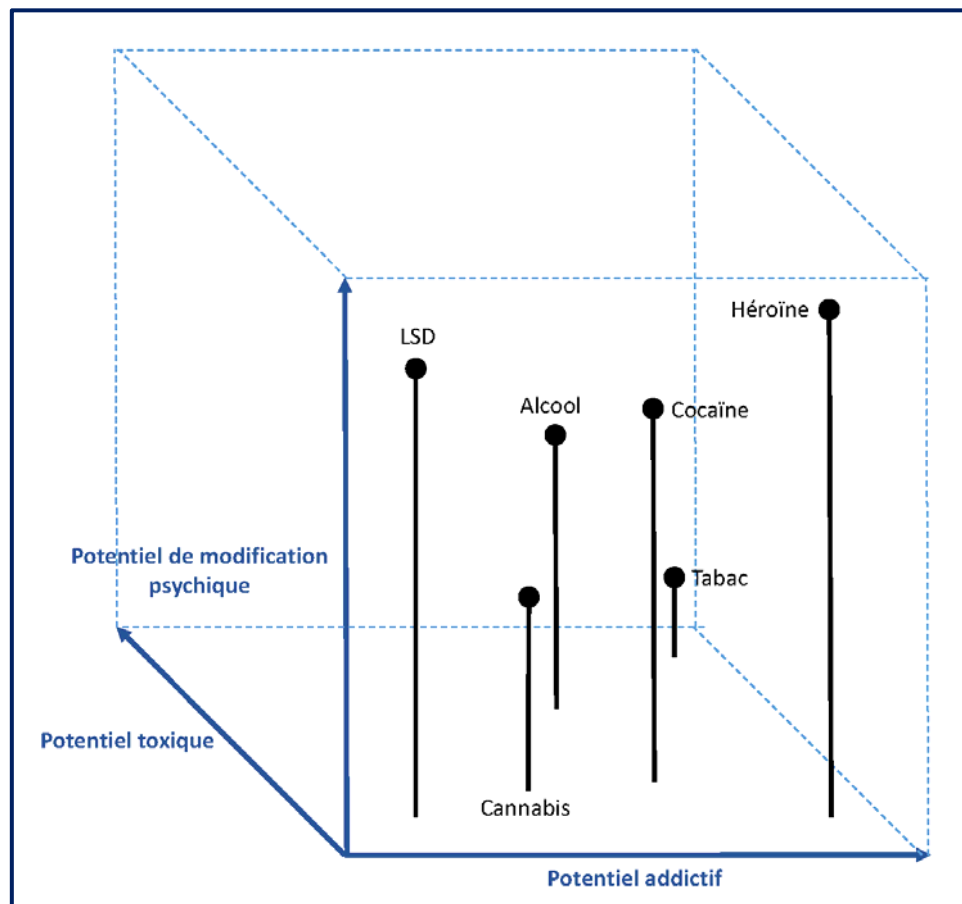


Figure 3. Modèle dit du « cube de la dangerosité pharmacologique », représentant un panel limité de substances psychoactives (adapté de Morel & Couteron, 2008)

Si l'alcool possède un potentiel addictif relativement modéré par rapport à d'autres substances (p. ex., héroïne et autres opiacés), ce dernier va toutefois fortement croître proportionnellement aux doses ingérées (Morel, 2015a). L'augmentation des doses va elle-même produire des dommages somatiques importants, en lien avec la toxicité de la substance. Enfin, les modifications psychiques associées à l'état d'intoxication peuvent susciter également des dommages pour soi ou autrui. Néanmoins, la vulnérabilité d'un individu aux dommages associés à une consommation d'alcool présuppose l'action simultanée d'un ensemble de facteurs individuels (p. ex., âge, sexe, antécédents familiaux de consommation), sociétaux (pratiques éducatives parentales, statut socioéconomique, ressources financières et sociales, niveau de développement du pays, politiques de

production, de distribution et de régulation, système de santé) et relatifs à la consommation (mode d'administration, contexte d'accès et de consommation, qualité et concentration en produit actif, association avec d'autres substances, vulnérabilité biologique, etc.) (Alcohol and Public Policy Group, 2010; Cherpitel, 2013; Morel, 2015a; Organisation Mondiale de la Santé, 2014; Rehm, Baliunas, et al., 2010).

La littérature est relativement consensuelle concernant le fait qu'aucun de ces facteurs ne semble prévaloir sur les autres. En revanche, plus un individu présente simultanément un grand nombre de vulnérabilités, plus le risque d'être confronté à des conséquences négatives et des dommages est élevé (Schmidt, Mäkelä, Rehm, & Room, 2010). Il est probable que ce soit en particulier leur mise en réseau, leur interaction, qui sera la véritable source de la vulnérabilité aux dommages induits par l'alcool (Blas & Kurup, 2010; Rehm, Kanteres, & Lachenmeier, 2010). Cette dynamique multidimensionnelle peut être représentée de façon synthétique au sein de la Figure 4.

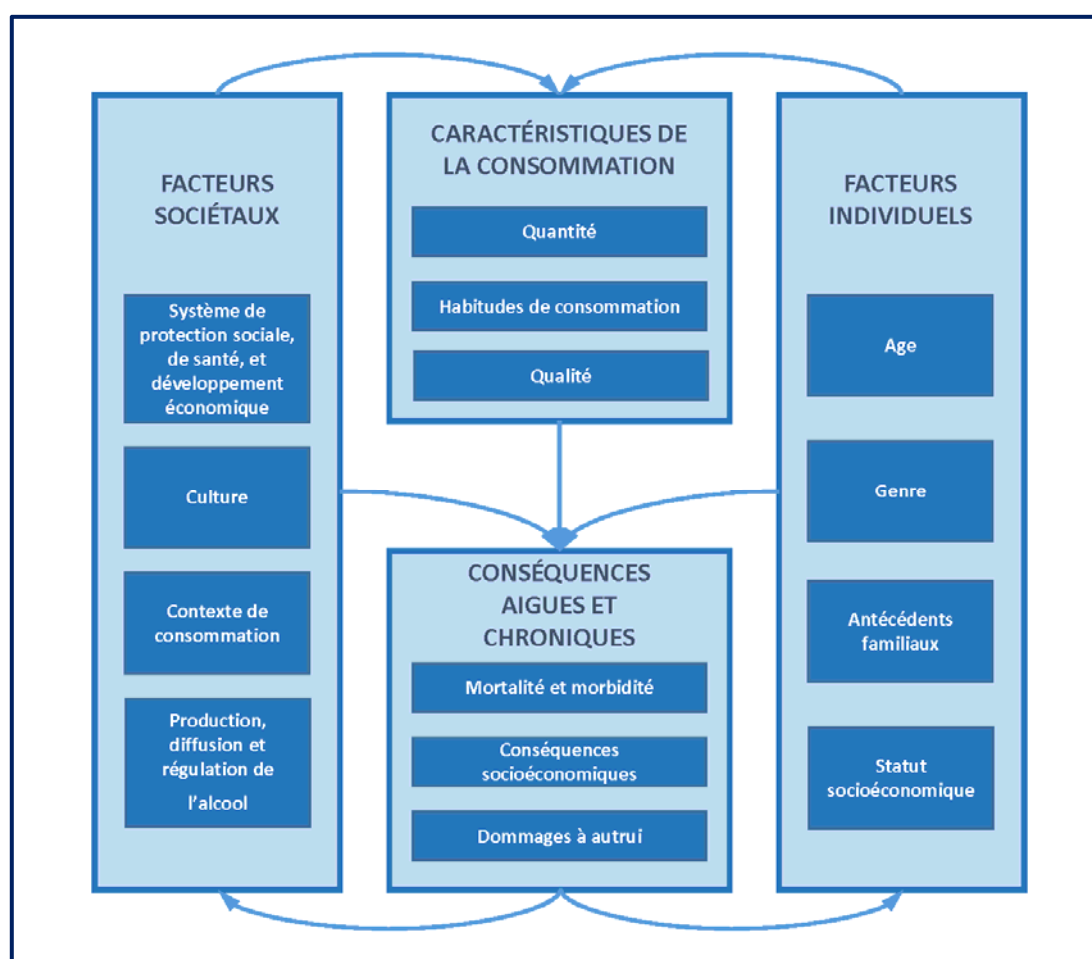


Figure 4. Modélisation des vulnérabilités aux conséquences et dommages liés à l'alcool (adaptée de Blas & Kurup, 2010 ; Rehm, Kanteres et al., 2010)

A fortiori, ces dommages, qu'ils concernent l'individu ou son environnement, seront à leur tour en mesure d'accentuer les vulnérabilités initiales (Blas & Kurup, 2010). Il reste à noter qu'à niveau et contexte de consommation équivalents, la vulnérabilité des individus vivant au sein d'un même contexte socioculturel est aussi variable que si l'on cherchait à comparer les vulnérabilités d'individus vivant dans deux sociétés différentes. Enfin, ces problèmes, difficultés et dommages ont tendance à se perpétuer et à s'aggraver dans le temps si rien n'est entrepris au niveau de la consommation d'alcool, ou en l'absence d'un système de santé adapté (Blas & Kurup, 2010; Brochu et al., 2014).

2.1.3.3. Risques et dommages sur l'individu

On estime, au niveau mondial, que l'usage nocif d'alcool est responsable d'environ 3,3 millions de décès prématurés (soit 5,9 % du nombre total de ces décès) (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). L'espérance de vie est aussi réduite de 22 ans chez les femmes et 20 ans chez les hommes présentant une dépendance à l'alcool (John et al., 2013). La littérature souligne que le risque de mortalité augmente dès 30 à 40 grammes d'alcool pur ingéré par jour, soit à partir de trois verres standards (Parry, Patra, & Rehm, 2011). Ces décès proviennent majoritairement de l'émergence de maladies cardiovasculaires et de diabètes (33,4 %), de blessures involontaires infligées à soi-même ou à autrui (17,1 %) et de maladies gastro-intestinales (16,2 %). Il faut également noter qu'entre 1990 et 2010, l'alcool est passé de la huitième à la cinquième principale cause de décès, de maladies et d'invalidités à l'échelle internationale (Lim et al., 2012). En France, l'alcool apparaît être la seconde cause de mortalité évitable, derrière le tabac (Guérin et al., 2013). Cette substance serait ici à l'origine d'un tiers des décès liés à des cancers et à un quart de ceux liés à des maladies cardiovasculaires. En raison de sa capacité à influencer le développement d'une maladie, la survenue d'une invalidité, mais également son évolution dans le temps et ses effets sur l'individu, l'alcool peut actuellement être relié à plus de 200 troubles organiques et psychiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2014; Shield, Parry, & Rehm, 2013). Il existe une relation directe dose-dépendante entre le niveau de consommation effectif et le risque de développer certaines pathologies (Dano et al., 2014). Néanmoins, il est utile de rappeler que les conséquences les plus préoccupantes ne concernent généralement que les consommateurs dépassant un usage simple et récréatif (Poikolainen, Paljärvi, & Mäkelä, 2007).

À noter pour la suite de cette sous-section que par souci d'espace, seuls quelques exemples seront cités pour chaque catégorie d'atteintes évoquée. Dans un premier temps, même si cela reste relativement rare en ce qui concerne une consommation exclusive d'alcool (c.-à-d., non associée à d'autres substances psychoactives comme les opiacés ou les benzodiazépines), la surdose peut être mortelle (Morel, 2015b). Autrement, un haut niveau de consommation aurait un effet néfaste sur le plan cardiovasculaire, même si cela suscite encore le débat (Roerecke & Rehm, 2012) : hypertension artérielle, troubles de la coagulation, anémie, fibrillation atriale, augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique. La substance est également reliée au risque de développer des diabètes et diverses carences nutritionnelles (c.-à-d., vitamines A, B6, E, oligoéléments) (Baliunas et al., 2009; Organisation Mondiale de la Santé, 2014). La consommation d'alcool se retrouve fréquemment associée à différentes maladies gastro-intestinales, comme la cirrhose, l'hépatite alcoolique ou la pancréatite, aigüe ou chronique (Irving, Samokhvalov, & Rehm, 2009; Rehm, Taylor, et al., 2010).

L'alcool, et ce quel que soit son niveau d'usage, est également impliqué dans le développement de cancers (Nelson et al., 2013; Rehm & Shield, 2013). Cette pathologie concerne tous les organes et voies concernés par l'ingestion et l'assimilation de l'alcool : bouche, larynx, pharynx, œsophage, colon, rectum, foie, pancréas, etc. Chez la femme, le risque de cancer du sein est aussi associé à l'usage d'alcool. Sur le plan morphologique, l'ingestion d'alcool favorise le vieillissement des tissus, et certains traits caractéristiques peuvent s'observer chez les consommateurs chroniques : par exemple, faciès rougi, léger œdème de la face et des paupières. Il est aussi intéressant de constater qu'une consommation excessive d'alcool peut fragiliser le système immunitaire. Par conséquent, l'individu devient plus sensible aux maladies infectieuses telles que la tuberculose ou la pneumonie (Lönnerth, Williams, Stadlin, Jaramillo, & Dye, 2008; Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Une forte association entre ingestion d'alcool et diverses infections et maladies sexuellement transmissibles semble à son tour émerger de la littérature (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010; Rehm, Shield, Joharchi, & Shuper, 2012). Il faut cependant plutôt remarquer ici l'impact des comportements sexuels à risque entrepris sous l'effet de l'alcool.

Enfin, l'alcool a été désigné comme étant un facteur de risque important de nombreux troubles neuropsychiatriques : épilepsie, troubles anxieux et dépressifs, troubles cognitifs,

atrophies cérébrales ou cérébelleuses, polyneuropathies alcooliques, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff, etc. (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Les atteintes cognitives peuvent être directement issues des effets somatiques de la consommation, ou bien de ses conséquences indirectes (p. ex., accidents de la voie publique, violences). À cet égard, la consommation d'alcool est associée à un haut risque de blessures volontaires et involontaires (c.-à-d., suicide et violences) (Cherpitel, 2013; Taylor et al., 2010). Le cas de la conduite en état d'ivresse reste particulièrement préoccupant, car on estime qu'environ un tiers des accidents mortels sont liés à un niveau d'alcoolémie dépassant la limite légale (Biecheler-Fretel et al., 2003). L'alcool entraîne une multiplication du risque d'accident par huit (Laumon, Gadegbeku, Martin, Biecheler, & Groupe SAM, 2006). Plus largement, les atteintes neurovégétatives sont notamment à l'origine de tremblements, de picotements et d'engourdissements des membres, ainsi que de pertes d'équilibre. L'alcool provoque également une désinhibition, voire des comportements agressifs ou irrationnels. Des dysfonctions sexuelles peuvent également être observables. Enfin, les conduites excessives, voire addictives, liées à l'alcool constituent une problématique neuropsychiatrique majeure (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

En plus d'un impact sur la santé mentale et physique de l'individu, l'usage d'alcool peut à plus ou moins long terme entraîner des conséquences notables sur le plan socioéconomique et légal (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Dans la plupart des cultures, la consommation d'alcool est régulée, normée, voire interdite, en fonction de critères sociaux, politiques, ou encore religieux. L'individu ne respectant pas ces règles s'expose à des répercussions telles que la stigmatisation, une perte d'emploi et de revenus, une exclusion de la société et de la famille, voire des sanctions judiciaires, etc. Commettre des délits et des crimes sous l'effet de l'alcool donne régulièrement suite à des poursuites judiciaires plus ou moins lourdes. Bien souvent, les consommateurs excessifs restent victimes de préjugés négatifs construits autour de représentations déformées de cet usage (Brochu et al., 2014). Il faut aussi rappeler que la consommation d'alcool, dans toutes ses formes, constitue un coût financier significatif, *a fortiori* quand l'individu ou le foyer ne dispose que de peu de ressources (De Silva, Samarasinghe, & Hanwella, 2011). Le plus dramatique reste finalement que ces sanctions économiques, sociales et légales vont parfois permettre une dégradation encore plus importante de l'état de santé et de bien-être de l'individu, notamment en restreignant

son accès aux services adaptés.

2.1.3.4. Risques et dommages sur autrui

Une part significative d'individus autour du consommateur, qu'il s'agisse du partenaire, des enfants, des collègues, ou même d'inconnus croisés ponctuellement, peut subir les effets de certaines pratiques de consommation d'alcool. Ces données sont généralement souvent négligées dans la littérature, par rapport aux dommages sur les usagers, mais mériteraient d'être davantage explorées et rapportées (Biecheler-Fretel et al., 2003; Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Ce sont en premier lieu les femmes et les jeunes individus (enfants et adolescents) qui estiment être les plus impactés par la consommation d'un tiers (Connor & Casswell, 2012). Il a d'ailleurs été montré que plus les contacts avec un consommateur excessif étaient importants, plus les scores de bien-être personnel et relatifs à la santé étaient faibles (Casswell, You, & Huckle, 2011). En France, près d'un habitant sur cinq estime avoir été très affecté par l'usage d'alcool d'autrui (sentiment d'insécurité face à des individus alcoolisés, être victime d'agression verbale, physique ou d'un accident de la voie publique du fait d'une personne en état d'ivresse, etc.) (Biecheler-Fretel et al., 2003; Fouilland, 2015a).

Certains dommages peuvent être très explicites, tels les violences et dégâts volontaires ou involontaires (Biecheler-Fretel et al., 2003). Néanmoins, il semblerait que le lien entre alcool et violence soit surestimé, ne concernant en réalité qu'une minorité de consommateurs dans des circonstances bien précises (Fouilland, 2015a; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008). Ces impacts peuvent également directement menacer l'intégrité de la personne, entraînant la mort ou une invalidité permanente. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est en lui-même significatif quant à la nature toxique de la consommation chez les femmes enceintes (Foltran, Gregori, Franchin, Verduci, & Giovannini, 2011; Organisation Mondiale de la Santé, 2014). On estime qu'entre 1 et 3 % des enfants sont atteints de cette affection, et que 1 % des enfants, sans présenter le tableau complet de ce syndrome, manifesteraient *a posteriori* les répercussions potentiellement très handicapantes d'une alcoolisation sur le fœtus (Fouilland, 2015a).

Enfin, d'autres impacts sont plus insidieux. La consommation d'alcool peut conduire l'utilisateur à négliger ses responsabilités, en particulier par rapport à son partenaire ou à ses

enfants. Simultanément, faire partie de l'entourage d'une personne s'alcoolisant régulièrement et/ou avec de grandes quantités d'alcool peut induire chez certains individus un état de préoccupation psychique. Les proches du consommateur, témoins directs des consommations et de leurs conséquences directes, peuvent perdre leur tranquillité d'esprit, étant toujours préoccupés par la crainte de la survenue d'un problème, d'un événement indésirable, pour le consommateur ou son entourage (Laslett et al., 2011). Ce phénomène peut être si important que de véritables troubles psychiatriques sont en mesure d'émerger dans l'entourage (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

2.1.3.5. Répercussions sur la société

En plus des impacts directs sur les individus, la consommation d'alcool est à l'origine de coûts économiques et sociaux considérables pour l'intégralité de la société. En France, ces derniers ont été estimés à 118 milliards d'euros en 2010, légèrement derrière ceux associés au tabac (122 milliards d'euros), mais largement supérieurs à ceux des drogues illicites (8,7 milliards d'euros), tout en gardant à l'esprit que ces usagers de ces substances restent moins nombreux (Kopp, 2015). À l'échelle mondiale, ces coûts représenteraient entre 1,3 et 3,3 % du Produit Intérieur Brut des pays (Rehm et al., 2009). La charge économique et sociale de l'alcool constitue un enjeu important à prendre en considération. Néanmoins, cette thématique reste peu documentée du fait de l'absence d'indicateurs fiables à l'échelle internationale (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Pour décrire davantage ces enjeux, on pourra tout d'abord évoquer un ensemble de coûts directement liés à l'usage d'alcool. Ces derniers sont le plus souvent supportés par les gouvernements et les finances publiques (Anderson & Baumberg, 2006). Sous cette dénomination, on retrouve une large variété de dépenses liées à la prévention, aux soins et à la répression. Cela ne représente toutefois que moins d'un quart du coût économique et social total de l'alcool (van Gils, Hamberg-van Reenen, van den Berg, Tariq, & de Wit, 2010). À titre d'illustration, on estime en France que le coût des séjours hospitaliers en lien avec un usage problématique d'alcool est d'environ 2,64 milliards d'euros pour l'année 2012 (Paille & Reynaud, 2015). On peut également y adjoindre les coûts liés aux procédures judiciaires lorsqu'il y a eu des dommages causés à un tiers ou à un bien public.

Un ensemble de coûts indirects doit enfin également être pris en considération. Un

individu consommant de l'alcool à l'excès peut perdre de son efficacité en milieu professionnel, être régulièrement absent, adopter un comportement inapproprié, voire perdre son emploi. Les invalidités et décès prématurés peuvent tout autant affecter la force de travail des entreprises et administrations. La somme de ces éléments est en mesure d'affecter la productivité économique d'un pays tout entier (Anderson & Baumberg, 2006).

2.1.4. Usages d'alcool et trajectoires addictives

Au cours des précédentes sections, nous avons exploré l'étroit lien entre la consommation d'alcool et les sociétés humaines. Nous avons également détaillé les différents effets de cette substance sur l'individu, son entourage et des tiers, ainsi que ses coûts pour la société. Néanmoins, les pratiques de consommation sont loin d'être homogènes entre les individus. Il y a alors un intérêt à décrire qualitativement et quantitativement les différents niveaux d'usage d'alcool qui peuvent exister. D'un point de vue clinique, une attention particulière sera alors portée aux usages à risque, problématiques et à la notion de trajectoire addictive.

2.1.4.1. Un bref rappel historique

Avant d'aborder plus précisément la terminologie des types d'usages d'alcool, nous revenons rapidement sur l'évolution historique des regards portés sur l'usage problématique de l'alcool, voire de toute substance psychoactive. De tout temps, les êtres humains ont quelquefois usé de l'alcool comme d'un *pharmakon*, l'utilisant comme remède et se retrouvant pris dans son poison. Néanmoins, l'apparition de termes spécifiques désignant les dérives de cet usage est beaucoup plus récente. Beaucoup suggèrent que ces derniers sont apparus il y a un peu plus de deux siècles, à la suite des bouleversements induits par la Révolution Industrielle (Crouzet & Morel, 2015). Cependant, en ce qui concerne l'alcool, différentes tentatives de régulation de la consommation, en particulier de son accès, ont déjà pu être recensées bien avant la Révolution Française, avant de se poursuivre pendant le XIXe et le XXe siècle (Couteron, 2015e).

Les premiers écrits connus autour de l'addictologie semblent remonter au XVIe siècle (Nadeau & Valleur, 2014). En effet, Pascasius (Pasquier Joostens), un docteur en médecine et en philosophie d'origine flamande, s'est appuyé sur sa forte inclination envers les jeux

d'argent pour expliciter son vécu, que l'on pourrait actuellement associer à une dépendance. Il proposa également les premières pistes de traitement à destination, non pas d'un vice, mais d'une affection grave aux multiples conséquences. Au cours du temps, d'autres auteurs contribueront progressivement à la définition de ces problématiques. En ce qui concerne plus spécifiquement l'alcool, Benjamin Rush souligne dès 1797 la perte de contrôle associée à un usage excessif (Crouzet & Morel, 2015). Moins d'une décennie plus tard, en Angleterre, Thomas Trotter définit la consommation excessive d'alcool comme étant une maladie de l'esprit entraînant divers troubles physiques et mentaux. En 1849, le Suédois Magnus Huss sera le premier à utiliser le terme d'alcoolisme. Les premiers critères diagnostiques, selon une perspective médicale, apparaissent eux dans les années 1950 aux États-Unis avec les travaux d'Elvin Morton Jellinek. S'ils peuvent aujourd'hui sembler très vagues, ils ont eu le mérite d'introduire différentes notions qui seront développées au cours des décennies suivantes.

Jellinek suggère déjà l'existence de différents types d'alcoolisme. Tout d'abord, l'alcoolisme α (alpha), au sein duquel la dépendance est avant tout psychologique, l'alcool étant utilisé pour soulager une souffrance physique ou émotionnelle. Ensuite, l'alcoolisme β (bêta) souligne la présence d'importants dommages physiques, sans phénomène de dépendance. L'alcoolisme γ (gamma) inclut, lui, les individus éprouvant une extrême dépendance physique à l'alcool, dans le cadre d'alcoolisations ponctuelles. L'alcoolisme δ (delta) regroupe tous les individus dans l'incapacité de se priver totalement d'alcool, au risque de ressentir d'intenses symptômes de sevrage. Ces derniers sont toutefois en mesure de garder un contrôle minimal sur leur consommation. Enfin, l'alcoolisme ϵ (epsilon) décrit des épisodes ponctuels, mais intenses et incontrôlables, d'alcoolisation. En France, Pierre Fouquet distinguera à la même période trois types de conduites alcooliques (Debray et al., 2010) : l'alcoolite, ou alcoolisme d'entraînement, des consommations quotidiennes dans un cadre social, sans complications psychiques majeures ; l'alcoolose, avec des consommations discontinues, solitaires, marquées par la culpabilité et dont l'origine est liée à divers facteurs psychologiques ; et la somalcoolose, une conduite de consommation intermittente et compulsive pouvant autrement être désignée sous le terme de dipsomanie.

De façon synthétique, on peut dire qu'à travers les époques et les contextes, le rôle du consommateur, du produit et de la société a constamment été redéfini à l'égard des usages problématiques (Couteron, 2015d). L'individu sera parfois un usager strictement soumis aux

puissants effets de la substance. Il a également été simultanément la victime et le responsable de son état, du fait d'une vulnérabilité génétique, physiologique, psychologique, voire morale. L'alcoolisme sera longtemps perçu comme une maladie incurable et mortelle, dont la seule issue réside dans l'abstinence à perpétuité (Brochu et al., 2014). En parallèle, dans la mesure où l'individu est défaillant, c'est aux États de contrôler et de réguler les consommations. La crainte des désordres sociaux liés à l'alcool est effectivement présente depuis des siècles. En France, les défaites de 1870 et du début de la Première Guerre Mondiale ont contribué à la construction d'une image de « fléau social » (Couteron, 2015e). C'est dans ce contexte géopolitique particulier que l'alcool va être accusé de tous les maux, une position qui sera à l'époque appuyée par différents arguments scientifiques (c.-à-d., théorie de la dégénérescence, eugénisme). La médecine occupe alors un rôle politique et de contrôle social, c'est-à-dire de défendre les valeurs de la nation. Les individus aux prises avec leur consommation d'alcool doivent ainsi fréquenter des asiles pour être « guéris » physiquement et moralement.

À l'échelle mondiale, différentes tentatives, infructueuses, de prohibition ont été mises en place. En France, seule l'interdiction de certains produits fut effective (p. ex., l'absinthe, vins de Noah). On peut toutefois trouver que, dans l'ensemble, cette politique reste particulièrement ambivalente, car tout en réprimant les usages hors de la norme et/ou pathologiques, la société n'a que peu fait pour anticiper ces problématiques. Par exemple, le nombre de débits de boisson n'a cessé de croître (c.-à-d., 280 000 en 1830 à 482 704 en 1913), alors que des lois spécifiques pour les limiter étaient déjà en vigueur à cette période (Couteron, 2015e). La logique normative de la société a *in fine* même entraîné la distinction entre substances licites (c.-à-d., alcool et tabac) et substances illicites. En fin de compte, la loi Évin, promulguée en 1991, est souvent vue comme la première véritable loi de santé relative à l'alcool, même si le volet consacré à cette substance a progressivement été réduit du fait de l'action politique des lobbys liés à l'industrie de l'alcool. Son objet initial était en particulier centré sur l'information vis-à-vis des risques et sur la régulation de la promotion et de l'accès à la consommation. L'action de cette loi sera notamment poursuivie par celle de la loi relative à la politique de santé publique en 2004, puis de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » en 2009 (Couteron, 2015e).

Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1960 que les usages problématiques

deviennent davantage liés à une conduite sociale plus globale. C'est en effet durant cette période, marquée par un contexte géopolitique mondial complexe, qu'émergent des mouvements contre-culturels faisant réapparaître notablement des substances comme le cannabis ou l'héroïne, et en introduisant de nouvelles telles que le LSD (c.-à-d., *LysergSäureDiethylamid* en allemand, diéthylamide d'acide lysergique). Simultanément, les dernières avancées scientifiques permettent de contredire les anciens modèles, et notamment de repousser l'idée de l'inéluctabilité de la problématique addictive. Si le modèle médical de l'addiction, en tant que maladie cérébrale chronique, reste encore très présent, il est pertinent de considérer désormais ces problématiques comme un ensemble de conduites partageant certains points communs et ne divergeant finalement qu'en ce qui concerne leur objet (Crouzet & Morel, 2015). Cette approche dès lors multidimensionnelle prend à la fois en compte l'individu, l'objet de la conduite addictive et le contexte dans lequel cette dernière a lieu. Cela permet d'introduire et de soutenir les notions de consommation modérée et de réduction des risques des dommages, notamment au sein des politiques de santé publique.

2.1.4.2. Une diversité d'usages

L'exploration de la littérature spécialisée permet de constater la grande diversité des termes décrivant l'usage de substances psychoactives, dont l'alcool. En France, la Société Française d'Alcoologie (SFA) recommande depuis quelques années maintenant l'utilisation de cinq termes précis (Société Française d'Alcoologie, 2001) : le non-usage ou abstinence ; l'usage simple ou à faible risque ; l'usage à risque ; l'usage nocif ; l'usage avec dépendance. Cette catégorisation se rapproche de celles utilisées dans d'autres pays, dans la mesure où elle reprend de manière transversale les critères internationaux en vigueur à l'époque (p. ex., issus de la 10^e édition de la Classification Internationale des Maladies, CIM-10, et de la 4^e édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR) (Morel, 2015f).

Le non-usage fait tout d'abord référence à l'absence complète de consommation. Cette abstinence peut être primaire quand l'individu n'a jamais consommé d'alcool durant toute sa vie. L'abstinence sera secondaire lorsqu'il y a eu des antécédents d'usage. L'usage simple ou à risque acceptable fait quant à lui écho à une consommation habituellement asymptomatique, sans risque majeur pour la santé. Dans la mesure où le risque zéro n'existe

pas, un groupe de travail de l'OMS a proposé un ensemble de repères quantitatifs. Il est ainsi recommandé de ne pas dépasser 21 verres standards d'alcool par semaine pour les hommes, 14 pour les femmes, et de ne pas consommer du tout pendant la grossesse ou avant 15 ans. De plus, cette consommation ne devrait pas dépasser plus de quatre verres en une unique occasion. Il est également suggéré de ne pas ingérer d'alcool en cas de maladie chronique, de traitement médicamenteux ou de responsabilités qui nécessitent une parfaite vigilance (Fouilland, 2015a). Un jour complet sans consommation d'alcool par semaine est en outre tout autant recommandé. Néanmoins, ne pas dépasser ces seuils ne revient pas automatiquement à une absence totale de risque.

L'usage à risque décrit ensuite une consommation excédant ces seuils recommandés. La consommation peut encore être asymptomatique, mais elle est déjà en mesure d'entraîner des dommages sur l'individu à plus ou moins long terme. On distingue un usage nocif, selon les critères de la CIM-10, à partir du moment où la consommation répétée est déjà en mesure d'induire des effets négatifs sur la santé physique, mentale, le fonctionnement social de l'individu et de son entourage (Organisation Mondiale de la Santé, 1993). Néanmoins, à ce stade, il n'existe pas de signes de dépendance. Les usages à risque, usages nocifs et dépendances sont les niveaux d'usages qui préoccupent plus précisément les professionnels. Le terme d'usage problématique peut parfois être implicitement préféré pour couvrir toute conduite de consommation susceptible d'entraîner une souffrance cliniquement significative, des dommages et des altérations tangibles, avec ou sans phénomène de dépendance. En l'absence d'un diagnostic ou d'une évaluation précise de l'usage, nous aurons tendance à privilégier cette terminologie dans le reste de cet écrit.

La dépendance reste alors une entité qu'il est nécessaire de distinguer. D'un point de vue médical, il s'agirait d'un état résultant de l'interaction entre un être vivant et une substance psychoactive, caractérisé par une compulsion à user de la substance afin de ressentir ses effets psychiques et parfois, éviter le sevrage (Morel, 2015f). Elle prend la forme d'un syndrome mêlant manifestations physiques et psychologiques (c.-à-d., dépendance physique et psychologique) survenant à la suite d'une consommation répétée d'alcool (cf. 2.1.3.1., pp. 44-48). Cela met notamment en avant l'impact des phénomènes de tolérance et de manque (O'Brien, 2012). Cette définition biologique occulte cependant la description d'une nouvelle relation à soi, au corps, aux autres ou au monde. Avant d'être source de souffrances,

la dépendance trouve son origine dans la recherche du plaisir et de la satisfaction. Au cours du temps, la fonction de cette conduite est modifiée, passant d' « une relation de désir à une relation de besoin » (Morel, 2015f). La dépendance constitue avant tout un phénomène naturel au cours du développement humain, nécessaire pour introduire progressivement l'autonomie individuelle.

La distinction entre dépendance et addiction dépend souvent de la littérature à laquelle on se réfère. *A fortiori*, aucune classification internationale n'a jusqu'à présent utilisé le terme d'addiction. En tant que telle, l'addiction dépasse les « simples » notions de dépendance physique et psychologique en faisant référence à des situations où une profonde souffrance clinique et une réelle difficulté à modifier les conduites s'expriment (Morel, 2015c). Au-delà de considérations strictement biologiques, psychologiques ou comportementales, l'addiction décrit avant tout une expérience biopsychosociale, initialement à valeur adaptative, s'articulant autour de la notion de bien-être (Couteron, 2015c). Certains auteurs estiment alors qu'il faut spécifiquement restreindre le terme d'addiction aux consommations de substances psychoactives, tandis que d'autres œuvrent en faveur d'une plus grande diversité d'objets et de conduites (Dano et al., 2014; Loonis, 2014). Élargir ce concept à toutes les conduites humaines pourrait néanmoins induire une pathologisation à outrance de ces dernières, tout en réduisant l'importance de l'objet (Couteron, 2015c). Toutefois, Loonis (2014) suggère que ce sont bien les processus et les expériences au cœur du phénomène addictif qui prévalent. Pendant bien longtemps, l'étude des addictions est restée très cloisonnée, en fonction donc de l'objet, mais également de la discipline par laquelle elles étaient évaluées (médecine, psychologie, sociologie ...). Chacune a apporté la richesse de son regard, néanmoins, la somme de ces connaissances ne peut totalement rendre compte de ce phénomène (Morel, Hervé, & Fontaine, 2003). L'addictologie a alors véritablement intérêt à se positionner à la croisée de tous les champs disciplinaires étudiant l'Homme et ses conduites.

Historiquement, l'étymologie du mot addiction (*addictus*) désignait d'abord une notion de droit romain exprimant une contrainte par le corps employée pour rembourser une dette (Couteron, 2015c). Ce terme est alors utilisé dans les pays anglo-saxons à partir de la seconde moitié du XXe siècle (p. ex., les travaux de Peele et Orford) pour désigner les conduites de dépendance (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008). Afin de mieux

délimiter ce concept, le psychiatre anglais Aviel Goodman a finalement proposé au début des années 1990 un ensemble de critères définissant l'addiction, qui ont pu inspirer les classifications internationales actuelles (cf. Annexe 1). Il s'agirait alors du processus conduisant à la réalisation d'un comportement dont la fonction est de procurer un plaisir ou de soulager un malaise interne, se caractérisant par l'échec répété de son contrôle (dimension impulsive) et sa persistance malgré les conséquences négatives (dimension compulsive) (Goodman, 1990).

Ainsi, au-delà des débats sur les définitions de la dépendance et de l'addiction, il faut également préciser l'existence de critères internationaux destinés au diagnostic des usages nocifs, abus et dépendances. Que ce soit ceux du DSM ou de la CIM, ces critères ont largement évolué depuis leur création (c.-à-d., DSM-I en 1952, CIM en 1967). Jusqu'à il y a peu, les critères de ces deux classifications étaient relativement similaires (Aubin, Auriacombe, Reynaud, & Rigaud, 2013). Néanmoins, la parution de la cinquième édition du DSM en 2013 a induit une modification notable de la terminologie utilisée en addictologie. Là où on observait auparavant une distinction catégorielle et hiérarchique entre abus et dépendance, s'exprime à présent un continuum reflétant différents niveaux de sévérité associée à l'usage. L'objectif derrière ce choix serait d'être plus cohérent avec les observations cliniques et d'élargir les perspectives thérapeutiques (Aubin et al., 2013; Hasin, 2012; Hasin & Grant, 2004; Morel, 2015f). Les anciens termes d'abus et de dépendance seraient alors à abandonner en faveur de celui de trouble de l'usage, d'alcool en l'occurrence (*alcohol use disorder*).

Dix classes de substances psychoactives sont distinguées dans le cadre du DSM-5 (American Psychiatric Association et al., 2016) : l'alcool ; la caféine ; le cannabis ; les hallucinogènes ; les substances inhalées ; les opiacés ; les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; les stimulants ; le tabac ; et une dernière classe dédiée à toute substance ne pouvant être incluse dans les catégories précédentes. Onze critères sont utilisés, répartis sur quatre catégories : réduction du contrôle (items 1 à 4) ; altération du fonctionnement social (items 5 à 7) ; consommation à risque (items 8 et 9) ; et critères pharmacologiques (items 10 et 11). Ces critères reprennent, sémantiquement, ceux des précédents abus et dépendance, avec l'ajout notable du phénomène de *craving* (Aubin et al., 2013). Le diagnostic peut être posé dès lors que deux critères ont été présents simultanément au cours de la dernière année (cf. Annexe 2). La sévérité du trouble peut être notifiée, en fonction du nombre de

manifestations symptomatiques présentes : légère pour deux ou trois critères ; modérée pour quatre ou cinq ; sévère quand six critères ou plus sont présents. Néanmoins, cet indicateur de la sévérité souligne davantage les dommages potentiels de la consommation qu'une réelle nuance dans l'usage (Morel, 2015f). Il est également possible de tenir compte de l'évolution de la consommation avant, pendant et après traitement en spécifiant un statut de rémission. Il faut, pour finir, ne pas oublier que ces classifications n'offrent qu'un regard sur ces problématiques à un instant donné, sur la base de l'état actuel des connaissances. Elles ont ainsi nécessairement vocation à évoluer avec le temps.

Pour conclure cette section, il faut également ajouter que le DSM-5 distingue au sein d'un ensemble de troubles liés à une substance, d'une part le trouble de l'usage, et de l'autre, les troubles induits. Ces derniers comprennent l'intoxication, le sevrage, ainsi que tout trouble mental induit par l'usage d'une substance psychoactive. Les deux premières entités font écho au développement d'un syndrome physiologique, réversible dans le temps, lié à l'usage, ou l'interruption de celui-ci. Les manifestations psychologiques et physiques sont fortement liées aux propriétés pharmacologiques de la substance considérée. Enfin, les troubles induits impliquent la présence des mêmes symptômes que les troubles mentaux associés (p. ex., troubles psychotiques, anxieux ou dépressifs). Le critère de temporalité est toutefois essentiel. Ces derniers doivent se déclencher à la suite de l'usage, de l'intoxication ou du sevrage, sous un délai de 30 jours. Encore une fois, chaque classe de substance entraîne une gamme de troubles spécifiques. Pour l'alcool, on pourra éventuellement observer des épisodes psychotiques, bipolaires, dépressifs ou anxieux. Il existe enfin une tendance française à distinguer un alcoolisme primaire d'un alcoolisme secondaire (Adès & Lejoyeux, 2003). Dans le premier cas, plus fréquent, la conduite d'alcoolisation est considérée comme étant l'entité pathologique centrale, alors que dans le second cas, elle fait suite à des antécédents psychopathologiques, qu'elle va être en mesure de renforcer. A contrario, l'alcoolisme primaire va induire des altérations neurobiologiques pouvant entraîner par la suite l'émergence d'une symptomatologie problématique (Corbin, Farmer, & Nolen-Hoekesma, 2013).

2.1.4.3. Quelques hypothèses explicatives

Il existe ainsi un ensemble de troubles liés à l'usage d'alcool. Simultanément, il n'y a

que peu de débats concernant la réalité des problématiques que ces derniers impliquent. La question de leur causalité interroge davantage. Jusqu'à présent, aucun modèle théorique ne peut prédire à lui seul l'émergence et l'évolution de ces troubles (Morel, 2015c). L'ambition de cette section n'est cependant pas de présenter la totalité des pistes explicatives possibles. La place nous manquerait. Néanmoins, afin d'offrir un panorama satisfaisant de la littérature, nous proposons d'évoquer succinctement certaines des hypothèses fréquemment retrouvées.

D'un point de vue neurobiologique, les troubles liés à l'alcool seraient associés à un dysfonctionnement ou à une dérégulation de certains circuits neuronaux, notamment celui du système de la récompense, impliqué dans les processus de renforcement, de production de souvenirs et de plaisir. Les structures cérébrales en jeu seraient, entre autres, l'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, le pallidum ventral, l'hypothalamus, l'amygdale et le cortex préfrontal, pour une action à la fois motivationnelle, affective, cognitive, et *in fine*, comportementale (Berridge, Robinson, & Aldridge, 2009; Dano et al., 2014). Il est également possible que ces problématiques puissent être reliées à un déficit de l'activité opioïde endogène et des mécanismes cérébraux d'inhibition, impactant la capacité d'autorégulation (American Psychiatric Association et al., 2015). Au-delà du système dopaminergique, le découplage des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques semble aussi impliqué (Tassin, 2008). Il faut néanmoins aussi rappeler l'action des mécanismes biologiques liés à l'ingestion d'alcool, en particulier de la sensibilisation et de la récupération, en lien avec l'apparition des phénomènes de dépendance psychologique et physique (cf. 2.1.3.1., p. 47-48). Au-delà des processus et substrats neurobiologiques, des phénomènes de sensibilisation, d'apprentissage et de renforcement négatif vont ainsi conduire à l'émergence de conduites addictives (Koob & Le Moal, 2008; Robinson & Berridge, 2008). Il peut enfin y avoir en amont des facteurs génétiques justifiant les dérégulations neurobiologiques (Debray et al., 2010). On pointe parfois le rôle du récepteur dopaminergique D2.

En plus de ces premières pistes biologiques, il faut prendre en considération l'importance des éléments psychosociaux (Morel, 2015c). À cet égard, les travaux de Peele sur l'assuétude ont été particulièrement novateurs (Peele, 1982). Dans ce cadre, la substance sert à l'apaisement d'un stress ou d'une angoisse, incluant tensions externes et internes, conscientes ou non. La pratique de consommation sera vue comme une solution pratique,

rapide et efficace. Les effets attendus et attestés vont entraîner un recours systématique à cette dernière, quitte à remplacer ou à affaiblir peu à peu les ressources psychosociales propres à l'individu. Toute l'existence et l'identité de l'individu vont alors se centrer autour d'une consommation valorisée, au détriment de tout autre investissement (Morel, 2015c). Progressivement, la pratique ne remplit plus son rôle adaptatif initial, tout en induisant insatisfaction et mal-être. Ne disposant plus d'autres alternatives envisageables, l'individu devient prisonnier d'un cycle. Il est intéressant de considérer que ces éléments biologiques et psychosociaux vont interagir et modifier l'expérience addictive des individus (Morel & Couteron, 2008). L'avantage de cette conception multidimensionnelle est qu'en termes d'interventions, on peut agir sur différents facteurs (Morel, 2015c). Sur la base des travaux précédents, on peut représenter graphiquement l'interrelation de ces cycles (cf. Figure 5 à la page suivante).

La valeur adaptative, la recherche d'un apaisement face à des tensions internes ou externes, fait penser aux conceptions psychodynamiques sur les fonctions de l'addiction, en particulier celle de l'économie psychique et de l'automédication (Khantzian, 1985, 1997; McDougall, 2004; Morel et al., 2003). Pour McDougall, la solution addictive vise la décharge rapide, par le corps et l'acte, d'une part de tension interne, que sa source soit interne ou externe, impliquant un court-circuit de l'élaboration psychique (Jouanne, 2006; McDougall, 2004; Pirlot, 2013). Cette tension peut être la résultante d'affects déplaisants, d'angoisses diverses, mais également d'une surexcitation interne. Un moyen pour se sentir mieux réside alors dans un processus inconscient de soulagement par décharge dans l'acte. L'hypothèse de l'automédication souligne également l'incapacité de l'individu, dans une logique quelque peu dissociative, à reconnaître, intégrer ou exprimer une grande quantité ou la forte intensité des affects (Khantzian, 1997; Morel, 2015e). L'alcool, ayant un effet déprimeur, est attrayant par son action en tant que solvant du Surmoi et du Moi (Khantzian, 1997). Une illusion de détente, anxiolytique, temporaire, sera provoquée par l'assouplissement des mécanismes de défense liés aux tensions et angoisses internes.

Si l'aspect adaptatif de cette conduite peut être naturel, répondant à une logique de survie et de gestion du plaisir, la dérive problématique survient quand la conduite de consommation devient la seule et unique solution face à l'inconfort psychique et la recherche de satisfaction, au point de contraindre vécu émotionnel, pensées et conduites (Loonis, 2014;

McDougall, 2004).

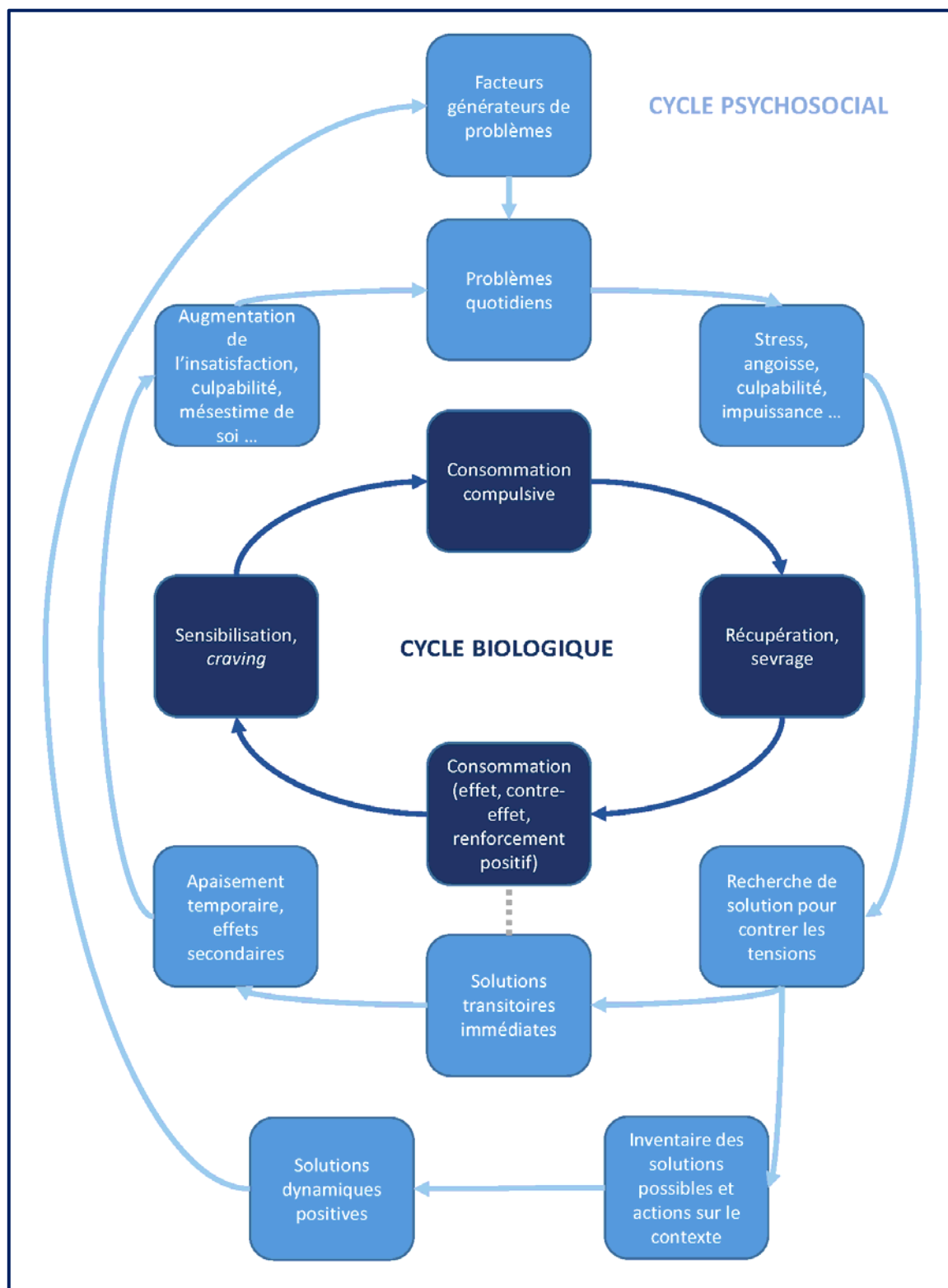


Figure 5. Cycle de l'addiction (adapté de Morel, 2015d)

Le recours privilégié à cette solution addictive est souvent associé à une altération

significative du lien à l'autre, à l'absence de ressources internes sécurisantes, à un accès insatisfaisant à la symbolisation et à une assise narcissique instable (Khantzian, 1997; McDougall, 2004; Pirlot, 2013). Ce processus peut de plus être éventuellement catalysé par la survenue d'évènements traumatiques. Le lien avec l'alexithymie, décrivant une vie fantasmatique pauvre entraînant une pensée de type opératoire, utilitaire, et une expression par l'action pour éviter les conflits psychiques, se fait alors aisément (Jouanne, 2006; Sifneos, 1996). L'adolescence représente enfin une période charnière en termes de bouleversements biologiques, identitaires et pulsionnels. Dans le cadre d'une tentative, immature, de soin, l'objet alcool peut prendre une fonction maternelle, extérieure et transitoire, mais inadaptée et imparfaite. D'autres auteurs soulignent alors que la solution addictive vise le contournement de la vie relationnelle, et des angoisses de séparation qu'elle suscite (Corcos, Flament, & Jeammet, 2003). L'addiction s'inscrit alors comme une véritable pathologie du lien à l'Autre et au monde.

La nature adaptative de l'addiction se retrouve fréquemment, quel que soit le cadre théorique auquel on se réfère. Ainsi, selon les théories cognitives, l'addiction représente une stratégie de régulation et d'adaptation construite et entretenue par l'action d'un ensemble de schémas cognitifs dysfonctionnels assimilés durant l'enfance et l'adolescence (Varescon, 2005). De façon synthétique, un stimulus, interne ou externe, va déclencher la mise en action d'une boucle cognitive et comportementale. Confronté à ce stimulus, l'individu va ainsi se référer en premier lieu à ses attentes et ses croyances en lien avec la consommation. Une suite de pensées automatiques va justifier et déclencher une envie intense de consommer. S'il présente simultanément un système de croyances relativement permissif à l'encontre de la consommation, l'individu va mettre en place des stratégies d'action tournées vers la recherche et la consommation de la substance. Les conséquences positives et négatives de cette conduite seront à leur tour intégrées dans la boucle, en tant que déclencheurs, mais également comme éléments renforçant le système de croyances et les schémas de pensée (Contat & Couteron, 2015). La valeur stratégique s'observe également à un niveau interindividuel, systémique. Le consommateur occupe nécessairement une place au sein d'un environnement plus large (p. ex., foyer, famille). L'usage problématique va parfois servir à maintenir l'homéostasie, l'équilibre de ce système. Les problèmes relatifs à cette conduite feront alors écran à des enjeux plus profonds (Contat & Couteron, 2015). Enfin, les approches

centrées sur la solution postulent que toute pathologie peut être considérée comme une habitude non souhaitée en contradiction avec les choix existentiels de l'individu (Isebaert, 2016). Ces habitudes trop éloignées des principes internes poursuivis par l'individu entraînent désagréments et conséquences négatives. À force d'être répétées, ces conduites s'automatisent et deviennent particulièrement difficiles à désapprendre spontanément.

Enfin, un modèle très connu est celui de la proposition biopsychosociale d'Olievenstein (Olievenstein, 1987). Ce modèle multidimensionnel présente l'addiction comme le fruit de l'interaction complexe, dynamique et systémique entre trois grandes catégories de facteurs. Tout d'abord, des facteurs individuels (I) incluant caractéristiques biologiques, physiques ou psychologiques, antécédents psychiatriques, attentes et motivations, etc. Les facteurs contextuels (C) décrivent plus globalement l'environnement socioculturel dans lequel se trouve l'individu et où se réalise la conduite : milieu socioéconomique, conflits familiaux, accès aux substances ou aux conduites, relations sociales, niveau d'éducation. Enfin, les éléments relatifs à la substance ou à l'objet de l'addiction (S) intègrent leurs spécificités ou leurs modalités d'usage (p. ex., quantité, fréquence, modes d'administration, effets directs et indirects, toxicité ...). L'expérience addictive (E), spécifique à chaque individu, peut alors s'exprimer par une simple équation : $E = SIC$, généralement représentée sous la forme d'un triangle (cf. Figure 6 présentée à la page suivante) (Morel, 2015d; Morel & Couteron, 2008). L'intérêt majeur de cette modélisation est qu'elle implique qu'une seule famille de facteurs ne peut expliquer à elle seule la conduite addictive. Les interventions professionnelles, quelles qu'elles soient, doivent alors prendre simultanément en considération l'action et l'interaction de ces trois pôles, sources de l'expérience singulière associée à la consommation (Morel, 2015d).

2.1.4.4. Les trajectoires addictives

Les différentes hypothèses et modèles explicatifs des usages problématiques donnent des indications pertinentes sur les origines de ces pratiques. Néanmoins, il ne faut pas négliger le fait que ces conduites correspondent avant tout à une trajectoire qui s'inscrit dans le temps. En 1997, Hser et ses collaborateurs évoquent le concept de trajectoire addictive pour souligner cette nature longitudinale (Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997). Selon cette conception, les problématiques addictives sont en mesure de se développer et d'évoluer

d'une façon non linéaire et imprévisible au cours du temps, impliquant le passage par un ensemble de phases de transitions hétérogènes, propres à chaque individu (Brochu et al., 2014; Debray et al., 2010; Fouilland, 2015a; Hser, Longshore, & Anglin, 2007).

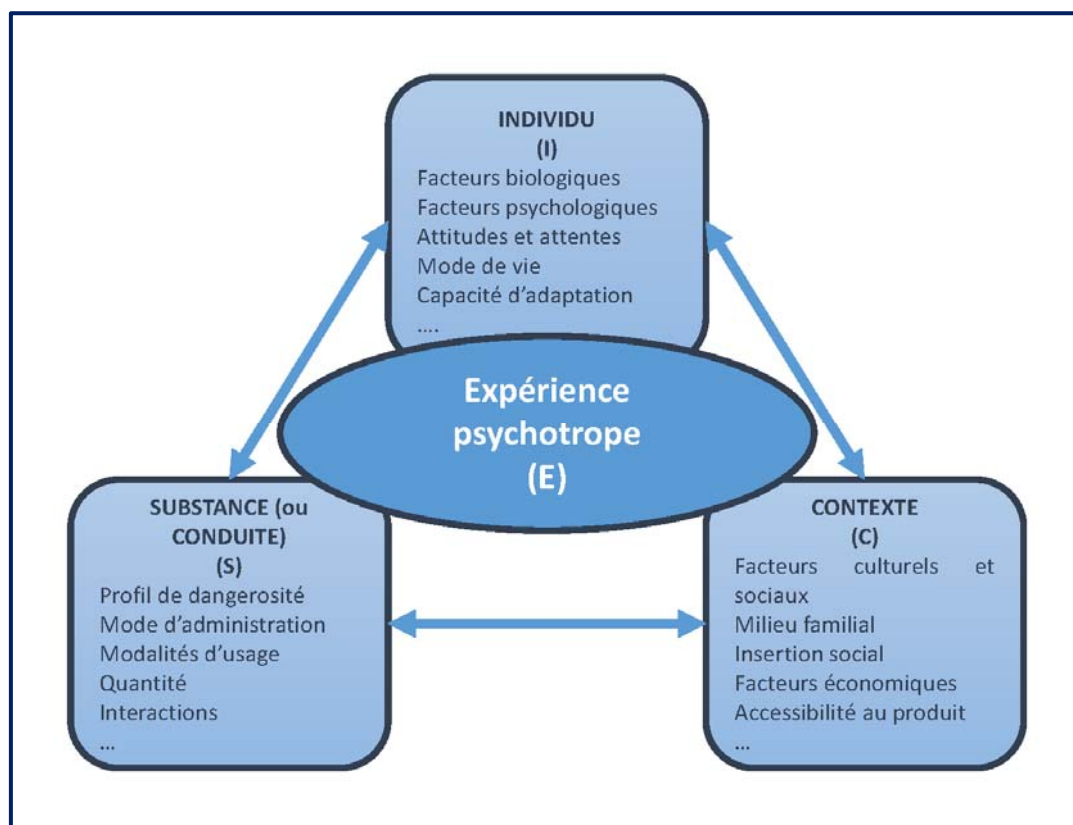


Figure 6. Illustration de l'équation de l'expérience psychotrope (E = SIC) (adaptée de Morel, 2015e)

Ce cadre de réflexion permet aussi de considérer que si de nombreux individus vont expérimenter l'usage d'une substance psychoactive, ou fortement investir une activité, seule une petite minorité d'entre eux finira par tendre vers un usage réellement problématique nécessitant éventuellement une prise en charge au long cours (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; Valleur & Matysiak, 2002). En guise d'illustration, on peut évoquer le chiffre de 31 % de buveurs à risque ponctuel, chez les adultes français de 18 à 75 ans (Beck, Richard, Guignard, Le Nézet, & Spilka, 2015). Ils seraient en revanche environ 8 % (c.-à-d., 3,4 millions) à être des usagers à risque chronique, incluant tous les usages à risque significatif, situations de dépendance et abus (Beck et al., 2015; Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2017). Par comparaison, au niveau mondial, la prévalence d'une problématique en lien avec l'alcool serait de 4,1 % chez les plus de 15 ans. On compte alors environ 2,3 % de

dépendances et 1,8 % d'usages nocifs, selon les critères de la CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Sur le plan européen, ces chiffres sont respectivement de 4,0 % et de 3,5 %.

L'évolution des usages et la transition vers une dimension problématique sont potentiellement longues, comprenant des phases d'aggravation, d'amélioration ou de contrôle (Brochu et al., 2014; Morel, 2015c). La rechute elle-même fait partie du processus (Meliava & Morel, 2015). Elle pourra toutefois être anticipée et accompagnée. Ces trajectoires ont néanmoins une temporalité spécifique, propre à chaque individu (Couteron, 2015a). On estime que la durée moyenne d'une trajectoire addictive, à partir de l'instant où elle prend des proportions problématiques jusqu'à sa résolution, peut aisément dépasser la décennie (Sobell et al., 2001). D'après Dennis, Scott, Funk, et Foss (2005), ces trajectoires peuvent s'étendre sur des décennies et nécessiter de nombreux recours au soin. Dans leur étude, ces auteurs avancent justement une durée médiane de 27 ans. La fonction d'une conduite addictive varie elle-même synchroniquement, d'un individu à un autre à un moment donné de l'existence (p. ex., toutes les consommations à l'adolescence ne se valent pas). Elle varie de même diachroniquement, à deux moments différents de la vie d'un même individu (Contat & Couteron, 2015). Schématiquement, on peut représenter l'évolution des usages au sein d'une pyramide. L'axe vertical représente l'existence d'un continuum entre tous les niveaux d'usage, des moins sévères ou plus sévères, simplement séparés par des phases de transition temporellement plus ou moins marquées (cf. Figure 7 à la page suivante) (Fouilland, 2015a).

Les premières expérimentations surviennent souvent à un jeune âge, en lien avec le contexte familial (Dennis et al., 2005). Elles sont fortement influencées par les approches éducatives, mais aussi par les propres pratiques parentales de consommation et la perception de leur incidence positive ou négative (Couteron, 2015b; Latendresse et al., 2008; Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Ce premier contact pourra s'articuler avec une vulnérabilité individuelle, sur le plan génétique et biologique, aux effets de la substance, qui potentialisera alors les impacts positifs ou réduira ceux qui paraissent indésirables. Ces consommations vont éventuellement se pérenniser dans le temps, notamment au contact des pairs à l'adolescence, avec le risque d'entraîner l'émergence de conduites réellement problématiques, sans pour autant rendre le recours au soin plus précoce (Brochu et al., 2014; Couteron, 2015b; Dennis,

Babor, Roebuck, & Donaldson, 2002; Dennis et al., 2005).

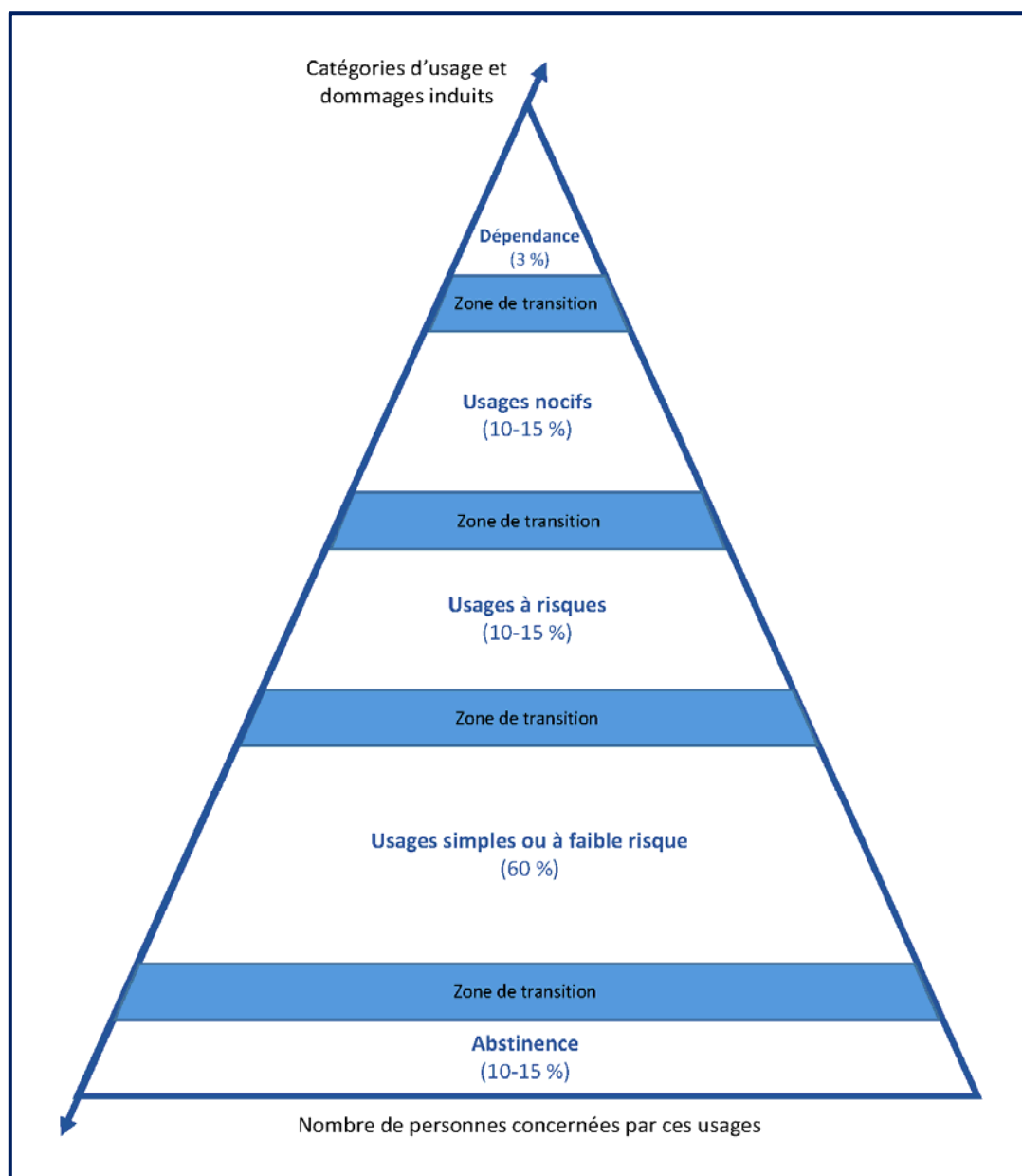


Figure 7. Représentation du continuum des usages et pratiques (adaptée de Fouilland, 2015). Les surfaces et pourcentages ne sont proposés qu'à titre indicatif, afin d'indiquer un ordre de grandeur.

En raison de leur fonction sociale, ces pratiques vont faire écho à des enjeux identitaires et de réaffiliations, majeurs à cette période de la vie (Leslie et al., 2016). On estime que près de 80 % des collégiens français ont déjà bu de l'alcool et que les usages récents (au moins une fois par mois) concernent plus d'un tiers d'entre eux dès la fin du collège (37,1 %) (Spilka et al., 2015). Pour beaucoup, ces premières expériences vont s'inscrire dans la durée sous la forme de pratiques festives et conviviales. En revanche, certaines études soulignent

qu'une initiation précoce de la consommation, avant 14 ans, reste un important prédicteur d'un développement problématique ultérieur (DeWit, 2000; Sartor, Lynskey, Heath, Jacob, & True, 2007). Il faut toutefois rappeler si les problématiques addictives en lien avec l'alcool semblent davantage concerner des individus d'âge mûr, les jeunes adultes peuvent être plus enclins à s'engager dans des conduites d'alcoolisation ponctuelles, mais intenses, susceptibles d'induire d'autres dommages (Contat & Couteron, 2015).

Tout au long de ces trajectoires, un ensemble de facteurs vont contribuer (et il faut insister sur le terme de contribuer) de façon dynamique au contrôle ou à la dérégulation des pratiques (Brochu et al., 2014; Fouilland, 2015a; Hser et al., 2007; Organisation Mondiale de la Santé, 2014; Varescon, 2010) : la qualité des relations interpersonnelles ; les événements de vie notables ; les antécédents et la fréquence des contacts avec le système judiciaire ; le milieu socioéconomique, professionnel et culturel ; la présence et l'interaction de plusieurs problématiques addictives ; les comorbidités diverses ; les caractéristiques des pratiques ; et de diverses caractéristiques et vulnérabilités individuelles. Une étude d'Adamson, Sellman, et Frampton (2009) suggère qu'il n'existe ainsi pas moins de 30 variables différentes, sociodémographiques, relatives à la substance ou au traitement, capables de prédire les évolutions des trajectoires addictives. Les normes culturelles et sociétales actuelles contribuent également à ancrer ces trajectoires : réduction du contrôle social sur les individus ; promotion de l'excès, de la performance et de la satisfaction immédiate ; valeur accordée à l'autodétermination et la régulation de l'individu par lui-même ; le tout associé à de nombreuses instabilités sociales et économiques, répandant la précarité dans toutes les couches de la société et dans l'existence individuelle (Chambon & Couteron, 2015).

Néanmoins, dans l'ensemble, l'effet précis d'une variable donnée reste peu clair, voire contradictoire selon les études (Adamson et al., 2009; Bottlender & Soyka, 2005; McAweeney, Zucker, Fitzgerald, Puttler, & Wong, 2005; Sugarman, Kaufman, Trucco, Brown, & Greenfield, 2014; Witkiewitz, 2011). Pour bien comprendre les enjeux et les évolutions de ces usages, il faut alors tout particulièrement s'intéresser à l'articulation de toutes ces dimensions avec l'expérience subjective (p. ex., les attentes positives et négatives, les affects associés et les diverses stratégies de régulation et compétences psychosociales disponibles) gravitant autour de la conduite (Hasking & Oei, 2007; Meliava & Morel, 2015; Morel, 2015c; Therrien, 2009).

Il semble enfin pertinent de préciser qu'il n'est pas nécessaire qu'un nombre conséquent de facteurs soient simultanément présents pour que la consommation ou la pratique ait lieu, se maintienne ou se résorbe au cours du temps. Il suffira parfois d'un seul, ou de quelques éléments significatifs, à un instant donné (Brochu et al., 2014). Au côté de ces facteurs clés, centraux, d'autres vont s'ajouter pour orienter et consolider la poursuite ou non des usages. Certains auteurs appuient la distinction entre des éléments générateurs des conduites, et des éléments favorisant leur pérennisation (Debray et al., 2010). Parmi les facteurs générateurs, on retrouvera notamment les effets de la consommation, influencés par l'intégralité des croyances et valeurs individuelles, ainsi que l'environnement. Les facteurs de pérennisation incluent alors toute situation où l'alcool fera office à la fois de problème et de solution. Ils peuvent être d'ordre biologique (c.-à-d., le phénomène de dépendance physique), psychologique (les mécanismes de renforcement des conduites d'alcoolisation par les sentiments de culpabilité, d'échec et d'autres affects négatifs), ou encore social (p. ex., renforcement par des complications socioprofessionnelles, familiales ou financières).

Pour conclure, les problématiques liées à l'alcool sont donc particulièrement complexes, par leurs trajectoires d'émergence et d'évolutions inscrites dans le temps, influencées par l'action simultanée d'une myriade de variables, ainsi que par les risques et les dommages qu'elles sont en mesure d'induire chez l'individu, son environnement et la société. Il y a alors un enjeu majeur, tant au niveau mondial, continental que national, d'envisager un ensemble d'actions visant soit la prévention de ces usages problématiques, soit leur prise en charge adaptée. Nous constaterons dans la prochaine section que le parcours de soin d'un individu présentant de telles problématiques peut aussi s'apparenter à une trajectoire complexe, aux différentes étapes, et impliquant de nombreux facteurs.

2.2. Trajectoires du soin en addictologie

Du fait de l'ancrage de ces consommations au sein de la population française, des stratégies conséquentes impliquant prévention, repérage précoce et prise en charge sont indispensables. Cette volonté s'illustre en France depuis quelques décennies avec, notamment, la promulgation de la loi Evin, d'un plan national de prise en charge et de prévention des addictions (le Plan Addiction 2007-2011) ou encore le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la période 2013-2017 (Mission

interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2013). L'implication des pouvoirs publics, aux côtés des professionnels de la santé, du social et des secteurs associés est particulièrement importante. L'enjeu est alors de constituer une offre de services pertinente et adaptée à la population ciblée. L'accès à ces services, ainsi que leurs répercussions sont des éléments à étudier avec attention.

Les fondements de la prise en charge spécialisée en addictologie ont de plus été profondément bouleversés au cours des dernières années, avec l'émergence de nouveaux concepts (modération des usages, réduction des risques et des dommages), de nouvelles modalités de soin (le repérage précoce et les interventions brèves), de nouvelles options médicamenteuses (Nalméfène, Baclofène), ou encore l'évolution des conceptions « athéoriques » autour des troubles addictifs, avec la parution du DSM-5 (Dano et al., 2014). Au cours de cette seconde section, nous allons alors explorer en premier lieu la situation du soin spécialisé en addictologie, en lien avec ces problématiques relatives à l'alcool, en France, avant d'aborder succinctement la modélisation théorique de l'accès au soin, de l'initiation à l'engagement des patients dans le suivi. Enfin, nous évoquerons la notion de trajectoire au sein du soin.

2.2.1. Données chiffrées sur le soin spécialisé en addictologie

Au sein des pays occidentaux, en dépit de l'existence de nombreux programmes de soin spécialisés en addictologie, force est de constater une sous-utilisation des ressources par les personnes concernées par ces problématiques de consommation (Drummond et al., 2011; McCabe, Cranford, & West, 2008; Probst et al., 2015; Xu, Rapp, Wang, & Carlson, 2008). Perron et al. (2009) ont par exemple relevé que seuls 12,4 % des consommateurs problématiques, toutes substances confondues, au sein d'un échantillon de 43 000 participants, ont recours à une aide professionnelle. Cette proportion reste similaire lorsque l'on se centre uniquement sur un échantillon de consommateurs problématiques d'alcool (Hoertel et al., 2014; Saunders, Zygowicz, & D'Angelo, 2006).

D'après les données de l'étude de Hoertel et al. citée au cours d'une précédente section (cf. 1.1.3., p. 22), on constate bien, en France, que seule une fraction des patients dépendants à l'alcool fait appel à une ressource professionnelle (Hoertel et al., 2014). Qui plus est, dans cette même section, nous évoquons un rapport de l'OFDT soulignant que le nombre

d'interventions en lien avec l'alcool, autant dans des structures spécialisées comme les CSAPA (c.-à-d., 135 000 patients en 2016) que dans des structures plus généralistes (p. ex., 500 000 individus hospitalisés en lien avec un trouble de l'usage d'alcool, 50 000 patients suivis hebdomadairement en médecine de ville) était dérisoire compte tenu de l'estimation de 3,4 millions d'usagers à risque (Beck et al., 2013; Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015; Paille & Reynaud, 2015).

Le constat est encore plus saisissant lorsque l'on compare ce taux d'accès au soin à celui impliquant d'autres problématiques de santé. Par exemple, une étude réalisée aux États-Unis suggérait que l'écart entre l'accès au soin pour une problématique relative à l'alcool (entre 7 à 15 %) et celui lié à une cataracte (de 73 à 84 %), un cancer du sein (de 70 à 81 %), ou un trouble dépressif (entre 55 et 60 %) était véritablement conséquent (McGlynn et al., 2003). Cela ne va pas finalement sans poser la question d'un réel enjeu de santé publique, avec des individus en grande difficulté, non traités, voire parfois même non détectés ou diagnostiqués. Il est connu que les individus ne recevant aucune aide formelle restent particulièrement sensibles aux rechutes et à l'aggravation des risques et des dommages (Brochu et al., 2014). Simultanément, il est bien reconnu que recevoir un soin contribue généralement à une réduction significative des conduites de consommation, des problématiques connexes et du coût général pour la société (Hser, Hoffman, Grella, & Anglin, 2001). Cet état de fait n'est pas non plus sans avoir des répercussions sur la pérennité et l'activité des services. Afin de préserver leur légitimité, ces ressources doivent alors œuvrer pour démontrer et améliorer constamment l'efficacité de leurs interventions, face aux décideurs politiques et économiques et à l'opinion publique (Klingemann & Klingemann, 2008). Ces enjeux relatifs à la santé, mais également à la politique et à l'économie semblent finalement si importants que la question de l'accès au soin a depuis bien longtemps investi le champ de la recherche scientifique.

2.2.2. Conceptualisation de l'accès et de l'utilisation du soin

Pour mieux comprendre ce processus et ainsi améliorer le parcours de soin des individus, plusieurs modèles théoriques questionnant l'accès au soin, et plus globalement le processus de changement, ont été élaborés. À cet égard, Clarke (2007) a réalisé il y a quelques années une revue des trois principaux modèles existants jusqu'alors. En premier lieu est cité

le *Transtheoretical Model of Change* de Prochaska, DiClemente, et Norcross (1992). Il s'agit d'un modèle très fréquemment employé par les chercheurs et les professionnels de terrain en lien avec les conduites addictives. Il fut conçu en lien avec la cessation de la consommation de tabac. Spécifiquement, il comprend cinq grandes étapes, ou stades, et se focalise sur les facteurs intrinsèques impliqués dans le processus de changement. Il implique tout d'abord une phase de préintention (ou précontemplation), où aucune réelle intention de changer n'est encore réellement présente chez l'individu. À ce stade, les individus peuvent ne pas être informés ou conscients des conséquences de leur conduite, ou restent démoralisés après une précédente tentative de changement. Succède à cette première phase une phase d'intention ou de contemplation au cours de laquelle le changement est envisagé, dans un avenir plus ou moins proche. L'individu a conscience des bénéfices et des coûts associés à ce dernier, mais la conduite actuelle peut encore lui sembler préférable. Après cette phase survient un stade de préparation. Le changement est envisagé dans un avenir relativement proche, mais qui nécessite un ensemble de prises de décision et de planifications. Enfin, lors de la phase d'action, les individus modifient leur conduite, leur environnement. Une phase de maintenance doit normalement avoir lieu afin d'éviter la rechute, le retour préjudiciable à l'ancienne habitude, et pour pérenniser les gains obtenus à l'issue du changement.

Le *Social-Behavioral Model* (Andersen, 1995) est lui aussi régulièrement cité lorsqu'il s'agit de mieux appréhender l'utilisation des services spécialisés (Barman et al., 2011; Rapp et al., 2006; Wu, Blazer, Li, & Woody, 2011). Ce modèle distingue trois types de facteurs dits extrinsèques. Il met notamment en avant un ensemble de facteurs de prédisposition, incluant variables sociodémographiques (p. ex., sexe, âge, ethnie, niveau d'études, statut marital, etc.). Il existe ensuite une gamme de facteurs conditionnant l'initiation du soin : la disponibilité, l'accessibilité physique et économique et l'acceptabilité de ces ressources professionnelles ; leur adéquation avec d'éventuelles spécificités culturelles ; la nature du soutien social et les ressources individuelles. Enfin, divers facteurs situationnels sont relatifs au besoin. Il y a tout d'abord l'évaluation subjective et objective quant à la sévérité de la problématique actuelle. Les comorbidités, les expériences antérieures en traitement et les incidences négatives peuvent également jouer un rôle significatif (Booth, Kirchner, Fortney, Ross, & Rost, 2000). Ces trois grandes catégories de variables entrent alors en relation avec les différentes caractéristiques du système de santé. On pense notamment aux politiques publiques en

vigueur, aux financements accordés à certaines ressources, aux critères d'admission et d'orientation ou encore à la coopération entre les services, structures et professionnels (Appel, Ellison, Jansky, & Oldak, 2004; Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Rapp et al., 2006; Scott, Sherman, Foss, Godley, & Hristova, 2002).

Toutefois, Clarke (2007) émet une critique majeure à l'encontre de ces deux modèles. En l'occurrence, le poids de l'interaction dynamique entre les facteurs intrinsèques évoqués dans le *Transtheoretical Model of Change* et les facteurs extrinsèques du *Social-Behavioral Model* n'est pas suffisamment souligné. Un troisième modèle est alors introduit, le *Network-Episode Model* (Pescosolido, 1992; Pescosolido, Gardner, & Lubell, 1998). Ce dernier insiste sur l'importance de l'environnement social de l'individu, ainsi que des événements de vie rencontrés, sur la décision et l'action d'aller en soin. Cet environnement, qu'il s'agisse de la famille, des pairs, des employeurs ou du système judiciaire, a alors un rôle complexe et dynamique. Il peut fournir du soutien, de l'information sur la problématique et les ressources professionnelles à disposition, contribuant à la construction des attentes et des croyances de l'individu. L'environnement peut également être coercitif en faveur ou en défaveur du soin. Ces positions peuvent ainsi, selon leur nature et leur interaction avec la trajectoire individuelle, faciliter ou restreindre l'accès au soin.

Un autre modèle présenté par Levesque, Harris, et Russell (2013) a néanmoins émergé plus récemment et semble s'inscrire dans cette logique multidimensionnelle où des facteurs à la fois internes et externes agissent de concert pour influencer l'accès et le parcours en soin. Ces auteurs font tout d'abord appel à cinq grandes dimensions définissant successivement les services de santé. Ils soulignent en premier lieu leur visibilité, à quel point l'offre de services est lisible et connue par la population ciblée (*Approachability*). On parlera ensuite de l'acceptabilité des ressources, en lien avec la notion de stigmatisation (*Acceptability*). La disponibilité d'une ressource (*Availability and accommodation*) se définit quant à elle autant par la facilité de l'accès physique (p. ex., localisation géographique, liaisons en transport) que par des notions temporelles (c.-à-d., heures d'ouverture). Le coût économique du soin est aussi considéré (*Affordability*), ainsi que la pertinence de la ressource à l'égard de la problématique et des spécificités individuelles et culturelles (*Appropriateness*). En miroir, cinq compétences propres à l'individu sont mobilisées durant ce processus. Elles entrent en interaction avec les caractéristiques des ressources. Les individus doivent alors avoir la

capacité de percevoir l'existence de ces ressources (*ability to perceive*), de rechercher leur contact (*ability to seek*), de les atteindre (*ability to reach*), à en supporter les frais financiers (*ability to pay*) et à s'engager significativement dans les interventions (*ability to engage*).

L'évocation de ces quelques modélisations nous permet de réellement considérer l'accès au soin comme un processus complexe, s'inscrivant dans une dynamique multidimensionnelle, impliquant des variables relatives à l'individu, à sa conduite de consommation et à son environnement, et des variables caractéristiques du système et des ressources de santé. Il reste que l'initiation du soin spécialisé en addictologie constitue une étape fondamentale dans le processus de changement relatif aux conduites addictives. En plus de l'insertion concrète au sein d'un suivi, l'accès, effectif, aux ressources adéquates est en mesure d'induire un sentiment de satisfaction influençant tout le processus de recherche d'aide et de changement (Brochu et al., 2014). Le parcours en soin puis éventuellement le changement peuvent alors être envisagés avec plus de facilité et de fluidité. L'accès initial aux services spécialisés peut effectivement être vécu comme un véritable événement libérateur. La première rencontre est en elle-même une réelle prise de risque pour l'individu, tout en marquant le début d'un travail thérapeutique relativement inédit (Valleur & Matysiak, 2008). On ne peut toutefois pas pleinement comprendre l'initiation du soin sans aborder la question de la demande.

2.2.3. La demande et l'orientation vers le soin

Dans l'ensemble, il existe une distinction notable entre la dynamique associée à une toute première demande de soin au sein d'une structure spécialisée, et celle reliée à des demandes récurrentes, qui seront associées à une plus grande expérience de ces contextes ainsi qu'à des attentes bien différentes. Ces éléments sont importants à considérer dans la mesure où le contact avec les services spécialisés, pour une problématique addictive, prend la forme d'un processus itératif. Plusieurs épisodes de soin sont souvent nécessaires pour aboutir une amélioration satisfaisante et stable (Naughton, Alexandrou, Dryden, Bath, & Giles, 2013). Par extension, l'expérience actuelle du soin, et les différentes croyances et représentations qui y sont associées, se construisent sur les fondations laissées par les précédents recours aux services spécialisés. Si une expérience antérieure a été vécue comme positive, en adéquation avec les besoins et les difficultés de l'individu, cela constitue un

facteur pouvant faciliter la demande actuelle (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Luoma et al., 2007; Saunders et al., 2006). La qualité de la relation humaine, de l'alliance thérapeutique, constitue un élément critique de cette démarche (Brochu et al., 2014; Wagner, Bertrand, et al., 2017; Wisdom, Cavaleri, Gogel, & Nacht, 2011). Réciproquement, une mauvaise expérience aura un effet négatif.

Ceci étant dit, il faut ensuite préciser la distinction entre les demandes, directes, émergeant ouvertement du patient, de toutes les autres : demande et orientation par l'entourage, un autre professionnel de la santé, les services sociaux ou judiciaires, etc. En examinant la littérature, on constate que de nombreux motifs peuvent justifier l'initiation d'une telle demande de soin (Nebhinani, Sarkar, Ghai, & Basu, 2012; Rehm, Allamani, et al., 2015; Suurvali, Hodgins, & Cunningham, 2009). L'une des raisons principales a trait au vécu de la conduite addictive elle-même : constater le fait d'être devenu un consommateur plus que régulier ; de présenter une consommation ancienne ; le cumul des conséquences indésirables ; ou encore, le besoin impérieux de consommer tous les jours. *A fortiori*, l'individu peut être d'autant plus enclin à entamer cette démarche lorsque ses propres tentatives de régulation ont échoué. D'autres individus vont spécifiquement rechercher le soin au moment où ils sont confrontés à de trop grandes difficultés financières ou relationnelles (Suurvali et al., 2009). Certains vont plutôt invoquer une diminution notable de la qualité de vie, de leur état de santé et de leur fonctionnement global (Leplège & Coste, 2002). Roper, McGuire, Salmon, et Booth (2013) soulignent quant à eux que les demandes de soin se retrouvent régulièrement formulées à la suite d'un événement de vie majeur (p. ex., un décès, un accident, une perte d'emploi, un divorce, etc.). Au cours de ces « ruptures » existentielles, l'individu serait plus à même de prendre conscience de sa situation et des enjeux associés à sa conduite. Il serait même plus sensible à toute proposition de changement (Nebhinani et al., 2012; Roper et al., 2013).

La demande apparaît être fréquemment du fait de l'entourage. En effet, les proches du consommateur sont les premiers témoins, voire victimes, des détériorations issues de la conduite problématique (Brochu et al., 2014). C'est alors l'entourage qui va être particulièrement à même de prendre contact avec les ressources spécialisées, notamment lorsqu'il existe une crainte quant à l'aggravation de la situation et de la condition de l'utilisateur (Hing, Tiyce, Holdsworth, & Nuske, 2013). Le lien vers les services spécialisés peut même

parfois être complètement indirect, sans même la formulation initiale d'une demande spécifique concernant l'alcool (Debray et al., 2010). C'est notamment le cas lorsque l'individu est amené à fréquenter des ressources plus généralistes, éventuellement de première ligne, pour un problème de santé mentale ou physique, des difficultés sociales et administratives. La problématique liée à la consommation pourra alors être repérée à cet instant par les professionnels, qui seront éventuellement capables d'orienter l'individu vers des ressources plus spécialisées.

Le système judiciaire constitue enfin une porte d'entrée vers le soin qu'il ne faut pas négliger, *a fortiori* pour les plus jeunes consommateurs (Brochu et al., 2014; Meyer, Tangney, Stuewig, & Moore, 2014). Néanmoins, dans ce contexte particulier, d'autres enjeux coexistent à la question directe du changement, comme une réduction du temps d'emprisonnement ou des aménagements de peine. Le soin prend ainsi une valeur particulière. Si la substance psychoactive exerce par définition une emprise sur l'individu, le cadre judiciaire va induire une coercition légale supplémentaire. En effet, en cas de non-respect des obligations, de rechutes, ou d'abandon du suivi, des conséquences légales peuvent survenir. Ces enjeux sous-jacents sont alors en mesure de fausser l'engagement réel des individus dans le processus de soin et de changement.

Pour aller plus loin, on peut inspecter ces situations à l'aune de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2002). Les demandes indirectes, de l'entourage, de l'environnement social ou d'autres acteurs professionnels peuvent induire une motivation dite extrinsèque. Le soin sera recherché afin d'éviter les sanctions et/ou de satisfaire ces tiers. Toutefois, si cette pression n'est pas excessivement disproportionnée, auquel cas elle se révélera souvent contre-productive, cette motivation peut au cours du temps s'internaliser (I. Goodman, Peterson-Badali, & Henderson, 2011; Wild, Cunningham, & Ryan, 2006). Le soin sera alors davantage recherché et investi afin de répondre à une demande personnelle et interne. Ainsi, les préoccupations, pressions et injonctions externes peuvent aider l'individu à réaliser que sa conduite pose problème, à formuler sa demande d'aide et à l'engager vers le changement (Gauthier, Bertrand, & Nolin, 2010; Orsi & Brochu, 2009; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Ce sont en revanche les ressources internes qui déclenchent réellement le changement. Il a par ailleurs été montré qu'un haut niveau de motivation interne et externe était associé à une plus forte probabilité d'initiation et d'engagement total dans le soin, ainsi

qu'à de meilleurs résultats à l'issue de la prise en charge (Morel & Couteron, 2008).

Nous l'avons vue, la demande peut provenir du patient, de son entourage ou d'acteurs extérieurs. Elle peut être adressée directement auprès des services spécialisés, mais la problématique peut tout autant être rendue visible lors d'un contact opportun avec d'autres acteurs (p. ex., les services judiciaires et sociaux, etc.). Plutôt que de considérer que la demande est adressée au mauvais endroit, la tendance actuelle est plutôt d'envisager toute opportunité de rencontre comme une porte d'entrée vers un accompagnement adapté à la problématique de l'individu (Brochu et al., 2014). On peut retrouver ce principe général sous le terme du *no wrong door*. Cela implique néanmoins l'articulation entre un travail de repérage, d'orientation et de collaboration entre tous les professionnels maillant le réseau des services à même de croiser des problématiques addictives dans leur activité quotidienne (Brochu et al., 2014; Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro, & Perreault, 2010). L'orientation de l'individu vers la bonne ressource induit un ensemble de réactions positives renforçant ce dernier dans sa démarche. L'avantage est que les patients auront la sensation d'être particulièrement soutenus, accueillis et accompagnés, ce dès leurs premiers pas au sein des services.

Le repérage des patients présentant une problématique liée à l'alcool reste malgré tout complexe pour des intervenants de première ligne non spécialisés. Une précédente étude a ainsi montré que seuls 15,7 % des patients reçus dans ce cadre avaient effectivement été repérés (Edlund, Unützer, & Wells, 2004). En France, l'implantation de ces pratiques de repérage, notamment par les médecins généralistes, reste encore imparfaite. Seuls 23 % de ces professionnels déclarent effectuer un repérage annuel de la consommation d'alcool chez leurs patients (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2011). L'implication des professionnels, du patient lui-même, et de son entourage, représente malgré tout une condition fondamentale pour le bon déroulement de cette démarche (Brochu et al., 2014; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Cependant, tout le processus d'accès et d'engagement dans le soin reste vulnérable à l'action d'un ensemble de facteurs pouvant entraver, restreindre ou inhiber ces étapes du soin.

2.2.4. Les barrières au traitement

Certains consommateurs problématiques retardent parfois l'initiation du traitement

pendant près d'une décennie (Rapp et al., 2006). La littérature a rapidement cherché à comprendre l'existence de tels délais. Elle a ainsi pointé l'existence d'un ensemble de facteurs en mesure d'entraver, restreindre ou faire obstacle à l'accès aux services spécialisés en addictologie, les barrières au traitement (Allen, 1994). On peut distinguer des barrières externes, relatives au traitement et des barrières internes, relatives à l'individu (Rapp et al., 2006). Dans l'ensemble, on peut aisément relier ces différents facteurs aux modélisations de l'accès au soin, et notamment aux dix caractéristiques fondamentales du modèle de Levesque et al. (2013) (cf. 2.2.2., pp. 77-78). Enfin, Clarke (2007) suggérait que parmi les trois modèles passés en revue, le *Social-Behavioral Model* et le *Network-Episode Model* étaient les mieux à même de mettre en évidence l'impact des barrières au traitement au cours du processus de soin.

Les barrières externes font référence aux conditions d'accès, des modalités d'admission et de suivi, trop complexes ou trop longues. (Brochu et al., 2014; Redko, Rapp, & Carlson, 2006; Saunders et al., 2006; Tucker, Vuchinich, & Rippens, 2004). Cela implique également l'absence de ressources ou d'interventions adaptées, par manque de moyens économiques ou de décision politique (Brochu et al., 2014). Néanmoins, la question du coût reste moins sensible en France que dans la plupart des pays étudiés dans la littérature, dans la mesure où il existe une offre de service public sans charge financière excessive (Perron et al., 2009; Probst et al., 2015; Tucker et al., 2004; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Des frais indirects peuvent toutefois subsister pour ce qui a trait au déplacement et à l'hébergement, qui n'est pas systématiquement pris en charge par une assurance complémentaire. Cela peut être problématique pour les populations défavorisées ou instables économiquement (Adler, Pritchett, Kauth, & Mott, 2015; Brochu et al., 2014; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Plus largement, une mauvaise couverture santé peut restreindre le choix des ressources et des interventions à disposition.

Il peut également exister un défaut au moment du repérage et de l'orientation vers des ressources appropriées. Nous avons vu lors de la sous-section précédente que le repérage est loin d'être systématique en France (cf. 2.2.3., p. 81). On estime par ailleurs qu'il existe une tendance à ne repérer que les cas les plus lourds, aux nombreuses comorbidités (Brochu et al., 2014). Certains professionnels peuvent de plus être réticents au fait d'aborder cette problématique avec leurs patients (Groppi, Geiger, & Lafortune, 2011). Ils peuvent aussi se

sentir particulièrement démunis pour leur venir en aide. Plus largement, la démarche même de collaboration entre services peut parfois leur sembler incongrue. Enfin, une minorité peut stigmatiser cette population de patients (Brochu et al., 2014; Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Du point de vue des patients, l'orientation vers une ressource spécialisée peut être vécue comme une expérience contraignante, notamment pour ceux dont la demande n'est pas encore bien définie. D'autres peuvent se sentir impuissants, voire être déçus lorsqu'ils ne reçoivent pas l'aide qu'ils s'étaient imaginé recevoir (Brochu et al., 2014). Plus précisément, l'adéquation des services, quant à leur fond et leur forme, aux besoins de l'individu, constitue une barrière majeure (Copeland, 1998; Klingemann & Klingemann, 2008).

Dans un second temps, ce sont les barrières internes, en lien avec les croyances et les perceptions des individus, qui sont particulièrement significatives. Si les caractéristiques sociodémographiques ne constituent pas en soi des barrières, elles peuvent indirectement impacter l'accès au traitement (Rapp et al., 2006). Par exemple, une intervention ne prenant pas en compte certaines spécificités individuelles ne sera pas pertinente pour toute une partie des patients potentiels. Un jeune âge est lui, fréquemment associé à une moindre conscience du caractère nocif de l'usage de substances. Certains usagers peuvent être convaincus de leur insensibilité aux effets du produit, ou qu'ils sont en mesure d'en garder la maîtrise par leurs propres moyens (Mowbray, Perron, Bohnert, Krentzman, & Vaughn, 2010; Perron et al., 2009; Saunders et al., 2006; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Cette croyance est particulièrement significative à l'heure où, au sein de la société post-moderne actuelle, la gestion individuelle des difficultés prévaut (Brooks & Cheng, 2001; Klingemann & Klingemann, 2008). Ainsi, aller en soin équivaldrait à accepter et montrer au grand jour leur faillibilité, dans le sens d'une véritable autostigmatisation, avec des répercussions sur leur propre identité et estime de soi, et l'émergence de sentiments de culpabilité et de honte (Choi, DiNitto, & Marti, 2014; Cunningham et al., 1993; Drapalski et al., 2013; Gulliver et al., 2010; Perron et al., 2009). Face à ces risques, la tendance serait de dissimuler voire de nier la nature problématique de la conduite (Brochu et al., 2014).

Ces éléments mettent réellement en lumière le rôle majeur des croyances personnelles sur ses capacités propres, sur les services et les professionnels (Brochu et al., 2014; Priester et al., 2016; Wagner, Bertrand, et al., 2017). De précédentes études ont montré que le manque de confiance dans l'utilité, l'efficacité ou la complexité des interventions, voire

envers les professionnels et le soin en général, représentait une barrière significative (Alonso et al., 2004; Brochu et al., 2014; Rockloff & Schofield, 2004; Tucker et al., 2004). Certains individus peuvent être particulièrement préoccupés par tout ce qui a trait à la confidentialité et l'exposition du privé et de l'intime (Tucker et al., 2004). Dans d'autres cas, les patients justifient leur nonaccès au soin par une faible estime en leur capacité à changer (Brochu et al., 2014). Un ensemble de patients peuvent avoir l'impression d'être systématiquement jugés, incompris, dévalorisés, voire abandonnés à leur sort. La stigmatisation peut être réellement problématique, notamment chez les hommes d'âge mûr (Choi et al., 2014; Gulliver et al., 2010; Rockloff & Schofield, 2004; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Le fait d'aller en soin peut finalement être perçu comme source de davantage de soucis (Clement et al., 2015; Wagner, Bertrand, et al., 2017).

Pour conclure cette section, il est important de bien considérer que chaque barrière est en mesure d'intervenir à un instant précis du processus de soin (Saunders et al., 2006; Xu et al., 2008). Il reste suggéré que dans l'ensemble, les barrières internes sont plus fréquentes et plus problématiques. Les barrières constitueraient avant tout un ensemble multidimensionnel ne variant que très peu avec l'âge, le sexe ou l'ethnie, mais qui doit être intégré à tout un contexte culturel, économique et politique (Andersen, 1995; Probst et al., 2015; Xu et al., 2008). *A fortiori*, du fait de leur consommation, les individus peuvent aisément être confrontés à des situations de perte de contrôle, de détresse ou d'instabilité psychosociale, catalysant alors l'effet des barrières (Edlund, Booth, & Feldman, 2009; Redko et al., 2006). D'autres auteurs insistent particulièrement sur le fait que ces éléments sont en mesure d'impacter l'initiation puis l'engagement ultérieur dans le soin (Gulliver et al., 2010; Rapp et al., 2006; Saunders et al., 2006). La compréhension de cette influence passe aussi par l'idée qu'un seul facteur, quel qu'il soit, peut à la fois faire office de barrière pour certains individus, et de facilitateur pour d'autres (Naughton et al., 2013; Wagner, Bertrand, et al., 2017).

2.2.5. Le cas des abandons prématurés

Si bon nombre d'individus présentant des conduites problématiques ne sont jamais détectés ou ne se présentent pas en soin, d'autres finissent bien par entrer en contact avec les services spécialisés en addictologie. Néanmoins, il n'est alors pas non plus si rare

d'observer un départ prématuré, c'est-à-dire un abandon de la prise en charge avant la fin initialement prévue, éventuellement selon un commun accord avec les intervenants (Deane et al., 2012; McHugh et al., 2013). Cela constitue par ailleurs une difficulté récurrente de la prise en charge des problématiques addictives, qu'elles soient associées ou non à d'autres troubles psychiatriques (Agyapong, Rogers, MacHale, & Cotter, 2010; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong, & Schrijvers, 2001; Roncero et al., 2012; Schmitt, Phibbs, & Piette, 2003). Des données relativement anciennes, désormais corroborées par des plus récentes, avancent qu'entre 17 et 57 % des patients quittaient prématurément le soin, qu'il s'agisse d'un contexte de soin ambulatoire ou résidentiel (Brewer, Zawadski, & Lincoln, 1990; Deane et al., 2012; McHugh et al., 2013; Roncero et al., 2012; Wickizer et al., 1994). Une étude précise même que jusqu'à neuf patients sur dix fréquentant un centre de soins ambulatoires pour une problématique d'alcool abandonnent leur suivi au bout d'un an (Roncero et al., 2012). Plus particulièrement, le risque d'arrêt précoce semble élevé pendant les six premiers mois du suivi et lors des périodes de sevrage (Roncero et al., 2012; Santa Ana, Wulfert, & Nietert, 2007). Enfin, en France, dans le cadre des interventions proposées en CSAPA, on estime que 21 % des patients présentant une problématique liée à l'alcool ne viennent qu'une seule fois (Palle & Rattanatray, 2013).

Depuis maintenant plusieurs décennies, la recherche scientifique a pu indiquer que les départs anticipés du soin ont un impact réellement négatif sur l'amélioration de la problématique addictive, le risque de rechute et les complications relatives à la santé (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998). A contrario, l'engagement et le maintien en soin, tout en prenant en compte l'intensité et la durée de la prise en charge thérapeutique, améliorent significativement les chances d'abstinence (Fiorentine et al., 1999; Frydrych, Greene, Blondell, & Purdy, 2009), ainsi que la santé et le bien-être des individus (Gossop et al., 2002; Hawkins, Baer, & Kivlahan, 2008; Perkins et al., 2016). De nombreux auteurs soutiennent que l'engagement du patient, sous la forme d'une adhésion et d'une observance thérapeutique significative, devrait être un objectif même du soin, tant cela constitue une condition nécessaire pour la réussite de ce dernier (Laudet, Stanick, & Sands, 2009; Maremmanni et al., 2016; Roncero et al., 2012).

Ces « perdus de vue » représentent malgré tout une part importante des files actives des patients reçus en soin, tout en restant relativement peu connus des spécialistes et des

professionnels. Tout un pan de la littérature s'est alors consacré à la compréhension de ce phénomène. Ces études restent néanmoins complexes à mener, en raison de la nature du phénomène en question et donc de la fréquente perte de contact avec ces patients (Roncero et al., 2012). Dans l'ensemble, on constate que le rôle de nombreux facteurs reste largement en discussion au sein de la littérature : l'âge, le genre, les déficits cognitifs, les comorbidités psychiatriques, le statut marital ou professionnel, l'intensité des phénomènes de *craving*, la motivation au changement, les événements de vie survenus au cours du soin, et bien d'autres encore (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2012; Stevens et al., 2013; Vafaeinasab et al., 2015; Wagner & Acier, 2017).

Un consensus semble toutefois émerger concernant une catégorie précise de variables. Ainsi, dans leur revue de 122 études sur la thématique de l'engagement dans le suivi, Brorson et al. (2013) ont mis en évidence la fréquente influence négative des déficits cognitifs sur la poursuite du soin. Ces problématiques sont, en l'occurrence, récurrentes chez les consommateurs de substances psychoactives, et en particulier d'alcool (cf. 2.1.3.3., pp. 52-53). Elles peuvent concerner une large gamme de fonctions cognitives : résolution de problème, apprentissage, mémoire, fonctions exécutives, etc. Or, ces différentes capacités sont normalement impliquées au cours du soin, voire interagissent avec des dimensions importantes dans celle-ci : motivation au changement, sentiment d'efficacité personnelle, etc. (Bates, Pawlak, Tonigan, & Buckman, 2006; Blume, Schmalting, & Marlatt, 2005). Différentes études ont depuis longtemps appuyé l'idée que ces problématiques impactaient de manière significative l'efficacité du soin, ses résultats, mais également la reprise de la consommation et la rechute au cours de la prise en charge (Aharonovich et al., 2006; Aharonovich, Nunes, & Hasin, 2003; Copersino et al., 2012; Likhitsathian et al., 2012; Marceau, Lunn, Berry, Kelly, & Solowij, 2016).

À part pour ces atteintes cognitives, le constat reste plus complexe pour bon nombre d'autres dimensions. Les résultats de la littérature apparaissent alors très inconsistants et controversés concernant leur rôle sur le maintien ou non du patient dans le soin (Brorson et al., 2013). Cela concerne par exemple l'influence des comorbidités psychiatriques. Ces situations sont en effet la norme au sein des populations de patients présentant des problématiques de consommation (Nocon, Bergé, Astals, Martín-Santos, & Torrens, 2007;

Roncero et al., 2012; Szerman et al., 2011; Volkow, 2009). Elles représentent un important facteur dans le développement et le maintien des trajectoires de consommation (Roncero et al., 2015; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014). Ces problématiques apparaissent régulièrement associées à un temps réduit en soin et une moindre efficacité de ce dernier (Darke et al., 2009; González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014). Certains auteurs pointent plus particulièrement le rôle des troubles anxieux dans l'abandon du soin (Elmquist, Shorey, Anderson, & Stuart, 2016; Zandberg, Rosenfield, Alpert, McLean, & Foa, 2016). Les résultats les plus homogènes semblent toutefois concerner deux troubles de la personnalité, histrionique et antisociale (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012; Meier & Barrowclough, 2009). Néanmoins, les situations de double diagnostic sont occasionnellement liées à un engagement plus ferme dans le soin et une meilleure réussite de ce dernier (Maremmanni et al., 2013), tandis que pour d'autres auteurs, le fait de présenter une comorbidité psychiatrique n'induit aucune incidence sur la prise en charge spécialisée en addictologie (Astals et al., 2009). Il est alors plus probable que seuls certains traits psychopathologiques aient un impact notable sur la prise en charge des conduites addictives (Maremmanni et al., 2016).

D'autres études se focalisent davantage sur l'impact de la substance et de ses modalités d'usage (Brorson et al., 2013). Pour certains auteurs, les consommateurs d'alcool semblent plus à risque d'interrompre prématurément leur suivi. Pour d'autres, toutefois, ce serait plutôt les consommateurs d'opiacés ou les polyconsommateurs (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012). On peut également suggérer l'existence d'une interaction entre l'usage d'alcool et celui d'autres substances psychoactives (Wagner & Acier, 2017). Par exemple, la consommation de cannabis serait associée à une reprise ou une rechute du trouble de l'usage d'alcool au cours du soin (Peters & Hughes, 2010; Subbaraman, Metrik, Patterson, & Swift, 2017). Les autres consommations peuvent ainsi exercer un rôle de compensation lorsque les patients font face à une modification de leur consommation d'alcool (Subbaraman et al., 2017). Au-delà de l'objet même de la conduite addictive, d'autres recherches questionnent l'ensemble des aspects de la pratique. Il est par exemple suggéré qu'une forte sévérité du trouble est reliée à une faible observance thérapeutique (Skule et al., 2017). D'autres chercheurs montrent que ce serait plutôt l'inverse, qu'une faible sévérité de la problématique serait davantage associée à l'abandon du suivi (Ray, Hutchison, & Bryan,

2006; Vuoristo-Myllys et al., 2013).

Le *craving* et la motivation au changement sont deux dimensions qui semblent fondamentales dans l'étude des trajectoires de consommation et dans le soin (Collins, Malone, & Larimer, 2012; Morgenstern, DiFranza, Wellman, Sargent, & Hanewinkel, 2016; Rice, Hagler, & Tonigan, 2014; Witkiewitz, 2011). Dans un premier temps, le *craving* peut être succinctement défini comme étant l'expression d'un désir irrépressible, tourné vers la consommation de la substance (Couteron, 2015c; Meliava & Morel, 2015; Tiffany & Wray, 2012). Selon Yoon, Kim, Thuras, Grant, et Westermeyer (2006), entre 54 % et 72 % des individus présentant un trouble de l'usage d'alcool expérimentent des manifestations notables du *craving*. Les envies d'alcool peuvent prendre une variété de formes et d'intensités, tout en restant particulièrement imprévisibles et oppressantes pour l'individu (Kvamme et al., 2015). Dans les cas extrêmes, le *craving* peut vaincre toute intention de changement chez le consommateur (Bradshaw, Shumway, Wang, & Harris, 2014; Browne et al., 2016). Néanmoins, par rapport aux abandons du soin, le rôle précis de ce facteur reste peu clair. D'après certaines études, un désir impérieux de consommer est en mesure de prédire les sorties prématurées du soin (Field, Mogg, Mann, Bennett, & Bradley, 2013; Ray et al., 2006), tandis que ce n'est pas le cas dans d'autres (Deane et al., 2012; Filho & Baltieri, 2012). La motivation au changement fait référence à un processus multidimensionnel complexe décrivant la tendance d'un individu à s'inscrire dans un changement psychologique et comportemental (Arkowitz, Miller, & Rollnick, 2015; Prochaska et al., 1992). Encore une fois, la littérature reste très hétérogène quant à son influence sur le maintien en soin. On constate que dans certaines études, une trop forte ou trop faible motivation au changement est un facteur significatif d'abandon ultérieur du suivi et de rechute. Pour d'autres recherches, il n'apparaît aucune relation significative (Brorson et al., 2013; Callaghan et al., 2005; Kelly, Urbanoski, Hoepfner, & Slaymaker, 2012).

Un nombre conséquent d'études se sont penchées sur l'impact des caractéristiques du traitement (p. ex., durée du traitement et des interventions, modalités du suivi, contexte clinique et institutionnel, alliance thérapeutique), sans, encore une fois pouvoir aboutir à un résultat significatif récurrent (Brorson et al., 2013; Curran, Stecker, Han, & Booth, 2009). Il est toutefois probable que ces dimensions sont impliquées dans l'abandon du soin lorsqu'elles sont source d'insatisfaction. Une étude de Laudet, Stanick, et Sands (2009) interrogeaient les

raisons données par les patients pour expliquer l'interruption volontaire de leur suivi. Parmi celles-ci, on retrouve l'insatisfaction à l'égard des modalités du suivi, l'établissement fréquenté, les relations avec l'équipe soignante, et enfin diverses difficultés personnelles et familiales. Ce dernier élément nous rappelle encore une fois que la nature des relations sociales peut avoir un rôle significatif. Ainsi, un faible soutien social peut compromettre le maintien dans le soin sur le long terme. Toutefois, dans certains cas, le fait d'aller en soin permet de s'éloigner d'un environnement social peu favorable, et ainsi être vécu positivement (Brochu et al., 2014; I. Goodman et al., 2011; Wagner, Bertrand, et al., 2017; Wagner & Acier, 2017). Enfin, il ne faut pas négliger l'importance de l'adéquation entre le cadre institutionnel proposé (p. ex., soins ambulatoires, hospitalisation) et les besoins de l'individu au moment précis où celui-ci est orienté vers une prise en charge spécialisée (Mulder, Koopmans, & Hengeveld, 2005; Roncero et al., 2012).

Nous l'avons ainsi constatée au cours des précédentes sections, la trajectoire du patient au sein du soin est au moins aussi complexe que celle décrivant ses conduites de consommation et toute autre pratique addictive. Nous allons à présent conclure cette partie du Chapitre 2 en explorant plus précisément les enjeux qui concernent le soin spécialisé en addictologie.

2.2.6. Dynamique et enjeux du soin

L'objectif de cette section n'est pas de passer en revue tous les programmes et toutes les offres d'interventions disponibles en direction d'une consommation problématique d'alcool. Nous souhaitons ici plutôt aborder les enjeux sous-tendant toute la démarche du soin spécialisé en addictologie. Le premier constat que l'on peut faire est que la trajectoire de soin a une complexité à rapprocher de celle des trajectoires addictives (Brochu et al., 2014; Dennis et al., 2005; Hser et al., 2007).

La norme à observer est essentiellement celle d'un cumul d'expériences plus ou moins avortées avec le soin. On estimait déjà il y a 20 ans que près de la moitié des patients connaissaient en moyenne 3,5 épisodes de soin au cours de leur vie (Anglin, Hser, & Grella, 1997; Hser et al., 1997). Plus récemment, Dennis et al. (2005) pointaient une trajectoire de soin médiane de neuf ans, avec entre trois et quatre recours au soin. Simultanément, l'âge médian du premier traitement pour une problématique relative à l'alcool était situé à 31 ans

(Dennis et al., 2005). Parfois, cet usage récurrent des ressources spécialisées peut être relié à un profil clinique plus lourd, avec de nombreuses problématiques connexes et comorbidités (Brochu et al., 2014; Dennis et al., 2005). Néanmoins, l'erreur serait de considérer ce recours répété au soin comme un enchaînement d'échecs, venant d'individus peu motivés au changement. Comme nous le suggère le modèle de Prochaska et al. (1992), l'ambivalence, la rechute et le recours répété au soin font partie du processus normal de changement en addictologie, d'autant plus lorsque le profil clinique est complexe (Lash, Petersen, O'Connor, & Lehmann, 2001). L'émergence d'une demande précise et l'inscription de l'individu dans le changement ne se feront en réalité que très progressivement.

Il convient plutôt de voir la multiplicité des contacts avec les services comme autant d'opportunités de fournir des interventions et d'être au contact de ces populations. Chaque tentative va contribuer à construire la dynamique du changement à plus long terme (Brochu et al., 2014). Même si la motivation initiale de l'individu est faible, les effets positifs des interventions restent accessibles et perceptibles. L'enjeu immédiat ne réside pas dans la nécessité d'une guérison complète, de forcer une prise en charge vécue subjectivement comme trop difficile, ou encore d'inscrire le patient dans un projet qu'il considère peu réaliste ou inadapté (Fouilland, 2015a; Heather, Adamson, Raistrick, Slegg, & UKATT Research Team, 2010). Le but des interventions sera alors d'établir des liens significatifs avec les professionnels et le soin en général, en allant au-devant des usagers *via* des procédures de repérage précoce et d'interventions brèves (Peter Anderson, Chisholm, & Fuhr, 2009; Babor et al., 2007).

L'action pourra également s'orienter vers le gain de compétences psychosociales et d'un ensemble de connaissances issues du concept de réduction des risques et des dommages. Dans le même temps, on pourra lui fournir la possibilité de stabiliser sa relation vis-à-vis de l'alcool par des traitements pharmacologiques, aversifs (Disulfirame) et/ou addictolytiques (Acamprosate, Naltrexone, etc.) visant à compenser les déséquilibres neurobiologiques induits par la substance (Dano et al., 2014). Plus largement, ce soin permet d'accompagner l'autonomie des patients et de leur fournir par la même occasion un ensemble d'outils utiles aux situations ultérieures de rémission sans traitement (Acier, Nadeau, & Landry, 2007; Acier et al., 2008). Le temps du soin représente en effet un temps à côté, une pause dans le fonctionnement habituel de l'individu (Klingemann, 2000). Il s'agit d'un moment permettant d'expérimenter d'autres façons de vivre, mais aussi d'autres stratégies et d'autres

habitudes. Finalement, c'est un temps pour expérimenter le changement.

Toutefois, si la situation actuelle du patient, sa santé, son insertion socioéconomique, semblent instables ou problématiques, il est important d'orienter l'intervention en conséquence (Brochu et al., 2014; Dano et al., 2014; Fouilland, 2015a). Le premier contact avec les patients se fait parfois à la marge d'un contexte d'urgence vitale, alors qu'ils se trouvent directement en situation de détresse, confrontés aux répercussions les plus aiguës de leur consommation, noyés dans des conflits internes et externes (Crouzet & Morel, 2015). Il y a alors un intérêt particulier pour le repérage dès les premiers entretiens de la complexité de la problématique relative à la consommation d'alcool (preuves et indicateurs issues des entretiens, examens cliniques et biologiques, outils psychométriques) (Dano et al., 2014). Pour faire face à ces situations, une approche visant la réduction des risques et des dommages s'avère particulièrement utile. Si cette dernière s'est développée dans le monde à partir des années 1980, ce n'est qu'en 2004 qu'elle a officiellement été intégrée au sein de la politique de santé publique en France (Beauchet & Morel, 2015). Depuis, elle figure largement au centre des recommandations issues des groupements d'experts (Fédération Française d'Addictologie, 2011; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2010).

Conceptualisée à l'origine autour des problématiques de consommation des substances illicites, cette approche cherche encore à se définir et se positionner vis-à-vis d'autres substances telles que l'alcool ou le tabac. En réalité, la réduction des risques ne se résume pas à une approche strictement hygiéniste. Elle cherche avant tout à s'adapter à l'expérience de l'utilisateur et au contexte de sa consommation (Beauchet & Morel, 2015). Elle met en lumière l'intégralité des risques somatiques, psychiques et sociaux (p. ex., stigmatisation, exclusion, inégalités d'accès au soin) associés à la consommation, tout en ne cessant de souligner les défauts des politiques de santé publique et la façon dont on considère le lien avec les individus consommateurs. Cette démarche vise à accompagner l'individu vers l'autonomie, à le responsabiliser vis-à-vis de sa conduite tout en respectant le temps naturel du changement (Dano et al., 2014). La réduction des risques offre enfin des opportunités significatives de rencontre et de mise en lien.

Dans l'ensemble, il faut rappeler que très souvent le patient n'est initialement que peu accessible à un travail psychothérapeutique approfondi (Fillit & Couteron, 2015). On estime

même que forcer un travail sur des problématiques sous-jacentes peut exacerber le ressenti d'affects négatifs, de l'angoisse, et ainsi augmenter le désir d'utiliser la substance à des fins d'automédication. Le travail semble alors comprendre deux grandes phases, qui sont nécessairement adaptées et acceptées par la personne (Adamson, Heather, Morton, Raistrick, & UKATT Research Team, 2010; Rossier, Zimmermann, & Besson, 2009). Dans un premier temps, on développera un ensemble d'objectifs relatifs à la consommation et aux conséquences associées (Fouilland, 2015a). Le sevrage constitue à cet égard une étape importante, mais pas systématiquement indispensable, du soin. Il est à préparer, à accompagner, et à soutenir. Néanmoins, sa réussite n'induit pourtant pas la fin de la problématique addictive (Fouilland, 2015b; Morel & Couteron, 2008). Plus largement, l'abandon des anciennes habitudes de consommation nécessite un travail de deuil à part entière, qu'il est pertinent de prendre en considération au sein du travail thérapeutique (Fouilland, 2015b).

Succède ensuite une phase de psychothérapie plus classique. L'objectif sera alors de traiter les problématiques plus anciennes, éventuellement directement associées à l'émergence de la conduite addictive. Cette étape nécessite cependant d'être en mesure d'évaluer l'existence simultanée des problématiques de santé mentale, ou d'un mal-être plus diffus, afin d'orienter correctement la prise en charge (Benyamina, 2014; Morel et al., 2003). Dans la réalité, l'intégration des deux problématiques au sein d'un même suivi a bien souvent des difficultés à se réaliser (Crouzet & Morel, 2015). Alors qu'un travail intégré en réseau serait idéal, les professionnels de chaque spécialité vont souvent avoir tendance à renvoyer la prise en charge aux spécialistes de l'autre champ disciplinaire. La conséquence en sera des retards de diagnostic et de prise en charge, voire des interventions inadaptées ou dangereuses.

L'articulation du soin avec les injonctions judiciaires ne se fait enfin pas toujours aisément. Tout d'abord, rappelons que la consommation d'alcool est associée à un délit dans le cas où il y aurait conduite avec un taux d'alcoolémie supérieure à la limite autorisée (c.-à-d., 0,5 g par litre de sang). L'état d'alcoolisation peut également constituer une circonstance aggravante dans le cas d'autres délits ou crimes. En France, l'intrication entre le soin et le système judiciaire peut alors principalement se faire à deux niveaux. Schématiquement, avant que la peine soit prononcée (pré-sentenciel), l'individu peut être soumis à une injonction thérapeutique. Les charges seront alors abandonnées s'il va en soin. Il est alors adressé aux

services de soin par le substitut du procureur ou le service des injonctions thérapeutiques. Le lien peut également se faire en post-sentenciel. Ici, l'individu pourra rester en liberté, mais sous contrôle, s'il respecte certaines mesures dites de sureté, l'obligation de soin en faisant partie. L'individu est alors orienté par le service pénitentiaire d'insertion et de probation, qui se chargera de surveiller le bon respect de l'astreinte au soin. En cas de non-respect, l'individu risque alors l'emprisonnement. Ce rapport particulier au soin implique de pouvoir aider le patient à se réapproprier l'espace de soin, à définir les objectifs et les gains qu'il peut en obtenir.

Pour conclure, s'il fallait retenir un enjeu associé à l'idée du soin, ce serait sans doute celui d'aller vers le patient, de se positionner à côté de lui, tel qu'il est, là où il en est, et de l'accompagner vers là où il souhaite aller à cet instant précis. Au cours du temps, le leitmotiv de la démarche de soin n'est désormais plus vraiment de soigner, mais plutôt de prendre soin (*cure* versus *care*) (Fouilland, 2015a). Le soin prend plutôt l'aspect, sur le long terme, d'un processus continu, souple, comprenant des épisodes ponctuels d'interventions plus formelles (Brochu et al., 2014). Nous avons ainsi constaté que les trajectoires de soin sont multiples, complexes, mais nécessaires à comprendre et à assimiler afin d'accompagner les patients en lien avec leur problématique addictive. Plus encore, la nature dynamique et évolutive de ces trajectoires fait nécessairement écho à la notion plus large de changement, à toutes ces évolutions, parfois positives et encourageantes, parfois négatives et décevantes, parfois encore absentes, que le patient, son entourage et les professionnels peuvent vivre.

2.3. Le changement en addictologie

Au cours des sections précédentes, nous avons cherché à présenter de façon synthétique les enjeux que représente la consommation d'alcool, d'abord dans son ensemble, puis en se focalisant sur ses aspects problématiques. Nous avons également évoqué la thématique de l'accès et de l'engagement dans le soin en rapport avec ces problématiques. L'accent a notamment été mis sur les facteurs pouvant contribuer à ces trajectoires dans le soin. Pour conclure ce Chapitre, nous allons à présent évoquer la notion de changement telle qu'elle peut être considérée dans le champ de l'addictologie.

En soi, la question du changement survenant à la suite, ou du moins, en rapport avec le soin se retrouve dans la littérature depuis maintenant plusieurs décennies (p. ex., Eysenck,

1952). Le changement peut alors être vu comme un processus graduel, dépendant de l'influence d'une large gamme de variables individuelles, contextuelles ou institutionnelles. La question du changement est bien souvent au cœur des réflexions cliniques. En effet, alors que tout semble en place pour le changement (p. ex., demande claire, précise et sincère du patient ; objectifs simples, accessibles, coconstruits), rien ne se passe. Le changement apparaît répondre à une dynamique complexe, comprenant de nombreuses étapes, et suivant finalement une progression loin d'être linéaire. Il persistera toujours des difficultés et des contradictions, même à l'intérieur de la personne, et chaque étape nécessitera un travail spécifique (Prochaska et al., 1992). À ce niveau, l'échec du changement peut être vu comme la résultante de la mauvaise adéquation entre le niveau de changement acceptable et l'effort ou le travail proposé (Gira & Morel, 2015).

Il y a alors une tendance marquée dans la littérature à évaluer le changement survenant dans le cadre du soin. Ce sont des milliers d'études, dont un nombre conséquent de méta-analyses, qui visent à démontrer l'efficacité de certaines approches thérapeutiques (Cuiipers, Van Straten, Andersson, & Van Oppen, 2008; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004; Wampold, 2007). Dans le cadre de ce travail, nous ne nous centrerons toutefois pas sur la question de l'efficacité des traitements proposés aux patients. Il est vrai que le protocole du projet DECA, n'impliquant pas de groupe contrôle ou de comparaison, rend impossible l'exploration fiable de cette dimension. Nous préférons nous intéresser au processus plus global de changement. L'avantage est alors que nous pouvons nous poser un ensemble de questions beaucoup plus larges : Qu'est-ce que le changement pour les patients et les soignants ? Que concerne-t-il et comment le mesurer, objectivement et subjectivement ? Quels facteurs sont en mesure de l'influencer ?

Dans cette optique, la prochaine section sera structurée en fonction de cet objectif général. Tout d'abord, nous confronterons rapidement les notions d'efficacité des interventions et de changement. Nous évoquerons ensuite la question, essentielle en addictologie, des situations de rémission naturelle. Enfin, nous aborderons les potentiels marqueurs du changement, ainsi que les prédicteurs importants à considérer. Un espace conséquent sera à ce sujet spécifiquement consacré à la question de la temporalité.

2.3.1. Efficacité des interventions et notion de changement

Afin de gérer les problématiques liées aux conduites addictives, il apparaît fondamental de mettre en place un ensemble de programmes couvrant l'information, la prévention et la prise en charge spécialisées des populations concernées. Au fil des années, la littérature a regroupé de nombreuses études relatives à l'efficacité et aux coûts des différentes politiques (de régulation, d'information, de prévention, de soin, ou encore de répression) dont l'objectif est d'agir sur cette problématique (Anderson et al., 2009; Organisation Mondiale de la Santé, 2014; Room et al., 2002). En revanche, la définition de ce que l'on considère être une intervention efficace a évolué en même temps que le regard porté sur les conduites addictives. Par le passé, on assimilait ces problématiques à des difficultés transitoires pouvant être traitées à l'aide d'une intervention ponctuelle. L'objectif était centré sur l'élimination de la symptomatologie (Brochu et al., 2014). L'efficacité d'une intervention était simplement évaluée en comparant la situation de l'individu avant et après avoir reçu cette intervention. Lorsque l'on considère ces conduites comme étant des problématiques chroniques, l'enjeu devient alors de stabiliser la situation, à l'image des maladies organiques chroniques (Dennis et al., 2005; Scott & Dennis, 2009). L'efficacité d'une intervention ne se définit plus uniquement en fonction de sa capacité à faire disparaître les signes du trouble, mais plutôt selon son action en faveur d'un changement significatif quant à la condition physique, psychique ou sociale de l'individu sur le court, moyen ou long terme (Brochu et al., 2014). Il convient alors d'évaluer simultanément ses impacts sur de multiples dimensions biopsychosociales.

Tous les programmes d'intervention n'ont néanmoins pas le même taux de réussite, ne serait-ce lorsque l'on considère, comme facteur déterminant leur efficacité, le taux de rechute ou l'amélioration de l'état de santé des individus (Landry, Brochu, & Nadeau, 2001). De grands essais contrôlés randomisés, les projets MATCH et COMBINE, ont ouvert la voie de l'évaluation *a priori* rigoureuse de l'efficacité des interventions en addictologie (Anton et al., 2006; Projet MATCH Research Group, 1997). La convergence des différentes revues de la littérature et méta-analyses pointe l'efficacité de l'approche cognitive et comportementale et de l'approche motivationnelle (Rahoui & Reynaud, 2006; Tremblay, Bertrand, Landry, & Ménard, 2010). Il existe toutefois un faisceau de preuves concernant un ensemble d'autres approches : les approches communautaires et psychosociales (p. ex., les 12 étapes des

Alcooliques Anonymes), l'approche d'orientation psychodynamique, l'approche systémique (Lascaux & Couteron, 2015b). Les programmes de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) semblent également prometteurs en ce qui concerne le changement qu'ils induisent, même pour des patients n'étant pas directement au contact des ressources spécialisées (Babor et al., 2007; Fouilland, 2015a; Jonas et al., 2012; Morel & Goutte, 2015; Watson et al., 2013).

Il faut alors insister sur le fait qu'il n'y a techniquement pas d'approche strictement supérieure aux autres (Babor, 2008; Clark, 2009). Au sein d'une même approche, il peut exister une large gamme d'interventions différentes, qui vont avoir des résultats plus ou moins contrastés (Brochu et al., 2014). Des patients vont intégrer plus facilement certains types d'interventions et pas d'autres. Ce n'est finalement pas le contenu technique et théorique d'une intervention qui va prédire son efficacité (Babor, 2008; Morgenstern & McKay, 2007). Il faut plutôt s'intéresser à l'ensemble de facteurs communs à toute intervention (Adamson et al., 2009; Brochu et al., 2014) : des facteurs extrathérapeutiques (p. ex., environnement du patient, structure des services, caractéristiques individuelles et relatives à la problématique) et des facteurs propres au thérapeute. Les variables liées au thérapeute, en particulier ses qualités humaines, sa capacité à créer et maintenir une alliance thérapeutique satisfaisante et à proposer des objectifs de travail pertinents et accessibles aux patients, constituent ce qui va prédire le plus efficacement la réussite du soin, loin devant le contenu de l'intervention (Brochu et al., 2014).

En raison de la nature singulière des conduites problématiques de consommation, il ne peut exister un traitement unique valable pour tous les individus. Chaque personne n'a pas les mêmes besoins, les mêmes attentes, ni les mêmes difficultés. C'est vraisemblablement lorsque l'intervention est la plus en adéquation avec ces éléments subjectifs que les meilleurs résultats sont visibles (Brochu et al., 2014; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Le changement de la conduite de consommation, car il touche finalement à l'existence et au mode de vie propre à chacun, doit être particulièrement accompagné pour être inscrit dans la durée. C'est alors qu'une véritable coordination, au sens du modèle de *case management* (gestion des cas), de tous les intervenants professionnels autour de l'individu est indispensable (Lascaux & Morel, 2015; Woodtly, 2006). Quatre temps importants sont à distinguer : une période d'évaluation et de définition des besoins, ressources et difficultés ; une période de planification du soin ;

une période d'action coordonnée ; et enfin une période consacrée au bilan des progrès obtenus et de la collaboration. Cette gestion des situations cliniques a notamment été associée à une meilleure observance et adhésion thérapeutique, à l'amélioration des relations et des actions pluridisciplinaires, et à de meilleurs résultats à l'issue du soin (Lascaux & Morel, 2015). Néanmoins, l'implantation, notamment en France, de ces pratiques se fait encore progressivement, sans doute freinée par le coût humain et matériel de cette approche.

Finalement, il ne faut pas négliger, en lien avec le changement touchant les conduites addictives, qu'un phénomène bien spécifique peut apparaître en marge du cadre formel du soin : l'autochangement ou la rémission naturelle. Par définition, la rémission naturelle survient en dehors de l'action de toute aide professionnelle, même si les gains des précédentes interventions reçues peuvent contribuer à la dynamique de ce changement autonome. Ainsi, comme le changement ne peut se limiter aux bornes du soin professionnel et institutionnel, il convient de se centrer quelque peu sur ce phénomène.

2.3.2. Le phénomène de rémission naturelle

La notion de rémission naturelle, d'autochangement, n'est pas exclusive à l'addictologie, et peut se retrouver dans le champ de la santé mentale et des trajectoires délinquantes (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2005; Klingemann & Klingemann, 2008). Elle se définit traditionnellement par une amélioration de l'état du patient en l'absence de tout traitement réputé efficace (Klingemann & Klingemann, 2008). En lien avec les problématiques addictives, cela fait référence à un changement significatif dans les habitudes de consommation, une situation maîtrisée d'abstinence ou de modération, sans le moindre recours à une intervention professionnelle formalisée ou à toute autre ressource formelle (Klingemann & Klingemann, 2008; Walters, 2000). Habituellement, on considère que cinq ans de rémission, d'amélioration de la situation, sont synonymes d'un changement stable (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2007). On estime par ailleurs que 25 % des personnes présentant une dépendance connaissent une rémission naturelle (Dawson et al., 2005). L'existence même de ce phénomène reste malgré tout très peu connue du grand public (Klingemann & Klingemann, 2008).

Cela pointe une population d'usagers fréquentant l'univers des consommations, tout en pouvant s'en soustraire à un instant précis (Bergeron, 2009). Ces individus sont en mesure

de reprendre le contrôle sur leur consommation en puisant dans leurs compétences, ressources personnelles et sociales, expériences de vie (Bischof et al., 2007; Couteron, 2015a). En tant que telle ces populations sont très hétérogènes (c.-à-d., motivations, sévérité du trouble, problématiques associées, ressources individuelles ou encore expérience du soin), et il est véritablement délicat de mettre en évidence des caractéristiques communes. Toutefois, l'autochangement semble pour certains auteurs plus facilement accessible aux individus présentant les problématiques les moins sévères (Cunningham, Blomqvist, Koski-Jännes, & Cordingley, 2005). Le changement naturel aura aussi plutôt tendance à accompagner les grands bouleversements de l'existence : passage à l'âge adulte, modification de l'identité individuelle, familiale et professionnelle, etc. Néanmoins, les usagers les plus excessifs seront eux plus enclins à changer du fait des conséquences perceptibles de leur consommation : atteinte de leur santé, de leur stabilité financière ou des relations familiales (Cunningham et al., 2005; Klingemann & Klingemann, 2008; Klingemann, Sobell, & Sobell, 2010). La réussite de cette démarche dépend enfin plus largement des représentations sociales entourant les conduites addictives, l'addiction en général, et de la démarche auprès d'un professionnel « expert ». Il y a également une importance notable de la valeur accordée par l'individu au changement, ainsi que de la facilité d'accès aux consommations (Klingemann & Klingemann, 2008).

Le concept de rémission naturelle peut autant trouver son essence dans la remise à plat de la finalité du soin institutionnel, désormais moins marquée par la recherche de l'abstinence et davantage par celle de la modération, de la réduction des risques, qu'il est en mesure de contribuer à cette évolution du soin (Couteron, 2015a; Klingemann & Klingemann, 2008). Ainsi, c'est véritablement l'usager qui se trouve au centre du processus, qui est en mesure de reprendre par lui-même la maîtrise de sa conduite et finalement de son existence tout entière. Il est reconnu comme expert de sa conduite de consommation et expert de son changement (Couteron, 2015a). Toutefois, les professionnels n'ont pas à se sentir exclus du processus, car ils peuvent et doivent contribuer à renforcer ce phénomène. Nous l'avons suggéré précédemment (cf. 2.2.6, pp. 90-93), les interventions brèves et l'utilisation de divers outils renforçant les compétences personnelles permettent de fournir une aide à l'autochangement (Tubman, Wagner, Gil, & Pate, 2002).

De plus, si certains individus peuvent privilégier leurs propres ressources dans le cas

où la problématique semble encore maîtrisable, ils peuvent finalement avoir recours à une aide extérieure quand elle devient trop complexe et sévère à gérer avec leurs propres ressources (Bischof et al., 2007). Ce phénomène particulier permet également aux professionnels de terrain, aux chercheurs et aux fournisseurs de services spécialisés de mieux comprendre, certes, le processus de changement, mais également la dynamique du soin et l'impact d'éventuelles barrières au traitement sur celui-ci. La rémission naturelle constitue une preuve que toutes les conduites addictives n'évolueront pas systématiquement vers le pire en l'absence d'un suivi formalisé (Klingemann & Klingemann, 2008).

La question du changement en addictologie est ainsi bien à considérer au-delà du strict cadre du soin. Il est certes en mesure de survenir en dehors d'une prise en charge formelle, il doit pouvoir être appuyé et accompagné lorsque cela est nécessaire. L'individu peut notamment avoir envie de changer sans avoir à un instant donné les capacités pour le faire. *A posteriori*, cela permet de nous questionner sur ce qui définit concrètement le changement. Comment peut-il être quantifié ou évalué ? Quels indicateurs sont véritablement à intégrer afin d'en obtenir l'image la plus précise possible chez l'individu ?

2.3.3. Les marqueurs possibles du changement

La littérature suggère que pour être en mesure d'évaluer précisément le changement, il convient de prendre simultanément en considération une large gamme de dimensions relatives au fonctionnement de l'individu (Alcohol and Public Policy Group, 2010; Luquiens, Reynaud, Falissard, & Aubin, 2012). Il est vrai que par le passé, aucun réel consensus n'existait quant aux critères à utiliser (Sobell, Sobell, Connors, & Agrawal, 2003). Depuis, il est devenu particulièrement recommandé de ne pas seulement se restreindre aux variables relatives à la problématique addictive : sévérité du trouble ; quantité et fréquence des usages ; conséquences issues de la consommation ; présence d'envies impérieuses tournées vers la consommation, etc. (Cisler, Kivlahan, Donovan, & Mattson, 2005; Sugarman et al., 2014). Effectivement, la seule considération des modifications de la conduite de consommation comme critères de changement finit nécessairement par questionner la place du phénomène de rechute dans l'évolution de l'individu. Définie par toute consommation de substances psychoactives conduisant à la reprise significative de la dynamique addictive, par l'action d'un processus cognitif, émotionnel et comportemental (c.-à-d., effet de violation de l'abstinence),

la rechute fait plutôt office de règle que d'exception à éviter absolument (Marlatt & Donovan, 2008; Meliava & Morel, 2015; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Elle est aussi à distinguer des simples écarts qui n'entraînent pas de retour en arrière significatif par rapport aux changements déjà expérimentés

Les études scientifiques préconisent désormais, dans la mesure où ces problématiques affectent la vie de l'individu dans sa globalité, d'élargir le champ des investigations. Les aspects qualitatifs relatifs à la santé et au fonctionnement individuel sont de plus en plus interrogés. Une plus grande place doit également être accordée au vécu subjectif du changement (Leplège & Coste, 2002). L'amélioration de la santé et du fonctionnement global de l'individu, finalement de sa qualité de vie, est particulièrement visée lorsque l'individu vient en soin pour ces problématiques (Daeppen et al., 2014; Picci et al., 2014; Richard et al., 2000). L'OMS définit la qualité de vie comme la perception d'un individu relative à sa place dans l'existence, en fonction de la culture et du système de valeurs du milieu dans lequel il vit, en relation avec ses buts personnels, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Cela fait alors référence à un large cadre conceptuel englobant la santé physique et psychologique d'une personne, son niveau d'autonomie, son fonctionnement social, ses croyances personnelles et sa relation avec les caractéristiques de son environnement de vie (The WHOQOL Group, 1998). Ce concept fait également écho au sentiment de bien-être et à la satisfaction de vie. La qualité de vie est facilement accessible à l'évaluation, tant par le patient que par les professionnels qui l'accompagnent (Blow et al., 2000; Daeppen et al., 2014; Daeppen, Krieg, Burnand, & Yersin, 1998; Picci et al., 2014).

Cependant, la complexité de cette notion ne va pas sans poser des difficultés quant à trouver une mesure qui en recouvre toutes les dimensions (Leplège, Ecosse, Coste, Pouchot, & Perneger, 2001; Picci et al., 2014; Richard et al., 2000). Ce concept reste toutefois très fréquemment utilisé en addictologie, dans la mesure où il souligne la nature biopsychosociale des problématiques addictives (Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, & Zweben, 2005; Ugochukwu et al., 2013). Dans ce cadre, la qualité de vie relative à la santé est régulièrement intégrée comme indicateur des incidences de la consommation, mais également des changements survenus à la suite d'un traitement (Daeppen et al., 2014; Johnson et al., 2008; Luquiens et al., 2012; Srivastava & Bhatia, 2013). Effectivement, il a été montré que les suites d'un traitement spécialisé en addictologie impactent la qualité de vie, induisant un meilleur

état de santé général, physique et mental, une amélioration du fonctionnement général et de l'hygiène de vie (sommeil, alimentation) (Brochu et al., 2014; Frischknecht, Sabo, & Mann, 2013; Johnson et al., 2008). En revanche, la littérature semble plus restreinte en ce qui concerne la dynamique de cette évolution de la qualité de vie en cours de traitement, notamment au sein des structures de soins ambulatoires.

Cette évolution positive globale peut éventuellement s'expliquer par l'idée que le soin spécialisé en addictologie sert de catalyseur à la prise en charge d'autres atteintes, directement associées ou non avec la consommation d'alcool. Il est vrai que le suivi dédié à la conduite addictive se doit de prendre en compte les enjeux connexes, somatiques, psychiatriques, la précarité sociale et professionnelle. La gestion de ces complications peut se faire soit directement au sein du service, en cas d'équipe pluridisciplinaire, soit par l'orientation et une prise en charge parallèle et coordonnée auprès des partenaires de terrain. Il convient de noter que les résultats significatifs obtenus sur ces problématiques associées, qui représentent des préoccupations certaines et prenantes, contribuent à renforcer la motivation au changement (Brochu et al., 2014; Tremblay & Simoneau, 2010). L'expérience qu'un mieux-être est possible sans l'usage de substances modifie les structures motivationnelles. Ces évolutions permettront éventuellement d'inscrire le changement de façon plus durable dans le temps (Cox & Klinger, 2011; Miller & Rollnick, 2013; Tremblay & Simoneau, 2010).

Les interventions thérapeutiques et le changement contribuent à la création d'un nouvel espace de vie et de fonctionnement pour l'individu, où le rôle et le recours à la substance n'occupe plus la même fonction, voire n'existe même plus du tout (Lascaux & Morel, 2015). Les valeurs et buts propres à l'individu évoluent, sont potentiellement modifiés en profondeur. Simultanément, certains patients peuvent percevoir des changements assez profonds sur le plan psychologique. Le gain de différentes compétences psychosociales (c.-à-d., estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi) s'accompagne d'un gain en autonomie. Le patient apprend à gagner en responsabilité, à mieux gérer ses émotions, son agressivité, prend conscience de ses conduites et de leurs conséquences, finalement, à se réapproprier son vécu et à reprendre soin de lui-même (Brochu et al., 2014). Il lui faudra également apprendre à se projeter vers l'avenir pour construire une nouvelle expérience de vie satisfaisante et enrichissante. Le rapport au temps présent, passé et futur représente un enjeu

majeur pour des individus dont l'existence a pu être particulièrement déstructurée par les consommations (Davies & Filippopoulos, 2015). Sur le plan relationnel, ces évolutions touchent également le rapport à l'autre. Il y aura une tendance à rétablir, reconstruire des liens harmonieux avec l'entourage et les différentes sphères sociales qui ont auparavant pu être particulièrement malmenées (Brochu et al., 2014).

Pour conclure, les marqueurs du changement sont résolument nombreux et variés. Ils sont vraisemblablement si variés qu'il nous est impossible de tous les présenter, de manière exhaustive. L'enjeu était ici plutôt d'évoquer un minimum les différentes dimensions évaluées dans le cadre du projet DECA. On retiendra alors malgré tout que pour saisir au mieux ce processus, il convient d'intégrer, dans la mesure du possible, une large gamme d'indicateurs. À présent, nous allons aborder les différentes dimensions en mesure de prédire le changement.

2.3.4. Un regard plus précis sur ce processus

La littérature indique, nous l'avons constaté, que de nombreuses dimensions sont impliquées dans l'évolution de la trajectoire addictive (cf. 2.1.4.4, pp. 72-73), ainsi que de l'accès et la persistance dans le soin (cf. 2.2.5, p. 85-89). Néanmoins, si l'effet et l'interaction d'un grand nombre de variables sont soulignés, il reste encore beaucoup à étudier pour obtenir une connaissance détaillée de la dynamique du changement. En l'occurrence, on peut aisément penser que des relations complexes impliquant certaines variables clés doivent nécessairement exister. À cet égard, nous souhaitons à présent évoquer le cas des inclinations à consommer ou non de l'alcool et de la motivation au changement. La temporalité, dimension profondément bouleversée au cours des trajectoires addictives et des expériences de soin, mérite également d'être approfondie.

2.3.4.1. *Inclinations à consommer et motivation au changement*

La motivation au changement reste une dimension de premier plan dans l'évolution des trajectoires addictives, et dans le soin (Adamson et al., 2009; Brorson et al., 2013; Collins et al., 2012; López-Goñi et al., 2012; Rice et al., 2014). Nous avons précédemment évoqué le fait que ce terme fait référence à un processus multidimensionnel complexe relatif à la tendance qu'a un individu à s'inscrire dans un changement psychologique et comportemental

(cf. 2.2.5., p. 88). Le concept de motivation au changement est davantage exploité dans le cadre du *Transtheoretical Model of Change* (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Prochaska et al., 1992) et sous-tend la technique de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013; Tremblay & Simoneau, 2010). Cette dimension recouvre ainsi un ensemble de phénomènes allant de la reconnaissance de l'existence du trouble jusqu'au déploiement de stratégies tournées vers le changement. Comme détaillé lors d'une section précédente (cf. 2.2.2., pp. 75-76), cette modélisation de la motivation au changement permet de mieux appréhender les trajectoires individuelles, en dehors et en lien avec le soin.

Il reste important de noter que cette dimension est en mesure de varier significativement entre les individus, ainsi qu'au cours de l'existence d'un même individu (Rice et al., 2014). La motivation au changement peut elle-même être particulièrement malléable, être influencée par un ensemble d'éléments internes propres à l'individu, en plus des interventions qu'il reçoit dans le cadre de la prise en charge (Tremblay & Simoneau, 2010). Certains auteurs la distinguent d'une motivation au traitement qui désignerait davantage la volonté d'un individu à entamer, spécifiquement, une démarche de soin formalisée, le fait d'être prêt à s'y engager et à respecter les recommandations des professionnels (DiClemente et al., 2004). Enfin, et malgré la pertinence de ce concept, Csillik et Petot (2012) ont souligné la faible fréquence de l'évaluation de la motivation au changement au sein des structures spécialisées en addictologie en France. Ces auteurs expliquaient notamment cet état de fait par l'absence d'outils validés, *a fortiori* en langue française.

En parallèle, nous avons vu que le phénomène de *craving* garde lui aussi une place importante dans l'explication des évolutions des trajectoires d'usage et de soin, et ce jusqu'à un relativement long terme (Bottlender & Soyka, 2005; Fatseas et al., 2015; Morgenstern et al., 2016; Oslin, Cary, Slaymaker, Colleran, & Blow, 2009; Witkiewitz, 2011). Son rôle reste toutefois régulièrement discuté (Ahmadi et al., 2009; Zhou et al., 2009) (cf. 2.2.5., p. 88). Il faut noter que son action peut être directe tout comme elle peut nécessiter une interaction avec d'autres variables significatives (Adamson et al., 2009; Connolly et al., 2013). Néanmoins, malgré son intérêt clinique, il n'existe concrètement aucun consensus concernant une définition précise, et surtout, une méthode de mesure privilégiée du *craving* (May et al., 2014; Rosenberg, 2009). À ce sujet, Rosenberg (2009) a estimé qu'au cours des 20 dernières années, pas moins de 24 questionnaires ont été conçus pour évaluer le *craving*, soutenus par une

grande diversité de modélisations théoriques. Une définition généralisable semble de plus difficile à obtenir étant donné la nature subjective du phénomène et la diversité de ses manifestations physiques et psychologiques (Martinotti et al., 2013; Rosenberg, 2009; Sayette et al., 2000). L'un des seuls points sur lequel les chercheurs et cliniciens semblent s'accorder concerne la nature complexe et multidimensionnelle des origines et manifestations du *craving* (Anton, 1999; Breiner, Stritzke, & Lang, 1999; McEvoy, Stritzke, French, Lang, & Ketterman, 2004; Rosenberg, 2009).

Il y a quelques années, Breiner et al. (1999) ont conçu, par rapport au *craving*, un modèle explicatif dit d'ambivalence. Le *craving* apparaît alors comme étant un processus expérientiel influencé par de nombreux facteurs contextuels. Plus encore, ce processus se décompose en deux grandes tendances motivationnelles : le désir de consommer, d'« approcher » (*to approach*) la substance, et un désir de ne pas consommer, d'« éviter » (*to avoid*) cette consommation. L'inclination à consommer semble être issue d'un processus automatique et inconscient, tandis que l'inclination à l'évitement relève plutôt d'un mécanisme conscient tourné vers la réduction ou le contrôle de la consommation (Breiner et al., 1999; Lee, Cho, & Lee, 2014; Robinson & Berridge, 2003; Wiers et al., 2007). Chaque tendance se construit vraisemblablement sur la base des attentes positives et négatives relatives à la consommation et à ses conséquences. Complémentaires, elles vont néanmoins entrer en compétition, interagir entre elles, afin de définir la conduite de l'individu (Di Lemma, Dickson, Jedras, Roefs, & Field, 2015; Schlauch, Levitt, et al., 2013; Schlauch, Breiner, Stasiewicz, Christensen, & Lang, 2013). À la suite de cette première modélisation, Anton (1999) a proposé de diviser l'inclination à consommer en deux sous-dimensions. Ces dernières font écho à des manifestations physiques et psychologiques d'intensité variable, et à la contextualisation sociale de la tendance à consommer.

On considère généralement que présenter simultanément un haut niveau dans ces deux grandes inclinations conduit à une situation conflictuelle, très consommatrice en ressources psychiques, et particulièrement problématique dans une perspective de soin et de changement (Schlauch, Christensen, Derrick, Crane, & Collins, 2015). Cela peut concrètement entraîner une ambivalence, définie comme un état instable entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et le changement. Cela nous permet alors d'aborder le lien entre *craving* et motivation au changement. D'après la littérature, il existe une forte

association négative entre ces deux dimensions (Bradshaw et al., 2014; Browne et al., 2016; Chakravorty et al., 2010). Il est ainsi particulièrement délicat pour un individu de maintenir son niveau de motivation tournée vers le changement alors qu'il ressent simultanément de fortes envies de consommer (Bradshaw et al., 2014; Browne et al., 2016; McEvoy et al., 2004). Il est vrai que la modification des habitudes de consommation, en particulier dans le cadre du soin, est en mesure d'induire des envies envahissantes tournées vers la substance. En retour, cette expérience impacte négativement la motivation de l'individu à maintenir et prolonger le changement. Il n'est alors pas surprenant que les interventions visant à la fois la gestion du *craving* et la motivation au changement soient associées à une meilleure évolution du patient (Weinstein, Yemini, & Greif, 2008). Pour finir, peu reste malgré tout réellement connu en ce qui concerne l'articulation de ces deux dimensions (Bradshaw et al., 2014).

2.3.4.2. *La temporalité*

Le temps, et surtout la façon dont il est subjectivement perçu et interprété par les individus, reste depuis des décennies, voire des siècles, au cœur des interrogations des physiciens, philosophes ou psychologues. Au cours des deux derniers siècles, la conception de la nature même du temps a fondamentalement évolué (Hawking, 2009). Ainsi, jusqu'au début du XXe siècle, le temps était pensé comme absolu. Un seul chiffre, définissant l'unité de temps, permettait de déterminer la durée d'un événement donné, quels que soient l'observateur et le lieu où la mesure était réalisée. Les travaux sur la relativité ont par la suite fait évoluer cette conception. Le temps est alors décrit comme un principe physique relatif, chaque observateur étant en mesure de fournir une évaluation différente de ce dernier. Au-delà de ces premières considérations purement physiques, cela nous permet d'introduire l'idée d'un rapport au temps subjectif, psychologique, pour décrire comment cette dimension est estimée et vécue par les individus. Pour certains auteurs, le temps représente une précieuse ressource subjective (Klingemann, 2000; Sword, Sword, Brunskill, & Zimbardo, 2014).

L'apparition du concept de temps dans les travaux en psychologie semble remonter à William James (James, 1890). Depuis, le rapport au temps a été pleinement intégré au fonctionnement humain classique (Suddendorf & Corballis, 1997). Très tôt, il a été suggéré que l'évaluation subjective du passé et du futur était en mesure d'influencer les conduites et l'existence tout entière de l'individu. En 1942, Lewin définissait déjà la perspective temporelle

comme l'ensemble des perceptions de l'individu sur son passé, son présent et son futur (Lewin, 1967; Ramos, 2008). Qui plus est, là où les conceptions occidentales ont rapidement fait référence au temps comme à une dimension linéaire et constante, les premières modélisations de ce concept dans le champ de la psychologie se rapprochent davantage des philosophies orientales, où les différentes instances temporelles (c.-à-d., passé, présent et futur) s'articulent de façon circulaire pour définir le vécu d'un individu.

La temporalité, ou orientation subjective par rapport au temps, fait écho à un processus inconscient par lequel des éléments issus de l'expérience sont attribués à des catégories temporelles précises. Cette catégorisation va par la suite aider à apporter de la structure et de la cohérence à l'existence en guidant subtilement la formation des objectifs et des conduites (Henson, Carey, Carey, & Maisto, 2006; King, 2016; King & Gaerlan, 2015; Morselli, 2013; Zimbardo & Boyd, 1999). L'orientation temporelle comprend simultanément des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales. Elle est particulièrement influencée par le contexte culturel, social, éducatif ou religieux (Acier et al., 2016; Davies & Filippopoulos, 2015; Zimbardo & Boyd, 1999). Néanmoins, par définition, les individus sont rarement pleinement conscients de ce processus et surtout de sa capacité à biaiser les jugements, décisions et comportements. On parlera alors fréquemment de l'existence de biais temporels en faveur de l'une ou de plusieurs instances temporelles (Sword et al., 2014; Zimbardo & Boyd, 1999).

Beaucoup d'études ont cherché à mettre en évidence les relations entre les orientations temporelles, les conduites humaines et diverses dimensions psychologiques (Zimbardo & Boyd, 1999). Simultanément, au cours des précédentes décennies, la littérature a connu diverses conceptualisations de la temporalité. Par extension, l'absence à cette époque d'une définition opérationnelle généralisable et d'outils d'évaluation fiables n'aura pas permis le plein rayonnement de ce concept dans la littérature scientifique (Klingemann, 2000; Stolarski, Vowinckel, Jankowski, & Zajenkowski, 2016). Les travaux de Zimbardo et Boyd (1999) sont ceux qui ont le plus récemment contribué à fournir une meilleure délimitation de cette dimension. Selon ces auteurs, la temporalité fait référence à la tendance relativement stable qui oriente la façon dont un individu va considérer et se positionner vis-à-vis de son passé, son présent et son futur (Adams, 2009; Zimbardo & Boyd, 1999). Il existerait alors concrètement cinq différentes perspectives temporelles, mesurables à l'aide d'un outil psychométrique

maintenant bien établi, le *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI) : passé négatif (*Past Negative*) ; passé positif (*Past Positive*) ; présent hédoniste (*Present Hedonistic*) ; présent fataliste (*Present Fatalistic*) ; et futur (*Future*). Loin d'être des traits stables et figés, les différentes perspectives temporelles semblent malléables. Les trajectoires et événements de vie sont notamment en mesure d'entraîner des modifications dans l'orientation temporelle d'une personne (Hall & Fong, 2003; Zimbardo & Boyd, 1999). On observe également que certaines variables sociodémographiques (c.-à-d., genre ou statut professionnel) influencent les niveaux de ces perspectives temporelles chez les individus (Loose et al., 2018; Zimbardo & Boyd, 1999).

Le passé négatif fait écho à une vision pessimiste et désagréable du passé. Cette perspective peut être liée au rappel d'expériences déplaisantes, voire traumatiques, et à la reconstruction désagréable de souvenirs anodins (Zimbardo & Boyd, 1999). Ces individus semblent cognitivement et émotionnellement centrés sur un traumatisme antérieur, ce qui va d'autant plus accentuer leur détresse et créer une rupture plus ou moins totale de leur rapport au présent et au futur (Holman & Silver, 1998; Zimbardo & Boyd, 1999). Le passé négatif a notamment été significativement associé à différentes problématiques de santé mentale : états dépressifs ou agressifs ; pratiques problématiques des jeux de hasard et d'argent et/ou d'Internet ; conduites boulimiques et de *binge drinking* ; consommation de substances psychoactives, etc. (Chittaro & Vianello, 2013; Hodgins & Engel, 2002; Keough, Zimbardo, & Boyd, 1999; Laghi, Liga, Baumgartner, & Baiocco, 2012). A contrario, le passé positif décrit une attitude nostalgique, mais réjouissante, à l'égard du passé (Zimbardo & Boyd, 1999). Cette dimension est négativement corrélée à l'agressivité et aux états dépressifs et anxieux. Il y a de plus une association positive avec l'estime de soi. Certains auteurs suggèrent que le passé positif aide à développer un sens de continuité dans l'existence qui, finalement, permet de se projeter plus facilement vers l'avenir (Karniol & Ross, 1996; Zimbardo & Boyd, 1999). Quelques données suggèrent que le passé positif influence l'optimisme relatif au traitement (Hodgins & Engel, 2002; Klingemann, 2001).

Le présent hédoniste décrit une centration sur le présent, marquée par la recherche immédiate et constante de plaisir et de satisfaction, sans prêter attention aux conséquences dans le futur (Epel, Bandura, & Zimbardo, 1999; Zimbardo & Boyd, 1999). Cette dimension est corrélée positivement avec la recherche de sensations et de nouveautés. Il peut ainsi être

particulièrement difficile pour les individus de résister à toute tentation ou distraction, incluant la consommation de substances psychoactives (Harber, Zimbardo, & Boyd, 2003; Keough et al., 1999; Zimbardo & Boyd, 1999). Le présent fataliste définit quant à lui une attitude résignée et désespérée à l'égard du futur et de la vie en général. Cette dimension peut faire écho à une absence plus globale de focalisation temporelle (Zimbardo & Boyd, 1999). Elle souligne la croyance que tout est prédestiné, qu'un individu ne peut rien faire pour influencer son propre avenir. Les individus avec un haut niveau en présent fataliste sont peu satisfaits de leur vie et pensent que rien ne peut s'améliorer. Ils n'ont plus en main les outils pour acter leurs choix de vie (Isebaert, 2016). Cette orientation temporelle est finalement positivement associée à la consommation de substances psychoactives, solutions illusoires de cette insatisfaction existentielle (Daugherty & Brase, 2010; Keough et al., 1999; Loose et al., 2018; Loose, Acier, Pilet, & Sysaykeo, 2017).

En ce qui concerne la perspective temporelle future, elle implique que toute conduite actuelle est poursuivie dans l'optique d'objectifs à remplir et projetés dans l'avenir (Zimbardo & Boyd, 1999). Les individus s'inscrivant dans cette orientation peuvent être très organisés, consciencieux et ambitieux, au point de sacrifier les plaisirs du temps présent (Harber et al., 2003). Effectivement, vivre en se projetant dans le futur risque de se faire au détriment du temps présent : tendance à délaisser les relations sociales, familiales, à ne pas s'accorder de repos, à ressentir beaucoup de stress face aux exigences sociales et professionnelles, etc. (Zimbardo & Boyd, 1999). La littérature est unanime quant au fait que cette perspective temporelle soit liée à un meilleur état de santé et qu'elle constitue un réel facteur protecteur contre l'ensemble des conduites addictives (Henson et al., 2006; Joireman & King, 2016; Laghi et al., 2012; Loose et al., 2017; McKay, Percy, & Cole, 2013). Qui plus est, par le passé déjà, un haut niveau de cette perspective au sein de populations de patients était déjà positivement associé avec l'optimisme et l'utilisation de stratégies de coping centrées sur la résolution du problème (Holman & Silver, 1998; Zimbardo & Boyd, 1999).

On constate que le lien entre la temporalité et les conduites de consommation d'alcool est de plus en plus visible dans la littérature, que cela concerne des échantillons cliniques ou non (Klingemann, 2001; Linden, Lau-Barraco, & Hollis, 2014; Loose et al., 2018, 2017; McKay, Andretta, Magee, & Worrell, 2014). Dans l'ensemble, les données repérées suggèrent que les individus centrés sur la recherche de la satisfaction immédiate (présent hédoniste) ont

d'avantage tendance à s'engager dans des conduites problématiques que ceux prenant davantage en considération les conséquences de leurs actes (futur) (Beenstock, Adams, & White, 2011; Keough et al., 1999; Loose et al., 2018; McKay et al., 2014). Ces orientations temporelles peuvent également contribuer à l'évolution des trajectoires addictives et du parcours en soin (Zimbardo & Boyd, 1999). Il faut rappeler à cet égard que le vécu temporel des individus présentant de telles problématiques paraît particulièrement chaotique et déstructuré (Erdos, Gabor, & Brettner, 2009; Kemp, 2009). Ils semblent expérimenter un moment présent dominé par l'urgence de l'envie, le besoin de supprimer des réminiscences émotionnelles et cognitives omniprésentes d'un passé douloureux, tout en étant alors incapables de se projeter vers un avenir parfois dramatiquement menaçant (Davies & Filippopoulos, 2015; Erdos et al., 2009).

D'après la littérature, les consommateurs quotidiens d'alcool développent une perception restreinte du temps, en adoptant une horloge quotidienne gravitant autour de leurs consommations (Davies & Filippopoulos, 2015; Klingemann, 2000). L'alcool, en tant que produit déprimeur, peut aussi ralentir le passage du temps d'un point de vue subjectif. Pour les individus aux usages les plus sévères, on pourra même parler d'une myopie concernant l'avenir (Isebaert, 2016). Tout se passe ainsi comme si ces patients semblaient naviguer dans un présent éternel, à la recherche permanente d'une solution transitoire, tout en restant donc déconnecté des autres temporalités. L'individu connaît alors un enchaînement de processus de culpabilité, de regret et de honte (Kemp, 2009). *In fine*, le soin confronte à son tour cette structure particulière du temps subjectif, par ses enjeux, sa dynamique et son contenu : fréquence et durée des interventions, du suivi, cadre institutionnel plus général, etc. Il est également vrai que le fond et les objectifs de la thérapie sont empreints de temporalité, notamment, apprendre à accéder à son passé et en obtenir une lecture plus positive et fondatrice ; prendre pleinement conscience du moment présent pour l'apprécier à sa juste valeur ; construire des objectifs accessibles participant à l'élaboration d'un avenir plus enrichissant (Davies & Filippopoulos, 2015).

Pour conclure cette plus large section, nous nous sommes ainsi davantage focalisés sur les inclinations tournées vers la consommation ou son évitement, la motivation au changement, et la temporalité. Les deux premières dimensions, prises séparément, constituent déjà des variables significatives dans le cadre de l'évolution des conduites de

consommation. Dans ce même contexte, le rôle de la temporalité, dont l'étude connaît autrement un essor conséquent, mérite d'être exploré plus avant. Si le choix de ces trois dimensions peut paraître arbitraire, le choix s'est ici avant tout fait sur la base de la pertinence de celles-ci au sein de la littérature et de leur intérêt clinique, en lien avec les échanges menés avec les professionnels de terrain et le protocole complet du projet DECA.

2.4. Problématique et objectifs de la recherche

Avant de présenter plus en détail les différents objectifs poursuivis dans le cadre de ce travail de recherche, nous allons proposer une rapide synthèse des précédentes sections, en tâchant de mettre en évidence les points sujets à interrogation.

2.4.1. Synthèse de la littérature et problématique

L'usage d'alcool est fortement ancré dans le quotidien de l'être humain, notamment au sein des sociétés occidentales, et encore plus particulièrement en France (cf. 2.1.1., pp. 37-39). On constate qu'à travers les décennies, les habitudes de consommation ont évolué. Si les individus consomment moins fréquemment, les épisodes de consommation tendent à devenir intenses. Même si pour beaucoup, l'usage restera récréatif et contrôlé, certaines personnes vont s'insérer dans de véritables trajectoires problématiques (cf. 2.1.4., pp. 69-70). Toutefois, même de ponctuelles, mais intenses consommations peuvent avoir des répercussions sur le court, moyen et long terme. L'alcool est en effet, en tant que substance psychoactive, susceptible d'induire toute une gamme de conséquences négatives pour l'individu, son entourage et la société. Ces effets s'inscrivent sur le plan sanitaire, social, judiciaire, économique et politique (cf. 2.1.3., pp. 44-56). Divers programmes destinés à gérer ces problématiques ont depuis bien longtemps été déployés, et ce à toutes les échelles, nationale, européenne et internationale.

On constate néanmoins que très peu de personnes insérées dans une conduite de consommation problématique sont effectivement en lien avec une ressource spécialisée (cf. 2.2.1., pp. 74-75). L'initiation du soin reste *a fortiori* une étape importante dans le processus de changement. Elle peut être favorisée, ou inhibée jusqu'à ne pas avoir lieu du tout, par un ensemble significatif de facteurs. Qui plus est, même si cette mise en lien a bien lieu, un nombre notable d'individus ne va pas aller au bout de la prise en charge proposée (cf. 2.2.5,

pp. 84-85). À cet égard, il est bien reconnu qu'un patient ne restant que peu de temps en soin ne peut en retirer le maximum de bénéfices. Il y a alors un enjeu pour les professionnels de terrain, ainsi que les fournisseurs de services et les chercheurs, à comprendre ce qui peut entraîner ces abandons prématurés, afin d'identifier les patients « à risque » d'abandon et d'améliorer la continuité du soin. La littérature reste toutefois peu consensuelle concernant les facteurs en mesure d'expliquer ces départs. Les populations, contextes et méthodes variant beaucoup selon les études, dont la majorité est réalisée à l'étranger, il semble primordial de transposer cette question au sein d'un ensemble de patients français. À notre connaissance, la littérature scientifique francophone ne s'est que peu intéressée à ces situations particulières. Dans le même temps, les professionnels de terrain se constituent une perception singulière de la causalité de ce phénomène. Ces représentations sont alors nécessairement à confronter empiriquement.

À côté de cette population de patients abandonnant précocement le soin, il y a donc un ensemble d'individus s'inscrivant plus ou moins longtemps dans la prise en charge qui leur est proposée (cf. 2.2.6, pp. 89-93). Si le fait de recevoir une intervention spécialisée, adaptée aux besoins et aux difficultés de l'individu, entraîne une évolution, un changement dans les conduites addictives, il arrive aussi parfois que ce changement survienne sans aide professionnelle. Il apparaît par conséquent naturel de se questionner sur ce qui fait le changement, sur ce qui l'explique chez ces patients. Cette interrogation est importante, à l'heure où les impératifs économiques et politiques prescrivent de plus en plus la conception et le déploiement d'interventions efficaces. Peut-on seulement résumer le changement, *a fortiori* dans le cadre du soin, en une simple logique binaire centrée autour de la conduite de consommation, du type arrêt versus non-arrêt (disparition versus persistance des symptômes) ? Le soin spécialisé en addictologie a connu au cours des dernières années de profondes évolutions, avec l'émergence de nouveaux concepts et pratiques. Enfin, dans la mesure où les consommations d'alcool ont des répercussions dans toutes les sphères de vie et de fonctionnement d'un individu et de son entourage, le changement ne peut alors être pleinement appréhendé qu'en élargissant les investigations.

Une difficulté notable va alors être de savoir quels critères précisément intégrer lorsque l'on évalue le changement. Si on ne peut prétendre atteindre l'exhaustivité, la meilleure option semble néanmoins d'en accepter la complexité (cf. 2.3., pp. 99-109). Une

même variable peut simultanément être un indicateur du changement, et un prédicteur de ce dernier. Mieux détailler les dynamiques définissant ce phénomène permettrait à la fois d'en obtenir une vision plus précise, tout en contribuant à améliorer les pratiques. Force est alors de constater qu'il n'existe que très peu d'études scientifiques concernant le changement dans le cadre du soin en addictologie en France. Qui plus est, les quelques études à ce sujet sont de nature transversale. Par définition, cela ne permet pas de saisir les évolutions au long cours. Brochu et al. (2014) suggèrent d'ailleurs, dans le cadre de l'étude des trajectoires individuelles, d'adopter simultanément une perspective longitudinale et transversale afin d'avoir un aperçu plus complet du processus de changement. Les interactions réciproques entre toutes les dimensions impliquées restent également peu explorées. En réalité, chaque variable est certainement en mesure d'influencer et d'être influencée par les autres variables en présence. Le cumul de ces effets a lui-même une teneur bien différente de la simple somme de tous les effets induits par ces facteurs, pris séparément. Peu d'attention est ainsi accordée aux relations complexes, par exemple, de nature bidirectionnelle ou indirecte. Ces dernières permettraient cependant de mieux saisir les mécanismes sous-jacents, et ainsi d'orienter spécifiquement, et de façon innovante, les interventions autour de ces leviers du changement.

Dans l'optique d'acquérir une meilleure compréhension du processus de changement, le rôle de la temporalité, selon une perspective subjective, constitue une piste pertinente à explorer (cf. 2.3.4.2., pp. 105-110). En effet, les sociétés modernes, imprégnées par la recherche du plaisir et de la satisfaction immédiate, à un rythme soutenu, remodelent significativement l'existence et la vision du monde des individus, sans pour autant y apporter plus de stabilité. Certains individus tendent à adopter une identité ancrée dans l'instant présent, éphémère, se renouvelant sans cesse en fonction des moments (Chambon & Couteron, 2015). La société promeut les libertés, tout en ne cessant de contraindre l'individu par la valorisation de la performance et du plaisir. L'individu est seul maître de ses choix, avec les conséquences que cela implique : être l'unique responsable de son passé et être soumis aux répercussions futures des conduites et choix actuels (Chambon & Couteron, 2015; Morel & Couteron, 2008). Pour autant, peu d'études ont véritablement évalué les changements en termes de perspectives temporelles au cours d'une prise en charge en addictologie (Davies & Filippopoulos, 2015; van Beek, Berghuis, Kerkhof, & Beekman, 2011).

En ce qui concerne la littérature scientifique sur la temporalité, on a pu constater

qu'une majorité d'études se sont jusque-là centrées sur l'impact de l'orientation temporelle future. Cette dernière fait figure de facteur majeur de protection à l'égard de l'émergence et de l'aggravation de nombreuses problématiques de santé, favorisant notamment le lien et la réussite du soin. Néanmoins, on peut encore s'interroger sur les mécanismes précis de cet effet protecteur. À cet égard, Barnett et al. (2013) sont jusqu'à présent les seuls à avoir étudié les relations bidirectionnelles existant entre cette perspective temporelle et diverses conduites addictives, le tout selon une perspective longitudinale. Si des effets significatifs ont été observés, cela ne concernait pas l'alcool. On pourra toutefois relever que leur échantillon était exclusivement composé d'élèves « tout-venant » du cycle secondaire. Comme les auteurs le suggèrent, les habitudes de consommation, les problématiques rencontrées, et donc la nature de la relation bidirectionnelle, seront bien différentes chez des individus plus âgés, *a fortiori* au sein d'un échantillon clinique.

Il faut aussi remarquer que la plupart des recherches scientifiques sur la temporalité n'incluent finalement qu'une évaluation partielle de ce concept, évaluant habituellement qu'une ou deux perspectives temporelles sur les cinq classiquement retrouvées. Il est toutefois recommandé de prendre en considération, simultanément, les trois instances temporelles (Zimbardo & Boyd, 1999). Certains auteurs ont eux choisi d'utiliser une mesure intégrant plutôt la notion d'une déviation par rapport à un profil équilibré de temporalité (Boniwell, Osin, Alex Linley, & Ivanchenko, 2010). Ce profil décrirait une structure mentale idéale permettant de basculer d'un biais temporel à un autre, selon les situations, les ressources disponibles et les objectifs. Toutefois, les différentes études qui ont déployé cette approche ont observé un réel manque de consistance des résultats se rapportant à la consommation d'alcool (Cole, Andretta, & McKay, 2016; Loose et al., 2018; McKay et al., 2014). On peut même s'interroger sur sa réelle valeur écologique (Loose et al., 2018; Stolarski, Bitner, & Zimbardo, 2011). Un profil équilibré ne serait ainsi pas vraiment pertinent au sein d'un échantillon clinique. À titre d'exemple, les patients présentent généralement des niveaux importants en présent hédoniste. Cependant, cela peut tout autant faire écho à des méthodes adaptées qu'inadaptées de rechercher le plaisir (Loose et al., 2018).

Un autre pan de recherches souligne l'impact indirect de la temporalité sur la relation entre d'autres variables significativement associées aux trajectoires addictives. Par exemple, au sein d'un échantillon d'étudiants aux États-Unis, le passé négatif occupe le rôle de

médiateur de l'association entre la détresse psychologique et les conséquences négatives issues de la consommation d'alcool (Linden et al., 2014). En tant que variables clés dans le changement lié aux conduites addictives, nous retrouvons alors les inclinations à rechercher et poursuivre la consommation, à l'éviter, ainsi que la motivation au changement, de la prise de conscience à l'engagement dans des évolutions concrètes. La pertinence clinique et théorique de ces dimensions ne fait plus débat. Les modifications des habitudes de consommation, survenant notamment dans le cadre du soin, sont capables d'induire de fortes envies de consommer. En retour, cela peut sévèrement affecter la motivation au changement du patient.

Toutefois, relativement peu est connu quant à l'articulation de ces deux dimensions. On regrettera également l'absence d'études examinant cette relation à la lumière de l'influence de variables tierces (Bradshaw et al., 2014). Au sein de la littérature, on ne retrouve en effet qu'une seule étude publiée suggérant l'effet médiateur d'une variable connexe à la perspective temporelle future, l'espoir (Adelabu, 2008). Cette dimension médiatise ainsi la relation entre le *craving* et le stade de contemplation. Plus précisément, l'espoir serait en mesure de réduire l'ambivalence des individus, les conduisant indirectement à s'engager plus concrètement dans le changement. Enfin, bien que l'étude ait été réalisée sur un échantillon clinique, on remarquera que seuls le *craving* et l'espoir ont été évalués en lien avec la motivation au changement. Il manque ainsi toute la diversité des inclinations tournées ou non vers la consommation, ainsi qu'une mesure des effets provenant des différentes perspectives temporelles. Dans ce cadre, nous serions alors à même d'observer des mécanismes qui n'ont jusqu'à présent jamais été relevés.

2.4.2. Objectifs et hypothèses de recherche

Dans sa globalité, ce travail de recherche vise à mieux comprendre le processus de changement en lien avec un épisode de soins spécialisés en addictologie. Schématiquement, le présent projet se structure en deux grands axes. En premier lieu, à titre introductif, nous nous intéressons spécifiquement à la question du maintien du suivi par les patients recevant un soin ambulatoire. L'enjeu sera ici de mieux comprendre ce qui est en mesure de conduire à l'interruption prématurée de la prise en charge. Notre position sera alors, sur la base des réflexions menées avec les professionnels de l'antenne, elles-mêmes appuyées par la

littérature présentée plus tôt (cf. 2.2.5, pp. 85-89), de distinguer les patients abandonnant le soin des autres, par la mise en évidence d'un ensemble de facteurs de risque potentiels.

Dans un second temps, la plus grande partie du travail de recherche questionnera le changement et sa dynamique. On s'interrogera tout d'abord sur les changements effectivement observables chez les patients entre leur entrée dans le soin et six mois de prise en charge. Nous faisons ici le choix, en lien avec les propositions des intervenants de terrain et les recommandations de la littérature (cf. 2.3.3., pp. 99-102) d'intégrer un ensemble significatif d'indicateurs.

Pour appuyer ensuite davantage ces interrogations autour des mécanismes du changement, on s'intéressera plus précisément à la place de la temporalité dans l'explication des faits observés. En lien avec les réflexions présentées au sein de la section précédente (cf. 2.4.1., pp. 110-114), nous sommes amenés à nous poser la question suivante : Dans quelle mesure la perspective temporelle future et le niveau de sévérité du trouble de l'usage d'alcool sont-ils capables de se prédire, réciproquement, l'une et l'autre, et ce à différents instants du suivi ? À cet égard, nous visons à étendre les précédents travaux de Barnett et al. (2013) au sein d'un échantillon clinique.

Enfin, le dernier volet poursuit ces réflexions autour de la place des différentes perspectives temporelles en les plaçant en tant que variables médiatrices de la relation entre les différentes inclinations à consommer ou non de l'alcool et les différents stades composant la motivation au changement (cf. 2.4.1, pp. 113-114). Il est alors supposé qu'une inclination spécifique tournée vers la consommation d'alcool ou son évitement entraînera une modification des perspectives temporelles de l'individu sous l'influence, par exemple, de l'expérience subjective de la consommation, ses répercussions et les attentes qui en découlent. En retour, la façon dont l'individu voit et se positionne par rapport à son passé, son présent et son futur va influencer la perception de la conduite et du changement à lui apporter ou non. Certaines orientations temporelles pourraient aider à vivre avec, à surmonter les expériences déplaisantes de consommation. D'autres seraient davantage en mesure d'exacerber leurs retombées insatisfaisantes. Il est aussi à noter que ces associations directes et indirectes sont vraisemblablement en mesure d'évoluer au cours du temps de la prise en charge.

Pour conclure, on pourra synthétiser les quatre objectifs de ce travail *via* les énoncés suivants :

- Objectif 1 Repérer ce qui distingue les patients qui interrompent prématurément leur suivi au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie des autres patients.
- Objectif 2 Décrire les changements survenus chez les patients après six mois de suivi en soins ambulatoires pour une problématique liée à leur consommation d'alcool.
- Objectif 3 Déterminer les liens réciproques entre l'orientation temporelle future et le niveau de sévérité de la problématique associée à la consommation d'alcool.
- Objectif 4 Explorer l'action médiatrice des perspectives temporelles sur la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce Chapitre 3 va à présent détailler la méthodologie déployée dans le cadre de la réalisation du travail de recherche. À ce stade, il est important de rappeler que le présent travail s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure. Par conséquent, une part notable de ce qui va être présenté au sein de cette partie est issue du protocole, validé d'un point de vue institutionnel et éthique, du projet DECA. Dans le cadre de cette thèse, nous allons néanmoins nous recentrer sur ce qui correspond spécifiquement aux objectifs de notre recherche. Nous allons alors présenter en premier lieu la population et la procédure ayant permis la constitution de l'échantillon final de l'étude. Nous évoquerons ensuite plus précisément le déroulement de l'étude. Nous détaillerons par la suite les différents instruments utilisés. Cela nous permettra de présenter les différentes variables prises en considération, puis de décrire les analyses statistiques réalisées. Enfin, nous développerons toutes les précautions prises pour assurer le respect de l'éthique et de la déontologie.

3.1. Population et critères d'échantillonnage

La population au cœur de cette étude est celle des patients recevant un soin au format ambulatoire au sein de l'antenne Beauséjour du CSAPA les Apsyades. Au moment où le projet DECA a été conçu, il avait été prévu de recruter 200 patients. Divers critères d'inclusion et de non-inclusion ont été définis. Un patient était ainsi éligible à la participation lorsqu'il remplissait l'intégralité des conditions suivantes :

Critère d'inclusion 1 Être majeur (être âgé de plus de 18 ans).

Critère d'inclusion 2 Venir pour la première fois en consultation au sein de l'antenne (« primo-entrant »).

Critère d'inclusion 3 Avoir une compréhension suffisante du français, à l'écrit et à l'oral.

Critère d'inclusion 4 Donner son consentement écrit et oral relatif à la participation à l'étude.

Critère d'inclusion 5 La problématique, principale, donnant lieu à la consultation est liée à une consommation d'alcool (selon les dires du patient).

L'un de ces critères fait écho au fait que le protocole intègre exclusivement des patients se trouvant en situation de premier contact avec la structure. Néanmoins, l'équipe de recherche a, en amont, décidé d'intégrer également les patients déjà venus en soin il y a plusieurs années (c.-à-d., quatre ou cinq ans au minimum). L'hypothèse clinique derrière ce choix a été que ce nouveau contact avec le soin pouvait constituer une véritable nouvelle rencontre avec l'institution. Pour continuer, il faut de plus noter que l'évaluation initiale de la demande a constitué une étape majeure orientant l'inclusion. À cet égard, aucun outil ou protocole standardisé dédié n'a été utilisé pour spécifier l'existence ni le degré de sévérité de la problématique. L'équipe s'est avant tout fiée à son expérience clinique auprès de cette population afin d'orienter ou non les patients vers l'étude.

Simultanément, plusieurs critères de non-inclusion ont été spécifiés :

Critère de non-inclusion 1 La problématique donnant lieu à la consultation est liée à d'autres substances ou conduites addictives.

Critère de non-inclusion 2 Le patient n'a pas donné son accord pour participer à l'étude.

Critère de non-inclusion 3 Il s'agit d'un majeur protégé, c'est-à-dire sous un régime de tutelle ou curatelle légale.

Critère de non-inclusion 4 Le patient présente des troubles cognitifs sévères.

Critère de non-inclusion 5 Le patient présente des troubles mentaux significatifs (p. ex., trouble psychotique délirant, épisode dépressif majeur, d'intensité sévère).

Compte tenu de nos thématiques de recherche, il peut sembler surprenant d'apercevoir la présence, à la fois des troubles cognitifs sévères et des troubles mentaux majeurs, au sein des critères de non-inclusion. Néanmoins, ces éléments ont été intégrés au sein du protocole DECA afin de prévenir l'inclusion de patients n'étant pas en mesure de fournir un consentement pleinement éclairé et de répondre de manière fiable aux outils qui allaient leur être proposés.

Enfin, plusieurs critères d'exclusion ont été définis ultérieurement, lorsque le projet DECA était en phase de prétest. Ces derniers sont le fruit des discussions entre les intervenants

à la suite des premiers recrutements, lorsque certaines situations initialement non prévues ont dû être gérées spontanément au cours du déroulement de l'étude :

Critère d'exclusion 1 Le patient accepte de participer à l'étude lors du premier contact, mais ne vient pas à son premier rendez-vous.

Critère d'exclusion 2 Le patient se présente, lors du premier contact ou au moment du premier rendez-vous, en état d'alcoolisation.

Critère d'exclusion 3 Le patient complète les outils psychométriques proposés de façon incomplète (plus de 50 % de données manquantes au sein d'un même outil) ou manifestement aléatoire.

Critère d'exclusion 4 Le patient manifeste au cours du suivi clinique son souhait de ne plus participer à l'étude.

3.2. Procédure et déroulement de l'étude

Comme précisé en introduction, ce travail de recherche a été réalisé dans le cadre du plus large projet DECA (cf. 1.2.5., pp. 31-33). Le présent travail reprend alors la structure du protocole de ce projet. On peut indiquer qu'il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, prospective, non aléatoire, à deux temps de mesure : T0 au moment où les patients entrent en soin ; puis T1 après six mois de suivi au sein de l'antenne. Il n'existe qu'un seul groupe d'évaluation (absence de groupe contrôle/de comparaison). Sur le plan clinique, tous les patients reçoivent le même type de prise en charge. Les caractéristiques plus spécifiques du suivi, par exemple la fréquence des rendez-vous ou les intervenants impliqués, vont dépendre des besoins des patients et des possibilités des intervenants. Le devis méthodologique visant à répondre aux quatre objectifs formulés à la fin du Chapitre 2 (cf. 2.4.2., pp. 115-116) est quantitatif. Enfin, cette recherche comporte un volet d'analyse longitudinale, pour tenir compte de l'évolution et du changement chez les patients au cours du soin, et un volet d'analyse transversale permettant d'établir un profil précis des patients aux deux temps de mesure, c'est-à-dire à deux instants précis du soin (Brochu et al., 2014).

Au cours de la période de recrutement, intégrant la phase pilote de novembre et décembre 2014 et la phase principale du projet sur l'année 2015, 299 nouvelles demandes (et

reprises de contact) ont été réceptionnées (présence physique ou téléphonique) par l'antenne. Durant ce premier contact, un rapide tri a été effectué quant à la nature de la demande. À ce stade, 256 patients sont entrés en lien avec le CSAPA pour une problématique directement reliée à leur consommation d'alcool. La demande de 43 autres patients était relative à d'autres types de conduites addictives, impliquant le cannabis ($n = 34$), les jeux de hasard et d'argent ($n = 5$), le tabac ($n = 3$), ou l'usage détourné de médicaments codéinés ($n = 1$). En plus de recueillir les premières informations nécessaires à la mise en place du suivi, c'est à cet instant que les patients ont été informés, succinctement, de la tenue du projet DECA. Ils ont également reçu une courte information orale sur cette étude et les enjeux associés, de la part des secrétaires médicales. Dans quelques situations, la participation à l'étude n'a pas été proposée ($n = 15$), que ce soit du fait d'un manque de temps ou de la rencontre immédiate d'un critère de non-inclusion ou d'exclusion. À ce stade, 38 patients ont par ailleurs exprimé leur refus de participer à l'étude. Les raisons du refus sont variées, mais n'ont pas pu être documentées avec précision. *A posteriori*, nous avons constaté que les patients ayant refusé de participer ne se distinguent pas, du point de vue des principales caractéristiques sociodémographiques, des participants de l'étude. Parmi ceux ayant donné leur accord, il faut noter que 48 ne sont par la suite jamais venus à leur premier rendez-vous.

Lors de leur venue à l'antenne Beauséjour le jour du premier rendez-vous de leur suivi, les patients recevaient une note d'information (cf. Annexe 3). Cette dernière leur permettait de prendre connaissance des modalités plus précises de l'étude. Cela offrait également l'opportunité aux patients d'échanger avec les intervenants, principalement les secrétaires médicales à ce stade, si besoin. S'ils maintenaient leur souhait de participer à l'étude, ils devaient signer le document. À cet instant, les participants recevaient l'intégralité des outils psychométriques et étaient invités à les compléter immédiatement. La passation était prévue pour se réaliser au format papier crayon, avec l'aide des intervenants si cela était nécessaire. Les secrétaires médicales recueillaient également diverses informations sociodémographiques et cliniques utiles au début du suivi, au sein du dossier patient. Les patients rencontraient par la suite l'intervenant avec qui ils avaient rendez-vous. À la suite de ce premier rendez-vous, et à la lumière des critères de non-inclusion et d'exclusion, trois patients ont été exclus, l'un en raison de troubles cognitifs majeurs et manifestes et les deux autres, car ils se sont présentés à la consultation en état d'alcoolisation. À ce stade,

l'échantillon était composé de 152 patients. Suite à la première passation (T0), un participant a spontanément exprimé le souhait de se retirer de l'étude, tandis que les informations relatives à un autre patient seront plus tard retirées de la base de données en raison d'une passation particulièrement parcellaire. Notre échantillon a ainsi fourni 150 formulaires complets et valides à l'issue du premier temps de mesure.

Tous les patients de l'échantillon ont reçu un suivi standard au sein du CSAPA, que l'on peut penser identique à celui reçu par les patients ne participant pas à l'étude. Sa composition varie selon l'élaboration d'un projet de soin coconstruit par le patient et l'équipe. Schématiquement, le soin consiste principalement en un suivi individuel avec un ou plusieurs intervenants, tous spécialisés en addictologie, de l'antenne : médecins, médecin-psychiatre, psychologue, infirmière, assistante sociale. Les rendez-vous ont habituellement une fréquence variée, avec des rencontres mensuelles, bimensuelles ou hebdomadaires. En fonction des situations et des demandes, des entretiens familiaux et conjugaux, ainsi que des ateliers thérapeutiques ont pu être proposés. Après six mois de suivi (T1), les patients reçoivent une nouvelle fois la batterie de questionnaires à remplir. À cet instant, seuls 81 des patients initialement inclus dans l'échantillon étaient encore en suivi. Les 69 autres patients ont ainsi été considérés comme étant « perdus de vue ».

Cette catégorisation a suivi une procédure bien précise. Tout patient ne se présentant pas à un rendez-vous planifié, sans avoir auparavant prévenu l'antenne, et ne reprenant pas contact après 15 jours, recevait un courrier postal lui proposant une nouvelle date de rendez-vous. Le patient avait la possibilité de modifier cette date en rappelant l'antenne Beauséjour. Si ce dernier ne reprenait toujours pas contact suite à cette sollicitation, il était considéré comme étant en situation de départ prématuré en raison d'un « rendez-vous non honoré ». Le choix de ce délai de 15 jours est le fruit d'une réflexion clinique des intervenants concernant la dynamique des départs prématurés. Dans les faits, aucun des patients ayant dépassé ce délai n'a par la suite repris contact avec l'antenne. Cette catégorisation sous l'intitulé « rendez-vous non honoré » a concerné la majorité des patients perdus de vue ($n = 48$). Il faut toutefois noter que ces 48 situations restent relativement peu informatives sur la nature de ces départs du soin. D'autres motifs ont pu justifier ces abandons, sans que nous y ayons explicitement accès. Enfin, un ensemble d'autres raisons conduisant à la sortie de la prise en charge ont pu être documentées : interruption du suivi souhaitée par le patient ($n = 6$) ; non

reprise de rendez-vous alors que l'équipe et le patient avaient convenu que c'était bien à ce dernier de le faire quand il le souhaitait et le pouvait ($n = 5$) ; changement du lieu de suivi demandé par le patient ($n = 3$) ; réorientation par l'équipe auprès d'une ressource plus appropriée à la situation du patient ($n = 3$) ; décès ($n = 2$) ; incarcération ($n = 1$) ; et déménagement ($n = 1$).

Comme pour le premier temps de mesure, deux patients ont été exclus à la suite de la passation, du fait d'un remplissage inadéquat des questionnaires. Enfin, les derniers participants ont été recrutés entre décembre 2015 et janvier 2016. Par conséquent, pour respecter la durée prévue du protocole, la dernière passation a eu lieu en juillet 2016. L'intégralité du processus de recrutement, d'inclusion et de passation est résumée au sein de la Figure 8, présentée à la page suivante.

3.3. Instruments psychométriques

Notre travail de recherche s'est appuyé sur plusieurs outils psychométriques. Nous nous sommes également servis d'une fiche de synthèse clinique recensant un ensemble d'informations sociodémographiques et cliniques, systématiquement remplie par l'équipe dans la constitution du dossier patient. Nous allons détailler davantage ce matériel au sein de la section à venir.

3.3.1. La fiche RECAP et les dossiers patients

La fiche RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) a été développée et diffusée après un travail multiorganisationnel coordonné par l'OFDT à partir de l'année 2005, à des fins épidémiologiques dans le cadre des politiques de santé publique européenne et nationale (Palle & Vaissade, 2007). Cette fiche fait désormais partie des deux évaluations annuelles obligatoires à réaliser au sein d'un CSAPA, avec le rapport d'activité. Ces rapports sont à faire remonter directement à l'OFDT au premier trimestre de l'année $n+1$. La fiche RECAP est systématiquement remplie par les équipes, en particulier par les secrétaires médicales qui coordonnent les saisies des autres intervenants, au moment de l'entrée en soin d'un patient. Elle est ensuite actualisée au début de chaque année civile.

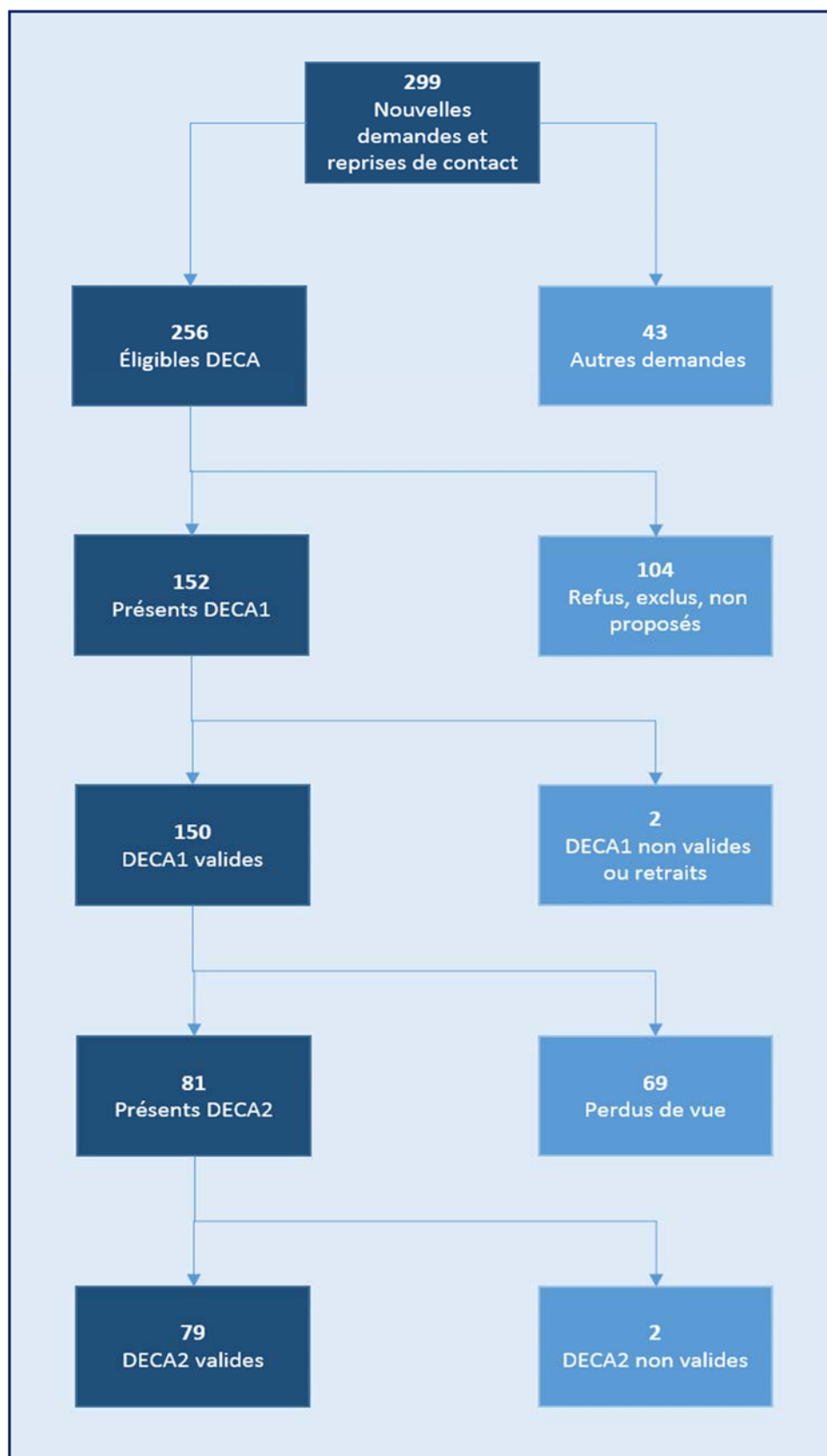


Figure 8. Organigramme du recrutement et du recueil de données dans le cadre du projet DECA (11/2014 au 07/2016). DECA1 fait référence aux passations à l'entrée en soin, tandis que DECA2 désigne les données recueillies après six mois de suivi

L'usage de cette fiche vise à relever les caractéristiques des populations reçues en soin

au sein de tous les CSAPA. Idéalement, cette évaluation doit contribuer à l'orientation et l'adaptation des pratiques de terrain à l'égard des problématiques addictives. À cette fin, une large gamme d'informations est couverte, allant des simples détails de la démarche actuelle de soin (p. ex., date du premier contact et du début du suivi au sein de la structure, sa ou ses problématiques addictives, source de la demande ou de l'orientation), à la situation socioprofessionnelle du patient, ses conditions de vie, et ses éventuelles comorbidités et autres antécédents médicosociaux et judiciaires. Un exemplaire complet de cette fiche est disponible pour consultation (cf. Annexe 4).

En parallèle de cette fiche RECAP, nous avons également eu accès aux dossiers patients informatisés. Cela nous a permis d'obtenir différentes données plus précises. On pense notamment aux nombres d'interventions reçues par les patients au cours de la prise en charge, à leur nature et aux intervenants concernés. Les dates et motifs des sorties de soin étaient aussi disponibles à cet endroit. Ces dossiers restent protégés, uniquement accessibles au personnel autorisé disposant d'un identifiant numérique.

3.3.2. L'Alcohol Use Disorders Identification Test

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) est un outil de repérage précoce des consommateurs problématiques d'alcool. Il s'agit d'un questionnaire bref, comprenant dix items, nécessitant moins de cinq minutes à remplir. Il peut être administré au format d'auto-évaluation ou en hétéroévaluation. Développé par l'OMS à partir de 1989, il fut révisé en 1992 pour intégrer les critères de la CIM-10 tout juste parue (Babor et al., 2001). Cet outil a précisément été conçu comme un outil de repérage, et non de diagnostic, simple et efficace, à destination des professionnels des soins de premier recours afin de les aider à guider leurs interventions en fonction de la sévérité du trouble lié à l'alcool. Il offre dans l'ensemble une bonne mesure du risque lié à l'usage d'alcool, quels que soient l'âge, le genre, le contexte culturel ou clinique dans lequel il est utilisé (Allen, Litten, Fertig, & Babor, 1997; Reinert & Allen, 2002; Saunders, Aasland, Amundsen, & Grant, 1993).

Chaque item se cote de 0 à 4, à l'exception des items 9 et 10 (côtés en 0, 2 et 4). Le score maximum est de 40. Ce score total désigne le degré de sévérité de la problématique relative à la consommation d'alcool. Par définition, plus ce score est élevé, plus il est plausible que cette problématique soit majeure et nécessite un accompagnement thérapeutique

spécifique (Babor et al., 2001). Traditionnellement, il existe un score seuil fixé à 8 pour les hommes et à 7 pour les femmes et les individus âgés de plus de 65 ans (Babor et al., 2001). On estime qu'un score total compris entre 8 et 15 décrit une problématique de sévérité modérée. Au-delà de 16, le trouble lié à l'usage d'alcool est sévère.

À l'aide d'un indicateur de verre standard, directement explicité au patient, l'AUDIT permet de mesurer l'usage récent d'alcool, au cours des douze derniers mois (item 1). On peut ensuite estimer l'existence d'une consommation à risque par l'évaluation cumulée de cette fréquence de consommation, de la quantité d'alcool consommée et de la fréquence des épisodes de forts usages (items 1 à 3). C'est un score supérieur ou égal à 1 sur les items 2 ou 3 qui permet d'évoquer l'existence d'une consommation à risque. Plusieurs symptômes de dépendance sont également accessibles (items 4 à 6) : perte de contrôle vis-à-vis de la conduite de consommation ; prédominance au quotidien de la conduite de consommation ; consommation qui se renouvelle dès le matin. Un score supérieur à 0 sur l'ensemble des items 4 à 6 suggère la présence d'une dépendance. Enfin, l'existence d'une consommation nocive est explorée à l'aide des items 7 à 10 (c.-à-d., culpabilité après la consommation ; pertes de conscience ; blessures ; et préoccupations de l'entourage). Les scores obtenus sur ces quatre items font écho à l'intensité des dommages relatifs à la consommation d'alcool. Enfin, les deux derniers items précisent la survenue d'une problématique similaire par le passé.

L'outil a depuis été traduit et validé en langue française (Gache et al., 2005). Cette validation a par ailleurs permis d'appuyer davantage les bonnes qualités psychométriques de cet outil (c.-à-d., consistance interne, sensibilité, spécificité, validité prédictive). Dans le même temps, les auteurs de cette validation française ont proposé des scores seuils sensiblement différents. D'après ces critères, un score compris entre 0 et 6 (5 pour les femmes) désigne l'absence de trouble ; un score de 6 à 12 évoque une consommation excessive ; tandis que l'on désignera une situation de dépendance au-delà de 13. Un exemplaire de cette version, utilisée dans le cadre du protocole DECA, est accessible en annexe (cf. Annexe 5).

3.3.3. L'Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire

L'*Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire* (AAAQ) est un outil psychométrique issu des travaux de McEvoy, Stritzke, French, Lang, & Ketterman (2004) sur le phénomène de *craving*. Dans la lignée des modélisations proposées par Anton (1999) et

Breiner, Stritzke, et Lang (1999), ce questionnaire est composé de 14 items destinés à évaluer les tendances, l'inclination, d'un individu, à consommer et à ne pas consommer de l'alcool (cf. 2.3.4.1, pp. 103-105). Pour arriver à cette version, les auteurs ont constitué une liste d'items provenant des nombreux outils d'évaluation du *craving* existants alors. Les analyses factorielles successives, tout en excluant un grand nombre de propositions, ont indiqué qu'une structure en trois facteurs semblait être la plus pertinente. Le premier facteur, *Inclined/Indulgent*, comprenant cinq items, décrit une tendance plutôt subtile à vouloir consommer de l'alcool. Cette dernière sera déterminée par le contexte social, les incitations environnementales. Le second facteur, *Obsessed/Compelled* (quatre items), se rapproche de la représentation classique du *craving*, c'est-à-dire un désir particulièrement intense et obsédant d'user de l'alcool. Ensemble, ces deux dimensions font véritablement référence à la tendance plus générale tournée vers la recherche de la consommation (*approach inclination*, Anton, 1999; Breiner et al., 1999; McEvoy et al., 2004). Enfin, le facteur *Resolved/Regulated* (cinq items) fait écho à une préférence marquée pour l'évitement de la consommation d'alcool (*avoidance inclination*). Les deux premiers facteurs sont modérément corrélés entre eux, avec un coefficient de corrélation égal à 0,44 ($p < 0,001$), et seulement faiblement avec le troisième facteur (respectivement $r = -0,20$ et $r = 0,13$, $p < 0,001$) (McEvoy et al., 2004).

D'après la littérature, les propriétés psychométriques de ce questionnaire sont très satisfaisantes (c.-à-d., consistance interne, validité convergente et prédictive), en particulier en contexte clinique (Klein & Anker, 2013; Klein, Stasiewicz, Koutsky, Bradizza, & Coffey, 2007). Toutefois, la structure factorielle de l'AAAQ suscite encore le débat. En effet, il a été suggéré qu'une structure à deux facteurs serait plutôt préférable dans certains contextes cliniques, en l'occurrence au sein du soin ambulatoire (Klein et al., 2007). Néanmoins, une mesure permettant de distinguer différentes inclinations individuelles envers la consommation d'alcool reste malgré tout d'une grande utilité clinique. Les scores obtenus à l'AAAQ ont par exemple été en mesure de prédire la fréquence et la quantité d'alcool consommée, la probabilité d'une rechute, après la fin du soin (Klein & Anker, 2013; Klein et al., 2007; Schlauch et al., 2012, 2015). L'AAAQ est également en mesure d'interroger ces dimensions selon trois échelles temporelles : Maintenant, Au cours des 24 dernières heures, et Au cours de la semaine dernière. La passation se fait en auto-évaluation, les participants doivent indiquer leur degré d'accord concernant chaque item sur une échelle de Likert allant

de 0 (*Not at all*) à 8 (*Very strongly*). Il n'y a pas de seuil moyen. Une moyenne élevée indique à quel point une tendance est marquée chez un individu.

À notre connaissance, il n'existe aucune traduction francophone de cet outil. Par conséquent, nous avons profité du projet DECA pour procéder à son adaptation et surtout sa validation en langue française. En effet, la littérature souligne l'importance de réévaluer la structure factorielle d'un outil psychométrique récemment traduit (Borsboom, 2006). Ce travail, en cours de soumission dans une revue à comité de relecture, est disponible en annexe (cf. Annexe 6). Cet article comprend de plus les items originaux et leur traduction en langue française. Néanmoins, dans la mesure où ce projet de validation était poursuivi en parallèle de la présente démarche de recherche, nous avons dû en rester à la structure initiale proposée par McEvoy et al. (2004) pour les analyses réalisées dans le cadre de cette thèse. Toutefois, compte tenu des avancées relatives à cette validation, nous pouvons suggérer que la structure factorielle obtenue est proche de celle soulignée par McEvoy et al. (2004), retrouvée par la suite chez Klein & Anker (2013). Ce travail permet également d'appuyer les qualités psychométriques de l'outil : consistance interne, validité de construit, convergente, discriminante et prédictive. Qui plus est, cela pose la question de la relabellisation des dimensions de l'outil. En effet, les intitulés originaux ne mettaient, selon nous, pas suffisamment l'accent sur ces notions d'intensité et de contexte précédant la recherche de la consommation. À ce stade, on pourra suggérer la terminologie suivante : Inclination obsédante pour *Obsessed/Compelled* (p. ex., item 6 « Mon désir de boire semblait insurmontable ») ; Inclination contextuelle pour *Inclined/Indulgent* (p. ex., item 4 « J'aurais accepté un verre si on me l'avait proposé ») ; et Inclination à l'évitement pour *Resolved/Regulated* (p. ex., item 13 « J'ai évité les endroits où j'aurais pu être tenté de boire de l'alcool »).

3.3.4. La Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

La *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) a été développée par Miller et Tonigan (1996). Cette échelle vise à évaluer spécifiquement, de façon rapide et simple, la motivation au changement des consommateurs problématiques d'alcool. La SOCRATES est partiellement issue de l'*University of Rhode Island Change Assessment*, une mesure plus générique de la motivation au changement (McConaughy, Prochaska, & Velicer,

1983). Une première version de la SOCRATES comprenait 39 items. Sa taille a progressivement été réduite à 32 puis finalement à 19 items. La version actuelle de l'outil est également connue sous le sigle SOCRATES-8A (c.-à-d., huitième version à destination des consommateurs d'alcool), tandis qu'existent d'autres versions : par exemple, la SOCRATES-8A-SO-M, une version à 32 items à destination de l'entourage des consommateurs problématiques d'alcool de sexe masculin. La version 8A a depuis été utilisée dans une large gamme de populations et de contextes cliniques : échantillons cliniques au sein de structures de soins spécialisés en addictologie, patients des soins de premier recours, médecine générale, populations adolescentes ou étudiantes (Abiola, Udofia, Sheikh, & Sanni, 2015; Bertholet, Cheng, Palfai, Samet, & Saitz, 2009; Maisto et al., 1999; Matwin & Chang, 2011; Vijay, Bazazi, Yee, Kamarulzaman, & Altice, 2015). L'outil a été traduit à plusieurs reprises, et à chaque fois au moins partiellement validé (Chun, Cho, & Shin, 2010; Demmel, Beck, Richter, & Reker, 2004; Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2005; Parvizifard, Ahmad, Baba, & Sulaiman, 2012; Yeh, 2009).

L'outil comporte trois dimensions : *Recognition*, *Ambivalence* et *Taking steps* (Reconnaissance du trouble, Ambivalence et Action, selon notre traduction personnelle). Ces dernières recouvrent les stades de changement tels que décrits par Prochaska, DiClemente, et Norcross (1992). Ainsi, la dimension *Recognition* inclut sept items relatifs au déni et à la prise de conscience quant à l'existence d'un trouble, faisant écho au stade de précontemplation, puis de préparation. La dimension *Ambivalence* (4 items) fait littéralement référence à l'ambivalence expérimentée par le patient entre la poursuite de la consommation et la nécessité du changement (c.-à-d., stade de contemplation). Enfin, la dimension *Taking steps* réunit huit items décrivant les différentes intentions et stratégies mises en plan dans la poursuite et le maintien du changement (stade d'action, puis de maintenance). La passation se fait habituellement en auto-évaluation, au format papier crayon. Le score varie de 1 à 5 pour chaque item. Le participant doit exprimer son degré d'accord quant à l'énoncé proposé via une échelle de Likert allant de 1 (*Strongly disagree*) à 5 (*Strongly agree*). Les trois dimensions sont constituées en faisant la somme des items les composant. Cela donne alors les amplitudes suivantes : de 7 à 35 pour *Recognition* ; de 4 à 20 pour *Ambivalence* ; et de 8 à 40 pour *Taking steps*. En fonction du score total obtenu, on peut attribuer un niveau à chaque dimension, allant de très faible à très élevé. Ce dernier est déterminé en fonction de la distribution des déciles de données issues d'une population de référence (Miller & Tonigan,

1996). Par exemple, le niveau modéré (5^e décile) correspond à un score total de 32 ou 33 pour l'échelle de *Recognition*, de 15 pour l'échelle d'*Ambivalence* et de 33 pour celle de *Taking steps*.

Les indices psychométriques, notamment de consistance interne et de fiabilité test-retest, associés à la première version de l'outil apparaissaient être très encourageants (Miller & Tonigan, 1996). Néanmoins, sa structure factorielle a rapidement fait débat, et reste encore sujette à caution. Certains auteurs ont très tôt suggéré une structure à deux dimensions (Maisto et al., 1999). L'enjeu était ici de fusionner les dimensions *Recognition* et *Ambivalence* pour aboutir à la création d'un seul facteur AMREC (*AMbivalence* et *RECOgnition*) (Bertholet, Dukes, et al., 2009; Maisto et al., 1999). Toutefois, il est actuellement impossible de se positionner car les résultats de la littérature spécialisée restent très contrastés, en fonction des populations, de la traduction ou des contextes d'administration (Bertholet, Dukes, et al., 2009; Burrow-Sanchez & Lundberg, 2007; Chun et al., 2010; Demmel et al., 2004; Figlie et al., 2005). Quoi qu'il en soit, cet outil reste pertinent car il permet de détailler assez finement la complexité de la motivation au changement. Une équipe de chercheurs basée en Suisse avait il y a quelques années étudié la structure factorielle d'une première traduction francophone de l'échelle (Zullino et al., 2007). Si leur travail avait appuyé une structure trifactorielle, il n'était pas exempt de limitations (c.-à-d., hétérogénéité et taille limitée des sous-échantillons, des problématiques addictives, avec notamment l'absence d'un groupe de consommateurs exclusifs d'alcool ; absence d'analyse factorielle confirmatoire).

Par conséquent, en lien avec la démarche de validation de l'AAAQ (cf. 3.3.3., p. 127), nous avons procédé à une nouvelle traduction et une tentative de validation factorielle et psychométrique de la SOCRATES. Tout comme l'AAAQ, ce travail est en cours de soumission. Néanmoins, une version de l'article scientifique associé est disponible en annexe (cf. Annexe 7). Les principaux résultats semblent plutôt souligner une structure bidimensionnelle remaniée (13 items), assez proche de celle de Maisto et al. (1999). L'évaluation psychométrique apparaît également satisfaisante. Pour les mêmes raisons que pour l'AAAQ, nous avons utilisé la structure initiale à trois facteurs de Miller et Tonigan (1996) pour les analyses du présent travail de recherche.

3.3.5. Le Zimbardo Time Perspective Inventory - Short Form

Le ZTPI évalue la temporalité sous la forme des cinq perspectives temporelles définies par Zimbardo et Boyd (1999) (cf. 2.3.4.2, pp. 106-109). Dans le cadre de cette étude, nous utilisons plus précisément la version courte de ce questionnaire, le *Zimbardo Time Perspective Inventory – Short Form* (Zhang, Howell, & Bowerman, 2013), traduite et partiellement validée en français (Loose et al., 2018; Loose, Acier, Pilet, & Sysaykeo, 2017). Cette dernière comprend 15 items répartis sur cinq échelles correspondant aux perspectives temporelles : Passé Négatif (items 2, 8 et 14) ; Passé Positif (items 1, 3 et 6) ; Présent Fataliste (items 5, 9 et 15) ; Présent Hédoniste (items 7, 11 et 13) ; et Futur (items 4, 10 et 12). Un exemplaire complet de ce questionnaire, tel que déployé dans le cadre du projet DECA est disponible en annexe (cf. Annexe 8). Cette échelle a l'avantage d'être rapide et facile à administrer en face à face, en auto-évaluation. Les participants doivent indiquer leur niveau d'accord aux différents énoncés présentés, sur une échelle de Likert en cinq points, de 1 (*Non, totalement en désaccord*) à 5 (*Oui, totalement en accord*). Le score de chaque perspective temporelle est obtenu en faisant la moyenne des scores aux items la constituant. Plus cette dernière est élevée, plus l'individu présente un biais significatif à l'égard de cette perspective temporelle.

La véritable force de cet outil est qu'il permet de prendre en compte, simultanément, les aspects motivationnels, émotionnels, cognitifs et sociaux de la temporalité, *via* des énoncés temporellement marqués. Les individus sont alors invités à se prononcer sur les croyances, préférences et valeurs qu'ils associent à leurs propres expériences. Le questionnaire permet qui plus est de recueillir en même temps les différentes perspectives temporelles présentes chez une même personne. Enfin, le ZTPI, tant dans sa forme originale que dans celle raccourcie et traduite en français, possède des propriétés psychométriques satisfaisantes : fiabilité, validité convergente, discriminante et prédictive (Apostolidis & Fieulaine, 2004; Loose et al., 2017; Zimbardo & Boyd, 1999). Sa structure factorielle reste claire et homogène (Loose et al., 2017; Zimbardo & Boyd, 1999).

3.3.6. La Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey

La *Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey* (MOS SF-36, ou SF-36) est un autoquestionnaire à 36 items interrogeant la qualité de vie relative à l'état de santé physique et mentale (Ware & Sherbourne, 1992). Une première version comportait 149 items,

puis a progressivement été raccourcie et validée dans différentes langues et milieux culturels dans le cadre du projet de l'*International Quality of Life Assessment* (Ware & Gandek, 1998). La traduction et validation psychométrique en langue française a été réalisée par Leplège et ses collaborateurs (Leplège & Coste, 2002; Perneger, Leplège, Etter, & Rougemont, 1995). Il s'agit d'un questionnaire générique, c'est-à-dire ne se focalisant sur aucune maladie ou problématique spécifique. Il vise plutôt à évaluer un ensemble d'éléments subjectifs relatifs à la santé de l'individu à un instant donné (Ware & Gandek, 1998). C'est d'ailleurs l'un des outils psychométriques les plus utilisés dans la recherche sur la qualité de vie relative à la santé, avec plus de 4 000 publications (Leplège & Coste, 2002). Il a de plus déjà été employé au sein d'échantillons de patients présentant une consommation problématique d'alcool (Daepfen et al., 2014, 1998; Romeis et al., 1999).

Ce questionnaire est dans l'ensemble facile et rapide à administrer au patient (Chrispin, Scotton, Rogers, Lloyd, & Ridley, 1997; Leplège et al., 2001; Richard et al., 2000). D'un point de vue psychométrique, il possède une excellente validité convergente et discriminante, consistance interne, sensibilité, ainsi qu'une solide structure factorielle (Leplège et al., 2001; Perneger et al., 1995; Richard et al., 2000). Il comprend ainsi huit sous-échelles principales, une sous-échelle centrée sur l'évolution perçue de l'état de santé sur l'année écoulée, ainsi qu'une estimation subjective de l'état de santé général. Les huit sous-échelles décrivent chacune un aspect de la santé physique et mentale : l'Activité physique, donnant une estimation de la limitation des activités physiques simples (items 3 à 12) ; les Limitations dues à l'état physique, mesurant la gêne dans les activités quotidiennes du fait de la santé physique (items 13 à 16) ; la Douleur physique, évoquant l'intensité de la douleur ressentie et de la gêne associée (items 21 et 22) ; la Santé perçue, relative à une auto-évaluation de l'état de santé physique (items 1, 33, 34, 35 et 36) ; la Vitalité, une estimation de l'énergie et de la fatigue psychiques (items 23, 27, 29 et 31) ; les Relations avec les autres, pour une mesure des limitations dans les relations sociales (items 20 et 32) ; la Santé psychique, une évaluation subjective du fonctionnement psychique général (items 24, 25, 26, 28 et 30) ; et les Limitations dues à l'état psychique, une estimation de la gêne quotidienne liée aux difficultés psychologiques (items 17 à 19). Un exemplaire complet de l'outil est disponible en annexe (cf. Annexe 9).

La cotation des sous-échelles implique une démarche complexe intégrant l'inversion

et la standardisation des réponses sur une base 100 selon une stratégie déterminée, ainsi que des règles conditionnelles de substitution des données manquantes. Le score de chaque dimension, à l'exception de celui relatif à l'évolution de la qualité de vie, va alors varier de 0, désignant une moins bonne qualité, à 100, la meilleure qualité possible. Le calcul des huit sous-échelles principales permet d'accéder, après utilisation d'un algorithme de calcul, à deux scores synthétiques de santé mentale (*Mental health Component Score*, MCS) et de santé physique (*Physical health Component Score*, PCS) (Leplège et al., 2001; Maglinte, Hays, & Kaplan, 2012). On dispose de données de référence issues de la population générale française : Activité physique (84,45 ; 21,19) ; Limitations dues à l'état physique (81,21 ; 32,20) ; Douleur physique (73,39 ; 23,73) ; Santé perçue (69,13 ; 18,57) ; Vitalité (59,96 ; 18,05) ; Relations avec les autres (81,55 ; 21,41) ; Santé psychique (68,47 ; 17,62) ; Limitations dues à l'état psychique (82,13 ; 32,15). Les scores synthétiques de santé mentale et physique sont respectivement de 48,05 (13,14) et de 50,04 (15,13).

3.3.7. Le MOntréal Cognitive Assessment

Le *MOntréal Cognitive Assessment* (MOCA) est un outil destiné au dépistage des déficits cognitifs modérés (Nasreddine et al., 2005). Il a été développé à l'origine dans le champ de la neuropsychologie, en particulier au sein de populations gériatriques confrontées à des réductions significatives des performances cognitives du fait de l'âge ou de pathologies précises (p. ex., maladie d'Alzheimer). Son usage s'est progressivement étendu à d'autres populations, cliniques et non-cliniques, à d'autres âges et d'autres problématiques neurologiques (Bernstein, Lacritz, Barlow, Weiner, & DeFina, 2011; Gierus et al., 2015; Pendlebury, Cuthbertson, Welch, Mehta, & Rothwell, 2010; Popović, Šerić, & Demarin, 2007). De plus, son utilisation est particulièrement reconnue dans le cadre de la prise en charge spécialisée en addictologie, notamment des patients présentant des problématiques liées à leur consommation d'alcool (Alarcon, Nalpas, Pelletier, & Perney, 2015; Copersino et al., 2009, 2012; Marceau et al., 2016). Accéder rapidement à une évaluation relativement exhaustive du fonctionnement cognitif constitue l'une des forces de ce questionnaire, tant le retentissement de ces problématiques peut être important, en elles-mêmes et sur le soin plus général. Il existe de plus des contraintes temporelles, humaines et financières propres aux structures de soin qui restreignent l'utilisation des batteries neuropsychologiques plus approfondies, mais nécessairement plus longues et coûteuses à administrer (Copersino et al., 2012).

Cet outil disponible gratuitement au format papier crayon permet d'évaluer (hétéroévaluation) huit domaines cognitifs par un ensemble de tâches rapides et simples à administrer (c.-à-d., moins de dix minutes) : mémoire à court terme (deux épreuves de rappel différé à cinq minutes, cinq points); capacités visuospatiales (représentation graphique d'un horaire sur une horloge, trois points, et copie d'un cube, un point) et fonctions exécutives (tâche d'alternance, un point, et une tâche d'abstraction verbale, deux points) ; attention, concentration et mémoire de travail (tâche d'attention soutenue, un point, une tâche de soustraction en série, trois points, et une tâche de répétition d'une série de nombres dans l'ordre et dans l'ordre inverse, deux points) ; capacités langagières (une tâche de dénomination, trois points, une tâche de répétition de phrases complexes, deux points, et une tâche de fluence verbale, un point); et orientation temporelle et spatiale (tâche de repérage temporel et spatial, six points). Au sein de l'outil, les tâches qui évaluent ces différents domaines cognitifs se répartissent respectivement sous ces intitulés : Mémoire (aucun point directement attribué) et Rappel ; Visuospatial/exécutif et Abstraction ; Attention ; Dénomination et Langage ; et enfin Orientation. Le score total est ainsi de 30 points, obtenu par la somme des scores recueillis à chaque tâche. En termes d'unique score-seuil, on estime traditionnellement que les individus ayant un score strictement inférieur à 26 présentent des déficits cognitifs modérés (Nasreddine et al., 2005; Rossetti, Lacritz, Cullum, & Weiner, 2011). Le score total doit théoriquement être corrigé en fonction du niveau d'études, mais cela aurait tendance à entraîner une perte notable de sensibilité (Gagnon et al., 2013).

Développé à l'origine à la fois en langue anglaise et française, le MOCA est aujourd'hui disponible dans plus de 22 langues (Copersino et al., 2009). D'un point de vue psychométrique, un grand nombre de données ont souligné la fiabilité et la validité de cette mesure à travers différentes populations (Bernstein et al., 2011; Damian et al., 2011; Freitas, Prieto, Simões, & Santana, 2014; Gierus et al., 2015; Nasreddine et al., 2005). On notera toutefois que le MOCA est plus approprié auprès de populations présentant une plainte quant à leur fonctionnement cognitif, sans pour autant être affectées par un stade avancé d'une pathologie neuropsychologique. À cet égard, un outil plus spécifique comme le *Mini-Mental State Examination* pourrait alors être préféré. Pour finir, une version du MOCA est disponible en annexe pour consultation (cf. Annexe 10).

3.3.8. Le Barriers to Treatment Inventory

À notre connaissance, il n'existe aucun outil validé en langue française visant l'évaluation des barrières au traitement. Il faut pour cela se tourner vers la littérature scientifique anglophone. Le *Barriers to Treatment Inventory* (BTI) est un questionnaire conçu par Rapp et al. (2006). À partir d'environ une centaine d'items issus de la littérature, et notamment d'outils préexistants, ces auteurs ont développé une première version à 59 items. Après plusieurs études de validation, une structure à sept facteurs incluant 25 items a été arrêtée. Sa taille lui permet alors d'être administré rapidement, en auto-évaluation. Les participants doivent indiquer à quel point chaque barrière suggérée est en mesure d'interférer avec leur accès au soin, *via* une échelle en cinq points allant de 1 (*Disagree strongly*) à 5 (*Agree strongly*). Il n'existe pas de score moyen servant de seuil spécifique. Plus la moyenne obtenue à l'une des dimensions est élevée, plus l'impact de la catégorie de barrières associée est important sur la démarche de soin de l'individu.

Les sept dimensions, relatives à sept différentes catégories de barrières, sont les suivantes, avec notre traduction personnelle entre parenthèses : *Absence of Problem* (Négation du problème, six items) ; *Negative Social Support* (Support social négatif, cinq items) ; *Fear of Treatment* (Craintes relatives au traitement, quatre items) ; *Privacy Concerns* (Intrusion dans la vie personnelle, trois items) ; *Time Conflict* (Conflits avec l'emploi du temps, deux items) ; *Poor Treatment Availability* (Faible accessibilité du traitement, trois items) ; et *Admission Difficulty* (Difficultés liées à l'admission, deux items). Les quatre premières dimensions décrites ici font écho à des barrières internes ou relatives à la personne, tandis que les trois suivantes désignent des barrières externes, relatives au traitement (cf. 2.2.4 ; pp. 82-84). D'un point de vue psychométrique, les premières données relatives à la consistance interne et la validité convergente sont plus qu'encourageantes (Rapp et al., 2006). Par ailleurs, cet outil a été à plusieurs reprises utilisé dans des recherches impliquant des contextes cliniques (Barman et al., 2011; Xu et al., 2008).

La version, traduite et adaptée, de l'échelle, utilisée dans le cadre de ce travail de recherche, est issue d'un précédent projet. D'ailleurs, nous allons au sein de la sous-section qui va suivre, détailler les points importants du processus de traduction et d'adaptation des trois questionnaires pour lesquels nous ne disposons pas de version en langue française.

3.3.9. Traduction, adaptation et préparation des outils psychométriques

Au moment du choix des outils méthodologiques, il n’existait tout d’abord aucune version francophone de l’AAQ. Dans le même temps, la SOCRATES disposait d’une première traduction. Néanmoins, les limitations de l’étude de validation associée (cf. 3.3.4., p. 129), nous ont fait préférer une nouvelle traduction. Enfin, le BTI avait fait l’objet d’une traduction rigoureuse dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de recherche de Master en Psychologie. À l’époque, quelques adaptations majeures avaient été entreprises. En premier lieu, quatre items, inspirés de la littérature, ont été ajoutés aux deux dimensions ne comprenant initialement que deux items (c.-à-d., Conflits avec l’emploi du temps et Difficultés liées à l’admission). Dans un second temps, un item supplémentaire avait été ajouté à la dimension Soutien social non aidant. L’ensemble des items, originaux, traduits et ajoutés ultérieurement est visible en annexe (cf. Annexe 11).

Cette version du BTI, comprenant alors 30 items, a été déployée dans le cadre du projet DECA, moyennant une adaptation de la formulation de certains items au contexte du soin dédié aux problématiques liées à l’alcool (p. ex., item 6 « J’ai dû être sur une liste d’attente pour pouvoir faire le suivi en alcoologie »). De plus, la dimension Négation du problème n’a finalement pas été intégrée à l’outil final, dans la mesure où elle reprenait des éléments évalués *via* la SOCRATES et notamment ses dimensions *Recognition* et *Ambivalence*. D’autres items ont été retirés : « Je ne peux pas m’absenter de mon travail ou de ma scolarité » ; « Je n’ai pas la couverture sociale nécessaire pour ce soin » ; « Je n’ai pas les moyens de payer pour ce soin » ; « Le temps de trajet vers le lieu de soin est trop important » ; et « Je suis en conflit avec mes proches concernant ma consommation d’alcool ». L’équipe de recherche a en effet jugé que le contexte du soin en CSAPA (c.-à-d., sa gratuité, la sectorisation des antennes et la place de l’entourage) diminuait la pertinence de ces énoncés. La version du BTI utilisée dans le cadre de la présente recherche est accessible en annexe (cf. Annexe 12).

Quant à la SOCRATES et à l’AAQ, ces deux questionnaires ont été traduits dans leur totalité par des membres de l’équipe de recherche disposant d’un bon niveau de connaissance en langue anglaise. Chaque version ainsi obtenue a fait l’objet d’une discussion au niveau de l’équipe jusqu’à obtention d’un consensus. Le respect du sens original des items a constitué une règle d’or tout au long de ce processus. Une fois une première version établie, une

personne extérieure à l'équipe de recherche a réalisé une rétrotraduction de ces deux outils en langue anglaise. L'équipe a ensuite examiné la présence d'incohérences sémantiques. À ce stade, seules quelques corrections mineures sur la forme ont dû être effectuées. Au sujet spécifiquement de l'AAAQ, il nous faut également préciser que nous avons choisi le format dédié à une évaluation des inclinations à consommer, ou non, portant sur la semaine écoulée. Ce choix semble pertinent dans la mesure où le début de l'expérience de soin peut lui-même influencer l'évaluation subjective de ces dimensions (Oslin et al., 2009). Les versions de l'AAAQ et de la SOCRATES utilisées dans le cadre de ce travail de recherche sont ainsi accessibles en annexe (cf. respectivement Annexe 13 et Annexe 14).

Une fois tous les items disponibles en langue française, l'équipe a constitué le document comprenant la batterie de questionnaires à remplir au format papier crayon. Les outils utilisés dans le cadre de cette recherche ont ainsi été présentés dans l'ordre suivant aux participants : MOS SF-36 ; AUDIT ; SOCRATES ; ZTPI ; AAAQ ; et BTI. L'ordre de présentation a été déterminé par l'équipe de recherche, en fonction de l'importance supposée de chacune des dimensions. Enfin, il nous fallait préciser que les scores attribués aux différents items de la SOCRATES, du ZTPI et du BTI (cf. Annexe 14, Annexe 8 et Annexe 12) ne correspondaient pas à leurs critères de cotation classiques. L'équipe de recherche avait en effet initialement décidé d'uniformiser ces scores pour obtenir un score minimal de 0 là où ce n'était pas déjà le cas. Le traitement ultérieur des données a alors nécessité une première étape de recodage pour faire correspondre ces scores à la littérature.

3.4. Variables intégrées au travail de recherche

En lien avec les objectifs de recherche présentés plus tôt (cf. 2.4.2., pp. 115-116), un ensemble notable de variables a été exploité dans le cadre de ce travail. Ces dernières proviennent des différents outils décrits dans la section précédente (cf. 3.3., pp. 122-136). En premier lieu, la fiche RECAP et les dossiers patients nous ont permis d'accéder à diverses données sociodémographiques disponibles dès l'arrivée en soin des patients : l'âge ; le sexe ; la situation professionnelle ; la catégorie socioprofessionnelle ; les ressources financières ; le niveau d'études ; le type de logement ; la situation familiale ; et le nombre d'enfants. D'autres données davantage reliées à la prise en charge ont de la même façon été recueillies : la source de l'orientation initiale vers le soin ; la présence d'une obligation de soin instaurée par le

système judiciaire ; la présence d'une précédente expérience de soin pour la même problématique ; la date du premier contact avec l'antenne, puis celle du premier rendez-vous. À noter que sur la base de ces dates, nous avons établi le mois et la saison de ce premier rendez-vous. D'autres détails plus spécifiques à la conduite de consommation ont été notés : la fréquence de consommation et la présence d'une polyconsommation.

Enfin, *a posteriori*, après la fin du suivi du patient dans le cadre du projet DECA, nous avons précisé le statut de ce dernier vis-à-vis de la prise en charge (c.-à-d., patient considéré comme perdu de vue ou non), le motif d'arrêt prématuré (le cas échéant), et la date du dernier rendez-vous. Tout comme pour le premier rendez-vous, nous avons retenu le mois et la saison de ce rendez-vous. Qui plus est, nous avons calculé la durée, en jours, séparant le premier contact, physique ou téléphonique, du premier rendez-vous, ainsi que la durée totale du suivi (c.-à-d., avec un plafond théorique de six mois, compte tenu de la durée du protocole du projet DECA). Le nombre de rendez-vous annulés (c.-à-d., rendez-vous supprimés et déplacés par le patient, parfois par l'équipe soignante) et manqués (c.-à-d., le patient ne se présente pas au rendez-vous planifié sans en avertir l'équipe) a également été quantifié. Nous avons pris soin de détailler le nombre et le type d'intervention reçue : rendez-vous avec un médecin ou un autre intervenant ; nombre total de rendez-vous auxquels le patient a assisté ; nombre d'interventions individuelles, conjugales ou familiales ; nombre de participations aux ateliers thérapeutiques. Globalement, à l'exception de l'âge, du nombre d'enfants, des critères de durée et du nombre d'interventions, toutes les variables décrites dans ces deux paragraphes seront traitées dans les analyses comme des variables qualitatives, dont le nombre de modalités varie d'une structure dichotomique à une structure catégorielle plus complexe.

Les autres variables utilisées dans ce travail sont directement issues des sept outils psychométriques décrits dans la section précédente (cf. 3.3., pp. 124-136). Dans la mesure du possible, nous avons veillé à respecter les critères de cotation et de calcul des différents scores. Dans l'ensemble, ces variables sont essentiellement de nature quantitative. Seules certaines sous-dimensions obtenues *via* l'AUDIT impliquent des variables qualitatives. Compte tenu du protocole déployé dans le cadre du projet DECA, ces variables sont disponibles pour les deux temps de mesure. Le Tableau 1 présente ainsi la totalité des variables impliquées.

Tableau 1

Outils psychométriques et variables associées

Outil psychométrique	Variables utilisées
AUDIT	Score total, décrivant la sévérité de la problématique liée à l'alcool Présence d'une consommation à risque ^a Présence de conséquences négatives notables ^a Présence de symptômes de dépendance ^a Antécédents passés de la même problématique ^a Degré de sévérité ^a Fréquence récente de la consommation d'alcool ^a
AAAQ	<i>Inclined/Indulgent</i> (Inclination obsédante) <i>Obsessed/Compelled</i> (Inclination contextuelle) <i>Resolved/Regulated</i> (Inclination à l'évitement)
SOCRATES	<i>Recognition</i> (Reconnaissance du trouble) <i>Ambivalence</i> <i>Taking steps</i> (Action)
ZTPI	Passé négatif Passé positif Présent fataliste Présent hédoniste Futur
MOS SF-36	Évolution perçue de l'état de santé sur l'année écoulée Estimation subjective de l'état général de santé Activité physique Limitations dues à l'état physique Douleur physique Santé perçue Vitalité Relations avec les autres Santé psychique Limitations dues à l'état psychique Score synthétique de santé mentale Score synthétique de santé physique
MOCA	Score total
BTI	Support social négatif Craintes relatives au traitement Intrusion dans la vie personnelle Conflits avec l'emploi du temps Faible accessibilité du traitement Difficultés liées à l'admission

^a Variable qualitative

3.5. Traitement et analyse des données

L'intégralité des données recueillies lors des deux temps de mesure a été saisie au sein d'une base de données informatisée. Cette base a été créée dès les premières passations en T0, puis enrichie au fil du recueil des données, jusqu'à la fin de T1. La saisie brute des données

a ainsi permis de constituer une première version de cette base. Celle-ci a été importée dans le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 20, 21 et 23. Tous les traitements et analyses ultérieurs ont été réalisés à l'aide de ce dernier, appuyé ponctuellement par le logiciel R. À ce stade, nous avons procédé à une exploration préliminaire de la base de données. L'enjeu a ici été d'évaluer la saisie et la distribution des variables, des réponses aux différents items, éventuellement *via* l'utilisation de tests statistiques et de représentations graphiques (Field, 2013). En premier lieu, nous avons rectifié les saisies lorsqu'un recodage était nécessaire (p. ex., les scores aux items de la MOS SF-36, du ZTPI, du BTI et de la SOCRATES). Nous avons ensuite tâché de rechercher d'éventuelles valeurs extrêmes, voire aberrantes (Planchon, 2005). Néanmoins, si des valeurs extrêmes ont pu être relevées (mais aucune valeur aberrante), il n'est pas toujours pertinent de les traiter (c.-à-d., rejet ou modification), au risque de faire perdre aux données leur sens empirique, voire statistique, *a fortiori* au sein d'échantillons cliniques très spécifiques (Bakker & Wicherts, 2014; Orr, Sackett, & Dubois, 1991). Par conséquent, nous n'avons pas apporté de modification aux données à cet instant.

Une attention particulière a ensuite été portée au cas des données manquantes. À cet égard, trois participants ont rapidement été exclus de l'échantillon du fait d'un taux trop élevé de réponses manquantes (c.-à-d., plus de 50 % de tous les items n'avaient pas reçu de réponse) (cf. 3.2., pp. 121-122). À part ces situations spécifiques, le nombre de données manquantes est resté relativement négligeable, n'impliquant que les données recueillies grâce aux questionnaires. En T0, cela concernait 55 participants ($N = 150$), sur 103 items (pour un total de 121 items à remplir). Il y avait ainsi 1,04 % de données manquantes ($n = 189$) lors de ce premier temps de mesure. Au second temps de mesure, 67 items présentaient des réponses manquantes ($n = 170$ observations manquantes ; 1,78 %), impliquant 30 participants sur les 79 restants. Aucune tendance spécifique de non-réponse ne semble émerger : il y a respectivement 48 et 30 modèles singuliers de réponse et non-réponse pour T0 et T1.

Pour anticiper les analyses et assurer la présence d'un échantillon de taille constante au cours de celles-ci (c.-à-d., éviter l'exclusion des individus pour lesquels il manque une réponse, ou pouvoir utiliser certaines procédures nécessitant des observations complètes), nous avons choisi d'imputer une valeur là où cela était nécessaire, pour compenser ces absences de données. Plutôt qu'utiliser une méthode d'imputation simple (p. ex.,

remplacement de la valeur manquante par la moyenne à la variable concernée), au risque de fausser les distributions, relations et variances observées, nous avons préféré employer une stratégie d'imputation multiple (Rubin, 1986). Schématiquement, chaque valeur manquante est remplacée par un ensemble de k valeurs aléatoires, mais plausibles compte tenu des autres observations, produisant ainsi k nouveaux ensembles de données. Ces modèles sont ensuite combinés au moment des analyses pour obtenir des inférences définitives (Graham, 2009). Seules les données manquantes à la MOS SF-36 devaient toutefois être gérées en fonction d'une stratégie prédéfinie (Leplège et al., 2001). Ces dernières n'étaient remplacées par la moyenne obtenue à la sous-échelle en question que si le participant avait au moins répondu à 50 % des items de cette même échelle. Autrement, la donnée devait rester manquante. De la même façon, les données manquantes au MOCA n'ont pas été imputées.

À ce stade, après avoir vérifié à nouveau la présence de valeurs extrêmes, il a fallu réorganiser la base de données pour obtenir un ensemble exploitable lors des futures analyses. Les différentes dimensions mesurées *via* les outils psychométriques ont été compilées sous la forme de variables statistiques, selon les recommandations de la littérature (cf. 3.3., pp. 124-136). En parallèle, nous avons choisi de recoder certaines variables sociodémographiques afin d'en réduire le nombre de modalités et ainsi les intégrer efficacement aux traitements statistiques. Les variables suivantes ont été concernées par cette démarche : les ressources financières individuelles ; le type de logement ; la situation familiale ; la situation professionnelle ; et la source de l'orientation vers le soin. Nous avons alors réalisé un ensemble de traitements statistiques descriptifs sur l'intégralité des variables ainsi constituées (cf. 3.4., pp. 136-138). L'objectif a ici été de disposer d'une véritable première vision globale de l'échantillon, tel qu'il était en T0 et en T1, ainsi que du suivi qu'il a pu recevoir (Field, 2013). Cette même démarche a été répétée en distinguant les patients « perdus de vue » et les patients ayant été présents aux deux temps de mesure.

La totalité des analyses a été conçue en fonction des objectifs poursuivis dans ce travail de recherche (cf. 2.4.2., pp. 115-116). Le premier volet vise à mettre en lumière l'existence d'éventuels facteurs de risque conduisant à l'interruption prématurée du soin. Par conséquent, nous avons cherché à comparer les patients ayant interrompu prématurément leur suivi à ceux qui avaient poursuivi leur prise en charge. Dans cette optique, nous avons spécifiquement retenu les données recueillies lors du premier temps de mesure. Les variables

sociodémographiques suivantes ont été intégrées aux analyses de comparaison : l'âge ; le sexe ; la situation professionnelle ; la catégorie socioprofessionnelle ; les ressources financières ; le niveau d'études ; le type de logement ; et la situation familiale. Le rôle d'autres dimensions, reliées à la consommation et à la teneur du suivi, a également été considéré (c.-à-d., la fréquence de la consommation, mesurée avec le premier item de l'AUDIT ; la précédente expérience de soin pour la même problématique ; la présence d'une polyconsommation ; la source de l'orientation initiale vers le soin ; la saison et le mois du premier et dernier rendez-vous reçu ; la présence d'une obligation de soin ; le nombre d'interventions reçues ; le nombre d'interventions individuelles ou d'une autre nature ; et enfin les nombres de rendez-vous manqués et annulés). Au niveau des outils psychométriques, nous avons spécifiquement utilisé les dimensions suivantes : la sévérité de la problématique liée à l'alcool *via* l'AUDIT ; les trois inclinations tournées ou non vers la consommation d'alcool, évaluées grâce à l'AAAQ ; les trois dimensions relatives à la motivation au changement, mesurées *via* la SOCRATES ; les cinq perspectives temporelles du ZTPI ; les huit dimensions principales, les deux scores synthétiques relatifs à la qualité de vie liée à l'état de santé, *via* les données de la MOS SF-36 ; le score total au MOCA pour une indication du fonctionnement cognitif ; et enfin les sept catégories de barrières au traitement évaluées à l'aide du BTI. Afin de comparer ces deux sous-groupes de patients, de tailles inégales ($n_1 = 79$ versus $n_2 = 69$), nous avons utilisé des tests de χ^2 (pour les variables qualitatives) ou des tests de Tukey, selon la méthode de Tukey-Kramer, pour les variables quantitatives. Cette dernière méthode a été choisie afin de contrôler du mieux possible l'inflation du risque d'erreur statistique de type I, compte tenu du nombre planifié de comparaisons (Montgomery, 2012).

Le second volet de recherche s'intéresse lui à l'étude du changement après six mois de traitement. Le premier enjeu est alors de mesurer l'existence d'un changement significatif chez les patients entre le moment où ils entrent en soin (T0) et après six mois de suivi (T1). Cela revient alors à comparer le même sous-échantillon de patients (c.-à-d., ceux dont nous disposons des données aux deux temps de mesure) selon une logique avant-après. En lien avec ces objectifs, nous avons, encore une fois sur la base des discussions avec les intervenants et la littérature, intégré un ensemble de dimensions. La plupart ont déjà été introduits dans le cadre du précédent volet de recherche : la sévérité de la problématique relative à l'usage

d'alcool ; les trois dimensions associées aux inclinations à consommer ou non de l'alcool ; les trois dimensions relatives à la motivation au changement ; les cinq perspectives temporelles ; les huit dimensions principales, les deux indicateurs d'évolution perçue et d'estimation subjective de l'état de santé, et les deux scores synthétiques accessibles *via* la MOS SF-36 en ce qui concerne la qualité de vie relative à la santé ; et le score total au MOCA. Encore une fois, compte tenu du nombre de comparaisons, nous avons opté pour des tests de Tukey-Kramer (Howell, 2008; Montgomery, 2012).

La troisième partie de cette étude vise à explorer davantage la notion de changement, sur la base des réflexions issues de la littérature (cf. 2.4.1., pp. 112-114). Plus précisément, nous cherchons à mesurer l'association bidirectionnelle entre la perspective temporelle future (c.-à-d., le score obtenu à la dimension Futur du ZTPI) et la sévérité de la problématique relative à l'alcool (score total à l'AUDIT), tant de manière transversale (en T0 puis en T1) que longitudinale (la valeur de la variable indépendante en T0 prédit la valeur de la variable dépendante en T1). Des analyses par régression linéaire, multiple et hiérarchique, ont été planifiées, et six différents modèles conçus (Field, 2013). Toutefois, avant de conduire ces analyses, nous avons examiné les relations univariées, *via* des corrélations de Pearson, des test *t* de Student et des ANOVA à un facteur, existant entre toutes les variables sociodémographiques, relatives à la consommation et au suivi (cf. 3.4., pp. 136-138), la sous-dimension Futur du ZTPI et le score total à l'AUDIT. L'objectif était de repérer les éventuels facteurs confondants pouvant par la suite impacter les calculs de régression (Field, 2013). Ce fut en l'occurrence le cas pour la source de l'orientation initiale vers le soin et la situation professionnelle. Ces variables furent par conséquent toutes deux intégrées aux modèles de régression en tant que covariables. Afin de faciliter l'interprétation des résultats, il a fallu créer pour chacune d'elles, variables catégorielles, $k - 1$ variables, factices, dichotomiques (k étant le nombre de modalités de la variable initiale, l'une servant finalement de référence de comparaison à toutes les autres) (Field, 2013). Enfin, les valeurs mesurées à l'entrée en soin à l'AUDIT et au ZTPI ont été contrôlées dans les modèles impliquant ces mêmes mesures au second temps de mesure.

Le Tableau 2 ci-après propose une synthèse des différents modèles de régression envisagés. Le Modèle 1 implique que la mesure de la perspective temporelle future explique le niveau de sévérité de la problématique liée à l'alcool, au moment de l'entrée en soin. Ici, la

source de l'orientation initiale vers le soin a été contrôlée. Le Modèle 2 suggère la relation inverse. Les Modèles 3 et 4 sont comparables aux deux précédents, mais exploitent les données du second temps de mesure, tout en contrôlant l'effet de la situation professionnelle et des mesures initiales à l'AUDIT et au ZTPI. Le Modèle 5 estime que la mesure initiale de la perspective temporelle future (T0) permet de prédire le score total obtenu à l'AUDIT après six mois de suivi (T1). Enfin, le Modèle 6 avance la relation inverse.

Tableau 2

Synthèse des modèles de régression linéaire multiple hiérarchique

Modèle	Prédicteur	Variables contrôlées	Variable dépendante	1re étape - Prédicteur	2de étape – Prédicteurs
1	Futur (T0)	Origine de la demande d'aide	Score total à l'AUDIT (T0)	Futur (T0)	Futur (T0) ; Origine de la demande d'aide
2	Score total à l'AUDIT (T0)	-	Futur (T0)	Score total à l'AUDIT (T0)	Score total à l'AUDIT (T0)
3	Futur (T1)	Score total à l'AUDIT (T0) ; Situation professionnelle	Score total à l'AUDIT (T1)	Futur (T1)	Futur (T1) ; Score total à l'AUDIT (T0) ; Situation professionnelle
4	Score total à l'AUDIT (T1)	Futur (T0)	Futur (T1)	Score total à l'AUDIT (T1)	Score total à l'AUDIT (T1) ; Futur (T0)
5	Futur (T0)	Score total à l'AUDIT (T0) ; Situation professionnelle	Score total à l'AUDIT (T1)	Futur (T0)	Futur (T0) ; Score total à l'AUDIT (T0) ; Situation professionnelle
6	Score total à l'AUDIT (T0)	Futur (T0)	Futur (T1)	Score total à l'AUDIT (T0)	Score total à l'AUDIT ; Futur (T0)

Enfin, la dernière partie de ce travail de recherche évalue l'effet médiateur de la temporalité sur la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et motivation au changement (cf. 2.4.2., p. 115). Cela implique plus précisément d'examiner les effets directs et indirects des trois dimensions de l'AAAQ, *via* l'impact des cinq perspectives temporelles mesurées à l'aide du ZTPI, sur les trois dimensions de la SOCRATES. D'un point de vue opérationnel, il est alors nécessaire d'explorer un modèle de médiation comprenant plusieurs prédicteurs (X), plusieurs médiateurs (M) et plusieurs variables dépendantes (Y). Ce modèle a été testé de façon transversale (c.-à-d., X, M et Y sont des variables mesurées soit en T0, soit

en T1). Nous aurions souhaité tester ces modèles de façon longitudinale (X et M sont des mesures de T0, et Y, une mesure de T1), mais le nombre d'abandons prématurés en cours de suivi nous en a dissuadé. Nous ne souhaitons toutefois pas exclure d'office les futurs « perdus de vue » du premier temps de mesure, ce qui aurait significativement réduit la taille de l'échantillon. La logique générale de cette modélisation peut ainsi être résumée au sein de la Figure 9.

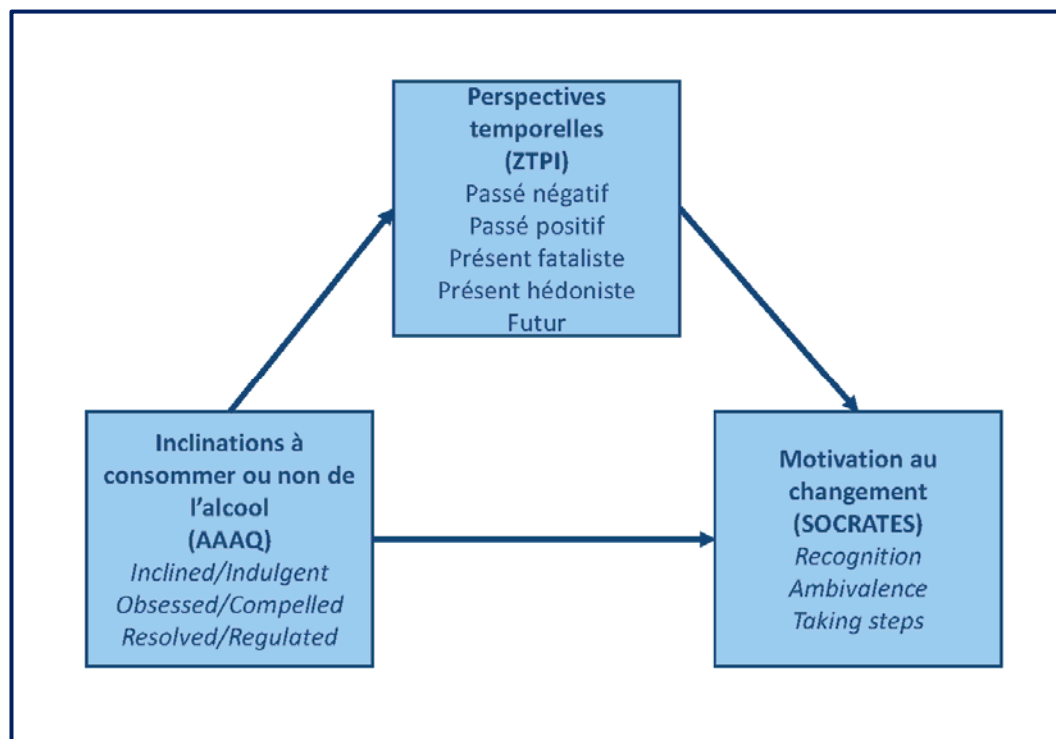


Figure 9. Synthèse du modèle de médiation avec plusieurs prédicteurs, médiateurs et variables dépendantes

Afin de réaliser ces analyses, nous avons utilisé la macro-commande d'analyse PROCESS, et plus précisément, le Modèle 4 impliquant la présence de plusieurs médiateurs en parallèle (Hayes, 2013). La particularité de cette méthode de calcul est qu'elle utilise une technique de *bootstrapping* (c.-à-d., un ré-échantillonnage aléatoire avec remise), corrigée des biais d'asymétrie de la distribution, afin de tester la présence d'effets indirects entre les variables. On estime alors qu'il y a médiation lorsque la valeur 0 n'est pas comprise dans l'intervalle de confiance corrigé à 95 % des effets indirects, construit sur la base des échantillons issus du *bootstrapping* (Preacher & Hayes, 2004). Néanmoins, dans la mesure où le modèle initial n'est pas capable de tester un modèle comprenant plusieurs prédicteurs, il a fallu employer une procédure avancée (Hayes, 2013). La macro-commande PROCESS doit

alors être exécutée k fois (k étant égal au nombre de prédicteurs X), chaque fois avec un unique prédicteur X différent, tandis que les $k - 1$ autres prédicteurs X sont inclus dans le modèle en tant que covariables. La répétition de cette démarche va générer l'estimation de l'intégralité des effets directs et indirects, comme si toutes les variables étaient présentes simultanément. Toutefois, par défaut, la procédure de *bootstrapping* utilise à chaque itération un échantillon aléatoire différent. Il est alors recommandé de fixer cet échantillon *via* une modification du fichier de code de la macro-commande.

Au cours de cette section, nous avons alors détaillé les principales analyses réalisées dans le cadre de ce projet de recherche. Il est également à noter que certains tests ou types d'analyses nécessitent la vérification de plusieurs prérequis statistiques. Cela a été fait en fonction des situations et des analyses envisagées. Nous avons par exemple examiné la normalité de la distribution et l'homogénéité des variances de toutes les variables impliquées dans les comparaisons de moyennes, les calculs de corrélation et de régression. Nous avons également vérifié le taux des fréquences théoriques pour les tests de χ^2 . Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement les analyses de régression, d'autres vérifications plus précises ont dû être effectuées (Field, 2013) : absence de colinéarité entre les prédicteurs ; aucune variance égale à zéro ; indépendance des erreurs ; homogénéité de la variance et distribution normale des résidus. Aucun problème majeur pouvant entraver la bonne conduite des tests statistiques n'a été relevé. Néanmoins, la distribution d'une majorité des variables s'est révélée non normale. Cela peut toutefois s'expliquer par le type d'échantillon considéré, un échantillon clinique, et des questionnaires qui interrogent leur trajectoire problématique. La distribution des réponses a alors rapidement tendance à dévier de celle d'une loi normale, se polarisant de façon asymétrique vers un des extrêmes de la courbe (p. ex., la distribution des scores totaux aux sous-échelles de la SOCRATES). Toutefois, certaines procédures statistiques se révèlent être suffisamment robustes pour passer outre une distribution non normale (Field, 2013; Ghasemi & Zahediasl, 2012; Rochon, Gondan, & Kieser, 2012). Qui plus est, le théorème central limite suggère que même si les données brutes d'une population ne suivent pas une distribution normale, les moyennes des échantillons tirés de cette population tendront vers la loi normale, d'autant plus si l'effectif des échantillons est suffisamment important (dans la plupart des situations, $n > 30$) (Dart & Chatellier, 2003; Howell, 2008; Matz & Hause, 2008).

Pour en finir avec cette section statistique, quand ce calcul était accessible, nous avons

estimé la taille des effets significatifs observés. En revanche, aucun calcul de puissance statistique n'a été effectué, compte tenu du cadre de la recherche (c.-à-d., projet DECA avec une file active définie de patients à intégrer dans un temps donné au sein de l'échantillon) et de la non-pertinence de cette démarche quand elle est réalisée *a posteriori* (Hoenig & Heisey, 2001; Mélot, 2003).

3.6. Considérations éthiques

Le présent travail de recherche est nécessairement dépendant des démarches éthiques accomplies en amont par l'équipe de recherche dans le cadre du projet DECA. Il aura tout d'abord fallu obtenir l'accord institutionnel des Apsyades. Simultanément, un dossier complet décrivant le protocole et les enjeux de la recherche a été constitué et transmis, pour examen éthique, au Comité de Protection des Personnes OUEST IV – Nantes. Après révision, un avis favorable pour la conduite du projet a été rendu le 4 novembre 2014 (OR/BB n°883/2014) (cf. Annexe 15). Par ailleurs, l'exploitation de données relatives aux patients a nécessité la déclaration de l'étude auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (déclaration n°1775023) (cf. Annexe 16).

Plus largement, l'accent a véritablement été mis sur le fait que chaque patient soit suffisamment et justement informé des enjeux et du déroulement de l'étude. Une attention particulière a été portée sur l'obtention d'un consentement pleinement éclairé. Les intervenants vérifiaient notamment que le potentiel participant était en totale possession de ses facultés pour exprimer son accord, et ultérieurement, compléter les questionnaires. Dès lors où la situation semblait trop délicate sur ces aspects (p. ex., patient intoxiqué, demande de soin présentée comme urgente et vitale, problématique complexe, comorbidités), le choix a ainsi plutôt été fait de ne pas inclure, voire d'exclure ces participants. Il leur était également précisé qu'ils gardaient la pleine possibilité, sans avoir à se justifier, de refuser ou de se retirer ultérieurement de l'étude sans que cela ne nuise à la prise en charge qu'ils reçoivent au sein de l'antenne. Il est vrai que la tenue de l'étude a été pensée, dès le départ, pour ne pas interférer avec la prise en charge habituellement dispensée par l'équipe soignante. De plus, après une première information orale, les patients ont tous reçu une note d'information et de consentement détaillant plus avant l'étude, et notamment les engagements éthiques en faveur de la protection des individus. Les participants devaient signer et conserver cette note.

Ils disposaient notamment des coordonnées des investigateurs responsables de l'étude en cas d'interrogations ou pour être informé des avancements du projet. Dans tous les cas, les participants gardaient la possibilité d'échanger avec leurs intervenants au sujet du déroulement de la recherche.

Le respect de l'anonymat et la protection des données cliniques ont également fait l'objet d'une grande précaution. La saisie des données brutes s'est faite immédiatement, de façon anonyme, en utilisant de préférence le code patient du dossier de suivi clinique. Ce dernier est lui-même constamment sécurisé au sein du réseau informatique des Apsyades. En l'état, seuls les professionnels des Apsyades disposant d'un compte utilisateur sont en mesure d'accéder à ce réseau. Qui plus est, dans le cadre de la recherche, seuls les investigateurs et les membres de l'équipe soignante de l'antenne Beauséjour ont la possibilité d'accéder à la base de données. Toute utilisation des données, passée et à venir, que ce soit pour une présentation des résultats en réunion institutionnelle, lors d'une conférence scientifique ou sous la forme d'une publication, a été et sera faite de manière à ne pas compromettre l'identité des participants. Enfin, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004 et 2016, le patient dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données les concernant au sein de ces dossiers informatisés. À noter qu'à la fin de l'exploitation des données du projet DECA, la base de données sera archivée en sécurité et tous les documents et fichiers connexes seront détruits.

Pour conclure, en plus du présent document, l'actuel travail de recherche fera donc l'objet d'une valorisation au travers de communications institutionnelles et scientifiques, ainsi que de publications au sein de revues internationales à comité de relecture. Ces publications comprennent notamment les quatre articles qui seront décrits au sein du chapitre suivant, consacré aux résultats. Ces derniers sont soumis, en cours de révision, ou déjà publiés.

Chapitre 4 : Résultats

Avant de présenter, sous la forme de quatre articles scientifiques, les résultats issus des différents axes de ce travail de recherche, nous allons tout d'abord fournir un ensemble de données complémentaires qui nous semblent utiles pour mieux appréhender les éléments qui suivront. Du fait des exigences strictes des revues scientifiques internationales, il était impossible d'inclure l'intégralité des éléments exploités au cours des différentes analyses. Pour être plus précis, il manquait : une description exhaustive des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ; un détail complet de la demande de soin et des suivis mis en place ; et une synthèse descriptive des scores aux différents questionnaires administrés aux deux temps de mesure.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

La totalité des données présentées dans cette section est issue d'éléments recueillis au moment de l'entrée en soin. L'échantillon final est constitué de 150 patients, d'un âge moyen de 45 ans ($ET = 11,21$). Les plus jeunes ont environ 19 ans, et les plus âgés, 75 ans. Dans l'ensemble, 74 % des participants sont des hommes ($n = 111$), 66,7 % sont employés ou ouvriers, contre 18,7 % de cadres ou d'individus en profession libérale, 8 % d'artisans/commerçants, 6,7 % d'individus de professions intermédiaires. Ils sont 56,7 % à disposer d'une activité professionnelle (c.-à-d., contrat de travail à durée indéterminée, déterminée, intérim, etc.) contre 34 % de chômeurs ou d'autres inactifs, et 9,3 % de retraités. Un tiers de l'échantillon est diplômé de l'enseignement professionnel, titulaire d'un Brevet d'Études Professionnelles (BEP) ou d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) (c.-à-d., 11 ans d'études à partir du début de la scolarité obligatoire à 6 ans, 34,7 %, $n = 52$), suivi par presque un quart d'individus au niveau BACalauréat (BAC, 12 ans d'études, 23,3 %, $n = 35$). Un autre quart des participants a suivi des études supérieures (28,0 %, $n = 42$), tandis que 14 % d'entre eux ont eu au maximum un brevet des collèges ($n = 21$). Pour plus de la moitié de l'échantillon, les ressources financières viennent essentiellement de revenus liés à l'emploi (58 %, $n = 87$). Vient ensuite une part presque équivalente d'individus dont les ressources sont constituées d'aides sociales (Revenu de Solidarité Active, pension d'invalidité, allocation adulte handicapé, etc.) ou du chômage : respectivement 16,7 % ($n = 25$) et 16 % ($n = 24$) de l'échantillon. La presque totalité de l'échantillon réside en Loire-Atlantique. Parmi eux, une

très grande majorité dispose d'un logement durable, en tant que locataire ou propriétaire, ou est hébergée chez des proches ou en institution (92 %, $n = 138$). Les douze autres patients résident de façon transitoire chez des membres de leur entourage ou en institution. Qui plus est, deux grands modes d'habitation se distinguent : d'un côté, les individus qui résident avec leurs parents, leurs enfants ou leur conjoint (55,3 %, $n = 83$) et ceux qui résident seul (37,3 %, $n = 56$). Enfin, les patients ont en moyenne 1,51 enfant (Min = 0 ; Max = 8). L'intégralité de ces éléments sociodémographiques est accessible au sein du Tableau 3.

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	<i>M</i>	<i>ET</i>	Min	Max
Âge	45.01	11.21	19	75
Nombre d'enfants	1,51	1,31	0	8
Variables			<i>n</i>	%
Sexe				
Masculin			111	74,0
Féminin			39	26,0
Niveau d'études ^a				
Niveau brevet des collèges et inférieur (< 9 ans d'études)			21	14,0
BEP/CAP (11 ans d'études, enseignement professionnel)			52	34,7
BAC (12 ans d'études, enseignement général)			35	23,3
BAC+2 (14 ans d'études)			23	15,3
> BAC +2 (> 14 ans d'études)			19	12,7
Situation professionnelle				
Toute activité professionnelle			85	56,7
Chômage et autres inactifs			51	34,0
Retraité			14	9,3
Ressources financières principales ^a				
Ressources d'emploi			87	58,0
Retraite			14	9,3
RSA, pension d'invalidité et autres aides			25	16,7
Indemnités chômage			24	16,0
Département de résidence				
Loire-Atlantique			149	99,3
Calvados			1	0,7
Logement				
Durable (indépendant, chez des proches, en institution)			138	92,0
Provisoire (chez des proches, en institution, autre)			12	8,0
Mode d'habitation				
Vit seul			56	37,3
Vit avec parents, enfants, conjoint			83	55,3
Autre situation			11	7,3

Note. $N = 150$. Ces données ont été obtenues au moment de l'entrée en soin des patients.

^a Se référer à la liste des abréviations pour la signification des sigles.

4.2. Détails autour de la prise en charge

En ce qui concerne la source de l'orientation initiale vers le soin, dans la majorité des cas, c'est le patient qui se positionne comme moteur de l'initiation du suivi (32,7 %, $n = 49$). Ensuite, par ordre d'importance, il y a eu un certain nombre d'orientations par le médecin traitant ou un médecin spécialiste (30,0 %, $n = 45$). De nombreux patients ont également été orientés vers le soin par le système judiciaire (17,3 %, $n = 26$). À cet égard, on constate que 27 patients viennent dans le cadre d'une obligation de soin. Parmi les autres sources à l'origine de l'initiation de la prise en charge, on observe des orientations par d'autres structures sanitaires ou médico-sociales, spécialisées ou non en addictologie (p. ex., services hospitaliers, institutions spécialisées, services sociaux) (8,7 %, $n = 13$). L'entourage constitue lui aussi une source significative d'orientation (6,7 %, $n = 10$). Enfin, plus ponctuellement encore, cela peut impliquer les mouvements néphalistes (4,7 % ; $n = 7$). Il convient de noter que dans la très grande majorité des cas, c'est le patient qui contactait l'antenne, physiquement ou par téléphone. Dans quelques cas, ce fut l'organisme (p. ex., services sociaux) sollicitant l'orientation qui prenait contact. Dans l'ensemble, on constate qu'il s'agit de la première expérience de soin, pour une telle problématique, pour une majorité des patients (64,7 %, $n = 97$). Enfin, dix patients présentent en parallèle de leur consommation d'alcool une autre consommation de substance (à l'exclusion du tabac, très fréquent). En l'occurrence, ces polyconsommations impliquent exclusivement du cannabis, avec une seule situation où le patient utilise également de la cocaïne.

On constate ensuite que la majorité des premiers contacts avec l'antenne ont lieu à l'automne (46,7 %, $n = 70$), en particulier durant le mois de novembre (19,3 %, $n = 29$). Le délai séparant la prise de contact initiale et le premier rendez-vous est d'environ un mois (31,79 jours ; $ET = 19$), avec néanmoins des variations assez importantes en fonction des patients. Le délai le plus court aura ainsi été de quatre jours, et le plus long, de 176 jours. La durée du suivi est quant à elle en moyenne de 130 jours ($M = 130,39$; $ET = 81,36$), avec des variations tout aussi importantes, notamment en lien avec les situations d'abandons prématurés du soin (Min = 0 ; Max = 284 jours). À cet égard, 18 patients ne sont venus qu'une seule fois, ce qui représente 12 % de l'échantillon total et 28 % des patients ayant interrompu leur suivi. Qui plus est, l'examen de la médiane permet d'affirmer que 50 % de ces patients

ont quitté le soin au bout d'un mois, soit généralement après avoir reçu deux interventions. Plus largement, les patients ont reçu un total cumulé de 746 interventions, soit environ cinq interventions par patient ($M = 4,97$; $ET = 2,79$), avec encore des variations allant de 1 à 17. On constate que les patients semblent avoir reçu davantage d'interventions auprès du personnel non médical ($M = 2,73$; $ET = 2,82$ versus $M = 2,20$; $ET = 2,18$). L'essentiel des interventions se fait selon une modalité individuelle ($M = 4,75$; $ET = 2,50$). Enfin, un total de 188 rendez-vous a été annulé par l'établissement ou le patient ($M = 1,25$; $ET = 1,09$), tandis que 218 ont été manqués, sans avertissement préalable, par le patient ($M = 1,45$; $ET = 1,53$).

La date de fin du suivi, comprenant les situations d'abandon prématuré et de sortie normale du protocole DECA à six mois, se répartit de manière relativement homogène au cours de l'année. Il y a toutefois sensiblement plus d'abandons au printemps et en hiver (respectivement 28,0 % et 28,7 %, $n = 42$ et $n = 43$). Le mois de janvier, suivi par celui de juin sont ceux ayant connu le plus de fins « attendues » de suivi (17,3 %, $n = 26$; puis 14,0 %, $n = 21$). La principale raison conduisant à l'interruption prématurée du suivi est relative à la perte de contact total avec le patient, celui-ci ne venant pas au rendez-vous initialement prévu, et ne contactant plus l'équipe. Dans le cadre du projet DECA, cette situation particulière était catégorisée sous la dénomination de « rendez-vous non honoré » (69,6 %, $n = 48$). En second lieu, on observe qu'une partie des patients a souhaité interrompre leur prise en charge car ils ont estimé en avoir fait le tour, ne plus en avoir besoin, en contradiction avec l'avis de l'équipe soignante (15,9 %, $n = 11$). Enfin, une large gamme d'évènements extérieurs peut expliquer ces abandons, lorsqu'ils sont documentés : réorientation vers une structure plus appropriée ; déménagement ; décès ; emprisonnement. L'intégralité des données relatives à la demande et à l'initiation du soin est accessible au sein du Tableau 4 ci-après. Les informations quant au suivi et à l'arrêt de celui-ci figurent elles dans le Tableau 5.

Tableau 4

Description de la demande et de l'initiation du soin

Variables	<i>n</i>	%
Source de l'orientation vers le soin		
Le patient	49	32,7
Les proches	10	6,7
Médecin traitant ou spécialiste	45	30,0
Structure spécialisée (sanitaire, médico-sociale)	13	8,7
Justice	26	17,3
Autres (dont mouvements néphalistes)	7	4,7
Obligation de soin par la justice		
Oui	27	18,0
Non	123	82,0
Expérience antérieure de soin pour la même problématique		
Oui	53	35,3
Non	97	64,7
Polyconsommation (hors tabac)		
Oui	10	6,7
Non	140	93,3
Polyconsommation		
Oui	83	55,3
Non	67	44,6
Saison du premier contact		
Printemps	34	22,7
Été	24	16,0
Automne	70	46,7
Hiver	22	14,7
Mois du premier contact		
Janvier	8	5,3
Février	11	7,3
Mars	13	8,7
Avril	7	4,7
Mai	7	4,7
Juin	15	10,0
Juillet	6	4,0
Août	6	4,0
Septembre	19	12,7
Octobre	14	9,3
Novembre	29	19,3
Décembre	15	10,0

Note. *N* = 150.

Tableau 5

Éléments relatifs au suivi et à l'arrêt du soin

Variables	<i>n</i>	%			
Saison du dernier rendez-vous					
Printemps	42				28,0
Été	32				21,3
Automne	33				22,0
Hiver	43				28,7
Mois du dernier rendez-vous					
Janvier	26				17,3
Février	9				6,0
Mars	12				8,0
Avril	8				5,3
Mai	17				11,3
Juin	21				14,0
Juillet	8				5,3
Août	4				2,7
Septembre	15				10,0
Octobre	10				6,7
Novembre	12				8,0
Décembre	8				5,3
Motif d'arrêt du soin ^a					
RDV non honoré	48				69,6
Arrêt souhaité par le patient	11				15,9
Décès	2				2,9
Réorientation ou déménagement	7				10,1
Emprisonnement	1				1,4
	<i>M</i>	<i>ET</i>	Min	Max	Somme
Délai entre le 1 ^{er} contact et le 1 ^{er} rendez-vous ^b	31,79	19,00	4	176	N/A
Durée du suivi ^b	130,39	81,36	0	284	N/A
Nombre total d'interventions ^c	4,97	2,79	1	17	745
Rendez-vous médicaux ^c	2,20	2,18	0	10	330
Rendez-vous non médicaux ^c	2,73	2,82	0	13	409
Consultations individuelles ^c	4,75	2,50	0	11	712
Consultations pour l'entourage ^c	0,03	0,41	0	5	5
Consultations conjugales ^c	0,05	0,24	0	2	7
Consultations familiales ^c	0,02	0,18	0	2	3
Ateliers ludiques ^c	0,08	0,60	0	6	12
Groupes de parole ^c	0,01	0,08	0	1	1
Groupes de relaxation ^c	0,03	0,41	0	5	5
Rendez-vous annulés ^c	1,25	1,09	0	5	188
Rendez-vous manqués ^c	1,45	1,53	0	8	218

Note. *N* = 150. ^a Seulement pour les patients arrêtant prématurément leur suivi. ^b Durée en jours. ^c Les moyennes sont exprimées par patient.

4.3. Synthèse des scores aux outils psychométriques

En ce qui concerne l'AUDIT, au moment de l'entrée en soin, 100 patients (66,7 %) de l'échantillon présentent une consommation d'alcool encore très régulière, c'est-à-dire supérieure à quatre prises par semaine ou plus. Ils sont de plus 141 (94 %) à présenter une consommation à risque, 146 (97,3 %), une consommation nocive, et 133 (88,7 %) à indiquer des signes d'un phénomène de dépendance. Pour 133 patients (88,7 %), la demande actuelle de prise en charge s'inscrit dans une trajectoire de consommation problématique plus ancienne. Enfin, le score total moyen obtenu est de 21,47 ($ET = 8,08$; Min = 0 ; Max = 36). Au bout de six mois de suivi, auprès de l'échantillon restant ($N = 79$), cette valeur est alors de 12,53 ($ET = 8,18$). Ces scores sont comparables à ceux qui peuvent être retrouvés au sein d'échantillons cliniques similaires (Ghorbani, Khosravani, Sharifi Bastan, & Jamaati Ardakani, 2017), tout en se distinguant des résultats observés en population générale où la moyenne est d'approximativement 6 (Lundin, Hallgren, Balliu, & Forsell, 2015). Ils ne sont finalement plus que 30,4 % à consommer de l'alcool quatre fois ou plus durant la semaine. La proportion des consommations à risque, nocive ou des phénomènes de dépendance est désormais, respectivement, de 60,9 %, 81 % et 63,3 %.

En lien avec la MOS SF-36, les scores moyens et écarts-types associés aux principales sous-dimensions sont les suivants : Activité physique (88,03 ; 17,68) ; Limitations dues à l'état physique (59,80 ; 37,39) ; Douleur physique (65,91 ; 26,62) ; Santé perçue (55,14 ; 18,04) ; Vitalité (46,64 ; 18,59) ; Relations avec les autres (50,50 ; 24,35) ; Santé psychique (49,32 ; 19,73) ; Limitations dues à l'état psychique (50,56 ; 39,25). En ce qui concerne les deux scores synthétiques, on observe des scores moyens de 34,36 (11,53) et de 49,93 (8,25), respectivement pour le score synthétique de santé mentale et celui de santé physique. Après six mois de prise en charge, les scores moyens recueillis pour chacune des sous-dimensions principales deviennent les suivants : Activité physique (90,91 ; 13,70) ; Limitations dues à l'état physique (80,06 ; 30,85) ; Douleur physique (71,52 ; 25,00) ; Santé perçue (64,31 ; 17,22) ; Vitalité (55,78 ; 17,43) ; Relations avec les autres (66,30 ; 23,03) ; Santé psychique (60,75 ; 17,60) ; Limitations dues à l'état psychique (72,78 ; 35,92). Le score synthétique de santé mentale est alors en moyenne de 42,39 (10,54) et celui de santé physique, de 51,77 (6,58).

La présentation des scores obtenus à la SOCRATES et à l'AAAQ est plus rapide à faire.

Ainsi, les scores moyens aux échelles *Inclined/Indulgent*, *Obsessed/Compelled* et enfin *Resolved/Regulated* sont respectivement : 4,46 (2,37) ; 4,03 (2,35) ; et 4,53 (1,94). Au second temps de mesure, les valeurs observées deviennent, toujours dans le même ordre : 3,31 (2,45), 2,62 (2,27), et 4,02 (2,00). La moyenne des scores totaux aux échelles *Ambivalence*, *Recognition*, *Taking steps* est, respectivement, de 16,04 (3,36), 29,47 (5,58) et 32,67 (5,97). Selon les données de référence, notre échantillon a ainsi, à cet instant, un niveau d'ambivalence entre modéré et élevé, un faible niveau de reconnaissance du trouble et un niveau entre faible et modéré de mise en action. Au second temps de mesure, les valeurs observées deviennent, toujours dans le même ordre : 13,37 (4,63) ; 25,29 (7,46) ; 32,63 (6,71). Ici, cela correspond à des niveaux d'ambivalence, de reconnaissance du trouble et de mise en action, respectivement, faible, très faible et entre faible et modéré.

Les différentes catégories de barrières au traitement mesurées à l'aide du BTI obtiennent les scores moyens suivants : Support social négatif (1,49 ; 0,59) ; Craintes relatives au traitement (2,07 ; 0,87) ; Intrusion dans la vie personnelle (2,79 ; 1,10) ; Conflits avec l'emploi du temps (2,14 ; 0,98) ; Faible accessibilité du traitement (1,87 ; 0,82) ; et Difficultés liées à l'admission (1,75 ; 0,95). Après six mois de suivi, les résultats de la seconde passation indiquent ces scores moyens : Support social négatif (1,49 ; 0,63) ; Craintes relatives au traitement (1,64 ; 0,70) ; Intrusion dans la vie personnelle (2,59 ; 1,14) ; Conflits avec l'emploi du temps (2,08 ; 1,08) ; Faible accessibilité du traitement (1,56 ; 0,63) ; et Difficultés liées à l'admission (1,43 ; 0,65).

Pour le MOCA, le score moyen au premier temps de mesure est de 26,57 ($ET = 2,89$) et de 26,32 ($ET = 3,06$) au second temps de mesure. Enfin, en ce qui concerne les cinq dimensions du ZTPI, les scores moyens obtenus par l'échantillon au moment de l'entrée en soin sont les suivants : Passé négatif (3,51 ; 0,98) ; Passé positif (3,32 ; 0,86) ; Présent fataliste (2,33 ; 0,96) ; Présent hédoniste (3,31 ; 0,89) ; et Futur (3,82 ; 0,79). À l'issue de la seconde passation, les scores moyens recueillis sont alors ceux-ci : Passé négatif (3,39 ; 0,97) ; Présent hédoniste (3,13 ; 0,71) ; Futur (3,99 ; 0,70) ; Passé positif (3,24 ; 0,88) ; Présent fataliste (2,11 ; 0,78).

L'intégralité de ces premières données est accessible au sein des Tableaux 6 et 7 pour le premier temps de mesure, et des Tableaux 8 et 9 pour le second temps de mesure.

Tableau 6

Données catégorielles issues de l'AUDIT (T0)

Variabes	<i>n</i>	%
Fréquence de la consommation d'alcool		
Jamais	3	2,0
1 fois par mois ou moins	7	4,7
2 à 4 fois par mois	16	10,7
3 fois par semaine	24	16,0
4 fois par semaine ou plus	100	66,7
Sévérité du trouble ^a		
Faible sévérité ou absence de trouble	5	3,3
Sévérité modérée	19	12,7
Forte sévérité	126	84,0
Consommation à risque		
Oui	141	94,0
Non	9	6,0
Consommation nocive		
Oui	146	97,3
Non	4	2,7
Phénomène de dépendance		
Oui	133	88,7
Non	17	11,3
Antériorité de la problématique		
Oui	133	88,7
Non	17	11,3

Note. *N* = 150.

Tableau 7

Scores de l'échantillon aux outils psychométriques (T0)

	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>α</i>
AUDIT					
Score total	21,47	8,08	0	36	0,82
AAAQ					
<i>Inclined/Indulgent</i>	4,46	2,37	0	8	0,87
<i>Obsessed/Compelled</i>	4,03	2,35	0	8	0,90
<i>Resolved/Regulated</i>	4,53	1,94	0	8	0,78
SOCRATES-8A ^a					
<i>Ambivalence</i>	16,04	3,36	6	20	0,68
<i>Recognition</i>	29,47	5,58	7	35	0,87
<i>Taking steps</i>	32,67	5,97	14	40	0,85
MOS SF-36					
Évolution perçue de l'état de santé	3,02	0,97	1	5	
Perception de l'état de santé général	60,84	17,62	15	98	
Activité physique	88,03	17,68	0	100	0,91
Limitations dues à l'état physique ^b	59,80	37,39	0	100	0,77
Douleur physique ^b	65,91	26,62	0	100	0,90
Santé perçue ^c	55,14	18,04	5	97	0,71
Vitalité ^b	46,64	18,59	5	100	0,80
Relations avec les autres ^b	50,50	24,35	0	100	0,81
Limitations dues à l'état psychique ^b	50,56	39,25	0	100	0,69
Santé psychique ^b	49,32	19,73	0	100	0,80
Score synthétique de santé mentale ^d	34,36	11,53	6,17	62,16	
Score synthétique de santé physique ^d	49,93	8,25	28,46	67,60	
ZTPI					
Passé négatif	3,51	0,98	1	5	0,71
Présent hédoniste	3,31	0,89	1	5	0,68
Futur	3,82	0,79	1	5	0,68
Passé positif	3,32	0,86	1	5	0,65
Présent fataliste	2,33	0,96	1	5	0,72
MOCA					
Visuospatial/exécutif ^e	4,39	1,02	0	5	
Dénomination ^e	2,99	0,12	2	3	
Attention ^e	5,22	1,10	1	6	
Langage ^e	2,59	0,62	0	3	
Abstraction ^e	1,65	0,54	0	2	
Rappel ^e	3,31	1,44	0	5	
Orientation ^e	5,92	0,30	4	6	
Score total ^e	26,57	2,89	14	30	
BTI					
Difficultés liées à l'admission	1,75	0,95	1	5	0,67
Conflits avec l'emploi du temps	2,14	0,98	1	4,5	0,66
Support social négatif	1,49	0,59	1	3,2	0,65
Faible accessibilité du traitement	1,87	0,82	1	5	0,44
Craintes relatives au traitement	2,07	0,87	1	4,25	0,61
Intrusion dans la vie personnelle	2,79	1,10	1	5	0,69

Note. *N* = 150. ^a Il s'agit des moyennes des scores totaux (moyennes des sommes des scores aux items) ^b *n* = 149.^c *n* = 148. ^d *n* = 146. ^e *n* = 147.

Tableau 8

Données catégorielles issues de l'AUDIT (T1)

Variables	<i>n</i>	%
Fréquence de la consommation d'alcool		
Jamais	13	16,5
1 fois par mois ou moins	11	13,9
2 à 4 fois par mois	18	22,8
3 fois par semaine	13	16,5
4 fois par semaine ou plus	24	30,4
Sévérité du trouble		
Faible sévérité ou absence de trouble	18	22,8
Sévérité modérée	20	25,3
Forte sévérité	41	51,9
Consommation à risque		
Oui	48	60,8
Non	31	39,2
Consommation nocive		
Oui	64	81,0
Non	15	19,0
Phénomènes de dépendance		
Oui	50	63,3
Non	29	36,7
Antériorité de la problématique		
Oui	60	75,9
Non	19	24,1

Note. N = 79.

Tableau 9

Scores de l'échantillon aux outils psychométriques (T1)

Variables	M	ET	Min	Max	α
AUDIT					
Score total	12,53	8,18	0	28	0,76
AAAQ					
<i>Inclined/Indulgent</i>	3,31	2,45	0	8	0,91
<i>Obsessed/Compelled</i>	2,62	2,27	0	8	0,89
<i>Resolved/Regulated</i>	4,02	2,00	0	8	0,75
SOCRATES-8A^a					
<i>Ambivalence</i>	13,37	4,63	4	20	0,80
<i>Recognition</i>	25,29	7,46	7	35	0,88
<i>Taking steps</i>	32,63	6,71	8	40	0,87
MOS SF-36					
Évolution de l'état de santé perçu	2,16	0,84	1	4	
État de santé général	67,96	17,17	25	100	
Activité physique	90,91	13,70	30	100	0,87
Limitations dues à l'état physique	80,06	30,85	0	100	0,79
Douleur physique	71,52	25,00	10	100	0,92
Santé perçue	64,31	17,22	15	97	0,76
Vitalité	55,78	17,43	15	100	0,79
Relations avec les autres	66,30	23,03	25	100	0,72
Limitations dues à l'état psychique	72,78	35,92	0	100	0,76
Santé psychique	60,75	17,60	15	100	0,84
Score synthétique de santé mentale	42,39	10,54	18,28	62,16	
Score synthétique de santé physique	51,77	6,58	31,98	66,89	
ZTPI					
Passé négatif	3,39	0,97	1	5	0,77
Présent hédoniste	3,13	0,71	1,33	5	0,42
Futur	3,99	0,70	2	5	0,66
Passé positif	3,24	0,88	1,33	5	0,66
Présent fataliste	2,11	0,78	1	4	0,65
MOCA					
Fonctionnement visuospatial et exécutif	4,48	0,93	0	5	
Dénomination	3,00	0,00	3	3	
Attention	5,49	0,90	3	6	
Langage	2,65	0,64	0	3	
Abstraction	1,87	0,37	0	2	
Rappel	2,97	1,68	0	6	
Orientation	5,90	0,34	4	6	
Score total	26,32	3,06	16	30	
BTI					
Difficultés liées avec l'admission	1,43	0,65	1	3,5	0,41
Conflit avec l'emploi du temps	2,08	1,08	1	4,5	0,61
Support social négatif	1,49	0,63	1	3,2	0,72
Faible accessibilité du traitement	1,56	0,63	1	3	0,46
Craintes relatives au traitement	1,64	0,70	1	3,75	0,63
Intrusion dans la vie personnelle	2,59	1,14	1	5	0,65

Note. N = 79.^a Il s'agit de la moyenne des scores totaux (moyennes des sommes des scores aux items).

4.4. Article 1 : Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not?

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Eric Dietlin

Statut de l'article : Accepté pour publication au sein de la revue *Substance Use and Misuse*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception du volet de recherche décrit dans cet article, de la revue de littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats obtenus. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Contexte : Seuls quelques individus présentant une consommation problématique d'alcool sont effectivement à la recherche d'une aide professionnelle. Qui plus est, l'interruption prématurée des suivis de la part des patients n'est pas un phénomène si rare. Cela constitue même une préoccupation importante pour les professionnels de santé tant la continuité du soin est significativement associée à une amélioration sur le plan physique et psychologique. Par conséquent, l'objectif principal de cette recherche a été d'évaluer quels facteurs étaient en mesure de distinguer les patients présentant une consommation problématique d'alcool abandonnant le soin, des autres.

Méthode : L'échantillon de cette étude inclut 150 patients suivis pour leur consommation problématique d'alcool au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie, situé en France. Deux temps de mesure ont été planifiés : à l'entrée en soin puis après six mois en traitement. Un ensemble de variables individuelles, environnementales et institutionnelles a été intégré afin de comparer les deux sous-groupes.

Résultats : Les patients abandonnant prématurément le soin diffèrent principalement des autres par une plus forte sévérité de leurs problèmes liés à l'alcool, de leur degré

d'ambivalence au changement, de leurs dispositions à consommer la substance, et du nombre de rendez-vous manqués. Des résultats significatifs ont également été constatés à l'égard du temps d'attente entre le premier contact et le premier rendez-vous au sein de la structure, ainsi qu'en ce qui concerne la saison où a eu lieu le dernier rendez-vous.

Conclusions : Des interventions spécifiques centrées sur la motivation pourraient être proposées aux patients ambivalents, en particulier au moment de l'initiation du traitement et durant certaines périodes clés de l'année. Un regard attentif devrait être porté sur les patients les plus vulnérables du point de vue de la sévérité du trouble lié à la consommation, aux motivations à consommer et à changer. Dans sa globalité, cette étude fournit des éléments offrant une meilleure compréhension de ce qui pourrait conduire un patient à quitter prématurément le soin qui lui est proposé, et *in fine*, permettant d'améliorer la continuité des soins.

Mots-clés : usage problématique d'alcool ; patients en soins ambulatoires ; abandons du soin ; continuité du soin

Outpatient addiction treatment for alcohol use disorder: What makes patients who dropped out different from those who did not?

Abstract

Background: A minority of individuals with problematic alcohol use effectively seek help. Moreover, dropouts from care are not uncommon. It remains a major concern for health professionals, as adherence to treatment is significantly associated with better physical and psychological outcomes.

Objectives: The main aim of this research was to assess what factors could distinguish patients with problematic alcohol use who dropped out from those who did not.

Methods: The sample included 150 patients followed-up in an outpatient treatment center in France for a problematic alcohol use. Two measurement times were planned: at the first appointment and after six month of treatment. A large set of individual, environmental and institutional variables were considered to compare both subgroups.

Results: Patients who dropped out mostly differ from patients who did not with a higher level of alcohol-related problems, ambivalence, inclinations to use the substance, number of missed appointments. Significant results were also observed regarding a lower time gap between the first contact with the center and the first appointment, as well as the season of the last appointment.

Conclusions: Tailored motivational interventions could be offered to ambivalent patients, especially during the beginning of the treatment and some significant periods of the year. A particular focus should be brought on patients presenting such profiles in terms of level of alcohol problems, inclinations to drink and motivation to change. Overall, the study provides elements to better understand what may bring one patient to drop out of the treatment, and to improve the continuity of care.

Keywords: problematic alcohol use; outpatients; dropouts; adherence to treatment; retention

Introduction

Problematic alcohol use

A report from the French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT) stated that in 2014, 10% of people from 18 to 75 years old were using alcohol daily in France (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015). Moreover, around 3.4 million of individuals were engaged in problematic alcohol drinking (i.e., abusers or dependent drinkers). This data is concerning especially when considering adverse effects of such consumption. Recent research noted that on the 535'000 premature deaths occurred in France in 2009, 49'000 could be related to direct and indirect effects of alcohol use (Guérin, Laplanche, Dunant, & Hill, 2013). It represents almost 13% of premature deaths among men, 5% among women, and 22% among individuals from 15 to 24. This prevalence is higher in France than in any other European countries (Britton et al., 2002; Corrao, 2002; Rehm, Taylor, Roerecke, & Patra, 2007).

However, the literature highlights as well that only a minority of individuals with alcohol problematic use are effectively seeking help (Alonso et al., 2004; Probst, Manthey, Martinez, & Rehm, 2015). According to the OFDT, in France, approximately 133'000 problematic drinkers were treated in addiction-specialized treatment centers in 2014. Therefore, there is a significant gap between the estimated number of problematic drinkers and those finally received in care. Moreover, even if they complete their treatment, previous data showed that up to 83% of patients in France were likely to relapse within a 18-month period after treatment (Malet et al., 2009).

During the treatment itself, it is also not uncommon to observe dropouts from care (i.e., a patient leaving care before its commonly expected end). Previous results indicated that around 50% of patients in outpatient or inpatient addiction-treatment settings dropped out of care (Deane, Wootton, Hsu, & Kelly, 2012; McHugh et al., 2013). It is a major concern for health professionals as adherence to treatment is significantly associated with an improvement in general health and well-being (Gossop, Stewart, Browne, & Marsden, 2002; Perkins, Tharp, Ramsey, & Patterson Adelv Unegv Waya, 2016). Some research tried to

highlight important factors underlying this dropout process (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013).

Factors predicting dropout of addiction-specialized treatment

One of the dimension most often associated with dropout likelihood is a younger age (Brorson et al., 2013; Perkins et al., 2016; Stevens et al., 2013; Vafaeinasab et al., 2015). Nonetheless, the role of many other sociodemographic factors (i.e., gender, education, marital status) remains under discussion (Brorson et al., 2013; López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2012; Smith et al., 2010; Vafaeinasab et al., 2015). On the contrary, in their review of 122 studies, Brorson et al. (2013) highlighted the rather consistent negative influence of cognitive deficits on retention rates. These impairments are frequent in psychoactive substance users and can affect a large set of cognitive functions: problem resolution, learning, memory, etc. Previous research stated that cognitive impairments could act on care efficacy, treatment outcomes or substance use during treatment (Aharonovich, Nunes, & Hasin, 2003; Likhitsathian et al., 2012; Marceau, Lunn, Berry, Kelly, & Solowij, 2016).

However, the impact of many other substance-related or personal factors remain inconsistent across study settings, samples or methods, such as the use of a specific substance, co-occurring mental disorders (with the exception of anti-social and histrionic personality disorders) (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012; Meier & Barrowclough, 2009). In particular, the influence of psychiatric comorbidities on retention in treatment appears to be particularly controversial. Overall, these disorders are often associated with worse treatment outcomes and less time in care (Darke et al., 2009; González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014). However, there is some evidence that dual diagnosis is associated with better outcomes following treatment as well as long-term retention in treatment (Maremmanni et al., 2013). Other studies also stated that this condition may have no significant effect on dropouts (see for instance, Astals et al., 2009). It is also possible that some psychopathological traits or symptomatology could lead to a very specific set of outcomes (Maremmanni et al., 2016). Dual diagnosis remains relevant to investigate, as it is a frequent situation in substance users and can represent a significant factor in the development and maintenance of alcohol misuse (Roncero et al., 2015; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014).

Along with the examination of the substance used, another useful dimension is the severity of problems associated with this consumption. Indeed, there is evidence that a higher level of use and misuse, was associated with a reduced retention and attendance in treatment (Skule et al., 2017). Other authors found that it is a lower severity of alcohol dependence which was related to dropout likelihood (Ray, Hutchison, & Bryan, 2006; Vuoristo-Myllys, Lahti, Alho, & Julkunen, 2013). However, rather than solely considering the intensity of the substance use disorder, one could also evaluate to what extent the quality of the individual's physical, psychological and social life is adversely affected when entering in treatment and how it can hamper treatment retention (Daeppen et al., 2014; Picci et al., 2014). In that sense, health-related quality of life is often used as an indicator of substance use consequences and treatment-induced changes (Daeppen et al., 2014; Johnson et al., 2008; Luquiens, Reynaud, Falissard, & Aubin, 2012).

Additionally, craving, as a conscious expression of desire directed toward the use a substance (Tiffany & Wray, 2012), is a key factor when studying patterns of substance use and trajectory in care (Morgenstern, DiFranza, Wellman, Sargent, & Hanewinkel, 2016; Witkiewitz, 2011). Alcohol urges are known to take a variety of form and intensity, and are particularly unpredictable for the user (Kvamme, Asplund, & Bjerke, 2015). The most intense experiences of craving can overwhelm any intention to change (Bradshaw, Shumway, Wang, & Harris, 2014; Browne, Wray, Stappenbeck, Krenek, & Simpson, 2016). Once again, the role of this factor on treatment dropouts remains unclear. In some studies, urges to drink can significantly predict early dropouts (Field, Mogg, Mann, Bennett, & Bradley, 2013; Ray et al., 2006), but not in others (Deane et al., 2012; Filho & Baltieri, 2012).

Motivation to change is also an interesting personal-related dimension related to the trajectory in care of problematic drinkers (Collins, Malone, & Larimer, 2012; Rice, Hagler, & Tonigan, 2014). It refers to a multidimensional dynamic process describing the individual disposition for behavioral and psychological change (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2007; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). However, the literature is rather inconsistent with studies suggesting that either lower or higher motivation to change could be related to higher drop-out risks, while for other research, there is no significant association (Brorson et al., 2013; Callaghan et al., 2005; Kelly, Urbanoski, Hoepfner, & Slaymaker, 2012).

Some authors also noted that treatment-related variables and processes (e.g., treatment duration, setting, satisfaction, alliance or therapist characteristics) could be among the most significant predictors of treatment completion, but strong evidence of this association is still lacking (Brorson et al., 2013; Curran, Stecker, Han, & Booth, 2009). They could indeed act as treatment-related barriers (i.e., external elements which hinder the care process; Allen, 1994) or facilitators of retention in treatment (Saunders, Zygowicz, & D'Angelo, 2006). Barriers and facilitators can affect the mere initiation of the care process, as well as the later retention and adherence in treatment (Saunders et al., 2006). Simultaneously, the actual relevance of the place where patients are referred, for instance an outpatient or an inpatient settings, when they come from other health-, social-, or judicial facilities, cannot be ignored (Mulder, Koopmans, & Hengeveld, 2005; Roncero et al., 2012).

Finally, a growing number of studies highlights the relationship between time perspective and substance use (Beenstock, Adams, & White, 2011; Cole, Andretta, & McKay, 2016). This dimension refers to a relatively stable disposition which guides how an individual considers and acts regarding his past, present and future (Adamson, Sellman, & Frampton, 2009; Zimbardo & Boyd, 1999). This particular disposition impacts the person's goals and actions (Henson, Carey, Carey, & Maisto, 2006). For instance, a future orientation implies goal planning and consideration of future consequences of current behaviors. As individuals with future-related perspective would be more likely to engage themselves in healthy behaviors (Beenstock et al., 2011), we could then assume that the patient time perspectives are able to influence his own engagement and adherence in treatment.

Aims of this research

Even though researchers tried to better understand dropout from addiction treatment, one must admit that these data are often contradictory. Moreover, clinicians sometimes have their own explanations on these dropouts, but not always supported by empirical data. Therefore, the main aim of this exploratory research is to further contribute to the current knowledge on dropout from addiction-specialized treatment. Based on the previous literature and on discussion with local stakeholders, we chose to include a comprehensive set of both well and sparsely studied indicators to see if they were able to distinguish patients who dropped out of an outpatient addiction treatment center from those who did not. These

indicators include: socio-demographic characteristics (gender, age, education, professional status, socio-professional category, financial resources, housing), alcohol- (frequency of use, polydrug use, level of severity of alcohol-related problems, inclinations to use or not to use alcohol), treatment-related (source of the initial demand, obligation from the court, interventions, motivation to change, barriers to treatment) variables, health-related quality of life, time perspectives and cognitive impairments.

Methods

Setting

The present research took place in an outpatient treatment center in France. The care mostly consists in individual consultations with one or several stakeholders in parallel (i.e., addictologist physician, psychiatrist, psychologist, or social worker), with various frequencies of appointments: from once a month to once a week. Depending on the clinical situation, familial and marital interventions, as well as recreational workshops, can be offered. Several inclusion criteria were used: (i) adult (i.e., aged over 18), (ii) problematic alcohol use as main issue, (iii) first visit to the center, (iv) good knowledge of spoken and written French, (v) has given his or her written informed consent. Exclusion criteria were: (i) problematic drug use as main issue, (ii) adult under court-established guardianship or tutorship, (iii) higher cognitive functions disorder, (iv) major co-occurring mental disorder (e.g., massive depressive disorder, psychotic disorders). At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate. If they gave their written consent, they were given a set of questionnaires to fill, helped if needed by a member of the clinical staff. After six months of follow-up in the center, participants filled the same set of questionnaires again. The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes, a local independent research committee, reviewed and approved the research protocol (OR/BB CPP N°883/2014; Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an addiction outpatient treatment facility”). This study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Between November 2014 and January 2016, 299 new patients contacted the center for a problematic substance use. Among them, 256 demands were eligible for the Project DECA (i.e., 85.6% of total demands). Main reason for ineligibility was associated with a demand unrelated to alcohol misuse (e.g., cannabis, gambling, tobacco or codeine misuse). 152 patients accepted to take part in the study. Other patients ($n = 104$) mainly refused or were absent for their first appointment. There were no significant differences regarding their sociodemographic characteristics between the final sample and patients who did not want to participate. Two participants were removed at this stage because of a large number of missing answers. After six months of follow-up, 69 patients (46 % of the initial sample) were considered as dropouts. The decision to categorize patients as dropouts is traditionally made by the clinical team when a patient does not come to a scheduled appointment and that he does not return to resume the follow-up.

Measures

We used participants' answers to (i) a clinical summary sheet gathering several socio-demographic, substance- and treatment-related data, (ii) the Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Gache et al., 2005) (iii) a French version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale-8A (SOCRATES) (Miller & Tonigan, 1996) (iv) a French version of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) (McEvoy, Stritzke, French, Lang, & Ketterman, 2004) (v) the MONTreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasreddine et al., 2005) (vi) the Medical Outcome Study Short Form-36 items health survey (MOS-SF-36) (Leplège, Ecosse, Coste, Pouchot, & Perneger, 2001; Ware & Sherbourne, 1992) (vii) a French adaptation of the Barriers to Treatment Inventory (BTI) (Rapp et al., 2006) and (viii) the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) (Loose, Acier, Pilet, & Sysaykeo, 2017; Zimbardo & Boyd, 1999).

Prior to that, three members of the research team performed the translation of questionnaires unavailable in French (i.e., SOCRATES, AAAQ and BTI). Each draft was discussed as long as there was not an agreement between team members. Respect of the original meaning of labels was an important rule. Common versions were then revised by an external bilingual person and were back-translated in English.

Statistical analysis

Statistical analyses sought to compare patients who dropped out and those who did not. For the purpose of this study, only baseline data were used. According to the study objectives, a large set of variables was considered: socio-demographic characteristics (age, gender, education, professional status, socio-professional category, financial resources, housing), treatment- (source of the demand for care, obligation from the court, interventions and substance-related variables (e.g., frequency of use, polydrug use, previous experiences of care), level of alcohol use problems (i.e., AUDIT), inclinations to use or not alcohol (AAAQ), motivation to change (SOCRATES), cognitive impairment (MOCA), health-related quality of life (SF-36), barriers to treatment (BTI) and time perspectives (ZTPI). Comparisons on our unequal subsamples were conducted using, where applicable, χ^2 test or the Tukey-Kramer method, which aims to control for the family-wise error rate (Montgomery, 2012).

Results

Patients' demographics

At the first measurement time, the mean age of the sample was 45.01 years ($SD = 11.21$). Among the 150 participants, 74.0% were men ($n = 111$), 66.7% were employees or factory workers, and almost the same number of participants received at least 12 years of education (51.3%) than those who did not (48.7%). At their entry in treatment, 66.7% of the sample stated that they had been using alcohol four times a week or more. The mean score at the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) was 21.47 ($SD = 8.08$), well above the cut-off score of 7 indicating a problematic use of alcohol (Gache et al., 2005). Table 1 provides full characteristics of the sample.

Table 1

Sociodemographic characteristics of the sample at the entry in treatment

Variables	<i>n</i>	%
Gender		
Man	111	74.0
Woman	39	26.0
Education		
9 years of less	21	14.0
11 years (secondary professional education)	52	34.7
12 years (secondary education)	35	23.3

14 years	23	15.3		
>14 years	19	12.7		
Professional status				
Permanent contract or equal	85	56.7		
Unemployed and other inactive	51	34.0		
Retired	14	9.3		
Socioprofessional category				
Craftsman, shopkeeper	12	8.0		
Executive, liberal profession	28	18.7		
Intermediate profession	10	6.7		
Employee	54	36.0		
Factory worker	46	30.7		
Main financial resources				
Salary	87	58.0		
Retirement pension	14	9.3		
Social aids, disability pensions	25	16.7		
Unemployment benefits	24	16.0		
Housing type				
Long-lasting (independent, with relatives, institutionalization)	138	92.0		
Temporary (with relatives, institutionalization, other)	12	8.0		
Housing arrangement				
Alone	56	37.3		
With family (parents, children, spouse)	83	55.3		
Other situations	11	7.3		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Age	45.01	11.21	19	75

Note. *N* = 150.

Overview of dropouts

Overall, 745 interventions were carried out within the follow-up period ($M = 4.97$; $SD = 2.79$). Unsurprisingly, patients who dropped out had a lower length of treatment ($M = 54.74$ days; $SD = 51.82$ versus $M = 194.83$ days; $SD = 30.09$, Tukey-Kramer's $q = 29.1$, $p < .001$). *A fortiori*, they less often met health professionals: $M = 3.06$ appointments; $SD = 1.95$; $Min = 1$; $Max = 9$ versus $M = 6.59$ appointments; $SD = 2.33$, $Min = 1$; $Max = 9$, $q = 14.1$, $p < .001$. Patients who dropped out received significantly fewer individual consultations ($M = 2.97$; $SD = 1.97$) than those who did not ($M = 6.26$; $SD = 1.82$, $q = 15$, $p < .001$). No differences could be found regarding other interventions.

Among dropouts, 48 patients (69.6%) left the care without notifying stakeholders. Eleven patients openly said that they wanted to interrupt the treatment, for various reasons (e.g., the care did not seem useful any more for them). Other specific reasons appeared as

well: death ($n = 2$; 2.9%), reorientation or relocation ($n = 7$; 10.1%) and imprisonment ($n = 1$; 1.4%).

Socio-demographic and substance-related variables

None of the socio-demographic variables could distinguish patients who dropped out from those who remained in care (see Table 2 for full details). On the contrary, the level of alcohol problems, measured via the global AUDIT score, could highlight a difference. Patients who dropped out present a slightly higher score ($M = 23.14$; $SD = 6.99$) than patients who stayed in treatment ($M = 20.04$; $SD = 8.69$; $q = 3.36$, $p < .05$). However, other substance-related variables do not distinguish the two groups: alcohol use frequency, previous experience of care for the same disorder, poly-drug use, etc. Table 3 provides all results regarding these variables.

Table 2

Comparisons between dropouts and patients remaining in care according to sociodemographic variables

	Follow-up status				χ^2
	Remaining in care ($N_1 = 81$)		Dropout ($N_2 = 69$)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Gender					ns
Man	58	71.6	53	76.8	
Woman	23	28.4	16	23.2	
Education					ns
9 years of less	8	9.9	13	18.8	
11 years (secondary professional education)	25	30.9	27	39.1	
12 years (secondary education)	22	27.2	13	18.8	
14 years	13	16.0	10	14.5	
>14 years	13	16.0	6	8.7	
Professional status					ns
Permanent contract or equal	47	58.0	38	55.1	
Unemployed and other inactive	26	32.1	25	36.2	
Retired	8	9.9	6	8.7	
Socioprofessional category					ns
Craftsman, shopkeeper	4	4.9	8	11.6	
Executive, liberal profession	14	17.3	14	20.3	
Intermediate profession	8	9.9	2	2.9	
Employee	31	38.3	23	33.3	
Factory workers	24	29.6	22	31.9	
Main financial resources					ns
Salary	48	59.3	39	56.5	
Retirement pension	8	9.9	6	8.7	
Social aids, disability pensions	16	19.8	9	13.0	

Unemployment benefits	9	11.1	15	21.7	ns
Housing type					
Long-lasting (independent, with relatives, institutionalization)	75	92.6	63	91.3	
Temporary (with relatives, institutionalization, other)	6	7.4	6	8.7	ns
Housing arrangement					
Alone	31	38.4	25	36.2	
With family (parents, children, spouse)	42	51.9	41	59.4	
Other situations	8	9.9	3	4.3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Tukey-Kramer
Age	45.95	10.92	43.90	11.52	ns

Note. $N = 150$. Group comparisons with χ^2 test or Tukey-Kramer method.

*** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$. ns for $p > .05$.

Table 3

Comparisons between dropouts and patients remaining in care according to substance-related variables

	Follow-up status				χ^2
	Remaining in care ($N_1 = 81$)		Dropout ($N_2 = 69$)		
	n	%	n	%	
Alcohol use frequency ^a					ns
Once a month or less	8	9.9	2	2.9	
Twice or four times a month	11	13.6	5	7.2	
Three times a week	12	14.8	12	17.4	
Four times a week or more	50	61.7	50	72.5	
Previous experience of care for alcohol problems					ns
No	51	63.0	46	66.7	
Yes	30	37.0	23	33.3	
Polydrug use ^b					ns
No	64	79.0	55	79.7	
Yes	4	4.9	6	8.7	
Alcohol abstinence	13	16.0	8	11.6	
	M	SD	M	SD	Tukey-Kramer
AUDIT	20.04	8.69	23.14	6.99	*

Note. $N = 150$. Group comparisons with χ^2 test or Tukey-Kramer method. ^a During the last 12 months. ^b Any other substance or behavioral trouble, excepting tobacco.

*** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$. ns for $p > .05$.

Treatment-related variables, inclinations to use alcohol and ambivalence

Analyses revealed differences between dropouts and patients remaining in care regarding some treatment-related variables. First, those who dropped out missed significantly more appointments during their follow-up ($M = 1.96$ missed appointments; $SD = 1.47$ versus

$M = 1.02$; $SD = 1.45$, $q = 5.56$, $p < .001$). Moreover, this result is not found regarding cancelled appointments (e.g., the patient calls the center to warn that he will not be able to attend the next appointment). Another surprising fact is that the difference in days between the first contact with the center and the first appointment is lower in dropouts than in other patients ($M = 27.30$ days; $SD = 13.64$ versus $M = 35.60$ days; $SD = 21.96$, $q = 3.85$, $p < .01$). We noticed as well that there were significantly more dropouts during fall (i.e., September to November) and even more during winter (i.e., December to February) seasons ($\chi^2(3) = 10.97$, $p < .05$). Specifically, among the 69 patients who dropped out, 19 (27.5%) and 26 (37.7%) left the follow-up during these seasons. No other treatment-related variables had a significant role. The Table 4 summarizes these data.

Table 4

Comparisons between dropouts and patients remaining in care according to treatment-related variables

Follow-up status												
Remaining in care ($N_1 = 81$)					Dropout ($N_2 = 69$)							
n					n							
$\%$					$\%$							
					χ^2							
Source of the demand for treatment										ns		
The patient					25	30.9		24	34.8			
Significant others					3	3.7		7	10.1			
Family doctor, medical specialist					24	29.6		21	30.4			
Specialized care setting, hospital					6	7.4		7	10.1			
Justice					19	23.5		7	10.1			
Other					4	4.9		3	4.3			
Season of initial contact ^a										ns		
Spring					22	27.2		12	17.4			
Summer					14	17.3		10	14.5			
Fall					33	40.7		37	53.6			
Winter					12	14.8		10	14.5			
Season of last appointment ^a										*		
Spring					29	35.8		13	18.8			
Summer					21	25.9		11	15.9			
Fall					14	17.3		19	27.5			
Winter					17	21.0		26	37.7			
Obligation of treatment from the court										ns		
No					62	76.5		61	88.4			
Yes					19	23.5		8	11.6			
M					SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	Tukey-Kramer

Duration of follow-up ^b	194.83	30.09	92	284	54.74	51.82	0	201	***
Length between first contact and first appointment ^b	35.60	21.96	6	176	27.30	13.64	4	98	**
Total appointments	6.59	2.33	3	17	3.06	1.95	1	9	***
Individual consultations	6.26	1.82	3	11	2.97	1.97	0	9	***
Other interventions ^c	0.33	1.28	0	8	0.09	0.33	0	2	ns
Cancelled appointments	1.38	1.07	0	5	1.10	1.11	0	4	ns
Missed appointments	1.02	1.45	0	7	1.96	1.47	0	8	***

Note. $N = 150$. Group comparisons with χ^2 test or Tukey-Kramer method. ^a spring season includes March, April, May, summer season, June, July, August, fall season, September, October, November and winter, December, January, February. ^b Duration in days. ^c Includes family and marital consultations, recreational workshops and support or relaxation groups.

*** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$. ns for $p > .05$.

At last, among all questionnaires administrated to patients, only three subscales showed significant effects. Precisely, it involves two of the AAAQ subscales (i.e., Obsessed/Compelled and Inclined/Indulgent) and the Ambivalence subscale of the SOCRATES. Dropouts patients had a higher score on the Inclined/Indulgent ($M = 5.04$; $SD = 2.19$ versus $M = 3.96$; $SD = 2.42$, $q = 3.96$, $p < .01$), Obsessed/Compelled ($M = 4.44$; $SD = 2.28$ versus $M = 3.68$; $SD = 2.38$; $q = 2.81$, $p < .05$) and Ambivalence subscales ($M = 16.94$; $SD = 2.68$ versus $M = 15.27$; $SD = 3.69$; $q = 4.42$; $p < .01$). The last table, Table 5, provides full details on these results.

Table 5

Comparisons between dropouts and patients remaining in care regarding other psychometric variables

	Follow-up status				Tukey- Kramer
	Remaining in care ($N_1 = 81$)		Dropout ($N_2 = 69$)		
	M	SD	M	SD	
SF-36 Health Survey					
Physical Functioning	88.69	15.56	87.25	19.97	ns
Role-Physical	57.41	39.22	62.65	35.17	ns
Bodily Pain	63.60	27.61	68.68	25.31	ns
General Health	55.83	18.30	54.31	17.81	ns
Vitality	46.69	19.48	46.59	17.62	ns
Social Functioning	49.07	23.20	52.21	25.73	ns
Role-Emotional	51.25	42.41	49.76	35.53	ns
Mental Health	49.84	19.67	48.70	19.93	ns
Mental Component Summary	34.55	11.74	34.14	11.36	ns
Physical Component Summary	49.44	8.95	50.54	7.33	ns
SOCRATES-8A					
Ambivalence	15.27	3.69	16.94	2.67	**
Recognition	28.70	5.92	30.36	5.03	ns
Taking Steps	32.76	5.96	32.56	6.03	ns
ZTPI					

Past Negative	3.44	0.95	3.60	1.02	ns
Present Hedonistic	3.26	0.88	3.38	0.90	ns
Future	3.83	0.82	3.81	0.77	ns
Past Positive	3.28	0.76	3.36	0.97	ns
Present Fatalistic	2.33	0.95	2.33	0.98	ns
AAAQ					
Inclined/Indulgent	3.96	2.42	5.03	2.19	**
Obsessed/Compelled	3.68	2.38	4.44	2.28	*
Resolved/Regulated	4.39	2.03	4.68	1.83	ns
BTI					
Negative Social Support	1.47	0.54	1.52	0.65	ns
Fear of Treatment	2.01	0.83	2.15	0.91	ns
Privacy Concerns	2.84	1.08	2.73	1.12	ns
Time Conflict	2.22	0.97	2.05	1.00	ns
Admission Difficulties	1.66	0.88	1.86	1.03	ns
Poor Treatment Availability	1.81	0.84	1.93	0.80	ns
MOCA	26.40	3.07	25.68	3.26	ns

Note. $N = 150$. Group comparisons with Tukey-Kramer method.

*** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$. ns for $p > .05$.

Discussion

Results interpretation

This study aimed to better understand addiction treatment dropouts. Here, 69 patients (46% of the total sample) dropped out during the six-month follow-up period. Regarding the recent literature on similar settings, this proportion of dropout is relatively normal (Roncero et al., 2012; Vuoristo-Myllys et al., 2013). Analyses carried out in this research included a large set of individual, social, treatment or substance-related variables. In the end, only a few of these variables were effectively able to distinguish patients who dropped out and those who did not. Nonetheless, even if they are surprising in light of other research, non-significant results remain important for clinicians and researchers who witness such treatment trajectories. Indeed, several studies highlighted that clinicians were mainly explaining dropouts with client-related variables, whereas patients emphasized issues regarding social support and staff relationships (Palmer, Murphy, Piselli, & Ball, 2009).

However, some non-significant results need to be further discussed. For instance, past literature identified that age, ethnicity, gender or employment were sometimes able to predict retention or dropout of patients (Braitman & Kelley, 2016; Graff et al., 2009; McCaul, Svikis, & Moore, 2001) whereas these findings were not replicated here. It has to be noted that previous studies mostly used regression models to predict treatment retention, instead

of comparing patients who did drop out and those who stayed in care. Some samples were also more heterogeneous than ours regarding substance use: alcohol only versus various substances (Braitman & Kelley, 2016; McCaul et al., 2001).

Moreover, given the chosen inclusion and exclusion criteria, some additional indicators could not distinguish dropouts and patients remaining in treatment. For example, MOCA scores only have a short range, as presenting higher cognitive dysfunctions was an exclusion criterion. Consequently, influence of cognitive deficits may be poorly judged here, whereas the literature suggests that this dimension is one the most consistent risk factor for addiction treatment dropout (Aharonovich et al., 2003; Brorson et al., 2013). The same consideration could be brought to co-occurring mental health problems, even if past research is more contradictory regarding its impact on dropout (Meier & Barrowclough, 2009).

Nonetheless, patients who dropped out present a higher level of severity of their alcohol-related problems, as measured via the AUDIT. They appear as well more ambivalent regarding their intention to change, as suggested by the score of the Ambivalence subscale of the SOCRATES. Moreover, these patients had a higher score on the overall approach inclination to use alcohol from the AAAQ. It has to be noted that this scale distinguish, respectively, a strong craving-like urge to drink (the Obsessed/Compelled subscale) and a subtler desire to drink generally conditioned by social and context incentives to use alcohol (the Inclined/Indulgent subscale). Therefore, patients who dropped out may feel a more intense craving and are particularly sensitive to social and contextual incentives for alcohol consumption. The articulation between these dimensions, often retrieved in the literature, is interesting to better grasp underlying processes at stake in patients.

There is evidence in the literature that avoidance inclination (i.e., inclination not to use alcohol, covering a large set of behaviors and intentions, as measured by the Resolved/Regulated subscale of the AAAQ) may moderate effects of approach inclination on drinking behavior, especially during initiation of treatment (Schlauch et al., 2013). Moreover, conflict between high levels of approach and avoidance inclinations may lead to ambivalence, an unstable state regarding motivation to use or not to use alcohol. Thus, it is not so surprising that an ambivalent patient regarding his substance consumption will miss more appointments, before eventually even leaving the care. Moreover, it is also relevant to

consider that this outpatient setting may not be relevant, at first, for all patients (Roncero et al., 2012). Especially, extrinsic motivation for care can be quite common for patients who are referred from other facilities, or are under the pressure of their significant others (Wagner et al., 2017). A specific attention is required regarding specific needs, resources, including the individual motivation, and difficulties of the patient before and during the actual referral process.

Then, patients who dropped out had waited less time between the date they first contacted the center and the date they had their first appointment. This fact remains somewhat unsettling. One may assume that those who wait longer and still turn up for their appointment have higher motivation and ongoing needs. However, we may also suggest that some sort of latency period may be needed to better define and incorporate the need for change, especially for the more ambivalent patients. However, this process could be quite uncertain and some patients may not even come for the beginning of the follow-up. Indeed, according to substance users, being on a waiting list seems to be a significant barrier to enter treatment (Appel, Ellison, Jansky, & Oldak, 2004; Redko, Rapp, & Carlson, 2006). Many patients become less interested to be involved in treatment after being forced to wait for a relatively long period (Brown, Hickey, Chung, Craig, & Jaffe, 2009). Moreover, it is now long known that waiting time preceding the actual treatment entry does not involve noticeable change regarding substance use pattern (Best et al., 2002). However, we could consider implementing brief interventions to invest the time the patient will need to wait before the actual first appointment, to improve the later treatment linkage and retention. These interventions could focus on self-awareness and self-management, while informing patients about upcoming treatment and the overall change process. An interesting way to reach patients during this period could be to use mobile-, Internet-applications, or emails.

Finally, we found a rather original finding, related to the season of the last appointment before the dropout. Precisely, the majority of dropouts happened in fall and even more in winter, around the end of the year. This later period is characterized by holiday season, which involves lots of solicitations to drink alcohol, especially in France. One may assume that these events, for instance Christmas and New Year Eve parties, would also be significant in other European, or even all Western, countries, given their shared culture and history. However, the situation might be quite different in other distant countries. Indeed, if the Western cultural

influence is now broadly disseminated around the world, different cultures still coexist, with their own calendar of major social and/or religious events. However, in the current situation, it is also true that many patients initiate their care in fall (i.e., 40.7% of those remaining in care and 53.6% of those who dropped out). As those who left prematurely their follow-up spent approximately 55 days in treatment, it may explain a greater number of dropouts in winter. Nonetheless, the end of the year remains a critical moment for patients in treatment. What is here important to highlight is the relevance of these events on the alcohol use patterns and the treatment course (Alcohol and Public Policy Group, 2010).

According to our findings, we suggest that tailored motivational interventions may be helpful for ambivalent patients in order to reduce their approach inclination of alcohol rather than solely enhance avoidance inclination, especially at the beginning of treatment (Spruyt et al., 2013). The literature stated that being focused on persistent restrictive and/or avoiding strategies of alcohol use would be detrimental for the patients, as they may not be able, at early stages of change, to manage underlying emotional conflicts associated with alcohol use (Schlauch, Christensen, Derrick, Crane, & Collins, 2015; Spruyt et al., 2013). These interventions could be useful as well to manage critical periods of the year. As defined in the literature, brief motivational interventions, early provided in the follow-up, is a significant tool to improve the patient's motivation to change. Furthermore, several studies highlighted how receiving a motivational program could lead to a higher likelihood of long-term retention in treatment (Bachiller et al., 2015; Santa Ana, Wulfert, & Nietert, 2007). We also assume that there is a true need to work with the patient on his cognitions and his expectations regarding retention in treatment and changes in the substance use.

Overall, a specific focus should be brought on patients presenting particular profiles in terms of severity of alcohol problems, inclinations to drink and motivation to change. In any case, evaluation of the two latest dimensions should systematically be conducted (Csillik & Petot, 2012). Last, given the brevity of the follow-up of patients who dropped out, one may wonder whether the treatment should be focused on the improvement of the adherence to treatment (i.e., identifying patient expectations, needs and difficulties), and/or on a short but efficient management of the substance use disorder.

Limits

This study has limits. First, answers from patients can be influenced by their initial motivation to be in care. Similarly, these 150 participants took part in the research protocol while they were simultaneously in treatment. Therefore, it may be possible that their characteristics are somewhat different from those of the 104 patients who explicitly did not want to participate, were absent or were excluded. Furthermore, this study was conducted on a single site. Therefore, it may limit the generalization of results to very different addiction treatment centers or programs. Third, the study used several questionnaires translated in French but not currently validated in this language. Fourth, no standardized alcohol treatment was given. Indeed, frequency of visits and interventions were vastly depending on individual needs. Although this is clinically sound, it can make group comparisons quite difficult. Moreover, we did not have a reliable description of psychopharmacological treatments received by each patient, whereas it could represent a significant factor of retention or dropout. Last, age of onset and length of alcohol misuse were not consistently assessed in this sample, therefore not included in the analyses.

Conclusions

Initially, this study searched to answer a real clinical inquiry: Why do patients with problematic alcohol use drop out? Current results highlight the initiation and adherence of alcohol-specialized outpatient treatment in France. Overall, the study provides elements which can provide a better understanding of the dropout phenomenon. Indeed, patients who left the care differ significantly from other patients by a higher severity of their alcohol-related problems, ambivalence, inclinations to use alcohol, and their number of missed appointments. They also waited less time before receiving their first appointment. Last, most dropouts occurred in fall and especially in winter. By extension, these data could be relevant for practitioners to improve the continuity of care. By taking into account the specific needs and difficulties of this population of patients, one may help them to better define their own expectations regarding the process of care and to be more involved in the treatment. Research on this topic must be continued, for instance, by contacting patients who dropped out to assess what made them leave their follow-up.

Funding:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

References

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Aharonovich, E., Nunes, E., & Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2), 207-211.
- Alcohol and Public Policy Group. (2010). Alcohol: No ordinary commodity - a summary of the second edition. *Addiction*, 105(5), 769-779. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x>
- Allen, K. (1994). Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International Journal of the Addictions*, 29(4), 429-444.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., & Oldak, R. (2004). Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153. <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Éd.). (2007). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (1st Ed). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Astals, M., Díaz, L., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Bulbena, A., & Torrens, M. (2009). Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: An 18-month follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2822-2832. <https://doi.org/10.3390/ijerph6112822>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. (2nd Ed). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bachiller, D., Grau-López, L., Barral, C., Daigre, C., Alberich, C., Rodríguez-Cintas, L., ... Roncero, C. (2015). Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge. *Adicciones*, 27, 109-118.

- Beenstock, J., Adams, J., & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 21(4), 438-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp225>
- Best, D., Noble, A., Ridge, G., Gossop, M., Farrell, M., & Strang, J. (2002). The relative impact of waiting time and treatment entry on drug and alcohol use. *Addiction Biology*, 7(1), 67-74. <https://doi.org/10.1080/135562101200100607>
- Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Wang, E. W., & Harris, K. S. (2014). Addiction and the mediation of hope on craving, readiness, and coping. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), 294-312.
- Braitman, A. L., & Kelley, M. L. (2016). Initiation and retention in couples outpatient treatment for parents with drug and alcohol use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 24(3), 174-184. <https://doi.org/10.1037/pha0000072>
- Britton, A., Nolte, E., White, I. R., Grønbaek, M., Powles, J., Cavallo, F., & McPherson, K. (2002). A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *European Journal of Epidemiology*, 18(7), 643-652. <https://doi.org/10.1023/A:1024834608689>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Brown, B. S., Hickey, J. E., Chung, A. S., Craig, R. D., & Jaffe, J. H. (2009). The functioning of individuals on a drug abuse treatment waiting list. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 261-274. <https://doi.org/10.3109/00952998908993407>
- Browne, K. C., Wray, T. B., Stappenbeck, C. A., Krenek, M., & Simpson, T. L. (2016). Alcohol consumption, craving, and craving control efforts assessed daily in the context of readiness to change among individuals with alcohol dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.005>
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1834-1847. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.015>
- Cole, J. C., Andretta, J. R., & McKay, M. T. (2016). The relationship between temporal profiles and alcohol-related problems in University undergraduates: Results from the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 55, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.001>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Corrao, G. (2002). Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy: A balance in 1983 and 1996. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.3.214>
- Csillik, A. S., & Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 331-341. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>
- Curran, G. M., Stecker, T., Han, X., & Booth, B. M. (2009). Individual and program predictors of attrition from VA substance use treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(1), 25-34. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9093-z>

- Daepfen, J.-B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., & Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 49(4), 457-465. <https://doi.org/10.1093/alcac/agu027>
- Darke, S., Mills, K., Teesson, M., Ross, J., Williamson, A., & Havard, A. (2009). Patterns of major depression and drug-related problems amongst heroin users across 36 months. *Psychiatry Research*, 166(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.12.007>
- Deane, F., Wootton, D., Hsu, C.-L., & Kelly, P. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive)*, 216-225.
- Field, M., Mogg, K., Mann, B., Bennett, G. A., & Bradley, B. P. (2013). Attentional biases in abstinent alcoholics and their association with craving. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 71-80. <https://doi.org/10.1037/a0029626>
- Filho, J. M. C., & Baltieri, D. A. (2012). Psychosocial and clinical predictors of retention in outpatient alcoholism treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 413-421. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.003>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepfen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities. *Substance Abuse*, 35(2), 133-140. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.812544>
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259-1267.
- Graff, F. S., Morgan, T. J., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S. M., Jensen, N. K., & Kelly, S. (2009). Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *American Journal on Addictions*, 18(4), 277-288. <https://doi.org/10.1080/10550490902925540>
- Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Alcohol-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, ckt015. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with bootstrapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9027-2>
- Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J., Wiegand, F., Mao, L., Beyers, K., ... Topiramate for Alcohol Study Group. (2008). Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment - US multisite randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 168(11), 1188. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.11.1188>
- Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). « Ready, willing, and (not) able » to change: Young adults' response to residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.003>
- Kvamme, B. O., Asplund, K., & Bjerke, T. N. (2015). Drinking resumption: Problematic alcohol use relapse after rehabilitation. A phenomenological hermeneutical perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 716-723. <https://doi.org/10.1111/scs.12202>

- Leplège, A., Ecosse, E., Coste, J., Pouchot, J., & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36: Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Editions Estem.
- Likhitsathian, S., Saengcharnchai, P., Uttawichai, K., Yingwiwattanapong, J., Wittayanookulluk, A., & Srisurapanont, M. (2012). Cognitive changes in topiramate-treated patients with alcoholism: A 12-week prospective study in patients recently detoxified: Cognition, topiramate and alcohol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 235-241. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02326.x>
- Loose, T., Acier, D., Pilet, J.-L., & Sysaykeo, J. (2017). La temporalité. Un facteur déterminant des conduites addictives. *Alcoologie et Addictologie*, 39(2), 111-119.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics: Treatment dropout in addictions. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Luquiens, A., Reynaud, M., Falissard, B., & Aubin, H. J. (2012). Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.012>
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- Marceau, E. M., Lunn, J., Berry, J., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2016). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is sensitive to head injury and cognitive impairment in a residential alcohol and other drug therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 66, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.002>
- Maremmanni, A. G. I., Pani, P. P., Trogu, E., Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., ... Maremmanni, I. (2016). The impact of psychopathological subtypes on retention rate of patients with substance use disorder entering residential therapeutic community treatment. *Annals of General Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0119-x>
- Maremmanni, A. G. I., Rovai, L., Bacciardi, S., Rugani, F., Pacini, M., Paolo Pani, P., ... Maremmanni, I. (2013). The long-term outcomes of heroin dependent-treatment-resistant patients with bipolar 1 comorbidity after admission to enhanced methadone maintenance. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 582-589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.054>
- McCaul, M. E., Sviki, D. S., & Moore, R. D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: Patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62(1), 9-17. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)00155-1](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00155-1)
- McEvoy, P. M., Stritzke, W. G. K., French, D. J., Lang, A. R., & Ketterman, R. (2004). Comparison of three models of alcohol craving in young adults: A cross-validation. *Addiction*, 99(4), 482-497. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00714.x>
- McHugh, R. K., Murray, H. W., Hearon, B. A., Pratt, E. M., Pollack, M. H., Safren, S. A., & Otto, M. W. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients: Predictors of treatment dropout. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 18-22. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x>
- Meier, P. S., & Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16, 7-38. <https://doi.org/10.1080/09687630701741030>

- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Montgomery, D. C. (2012). *Design and Analysis of Experiments* (8 edition). Hoboken, NJ: Wiley.
- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Hengeveld, M. W. (2005). Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 484-488. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0913-2>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2015). *Drogues, chiffres clés* (p. 1-9).
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 44(7), 1021-1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237>
- Perkins, K. S., Tharp, B. E., Ramsey, A. T., & Patterson, D. (2016). Mapping the evidence to improve retention rates in addiction services. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(3), 233-251. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1200055>
- Picci, R. L., Oliva, F., Zuffranieri, M., Vizzuso, P., Ostacoli, L., Sodano, A. J., & Furlan, P. M. (2014). Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Quality of Life Research*, 23(10), 2757-2767. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0735-3>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Wang, J., & Carlson, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002>
- Ray, L. A., Hutchison, K. E., & Bryan, A. (2006). Psychosocial predictors of treatment outcome, dropout, and change processes in a pharmacological clinical trial for alcohol dependence. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5(4), 179-190. <https://doi.org/10.1097/01.adt.0000210701.63165.5a>
- Redko, C., Rapp, R. C., & Carlson, R. G. (2006). Waiting time as a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *Journal of Drug Issues*, 36(4), 831-852. <https://doi.org/10.1177/002204260603600404>
- Rehm, J., Taylor, B., Roerecke, M., & Patra, J. (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International Journal of Public Health*, 52(6), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-7010-0>

- Rice, S. L., Hagler, K. J., & Tonigan, J. S. (2014). Longitudinal trajectories of readiness to change: Alcohol use and help-seeking behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 486-495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.486>
- Roncero, C., Ortega, L., Perez-Pazos, J., Lligona, A., Abad, A. C., Gual, A., ... Daigre, C. (2015). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcohol dependence patients with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/10.1177/1087054715598841>
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., A Ramos-Quiroga, J., & Casas, M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(2), 63-69.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816-822. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.816>
- Saunders, S. M., Zygowicz, K. M., & D'Angelo, B. R. (2006). Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 261-270. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jsat.2006.01.003>
- Schlauch, R. C., Christensen, R. L., Derrick, J. L., Crane, C. A., & Collins, R. L. (2015). Individual differences in approach and avoidance inclinations moderate the effect of self-control depletion on ad-lib drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2480-2488. <https://doi.org/10.1111/acer.12915>
- Schlauch, R. C., Levitt, A., Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., Lucke, J. F., Maisto, S. A., ... Connors, G. J. (2013). Alcohol craving in patients diagnosed with a severe mental illness and alcohol use disorder: Bidirectional relationships between approach and avoidance inclinations and drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1087-1099. <https://doi.org/10.1037/a0033914>
- Skule, C., Berge, T., Eilertsen, E., Ulleberg, P., Dallavara Lending, H., Egeland, J., & Landr?, N. I. (2017). Levels of alcohol use and depression severity as predictors of missed therapy sessions in cognitive behavioural psycho-educational group treatment for depression. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 11-16. <https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1173683>
- Smith, D., Harvey, P., Battersby, M., Pols, R., Oakes, J., & Baigent, M. (2010). Treatment outcomes and predictors of drop out for problem gamblers in South Australia: A cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 911-920. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.493502>
- Spruyt, A., De Houwer, J., Tibboel, H., Verschuere, B., Crombez, G., Verbanck, P., ... Noël, X. (2013). On the predictive validity of automatically activated approach/avoidance tendencies in abstaining alcohol-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1-3), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.019>
- Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., ... Pérez-García, M. (2013). Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00149>
- Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- Vafaeinasab, M. R., Farahzadi, M. H., Razaghi, O. M., Fallahzadeh, R. A., Lotfi, M. H., & Akhondzadeh, S. (2015). Investigation of affecting factors on persistence in the treatment of patients under methadone maintenance therapy in addiction therapy centers, Yazd-Iran. *Health*, 07(05), 606-616. <https://doi.org/10.4236/health.2015.75072>

- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., ... Schoevers, R. A. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: Results of the IASP study: Comorbidity in SUD patients with ADHD. *Addiction*, 109(2), 262-272. <https://doi.org/10.1111/add.12370>
- Vuoristo-Myllys, S., Lahti, J., Alho, H., & Julkunen, J. (2013). Predictors of dropout in an outpatient treatment for problem drinkers including cognitive-behavioral therapy and the opioid antagonist naltrexone. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 894-901. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.894>
- Wagner, V., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Acier, D., Brunelle, N., Landry, M., & Brochu, S. (2017). Initiation of addiction treatment and access to services: young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1614-1627. <https://doi.org/10.1177/1049732316679372>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Witkiewitz, K. (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 426-438. <https://doi.org/10.1037/a0022889>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>

4.5. Article 2 : Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Eric Dietlin

Statut de l'article : Soumis à la revue *Applied Psychology : Health and Well-Being*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception du volet de recherche décrit dans cet article, de la revue de littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats obtenus. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Introduction : Le trouble de l'usage d'alcool est une problématique complexe, impliquant diverses conséquences négatives sur les plans médicaux, psychologiques et sociaux. Actuellement, aucun consensus clair n'existe concernant les indicateurs à employer afin d'évaluer le changement chez les patients. La littérature scientifique insiste toutefois sur le réel besoin d'utiliser un ensemble varié de critères. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est d'accroître notre compréhension du processus de changement chez des patients reçus pendant six mois en soin.

Méthode : L'échantillon de cette étude inclut 81 patients suivis au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie, situé en France. Deux temps de mesure ont été planifiés : un à l'entrée en soin et le second après six mois de suivi. Plusieurs variables ont été étudiées : la sévérité des problèmes relatifs à l'alcool, la motivation au changement, les motivations à consommer ou non de l'alcool, la qualité de vie relative à la santé, les déficits cognitifs et les perspectives temporelles.

Résultats : Nous avons pu observer différentes évolutions significatives : une plus faible sévérité de la problématique alcoolique, de moins fortes motivations à consommer de l'alcool, moins d'ambivalence et de reconnaissance actuelle du trouble, ainsi qu'un plus faible niveau

de perspective temporelle Présent fataliste. A contrario, nous avons constaté une significative amélioration de la qualité de vie et un niveau plus élevé de perspective temporelle (Futur).

Conclusion : Ces résultats soulignent que les patients présentant une problématique relative à l'alcool peuvent, dès six mois de suivi, expérimenter des changements significatifs. Ces patients semblent connaître un meilleur fonctionnement quotidien sur différentes dimensions. Au-delà d'une amélioration de l'état physique et mental du patient, le soin spécialisé aide à restructurer les perspectives de l'individu quant à sa vie, lui offrant la possibilité de se focaliser sur de futurs projets enrichissants.

Mots-clés : patients en soins ambulatoires, trouble de l'usage d'alcool, résultats du traitement, suivi, France

Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center

Abstract

Introduction: Alcohol use disorder is a complex issue with various adverse consequences on medical, psychological and social fields. Actually, no clear consensus exists concerning indicators to use when assessing change in patients. The literature however emphasizes the need to employ a variety of criteria. Within this framework, the aim of this study is to gain a better understanding of the change process of patients after six months in care.

Methods: The study sample includes 81 patients followed up in an outpatient alcohol-specialized treatment center in France. Two measurement times were planned: at their entry in care and six months later. Several dimensions were investigated: severity of alcohol problems, motivation to change, approach and avoidance inclinations to use alcohol, health-related quality of life, cognitive impairments and time perspectives.

Results: We observed several significant evolutions: a lower severity of alcohol problems, lower inclinations to use alcohol, lower levels of ambivalence and recognition of the trouble, and a lower level of the Present Fatalistic time perspective. We noted as well a significant improvement of quality of life and a higher level of the Future time perspective.

Conclusion: These results highlight that patients with problematic alcohol use can already experience significant changes after six months in outpatient care. Those patients present a more functional daily life on several areas. Beyond the sole improvement of the mental and physical status of the patient, this specialized care helps to restructure individuals' perspectives toward life, letting patients to focus on fulfilling projects.

Keywords: outpatient, alcohol use disorder, treatment outcomes, follow-up, France

Introduction

The alcohol-related care issue in France

On the 535'000 premature deaths occurred in 2009 in France, 49'000 could be related to direct and indirect consequences of alcohol use (Guérin et al., 2013). This prevalence is one of the highest in Europe and highlights the hazardous nature of alcohol consumption (Britton et al., 2002; Corrao, 2002; Jürgen Rehm et al., 2007). Alcohol use disorder is a complex issue with various adverse effects on a medical, psychological and social basis (Browne, Wray, Stappenbeck, Krennek, & Simpson, 2016; Kvamme, Asplund, & Bjerke, 2015; Levola, Kaskela, et al., 2013). However, in this European context, few people with alcohol use disorder are effectively looking for care (Alonso et al., 2004; Probst et al., 2015). Previous data in France noted that up to 83% of patients engaged in treatment were at risk of relapse in the 18-month period following the end of the follow-up (Malet et al., 2009).

The overall poor healthcare access truly raises the necessity to better understand specific needs and difficulties of patients, as well as their personal trajectory during care. Thus, to adequately assess change in patients, it is necessary to include a wide range of variables (Alcohol and Public Policy Group, 2010; Luquiens, Reynaud, Falissard, & Aubin, 2012). However, there is currently no consensus concerning criteria to target primarily (Sobell, Sobell, Connors, & Agrawal, 2003). Nonetheless, it is suggested that researchers and clinicians should not only take into account the sole indicators of addiction and/or substance use (Sugarman, Kaufman, Trucco, Brown, & Greenfield, 2014). As this disorder can affect the person whole life, it is relevant to retain, simultaneously, several larger indicators.

Relevant indicators of change during alcohol-specialized care

As the literature has noted, numerous factors are able to influence the emergence, retention and relapse of alcohol use disorder. Adamson, Sellman, and Frampton (2009) precised that there are over 30 different sociodemographic, substance- or setting-related variables that could predict treatment outcomes for alcohol. To identify these factors and outcomes is a major challenge for a clinical perspective. It may help professionals with the recognition of more vulnerable patients as well as to design specific interventions for them. Craving is often cited as one of such key factors (Fatseas et al., 2015; Kavanagh et al., 2013;

Morgenstern et al., 2016; Witkiewitz, 2011), even if its actual role remains controversial (Ahmadi et al., 2009; Zhou et al., 2009). Nonetheless, desires to drink can predict drinking patterns during and up to three years after the end of treatment (Connolly et al., 2013; Moore et al., 2014; Witkiewitz, 2011).

Motivation to change is also an interesting dimension related to the trajectory in care and treatment outcomes for problematic drinkers (Adamson et al., 2009; Collins et al., 2012; Rice, Hagler, & Tonigan, 2014). This concept already showed its value when conceiving new guideline recommendations more closely focused on patients' needs and difficulties (Bertholet, Cheng, et al., 2009). Overall, motivation to change refers to a multidimensional dynamic process describing the individual disposition for behavioral and psychological change strategies (Arkowitz et al., 2007; Prochaska et al., 1992). Yet, this dimension varies greatly amongst individuals and during the treatment course (Rice et al., 2014).

Change in health-related quality of life is often used as an indicator of substance use consequences, change, and interventions efficacy (Daepfen et al., 2014; Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, & Zweben, 2005; Johnson et al., 2008; Luquiens et al., 2012; Srivastava & Bhatia, 2013). This dimension overlaps physical, psychological and social functioning and well-being (Picci et al., 2014). It is now long known that alcohol use can severely impact this quality of life, with major effects on mental health and social functioning sub-dimensions (Blow et al., 2000; Daepfen et al., 2014; Daepfen, Krieg, Burnand, & Yersin, 1998; Picci et al., 2014). On the contrary, quality of life positively evolves after substance use reduction and/or treatment (Frischknecht, Sabo, & Mann, 2013; Johnson et al., 2008).

Cognitive impairments are frequent in psychoactive substance users. Both direct, neurobiological, and indirect (i.e., traffic accident, fights, etc.) effects of the consumption can explain these cognitive disorders. Such disturbances can take the form of well-defined disorders (i.e., Korsakoff's syndrome, Wernicke's encephalopathy, etc.) or can influence negatively a large set of cognitive functions: problem resolution, learning, memory, etc. Moreover, previous research stated that cognitive impairments could affect care efficacy as well as the individual life as a whole (Likhitsathian et al., 2012; Marceau, Lunn, Berry, Kelly, & Solowij, 2016). These impairments are associated with poorer outcomes after treatment, poorer retention rate and increased substance use during treatment (Aharonovich et al.,

2006; Aharonovich, Nunes, & Hasin, 2003; Copersino et al., 2012). Cognitive dysfunctions can also have a significant impact on personal characteristics which are central during the therapeutic process: motivation to change, sense of personal efficacy, etc. (Bates, Pawlak, Tonigan, & Buckman, 2006; Blume, Schmalting, & Marlatt, 2005).

Finally, a growing number of studies highlights the relationship between time perspective and alcohol use (Beenstock, Adams, & White, 2011; Cole, Andretta, & McKay, 2016). This dimension refers to a relatively stable disposition which guides how an individual considers and acts regarding his past, present and future (Adams, 2009; Zimbardo & Boyd, 1999). According to these data, one can note that a higher severity of alcohol use is associated with a lower future orientation and a higher present orientation. Authors studying this field already suggested that time perspective appeared to be a relevant indicator when measuring substance use and could be used as an intervention strategy (Cole et al., 2016; Davies & Filippopoulos, 2015).

Aims of the current research

We carried out the current study to explore change in patients after six months of follow up in an outpatient alcohol-specialized center in France. The main objective was to better grasp the change process, covering the trajectory in care as well as the overall life trajectory of the patient. Upon discussion with caregivers from this center, several variables associated with the alcohol use in the literature were investigated: level of alcohol problems, motivation to change, approach and avoidance inclinations to use alcohol, health-related quality of life, cognitive impairments and time perspective. To our knowledge, no other study simultaneously assessed evolution regarding these dimensions during treatment course.

Methods

Setting

The present research is part of a larger project which took place in an outpatient treatment center in France. Several inclusion criteria were used: (i) adult (i.e., aged over 18), (ii) problematic alcohol use as main issue, (iii) first visit to the center, (iv) good knowledge of spoken and written French, (v) has given a written informed consent. Exclusion criteria were:

(i) problematic drug use as main issue, (ii) protected adult, (iii) massive higher cognitive functions disorder, (iv) major mental disorder. At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate. If they agreed, they were given a set of questionnaires to fill, helped if needed by a stakeholder of the center. A second measurement time was carried out after six months of treatment. The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes gave its favorable opinion on the research protocol on the November 4th 2014 (OR/BB CPP N°883/2014; Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an addiction outpatient treatment facility”). Besides this ethical approval, the study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Between November 2014 and January 2016, 299 new demands concerning a problematic substance use were received in the center. Among them, 256 demands were eligible for the Project DECA (i.e., 85.62% of total demands). Main reason for ineligibility was a demand unrelated to alcohol misuse (e.g., cannabis, gambling, tobacco or codeine misuse). Overall, 152 patients accepted to take part in the study. Other patients mainly refused to take part ($n = 29$) or were absent at the first appointment ($n = 48$). Two participants were removed at this stage due to a large number of missing answers. Six months later, 81 patients (54% of first measurement time participants) filled the questionnaires again. We removed two participants from the later analysis because of their missing answers on the questionnaires. Therefore, 69 patients were considered as dropouts and 79 patients fully attended the two measurement times, providing both sociodemographic details and filled questionnaires.

At the first measurement time (i.e., first appointment), the mean age of the 81 patients in the final sample was 45.95 years ($SD = 10.92$). Among the participants, 71.6% were men ($n = 58$) and 67.9% were employees or factory workers. At the beginning of the follow-up in the center, 61.7% of the sample stated that they used alcohol four times a week or more. The mean score at the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 2001) was 20.03 ($SD = 8.69$), well above the cut-off score of 8 indicating a problematic use of alcohol. Table 1 provides full characteristics of the sample.

Table 1

Sociodemographic characteristics of the final sample at the entry in treatment

Variables	<i>n</i>	%		
Gender				
Man	58	71.6		
Woman	23	28.4		
Education				
9 years of less	8	9.9		
11 years (secondary professional education)	25	30.9		
12 years (secondary education)	22	27.2		
14 years	13	16.0		
>14 years	13	16.0		
Professional status				
Permanent contract or equal	47	58.0		
Unemployed and other inactive	26	32.1		
Retired	8	9.9		
Socioprofessional category				
Craftsman, shopkeeper	4	4.9		
Executive, liberal profession	14	17.3		
Intermediate profession	8	9.9		
Employee	31	38.3		
Worker	24	29.6		
Main financial resources				
Salary	48	59.3		
Retirement pension	8	9.9		
Social aids, disability pensions	16	19.8		
Unemployment benefits	9	11.1		
Housing type				
Long-lasting (independent, with relatives, institutionalization)	75	92.6		
Temporary (with relatives, institutionalization, other)	6	7.4		
Housing arrangement				
Alone	31	38.3		
With parents	5	6.2		
Alone with children	7	8.6		
With spouse	17	21.0		
With spouse and children	13	16.0		
Other situations	8	9.9		
Frequency of alcohol use ^a				
Once a month or less	8	9.9		
Two to four times a month	11	13.6		
Three times a week	12	14.8		
Four times a week or more	50	61.7		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Age	45.95	10.92	23	68

Note. *N* = 81. ^a According to answers on AUDIT item 1.

Measures

We used participants' answers to (i) a clinical summary sheet gathering several socio-

demographic, substance- and treatment-related data, (ii) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor et al., 2001) (iii) a French version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, Miller & Tonigan, 1996) (iv) a French version of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ, McEvoy, Stritzke, French, Lang, & Ketterman, 2004) (v) the MOntréal Cognitive Assessment (MOCA, Nasreddine et al., 2005) (vi) the Medical Outcome Study Short Form-36 items health survey (MOS-SF-36, Leplège, Ecosse, Coste, Pouchot, & Perneger, 2001; Ware & Sherbourne, 1992), and (vii) the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI, Apostolidis & Fieulaine, 2004; Zimbardo & Boyd, 1999).

As some questionnaires did not exist in French (i.e., SOCRATES and AAAQ questionnaires), three members of the research team performed translations. Each draft was discussed as long as there was not an agreement between team members. Common versions were then revised by an external bilingual person and were back-translated in English.

Statistical analysis

We conducted statistical analyses using the SPSS Statistics software version 23. Change was assessed between the entry in treatment and after six month of follow-up. The following variables were included: level of alcohol problems (AUDIT), approach and avoidance inclinations to use alcohol (AAAQ), motivation to change (SOCRATES), health-related quality of life (MOS-SF-36), mild cognitive impairments (MOCA) and time perspective (ZTPI). Given the high number of comparisons, Tukey's range tests were preferred to paired Student *t* tests to control for the family-wise error rate (Montgomery, 2012).

Results

Overview of the follow-up process

Before providing an extensive report of our findings, we will shortly describe the follow-up received by patients. First, the three main referrals for treatment (i.e., what encourages the patient to contact and to go to the center) was respectively: the own will of the patient ($n = 25$; 30.9%), an advice from the family physician or a medical specialist ($n = 24$; 29.6%) or an order from the court ($n = 19$; 23.5%). Our sample included 51 patients for whom

it was the first experience of care (63.0%). Regarding the substance use profile, the majority of participants were users of alcohol, exclusively ($n = 64$; 79.0%). Tobacco being culturally and often factually associated with alcohol use, it did not count as an additional substance use.

Patients mostly contacted the center during fall season ($n = 33$; 40.7%), especially in September and November, and during spring season ($n = 22$; 27.2%), in March. The average period between the first contact and the first appointment was 35.60 days ($SD = 21.96$; $Min = 6$; $Max = 176$). During the six months of treatment, 534 interventions were conducted ($M = 6.59$; $SD = 2.33$; $Min = 3$; $Max = 17$). The most part took the form of individual consultations with one or several stakeholders (i.e., physicians, psychiatrist, psychologist, social worker): $M = 6.26$; $SD = 1.82$; $Min = 3$; $Max = 14$; $Sum = 507$. Other interventions consisted in family and marital consultations, recreational workshops and support or relaxation groups. Patients sometimes missed ($M = 1.02$; $SD = 1.45$; $Min = 0$; $Max = 7$; $Sum = 83$) or canceled ($M = 1.38$; $SD = 1.07$; $Min = 0$; $Max = 5$; $Sum = 112$) some of their appointments.

Full detail on these data is available in Table 2.

Table 2

Overview of the patients' follow-up

Variables	<i>n</i>	%
Source of the demand for treatment		
The patient	25	30.9
Significant others	3	3.7
Family doctor, medical specialist	24	29.6
Specialized care setting, hospital	6	7.4
Justice	19	23.5
Other	4	4.9
Obligation of treatment from the court		
Yes	19	23.5
No	62	76.5
Previous experience of care for alcohol problems		
Yes	51	63.0
No	30	37.0
Polydrug use ^a		
No	64	79.0
Yes	4	4.9
Alcohol abstinence	13	16.0
Season of initial contact		
Spring	22	27.2
Summer	14	17.3
Fall	33	40.7
Winter	12	14.8

Month of initial contact					
January	4			4.9	
February	7			8.6	
March	9			11.1	
April	6			7.4	
May	1			1.2	
June	9			11.1	
July	5			6.2	
August	4			4.9	
September	9			11.1	
October	7			8.6	
November	13			16.0	
December	7			8.6	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Sum</i>
Days between first contact and first appointment	35.60	21.96	6	176	N/A
Total appointments	6.59	2.33	3	17	534
Individual consultations	6.26	1.82	3	11	507
Other interventions ^b	0.33	1.28	0	8	27
Cancelled appointments	1.38	1.07	0	5	112
Missed appointments	1.02	1.45	0	7	83

Note. *N* = 81. ^a Beside tobacco. ^b Refers to family or marital consultations, recreational workshop and support or relaxation groups.

Evolution after six months of treatment

A first noteworthy result is the significant reduction of alcohol-related problems after six months of treatment. Patients indeed have a mean score on the AUDIT of 12.53 (*SD* = 8.18) whereas they had a score of 20.20 (*SD* = 8.69; Tukey's $q = 9.97$, $p < .001$) at their arrival in treatment. This result is followed by a significant reduction on the Inclined/Indulgent ($M = 4.01$; $SD = 2.41$ versus $M = 3.31$; $SD = 2.45$, $q = 3.68$, $p < .05$), Obsessed/Compelled ($M = 3.71$; $SD = 2.13$ versus $M = 2.62$; $SD = 2.27$; $q = 5.53$, $p < .001$) sub-dimensions of the AAAQ. On the contrary, no difference was observed on the last dimension, Resolved/Regulated. Regarding SOCRATES, both Ambivalence and Recognition dimensions presented a substantial reduction after six months of treatment. The Ambivalence score decreased from 15.25 ($SD = 3.70$) to 13.37 ($SD = 4.63$; $q = 5.93$, $p < .001$), and the Recognition from 28.77 ($SD = 5.81$) to 25.29 ($SD = 7.46$; $q = 6.26$, $p < .001$). On the contrary, the Taking Steps score did not show any significant evolution.

Changes regarding scores on these alcohol-related variables go along with significant variations of quality of life as measured by the MOS-SF-36. In brief, each sub-dimension showed a significant increase ($p < .01$ and $p < .001$), exclusive of Physical Functioning: General Health Status ($M = 67.96$; $SD = 17.17$ versus $M = 60.62$; $SD = 16.21$), Role-Physical (80.06;

30.85 versus 57.28; 39.25), Bodily Pain (71.52; 25.00 versus 63.55; 27.38), General Health (64.31; 17.22 versus 55.23; 18.13), Vitality (55.78; 17.43 versus 46.48; 19.54), Social Functioning (66.30; 23.03 versus 48.57; 23.25), Role-Emotional (73.29; 35.87 versus 50.85; 42.55) and Mental Health (60.75; 17.60 versus 49.78; 19.91). Moreover, after having computed both Mental Component Summary (MCS) and Physical Component Summary (PCS), we noted as well a significant evolution. MCS score increased from 34.56 ($SD = 11.85$) to 42.66 (10.34, $q = 7.27$, $p < .001$) when PCS score slightly improved from 49.45 (8.87) to 51.79 (6.62, $q = 3.61$; $p < .05$). However, regarding cognitive impairments, the overall MOCA score did not show any significant change.

Last, results related to time perspectives appeared to be of interest too. Among the five ZTPI sub-dimensions, only two showed a meaningful evolution during the follow-up period. Precisely, patients had a higher score on the Future dimension after six months in treatment ($M = 3.99$; $SD = 0.70$ versus $M = 3.81$; $SD = 0.82$, $q = 3.33$, $p < .05$). Their score on the Present Fatalistic dimension became, on the contrary, lower ($M = 2.11$; $SD = 0.78$ versus $M = 2.32$; $SD = 0.96$, $q = 3.25$, $p < .05$).

All results are exhaustively described in Table 3.

Table 3

Comparisons between both measurement times regarding several psychometric variables

	Measurement time								Tukey's <i>q</i>
	Entry in treatment				After six month of treatment				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	
AUDIT	20.20	8.69	0	36	12.53	8.18	0	28	***
AAAQ									
Inclined/Indulgent	4.01	2.41	0	8	3.31	2.45	0	8	*
Obsessed/Compelled	3.71	2.38	0	8	2.62	2.27	0	8	***
Resolved/Regulated	4.37	2.05	0	8	4.02	2.00	0	8	ns
SOCRATES-8A									
Ambivalence	15.25	3.70	6	20	13.37	4.63	4	20	***
Recognition	28.77	5.81	11	35	25.29	7.46	7	35	***
Taking Steps	32.71	5.97	14	40	32.63	6.71	8	40	ns
SF-36 Health Survey									
Last Year Evolution	2.91	0.95	1	5	2.16	0.84	1	4	***
General Health Status	60.62	16.21	18	95	67.96	17.17	25	100	***
Physical Functioning	88.47	15.69	35	100	90.91	13.70	30	100	ns
Role-Physical	57.28	39.25	0	100	80.06	30.85	0	100	***
Bodily Pain ^a	63.55	27.38	0	100	71.52	25.00	10	100	**
General Health	55.23	18.13	5	97	64.31	17.22	15	97	***
Vitality	46.48	19.54	5	100	55.78	17.43	15	100	***

Social Functioning	48.57	23.25	0	100	66.30	23.03	25	100	***
Role-Emotional ^a	50.85	42.55	0	100	73.29	35.87	0	100	***
Mental Health	49.78	19.91	0	100	60.75	17.60	15	100	***
Mental Component Summary ^b	34.56	11.85	6.17	62.16	42.66	10.34	18.28	62.16	***
Physical Component Summary ^b	49.45	8.87	28.46	67.60	51.79	6.62	31.98	66.89	*
ZTPI									
Past Negative	3.40	0.71	1.33	5.00	3.39	0.97	1.00	5.00	ns
Present Hedonistic	3.26	0.88	1.00	5.00	3.13	0.71	1.33	5.00	ns
Future	3.81	0.82	1.00	5.00	3.99	0.70	2.00	5.00	*
Past Positive	3.26	0.75	1.00	5.00	3.24	0.88	1.33	5.00	ns
Present Fatalistic	2.32	0.96	1.00	5.00	2.11	0.78	1.00	4.00	*
MOCA	26.57	2.89	14	30	26.32	3.06	16	30	ns

Note. $N = 79$. ^a $n = 78$. ^b $n = 77$. Group comparisons with Tukey's range tests.

*** $p < .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$. ns for $p > .05$.

Discussion

Results interpretation

The current study aspired to explore changes in patients followed up in an outpatient addiction treatment center. First, we have to state that among our sample, patients' attendance rate was rather homogeneous. On average, each patient received at least one appointment a month, mainly in the form of individual consultations. Each patient also canceled and/or missed one appointment during the follow-up period.

The first major findings are related to the severity of alcohol problems. We can note a significant decline as illustrated by the AUDIT global score evolution. Overall, this result could highlight a better situation regarding alcohol use: less negative consequences or adverse effects, a more controlled consumption, a lesser prominence of alcohol in the patient's daily life, etc. Nonetheless, one could object that even if the apparent severity of alcohol problems decreased, alcohol can still represent an actual, but different, issue for the patient. Therefore, professional support has to evolve to take into account these emerging challenges.

This overall change regarding alcohol use is even stronger when other associated variables are investigated. For instance, two of the three AAAQ subscales showed a noticeable evolution of their scores. The Obsessed/Compelled dimension, linked to craving as an intense desire to drink alcohol, revealed a significant reduction over time. This trend is also observed on the Inclined/Indulgent dimension. This later dimension refers to a subtler, context-related, envy to use the substance (McEvoy et al., 2004). Decrease of such urges during treatment is

consistent with what is found in the literature (Fatseas et al., 2015). This is a key finding given that massive urges to drink can dramatically reduce the patient's motivation to change (Hallgren, McCrady, & Epstein, 2016). Preparing the patient to be better involved in the change process therefore require an extensive management of these urges. On the other hand, no significant result is found on the last sub-dimension, Resolved/Regulated, related to the avoidance attitude of substance use. Nonetheless, one has to notice that the score on this dimension is rather high at the beginning of treatment, highlighting an initial tendency for the patient and his environment to do something regarding alcohol problems and drinking habits. Globally, our results suggest that this level of avoidance determination remains stable throughout the follow-up.

Furthermore, the same observation can be made about the Taking Steps sub-dimension of the SOCRATES. As such, the patient appears fundamentally engaged toward change since his entry in treatment and at six months of follow-up. This specific sub-dimension is frequently associated with the subjective aspect of the motivation of change phenomenon, and describes attitudes and behaviors aiming at the reduction or the control of alcohol use (Bertholet, Cheng, et al., 2009; Demmel et al., 2004). Previous research put forward the explanatory role of this variable in the prediction of positive treatment outcomes (Bertholet, Cheng, et al., 2009). On the contrary, significant changes during the follow-up were only visible on the Recognition and Ambivalence sub-dimensions. One may assume that patients went beyond an initial uncertainty, inertia, and contemplation toward their problematic use. They somewhat incorporated their need to change during the course of treatment. However, the observed decrease on the Recognition sub-dimension is unsettling given that this variable is usually associated with a noticeable awareness of the problematic substance use (Collins et al., 2012). We suggest that, as the objective severity of the trouble is lowered, adverse effects of alcohol misuse become less frequent and less predominant in the patient's daily life. Therefore, the patient may not necessary recognize his residual use as problematic any more.

In addition, we noted clear improvements regarding mental and physical health-related quality of life. In brief, every sub-dimension of the SF-36 questionnaire, exclusive of one, Physical Functioning, showed a significant enhancement after six months in treatment. These data are overall consistent with what is found in the literature (Lahmek, 2009). However, there is a persistent lack regarding mechanisms underlying quality of life changes

during care (Bertholet, 2006; Kraemer et al., 2002). Furthermore, it has to be noted that the initial score of the Physical Functioning dimension was rather high at the entry in care too. This score could indicate a satisfactory initial level of physical functioning, which may not evolve further during the treatment. Even if we cannot assume that the general improvement of the patient's quality of life is strictly related to the sole alcohol-related treatment, it echoes a perhaps more global evolution of the individual. For instance, in the case where a patient presents some specific physical health issues, related or not to the substance use, the specialized follow-up can be staged and/or encouraged by stakeholders of the outpatient addiction treatment center.

No significant results were found regarding cognitive impairments, whereas it was the case elsewhere (Likhitsathian et al., 2012). However, we need to nuance this finding. First, the average MOCA scores on both measurement times remained close to the cut-off score of 26 distinguishing patients presenting mild cognitive impairments. Then, our sample may include only a few individuals with severe deficits, associated or not with an extensive substance use, accidents or other events. Without specific interventions, it was unlikely to observe significant improvements on this field. Therefore, in this sample, the reduction of the severity of alcohol use alone does not necessarily lead to a restoration or enhancement of cognitive functions.

The last part of our results concerns time perspectives experienced by patients. Among the five dimensions assessed via the ZTPI, only two presented a noticeable change: Future and Present Fatalistic sub-dimensions. These data could especially be of interest in addiction treatment settings. The Present Fatalistic dimension refers to the belief of a future all mapped out, unavoidable. Patients showing a high score on this scale could express a significant lack of hope for their future. On the contrary, the Future dimension reflects upcoming projects, objectives to reach, that anyone can pursue regarding the future (Zimbardo & Boyd, 1999). The way individuals stand in relation with their past, present and future can represent a significant variable to work on during care, as well as a useful indicator of overall change. In this context, during the first six months of treatment, patients have become less centered on a potentially gloomy present and less resigned regarding their future. As such, they are turning less passive towards life events they face and more opened towards their future. The alcohol misuse management may appear here simultaneously as a cause and as a consequence of these perspectives changes. Indeed, as the alcohol use became less problematic, the patient

may gain more “space and time” to plan and project on other objects, activities, persons. By extension, the patient is less past- and present-centered and will seek to build a more fulfilling future. On the contrary, the overall change process in itself may involve a wider time perspective change.

Limitations

This study has limits. First, it would have been of interest to include additional measurement times (e.g., after one year, 18 months, two years, etc.) to assess further changes in patients. Second, having more intermediary measurement times, for instance each month, could provide a more precise picture of these changes. Nonetheless, the current size of the sample, as well as the institutional framework did not allow the elaboration of such an elaborated research protocol. Third, the active file of patients received in the center was far more important than the 81 patients finally included in the sample. Numerous patients, filling the same inclusion criteria, dropped out of care during the follow-up period. Other did not even integrate the research (i.e., they refused or were excluded). Therefore, it raises question concerning the results’ generalization. Last, some of the questionnaires used are not currently validated in French.

Conclusion

To conclude, significant changes were observed in patients with alcohol problematic use within the first six months of follow-up in an outpatient addiction treatment. We noted an overall positive change regarding alcohol use and several other related variables. Globally, the patient learns to “rebuild” his life without alcohol, or at least, with a better control over it. More than a simple mental and physical rehabilitation, the specialized follow-up allows the patient to redesign his own perspectives on his future, to think of fulfilling projects to come.

However, we may lack of the subjective view from the patient on his experience of change during and even before the beginning of formal treatment. Does the patient really think, feel, he has changed during this period? How has he changed over time? These are elements probably discussed directly with the health professionals. Similarly, we cannot exclude a moderating effect of the number of interventions received by the patient, as well as their nature (i.e., individual consultations, with a physician, a psychologist, etc.). It would be

relevant to assess how a set of pre-treatment variables could mutually exert an influence over these changes at six months.

Last, even if our research protocol was using two measurement times, the overall individual trajectory of change is necessarily wider. The care process may begin long before the initial contact with the professional health center and may take several forms. The first awareness stage is fundamental, but complex, and can be supported by the patient's environment. Moreover, previous informal change attempts could have happened before, more or less successful. Last, although the current protocol ends after six months in treatment, both the professional follow-up and the global change process will not cease at this precise moment.

Funding

No funding was received for this study.

Conflict of Interest

Vincent Wagner, Didier Acier and Jean-Eric Dietlin declare that they have no conflict of interest.

Ethical approval

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of an institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in this study.

Authors contribution

Vincent Wagner conducted literature searches, statistical analysis and wrote the first draft of the manuscript. Didier Acier wrote the main research protocol and got its approval by the ethical research committee. Jean-Eric Dietlin co-designed the research protocol and coordinated the study in Beauséjour Addiction Care Support and Prevention Center. All

authors contributed to and have approved the final manuscript.

Acknowledgements

We would like to thank the staff of the Beauséjour Addiction Care Support and Prevention Center for their time, information and assistance during this research and its parent study (Project DECA). We would like to thank as well outpatients who agreed to participate.

References

- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*(5), 529-534. <https://doi.org/10.1037/a0015198>
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(3), 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003>
- Aharonovich, E., Nunes, E., & Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(2), 207-211.
- Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment. *American Journal on Addictions, 18*(1), 81-86. <https://doi.org/10.1080/10550490802545174>
- Alcohol and Public Policy Group. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity - a summary of the second edition*. *Addiction, 105*(5), 769-779. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (420)*, 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 54*(3), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Éd.). (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems* (1st Ed). New York: The Guilford Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. (2nd edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bates, M. E., Pawlak, A. P., Tonigan, J. S., & Buckman, J. F. (2006). Cognitive impairment influences drinking

- outcome by altering therapeutic mechanisms of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 241-253. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.241>
- Beenstock, J., Adams, J., & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: Cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 21(4), 438-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp225>
- Bertholet, N. (2006). A possible way to motivate ambivalent patients to undergo detoxification. *Alcohol and Alcoholism*, 41(2), 205-205. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh239>
- Bertholet, N., Cheng, D. M., Palfai, T. P., Samet, J. H., & Saitz, R. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviors*, 34(8), 636-640. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.034>
- Blow, F. C., Walton, M. A., Barry, K. L., Coyne, J. C., Mudd, S. A., & Copeland, L. A. (2000). The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 769-774.
- Blume, A. W., Schmalings, K. B., & Marlatt, G. A. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 30(2), 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.019>
- Britton, A., Nolte, E., White, I. R., Grønbaek, M., Powles, J., Cavallo, F., & McPherson, K. (2002). A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *European Journal of Epidemiology*, 18(7), 643-652. <https://doi.org/10.1023/A:1024834608689>
- Browne, K. C., Wray, T. B., Stappenbeck, C. A., Krenek, M., & Simpson, T. L. (2016). Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.005>
- Cole, J. C., Andretta, J. R., & McKay, M. T. (2016). The relationship between temporal profiles and alcohol-related problems in University undergraduates: Results from the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 55, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.001>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Connolly, J. M., Kavanagh, D. J., Baker, A. L., Kay-Lambkin, F. J., Lewin, T. J., Davis, P. J., & Quek, L.-H. (2013). Craving as a predictor of treatment outcomes in heavy drinkers with comorbid depressed mood. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1585-1592. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.003>
- Copersino, M. L., Schretlen, D. J., Fitzmaurice, G. M., Lukas, S. E., Faberman, J., Sokoloff, J., & Weiss, R. D. (2012). Effects of Cognitive Impairment on Substance Abuse Treatment Attendance: Predictive Validation of a Brief Cognitive Screening Measure. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3), 246-250. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.670866>
- Corrao, G. (2002). Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy: A balance in 1983 and 1996. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.3.214>
- Daepfen, J.-B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., & Bertholet, N. (2014). Quality of Life Depends on

- the Drinking Pattern in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol and Alcoholism*, 49(4), 457-465. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu027>
- Daepfen, J.-B., Krieg, M. A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 685-694.
- Davies, S., & Filippopoulos, P. (2015). Changes in Psychological Time Perspective During Residential Addiction Treatment: A Mixed-Methods Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(3), 249-270. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2015.1066728>
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133-138. <https://doi.org/10.1159/000077702>
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (s15), 119-139. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.119>
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction*, 110(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Frischknecht, U., Sabo, T., & Mann, K. (2013). Improved Drinking Behaviour Improves Quality of Life: A Follow-Up in Alcohol-Dependent Subjects 7 Years After Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 579-584. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt038>
- Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Alcohol-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, ckt015. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
- Hallgren, K. A., McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2016). Trajectories of drinking urges and the initiation of abstinence during cognitive-behavioral alcohol treatment. *Addiction*, 111(5), 854-865. <https://doi.org/10.1111/add.13291>
- Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J., Wiegand, F., Mao, L., Beyers, K., ... Topiramate for Alcohol Study Group. (2008). Improvement of Physical Health and Quality of Life of Alcohol-Dependent Individuals With Topiramate Treatment-US Multisite Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 168(11), 1188. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.11.1188>
- Kavanagh, D. J., Statham, D. J., Feeney, G. F. X., Young, R. M., May, J., Andrade, J., & Connor, J. P. (2013). Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1572-1584. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.004>
- Kraemer, K. L., Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Gordon, A. J., & Kelley, M. E. (2002). Decreased Alcohol Consumption in Outpatient Drinkers Is Associated with Improved Quality of Life and Fewer Alcohol-related Consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 382-386. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10613.x>
- Kvamme, B. O., Asplund, K., & Bjerke, T. N. (2015). Drinking resumption: problematic alcohol use relapse after rehabilitation. A phenomenological hermeneutical perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 716-723. <https://doi.org/10.1111/scs.12202>

- Lahmek, P. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 160. <https://doi.org/10.7150/ijms.6.160>
- Leplège, A., Ecosse, E., Coste, J., Pouchot, J., & Perneger, T. (2001). Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Editions Estem.
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2013). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1227-1239. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.837104>
- Likhitsathian, S., Saengcharnchai, P., Uttawichai, K., Yingwiwattanapong, J., Wittayanookulluk, A., & Srisurapanont, M. (2012). Cognitive changes in topiramate-treated patients with alcoholism: A 12-week prospective study in patients recently detoxified: Cognition, topiramate and alcohol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 235-241. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02326.x>
- Luquiens, A., Reynaud, M., Falissard, B., & Aubin, H. J. (2012). Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.012>
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- Marceau, E. M., Lunn, J., Berry, J., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2016). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Sensitive to Head Injury and Cognitive Impairment in a Residential Alcohol and Other Drug Therapeutic Community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 66, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.002>
- McEvoy, P. M., Stritzke, W. G. K., French, D. J., Lang, A. R., & Ketterman, R. (2004). Comparison of three models of alcohol craving in young adults: A cross-validation. *Addiction*, 99(4), 482-497. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00714.x>
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Montgomery, D. C. (2012). *Design and Analysis of Experiments* (8 edition). Hoboken, NJ: Wiley.
- Moore, T. M., Seavey, A., Ritter, K., McNulty, J. K., Gordon, K. C., & Stuart, G. L. (2014). Ecological momentary assessment of the effects of craving and affect on risk for relapse during substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 619-624. <https://doi.org/10.1037/a0034127>
- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

- Picci, R. L., Oliva, F., Zuffranieri, M., Vizzuso, P., Ostacoli, L., Sodano, A. J., & Furlan, P. M. (2014). Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Quality of Life Research*, 23(10), 2757-2767. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0735-3>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rehm, J., Taylor, B., Roerecke, M., & Patra, J. (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International Journal of Public Health*, 52(6), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-7010-0>
- Rice, S. L., Hagler, K. J., & Tonigan, J. S. (2014). Longitudinal Trajectories of Readiness to Change: Alcohol Use and Help-Seeking Behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 486-495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.486>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Connors, G. J., & Agrawal, S. (2003). Assessing Drinking Outcomes in Alcohol Treatment Efficacy Studies: Selecting a Yardstick of Success: Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 27(10), 1661-1666. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000091227.26627.75>
- Srivastava, S., & Bhatia, M. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), 41. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.123617>
- Sugarman, D. E., Kaufman, J. S., Trucco, E. M., Brown, J. C., & Greenfield, S. F. (2014). Predictors of drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment: Predictors of Drinking and Functional Outcomes. *The American Journal on Addictions*, 23(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12098.x>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Witkiewitz, K. (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 426-438. <https://doi.org/10.1037/a0022889>
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365-373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>

4.6. Article 3 : Bidirectional associations between future time perspective and alcohol use among outpatients

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Eric Dietlin

Statut de l'article : Soumis à la revue *Addiction Research & Theory*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception du volet de recherche décrit dans cet article, de la revue de littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats obtenus. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Introduction : Obtenir une meilleure connaissance des facteurs influençant les résultats d'un traitement est particulièrement significatif pour les cliniciens. De précédentes recherches ont mis en lumière un lien entre la perspective temporelle future et l'usage d'alcool. Toutefois, il reste beaucoup à faire pour mieux comprendre cette relation. Par conséquent, l'objectif de cette recherche a été d'explorer les associations bidirectionnelles entre la perspective temporelle future et la sévérité des problèmes relatifs à la consommation d'alcool au sein d'un contexte clinique.

Méthode : L'échantillon de cette étude inclut 150 patients suivis au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie. Deux temps de mesure ont été planifiés : le premier à l'entrée en soin et le second après six mois de suivi. Des analyses de régressions linéaires multiples hiérarchiques ont été réalisées, avec le contrôle de plusieurs variables confondantes.

Résultats : Le résultat le plus significatif suggère que la mesure à l'entrée en soin de la perspective temporelle future est capable de prédire le niveau de sévérité des problèmes relatifs à l'alcool après six mois de suivi, même lorsque l'effet initial de cette dernière et de la

situation professionnelle était contrôlé.

Conclusion : Cette étude souligne que la façon dont les individus voient et se positionnent vis-à-vis de leur futur est en mesure d'influencer l'évolution de leur problématique relative à l'alcool, en parallèle du soin. Nos résultats insistent sur la nécessité d'identifier les patients présentant une faible perspective temporelle future afin de leur proposer des interventions spécifiques destinées à agir sur cette dimension comme potentielle source de changement.

Mots-clés : patients en soins ambulatoires, trouble de l'usage d'alcool, perspective temporelle future, résultats du traitement, changement

Bidirectional associations between future time perspective and alcohol use among outpatients

Abstract

Introduction: Gaining a better grasp on factors related to alcohol treatment outcomes is of particular interest for clinicians. Past research highlighted a link between future time perspective and alcohol use. However, much remains at stake in the clear understanding of this association. Therefore, the objective of this research was to explore bidirectional relationships between future time perspective and the severity of alcohol-related problems in a clinical setting.

Methods: The study sample includes 150 patients followed up in an outpatient alcohol-specialized treatment center. Two measurements times were planned: at the entry in care and six months later. Multiple hierarchical linear regression analyses were carried out, where several confounding variables were controlled.

Results: The most significant result is that baseline future time perspective predicts the level of alcohol-related problems after six months in treatment, even when effects of baseline alcohol-related problems and professional situation are controlled.

Conclusion: This study highlights that the way patients see and position themselves regarding their future is able to impact the level of alcohol-related problems alongside the care process. Our results insist on the need for clinicians to identify patients with low future time perspective to offer tailored interventions and to use this dimension as a useful resource of change.

Keywords: outpatient, alcohol use disorder, future time perspective, treatment outcomes, change

Introduction

Alcohol use disorders in France

Alcohol use disorders represent a critical challenge regarding physical and mental health (Browne et al., 2016; Hoertel, Crochard, Rouillon, & Limosin, 2014; Kvamme et al., 2015). These disorders are now long associated in the literature with a set of negative consequences on personal, professional or social fields (Hoertel et al., 2014; Levola, Kaskela, et al., 2013; Midanik & Greenfield, 2000). The prevalence is particularly concerning in Europe. A recent study noted that 23 million people were affected by such disorders in the European Union (Rehm et al., 2015). Alcohol use is also a significant issue in France (Hoertel et al., 2014). Recent data indeed highlighted that 8% of the population (i.e., almost five million people) could face adverse effects related to their alcohol consumption. More precisely, two million people could be dependant to alcohol (INSERM, 2003; Le Berre et al., 2013).

Despite the pervasive nature of the disorder, the rate of treatment in alcohol-specialized treatment centers in all Europe remains relatively low (Alonso et al., 2004; Drummond et al., 2011; Probst et al., 2015). In France, a study showed that even if 60% of participants (i.e., alcohol-dependant) tried to reduce their substance use during the last year, only 36.8% to 57.5% of them used a professional help (Hoertel et al., 2014). Some researchers suggest that these low rates can be partially explained by the fact that treatment is sought only when negative consequences associated with the consumption or comorbidities exceed a critical threshold (Rehm et al., 2015). Other authors highlight a clear lack of attention regarding these disorders (Hoertel et al., 2014). Nonetheless, even patients receiving a specialized treatment are likely to experience one or several relapse episodes (Nordfjærn, 2011). Thus, in France, data showed that up to 83% of patients were prone to relapse during a 18-month period after the end of treatment (Malet et al., 2009).

Factors explaining alcohol treatment outcomes

Numerous variables are likely to impact the emergence, retention and relapse of alcohol use disorders. *A fortiori*, understanding the factors related to addiction treatment outcomes is of particular interest for clinicians (Sugarman et al., 2014). For instance, it may help providing tailored interventions to the more vulnerable patients, thereby reducing the

relapse likelihood (Adamson et al., 2009). These later authors estimated that more than 30 different personal-, environmental-, consumption- or treatment-related variables could predict alcohol treatment outcomes.

Sociodemographic data such as gender or education are often studied but results are mixed (Adamson et al., 2009; Bottlender & Soyka, 2005; McAweeney, Zucker, Fitzgerald, Puttler, & Wong, 2005; Sugarman et al., 2014). On the contrary, consumption-related variables, like patterns of use and severity of problems are found to be significant predictors of short- and long-term treatment outcomes (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; Witkiewitz, 2011). Craving is also another key dimension frequently examined. If many studies stated that craving is able to negatively influence treatment outcomes (Fatseas et al., 2015; Morgenstern et al., 2016; Witkiewitz, 2011), some authors suggest that its role remain under discussion (Ahmadi et al., 2009; Zhou et al., 2009). Last, motivation to change is also an interesting dimension related to trajectory in care and treatment outcomes for problematic drinkers (Adamson et al., 2009; Collins, Malone, & Larimer, 2012; Rice, Hagler, & Tonigan, 2014; DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

Time perspective

The relationship between time perspective and substance use is getting a growing attention in the literature. This dimension refers to the relatively stable way which guides how an individual considers and acts regarding his past, present and future (Adams, 2009; Zimbardo & Boyd, 1999). Time perspective is built through cognitive development and faced life events (Davies & Filippopoulos, 2015). By extension, this particular disposition impacts the person's goals and actions (Henson, Carey, Carey, & Maisto, 2006). Overall, the literature has already suggested the existence of a significant link between time perspective and a variety of risky behaviors (Chavarria, Allan, Moltisanti, & Taylor, 2015; Henson et al., 2006; Keough, Zimbardo, & Boyd, 1999; Linden, Lau-Barraco, & Hollis, 2014). Moreover, authors studying this field indicated that time perspective was a useful indicator when measuring substance use (Cole et al., 2016; Davies & Filippopoulos, 2015).

Some studies were more precisely focused on the relationship between time perspective and alcohol use (Beenstock et al., 2011; Cole et al., 2016). According to these data, one can note that a higher severity of alcohol use is generally associated with a lower future

orientation and a higher present orientation (Beenstock et al., 2011; Keough et al., 1999; McKay, Andretta, Magee, & Worrell, 2014). This future orientation implies goal planning, as well as conscientiousness and consideration of future consequences of current actions. Individuals with future-related perspective would be more likely to engage themselves in healthy behaviors (Beenstock et al., 2011). Finally, some authors highlighted the protective nature of the future time perspective (FTP) for people with substance use disorders (Adams, 2009; Barnett et al., 2013; Hall, Fong, & Meng, 2014; Sansone et al., 2013). However, little is known about if, and how, each dimension is able to influence the other. Within this framework, Barnett et al. (2013) studied the bidirectional associations between the future time perspective and several substance uses. They showed that this perspective was able to predict tobacco, marijuana and hard drug use, but not alcohol use, at 1-year follow-up.

Future time perspective and changes during addiction-specialized care

However, previous research pointed that temporal experiences of people with addictive disorders were particularly chaotic, disorganized. They may be torn between the urgency of the present moment and the omnipresence of the past, through guilt and shame feelings. In such situation, patients are unable to adequately focus and project themselves into the future (Davies & Filippopoulos, 2015; Erdos, Gabor, & Brettner, 2009). Moreover, the treatment and especially its characteristics (e.g., setting, frequency and content of interventions, etc.) will act on these temporal perspectives. Davies and Filippopoulos (2015) highlighted the time-related content of many psychotherapies: review of the past, improved awareness of the present and objectives related to future goal-planning. Furthermore, they stated that treatment helps the individual to gain a more positive view of his past, a better experience of his present and a facilitated and fulfilling orientation toward his future.

However, as suggested by Barnett et al. (2013), much remains at stake in the understanding of the simultaneous relationship between FTP and substance misuse. Initially, their study sought to fill the gap of cross-sectional studies. As a consequence, they carried out a longitudinal research to assess bidirectional relationships between FTP and several substance use. As presented above, they highlighted some significant results but none was related to alcohol. We can note that their sample was only constituted by high school students. As these authors rightly discussed their research results and limitations, one can

assume that alcohol use patterns may be quite different in another sample of, for instance, older participants. Moreover, the single temporal experiences of people presenting a certain severity of alcohol-related problems can genuinely differ.

Current goals

Therefore, the current study was carried out in an attempt to extend Barnett et al. (2013)'s previous work. The overall objective of this research is to gain a more precise understanding of the relationship between FTP and the severity of alcohol use disorder, in a clinical setting. To our knowledge, no other study measured this association in patients receiving a treatment for a problematic alcohol consumption. Such knowledge would be valuable for health professionals in addiction-specialized treatment centers who seek to offer tailored interventions to patients.

In continuity with previous research and the current state of the literature, we assume the following hypotheses:

- (i) The baseline FTP will predict the baseline severity of alcohol use.
- (ii) The baseline severity of alcohol use will predict the baseline FTP.
- (iii) The follow-up FTP will predict the follow-up severity of alcohol use.
- (iv) The follow-up severity of alcohol use will predict the follow-up FTP.
- (v) The baseline FTP will predict the follow-up severity of alcohol use.
- (vi) The baseline severity of alcohol use will predict the follow-up FTP.

Methods

Setting

The present study is part of a larger project which took place in an Addiction Care, Support and Prevention Center, an outpatient addiction-specialized treatment center, in France. Inclusion criteria of participants were the following: (i) adult (i.e., aged over 18), (ii) problematic alcohol use as main issue and motive for treatment, (iii) first visit to the center,

(iv) good knowledge of spoken and written French, (v) has given a written informed consent. Exclusion criteria were: (i) problematic drug use as main issue, (ii) protected adult, (iii) higher cognitive functions disorder, (iv) major mental disorder. At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate. If they agreed they were given questionnaires to fill, helped if needed by a stakeholder of the center. A second measurement time was carried out after six months of treatment. The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes gave its favorable opinion on the overall research protocol on the November 4th 2014 (OR/BB CPP N°883/2014; Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an addiction outpatient treatment facility”). This study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Between November 2014 and January 2016, 299 new demands concerning a problematic substance use were received in the center. Among them, 256 demands were eligible for the Project DECA (i.e., 85.62% of total demands). Main reason for ineligibility was a demand unrelated to alcohol misuse (e.g., cannabis, gambling, tobacco or codeine misuse). Overall, 152 patients accepted to take part in the study. Two participants were removed at this stage due to a large number of missing answers. Six months later, 81 patients (54% of first measurement time participants) filled the questionnaires again. Two participants were removed from the later analysis because of their missing answers. Therefore, 79 patients fully attended both measurement times.

At the first measurement time, the mean age of the sample ($N = 150$) was 45.01 ($SD = 11.21$). Among the participants, 74% were men ($n = 111$) and 66.7% were employees or factory workers. At their entry in treatment, 66.7% of them stated they had been using alcohol four times a week or more. The mean score at the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 2001) was 21.47 ($SD = 8.08$), well above the cut-off score of 8 indicating a problematic use of alcohol. Table 1 provides a more extensive description of the sample.

Table 1

Sociodemographic Characteristics of the Sample

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Age	45.01	11.21	19	75
Variables			<i>n</i>	%
Gender				
Male			111	74.0
Female			39	26.0
Socio-professional category				
Craftsman, shopkeeper			12	8.0
Executive, liberal profession			28	18.7
Intermediate profession			10	6.7
Employee			54	36.0
Worker			46	30.7
Professional status				
Employed (permanent contract or others)			85	56.7
Unemployed and other inactive			51	34.0
Retired			14	9.3
Education				
9 years or less			21	14.0
11 years (secondary professional education)			52	34.7
12 years (secondary education)			35	23.3
14 years			23	15.3
>14 years			19	12.7
Source of the demand for treatment				
The patient			49	32.7
Significant others			10	6.7
Family doctor, medical specialist			45	30.0
Specialized care setting, hospital			13	8.7
Justice			26	17.3
Other			7	4.7
First demand for professional alcohol care				
Yes			97	64.7
No			53	35.3
Level of alcohol-related problems ^a				
Low level or abstinence			9	6.0
Medium level			23	15.3
High level			118	78.7
Alcohol use frequency during the last year ^a				
Once a month at least			10	10.7
Twice or four times a month			16	10.7
Three times a week			24	16.0
Four times a week or more			100	66.7

Note. *N* = 150

^a Answers from the baseline AUDIT (Babor et al., 2001).

Measures

We used participants' answers to (i) a clinical summary sheet to assess several socio-

demographic (age, gender, education, professional status, socioprofessional categories), substance- and treatment-related variables (polyuse, follow-up length, missed and cancelled appointments, treatment referral, previous experiences of treatment, number of interventions during follow-up), (ii) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor et al., 2001), and (vii) the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI, Apostolidis & Fieulaine, 2004; Zimbardo & Boyd, 1999). Regarding this later questionnaire, we especially retained the Future subdimension.

Statistical analysis

In relation with our hypotheses, statistical analyses were planned to measure bidirectional associations between baseline or follow-up FTP (Future subdimension of the ZTPI) and baseline or follow-up severity of alcohol-related problems (AUDIT total score). Linear regressions were conducted using the statistical software SPSS 23. However, before running the core analysis, we examined univariate relationships between all socio-demographic, substance-, treatment-related variables, Future ZTPI's subscore and AUDIT total score using Pearson correlations, Student *t* or ANOVA tests as appropriate, to identify potential confounding factors. If any significant results appear, the variable at stake will be controlled in the main analysis.

Results

Descriptive and univariate analysis

At their entry in treatment, patients show an average score on AUDIT of 21.47 ($SD = 8.08$) and on the Future subdimension of the ZTPI of 3.82 ($SD = 0.79$). After six months in treatment, these scores are, respectively, of 12.53 ($SD = 8.18$) and of 3.99 ($SD = 0.70$). Both evolutions are statistically significant ($p < .001$ and $p < .05$). Moreover, the baseline AUDIT score is positively correlated with the follow-up AUDIT score ($r = .34, p < .001$), but negatively with the baseline ZTPI's Future subdimension. Baseline and follow-up Future subdimension scores are strongly associated ($r = .60, p < .001$). Furthermore, the baseline level of Future dimension is negatively correlated with the follow-up AUDIT score ($r = -.26, p < .05$). Last, both follow-up AUDIT and FTP were associated: $r = -.43, p < .001$. We checked if the strength of the association between AUDIT and FTP scores significantly changed during the treatment,

between the two measurement times. However, no statistically significant difference was found ($p = .06$).

Relationships of other variables with AUDIT and/or Future scores were investigated to detect significant links. First, baseline AUDIT score was associated with the treatment referral source [$F(5,144) = 5.59, p < .001$], especially regarding order from the judicial court. The follow-up AUDIT measure was related to professional status [$F(2,76) = 3.84, p = .03$] and polydrug use [$F(2,76) = 4.94, p = .01$]. Last, education was associated with baseline FTP score [$F(4,145) = 3.33, p = .01$]. These four variables were controlled in the following regression models. To ease the upcoming results interpretation, categorical variables involving more than two levels were dummy-coded (Field, 2013).

Hierarchical multiple linear regression modeling

Six different hierarchical multiple linear regression models were designed regarding our six hypotheses. Model 1 assumes that baseline FTP predicts baseline AUDIT, while controlling for treatment referrals. Model 2 includes the opposite relationship while controlling education. Models 3 and 4 are similar to the two previous models but use follow-up FTP and AUDIT, while adequately controlling for professional status, baseline AUDIT and baseline FTP. Model 5 includes baseline FTP as predictor of follow-up AUDIT score. Here, baseline AUDIT and professional status are controlled. Model 6 assumes the opposite relationship where baseline AUDIT predicts follow-up FTP, with baseline FTP controlled. Table 2 summarizes these models.

Table 2

Hierarchical multiple linear regression models summary

<i>Model</i>	<i>Main predictor</i>	<i>Control for</i>	<i>Outcome</i>	<i>Step 1- Predictor</i>	<i>Step 2 – Predictors</i>
1	Baseline FTP	Source of the demand	Baseline AUDIT	Baseline FTP	Baseline FTP Source of the demand
2	Baseline AUDIT	Education	Baseline FTP	Baseline AUDIT	Baseline AUDIT Education
3	Follow-up FTP	Baseline AUDIT Professional status	Follow-up AUDIT	Follow-up FTP	Follow-up FTP Baseline AUDIT Professional status

4	Follow-up AUDIT	Baseline FTP	Follow-up FTP	Follow-up AUDIT	Follow-up AUDIT Baseline FTP
5	Baseline FTP	Baseline AUDIT Professional status	Follow-up AUDIT	Baseline FTP	Baseline FTP Baseline AUDIT Professional status
6	Baseline AUDIT	Baseline FTP	Follow-up FTP	Baseline AUDIT	Baseline AUDIT Baseline FTP Baseline FTP

Note. $N = 150$. FTP stands for Future Time Perspective, as measured with the ZTPI.

Regression results

In Model 1, baseline FTP is significantly and negatively associated with baseline AUDIT ($\beta = -.20, p < .01, R^2 = .03$), even when treatment referral is controlled ($\beta = -.17, p < .05, R^2 = .16$). The same is observed for Model 2 assuming the opposite relationship (i.e., baseline AUDIT predicting baseline FTP), with and without controlling for education: $\beta = -.20, p < .01, R^2 = .04$ versus $\beta = -.19, p < .05, R^2 = .12$. Similar results are found regarding Models 3 and 4. Especially, follow-up FTP is negatively related to follow-up AUDIT ($\beta = -.43, p < .001, R^2 = .19$). Moreover, when baseline AUDIT and professional situation are controlled, the relationship remains significant ($\beta = -.37, p < .001, R^2 = .33$). In a similar manner, the opposite association is also statistically significant when baseline FTP is under control ($\beta = -.29, p < .001, R^2 = .45$) or not ($\beta = -.43, p < .001, R^2 = .19$). Overall, these four models highlight cross-sectional and reciprocal negative relationships between FTP and AUDIT scores at both measurement times.

The last two models refer to a longitudinal perspective. The hypothesis underlying Model 5 suggests that baseline FTP is able to predict the level of severity of the alcohol use disorder after six months of treatment. Indeed, a negative relationship appears significant when baseline FTP is the only predictor in the regression model ($\beta = -.26, p < .05, R^2 = .07$). Moreover, the association still exists when baseline AUDIT score and professional situation are controlled ($\beta = -.21, p < .05, R^2 = .24$). On the contrary, no significant relationship is found regarding Model 6 which stated that baseline AUDIT could predict follow-up FTP ($\beta = -.10, p > .05, R^2 = .01$). Tables 3 and 4 provide a more detailed picture of results related to these latest models.

Table 3

Hierarchical multiple linear regression results (Model 5)

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1			
Constant	22.84	4.42	
Baseline FTP	-2.70	1.13	-.26*
Step 2			
Constant	12.86	5.13	
Baseline FTP	-2.13	1.07	-.21*
Baseline AUDIT	0.29	.10	.28**
Professional status - Retired ^a	-3.77	3.06	-.13
Professional status – Employed ^a	3.50	1.80	.21

Note. $R^2 = .07$ for Step 1, $\Delta R^2 = .17$ for Step 2 ($p < .01$). $N = 79$. Outcome for Model 5: Follow-up AUDIT total score.

^a Dummy-coded variables: Retired versus Employed versus Unemployed

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

Table 4

Hierarchical multiple linear regression results (Model 6)

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1			
Constant	4.18	0.23	
Baseline AUDIT	-0.01	0.01	-.10
Step 2			
Constant	1.89	0.39	
Baseline AUDIT	0.01	0.01	.02
Baseline FTP	0.54	0.08	.61***

Note. $R^2 = .01$ for Step 1, $\Delta R^2 = .35$ for Step 2 ($p < .001$). $N = 79$. Outcome for Model 6: Follow-up FTP.

*** $p < .001$

Discussion

Results interpretation

The current study intended to explore more precisely the relationship existing between future time perspective and the severity of alcohol-related problems in patients followed up in an outpatient alcohol-specialized treatment center. Following Barnett et al.'s work (2013), six different hypotheses were designed. The main assumptions were to consider the existence of bidirectional associations between FTP and the alcohol use disorder, on a cross-sectional and longitudinal basis. Results from regression analyses revealed that, even when potential confounding variables were controlled, significant relationships at both measurement times (i.e., entry of treatment versus after six months of follow-up) existed. Moreover, by this study, we were following some of the recommendations provided by Barnett and her colleagues for future research works: (i) to assess bidirectional associations

between FTP and substance use in different samples, (ii) to use continuous measures of both FTP and substance use, and (iii) to control for potential confounding factors.

Regarding our results, we first noticed that a negative link between FTP and the severity of alcohol use disorder is noticeable and reciprocal as soon as the patient gets his first appointment in the center. As such, a higher baseline FTP is able to predict a lower level of alcohol-related problems at the entry in care, while a higher baseline level of alcohol-related problems can be associated with a lower level of FTP. Similar associations are found after a period of six months in treatment and appear even stronger. Moreover, each relationship remains significant even when confounding variables are controlled in the regression models (i.e., treatment referral, education, professional situation). The consequence of the inclusion of these additional variables is that the associations between FTP and alcohol-related problems become less strong. These results are consistent with the existing literature where, at a given moment, FTP has a protector role on substance use, including alcohol (Beenstock et al., 2011; McKay et al., 2014) while a higher level of alcohol-related problems can be detrimental on an individual's abilities to project on the future. From a clinical viewpoint, it can be related to the direct and indirect effects of the substance use on the patient's life and his overall functioning. Furthermore, we noticed that these relationships seem to become even stronger after six months of treatment. We assume that time perspective and alcohol use experience are both challenged during the period of follow-up. The experience of treatment, and of an overall change, is known to be associated with a pronounced restructuration of the way one individual views his past, present and future (Davies and Filippopoulos, 2015).

Following these four cross-sectional models, Model 5 stated that baseline FTP could predict the level of alcohol-related problems after six months in care. Unlike Barnett et al. (2013), we do find a significant negative association. So far, several studies highlighted the role of FTP in the short- and long-term prediction of substance use, and especially of tobacco use (Goto, Takahashi, Nishimura, & Ida, 2009; Yoon et al., 2006). However, Barnett et al. (2013) justified their lack of significant results regarding alcohol with the young consumers' own perception of risks and benefits related to the substance consumption. As such, compared to other substances, alcohol benefits could be more positively viewed whereas its risks could be less negatively perceived (Zamboanga, Schwartz, Ham, Jarvis, & Olthuis, 2009).

In the current study, maybe that most of our, older, patients now mainly retain negative risks and consequences of their substance use. They may have experienced a large set of adverse effects of alcohol in their life, unbearable consequences that now directly or indirectly conducted them to the actual change attempt. The Temporal Self Regulation Theory assumes that the personal judgment on temporal consequences of a specific behavior, here the substance use, is a major indicator of its continuation or cessation (Hall & Fong, 2007). Specifically, a higher level of baseline FTP could be related to a particular sensibility to both of these alcohol- and change-related consequences. In return, this perception could be linked to a stronger initial intention to start and engage a significant change, resulting in a decreased rate of alcohol-related problems after a certain period in treatment.

Our results still need to be nuanced. Indeed, the baseline FTP seems to have only a limited ability to predict follow-up alcohol-related problems. This variable explains itself 7% of the severity of alcohol misuse variance after six months in treatment. We may suggest that the sole impact of FTP evolved during the time in treatment (Cook, Heather, & McCambridge, 2015). We noticed that, on a methodological basis, Barnett et al. (2013) measured their relationships between FTP and substance use a second time during a one-year follow-up appointment. It is then possible that the single and direct effect of FTP is best at predicting, longitudinally, short- to medium-term level of alcohol-related problems. Additional, over the course of treatment, other important variables could become more important than FTP, or at least, could interact with this particular dimension. As such, one could view the FTP as a variable who will help sustaining the initial intention to change during the first steps of official treatment.

Last, Model 6 suggested that baseline level of alcohol-related problems predict FTP level after six months in treatment. We did not find any significant results and this is consistent with previous work. The sole severity of the alcohol use disorder is not able to influence FTP after this duration of treatment. As stated above, the care itself deeply impact the way patients see and act toward their future. Therefore, characteristics of the follow-up and its interventions may be more powerful predictors of these FTP changes (Davies & Filippopoulos, 2015). The relationship with the overall intention to change before, during and after treatment could also be a significant factor explaining evolution of FTP. Indeed, the more motivated patients may be more prone to accept interventions provided and integrate their

intakes. Other variables linked to substance use certainly need to be taken into account as they can exert direct and/or indirect on FTP change during time.

Limitations

This study includes limitations. First, the current research protocol does not allow to precisely measure the evolution of FTP and severity of alcohol-related problems during the course of treatment. It would have been necessary to add more intermediary measurement times (e.g., once a month). Moreover, the follow-up measure at six month appears quite arbitrary as many patients remain in care even after this appointment. To better understand associations between these two variables, the protocol would have needed to be extended to one or two years. However, given the limited sample size recruited from a single outpatient center, it did not seem feasible.

We chose to include as confounding variables only variables involved in an actual relationship with one or both of our variables of interest. Some researchers tend to systematically control a large set of sociodemographic variables, which is a different strategy. Nonetheless, it would have been interesting to control the effect of other subdimensions of the ZTPI. Indeed, a single individual does not only have a future time perspective. He also has, simultaneously a certain view of his past and present (Shipp, Edwards, & Lambert, 2009).

Last, to evaluate the existence of bidirectional relationships, we chose to run separate multiple hierarchical linear regressions. Even if this approach is legitimate, some research recommends to use a structural equation modeling strategy (Cook et al., 2015). Indeed, it could have helped understanding the simultaneous cross-sectional and longitudinal relationships of our variables, at both baseline and follow-up times, while controlling for appropriate variables. However, structural modeling is not recommended when the sample size is limited, especially in relation with the number of parameters that would have been included in the model.

Conclusion

Results from this study insist on the need to better understand the relationship between future time perspective and the level of alcohol-related problems, as well as their

changes during the care. Moreover, it echoes the necessity to take into account a large set of variables when studying trajectories of substance use and treatment. Indeed, FTP is related to a more global individual functioning, guiding how one will act and build his own future with or without the substance. Our results highlight the need for clinicians to identify patients with low FTP at their entry in treatment in order to tailor specific interventions. Previously, other research already insisted on the integration of intervention focused on future time orientation (Carey, 2007; Gellert, Ziegelmann, Lippke, & Schwarzer, 2012; Hall & Fong, 2003; Hall et al., 2014; Kovač & Rise, 2007). For instance, Hall and Fong described an exercise where individuals had to identify more or less long-term costs and benefits of a particular physical exercise.

Last, if the way patients see and position themselves regarding their future is able to affect the alcohol-related problems during the treatment, it is likely that this particular time orientation evolve even before the initiation of official treatment. As noted by some researchers, an overall intention to change can appear, or become clearer, before or during the moment separating the first contact with professionals and the actual first appointment in a specialized center. Therefore, significant changes already happen on a behavioral, cognitive or emotional basis at this moment (Epstein et al., 2005; Orford et al., 2006). If the FTP alone only partially explain the cessation or reduction of the alcohol misuse, it is an important resource to take into account and to work with alongside the professional treatment offered to patients.

Conflict of Interest

Vincent Wagner, Didier Acier and Jean-Eric Dietlin declare that they have no conflict of interest.

Funding

No funding was received for this study.

Ethical approval

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in this study.

Acknowledgements

We would like to thank the staff of the Beauséjour Addiction Care, Support and Prevention Center for their time, information and assistance during this research and its parent study (Project DECA). We would like to thank as well outpatients who agreed to participate.

References

- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*(5), 529-534. <https://doi.org/10.1037/a0015198>
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment. *American Journal on Addictions, 18*(1), 81-86. <https://doi.org/10.1080/10550490802545174>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (420)*, 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 54*(3), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. (2nd edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Barnett, E., Spruijt-Metz, D., Unger, J. B., Rohrbach, L. A., Sun, P., & Sussman, S. (2013). Bidirectional Associations Between Future Time Perspective and Substance Use Among Continuation High-School Students. *Substance Use & Misuse, 48*(8), 574-580. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787092>
- Beenstock, J., Adams, J., & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *The European Journal of Public Health, 21*(4), 438-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp225>
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(1), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.011>
- Browne, K. C., Wray, T. B., Stappenbeck, C. A., Krenek, M., & Simpson, T. L. (2016). Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment, 61*, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.005>

- Carey, K. B. |Henson. (2007). Which Heavy Drinking College Students Benefit from a Brief Motivational Intervention? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 663-669.
- Chavarria, J., Allan, N. P., Moltisanti, A., & Taylor, J. (2015). The effects of Present Hedonistic Time Perspective and Past Negative Time Perspective on substance use consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.027>
- Cole, J. C., Andretta, J. R., & McKay, M. T. (2016). The relationship between temporal profiles and alcohol-related problems in University undergraduates: Results from the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 55, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.001>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: Findings from structural equation modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 232-237. <https://doi.org/10.1037/a0037981>
- Davies, S., & Filippopoulos, P. (2015). Changes in Psychological Time Perspective During Residential Addiction Treatment: A Mixed-Methods Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(3), 249-270. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2015.1066728>
- Drummond, C., Gual, A., Goos, C., Godfrey, C., Deluca, P., Von Der Goltz, C., ... Kaner, E. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe: Alcohol needs assessment in Europe. *Addiction*, 106, 31-36. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03335.x>
- Epstein, E. E., Drapkin, M. L., Yusko, D. A., Cook, S. M., McCrady, B. S., & Jensen, N. K. (2005). Is alcohol assessment therapeutic? Pretreatment change in drinking among alcohol-dependent women. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 369-378. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.369>
- Erdos, M. B., Gabor, K., & Brettner, Z. (2009). It's High Time ... Time Experience of Drug-Dependent Persons in Recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(3), 202-218. <https://doi.org/10.1080/15560350903038692>
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction*, 110(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th edition). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Gellert, P., Ziegelmann, J. P., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2012). Future Time Perspective and Health Behaviors: Temporal Framing of Self-Regulatory Processes in Physical Exercise and Dietary Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 208-218. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9312-y>
- Goto, R., Takahashi, Y., Nishimura, S., & Ida, T. (2009). A cohort study to examine whether time and risk preference is related to smoking cessation success. *Addiction*, 104(6), 1018-1024. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02585.x>
- Hall, P. A., & Fong†, G. T. (2003). The effects of a brief time perspective intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychology & Health*, 18(6), 685-706. <https://doi.org/10.1080/0887044031000110447>
- Hall, P. A., & Fong, G. T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6-52. <https://doi.org/10.1080/17437190701492437>

- Hall, P. A., Fong, G. T., & Meng, G. (2014). Time perspective as a determinant of smoking cessation in four countries: Direct and mediated effects from the International Tobacco Control (ITC) 4-Country Surveys. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1183-1190. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.019>
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations Among Health Behaviors and Time Perspective in Young Adults: Model Testing with Boot-Strapping Replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9027-2>
- Hoertel, N., Crochard, A., Rouillon, F., & Limosin, F. (2014). L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *L'Encéphale*, 40, Supplement 1, S11-S31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.02.008>
- (Inserm), I. national de la santé et de la recherche médicale. (2003). Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Les éditions Inserm. Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/154>
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/S15324834BA210207>
- Kovač, V. B., & Rise, J. (2007). The Relation Between Past Behavior, Intention, Planning, and Quitting Smoking: The Moderating Effect of Future Orientation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12(2), 82-100. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00015.x>
- Kvamme, B. O., Asplund, K., & Bjerke, T. N. (2015). Drinking resumption: problematic alcohol use relapse after rehabilitation. A phenomenological hermeneutical perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 716-723. <https://doi.org/10.1111/scs.12202>
- Le Berre, A.-P., Rauchs, G., La Joie, R., Segobin, S., Mézenge, F., Boudehent, C., ... Beaunieux, H. (2013). Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 213(3), 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2013.03.009>
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2013). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1227-1239. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.837104>
- Linden, A. N., Lau-Barraco, C., & Hollis, B. F. (2014). Associations between psychological distress and alcohol outcomes as mediated by time perspective orientation among college students. *Mental Health and Substance Use*, 7(2), 134-143. <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.785443>
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- McAweeney, M. J., Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., & Wong, M. M. (2005). Individual and partner predictors of recovery from alcohol-use disorder over a nine-year interval: findings from a community sample of alcoholic married men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(2), 220-228. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.220>
- McKay, M. T., Andretta, J. R., Magee, J., & Worrell, F. C. (2014). What do temporal profiles tell us about adolescent alcohol use? Results from a large sample in the United Kingdom. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1319-1328. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.008>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>

- Midanik, L. T., & Greenfield, T. K. (2000). Trends in social consequences and dependence symptoms in the United States: the National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health*, 90(1), 53-56.
- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329. <https://doi.org/10.3109/14659890903580482>
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., ... UKATT Research Team. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101(1), 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Rehm, J., Allamani, A., Aubin, H.-J., Della Vedova, R., Elekes, Z., Frick, U., ... Wojnar, M. (2015). People with Alcohol Use Disorders in Specialized Care in Eight Different European Countries. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), 310-318. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt009>
- Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., ... Gmel, G. (2015). Prevalence of and Potential Influencing Factors for Alcohol Dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(1), 6-18. <https://doi.org/10.1159/000365284>
- Rice, S. L., Hagler, K. J., & Tonigan, J. S. (2014). Longitudinal Trajectories of Readiness to Change: Alcohol Use and Help-Seeking Behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 486-495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.486>
- Sansone, G., Fong, G. T., Hall, P. A., Guignard, R., Beck, F., Mons, U., ... Jiang, Y. (2013). Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-346>
- Shipp, A. J., Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110(1), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2009.05.001>
- Sugarman, D. E., Kaufman, J. S., Trucco, E. M., Brown, J. C., & Greenfield, S. F. (2014). Predictors of drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment: Predictors of Drinking and Functional Outcomes. *The American Journal on Addictions*, 23(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12098.x>
- Witkiewitz, K. (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 426-438. <https://doi.org/10.1037/a0022889>
- Yoon, G., Kim, S. W., Thuras, P., Grant, J. E., & Westermeyer, J. (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: rate and clinical correlates. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5), 770-777.
- Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Ham, L. S., Jarvis, L. H., & Olthuis, J. V. (2009). Do Alcohol Expectancy Outcomes and Valuations Mediate Peer Influences and Lifetime Alcohol Use Among Early Adolescents? *The Journal of Genetic Psychology*, 170(4), 359-376. <https://doi.org/10.1080/00221320903218380>
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and

relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365-373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>

4.7. Article 4 : A matter of time. Mediation of time perspective on inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change relationship

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Eric Dietlin

Statut de l'article : Soumis à la revue *Journal of Clinical Psychology*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception du volet de recherche décrit dans cet article, de la revue de littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats obtenus. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Introduction : Les trajectoires de changement des individus en lien avec un soin spécialisé en addictologie peuvent être influencées par de nombreuses variables. Par exemple, d'intenses envies de boire peuvent drastiquement réduire la motivation d'un patient à changer. Toutefois, les perspectives temporelles pourraient elles aussi avoir un rôle dans cette association. Cette recherche a visé à explorer dans quelle mesure les différentes perspectives temporelles peuvent jouer un rôle médiateur dans la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement des patients.

Méthode : L'échantillon inclut 150 patients en soins ambulatoires. Deux temps de mesure ont été planifiés, durant lesquels les patients ont complété un ensemble de questionnaires. Des analyses utilisant la technique de *bootstrapping* ont été conduites afin de tester la présence d'effets indirects synonyme de médiation.

Résultats : À l'entrée en soin, trois différentes perspectives temporelles (Passé négatif, Présent fataliste et Futur) ont une action de médiation sur la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement. Toutefois, après six mois de suivi, cette médiation ne semble plus apparaître au sein des données.

Conclusion : À notre connaissance, il s'agit d'une des premières études à montrer que les perspectives temporelles peuvent agir en tant que facteurs médiateurs d'associations impliquant d'autres variables relatives à l'usage d'alcool. Ces résultats fournissent des informations pertinentes concernant les mécanismes des motivations à consommer ou à changer chez les patients en soin. Les perspectives temporelles pourraient ainsi être des cibles intéressantes au sein de programmes d'intervention dans les structures spécialisées en addictologie.

Mots-clés : usage problématique d'alcool ; perspectives temporelles ; *craving* ; motivation au changement ; patients en soins ambulatoires

A matter of time: Mediation of time perspective on inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change relationship

Abstract

Introduction: Individual trajectories of change accompanying alcohol-specialized care can be affected by numerous variables. For instance, massive urges to drink can substantially hamper personal motivation to change. However, time perspective could also play a part in this association. This research sought to explore whether time perspective mediates the relationship between inclinations to use or not to use alcohol and patients' motivation to change.

Methods: The sample included 150 outpatients. Two measurement times were planned, during which patients filled a set of questionnaires. Bootstrapping analyses were performed to test the presence of indirect effects.

Results: At the entry in care, three specific time perspectives, Past Negative, Present Fatalistic and Future, acted as mediators between inclinations to use or not alcohol and readiness to change. However, after six months in treatment, no mediation could be observed any more.

Conclusion: To our knowledge, this is one of the first study to show that time perspective could be a mediator in the associations involving such alcohol-related variables. These findings provide insights of interest on underlying mechanisms connecting inclinations to use or to avoid the substance use and the patient's motivation to change. Time perspective could also be an interesting intervention target in existing alcohol-specialized treatment programs.

Keywords: alcohol misuse, time perspective, craving, motivation to change, outpatient

Introduction

Alcohol use disorder treatment in France

Alcohol use disorders are now long associated in the literature with a set of negative consequences on personal, professional or social fields (Hoertel et al., 2014; Levola, Kaskela, et al., 2013; Midanik & Greenfield, 2000). Their prevalence is particularly concerning in France (Hoertel et al., 2014). Recent data indeed highlighted that 8% of the French population (i.e., almost five million people) face adverse effects related to their alcohol consumption. More precisely, two million people could be dependant to alcohol (INSERM, 2003; Le Berre et al., 2013). Despite the pervasive nature of the disorder, the rate of treatment in alcohol-specialized treatment centers remains relatively low (Alonso et al., 2004; Drummond et al., 2011; Probst et al., 2015). In France, a study showed that even if 60% of participants (i.e., alcohol-dependant) tried to reduce their substance use during the last year, only 36.8% to 57.5% of them used a professional help (Hoertel et al., 2014). Nonetheless, in France, data showed that up to 83% of patients were prone to relapse during a 18-month period after the end of treatment (Malet et al., 2009).

Numerous variables are likely to influence the emergence, retention and relapse of alcohol use disorders. *A fortiori*, understanding factors related to alcohol treatment outcomes is of particular interest for clinicians (Sugarman et al., 2014). For instance, it may help providing tailored interventions to the more vulnerable patients, thereby reducing the relapse likelihood (Adamson et al., 2009). These later authors estimated that over 30 different personal-, environmental-, consumption- or treatment-related variables could predict alcohol treatment outcomes.

Influence of craving and motivation to change on treatment outcomes

Craving, generally defined as a conscious expression of desire directed toward the use of a substance (Tiffany & Wray, 2012), is a key dimension frequently examined. If many studies stated that craving is able to negatively influence alcohol treatment outcomes (Fatseas et al., 2015; McHugh, Fitzmaurice, Griffin, Anton, & Weiss, 2016; Morgenstern et al., 2016; Witkiewitz, 2011), some authors suggest that its role remains under discussion (Ahmadi et al., 2009; Zhou et al., 2009). The ambivalence model of craving designed by Breiner, Stritzke, and

Lang (1999) proposes a more detailed view of the phenomenon. It suggests the existence of two opposite motivational inclinations: the desire to use—to approach—the substance, and the desire to not use—to avoid—the substance. Both inclinations will compete to determine the actual behavior. Moreover, Anton (1999) proposed his neuroanatomical model where approach inclination divides itself in two separate but associated components representing different types of urges.

Motivation to change is also an interesting dimension related to trajectory in care and treatment outcomes for problematic drinkers (Adamson et al., 2009; Collins et al., 2012; Rice et al., 2014). This concept refers to a complex multidimensional and dynamic process describing the propensity for an individual to engage in different strategies of behavioral and psychological changes (Arkowitz et al., 2007; Prochaska et al., 1992). Furthermore, it fits into the conceptual field of the *Trans-Theoretical Model* (TTM) and the five stages of change (DiClemente et al., 2004; Prochaska et al., 1992).

Change is a gradual process which can be affected by numerous personal-, environmental- or substance-related variables. For instance, it can be difficult for one individual to maintain his actual level of motivation to change when he simultaneously experiences alcohol craving, especially during the first steps of change involving substance use reduction or cessation (Bradshaw, Shumway, Wang, & Harris, 2014; McEvoy et al., 2004). Alcohol urges are known to take a variety of form and intensity, and are particularly unpredictable for the user (Kvamme et al., 2015). Furthermore, previous literature on the topic highlighted that the most intense experiences of craving could overwhelm any intention to change (Bradshaw et al., 2014; McEvoy et al., 2004). The strong direct association between craving and motivation to change in the alcohol treatment context is already well documented (Bradshaw et al., 2014; Browne et al., 2016; Chakravorty et al., 2010). Precisely, craving management associated with specific interventions focusing motivation to change is related with a better prognosis for patients (Weinstein, Yemini, & Greif, 2008). However, little is known regarding mediator or moderator variables of this relationship (Bradshaw et al., 2014). Specific variables could indeed nuance the nature of craving effect on motivation to change.

Time perspective as a mediator of the relationship between craving and motivation to change

Time perspective refers to the relatively stable way which guides how an individual

considers and acts regarding his past, present and future (Adams, 2009; Zimbardo & Boyd, 1999). However, other authors emphasized on the overall malleability of this dimension over time (Hall & Fong, 2003). By extension, this particular disposition impacts the person's goals and actions, his own sense of coherence (Henson et al., 2006; King, 2016; Morselli, 2013). Previous literature highlighted that time perspective is also associated with expectations formation and the way past experiences are stored in memories (King & Gaerlan, 2015; Zimbardo & Boyd, 1999). Overall, the literature, mostly on young adults, has already suggested the existence of a significant link between time perspective and alcohol use (Beenstock et al., 2011; Cole et al., 2016; McKay et al., 2014). According to these data, one can note that a higher severity of alcohol use is generally associated with a lower future orientation and a higher present orientation (Beenstock et al., 2011; Keough et al., 1999; McKay et al., 2014).

Other research highlighted an indirect influence of time perspective in the mental health and addiction field. For instance, among a US students sample, the past-negative time perspective (i.e., a pessimistic view of one's past) is a mediator between psychological distress and negative consequences of alcohol consumption (Linden et al., 2014). Moreover, Barnett et al. (2013) added that future time perspective, implying goal planning as well as conscientiousness and consideration of future consequences of current actions, could indirectly affect the association between other alcohol-related variables in the context of substance reduction or cessation (Barnett et al., 2013). Regarding a dimension positively correlated with future time perspective (Adelabu, 2008), Bradshaw et al. (2014) suggested that hope, defined as a sense of determination toward reaching personal goals and the ability to create successful plans to reach these goals (Snyder, 2005), mediated the relationship between unconscious craving and motivation to change. Specifically, hope reduced the association between craving experience and the contemplation stage of change. As such, hope could be able to ease the ambivalence resolution in patients with substance use who will then be more in the capacity to take concrete action of change.

Current study

Modifications of the substance use pattern following personal intention to change before treatment and/or during professional follow-up may imply the emergence of craving which will in turn negatively hamper the overall motivation to change. However, we may

suggest that the specific way one individual sees and acts towards his past, present and future may help balancing risks and benefits perceptions of substance use versus those associated with change. A particular time orientation could provide a mean to help living with or overcoming the more or less intense experiences of craving, or on the contrary exacerbate its oppressive nature and negative influence on change. Moreover, in accordance with the ambivalence model of craving, the current knowledge on the craving – motivation to change relationship could benefit of considering separate and competing inclinations to use and to not use alcohol.

As such, the main objective of this study is to explore whether time perspective mediates the relationship between inclinations to use or to not use alcohol, and motivation to change in patients with alcohol use disorder. Finally, as we can assume that this association is likely to evolve during the treatment, due to personal-, substance-, intervention-related factors, we will measure these effects at the entry in care and after a consequent follow-up.

Methods

Setting

Participants were adults aged over 18 first visiting an Addiction Care, Support and Prevention Center, an outpatient addiction-specialized treatment center in France, and whose problematic alcohol use was the main issue and motive for treatment. Exclusion criteria were: (i) problematic drug use as main issue, (ii) protected adult, (iii) higher cognitive functions disorder, (iv) major mental disorder. At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate. If they agreed they were given questionnaires to fill, helped if needed by a stakeholder of the center. A second measurement time was carried out after six months of treatment. The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes gave its favorable opinion on the overall research protocol on the November 4th 2014 (OR/BB CPP N°883/2014; Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an addiction outpatient treatment facility”). Following this ethical approval, the study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Overall, 152 patients accepted to take part in the study. Two participants were removed at the initial stage due to missing answers. Six months later, 81 patients (54% of first measurement time participants) filled the questionnaires again. Two participants were removed from the later analysis because of their missing answers. Therefore, 79 patients fully attended both measurement times.

At the first measurement time, the mean age of the sample ($N = 150$) was 45.01 ($SD = 11.21$). Among the participants, 74% were men ($n = 111$) and 66.7% were employees or factory workers. At their entry in treatment, 66.7% of them stated they had been using alcohol four times a week or more. The mean score at the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 2001) was 21.47 ($SD = 8.08$), well above the cut-off score of 8 indicating a problematic use of alcohol. Table 1 provides a more extensive description of the sample.

Table 1

Sociodemographic characteristics of the sample

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Age	45.01	11.21	19	75
Variables			<i>n</i>	%
Gender				
Male			111	74.0
Female			39	26.0
Socio-professional category				
Craftsman, shopkeeper			12	8.0
Executive, liberal profession			28	18.7
Intermediate profession			10	6.7
Employee			54	36.0
Worker			46	30.7
Professional status				
Employed (permanent contract or others)			85	56.7
Unemployed and other inactive			51	34.0
Retired			14	9.3
Education				
9 years or less			21	14.0
11 years (secondary professional education)			52	34.7
12 years (secondary education)			35	23.3
14 years			23	15.3
>14 years			19	12.7
Source of the demand for treatment				
The patient			49	32.7
Significant others			10	6.7
Family doctor, medical specialist			45	30.0

Specialized care setting, hospital	13	8.7
Justice	26	17.3
Other	7	4.7
First demand for professional alcohol care		
Yes	97	64.7
No	53	35.3
Level of alcohol-related problems ^a		
Low level or abstinence	9	6.0
Medium level	23	15.3
High level	118	78.7
Alcohol use frequency during the last year ^a		
Once a month at least	10	10.7
Twice or four times a month	16	10.7
Three times a week	24	16.0
Four times a week or more	100	66.7

Note. N = 150

^a Answers from the baseline AUDIT (Babor et al., 2001).

Measures

We used participants' answers to (i) the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ, McEvoy et al., 2004), (ii) the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, Miller & Tonigan, 1996) and (iii) the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI, Loose, Acier, Pilet, & Sysaykeo, in press; Zimbardo & Boyd, 1999). As both SOCRATES and AAAQ are not currently validated in French, three members of the research team performed the translation. Each draft was discussed as long as there was not an agreement between researchers. Common versions were then revised by an external bilingual person and were back-translated in English.

The AAAQ includes 14 items covering both approach and avoidance inclinations to use alcohol and was already used in clinical settings (Klein & Anker, 2013; Klein et al., 2007). Factorial structure of the tool remains under discussion but three factors were initially discovered: Inclined/Indulgent (I/I, five items) including items evoking a mild, subtle, urge to drink generally conditioned by social context; Resolved/Regulated (R/R, five items), gathering items on avoidance of alcohol; Obsessed/Compelled (O/C, four items) including items about a strong and oppressive desire to drink. I/I and O/C factors are moderately correlated and are slightly associated with the last factor. Overall, psychometric properties are satisfactory (i.e., internal consistency, predictive and convergent validity).

The SOCRATES was initially designed by Miller and Tonigan (1996) to assess change

readiness and treatment eagerness in problematic alcohol users. Initially, the tool covered three factors (i.e., Recognition, Ambivalence and Taking steps). However, some authors recommended merging Recognition and Ambivalence factors together (Bertholet, Dukes, et al., 2009; Maisto et al., 1999). The latest version of this questionnaire includes 19 items. This questionnaire seeks to capture stages of change described by Prochaska et al. (1992): Recognition includes items about denial and true recognition of the trouble, covering both Precontemplation and Preparation stages; Ambivalence refers to the ambivalence about the problem and need to change (Contemplation), and Taking steps gathers items describing intentions and strategies to change (Action and Maintenance).

Last, we used a shortened version of the French-validated translation of the ZTPI (Loose et al., in press). This tool includes three items for each of the following dimensions: Past Negative, Past Positive (a positive attitude toward the past), Present Hedonistic (orientation toward immediate pleasures), Present Fatalistic (lack of hope and belief that one cannot control his future) and Future.

Statistical analysis

In relation with our objectives, we designed mediation models with multiple predictors (X), multiple mediators (M) and multiple outcomes (Y). More precisely, we assessed the direct effects of both approach inclinations as well as avoidance inclination to use alcohol on the motivation to change dimensions measured with the SOCRATES. Then, we tested the indirect effect of approach and avoidance inclinations, via the five time perspective dimensions, on motivation to change. These steps were replicated for both measurement times (i.e., baseline at the entry in treatment and follow-up after six months in care). This conceptual model is summarized in Figure 1.

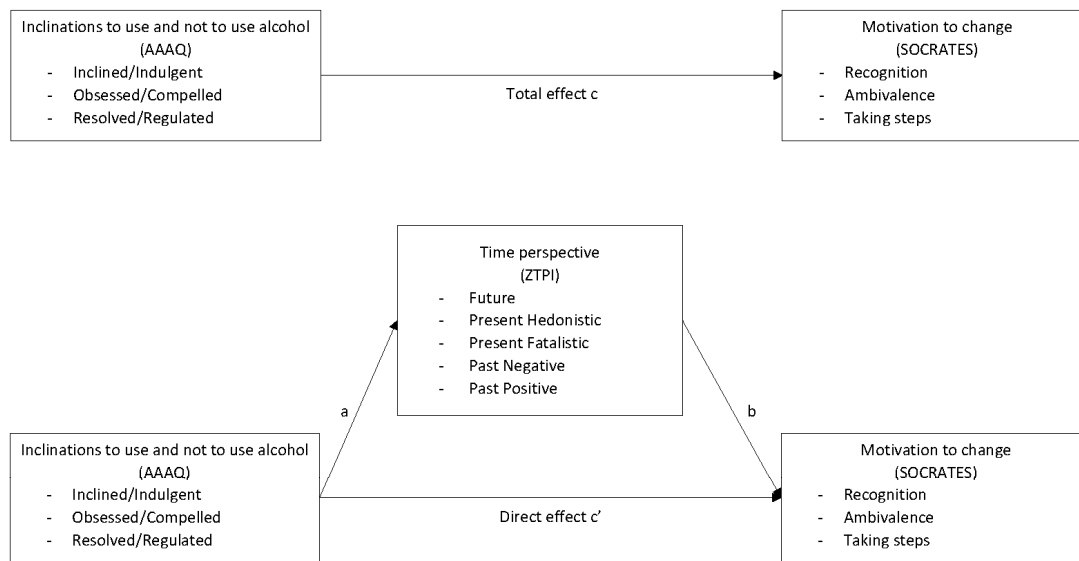


Figure 1. Illustration of the suggested mediating effect of time perspective on the relationship between inclinations to use and not to use alcohol and motivation to change, measured at the entry in treatment (T_0) and after six months of follow-up (T_1)

To proceed with this analysis, we used the Model 4, including several parallel mediators, from PROCESS 2.16 analysis macro for SPSS (Hayes, 2013). This macro uses a bias-corrected bootstrapping technique to test indirect effects of mediating variables. Mediation is present if zero is not included in the 95% bias corrected confidence intervals for indirect effects based on bootstrapped samples (Preacher & Hayes, 2004). Moreover, given that the initial macro is only able to test a model including a single predictor, Hayes provided an advanced procedure to estimate mediation models with multiple predictors, including statistical controls (Hayes, 2013). PROCESS must then be executed k times (for k X predictor variables), each time with a different, single, predictor in the model while the $k - 1$ X variables are entered as covariates. Repeating $k - 1$ times this procedure will generate the indirect effects for all X variables. Direct and indirect effects will therefore be estimated as if they were present simultaneously (e.g., as in a structural equation model). An additional precaution had to be taken into account. Indeed, the bootstrapping default procedure uses a different sample at each iteration. Thus, a fixed, randomly selected, seed number had to be added into the macro code in order to obtain bootstrap confidence intervals based on the same set of resamples. Standardized coefficients are reported in the following results section.

Results

For general information, means, standard deviations and intercorrelations of AAAQ, SOCRATES and ZTPI dimensions at baseline and follow-up are respectively included in Table 2 and Table 3.

Table 2

Means, standard deviations, and intercorrelations at baseline

Variables	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. SOCRATES - Recognition	29.47	5.58	.87	-	.66*	.32*	.19*	.46*	.16	.10	-.10	-.04	.05	-.12
2. SOCRATES - Ambivalence	16.04	3.36	.69		-	.24*	.23*	.35*	.16	.16	.05	-.03	.13	-.02
3. SOCRATES - Taking steps	32.67	5.97	.85			-	-.28*	-.17	.39*	.16	.02	-.14	.02	.29*
4. AAAQ - Inclined – Indulgent	4.46	2.37	.87				-	.63*	-.08	-.06	.03	.01	.12	-.18*
5. AAAQ - Obsessed – Compelled	4.03	2.35	.90					-	.03	.06	-.10	.24*	.09	-.20*
6. AAAQ - Resolved – Regulated	4.53	1.94	.78						-	.17	-.01	-.01	-.02	.27*
7. ZTPI – Past Negative	3.51	0.98	.71							-	.01	.34*	.08	.01
8. ZTPI – Past Positive	3.32	0.86	.65								-	-.04	.13	.17*
9. ZTPI – Present Fatalistic	2.33	0.96	.72									-	.18*	-.28*
10. ZTPI – Present Hedonistic	3.31	0.89	.68										-	.09
11. ZTPI – Future	3.82	0.79	.68											-

Note. $N = 150$. SOCRATES stands for Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, AAAQ for Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire, and ZTPI for Zimbardo Time Perspective Inventory. All correlations with * are significant at $p < .05$ after 5,000 samples bootstrapping.

Table 3

Means, standard deviations, and intercorrelations at follow-up

Variables	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. SOCRATES - Recognition	25.29	7.46	.88	-	.76*	.54*	.39*	.54*	.44*	.27*	.09	.17	.13	-.24*
2. SOCRATES - Ambivalence	13.37	4.63	.80		-	.46*	.42*	.52*	.44*	.31*	-.01	.24*	.16	-.19*
3. SOCRATES - Taking steps	32.63	6.71	.87			-	.10	.04	.41*	.15	.15	.02	.14	.14
4. AAAQ - Inclined – Indulgent	3.31	2.45	.91				-	.70*	.39*	.04	.04	.09	.23	-.35*
5. AAAQ - Obsessed – Compelled	2.62	2.27	.89					-	.49*	.19	-.09	.30*	.17	-.40*
6. AAAQ - Resolved – Regulated	4.02	2.00	.75						-	.22*	-.06	.06	.12	-.03
7. ZTPI – Past Negative	3.39	0.97	.78							-	.18	.23*	.02	-.16
8. ZTPI – Past Positive	3.24	0.88	.66								-	-.17	.02	.14
9. ZTPI – Present Fatalistic	2.11	0.78	.66									-	-.17	-.43*
10. ZTPI – Present Hedonistic	3.13	0.70	.42										-	.10
11. ZTPI – Future	3.99	0.70	.66											-

Note. $N = 79$. SOCRATES stands for Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, AAAQ for Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire, and ZTPI for Zimbardo Time Perspective Inventory. All correlations with * are significant at $p < .05$ after 5,000 samples bootstrapping.

To assess the direct and indirect effects of both inclinations to use and to not use alcohol on the different levels of motivation to change, three separate models were conceived at each measurement time. In Model 1, the general outcome was the Recognition dimension, in Model 2, the Ambivalence dimension and in Model 3, the Taking steps one. The same design was applied regarding Models 4, 5 and 6 at follow-up. Age and gender were controlled in each model.

Mediation analysis results on baseline data

In the first model, only O/C dimension is able to positively predict Recognition score when mediators are ignored (c path, $\beta_c = .55$, $p < .001$). On the contrary, the total effect of I/I on the Recognition dimension is not significant ($\beta_c = -.14$, $p > .05$) whereas its direct effect (i.e.,

when effects through mediators are controlled for) is significant (c' path, $\beta_{c'} = -.21, p < .05$). In the same time, the direct association between O/C and Recognition dimensions becomes stronger ($\beta_{c'} = .61, p < .001$). Regarding our objectives, we noticed several indirect effects of predictor variables, with the most relevant concerning the R/R dimension. Indeed, whereas no total or direct effect of this dimension is significantly explaining Recognition score, there is an indirect effect through Past Negative (ab path, $\beta_{ab} = .03, SE = .02, 95\%CI = .01 \text{ to } .09$) and Future time perspectives ($\beta_{ab} = -.05, SE = .03, 95\%CI = -.13 \text{ to } -.01$). Furthermore, we observed that Present Fatalistic is mediating the relationship between, respectively, I/I ($\beta_{ab} = .08, SE = .04, 95\%CI = .02 \text{ to } .18$), and O/C ($\beta_{ab} = .03, SE = .02, 95\%CI = .01 \text{ to } .09$) on the Recognition dimension. Last, Future time perspective is also a mediator variable of the association between O/C and Recognition ($\beta_{ab} = .03, SE = .02, 95\%CI = .01 \text{ to } .09$). Overall, Model 1 is able to explain about 34% of baseline Recognition variance. ($R^2 = .34$).

On Model 2 ($R^2 = .22$), the O/C dimension is the only dimension having a significant total ($\beta_c = .30, p < .01$) and direct effect ($\beta_{c'} = .36, p < .001$) on Ambivalence. Additionally, this AAAQ dimension has also an indirect effect through Present Fatalistic time perspective ($\beta_{ab} = -.09, SE = .05, 95\%CI = -.21 \text{ to } .01$). Regarding the two independent variables remaining, we noted an indirect effect of R/R on Ambivalence via Past Negative time perspective ($\beta_{ab} = .04, SE = .02, 95\%CI = .01 \text{ to } .10$) whereas it is Present Fatalistic which mediates the relationship between I/I and Ambivalence dimensions ($\beta_{ab} = .05, SE = .03, 95\%CI = .01 \text{ to } .15$).

Last, in Model 3 ($R^2 = .32$), we noticed that both R/R and I/I dimensions have total and direct significant effects on Taking steps score. The total effect of R/R is slightly stronger ($\beta_c = .36, p < .001$) than its direct effect ($\beta_{c'} = .30, p < .001$). The opposite situation is observed regarding I/I dimension. Indeed, its total effect appears weaker ($\beta_c = -.24, p < .05$) than its direct effect ($\beta_{c'} = -.27, p < .01$). Several indirect effects of these predictor variables are present as well. First, the R/R dimension is indirectly explaining Taking steps score via Past Negative time perspective ($\beta_{ab} = .03, SE = .02, 95\%CI = .01 \text{ to } .10$). The I/I dimension has an indirect effect on Taking steps through Present Fatalistic ($\beta_{ab} = .05, SE = .03, 95\%CI = .01 \text{ to } .13$). Last, despite the absence of total and direct significant effect, the O/C dimension is indirectly linked to Taking steps via the impact of Present Fatalistic ($\beta_{ab} = -.09, SE = .04, 95\%CI = -.19 \text{ to } -.03$). To conclude, in each of these models, the total indirect effects (i.e., through all mediator variables as a single group) were not significant. Therefore, there are only several specific

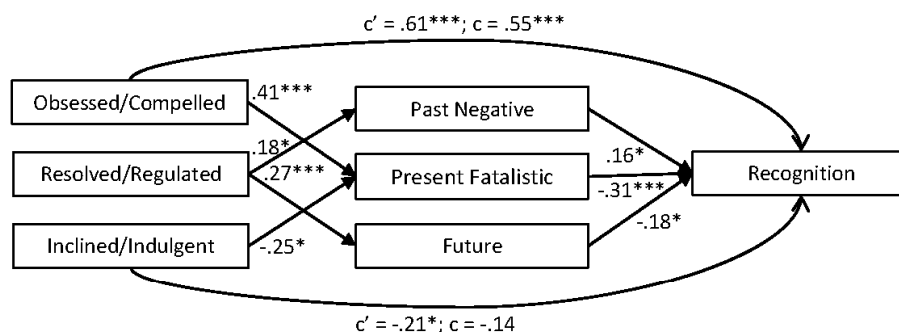
indirect effects (i.e., role of one mediator variable while controlling for the four others) via time perspective dimensions.

This first section of results is summarized in Figure 2. For readability purpose, we chose to only report the significant total, direct and indirect effects between, in one hand, R/R, O/C and I/I AAAQ dimensions, and on the other hand, Recognition, Ambivalence and Taking steps dimensions from the SOCRATES, while accounting for the effect of potential time perspectives mediators.

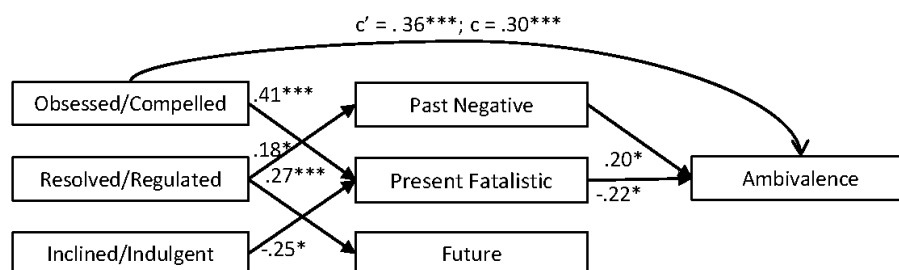
Mediation analysis results on follow-up data

Regarding the analysis on follow-up data, we did not notice any indirect effects. However, total and direct effects of AAAQ dimensions are still observed. For Model 4 ($R^2 = .39$), we noted positive total ($\beta_c = .39, p < .05$) and direct ($\beta_c = .37, p < .05$) effects of O/C on Recognition. Simultaneously, the R/R dimension has a significant total effect on Recognition ($\beta_c = .23, p < .05$), but an insignificant direct effect ($\beta_c = .22, p > .05$). The only significant result in Model 5 ($R^2 = .40$) is related to a positive total effect of R/R on Ambivalence ($\beta_c = .24, p < .05$). Last, the R/R dimension appears to present strong positive total ($\beta_c = .48, p < .001$) and direct ($\beta_c = .51, p < .001$) effects on Taking steps dimension in the Model 6 ($R^2 = .28$). Full results are presented in Figure 3.

(a) Model 1



(b) Model 2



(c) Model 3

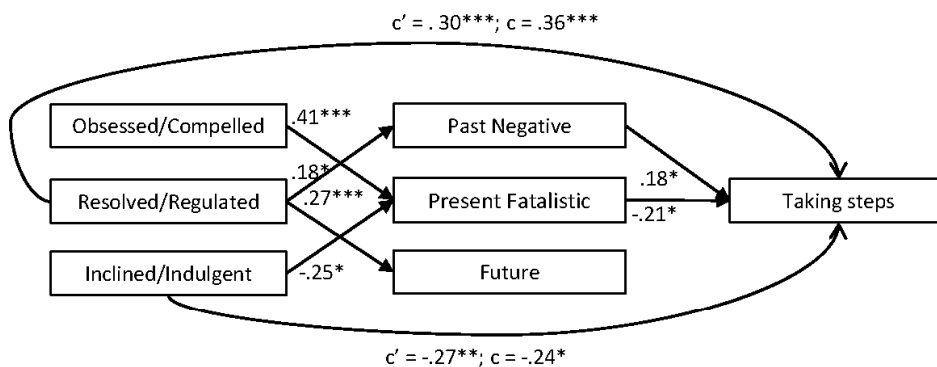
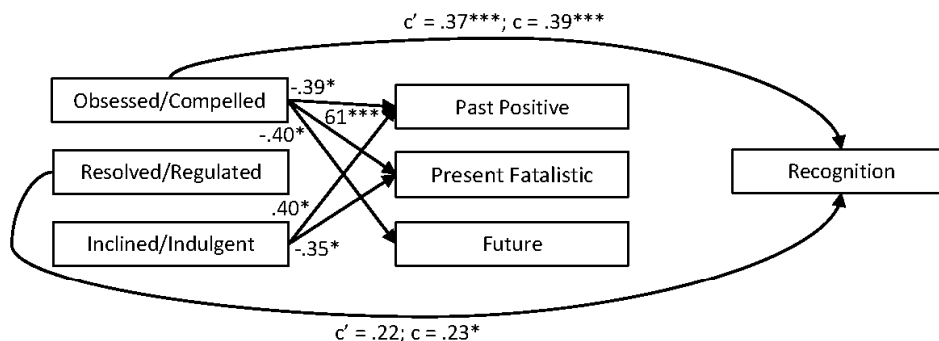
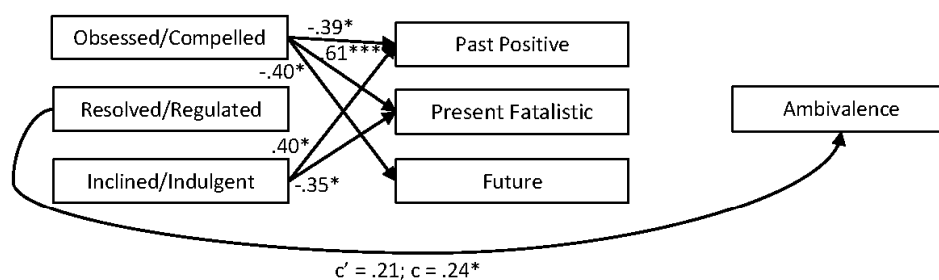


Figure 2. Mediation models with direct and indirect effects, through time perspectives, of inclinations to use or not to use alcohol on motivation to change at baseline. Only significant relationships are provided. Predictor variables (X): Obsessed/Compelled, Resolved/Regulated and Inclined/Indulgent from AAAQ. Potential mediator variables (M): Past Negative, Past Positive, Present Fatalistic, Present Hedonistic and Future from ZTPI. Outcome variables (Y): Recognition, Ambivalence and Taking steps from SOCRATES. Age and gender are controlled. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

(a) Model 4



(b) Model 5



(c) Model 6

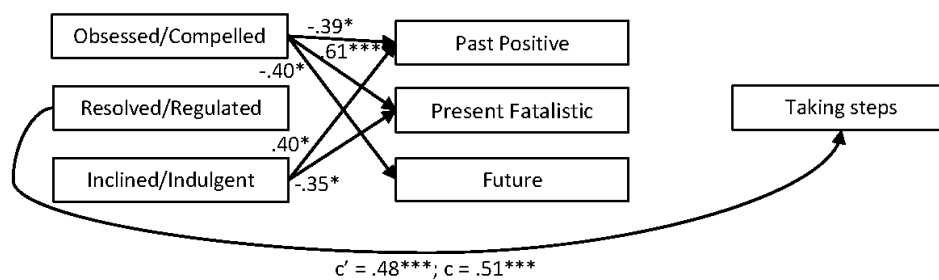


Figure 3. Mediation models with direct and indirect effects, through time perspectives, of inclinations to use or not to use alcohol on motivation to change at follow-up. Only significant relationships are provided. Predictor variables (X): Obsessed/Compelled, Resolved/Regulated and Inclined/Indulgent from AAAQ. Potential mediator variables (M): Past Negative, Past Positive, Present Fatalistic, Present Hedonistic and Future from ZTPI. Outcome variables (Y): Recognition, Ambivalence and Taking steps from SOCRATES. Age and gender are controlled. $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$.

Discussion

Results interpretation

The actual hypothesis of mediation assumes that to a certain extent, specific motivation to use or not to use alcohol will affect the way one individual perceives his past, present and future. In turn, this time orientation will be linked to motivation to change. Overall, we noticed several specific indirect effects of three of the five dimensions of the ZTPI: Past Negative, Present Fatalistic and Future.

First, Past Negative (PN) is mainly involved in the relationship between avoidance to use alcohol (AAAQ Resolved/Regulated dimension) and the three SOCRATES dimensions (Recognition, Ambivalence and Taking steps). Someone can express the desire to reduce his alcohol consumption, for instance, because of adverse effects accumulation or a significant life event. In turn, this high avoidance inclination is related to an increase in PN, referring to the degree to which unpleasant memories of past, alcohol-related, experiences are interfering with daily life (Boniwell & Zimbardo, 2003; Zimbardo & Boyd, 1999). As a patient keeps remembering acute negative life events related to his alcohol use, he may be more prone to recognize his current difficulties, and by extension, to set up appropriate change strategies. However, R/R is also indirectly associated with the level of ambivalence experienced by the patient. People with high PN orientation are thought to be easily overwhelmed by the memories of negative past events, which is related to an increased level of negative affects, stress, anxiety (Chavarria et al., 2015; Papastamatelou, Unger, Giotakos, & Athanasiadou, 2015; Stolarski, Matthews, Postek, Zimbardo, & Bitner, 2014; Tseferidi, Griva, & Anagnostopoulos, 2017). Therefore, one could assume that past-centered patients may hesitate to give up alcohol, as it is an easy remede for their psychological distress.

Second, the Future time perspective is involed in the association between R/R, O/C and the recognition of alcohol-related difficulties. A patient willing to reduce or to cease his consumption may be motivated by the expectation of a brighter future for him, his relatives, etc. As such, individuals presenting a tendency to plan long ahead are known to be more likely to use protective behavioral strategies, to resist against current temptations to drink, as they may favour reward potentially achieved in the future rather than immediate gratification of drinking (Morselli, 2013; Pearson, Kite, & Henson, 2013). However, being too focused on a far

future, as opposed to a closer one, can lead to neglect the present, the current difficulties (Morselli, 2013). Another explanation would be that some individuals may perceive the future as menacing, uncertain, which will have a counterproductive effect on the actual recognition of the disorder (Morselli, 2013). Regarding the opposite inclination, a massive and oppressive urge to drink alcohol (i.e., O/C dimension) can prevent the patient to look ahead to only consider these immediate needs. Others may view the future as negative, filled with such overwhelming urges to use the substance (Morselli, 2013). It is true that the ZTPI presents a positive bias in the assessment of a, exclusively, positive Future (Papastamatelou et al., 2015). In turn, this reduced positive future orientation is associated with an increased recognition that something is wrong with the alcohol use.

Third, the most significant mediator is Present Fatalistic (PF). In the first place, it is involved in the association between O/C and Recognition dimensions, along with the Future dimension. Stronger desires to drink are substantially related to an increase in PF. In turn, PF negatively predicts the level of recognition of the disorder. It is as if a patient overwhelmed by massive urges to drink, lose his sense of control over his own future. He may become particularly prone to think that he only has a limited control over his life, that he cannot improve the current situation (King & Gaerlan, 2013; Zimbardo & Boyd, 1999). The unexpected and uncontrolled nature of craving manifestations can be viewed as a crippling experience. Adopting this resigned and passive attitude may increase the perceived stress level, anxiety and depression, as well as reducing life satisfaction (Chen et al., 2016; Papastamatelou et al., 2015; Tseferidi et al., 2017; Zhang & Howell, 2011). As a consequence, a patient will not have enough cognitive resources to adequately recognize the problematic nature of his substance use behavior. By extension, as no actual trouble is perceived, no ambivalence is likely to be neither observed, nor any other intention to change.

Next, subtler and context-related desires to drink are negatively associated with PF. This specific inclination to use alcohol involves conscious cues leading to actual envy to drink. The individual is able to describe which situations may be problematic for him. As such, he keeps a minimal level of control over his upcoming decisions and actions. In turn, acknowledgment of the problematic nature of the consumption remains reachable. However, as these incentives to drink are quite subtle, associated with positive social expectations, the patient can simultaneously stay ambivalent toward his need to change. When individuals have

to choose between two valued alternatives, they may experience motivation interference even after making the choice, impeding the current behavior (Hofer, Kuhnle, Kilian, Marta, & Fries, 2011). Nonetheless, once ambivalence is resolved the patient (i.e., high I/I, low PF) may easily implement strategies for behavioral and psychological change. To conclude with baseline findings, we need to note that in each models, total indirect effects were not found (i.e., all five time perspective having simultaneously a mediating effect). On the contrary, we only found specific and distinct indirect effects: the PN, F and PF each affecting the relationships while the four remaining time perspectives were controlled.

We also noticed that mediation did not occur after six months in treatment. However, we have to state as well that most of direct relationships existing between AAAQ and SOCRATES dimensions disappeared, exclusive of those involving R/R. This result is not so surprising given that patients remaining in care will rather naturally experience an immediate or gradual reduction of their consumption urges (Hallgren et al., 2016). They may also learn craving management strategies which may amend the association between these inclinations and the current motivation to change. Last, disappearance of mediations suggests that something evolved during the follow-up. Interventions offered could have helped to reduce urges to drink, or at least, helped the patient to understand and live with this phenomenon (Hallgren et al., 2016). Motivation to change could have been enhanced to support the true consciousness of the problematic alcohol use. Person-centered strategies to change may have help the patient moving forward. Furthermore, being on treatment is experiencing a particular moment, which may modify the way one individual will see his past, present and future. Davies and Filippopoulos (2015) indeed highlighted how treatment could challenge personal temporality. For instance, while earlier stages of treatment may be more focused on short-term challenges (e.g., maintaining abstinence or controlling the use), as the patient evolves, he may become more future-orientated.

Limitations

This study has limitations. First, we used a cross-sectional design with two separated measurement times. As such, we cannot predict for sure causality in relationships, especially over time. Given that almost half of the sample dropped out of care before the second measurement time, it would not have been appropriate to conduct longitudinal analysis over

baseline and follow-up data. Furthermore, this reduced sample size in the second measurement time may have affected the observed findings. Second, we may have run our analyses controlling for the effect of other variables that could affect the mediating impact of time perspective. Cross-cultural differences, peer and parental support may influence the way people consider their past, present and future (Morselli, 2013). Last, the literature sometimes recommends using structural equation modeling to assess mediation models (e.g., Pek & Hoyle, 2016) rather than several regressions such as in PROCESS procedure. Nonetheless, Hayes, Montoya, and Rockwood (2017) highlighted that even if both approaches present differences (e.g., underlying mechanisms, estimation methods, weaknesses, etc.), findings are often very similar, especially on models with purely observed variables. Moreover, it seems that PROCESS suffers less from a limited sample size than structural equation modeling.

Conclusion

The scientific research on addiction has emphasized for now long on the need to assess specific variables involved in the care experience and treatment outcomes. Here, we highlighted that three separate but related constructs on motivation to use or not to use alcohol had distinct effects on motivation to change. Moreover, to our knowledge, our study is the first to show that specific time perspectives, included as simultaneous temporal frames experienced by people (Stolarski, Vowinckel, Jankowski, & Zajenkowski, 2016), could act as mediators in these relationships. As such, we provided useful insights on underlying mechanisms connecting inclinations to use or to avoid the substance use and motivation to change. Time perspective could only be a relevant mediator at a given time, in the first steps in treatment (Guthrie, Butler, Lessl, Ochi, & Ward, 2014). It is also true that most of these relationships disappeared after six months in care. Many reasons could explain these findings, like changes in personal trajectories of substance use, engagement in treatment, impact of interventions, etc. Time perspective should also be seen as a state rather than a rigid trait, as a heterogeneous, complex and multilinear phenomenon (Hodgins & Engel, 2002; Müller & Giesbrecht, 2006). As such, other dimensions involved during the experience of treatment (e.g., emotions) could influence time perspective. With respect of this hypothesis, one could notice that our models only accounted for a limited part of variance of outcomes. This last element supports the idea that relationship between alcohol-related variables, including time perspective, are complex and that research need to broaden its investigations.

Finally, time perspective could be an intervention target to help with the reduction of motivation to use and the motivation to change enhancement (Chavarria et al., 2015). Previous researchers have already recommended implementing time-related interventions in existing programs (Papastamatelou et al., 2015; Sword, Sword, Brunskill, & Zimbardo, 2014; Weissenberger et al., 2016). For instance, initially introduce in post-traumatic stress disorder treatment, Time Perspective Therapy was designed by Sword et al. (2014) to help the patient to reach optimum levels of past, present and future time perspective (Stolarski, Bitner, & Zimbardo, 2011). Early interventions on time perspective could be relevant for patients with alcohol misuse coming across change, treatment, as they will face new situations, challenges, new choices in their upcoming life while trying to reconcile themselves with their former self.

Conflict of Interest

Vincent Wagner, Didier Acier and Jean-Eric Dietlin declare that they have no conflict of interest

Funding

No funding was received for this study.

Ethical approval

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in this study.

Acknowledgements

We would like to thank the staff of the Beauséjour Addiction Care, Support and Prevention Center for their time, information and assistance during this research and its parent study (Project DECA). We would like to thank as well outpatients who agreed to participate.

References

- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*(5), 529-534. <https://doi.org/10.1037/a0015198>
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Adelabu, D. H. (2008). Future Time Perspective, Hope, and Ethnic Identity Among African American Adolescents. *Urban Education, 43*(3), 347-360. <https://doi.org/10.1177/0042085907311806>
- Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment. *American Journal on Addictions, 18*(1), 81-86. <https://doi.org/10.1080/10550490802545174>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (420)*, 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Anton, R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 23*(3), 165-173.
- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 54*(3), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Éd.). (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems* (1st Ed). New York: The Guilford Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care.* (2nd edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Barnett, E., Spruijt-Metz, D., Unger, J. B., Rohrbach, L. A., Sun, P., & Sussman, S. (2013). Bidirectional Associations Between Future Time Perspective and Substance Use Among Continuation High-School Students. *Substance Use & Misuse, 48*(8), 574-580. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787092>
- Beenstock, J., Adams, J., & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *The European Journal of Public Health, 21*(4), 438-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp225>
- Bertholet, N., Dukes, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A., & Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors, 34*(6-7), 568-572. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.013>
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2003). Time to find the right balance. *The Psychologist, 16*, 129-131.
- Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Wang, E. W., & Harris, K. S. (2014). Addiction and the Mediation of Hope on Craving, Readiness, and Coping. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 9*(4), 294-312.
- Breiner, M. J., Stritzke, W. G., & Lang, A. R. (1999). Approaching avoidance. A step essential to the understanding of craving. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 23*(3), 197-206.

- Browne, K. C., Wray, T. B., Stappenbeck, C. A., Krenek, M., & Simpson, T. L. (2016). Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.005>
- Chakravorty, S., Kuna, S. T., Zaharakis, N., O'Brien, C. P., Kampman, K. M., & Oslin, D. (2010). Covariates of Craving in Actively Drinking Alcoholics: Craving in Actively Drinking Alcoholics. *The American Journal on Addictions*, 19(5), 450-457. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00067.x>
- Chavarria, J., Allan, N. P., Moltisanti, A., & Taylor, J. (2015). The effects of Present Hedonistic Time Perspective and Past Negative Time Perspective on substance use consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.027>
- Chen, T., Liu, L., Cui, J., Chen, X., Wang, J., Zhang, Y., ... Chan, R. C. K. (2016). Present-fatalistic time perspective and life satisfaction: The moderating role of age. *Personality and Individual Differences*, 99, 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.017>
- Cole, J. C., Andretta, J. R., & McKay, M. T. (2016). The relationship between temporal profiles and alcohol-related problems in University undergraduates: Results from the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 55, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.001>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Davies, S., & Filippopoulos, P. (2015). Changes in Psychological Time Perspective During Residential Addiction Treatment: A Mixed-Methods Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(3), 249-270. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2015.1066728>
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119. <https://doi.org/10.1080/10550490490435777>
- Drummond, C., Gual, A., Goos, C., Godfrey, C., Deluca, P., Von Der Goltz, C., ... Kaner, E. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe: Alcohol needs assessment in Europe. *Addiction*, 106, 31-36. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03335.x>
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction*, 110(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Guthrie, L. C., Butler, S. C., Lessl, K., Ochi, O., & Ward, M. M. (2014). Time Perspective and Exercise, Obesity, and Smoking: Moderation of Associations by Age. *American Journal of Health Promotion*, 29(1), 9-16. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130122-QUAN-39>
- Hall, P. A., & Fong, G. T. (2003). The effects of a brief time perspective intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychology & Health*, 18(6), 685-706. <https://doi.org/10.1080/0887044031000110447>
- Hallgren, K. A., McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2016). Trajectories of drinking urges and the initiation of abstinence during cognitive-behavioral alcohol treatment: Drinking urges. *Addiction*, 111(5), 854-865. <https://doi.org/10.1111/add.13291>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, A. F., Montoya, A. K., & Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 25(1), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2017.02.001>
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations Among Health Behaviors and Time Perspective in Young Adults: Model Testing with Boot-Strapping Replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9027-2>
- Hodgins, D., & Engel, A. (2002). Future time perspective in pathological gamblers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190(11), 775-780.
- Hoertel, N., Crochard, A., Rouillon, F., & Limosin, F. (2014). L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *L'Encéphale*, 40, Supplement 1, S11-S31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.02.008>
- Hofer, M., Kuhnle, C., Kilian, B., Marta, E., & Fries, S. (2011). Motivational interference in school-leisure conflict and learning outcomes: The differential effects of two value conceptions. *Learning and Instruction*, 21(3), 301-316. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2010.02.009>
- INSERM. (2003). *Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris, France: Les éditions INSERM. Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/154>
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/S15324834BA210207>
- King, R. B. (2016). Does your approach to time matter for your learning? The role of time perspectives on engagement and achievement. *Educational Psychology*, 36(7), 1264-1284. <https://doi.org/10.1080/01443410.2015.1045835>
- King, R. B., & Gaerlan, M. J. (2013). To Study or Not to Study? Investigating the Link Between Time Perspectives and Motivational Interference. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 7(02), 63-72. <https://doi.org/10.1017/prp.2013.8>
- King, R. B., & Gaerlan, M. J. M. (2015). The Role of Time Perspectives in the Use of Volitional Strategies. *Psychological Studies*, 60(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12646-014-0278-2>
- Klein, A. A., & Anker, J. J. (2013). A Psychometric Evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire Among Alcohol-Dependent Patients Attending Residential Treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9322-5>
- Klein, A. A., Stasiewicz, P. R., Koutsky, J. R., Bradizza, C. M., & Coffey, S. F. (2007). A Psychometric Evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in Alcohol Dependent Outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 231-240. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9044-2>
- Kvamme, B. O., Asplund, K., & Bjerke, T. N. (2015). Drinking resumption: problematic alcohol use relapse after rehabilitation. A phenomenological hermeneutical perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 716-723. <https://doi.org/10.1111/scs.12202>
- Le Berre, A.-P., Rauchs, G., La Joie, R., Segobin, S., Mézenge, F., Boudehent, C., ... Beaunieux, H. (2013). Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 213(3), 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2013.03.009>
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2013). Psychosocial

- difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1227-1239. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.837104>
- Linden, A. N., Lau-Barraco, C., & Hollis, B. F. (2014). Associations between psychological distress and alcohol outcomes as mediated by time perspective orientation among college students. *Mental Health and Substance Use*, 7(2), 134-143. <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.785443>
- Loose, T., Acier, D., Pilet, J.-L., & Sysaykeo, J. (in press). La temporalité : Un facteur déterminant des conduites addictives. xxx, x(x), x-x.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., O'Connor, M., & Kelley, M. E. (1999). Factor structure of the socrates in a sample of primary care patients. *Addictive Behaviors*, 24(6), 879-892. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00047-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00047-7)
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- McEvoy, P. M., Stritzke, W. G. K., French, D. J., Lang, A. R., & Ketterman, R. (2004). Comparison of three models of alcohol craving in young adults: a cross-validation. *Addiction*, 99(4), 482-497. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00714.x>
- McHugh, R. K., Fitzmaurice, G. M., Griffin, M. L., Anton, R. F., & Weiss, R. D. (2016). Association between a brief alcohol craving measure and drinking in the following week: Alcohol craving and drinking. *Addiction*, 111(6), 1004-1010. <https://doi.org/10.1111/add.13311>
- McKay, M. T., Andretta, J. R., Magee, J., & Worrell, F. C. (2014). What do temporal profiles tell us about adolescent alcohol use? Results from a large sample in the United Kingdom. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1319-1328. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.008>
- Midanik, L. T., & Greenfield, T. K. (2000). Trends in social consequences and dependence symptoms in the United States: the National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health*, 90(1), 53-56.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Morselli, D. (2013). The olive tree effect: Future time perspective when the future is uncertain. *Culture & Psychology*, 19(3), 305-322. <https://doi.org/10.1177/1354067X13489319>
- Müller, U., & Giesbrecht, G. (2006). Psychological Models of Time: Arrows, Cycles and Spirals. *Culture & Psychology*, 12(2), 221-229. <https://doi.org/10.1177/1354067X06064580>
- Papastamatelou, J., Unger, A., Giotakos, O., & Athanasiadou, F. (2015). Is Time Perspective a Predictor of Anxiety and Perceived Stress? Some Preliminary Results from Greece. *Psychological Studies*, 60(4), 468-477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6>
- Pearson, M. R., Kite, B. A., & Henson, J. M. (2013). Predictive effects of good self-control and poor regulation on alcohol-related outcomes: Do protective behavioral strategies mediate? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 81-89. <https://doi.org/10.1037/a0028818>

- Pek, J., & Hoyle, R. H. (2016). On the (In)Validity of Tests of Simple Mediation: Threats and Solutions: (In)Validity of Tests of Simple Mediation. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(3), 150-163. <https://doi.org/10.1111/spc3.12237>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rice, S. L., Hagler, K. J., & Tonigan, J. S. (2014). Longitudinal Trajectories of Readiness to Change: Alcohol Use and Help-Seeking Behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 486-495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.486>
- Snyder, C. R. (2005). Teaching: The Lessons of Hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(1), 72-84. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.1.72.59169>
- Stolarski, M., Bitner, J., & Zimbardo, P. G. (2011). Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time & Society*, 20(3), 346-363. <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>
- Stolarski, M., Matthews, G., Postek, S., Zimbardo, P. G., & Bitner, J. (2014). How We Feel is a Matter of Time: Relationships Between Time Perspectives and Mood. *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 809-827. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9450-y>
- Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., & Zajenkowski, M. (2016). Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 93, 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
- Sugarman, D. E., Kaufman, J. S., Trucco, E. M., Brown, J. C., & Greenfield, S. F. (2014). Predictors of drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment: Predictors of Drinking and Functional Outcomes. *The American Journal on Addictions*, 23(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12098.x>
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time Perspective Therapy: A New Time-Based Metaphor Therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.763632>
- Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving: Tiffany & Wray. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- Tseferidi, S.-I., Griva, F., & Anagnostopoulos, F. (2017). Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 618-624. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1226508>
- Weinstein, A., Yemini, Z., & Greif, J. (2008). Motivational and Behavioral Factors Predicting Success in Cigarette Smoking-Cessation Treatment Combining Group Therapy With Bupropion. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(1-2), 79-92. <https://doi.org/10.1080/15560350802157536>
- Weissenberger, S., Klicperova-Baker, M., Zimbardo, P., Schonova, K., Akotia, D., Kostal, J., ... Ptacek, R. (2016). ADHD and Present Hedonism: time perspective as a potential diagnostic and therapeutic tool.

Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 12, 2963-2971.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S116721>

Witkiewitz, K. (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 426-438. <https://doi.org/10.1037/a0022889>

Zhang, J. W., & Howell, R. T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1261-1266. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.021>

Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilseman, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365-373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>

Chapitre 5 : Discussion

À l'aide des quatre articles présentés au cours du Chapitre précédent, nous avons tâché de répondre aux différents objectifs de ce projet de recherche. Chacun de ces articles a participé à sa façon à l'investigation des trajectoires de soin et de changement des patients recevant un soin ambulatoire pour une consommation problématique d'alcool. Le premier d'entre eux a visé une meilleure compréhension des facteurs liés aux situations d'interruption prématurée, par le patient, de la prise en charge. Le second s'est davantage centré sur les patients persistant dans le soin, en étudiant la question du changement expérimenté par ces derniers après une durée significative de suivi. Le troisième volet de recherche a alors approfondi cette réflexion en explorant un mécanisme possible de certains de ces changements, *via* l'étude de la relation réciproque entre la perspective temporelle future et la sévérité des problèmes liés à l'alcool. Enfin, le quatrième et dernier objectif de travail a eu comme but de déterminer si les différentes perspectives temporelles sont en mesure de médiatiser les relations entre la motivation au changement et les inclinations à consommer ou non de l'alcool, deux dimensions significatives à l'égard des trajectoires addictives et de soin.

Dans la mesure où les publications scientifiques sont soumises à des règles strictes de mise en forme, notamment relatives au nombre de pages, l'interprétation des résultats au sein des articles a nécessairement été restreinte. Ce Chapitre nous offre alors la possibilité de discuter plus en détail les résultats obtenus. Nous aborderons ensuite plus explicitement les forces et faiblesses de ce travail. Enfin, nous présenterons quelques retombées potentielles du projet quant aux pratiques cliniques et à la recherche spécialisée en addictologie. Une conclusion générale clôturera le cœur de ce travail.

5.1. La question des abandons prématurés du suivi

Au cours de ce premier volet de recherche, nous avons spécifiquement comparé les patients ayant interrompu de façon prématurée leur suivi au sein de l'antenne Beauséjour, aux autres patients. L'idée poursuivie est qu'un certain nombre de facteurs individuels, sociaux, relatifs au traitement ou à la conduite de consommation, constituent autant de facteurs de vulnérabilité contribuant à l'arrêt du traitement. Au sein de cette section, nous

dresserons ainsi tout d'abord un rapide constat sur ces arrêts précoces du suivi avant d'aborder plus en détail les dimensions qui ont effectivement été en mesure de distinguer les « perdus de vue » des autres patients.

5.1.1. Premiers éléments concernant les abandons prématurés

Conformément à ce qui s'observe habituellement dans la littérature, une proportion assez conséquente de l'échantillon, soit 46 % des participants ($n = 69$), a interrompu prématurément sa prise en charge (Brewer et al., 1990; McHugh et al., 2013; Roncero et al., 2012; Vuoristo-Myllys et al., 2013; Wickizer et al., 1994). Il est alors peu étonnant de repérer un écart d'environ 140 jours dans la durée moyenne de suivi entre les patients abandonnant le suivi et les autres. Qui plus est, un nombre notable de futurs « perdus de vue » ($n = 18$, 28 %) n'a assisté qu'au premier rendez-vous. Par la suite, la moitié de ce sous-échantillon de patients a rapidement interrompu le suivi, au bout du premier mois et des deux premiers rendez-vous. Une part importante des « perdus de vue » quitte ainsi très tôt le suivi, tandis que le reste de ces départs prématurés se distribuent de manière relativement homogène au cours du temps (Deane et al., 2012; McHugh et al., 2013; Wickizer et al., 1994).

Une durée de suivi plus restreinte implique par conséquent un nombre limité d'interventions et de contacts avec les professionnels. Certains patients, parmi ceux restant le moins longtemps inscrits dans la prise en charge, sont alors véritablement à risque de ne pas en tirer de réels bénéfices (Gossop et al., 2002; Perkins et al., 2016). On pourra tout autant s'interroger sur l'expérience spécifique des autres « perdus de vue », ceux restant un peu plus longtemps dans le soin (Fiorentine et al., 1999). Les concernant, peut-on supposer que l'action initiale d'une motivation extrinsèque a pu les impliquer plus fortement au moment de l'initiation de la prise en charge ? Ces individus peuvent également exprimer des attentes et des espoirs plus positifs vis-à-vis du soin et des changements attendus. Au cours du temps, ces attentes ont néanmoins pu évoluer jusqu'à ne plus être en adéquation avec la prise en charge. D'autres dimensions ou événements extérieurs ont également pu entrer en jeu (Laudet et al., 2009). On peut enfin considérer que certains patients intègrent le soin dans la continuité d'un fonctionnement addictif plus général. Le soin pourrait alors être vu comme devant répondre à un besoin immédiat et urgent. Ce dernier servira par exemple à satisfaire une pression extérieure, à rétablir un niveau de fonctionnement satisfaisant pour l'individu

(p. ex., demande de sevrage, d'une prescription médicamenteuse). La situation est alors paradoxale, dans la mesure où satisfaire cette demande, sans la questionner et la réinsérer dans une trajectoire individuelle plus globale, pourrait rapidement conduire à l'interruption de la prise en charge, tout comme cela serait également le cas si les intervenants ne sont pas en mesure de la satisfaire.

L'examen des motifs conduisant à l'arrêt du suivi révèle ensuite que la majorité des abandons prématurés surviennent lorsque tout contact est perdu avec le patient (c.-à-d., la catégorie « rendez-vous non honoré », d'après le protocole du projet DECA). On peut toutefois regretter que cette catégorie précise fasse figure de motif d'abandon prématuré par défaut. En effet, derrière ce terme, et surtout derrière la rupture du contact, peut se dissimuler une grande variété de situations. Certaines sont déjà documentées et répertoriées par le biais d'autres catégories, lorsque le contact peut être maintenu ou rétabli avec le patient ou un membre de son entourage : un décès, un emprisonnement, un déménagement, etc. D'autres nous resteront inconnues. Simultanément, on ne peut écarter totalement l'idée que parfois, les raisons avancées par les patients peuvent servir de justifications pour dissimuler leurs véritables motivations (Wagner & Acier, 2017). Il faut peut-être y voir une crainte de l'interaction avec les professionnels autour du choix de ne pas continuer le suivi. Se confronter aux soignants, évoquer d'éventuelles insatisfactions, peut être particulièrement coûteux pour l'individu (Laudet et al., 2009). Sans un protocole dédié, il reste néanmoins délicat d'accéder en détail à la grande diversité des préoccupations internes et des exigences externes qui tiraillent ces patients et les éloignent du soin (Wagner & Acier, 2017).

Quoi qu'il en soit, cette rupture de la communication en marge du soin reste particulièrement problématique. Tout d'abord, cela suggère que le patient s'inscrit, même temporairement, dans une dynamique d'éloignement vis-à-vis du soin formalisé. Ensuite, les équipes soignantes ont dans le même temps à intégrer dans leur pratique le fait qu'il y aura toujours une part de patients quittant le suivi sans leur donner la moindre justification (Wagner & Acier, 2017). Les professionnels tenteront naturellement de donner un sens à ces départs, cela ne restera qu'hypothèses et incertitudes. Ces réflexions aboutiront néanmoins à la construction d'une représentation et d'une perception particulière de ces patients. Cela pourra alors influencer les relations thérapeutiques ultérieures, voire toute une pratique institutionnelle et clinique.

5.1.2. Caractéristiques des patients abandonnant le soin

Le premier constat majeur que l'on peut ici effectuer porte sur le fait qu'aucune variable sociodémographique n'est en mesure de distinguer, à leur entrée en soin, les patients qui vont par la suite quitter prématurément le suivi des autres patients. Cela semble en contradiction avec bon nombre d'études de la littérature qui semblent souligner, par exemple, l'influence notable d'un plus jeune âge (Braitman & Kelley, 2016; Evans, Li, Grella, Brecht, & Hser, 2013; Graff et al., 2009; Maremmani et al., 2016; Wagner & Acier, 2017). Néanmoins, cet élément fait écho à la position de Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, et Duckert (2013) qui estimaient que ces dimensions, prises séparément, n'avaient finalement qu'un rôle très superficiel dans l'adhésion et l'observance thérapeutique en addictologie. Tout comme pour l'expérience addictive dans sa globalité, les trajectoires en soin ne peuvent alors être comprises à la lumière des seules variables relatives à l'individu. *A fortiori*, on peut également remarquer que la plupart des précédentes études utilisaient des modèles de régression pour prédire le maintien ou non en soin, alors que nous avons opté pour une comparaison, *a posteriori*, des différents sous-échantillons de patients. De plus, certaines de ces études incluaient des échantillons plus hétérogènes que le nôtre, comprenant une part plus importante de consommateurs d'autres substances illicites (Braitman & Kelley, 2016; McCaul, Svikis, & Moore, 2001).

Dans un second temps, on observe que les patients qui vont ultérieurement abandonner leur prise en charge présentent une sévérité plus importante de leur problématique liée à l'alcool, au moment où ils arrivent dans le centre de soins. Ce constat est cohérent avec ce qui se retrouve dans la littérature (Skule et al., 2017; Wagner, Bertrand, et al., 2017; Wagner & Acier, 2017). Cet état de fait peut souligner la place plus importante de la consommation dans l'existence de l'individu, sa plus forte prégnance subjective et objective, ses effets négatifs voire un phénomène de dépendance. La sensation de perte de choix et de liberté vis-à-vis de l'usage peut être particulièrement prononcée. L'impact de précédentes rechutes peut aussi être questionné. Même si aucune mesure de ce phénomène n'a ici été effectuée, le fait d'avoir rechuté remet parfois en cause des attentes, placées sur soi par soi-même et par des personnes significatives. Il est par ailleurs connu que l'effet de violation de l'abstinence peut avoir des répercussions importantes (p. ex., un sentiment accentué de culpabilité, une diminution de l'estime de soi), au point d'entraîner l'abandon complet de la

démarche de soin (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Néanmoins, aucune autre variable relative à la consommation (c.-à-d., la fréquence récente de la consommation ou la présence d'une polyconsommation) n'est en mesure de distinguer les deux sous-échantillons. Il faut tout d'abord souligner que la mesure de la fréquence de consommation ne rend finalement compte que d'une tendance générale sur les douze derniers mois. Une approximation qui ne permet pas de révéler une véritable différence entre les individus. Cela suggère simultanément l'intérêt d'une évaluation qualitative de ces pratiques, de l'expérience de l'individu quant à sa consommation. En ce qui concerne ensuite la polyconsommation, nos résultats semblent aller à contre-courant des précédentes études de la littérature (López-Goñi et al., 2012; Peters & Hughes, 2010; Subbaraman et al., 2017; Wagner & Acier, 2017). On pourra cependant argumenter que notre échantillon ne comporte finalement qu'une très faible proportion de patients déclarant consommer plusieurs substances ou présenter une problématique comportementale spécifique.

Quelques différences significatives sont ensuite observables en ce qui concerne les variables relatives au suivi. Ainsi, les futurs « perdus de vue » ont, durant la période effective de leur suivi, manqué davantage de rendez-vous que les autres patients. Ce constat souligne que les difficultés dans l'adhésion et l'observance thérapeutique ne s'expriment pas uniquement au moment de l'arrêt, effectif, de la prise en charge. Durant le suivi en tant que tel, des trajectoires individuelles bien spécifiques sont déjà vraisemblablement observables. On peut aussi introduire l'idée que le format ambulatoire peut éventuellement ne pas convenir à tous les patients (Roncero et al., 2012). Un autre fait plus surprenant concerne la différence significative relative à la durée séparant la prise de contact du patient avec la structure et la date du premier rendez-vous. À cet égard, les patients qui abandonneront plus tard le soin ont attendu moins de temps que les autres patients. Cette donnée reste en l'état pour le moins intrigante.

On pourrait suggérer qu'une forme de temps de latence ou d'attente serait nécessaire et bénéfique à l'individu pour qu'il puisse mieux définir et intégrer son besoin de changer. Cela peut être d'autant plus vrai chez les patients présentant les problématiques les plus sévères et qui sont les plus ambivalents vis-à-vis du changement. Venir en soin trop tôt, pour répondre à une demande pressante et urgente, alors que la motivation est encore relativement

incertaine, ne conduirait pas l'individu à adhérer adéquatement à la prise en charge proposée. Néanmoins, ce processus d'attente semble également relativement incertain, puisque certains patients pourraient finalement ne pas venir du tout en soin, ou pour n'y rester que très peu de temps. En effet, devoir être sur une liste d'attente a été précédemment associé à une barrière significative à l'entrée en traitement (Appel et al., 2004; Redko et al., 2006). Les patients peuvent alors devenir moins concernés par le fait d'être en soin après avoir dû attendre pendant un certain temps (Brown, Hickey, Chung, Craig, & Jaffe, 2009).

Nous constatons ensuite qu'un plus grand nombre d'abandons prématurés a eu lieu à l'automne et encore davantage en hiver, aux alentours de la fin d'année. On peut tout d'abord avancer que beaucoup de patients débutent leur prise en charge à l'automne (c.-à-d., 47 % de l'échantillon total, et 54 % des « perdus de vue »). Compte tenu de la durée moyenne du suivi des patients quittant le soin, 55 jours, il est peut-être logique de compter autant de départs lors de ces deux saisons. Néanmoins, cette époque est notamment caractérisée par l'occurrence des fêtes de fin d'année. Celles-ci impliquent de nombreuses sollicitations et occasions, familiales, sociales ou professionnelles, conduisant à la consommation d'alcool, notamment en France. Cette période peut également être délicate d'un point de vue familial, avec de potentielles rencontres, conflits, ou remises en question, et les enjeux émotionnels qui y sont mobilisés. Dans une moindre mesure, l'automne peut impliquer des contraintes de même nature, avec le retour des congés d'été, la reprise des activités, des habitudes et contraintes quotidiennes. Le tout peut alors tout autant favoriser l'initiation d'une demande de soin que son interruption prématurée. Le dernier tiers de l'année, et *a fortiori* la fin de cette dernière, pourrait alors constituer un véritable moment critique dans le suivi. Ces données, ces événements culturels, peuvent faire sens en France, et plus largement dans tous les pays occidentaux, du fait d'un patrimoine et d'origines communes. Toutefois, cela pourrait ne pas être valable dans des pays très éloignés. Même si l'influence occidentale s'est largement disséminée, de nombreuses autres cultures possèdent leur propre calendrier de festivités sociales et religieuses.

Pour continuer, nous avons identifié un ensemble de résultats significatifs, bien que restreint par leur nombre, *via* l'utilisation des outils psychométriques. Tout d'abord, on constate la présence de scores sensiblement supérieurs pour deux des trois dimensions de l'AAAQ : *Inclined/Indulgent* et *Obsessed/Compelled* (Inclination contextuelle et inclination

obsédante, selon notre propre proposition de dénomination). Pour rappel, ces dimensions font référence aux tendances de l'individu l'entraînant à se tourner vers l'usage d'alcool (*Approach inclination*). Concrètement, ces résultats suggèrent que les patients qui vont par la suite interrompre leur suivi ressentent, au moment de leur entrée en soin, une plus forte et plus irrépressible envie tournée vers la consommation (*Obsessed/Compelled*). Cette définition se rapproche fortement de celle communément admise du *craving*. Simultanément, et il est important de le souligner, ces patients semblent être davantage sensibles aux sollicitations, associées à l'évolution au sein d'un contexte social ou professionnel précis, encourageant la consommation (*Inclined/Indulgent*). Plus complémentaires que contradictoires, ces dimensions rappellent que les envies d'alcool ont différentes formes et origines (Kvamme et al., 2015). Enfin, ces données appuient la position des chercheurs suggérant que les tendances tournées vers la consommation sont en mesure de prédire l'abandon prématuré de la prise en charge (Field et al., 2013; Klein & Anker, 2013; Ray et al., 2006; Schlauch et al., 2012).

En parallèle, on remarque que les « perdus de vue » présentent un niveau plus important d'ambivalence à l'égard du changement (dimension *Ambivalence* de la SOCRATES) lorsqu'ils débutaient leur prise en charge. On pourra déjà relever que cette dimension recouvre en partie celles de l'AAAQ, en évoquant indirectement les tendances contradictoires à rechercher ou à éviter la consommation. Par ailleurs, il a déjà été notifié que les différents scores à l'AAAQ et à la SOCRATES apparaissent être corrélés entre eux, en population clinique (Schlauch et al., 2012). L'articulation de ces dimensions permet alors de mieux saisir les processus actifs chez les patients abandonnant le soin. Si des envies intenses tournées vers la consommation sont en mesure d'annihiler toute motivation au changement, l'action de celles tournées vers l'évitement de l'alcool n'est pas à négliger pour autant (Bradshaw et al., 2014; Browne et al., 2016; Schlauch et al., 2012, 2015). Qui plus est, de hauts niveaux simultanés dans ces tendances, ce qui est le cas dans le présent échantillon, peuvent s'avérer conflictuels du point de vue des ressources et processus psychologiques. Un véritable conflit subjectif est alors en mesure d'expliquer l'émergence de cette ambivalence. La littérature souligne qu'il est par conséquent fondamental d'aider à la résolution de ce conflit pour assurer l'engagement et la réussite du traitement (Hettema, Steele, & Miller, 2005; Oser, McKellar, Moos, & Moos, 2010). Cela n'est pas sans difficulté, car cette résolution s'accompagne d'une perte qui reste à négocier pour l'individu : soit la perte d'un plaisir tiré de la consommation

soit la perte d'un plaisir associé à l'idée d'une vie en dehors de la substance.

Sur un autre plan, une motivation extrinsèque peut être particulièrement fréquente parmi les individus qui sont orientés par d'autres structures, d'autres intervenants, ou encore leur entourage, vers un soin spécialisé en addictologie (Wagner, Bertrand, et al., 2017). Pour autant, le degré de motivation intrinsèque semble être un prédicteur important du niveau d'engagement dans le soin (Ryan et al., 1995; Zeldman, Ryan, & Fiscella, 2004). En effet, même associée avec un niveau important de motivation extrinsèque, les individus présentant une forte motivation internalisée sont plus persévérants à l'égard du changement que ceux qui ont une faible motivation intrinsèque (Tremblay & Simoneau, 2010). Certains auteurs soulignent que c'est avant tout la signification accordée au processus d'orientation vers le soin qui va prédire l'engagement de l'individu dans la prise en charge (Wild et al., 2006).

Aucune autre différence significative n'a émergé des analyses. Néanmoins, l'absence de résultats notables impliquant certaines dimensions va à l'encontre de ce qui s'observe dans la littérature. On remarque par exemple qu'il existe jusqu'à présent un relatif consensus concernant le rôle des déficits cognitifs sur les abandons du soin (Aharonovich et al., 2003; Brorson et al., 2013; Stevens et al., 2013; Vafaeinasab et al., 2015). A contrario, ici, aucune différence relative à ces dimensions n'est constatée. Il faut alors rappeler que le MOCA n'est pas un outil de diagnostic, et que certains auteurs discutent sa capacité à repérer de faibles déficits cognitifs (Alarcon, Nalpas, Pelletier, & Perney, 2015; Copersino et al., 2012; Nasreddine et al., 2005). Cet outil ne couvre, de plus, qu'une gamme restreinte de fonctions cognitives. Au-delà de cette première dimension, nous nous étions également attendus à relever des différences entre les deux groupes quant à l'état de santé, physique et mentale, au fonctionnement de l'individu, impacté par l'alcool et d'autres problématiques (Daeppen et al., 2014; Picci et al., 2014). Ce n'est ainsi pas le cas. Pour autant, la littérature regorge d'études rappelant l'impact déterminant des comorbidités physiques et psychiatriques sur le maintien en soin (Brorson et al., 2013; Meier & Barrowclough, 2009; Priester et al., 2016; Vafaeinasab et al., 2015).

Quoi qu'il en soit, les résultats non significatifs restent importants à prendre en considération, à la fois par les cliniciens et les chercheurs. En l'occurrence, certaines études ont pu souligner que les professionnels de santé avaient tendance à attribuer l'origine des

abandons prématurés à des facteurs strictement individuels (Palmer, Murphy, Piselli, & Ball, 2009). Simultanément, les patients insistent davantage sur des difficultés liées à leur environnement social ou à leurs interactions avec l'institution. Enfin, il faut insister sur le fait que l'arrêt du soin à un instant t ne présuppose pas de l'évolution future de la trajectoire dans le soin. Cette interruption reste avant tout la résultante de l'articulation complexe entre un ensemble de variables individuelles, environnementales et institutionnelles (Hellemann, Conner, Anglin, & Longshore, 2009). L'effet d'un seul élément peut éventuellement s'avérer déterminant à un instant donné et dans un contexte précis pour influencer la totalité de la trajectoire de soin.

5.2. Le changement après six mois de suivi

Après avoir étudié la question des patients abandonnant prématurément le suivi, nous avons souhaité explorer davantage l'évolution de ceux restés en soin. Ce second volet de recherche a ainsi visé à quantifier les changements observables chez les patients ayant reçu six mois de prise en charge au sein de l'antenne Beauséjour. Il faut en premier lieu rappeler que leur suivi a été relativement homogène, du moins sur la forme. Chaque patient a notamment reçu, en moyenne, une intervention par mois, principalement sous le format de consultations individuelles. Chacun d'entre eux a également annulé ou manqué un rendez-vous durant la période de suivi. Enfin, concernant ce qui a trait au changement, plusieurs résultats significatifs ont été observés, sur lesquels nous allons à présent revenir.

5.2.1. Changements relatifs à la conduite de consommation

Le premier constat majeur porte sur la réduction significative de la sévérité des problèmes relatifs à la consommation d'alcool. Dans l'ensemble, cela peut souligner une meilleure situation à l'égard de l'usage de la substance : moins de conséquences négatives manifestes, ou du moins, une réduction de leur impact sur l'existence de l'individu ; un meilleur contrôle du patient sur sa conduite ; une diminution de la place de l'alcool dans le quotidien, etc. Néanmoins, bien que cette baisse soit significative, on constatera, en se référant au score total obtenu à l'AUDIT, que l'alcool représente encore un problème saillant. Il faut alors plutôt considérer que ce sont les manifestations du trouble qui ont changé de nature, entraînant des effets différents sur l'individu et son environnement de vie. Ces modifications sont nécessairement à prendre en considération afin de pouvoir adapter la prise

en charge.

L'interprétation des évolutions relatives à la consommation peut être d'autant plus approfondie si nous nous intéressons au changement constaté sur des dimensions connexes. Ainsi, nous remarquons une diminution notable des scores moyens obtenus aux deux dimensions *Obsessed/Compelled* et *Inclined/Indulgent* de l'AAAQ. Ces scores restent bien plus élevés que ce qui s'observe habituellement, même au second temps de mesure (Field, Di Lemma, Christiansen, & Dickson, 2017). Ces dimensions désignent chacune, nous le rappelons, une tendance individuelle à rechercher la consommation. Observer une telle diminution dans un contexte de soin reste congruent avec ce qui se retrouve dans la littérature (Fatseas et al., 2015). Point intéressant, toute évolution des scores à ces sous-échelles induit une modification concordante des conduites de consommation (Schlauch et al., 2012; Schlauch, Levitt, et al., 2013). En revanche, aucune différence n'est observée en ce qui concerne la dernière dimension de l'AAAQ, *Resolved/Regulated*, décrivant un évitement de la consommation. Ici, un score élevé dès le début de la prise en charge peut souligner la tendance initiale, puis maintenue dans le temps, du patient à adopter des stratégies restrictives quant à l'usage d'alcool. Ces stratégies ont alors pu être modifiées au contact du soin, les rendant peut-être plus en adéquation avec les besoins et difficultés des patients.

La théorie du double processus, appliquée aux conduites addictives, suggère que ces inclinations à consommer ou non de l'alcool mettent simultanément en jeu des processus cognitifs de nature contrôlée, accessibles à la conscience, et des processus automatiques, associatifs et activés par les influences environnementales (De Houwer, Teige-Mocigemba, Spruyt, & Moors, 2009; Field et al., 2017; Kahneman, 2003; Stacy & Wiers, 2010). Chaque voie dispose d'une origine différente et d'une influence indépendante sur la réalisation des comportements (Knight, Waters, & Bandettini, 2009). Les processus automatiques entraînent notamment des biais attentionnels, des associations en mémoire en faveur ou en défaveur de la recherche d'alcool (Dickson, Gately, & Field, 2013; Fadardi & Cox, 2009; Field et al., 2013). L'évaluation de ces processus est également radicalement différente. Là où les processus contrôlés sont mesurables par simple auto-évaluation (p. ex., AAAQ), les processus automatiques ne sont accessibles que de façon indirecte, par exemple par une mesure du temps de réaction au cours de tâches cognitives spécifiques (Stacy & Wiers, 2010).

Il a notamment été montré que seuls les processus automatiques en faveur de la consommation d'alcool prédisent une accentuation de l'usage après la fin du traitement (Field et al., 2017). Dans le cas présent, nos résultats n'impliquent finalement que l'action de processus contrôlés. L'évolution de ces derniers ne présuppose pas de l'action de leurs équivalents inconscients. Les associations implicites semblent d'ailleurs jouer un rôle important en faveur des conduites addictives au cours des situations émotionnelles intenses (*arousal* élevé) (Stacy & Wiers, 2010). Leur action est d'autant plus importante quand les capacités d'autorégulation et de contrôle exécutif sont défailantes chez l'individu (Wiers et al., 2007). Qui plus est, l'alcool a lui-même une action réduisant le contrôle des fonctions exécutives qui va alors rendre les processus implicites encore plus efficaces (Weafer & Fillmore, 2008).

Enfin, en ce qui concerne la motivation au changement, on remarque une baisse substantielle des scores aux sous-échelles décrivant la reconnaissance de l'existence du problème lié à la consommation et l'ambivalence à l'égard du changement. On peut alors envisager que les patients ont, au cours du temps, dépassé un stade, initial, d'incertitude, d'inertie, de contemplation en ce qui concerne leur problématique. Le besoin de changer s'est peut-être affirmé durant la période de suivi, sans que nous puissions affirmer en l'état que cela est strictement dû à l'expérience en soin. De notre point de vue, la réduction du score de la dimension *Recognition* reste toutefois intrigante. En lien avec la diminution de la sévérité objective du trouble, on peut estimer que ses impacts se font moins ressentir pour l'individu, ou du moins, de manière beaucoup moins envahissante que par le passé. Le patient peut alors être amené à considérer que sa consommation n'est plus aussi problématique qu'auparavant. Enfin, la troisième dimension de la SOCRATES, *Taking steps*, ne connaît pas d'évolution significative. On remarque toutefois que les scores totaux moyens observés aux deux temps de mesure sont élevés (c.-à-d., environ 32 pour un maximum de 40). Il est alors envisageable que ces patients soient fondamentalement engagés dans le changement, et ce dès le début de leur prise en charge. Le degré et la nature de cet engagement peuvent évoluer au cours du suivi, étant étayés par les interventions et les évolutions positives déjà constatées. Pour conclure, la littérature souligne déjà le rôle favorable de cette dernière dimension dans les bons résultats généraux associés à la prise en charge (Bertholet, Cheng, et al., 2009).

5.2.2. Évolution de l'état de santé et du fonctionnement général

En plus des changements concernant la trajectoire addictive, nous avons repéré un ensemble significatif d'évolutions touchant à l'état de santé physique, mentale et au fonctionnement social des individus. En cela, nos résultats rejoignent ceux de la littérature (Daepfen et al., 2014; Lahmek, 2009; Morgan, Landron, & Lehert, 2004). Dans la situation présente, on constate que la presque totalité des dimensions évaluant la qualité de vie relative à la santé, à l'exception de l'activité physique et des relations avec les autres, se rapproche, après six mois de suivi, des valeurs standards observées dans la population générale française (Leplège et al., 2001). Il convient de rappeler que le score moyen initial concernant l'activité physique, et plus largement l'état de santé physique global, était déjà particulièrement élevé. Cela peut signifier que les individus disposent, au moment de leur entrée en soin, d'un niveau de fonctionnement satisfaisant sur cet aspect. La demande de soin, sauf pour certains patients présentant simultanément des atteintes physiques notables, n'a vraisemblablement pas concerné ces enjeux très spécifiques.

Si on ne peut pas relier l'intégralité de ces changements positifs relatifs à la santé au seul effet du soin reçu en addictologie, on ne peut pas négliger la place de ce dernier dans un parcours plus global de réadaptation. L'accompagnement implique non seulement un travail autour des détériorations physiques, psychologiques ou sociales, reliées à la consommation, mais également une action sur les divers facteurs de vulnérabilités : comorbidités préexistantes, précarité socioéconomique, etc. Dans la littérature, on observe une association entre le type d'aide sollicitée et les atteintes à la santé. Par exemple, un patient contactant une structure spécialisée en santé mentale aura des scores faibles sur les dimensions relatives à l'état de santé mentale (Leplège & Coste, 2002; Leplège et al., 2001). L'inverse est vrai dans le cas d'atteintes somatiques. Dans le cas présent, les sous-dimensions de la MOS SF-36 obtenant les scores les plus faibles, au moment de l'entrée dans le soin, sont les suivantes : Limitations dues à l'état psychique, Vitalité et Relations avec les autres. Toutes les trois sont associées, d'après les critères de l'outil, à la santé mentale. Cette constatation est assez similaire à celles d'autres études réalisées auprès des mêmes populations de patients (Lahmek, 2009; Morgan et al., 2004). Néanmoins, les chercheurs continuent de souligner le manque de connaissances dont nous disposons sur les mécanismes induisant ces évolutions (Bertholet, 2006; Bertholet et al., 2009; Kraemer et al., 2002).

Nous nous intéressons également à l'évolution des éventuels déficits cognitifs. À cet égard, aucune modification significative n'a pu être observée, là où cela avait été le cas ailleurs (Likhitsathian et al., 2012). Ce constat reste à discuter. Tout d'abord, les scores moyens recueillis au MOCA sont, pour les deux temps de mesure, très proches du score seuil de 26 permettant classiquement de repérer les individus présentant des déficits cognitifs. Le score moyen ici recueilli reste néanmoins similaire à celui observé au sein d'autres études comparables (Marceau et al., 2016). On peut alors avancer l'hypothèse que notre échantillon ne comporte finalement qu'un nombre très restreint d'individus présentant de telles problématiques. En ce qui concerne les quelques patients présentant des déficits plus significatifs, l'absence d'interventions spécifiques ou d'une orientation vers une structure spécialisée, à ce stade de l'accompagnement, peut éventuellement conduire à ne pas observer d'amélioration significative.

Enfin, il faut également souligner que les patients semblent bien percevoir ce meilleur état général. D'après leurs réponses, on constate qu'ils apparaissent être après ces six mois de suivi plus satisfaits de leur santé et de leur fonctionnement quotidien. Si l'apport du soin en addictologie est potentiellement important, il y a probablement une évolution plus générale de l'individu en marge de celui-ci. Le soin spécialisé peut toutefois permettre d'encourager et d'accompagner l'orientation des patients vers des ressources et des intervenants plus à même de prendre en charge certaines problématiques physiques, psychiatriques ou sociales plus précises. On pourra néanmoins encore s'interroger sur la systématisation de ces pratiques coordonnées et sur la capacité des individus à s'en saisir au moment adéquat.

5.2.3. Évolution des perspectives temporelles

En plus des indicateurs de changement relatifs à la consommation, à la santé ou au fonctionnement de l'individu, les perspectives temporelles ont constitué une autre piste d'investigation au cours de ce travail. En effet, le processus de changement peut également concerner ces perspectives plus larges, relatives à l'existence de l'individu, à la façon dont ce dernier considère son parcours et son vécu au temps. Au premier temps de mesure, à l'entrée en soin, certaines de ces dimensions ont un score moyen inférieur (Présent hédoniste), bien supérieur (Futur), ou encore très similaire (Passé négatif, Passé positif, Présent fataliste) à

ceux observés dans une littérature comparable (Davies & Filippopoulos, 2015). Après les six mois de suivi, les analyses ont révélé que seules deux de ces perspectives temporelles ont connu une évolution significative. Concrètement, le score moyen en Présent fataliste est devenu plus faible tandis que celui lié au Futur a augmenté.

Pour rappel, le Présent fataliste fait écho à la croyance en un futur où tout est joué d'avance (Zimbardo & Boyd, 1999). Il paraît alors peu utile à l'individu d'agir, dans le présent, pour tenter de changer le cours des événements. Cette dimension est notamment associée à un sentiment de résignation et de passivité. Dans le cadre de cette recherche, les patients arrivant en soin et présentant un score élevé en Présent fataliste exprimeraient un manque d'espoir en leur avenir. Ce positionnement peut être lié aux tenants et aboutissants de leur trajectoire de consommation, voire, plus largement, d'une trajectoire de vie défailante. Cette caractéristique peut qui plus est être révélatrice de l'impact délétère de la conduite addictive sur les rapports de l'individu au monde, aux autres et à lui-même.

Néanmoins, il est intéressant de souligner que la connotation et les répercussions de cette dimension sont culturellement marquées (Zimbardo & Boyd, 1999). En effet, le Présent fataliste a une tout autre valeur au sein des cultures asiatiques. Là où le fatalisme peut être mal perçu au sein de nos sociétés occidentales, prônant l'efficacité, la performance et le plaisir, les croyances orientales soulignent et acceptent la présence de forces dirigeant l'existence et la destinée des individus. Le Présent fataliste fait alors figure de métaphore positive, symbolise un lâcher prise, une forme d'acceptation constructive déterminant qu'il ne sert à rien de s'acharner à lutter alors que tout est déjà décidé. Cette précision souligne alors la nécessité de considérer avec attention les spécificités culturelles qui peuvent ainsi avoir une incidence majeure sur les trajectoires individuelles, *a fortiori* en soin.

Sur un autre versant, on remarque que les individus de cet échantillon présentent dès leur entrée dans le soin un niveau relativement modéré quant à la perspective temporelle future. Cela peut suggérer que ces patients ont déjà formulé un ensemble d'attentes en direction de l'avenir et d'une amélioration générale en lien avec le soin (Davies & Filippopoulos, 2015). Cette dimension est en effet associée à une considération positive de l'avenir (Zimbardo & Boyd, 1999). Elle est ainsi reliée à des attitudes pleines d'espoir et d'optimisme. Cette perspective temporelle est synonyme d'un attachement de l'individu à

l'élaboration et à l'engagement dans des projets épanouissants. Le patient peut alors facilement se projeter et favoriser les prochaines étapes de son existence. Il reste néanmoins possible que cet avenir ne corresponde finalement pas à ses espérances et se révèle particulièrement décevant.

Quoi qu'il en soit, l'association initiale entre un fort degré de Présent fataliste et un faible niveau de Futur, ainsi que leur évolution inverse au terme des six mois de prise en charge, nous éclaire sur la trajectoire des individus en soin. Conformément à la logique du fonctionnement addictif, il paraît tout d'abord y avoir une centration excessive sur le temps présent. Plutôt qu'être satisfaisante, cette focalisation semble contraignante et oppressante. Le futur, impliquant la répercussion et le prolongement des conduites de consommation actuelles, ainsi éventuellement que d'autres problématiques, peut être considéré comme peu favorable à ce stade. Après six mois de suivi, les patients semblent, dans l'ensemble, être devenus moins focalisés sur un présent réputé morose. Ils ont évolué pour devenir moins résignés face à leur avenir, moins passifs face aux événements. Davies et Filippopoulos (2015) ont souligné qu'après traitement, les individus délaissent leur vision d'un passé teintée de regrets et de culpabilité, tout en acceptant davantage leur vécu du présent. Simultanément, ils deviennent plus ouverts face à ce qui s'annonce pour eux dans l'avenir.

La causalité de ces changements reste néanmoins difficile à établir, et dépasse certainement la seule incidence de la prise en charge. Il reste particulièrement compliqué de développer des protocoles expérimentaux suffisamment contrôlés, tout en restant éthiques, en milieu clinique pour pouvoir comprendre la part de responsabilité des interventions (Davies & Filippopoulos, 2015). Une autre piste d'explication est intuitivement celle d'une régression au sens statistique vers les valeurs moyennes habituellement observées. Toutefois, ces valeurs évoluent soit jusqu'à dépasser les scores moyens relevés dans des populations cliniques et générales (Futur), soit jusqu'à devenir bien plus faibles (Présent fataliste) (Davies & Filippopoulos, 2015; Milfont, Andrade, Pessoa, & Belo, 2008; Przepiorka & Blachnio, 2016).

On peut alors souligner que la gestion de la problématique relative à l'alcool constitue à la fois une cause et une conséquence des modifications ici observées de ces perspectives temporelles. En effet, quand l'emprise de l'usage d'alcool devient moins importante, l'individu a davantage la possibilité de restructurer et de considérer la suite de son parcours personnel.

Il gagne aussi la capacité d'investir d'autres objets, d'autres personnes et d'autres activités. En parallèle, alors qu'ils sont en lien avec le soin, les patients peuvent apprendre à devenir moins entravés par une histoire de vie et un rapport au temps présent singulièrement négatifs et déplaisants. À cette occasion, ils pourront accéder à un futur plus épanouissant. Les réussites obtenues, les étapes franchies, au cours de la prise en charge, contribuent éventuellement à entretenir un rapport plus optimiste face à l'avenir et au changement (Davies & Filippopoulos, 2015; Erdos et al., 2009).

Pour conclure, il reste que l'absence d'évolution significative concernant les trois autres perspectives temporelles (c.-à-d., Passé négatif ; Passé positif ; et Présent hédoniste) peut interroger. On peut déjà envisager que ces trois dimensions connaîtront un changement plus tardif, voire plus difficile. Dans l'ordre de leur évocation, on fait ici référence à l'histoire personnelle et ancienne de l'individu, avec ce qu'elle recèle comme implications notamment émotionnelles. De l'autre, on évoque le rapport au plaisir, et donc potentiellement à l'alcool. À cet égard, on soulignera malgré tout une diminution du niveau de Présent hédoniste, mais n'atteignant pas le seuil de significativité statistique. Enfin, une autre possibilité est que ces dimensions ont déjà connu, dès les premières étapes de la prise en charge, des évolutions significatives, rapides, mais finalement peu durables dans le temps.

5.3. Relations bidirectionnelles entre la perspective temporelle future et la sévérité de la problématique relative à l'alcool

Le précédent volet de recherche a ainsi mis en lumière diverses évolutions, changements, au terme des six premiers mois de prise en charge des patients. L'objet de ce troisième volet de recherche s'est inscrit dans le prolongement de cette réflexion. Nous avons ici cherché à explorer la mécanique de ces modifications. L'accent n'a toutefois été mis que sur la relation entre la sévérité de la problématique relative à la consommation et la perspective temporelle future. En ce sens, six modèles de régression ont été établis, dans le cadre d'une approche à la fois transversale et longitudinale. Globalement, nous avons suivi les recommandations formulées par Barnett et ses collaborateurs (Barnett et al., 2013), à savoir de (i) mesurer l'existence d'une relation bidirectionnelle entre la perspective temporelle future et le niveau de sévérité de la problématique associée à l'alcool au sein d'échantillons divers, dont des échantillons cliniques ; (ii) d'employer des mesures continues afin de pouvoir

quantifier ces dynamiques ; et (iii) de contrôler efficacement l'impact des variables confondantes. Nous allons à présent reprendre les principaux résultats.

5.3.1. Dynamique transversale

La perspective transversale a pour avantage de nous offrir un instantané des individus à un moment donné. Cela nous permet de bâtir un profil plus réaliste des patients au moment de leur entrée dans le soin, puis après une période notable de prise en charge. En l'état, nos modèles de régression, pris deux à deux (c.-à-d., les Modèles 1 et 2 associés au premier temps de mesure, puis les Modèles 3 et 4, au second), mettent en évidence de fortes associations négatives entre la sévérité de la problématique liée à l'alcool et la perspective temporelle future. Ces résultats restent significatifs même lorsque l'effet de différentes variables connexes est contrôlé : la source de l'orientation vers le soin ; le niveau d'études ; la situation professionnelle ; ainsi que les mesures initiales à l'AUDIT et au ZTPI pour les Modèles 5 et 6. Il faut enfin insister sur le fait que ces relations sont strictement réciproques et identiques (c.-à-d., une des variables prédit l'autre, et inversement, dans les mêmes proportions), donnant avant tout à ces résultats une valeur corrélationnelle.

Cela suggère néanmoins, autant au moment où le patient entre en soin qu'après six mois de suivi, qu'un haut degré de perspective temporelle future est associé à un faible niveau de sévérité de la problématique relative à la consommation d'alcool. L'inverse étant donc également valable. En cela, ces observations sont comparables à celles de la littérature (Apostolidis, Fieulaine, & Soulé, 2006). Qui plus est, lorsque l'on regarde la valeur des coefficients de corrélation et de régression, on a l'impression que ces associations deviennent plus fortes après six mois de suivi. Toutefois, d'un point de vue statistique, cette évolution n'est pas significative, certes, de peu. Il est alors possible qu'il ne s'agisse que d'une tendance, qui deviendra peut-être significative après une durée plus conséquente de prise en charge.

On peut en revanche envisager que ces deux dimensions vont faire l'objet de bouleversements remarquables en lien, et plus largement, en marge de la prise en charge. Le changement expérimenté par l'individu au cours de cette période, impliquant éventuellement un meilleur contrôle de la conduite de consommation, un état de santé et un fonctionnement général améliorés, un réinvestissement du monde et du rapport à soi et aux autres, peut alors être associé à une profonde restructuration de la façon dont ce dernier va percevoir son passé,

son présent et son futur. La part de responsabilité du suivi spécialisé reste encore une fois à définir. Il est déjà supposé que le contenu même des interventions impacte, même indirectement, ce rapport au temps (Davies & Filippopoulos, 2015). Il faut toutefois noter que dans le cadre d'un soin ambulatoire, l'individu reste en communication permanente avec son environnement de vie habituel, sur lequel les professionnels n'ont qu'une action très réduite. Par conséquent, de nombreuses variables extérieures sont en mesure d'agir sur l'évolution de l'une ou l'autre des dimensions au cœur de ces analyses.

Quoi qu'il en soit, ces premiers résultats, bien que limités par leur nature transversale, sont cohérents avec les dynamiques décrites ailleurs dans la littérature. En ce sens, la perspective temporelle future semble alors avoir un réel rôle protecteur à l'égard des conduites de consommation de substances psychoactives, et donc d'alcool (Beenstock et al., 2011; McKay et al., 2014). Ainsi, un individu résolument tourné vers l'avenir ne laissera probablement pas sa place à de telles conduites de consommation, ou du moins sans éventuellement pouvoir en garder une certaine maîtrise. La dynamique de consommation, le temps pris pour rechercher, consommer et se remettre des effets de l'usage, va en elle-même s'opposer à la perspective d'une existence orientée vers le futur.

La perception des risques et des bénéfices associés aux usages d'alcool, autres que modérés, peut alors en être particulièrement façonnée. Chez ces individus, l'alcool pourra alors faire figure d'un plaisir tout à fait dispensable. A contrario, un usage problématique aura vraisemblablement un impact négatif notable sur la capacité de l'individu à se projeter et envisager son avenir. On peut notamment penser à l'interférence induite par les effets et répercussions négatives de ces consommations sur la vie et le fonctionnement quotidien. Oppressé par ce vécu, l'individu se retrouve enfermé dans le temps présent. Cette centration excluant le futur peut éventuellement être reliée à la mécanique même de l'expérience addictive.

5.3.2. Dynamique longitudinale

Les deux derniers modèles de régression complètent et élargissent notre perception de l'association entre nos deux dimensions d'intérêt. Précisément, le Modèle 5 suggère que la perspective temporelle future, mesurée au moment de l'arrivée en soin, est capable de prédire le niveau de sévérité de la problématique relative à l'alcool après six mois de suivi.

Nous obtenons ici des résultats significatifs. Cela va toutefois à l'encontre de ce qui a été observé par Barnett et al. (2013). Jusqu'à présent, plusieurs études scientifiques ont mis en lumière le rôle de cette perspective temporelle dans la prédiction, à court, moyen et long terme, du niveau de consommation de substances, en l'occurrence de tabac (Goto, Takahashi, Nishimura, & Ida, 2009; Yoon et al., 2006). Aucune association longitudinale n'a été démontrée en ce qui concerne l'usage d'alcool. Barnett et ses collaborateurs (2013) ont justifié l'absence de relation par la perception spécifique quant aux risques et bénéfices de la consommation dont disposent les jeunes participants composant leur échantillon. Comparativement à d'autres classes de substances psychoactives, l'alcool est davantage perçu comme positif, convivial, créateur de lien, tandis que ses risques se retrouvent minorés (Zamboanga, Schwartz, Ham, Jarvis, & Olthuis, 2009).

Néanmoins, le constat peut être relativement différent au sein de notre échantillon. Ce dernier est en effet constitué d'individus globalement plus âgés, et surtout, rencontrés dans le cadre de leur prise en charge pour un usage problématique d'alcool. Par conséquent, leur regard sur les bénéfices et les risques relatifs à la consommation est vraisemblablement bien peu similaire. Ces individus, au cours de leur trajectoire de consommation, ont pu expérimenter une large gamme d'effets indésirables. À terme, ces conséquences négatives sont devenues de plus en plus prégnantes au quotidien. Cependant, ressentir de tels effets n'implique pas nécessairement l'orientation vers le changement. En fonction des parcours de chacun, la consommation devient une source majeure de mal-être, tout en en représentant simultanément une solution temporaire, mais régulièrement insatisfaisante.

Plus largement, l'orientation temporelle d'un individu semble pouvoir être reliée à des changements psychologiques et comportementaux significatifs. En particulier, d'après la *Temporal Self-Regulation Theory*, les jugements individuels portant sur les conséquences temporelles, à distance, d'un comportement donné sont révélateurs de la poursuite, de la modification et de l'arrêt de ce dernier (Hall & Fong, 2007). Dans le cas présent, un haut niveau de perspective temporelle future peut souligner une prise en compte rigoureuse des conséquences, à plus ou moins long terme, relatives à la consommation d'alcool. Par extension, cette pleine considération des enjeux permet éventuellement un meilleur engagement vers le changement. La dynamique inverse est également pertinente d'un point de vue clinique. À cet égard, l'individu, ne se représentant que très peu la globalité des

conséquences de sa conduite, n'aura pas envie d'induire une quelconque modification à cette dernière, si celle-ci persiste à être un minimum satisfaisante. En parallèle, cet « aveuglement » quant au futur tend à faire privilégier exclusivement les retombées immédiates de l'usage. De prime abord, ces effets sont bien souvent positifs, satisfaisants, et recherchés comme tels. Lorsque des impacts indésirables, non recherchés, surviennent, la meilleure alternative est alors une reprise de la consommation.

Nos résultats se doivent d'être quelque peu nuancés. En effet, la perspective temporelle future, d'un point de vue purement statistique, a une capacité relativement limitée de prédiction. En l'occurrence, cette variable explique à elle seule 7 % de la variance de la sévérité de la problématique liée à l'alcool après six mois de prise en charge. Nous pouvons dans un premier temps argumenter que l'impact de la perspective temporelle peut varier au cours du suivi (Cook, Heather, & McCambridge, 2015). Il est vrai que, dans l'étude de Barnett et al. (2013), les résultats non significatifs ont été obtenus alors que le second temps de mesure a été réalisé un an après la première évaluation. Il est donc possible que l'effet de la perspective temporelle future soit plus important au début de la prise en charge, au moment où la motivation au changement constitue un enjeu fondamental. Cette perspective temporelle pourrait alors plutôt faire figure de prédicteur à court et moyen terme de l'évolution de la sévérité de la problématique. Il ne faut néanmoins pas oublier que de nombreuses variables peuvent impacter ces modifications en marge du soin, sans parler des possibles interactions directes et indirectes entre elles.

Enfin, nous observons a contrario une absence de résultats significatifs pour le Modèle 6, impliquant la relation longitudinale inverse entre le degré de sévérité de la problématique et la perspective temporelle future. La non-significativité semble par contre cohérente avec la littérature et notre précédent axe de recherche (cf. 5.2.3., pp. 273-276). Ainsi, la seule ampleur de la problématique liée à l'alcool, *a fortiori* aux premières étapes du soin, ne possède vraisemblablement pas une force prédictive suffisante pour rendre compte des évolutions ultérieures de l'orientation temporelle d'un individu. Il semble ainsi plus pertinent de questionner le rôle de l'accompagnement spécialisé, ainsi que celui des changements quotidiens survenant en marge de celui-ci. Qui plus est, les enjeux motivationnels peuvent constituer d'autres pistes explicatives intéressantes. Les individus les plus motivés à l'égard du changement, ne serait-ce simplement par une réduction ou un contrôle des

consommations, seront plus à même de bénéficier du plein potentiel des interventions qui leur sont proposées. Par extension, cela peut induire plus rapidement un bouleversement des perspectives de vie de l'individu, incluant ce rapport au temps.

5.4. Effet médiateur des perspectives temporelles sur la relation entre inclinations à consommer de l'alcool et motivation au changement

Ce quatrième volet de recherche marque la dernière étape de notre exploration du changement. Il vise plus précisément à faire progresser davantage notre compréhension de l'effet des perspectives temporelles sur le changement durant et en marge du soin. Nous avons alors cherché à préciser le rôle médiateur de ces dimensions sur la relation entre l'inclination à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement. Cela revient à supposer que le fait de présenter une tendance en faveur ou en défaveur de la consommation va influencer la manière dont un individu perçoit et se positionne par rapport à son passé, son présent et son futur. Ces perspectives temporelles impactent en retour son rapport au changement. Afin d'explorer ces associations, six modèles de médiation ont été élaborés, trois par temps de mesure. Les résultats obtenus vont être davantage discutés dans les prochaines sous-sections. Avant de débiter, il convient de préciser que s'il n'y a pas d'effet indirect total (c.-à-d., une médiation de l'ensemble des cinq perspectives temporelles), le rôle médiateur, indépendant, c'est-à-dire lorsque l'impact des quatre autres dimensions a été contrôlé, de certaines d'entre elles a bien été distingué. Tous les effets de médiation ne s'observent cependant qu'au premier temps de mesure.

5.4.1. Le rôle médiateur du Passé négatif

Le Passé négatif est ici essentiellement impliqué dans la relation entre la tendance à éviter la consommation (dimension *Resolved/Regulated* de l'AAQ) et les trois facettes de la motivation au changement qui étaient évaluées : la reconnaissance du trouble ; l'ambivalence ; et l'action. Un constat est déjà à noter. En effet, la tendance à l'évitement de la consommation d'alcool a globalement un effet indirect positif, par l'action du Passé négatif, sur la reconnaissance de l'existence d'un trouble, le degré d'ambivalence et la mise en action du changement.

Pour mieux comprendre ces résultats, on peut tout d'abord envisager que l'envie

spontanée de réduire sa consommation d'alcool, ou du moins d'y apporter des modifications notables, d'y mettre de la distance, survient lorsqu'un individu est confronté à l'accumulation préoccupante de répercussions négatives et indésirables, à une perte de contrôle subjectivement insupportable, ou encore à la suite d'un événement de vie significatif. Un objectif immédiat pourra alors être de chercher à contrôler par tous les moyens possibles l'exposition à la substance, en évitant au maximum les situations qui peuvent habituellement se révéler propices aux usages. Certains patients peuvent alors choisir de s'orienter vers une abstinence radicale et immédiate.

L'absence des effets psychoactifs habituels de l'alcool, et plus largement, la rupture avec les habitudes de consommation, pourra conduire à faire ressurgir certaines pensées et émotions jusque-là « éteintes » par l'usage. Ce contenu émotionnel spécifique, lié à une histoire et une expérience de vie parfois particulièrement difficile, voire traumatique, ressurgira alors dans le quotidien. Simultanément, la présence des conséquences négatives associées à la consommation pourra accentuer un sentiment de culpabilité, de honte, d'échec face à la résurgence de ce passé. C'est de cette manière que nous définissons le lien positif entre l'évitement de la consommation et le Passé négatif. Pour rappel, cette perspective désigne le degré selon lequel les souvenirs déplaisants du passé vont envahir et interférer avec la vie quotidienne de l'individu (Boniwell & Zimbardo, 2003; Zimbardo & Boyd, 1999). Cette action interférentielle peut prendre des proportions particulièrement remarquables, voire dramatiques. Le Passé négatif a par exemple été associé avec divers troubles du sommeil et le syndrome de stress post-traumatique (Zimbardo & Boyd, 1999).

Tandis que le patient va se remémorer ces souvenirs, il pourra devenir davantage conscient de l'ampleur de la problématique relative à l'alcool. Par extension, il envisagera et déploiera par la suite, peut-être plus facilement, diverses stratégies tournées vers un changement durable. Le lien avec le niveau d'ambivalence peut toutefois sembler moins intuitif. On peut alors souligner que la reviviscence d'un passé accablant n'est pas anodine d'un point de vue émotionnel. D'après la littérature, un haut niveau de Passé négatif a été associé à une augmentation des niveaux d'affects négatifs, de stress et d'anxiété (Chavarria, Allan, Moltisanti, & Taylor, 2015; Papastamatelou, Unger, Giotakos, & Athanasiadou, 2015; Stolarski, Matthews, Postek, Zimbardo, & Bitner, 2014; Tseferidi, Griva, & Anagnostopoulos, 2017). Par conséquent, on peut estimer que les patients particulièrement centrés sur ce passé

vont hésiter à abandonner leurs habitudes de consommation d'alcool. Cette substance garde une action certaine dans la gestion subjective des émotions et des événements désagréables, en tant que remède privilégié à la détresse psychologique.

5.4.2. Le rôle médiateur du Futur

Nous avons ensuite constaté que la perspective temporelle future était impliquée dans la relation liant deux dimensions de l'AAAQ, l'évitement de l'usage d'alcool et l'envie impérieuse de consommer, à celle de la SOCRATES relative au degré de reconnaissance des difficultés actuelles. Les effets indirects, synonymes de médiation, sont respectivement de nature négative et positive. Les pistes d'interprétation sont particulièrement intéressantes à développer.

Tout d'abord, on estime qu'un patient prêt à mettre de la distance avec sa consommation, en évitant au maximum les conduites d'alcoolisation et les situations qui peuvent à risque, va faire l'expérience de moments sans alcool. Grâce à ces temps, il va pouvoir, par exemple, réapprendre à réinvestir son quotidien, son lien aux autres et à différentes activités. L'expérience d'une moindre place de l'alcool, éventuellement contraignante dans un premier temps, pourra évoluer et être vécue comme positive. Il s'agit d'un instant clé où les attentes et les perspectives de l'individu vont rompre avec la sensation d'emprisonnement associée à l'usage d'alcool. Cela permettra à l'individu de se projeter vers l'avenir, de concevoir une trajectoire d'évolution au plus long cours. C'est ici que l'on peut situer une augmentation progressive de la perspective temporelle future.

La dynamique entre les envies massives et oppressantes tournées vers la consommation d'alcool et la perspective temporelle future semble, peut-être, plus intuitive à saisir. On peut penser que l'ampleur et l'omniprésence de ces envies entravent significativement les ressources habituelles de l'individu au quotidien. Ce désir de consommer ancre en effet l'individu dans son présent, qu'il va investir afin de satisfaire le besoin d'alcool. Simultanément, les ressources qui peuvent par ailleurs être consacrées à la dynamique de changement, à sa planification à plus ou moins long terme, ne peuvent plus être aussi facilement sollicitées. Plus encore, on peut envisager que certains patients refusent de se projeter dans un avenir où ces envies, désagréables par essence, prédomineraient encore. C'est ainsi que cette tendance particulière à l'égard de l'usage d'alcool peut être négativement

associée avec le niveau de perspective temporelle future.

Dans un second temps, les individus ayant tendance à planifier sur le long terme sont connus pour être capables de déployer diverses stratégies protectrices et de ne pas s'engager des conduites perçues comme étant à risque. Dans le contexte d'un usage d'alcool, ils peuvent finir par être plus aptes à résister aux envies et aux sollicitations relatives à la consommation, dans la mesure où ils mettront davantage l'accent sur divers objectifs, personnels, familiaux ou encore professionnels, plus éloignés dans le temps, mais mieux valorisés que les gratifications immédiates liées à la substance (Morselli, 2013; Pearson, Kite, & Henson, 2013). Néanmoins, nous n'observons pas ici de relation significative entre le Futur et la dimension d'action en faveur du changement. Il faut peut-être ici considérer l'impact du temps de mesure. En effet, les résultats significatifs issus des analyses de médiation proviennent exclusivement des données recueillies au moment où les patients sont entrés en soin. L'articulation effective entre une orientation vers le futur et des stratégies de changement déjà ou en voie d'être déployées n'est peut-être pas évident à retrouver à cet instant, *a fortiori* dans le cadre d'une approche transversale.

En revanche, on constate que la perspective temporelle future est négativement associée avec le degré de reconnaissance de la problématique liée à l'alcool. Plusieurs explications sont possibles. Dans un premier temps, certains auteurs ont souligné qu'être trop tourné vers un avenir dit éloigné, par opposition à un futur plus proche de nous, peut conduire les individus à négliger leur présent, et donc les difficultés actuelles relatives à leur consommation d'alcool (Morselli, 2013). Avoir déjà planifié son évolution future, anticipé le fait d'atteindre ses objectifs et les conséquences de ceux-ci peut laisser penser à l'individu que les problématiques actuelles ne sont finalement pas si handicapantes que cela, qu'elles ne constituent qu'un obstacle temporaire. Plutôt que d'y voir une forme de banalisation de la situation présente, on préférera plutôt considérer que l'individu en mesure de se projeter de l'avant va plus facilement se sentir en mesure de changer pour atteindre ses objectifs de vie. Le fait d'être venu en soin, finalement, peut faire figure d'argument en faveur de sa capacité à déclencher et à s'engager en faveur de ce mouvement évolutif. Le contact avec le soin, les interventions, les traitements, sont autant d'outils permettant de renforcer l'individu dans cette trajectoire.

Une autre explication, un peu plus distale et spéculative, pourrait être que certains individus perçoivent leur futur comme étant excessivement menaçant, incertain. La mesure de l'orientation temporelle future, *via* le ZTPI, définit une perspective associée à un épanouissement, un enrichissement, résolument positif (Papastamatelou et al., 2015). Il manque néanmoins une importante valence négative à l'égard de ce futur (Zimbardo & Boyd, 1999). Concrètement, nous manquons d'une évaluation rendant compte d'un futur flou, potentiellement décevant, présentant le risque de faire perdre aux individus les quelques points de repères et attaches qu'ils ont actuellement. Cela peut concerner tout particulièrement les individus déjà bien éprouvés par leur histoire de consommation, ou qui ont fait l'expérience de la déception liée à une dissonance entre leurs attentes et la réalité. Par conséquent, ces derniers ne rechercheront pas à se projeter outre mesure vers un avenir considéré par avance comme non satisfaisant. Le corollaire pouvant être qu'ils vont chercher à rester centrés sur leur quotidien et consacreront davantage leur attention et ressources aux problématiques immédiates.

5.4.3. Le rôle médiateur du Présent fataliste

Enfin, parmi les trois perspectives temporelles ici mises en lumière, celle semblant la plus significative en tant que médiateur, tant par la taille des effets indirects que par le nombre de relations dans lesquelles elle est impliquée, est le Présent fataliste. On constate en effet qu'elle est significativement engagée dans toutes les associations entre les deux dimensions décrivant une inclination envers la consommation (*Inclined/Indulgent ; Obsessed/Compelled*) et la reconnaissance du trouble, l'ambivalence et l'action en faveur du changement. Dans les situations où ce sont les envies irrépressibles tournées vers l'usage d'alcool qui sont en jeu, l'effet indirect sur les dimensions de la motivation au changement, passant par l'action du Présent fataliste, est négatif. Dans les cas où l'on s'intéresse davantage à une vulnérabilité aux sollicitations externes favorisant la consommation, cet effet indirect sera lui positif. On va maintenant détailler plus précisément ces dynamiques.

En premier lieu, les fortes envies d'alcool (dimension *Obsessed/Compelled* de l'AAAQ) prédisent une augmentation significative du Présent fataliste chez l'individu. Ces envies peuvent concerner une population dont les trajectoires de consommation paraissent être déjà assez anciennes, préoccupantes par leurs caractéristiques et leurs répercussions. D'une

certaine manière, tout semble se passer comme si un patient, submergé par ses envies irrépressibles, perdait progressivement son sentiment de maîtrise sur la consommation, sur sa capacité de choisir, et finalement sur son propre avenir. La nature inattendue, oppressive et surtout incontrôlable des manifestations peut constituer une réelle expérience handicapante d'un point de vue subjectif. Ce vécu déplaisant peut lui-même s'inscrire dans le parcours d'individus déjà bien affectés par les conséquences négatives, une histoire ou un environnement de vie complexe. Conformément à la définition classique de cette perspective temporelle, l'individu finit par ne plus se sentir capable d'agir efficacement sur la situation présente (King & Gaerlan, 2013; Zimbardo & Boyd, 1999).

Adopter une attitude résignée et passive à l'égard du présent et de l'avenir peut induire une augmentation significative du niveau de stress perçu, d'anxiété et de dépression, tout en réduisant le degré général de satisfaction de vie (Chen et al., 2016; Papastamatelou et al., 2015; Tseferidi et al., 2017; Zhang & Howell, 2011). L'individu finit par se retrouver encore plus lié à sa consommation, seul point de repère satisfaisant et facilement accessible, ce qui va encore davantage en accentuer les répercussions sur sa santé, son fonctionnement général et son environnement de vie. En termes de conséquence quant au processus de changement, l'individu ne disposera plus des ressources, cognitives et émotionnelles, suffisantes pour reconnaître l'actuel aspect problématique de sa consommation ni le besoin d'y apporter une modification significative. Ce trouble pourra être assimilé à une fatalité par l'individu. Son émergence et son maintien peuvent sembler naturels. Sans prise de conscience de la nature de la problématique, aucune véritable ambivalence ne peut se manifester, sauf éventuellement du fait de pressions extérieures. Par extension, aucune stratégie dirigée vers le changement ne peut alors être conçue et déployée.

En parallèle, d'autres envies, plus subtiles en termes d'intensité, mais induites par l'environnement et l'influence sociale, coexistent et sont significatives dans l'expérience subjective du consommateur. Ces tendances sont, elles, négativement associées au Présent fataliste au moment où les patients entrent en soin. Cela implique que plus cette dimension sera présente et significative chez l'individu, moins le niveau de la perspective temporelle sera élevé chez ce dernier. Cette inclination particulière souligne également l'insertion de la consommation au sein d'un contexte de vie et d'environnements bien spécifiques. Ces derniers seront nécessairement à prendre en compte dans le cadre de la prise en charge et

plus globalement, du changement, tant ils peuvent le favoriser ou l'entraver. Cette tendance tournée vers la consommation inspire également qu'un ensemble d'indices extérieurs, visibles, caractéristiques des habitudes du consommateur, sont pris en considération dans la détermination des conduites de consommation.

Contrairement aux envies irrépessibles qui peuvent lui sembler mystérieuses et incompréhensibles, l'individu reste ici tout à fait capable de désigner et de décrire avec précision les situations et contextes qui le mettent potentiellement en difficulté. Il détient en effet une expertise singulière quant à ses pratiques et ses habitudes d'usage. Il garde ainsi un certain degré de contrôle, même si cela peut éventuellement lui sembler délicat compte tenu l'influence de l'environnement sur ses propres conduites. Ici, la difficulté pourra plutôt venir d'une vulnérabilité individuelle aux pressions extérieures incitant à la consommation, accompagnée d'un contrôle personnel défaillant face aux effets de l'usage. Si la consommation revêt ainsi une telle importante fonction sociale et identitaire, il sera nécessaire de l'aider à la renégocier et la redéfinir au cours du changement. En effet, la continuité du fonctionnement social peut constituer un objectif impératif pour le patient.

En retour, on constate que la reconnaissance explicite de la nature problématique de la conduite reste accessible à l'individu. En lien avec l'importance du contexte, l'insertion de la pratique de consommation dans un environnement donné peut fournir l'opportunité à l'individu de recevoir des retours pertinents en provenance de ce dernier. La prise de conscience peut ainsi en être favorisée avec l'aide d'autrui, des pairs, proches et autres membres de la famille. Les personnes avec qui le patient a l'habitude de consommer peuvent être les premières à souligner la dérive négative dans laquelle s'est progressivement inscrit ce dernier. L'individu dispose quant à lui d'un panel de ressources personnelles accessibles pouvant l'aider à prendre conscience de l'existence d'une telle difficulté. En revanche, dans la mesure où la consommation peut revêtir une forte fonction socialisante, le patient peut malgré tout rester relativement ambivalent en ce qui concerne le fait d'y apporter une modification notable. La crainte de perdre ce lien social peut prévaloir sur la considération des effets négatifs de l'alcool. Quand les individus doivent choisir entre deux alternatives équitablement valorisées, ils éprouvent une forme d'interférence motivationnelle persistant même après l'établissement d'un choix précis et entravant par la suite la conduite (Hofer, Kuhnle, Kilian, Marta, & Fries, 2011). Néanmoins, une fois l'ambivalence résolue, le patient

serait peut-être à même de finalement plus facilement implémenter le changement par l'acceptation et l'utilisation de stratégies adaptées.

5.4.4. Effets directs et indirects

Au cours des trois précédentes sous-sections, nous avons détaillé les actions de médiation de trois perspectives temporelles sur les relations entre les trois inclinations à rechercher ou éviter la consommation et les dimensions propres à la motivation au changement (cf. Figure 9, p. 144). Sans le nommer explicitement, nous avons ainsi particulièrement exploré le chemin d'analyse *ab*, allant du prédicteur principal au médiateur puis à la variable prédite. Néanmoins, il nous semblait pertinent de revenir sur les effets totaux et directs des trois variables explicatives afin de mettre en perspective l'importance des effets indirects précédemment décrits. Pour rappel, l'effet total *c* du prédicteur est égal à la somme de son effet direct *c'* et des différents effets indirects *ab* impliquant l'action des médiateurs.

On remarquera tout d'abord que la tendance à l'évitement de la consommation a un effet direct positif significatif sur les actions en faveur du changement. Un individu ayant conscience de sa problématique, ou devenu insatisfait des effets liés à l'usage, pourra chercher à mettre une distance raisonnable, protectrice, avec la substance. En cela, il va développer un ensemble de stratégies, par ses propres moyens ou appuyées par autrui, voire par le soin formalisé, destinées à soutenir cette démarche. Pour d'autres patients dans une démarche de soin, la mise à l'écart de l'alcool peut constituer une étape nécessaire et rassurante avant d'envisager un changement plus serein et approfondi. Enfin, nous avons souligné l'action indirecte par le Passé négatif (cf. 5.4.1., pp. 281-283).

Concrètement, l'effet indirect impliquant cette perspective temporelle étant de valence positive, son addition à l'effet direct de l'inclination à éviter l'alcool sur la mise en place et l'engagement au sein de différentes actions en faveur du changement accroît davantage la force de l'effet total. La remémoration des expériences négatives, associés ou non à la trajectoire de consommation, contribue à accentuer, dans les actes, la redéfinition du rapport à l'alcool. On constatera a contrario qu'il n'existe aucun effet total, et direct, significatif, en ce qui concerne la reconnaissance du trouble et l'ambivalence. Cela peut sembler logique dans la mesure où chercher à éviter la consommation correspond déjà à un objectif défini, au fait qu'une action est nécessaire, car cette conduite ne répond plus aux

attentes de l'individu. Soit il a déjà bien conscience que cet usage constitue un problème et cherche à s'en défaire, soit ce n'est déjà plus un enjeu problématique.

On relève ensuite la présence d'un effet direct, positif, significatif de la part de la variable évoquant de fortes envies irrépessibles d'alcool, sur le fait de reconnaître la nature problématique de la consommation et le degré d'ambivalence. En soi, cette donnée peut sembler cohérente avec l'expérience addictive. Le *craving* est un phénomène important, voire inévitable, signe d'une véritable dépendance psychologique de l'individu à la substance. Ces manifestations, qui dépassent souvent la compréhension de l'individu, peuvent rapidement lui faire penser que quelque chose ne va pas. Néanmoins, tout en représentant une difficulté certaine, cette consommation peut encore constituer la seule solution, à elle-même voire à toute une gamme de préoccupations quotidiennes. Cette position rendra alors particulièrement délicat le fait de s'engager en faveur du changement.

Toutefois, la présence du Présent fataliste implique un effet indirect négatif qui semble alors, lorsqu'il est ajouté à l'effet direct positif, réduire la force de l'impact total de ces envies sur l'ambivalence ressentie par l'individu. On pourrait parler dans ce cas de figure d'un rapport de médiation partielle par le Présent fataliste. Ensuite, dans la situation où c'est la prise de conscience de la problématique que l'on cherche à expliquer, on remarquera que la présence de perspective temporelle future va induire un effet indirect, lui positif, mais bien moindre face à l'impact de celui relié au Présent fataliste. Dans ces deux cas, l'effet total des envies irrésistibles sur les deux stades du changement ici évoqués tend à être plus faible lorsque le poids de la médiation par le Présent fataliste (et dans une moindre mesure, du Futur) est pris en considération. En revanche, s'il n'existe aucun effet direct de ces envies sur la dimension Action, nous observons la présence d'une relation indirecte négative *via* le Présent fataliste.

Enfin, le constat propre aux modèles impliquant la dimension *Indulgent/Inclined* de l'AAAQ, est encore plus varié. Dans un premier temps, on remarque que s'il y a bien un effet direct négatif de la part de cette vulnérabilité « contextuelle » sur la reconnaissance d'un problème relatif à la consommation d'alcool, l'action indirecte positive *via* le Présent fataliste est de nature suppressive. Concrètement, son addition à l'effet direct rend l'effet total non significatif. Cette situation décrit ce qui auparavant aurait été désigné sous le terme de médiation complète. S'il fallait expliciter davantage l'effet direct, on pourrait suggérer que

l'insertion sociale et environnementale de la consommation constitue en premier lieu un facteur significatif de maintien de l'usage, quelles qu'en soient les conséquences. A contrario, s'il n'existe aucune relation directe entre cette dimension et le degré d'ambivalence, il existe bien une relation indirecte *via* l'impact positif du Présent fataliste. Enfin, on retrouve une relation de médiation partielle, par l'effet positif du Présent fataliste, sur la relation directe et négative entre ces vulnérabilités aux incitations extérieures à consommer et l'action envers le changement.

Pour conclure cette sous-section, on constate ainsi que les différents modèles de médiation apportent une lumière significative et spécifique sur la nature des relations entre les inclinations envers la consommation d'alcool et les différentes étapes du changement. Dans certains cas, la médiation renforce la relation directe déjà présente. Parfois, elle la réduit jusqu'à la faire disparaître. Enfin, l'effet indirect, par le biais de la perspective temporelle, est occasionnellement le seul effet observable. On pourra néanmoins constater que l'action combinée des prédicteurs et des médiateurs inclus dans ces modèles statistiques n'expliquent qu'une part limitée de la variance des scores aux variables dépendantes. Cela suggère encore une fois que les relations entre ces différentes variables restent nécessairement complexes. Un seul facteur a finalement très peu de chance d'être un prédicteur conséquent et exclusif.

5.4.5. Persistance dans le temps de l'effet de médiation

L'intégralité des résultats qui ont jusqu'à présent été évoqués a fait référence à des données de nature transversale. Toutes sont issues des mesures réalisées lors de l'entrée en soin des patients. Lorsque l'on applique les mêmes modélisations aux données du second temps de mesure, correspondant au terme des six mois de suivi, on constate qu'aucune relation de médiation n'est mise en évidence. Cette disparition peut intriguer. Néanmoins, certains auteurs de la littérature ont bien souligné que les perspectives temporelles peuvent ne constituer des médiateurs significatifs qu'à certains moments bien précis d'un processus de soin (Guthrie, Butler, Lessl, Ochi, & Ward, 2014).

On remarquera également que la plupart des relations directes entre les différentes tendances à rechercher ou éviter la consommation d'alcool et la motivation au changement ont elles aussi disparu. En tant que tel, cela n'est par contre pas nécessairement surprenant. En effet, la littérature souligne qu'au cours du soin, les patients ont tendance à connaître une

réduction, qu'elle soit immédiate ou plus progressive, de leurs envies de consommer de l'alcool (Hallgren, McCrady, & Epstein, 2016). Les patients apprennent diverses stratégies de gestion des manifestations du *craving* et à mieux identifier et appréhender les situations pouvant représenter des risques aigus de reprise de la consommation. Les trajectoires de changement et l'impact des différentes interventions peuvent également constituer des facteurs explicatifs significatifs de la disparition de ces liens.

Simultanément, les perspectives temporelles doivent plutôt être considérées comme étant des états transitoires, soumises à un processus d'apprentissage permanent face à la réalité (Hodgins & Engel, 2002; Müller & Giesbrecht, 2006; Sword et al., 2014). Elles peuvent tout autant avoir été influencées par les facteurs précédemment cités et l'ensemble des évolutions survenant au cours et en marge du soin. Être en traitement (p. ex., soins résidentiels ou ambulatoires) revient à expérimenter un moment, une période, à la temporalité particulière. Davies et Filippopoulos (2015) ont déjà suggéré que le suivi thérapeutique pouvait solliciter et induire un changement notable dans les perspectives temporelles des individus. Ces répercussions peuvent alors être très différentes en fonction du moment du soin qui est considéré. Les premières étapes de la prise en charge sont éventuellement davantage centrées sur des enjeux à court terme. En revanche, plus l'individu va progresser au cours de la prise en charge, plus le focus des interventions pourra s'élargir.

5.5. Limites et forces du travail de recherche

Lorsque l'on mène une recherche scientifique, on s'attend à ce que les résultats obtenus soient fiables et qu'ils représentent bien la réalité. Cela revient à évaluer la validité du dispositif de recherche et la qualité des mesures. Pour rendre compte de ces caractéristiques, il convient donc de revenir sur les limites et les forces d'un tel travail. Dans la section qui va suivre, nous reviendrons tout d'abord sur les limites propres aux différentes étapes de cette démarche de recherche, et le cas échéant, ce qui a pu être fait pour en réduire l'impact. Par la suite, nous en présenterons les forces spécifiques, apportant du poids à nos résultats et conclusions.

5.5.1. Limites

Tout d'abord, l'essentiel des données provient d'un contenu déclaratif. Qu'il s'agisse

des réponses aux questionnaires ou des données retrouvées dans les dossiers patients informatisés, la saisie reste dépendante du patient et du professionnel qui le rencontre. En effet, les différents professionnels ont tous leur propre expérience clinique et pratique de ces étapes également assez administratives. Chacun d'entre eux peut éventuellement mettre davantage l'accent sur certaines dimensions (p. ex., problématiques somatiques, psychiques, familiales, instabilités socioéconomiques, etc.). Du côté du patient, les réponses ont pu être influencées à différents niveaux. En premier lieu, la motivation à venir en soin joue un rôle significatif. Il est ainsi envisageable que parmi les patients qui ont accepté d'intégrer cette étude, certains soient dès le départ sensiblement plus motivés à l'idée de s'engager dans une prise en charge. D'autres peuvent expérimenter une pression notable de leur environnement (p. ex., des proches, du système judiciaire, etc.). Par conséquent, ils pourront avoir tendance à modifier leurs réponses, sous l'action d'une forme de désirabilité sociale ou d'un respect des contraintes officielles. Enfin, la mesure même de certaines dimensions est impactée par le format des outils d'évaluation. Par exemple, mesurer avec précision le *craving* à l'aide d'un questionnaire se révèle parfois délicat. Certains items suggèrent en effet de manière suffisamment explicite des situations critiques pour qu'il soit possible d'induire par association une envie de consommer.

Néanmoins, ces limites sont relevées depuis longtemps dans la littérature (Sherbourne & Meredith, 1992). Le recueil de données par auto-évaluation sollicite tout particulièrement le fonctionnement cognitif des individus, mais également un ensemble de processus défensifs. Ce format reste toutefois pertinent lorsque l'on souhaite explorer des phénomènes subjectifs dont l'individu reste le seul capable de les rapporter avec précision (Ptacek, Smith, & Dodge, 1994). Il sera bien sûr toujours possible que les individus modifient, consciemment ou non, leurs réponses. Certains auteurs ont néanmoins souligné que les consommateurs de substances psychoactives tendent à être fiables dans les réponses qu'ils fournissent (Needle et al., 1995; Siegal, Falck, Wang, & Carlson, 2002). De notre côté, certaines dispositions ont été prises pour renforcer la fiabilité de ces réponses. Tout d'abord, en amont, les données des individus qui ne montraient pas d'intérêt à répondre rigoureusement aux questionnaires n'ont pas été intégrées à la base de données. Cela s'est manifesté par un nombre considérable de données manquantes ou des réponses visiblement aléatoires. Concrètement, d'après les secrétaires médicales de l'antenne, cette décision a concerné trois patients. Simultanément,

les différents intervenants ont veillé à rassurer les patients quant à l'absence de répercussions négatives, sur leur prise en charge, associées à la teneur des réponses fournies dans le cadre de la recherche. Enfin, au niveau des dossiers patients, nous avons choisi de ne retenir que les variables qui ont fait l'objet d'une investigation détaillée et systématique, lors de la première venue à l'antenne, par les secrétaires médicales et les autres intervenants. Par exemple, nous n'avons pas pu détailler avec fiabilité les traitements pharmacologiques reçus au moment de l'entrée en soin, car cette information n'a pas toujours pu être relevée.

Ensuite, en ce qui concerne la procédure d'évaluation, nous pensons qu'il aurait été intéressant de disposer de temps de mesure additionnels, par exemple, après un an, 18 mois, ou davantage. Cela nous aurait permis d'avoir un regard plus stable de l'évolution des patients. Nous aurions pu voir si les changements mesurés persistent dans le temps. Néanmoins, au vu du taux d'attrition au second temps de mesure, cette perspective ne semblait que peu viable. Un recrutement multicentrique aurait pu être pertinent. Une autre option aurait été d'inclure des temps de mesure intermédiaires, par exemple, tous les mois. Nous aurions eu l'opportunité d'observer plus précisément l'évolution au cours du temps de nos dimensions d'intérêt. Toutefois, le fait d'ajouter de multiples temps de mesure serait revenu à alourdir considérablement le protocole, notamment en ce qui concerne les sollicitations à destination des patients. Enfin, la décision de placer le second temps de mesure à six mois de suivi peut sembler assez arbitraire. Dans les faits, le suivi clinique se poursuit bien au-delà. En revanche, une période de suivi de six mois est déjà conséquente pour observer la dynamique du changement.

Une autre limite concerne le fait qu'aucun traitement, ou modèle d'intervention, standardisé n'a été proposé à l'intégralité des patients. Qui plus est, nous ne disposons pas non plus d'une description fiable et systématique des interventions et des traitements pharmacologiques reçus tout au long de l'accompagnement. Par extension, cela rejoint l'absence d'un groupe contrôle ou de comparaison, qui de toute façon a semblé difficilement implantable dans ce contexte clinique. Par conséquent, il reste impossible d'imputer les changements observés au seul effet de la prise en charge. Les différentes évolutions constatées peuvent ainsi tout autant être liées aux interventions, à une dynamique individuelle plus large, à un processus de rémission « naturelle », à un effet placebo, voire surtout à un peu de tous ces éléments. Il faut néanmoins rappeler que l'enjeu de ce travail n'a

pas été d'évaluer l'efficacité d'une intervention donnée. Pour autant, il aurait été pertinent de pouvoir distinguer l'impact de la prise en charge, classique, en addictologie. Le soin formalisé peut tout autant influencer le changement, le déclencher, en représenter le catalyseur, que très peu l'impacter. La prise en charge constitue toutefois un temps privilégié pour infléchir les trajectoires individuelles en lien avec la consommation. La fréquence des rendez-vous, les intervenants rencontrés, les interventions et traitements prescrits, peuvent exercer une influence non négligeable sur l'évolution des patients.

Au-delà de la teneur de ce seul suivi, de nombreuses autres variables peuvent influencer les trajectoires de changement. Par exemple, on pensera à l'âge d'initiation de la consommation et du moment où celle-ci est devenue problématique, ou encore la présence de comorbidités psychiatriques. On estime d'ailleurs que 37 % des personnes présentant une problématique relative à leur consommation d'alcool vont développer des troubles psychiatriques (Luquiens, Reynaud, & Paille, 2014). C'est sans compter les cas où ces troubles précèdent la problématique addictive. Ces comorbidités peuvent alors impacter l'initiation et l'engagement dans le soin, ainsi que plus largement le processus de changement (Bogenschutz et al., 2016; Brorson et al., 2013; Chen et al., 2011; Elmquist et al., 2016; Zandberg et al., 2016). Dans le cas présent, nous n'avons pas pu documenter ces comorbidités en l'absence d'une mesure diagnostique fiable et systématique. D'autres variables n'ont pas pu être évaluées alors qu'elles peuvent tout à fait impacter le soin et le changement. Cela inclut par exemple le contexte culturel ou le soutien social existant et perçu (Morselli, 2013).

Dans le cadre des analyses associées au troisième volet de recherche, nous avons utilisé des modèles de régression linéaire multiple hiérarchique. Bien que cette approche soit légitime, certains auteurs recommandent d'employer une approche *via* modélisation en équation structurelle (Cook et al., 2015). L'avantage de cette méthode aurait été de saisir simultanément les relations transversales et longitudinales existant entre toutes nos variables, tout en contrôlant l'effet des covariables. Nous n'avons pas fait ce choix, car cette méthode n'est pas recommandée lorsque l'échantillon est de taille restreinte et que de nombreux paramètres sont spécifiés dans le modèle. La même réflexion peut être adoptée pour les analyses de médiation du quatrième volet de recherche (Pek & Hoyle, 2016). Toutefois, à cet égard, Hayes, Montoya et Rockwood (2017) ont souligné que si les deux approches présentent des différences (c.-à-d., dans les mécanismes d'analyse, les méthodes

d'estimation et leurs faiblesses), les résultats observés restent bien souvent similaires. *A fortiori*, la macro-commande PROCESS souffre moins d'une taille d'échantillon réduite. Dans un second temps, on rappellera que nos modèles de médiation n'ont pas été testés sur une base longitudinale. Cela réduit automatiquement les interprétations que l'on peut en tirer en termes de changement. Compte tenu du nombre de « perdus de vue » entre les deux temps de mesure, le choix d'une analyse longitudinale ne nous a pas semblé pertinent. Enfin, la taille d'échantillon, sa nature non probabiliste, constitue une limite en tant que telle, avec des répercussions sur notre capacité à généraliser les résultats obtenus. Il faut pour autant rappeler que le projet de recherche est purement monocentrique, n'impliquant par conséquent que les patients d'une seule et unique file active.

D'un point de vue statistique, la multiplication des analyses, correspondant ici à des objectifs précis, est associée à une inflation du risque d'erreur de type I. Par conséquent, lorsque cela a été nécessaire et faisable, nous avons apporté des corrections dans les calculs afin de contrôler au mieux cette inflation. Toutefois, cette démarche ne permet pas de contrôler complètement ce risque. Simultanément, il ne faut pas oublier que trop chercher à contrôler l'erreur de type I, c'est-à-dire le fait de considérer un résultat comme étant significatif alors qu'il ne l'est pas (rejet à tort de l'hypothèse nulle), revient à accroître le risque d'erreur de type II. Ce dernier postule le fait de ne pas repérer un résultat comme étant significatif alors qu'il l'est (conservation à tort de l'hypothèse nulle). On aboutit alors à un véritable dilemme épistémologique. Toutefois, nous préférons ici tolérer un risque plus important d'erreur de type I. En effet, l'incertitude éventuelle quant aux conclusions invitera plus facilement à réaliser de nouvelles études complémentaires. A contrario, l'erreur de type II revient finalement à manquer complètement, à passer à côté, d'un résultat.

Toujours sur le plan méthodologique, intéressons-nous maintenant au cas des outils psychométriques qui ont ici été utilisés. En l'occurrence, plusieurs d'entre eux n'existent ou ne sont pas totalement validés en langue française. Si, les concernant, une traduction et une adaptation rigoureuse ont été effectuées, des différences sémantiques ont pu persister et influencer la qualité du recueil et donc des interprétations qui en ont découlé. Cela peut par extension porter atteinte à la fiabilité de ces mesures. Un prétest approfondi de ces outils aurait été une stratégie pertinente à envisager. Néanmoins, et conformément aux recommandations de la littérature dans le cas d'une adaptation culturelle, nous souhaitons

rappeler qu'une démarche complète de validation psychométrique a été entamée en parallèle du principal travail de recherche (Borsboom, 2006). Les premiers résultats semblent encourageants, mais nécessitent encore des approfondissements. On pourra enfin souligner que certains outils semblent moins appropriés à utiliser auprès d'une population clinique de patients présentant une consommation d'alcool. C'est par exemple le cas de la MOS SF-36. On insistera alors sur le fait que le choix de ces outils a avant tout reposé sur des critères de fiabilité et de pragmatisme à l'égard des objectifs poursuivis.

Les différentes limites présentées jusqu'à présent impactent spécifiquement la fiabilité du dispositif de recherche et sa validité interne. Pour rappel, la validité interne désigne la certitude dont nous pouvons disposer à l'égard des résultats et des conclusions qui en sont issues. Par exemple, cela indique à quel point nous pouvons être sûrs qu'une modification de la variable x a entraîné une modification de la variable y. Ici, le principe de validité interne peut concerner tout particulièrement les analyses impliquant des calculs de régression. Pour autant, d'autres éléments peuvent impacter la validité des résultats et des interprétations. C'est par exemple le cas des attentes et des hypothèses implicites des membres de l'équipe de recherche et des intervenants. Néanmoins, nous estimons que les nombreux échanges entre tous ces acteurs, en amont, pendant et après le recrutement des participants et l'administration des outils ont enrichi la profondeur et la validité de nos conclusions. Enfin, citons également que puisque les patients sont évalués deux fois à l'aide des mêmes questionnaires, un effet de mémorisation peut apparaître. Toutefois, il est probable que le temps séparant ces deux moments soit suffisamment important pour réduire la manifestation de cet effet.

Dans l'absolu, l'idéal pour s'assurer d'un degré de validité interne important serait de s'inscrire dans une démarche expérimentale et contrôlée (p. ex., un essai contrôlé et aléatoire). Il est en effet nécessaire de neutraliser l'action de toute autre variable, en dehors de celles au cœur de notre démarche. Cela ne correspond finalement que peu au contexte assez naturel, et clinique, dans lequel s'inscrit ce travail de recherche. Le risque des dispositifs de recherche poursuivant un haut niveau de contrôle est qu'ils en perdent leur validité externe, écologique. Dans le cas présent, quel intérêt clinique aurait-on à étudier l'évolution des trajectoires addictives au sein d'un environnement artificiellement neutre ? Malgré les limites inhérentes d'une étude en milieu naturel, il est toujours possible de déployer

différentes stratégies afin d'en maintenir un niveau satisfaisant de qualité. Dans le cas présent, l'intégralité du protocole DECA avait été, en amont déjà, validée par un comité éthique extérieur. L'adéquation entre les objectifs poursuivis, la procédure et les analyses envisagées a donc été particulièrement examinée. De plus, les différents critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion ont eux aussi contribué à la validité interne de la recherche. La passation a été strictement identique pour tous les participants et aux deux temps de mesure. Enfin, nous avons veillé à contrôler au mieux un certain nombre de variables parasites au cours de nos analyses.

5.5.2. Forces

L'une des forces principales de ce travail de recherche est qu'il interroge un échantillon de patients recevant une prise en charge au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie. *A fortiori*, ces suivis concernent une problématique liée à l'usage d'alcool. Réaliser une telle étude auprès d'un échantillon clinique est toujours délicat à envisager et à mettre en place. Ce terrain de recherche permet toutefois d'accéder à des données dont les retombées peuvent être importantes en lien avec la définition de l'offre de soins, et plus largement, avec la façon de gérer ces problématiques biopsychosociales. Les éléments issus de cette démarche en milieu clinique peuvent être tout à fait pertinents à la fois pour les chercheurs, les intervenants de terrain, les fournisseurs de services, les pouvoirs publics, et en fin de compte l'intégralité des patients et des personnes qui les côtoient. Réaliser ce travail sur un tel terrain revient enfin à mobiliser une diversité d'acteurs autour d'un même but, améliorant ainsi la dynamique globale d'un réseau de spécialistes.

Souligner la pertinence de cet échantillon revient alors à questionner la validité externe de cette recherche. Cette caractéristique fait plus largement écho à notre capacité à généraliser les résultats et conclusions obtenus à une population plus générale. En l'occurrence, cette population est constituée de tous les patients présentant une consommation problématique d'alcool et recevant un soin de nature ambulatoire auprès d'une structure institutionnelle relativement similaire. Néanmoins, il faut rappeler que de nombreuses variables individuelles, environnementales et institutionnelles peuvent rendre cette population très hétérogène. De plus, les 150 participants de notre échantillon ne représentent en fin de compte qu'une fraction de la file active reçue par l'antenne sur la

période couverte par le recrutement du projet DECA (c.-à-d., au minimum 558 patients et membres de l'entourage, nouvelles demandes et suivis en cours inclus). Lorsque l'on considère cette file active comme un ensemble d'individus à part entière, ses caractéristiques peuvent être bien distinctes de celles de notre seul échantillon. Cette hétérogénéité peut se révéler d'autant plus forte si l'on intègre l'intégralité des patients suivis par les autres antennes du CSAPA. Par conséquent, il nous semble nécessaire de rester prudent quant à la valeur écologique « absolue » de notre travail, *a fortiori* car l'échantillon n'est pas de nature probabiliste. Au-delà de ces considérations, il reste que ce travail étudie un nombre significatif de patients, dont les caractéristiques sont bien définies.

Dans un autre registre, nous estimons que cette étude met en avant des thématiques qui restent relativement peu explorées au sein de la littérature scientifique francophone, et plus particulièrement, française. La dynamique du soin spécialisé recèle de nombreux défis, qu'il convient de relever : (i) Les arrêts prématurés du suivi restent jusqu'à présent relativement mal compris. Par conséquent, il est difficile pour les acteurs de terrain d'adapter leur offre de soin et leurs pratiques. C'est bien la continuité de la prise en charge qui apparaît être en jeu auprès de cette population de patients. Un enjeu de cette recherche a donc bien été d'apporter davantage de connaissances sur ce phénomène. Simultanément, cela nous permet également d'attirer plus spécifiquement le regard des intervenants sur cet ensemble particulier de patients et de les amener à interroger leurs représentations les concernant. (ii) Le second grand axe de ce travail de recherche a visé quant à lui l'exploration de la dynamique du changement expérimenté par les patients en marge du soin. Une première étape assez descriptive a permis de mettre en lumière la diversité des dimensions concernées. Nous avons ensuite poursuivi notre démarche en détaillant plus spécifiquement la relation réciproque entre la perspective temporelle future et le niveau de sévérité des problèmes relatifs à l'alcool à différents moments de ce suivi. (iii) Enfin, par le biais d'analyses encore plus complexes, nous nous sommes interrogés sur les relations indirectes entre les tendances à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement, en considérant l'effet médiateur des perspectives temporelles.

Ainsi, le concept de perspective temporelle, considéré comme étant en lien avec diverses variables pertinentes dans la compréhension des trajectoires de consommation et de changement, a été central dans ce projet. Il convient de rappeler que cette dimension reste

assez peu étudiée dans la littérature, *a fortiori* auprès de populations cliniques présentant de telles problématiques addictives. Pourtant, le lien au temps, dans le champ des addictions, semble particulièrement important (Klingemann, 2000). Ce dernier peut notamment contribuer à inscrire l'individu dans des stratégies tournées vers la consommation, le changement, le soin. L'une des seules études réalisées spécifiquement dans ce cadre a été celle de Davies et Filippopoulos (2015). Toutefois, cette dernière a eu lieu en Asie, auprès d'un échantillon de seulement 63 patients hospitalisés pour diverses problématiques addictives. Qui plus est, le temps de suivi a été plus court que celui impliqué propre à notre échantillon. Enfin, la différence de contexte culturel peut induire des divergences notables dans le rapport au temps, n'induisant par conséquent pas du tout les mêmes interprétations dans l'étude du changement.

Jusqu'à présent, les études scientifiques portant sur le lien entre temporalité et consommation de substances psychoactives ont porté, dans leur très grande majorité, sur des échantillons de convenance, étudiants, et donc assez jeunes. Si ces études présentent certains intérêts, la généralisation de leurs conclusions en population clinique, insérée dans des trajectoires d'usages autrement plus sévères, est très limitée. Le lien au temps prend en effet un tout autre sens lorsque l'individu s'insère dans une trajectoire addictive, puis dans un parcours de soin. De plus, on peut même envisager que ces temporalités suivent elles-mêmes une trajectoire à part entière. Il est vrai que ces perspectives individuelles sont issues d'un apprentissage permanent face à la réalité, et influencent en réponse toute décision et action. L'orientation temporelle peut alors faire figure de cause et de résultat du changement, dans le cadre du soin, ou plus largement. Dès 1998, Petry, Bickel, et Arnett (1998) ont proposé d'intégrer une mesure de l'orientation temporelle comme critère de réussite d'une prise en charge. Toutefois, force est de constater que, à la lumière de la littérature, cette proposition n'a que très peu été suivie jusqu'à aujourd'hui.

Une autre force de ce travail concerne son format méthodologique. Précisément, là où beaucoup d'études tendent à se positionner soit sur une perspective transversale, soit sur une perspective longitudinale, nous avons voulu prendre simultanément en considération ces deux dimensions. En effet, chacune d'elle est en mesure d'apporter des informations spécifiques et surtout complémentaires quant aux caractéristiques et aux trajectoires individuelles des patients qui sont reçus au sein du CSAPA. Qui plus est, au cours des différents

volets de ce travail de recherché, nous avons utilisé une gamme de stratégies d'analyse des plus simples (c.-à-d., analyses exploratoires et descriptives, relations univariées) aux plus complexes (analyses multivariées, modélisation complexe de régression multiple et de médiation). Enfin, et même si ce n'est pas l'objet central de ce travail, nous avons également pu entamer l'adaptation et la validation en langue française de deux outils psychométriques dont l'utilité clinique est évidente.

Les précautions prises pour assurer la fiabilité de ce travail constituent elles aussi une force à relever. Ainsi, il a été nécessaire de construire un protocole rigoureux, permettant la vérification adéquate des hypothèses et objectifs formulés en amont. Le choix des outils psychométriques, idéalement, validés d'un point de vue conceptuel tout en étant adaptés à la population, a lui aussi été fondamental. Ici, la majorité des outils intégrés au protocole présentent des caractéristiques psychométriques plus que satisfaisantes. L'examen de la consistance interne des réponses au sein de l'échantillon est lui aussi rassurant. Enfin, la capacité pour d'autres de reproduire l'étude est un prérequis important du critère de fiabilité. En ce sens, nous avons attaché beaucoup d'efforts à décrire l'entièreté du protocole, en y apportant le plus de précision possible. L'idée étant que d'autres chercheurs soient en mesure de reproduire toute ou une partie de ce travail de recherche pour en vérifier les résultats, voire les approfondir, dans des contextes similaires ou légèrement différents.

Pour conclure, un autre point nous semble important à relever. Actuellement, la pression à la publication pousse de plus en plus les chercheurs à présenter des résultats positifs, si possible sensationnels, des modèles complexes finalement assez difficiles à lire d'un point de vue pratique. Nous pensons qu'il ne faut pourtant pas négliger la valeur des résultats non significatifs. Effectivement, même s'ils peuvent paraître décevants pour les chercheurs et les cliniciens, ils ne sont pour autant pas vides de sens. L'absence de résultat est en tant que tel un résultat dont nous pouvons tirer des conclusions. Ici, les résultats statistiquement non significatifs peuvent induire une modification des représentations sur les patients et le processus de changement. Par extension, cela peut avoir une incidence sur les pratiques de terrain.

5.6. Implications de l'étude

Cette recherche fait le lien entre le domaine académique et le terrain clinique,

marquant la collaboration entre les professionnels de ces deux champs. Par conséquent, il nous semble pertinent de revenir tout particulièrement sur les retombées pratiques potentielles de ce travail. En effet, les résultats issus d'une telle recherche clinique ne peuvent être résumés par leurs seuls apports au socle général de connaissances. Le lien à la réalité des situations sur le terrain reste primordial. Un enjeu important est alors d'accorder autant de place aux retombées pour la recherche et pour la pratique. En ce qui concerne la recherche, on insistera sur les pistes à envisager pour poursuivre les investigations entreprises au cours des différents volets de ce travail, ou encore, les concepts à explorer davantage. On développera ensuite succinctement comment ce travail a pu, et continuera à être scientifiquement valorisé. D'un point de vue clinique, l'objectif est plutôt de suggérer de nouvelles pistes de prise en charge, d'intervention, afin d'améliorer les pratiques, la continuité du soin, et d'aider les patients à s'inscrire dans un changement qui correspond à leurs besoins et leurs difficultés.

5.6.1. Retombées pour la recherche

Le premier volet de ce travail a consisté en une exploration détaillée des caractéristiques des patients, primo-entrants dans un soin ambulatoire pour une problématique relative à leur consommation d'alcool, quittant prématurément le suivi. Nous avons ainsi constaté le rôle significatif de plusieurs variables. Un enjeu futur est alors de déterminer plus précisément, sur la base des présents résultats, quels mécanismes conduisent, à un instant donné, à l'interruption du suivi. En effet, dans la mesure où ces abandons précoces semblent être la résultante de l'articulation complexe d'un ensemble multifactoriel, les chercheurs ne pourront obtenir une compréhension pertinente et exhaustive de ces situations qu'à l'aide de modèles nécessairement complexes. Ces interrogations, concernant l'interruption prématurée d'un suivi dans le cas présent spécifiquement orienté vers des problématiques liées à l'alcool, peuvent également être étendues à d'autres troubles addictifs. On peut déjà supposer que l'influence des dimensions ici mises en lumière sera différente, tout comme le fait que d'autres variables seront impliquées.

Dans la continuité de ces premiers éléments, nous soulignons à présent le manque de regard dont nous disposons quant au vécu subjectif des patients qui interrompent

prématurément leur suivi. Dès 2008, Orford regrettait déjà le faible nombre d'études scientifiques consacrées aux propres perspectives des patients sur leur trajectoire de consommation et de soin. L'apport de ce point de vue spécifique est pourtant considérable. L'expérience addictive est un phénomène complexe sur lequel les usagers disposent d'une expertise incontestable. Des études intégrant une méthodologie qualitative offriraient une compréhension autrement plus fine des processus conduisant à ces interruptions du soin. Pour aller plus loin, on pourrait même étendre cette démarche au vécu des soignants eux-mêmes. Les arrêts prématurés des prises en charge entraînent certainement des répercussions sur le soignant en tant que professionnel et qu'individu. Les effets sur la pratique quotidienne, les futures prises en charge, mais également sur le bien-être professionnel et institutionnel peuvent être questionnés.

Enfin, toujours en lien avec ce premier volet de recherche, nous revenons sur l'apport, en l'occurrence épistémologique, des résultats non significatifs. Rappelons avant tout que le protocole du projet DECA provient d'une réflexion commune des membres de l'équipe de recherche et des intervenants de terrain. Le choix des variables a ainsi grandement reposé sur le souhait partagé de confirmer la véracité de certaines hypothèses issues de la pratique quotidienne. L'absence de résultats significatifs doit alors être relevée et interprétée comme une donnée à part entière. Cela participe malgré tout à la définition plus précise de ce phénomène, de confirmer ou infirmer les intuitions cliniques des soignants, certes par un processus d'élimination. Par le passé déjà, des divergences notables entre le point de vue des professionnels de santé et celui des patients ont été soulignées lorsqu'il fallait expliquer l'origine des interruptions des suivis (Palmer et al., 2009). Les premiers mettaient généralement en avant des caractéristiques spécifiques aux patients, tandis que ces derniers insistaient plutôt sur l'impact de difficultés sociales ou institutionnelles. Malgré l'intérêt de prendre en compte ce type de données, on ne pourra que regretter la difficulté générale à publier des résultats non significatifs au sein de la littérature scientifique internationale.

Notre second grand axe de recherche s'est ensuite intéressé à la question du changement. À cet égard, nos résultats suggèrent que, même à relativement moyen terme, des évolutions notables sont observables chez les patients. Ces modifications concernent tout autant la conduite de consommation que l'état de santé et le fonctionnement général de l'individu. Plus encore, ce changement semble tout autant concerner leurs perspectives

temporelles. Ces données soulignent que l'évaluation du changement doit se faire par le biais d'une large gamme d'indicateurs. Plutôt que de se focaliser exclusivement sur une mesure de la réduction de la sévérité du trouble lié à la consommation, c'est bien une amélioration plus générale, multidimensionnelle, qu'il convient de repérer. Il faut également pointer le fait que les processus précis à l'origine de ces changements restent globalement peu connus (Bertholet, 2006; Kraemer et al., 2002). Les recherches à venir doivent alors s'attacher à élargir leur définition et mesure du changement, tout en rendant compte des mécanismes les sous-tendant. Une attention certaine sera à apporter au rôle des interventions et de toute variable relative au cadre du soin.

On peut, qui plus est, estimer que certaines variables clés du changement ont une influence spécifique, et sont influencées par d'autres, en fonction du moment du soin. Cette idée souligne alors l'intérêt de l'utilisation simultanée des approches transversales et longitudinales dans les protocoles de recherche. Il y a ainsi un véritable enjeu à décrire précisément comment se manifestent ces relations à différentes étapes du parcours de soin. Il est de plus probable que ces variables, voire d'autres qui n'ont pas été considérées ici, puissent exercer une influence sur le changement avant même toute action de l'individu en direction d'un soin formalisé. Conformément, on suppose que les perspectives temporelles évoluent de manière fluide et progressive dès les premières intentions tournées vers le changement. La littérature souligne bien qu'avant même tout lien avec le soin, des évolutions notables peuvent être visibles sur le plan comportemental, cognitif et émotionnel (Epstein et al., 2005; Orford et al., 2006). Enfin, de l'autre côté du continuum, après la fin de la prise en charge, l'action de ces variables peut éventuellement induire de nouveaux changements et faire persister ceux déjà présents.

Les modèles de médiation conçus au cours de nos analyses contribuent à mettre en lumière la nature complexe du processus de changement. Ces modélisations permettent de se décentrer des seules relations directes et explicites entre variables. De plus, l'examen de l'effet indirect d'une variable offre des leviers de compréhension inédits pour comprendre les mécanismes qui influencent le changement. À notre connaissance, ce travail est l'un des premiers à suggérer que les perspectives temporelles jouent un rôle médiateur dans la relation entre les tendances à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement. Simultanément, cela renforce l'idée que ces associations sont nécessairement complexes, et

qu'il reste primordial d'élargir les investigations. D'autres modélisations de médiation, de modération, voire combinant ces deux types de relations, sont à envisager. Encore une fois, certaines variables relatives au soin (p. ex., le nombre et le type d'interventions reçues) peuvent être pertinentes à intégrer dans ces modèles.

Si nous avons notamment exploré la question du changement observé chez les patients, un vide persiste. Les évaluations réalisées dans le cadre de ce protocole formalisent avant tout une objectivation du vécu de l'individu. Il survient nécessairement une perte de fidélité par rapport à la réalité de l'expérience subjective du changement. La lecture qu'un individu a de sa propre évolution en marge du soin nous reste encore mystérieuse. Si ce dernier constate et ressent une véritable amélioration, sur la base de critères qui lui sont significatifs, cela pourra être plus révélateur de la réelle valeur du changement et du bénéfice, même indirect, provenant de l'accompagnement (Orford et al., 2006). A contrario, si ces changements ne sont pas visibles, ne sont pas assez rapides, ne sont pas ceux attendus, la continuité du soin et l'expérience du changement peuvent s'en retrouver négativement impactées (Brochu et al., 2014).

En plus de savoir si l'individu a subjectivement eu l'impression d'avoir changé, il serait encore plus pertinent de connaître le déroulement temporel de ce changement. Il y a sans doute des moments où ce processus est vécu comme particulièrement rapide, des moments où ce dernier sera plutôt lent et progressif. D'autres instants peuvent être marqués par une sensation de recul et de régression. De notre point de vue, ce vécu fait partie des éléments spontanément explorés par les professionnels qui les reçoivent. Une investigation longitudinale du vécu subjectif lié au changement serait néanmoins riche en connaissances. Cela passe toutefois par le fait d'être en capacité de suivre les individus sur le long terme, *a fortiori* lors de chacun de leurs contacts avec les services (Landry, Brochu, & Patenaude, 2012). Ce suivi de type « vie entière », nécessairement très riche, semble toutefois particulièrement complexe à implanter sur le terrain.

Enfin, ce travail de recherche a permis, à travers les différents volets d'analyses, et même, la démarche annexe de validation psychométrique de l'AAAQ et de la SOCRATES, d'apporter plus de clarté quant à la définition et l'interrelation de certains concepts clés en addictologie, tels que le *craving*, au sein de l'ensemble des tendances à consommer ou à éviter

l'alcool, ou la motivation au changement (Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, & Jackson, 2012). La distinction plus spécifique de différentes sous-dimensions offre une lecture plus fine de ces facteurs et des dynamiques qui les relient. Le présent travail a, de plus, bien interrogé la place des perspectives temporelles. Jusqu'à aujourd'hui, la très grande majorité des recherches portant sur la temporalité, en lien avec la consommation de substances psychoactives, n'a porté que sur des populations non cliniques. Il y a ainsi un enjeu à toujours mieux définir l'influence de ces dimensions sur les trajectoires addictives et de changement, au cours et en marge du soin.

5.6.2. Valorisation et diffusion scientifique

Il nous semble pertinent de maintenant nous revenir sur la valorisation scientifique de ce travail. Dans un premier temps, plusieurs restitutions portant sur les avancées de ce projet ont été réalisées durant deux réunions cliniques institutionnelles de l'antenne Beauséjour. Les membres de l'équipe étaient présents, ainsi que le cadre coordinateur du CSAPA et le médecin-chef de service du Département d'Addictologie des Apsyades. La première réunion a eu lieu en mai 2016, et à cette occasion, nous avons présenté les données, essentiellement descriptives, issues du premier temps de mesure. La seconde s'est tenue en février 2017 afin de détailler les résultats liés à l'analyse du changement et des départs prématurés. Enfin, une troisième rencontre aura lieu au printemps 2018 afin de présenter les dernières données de ce travail de recherche. Plus largement, une communication institutionnelle sera effectuée auprès de l'intégralité du Département d'Addictologie à l'hiver 2018, dans le cadre d'une restitution plus globale des résultats du projet DECA. L'enjeu de ces différents moments a été de rendre compte, aux équipes de terrain et aux administrateurs, des conclusions et des implications suscitées par ce travail. Nous avons attaché une importance particulière à susciter une dynamique collective de réflexion et de questionnement clinique avec pour objectif, *in fine*, d'induire une amélioration des connaissances et des pratiques.

À un niveau académique, les étapes préliminaires de ce travail ont été présentées au cours d'un séminaire du Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, en mai 2016. Suite à l'avancée des travaux, nous avons pu réaliser deux communications orales lors de conférences internationales dédiées à l'addictologie : *43rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society* à Sheffield (Royaume-Uni) en juin 2017 (Wagner, Acier, & Dietlin, 2017a) ;

Second European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies à Lisbonne (Portugal) en octobre 2017 (Wagner, Acier, & Dietlin, 2017b). Lors de ces occasions, les résultats des deux premiers volets du projet de recherche, concernant respectivement l'évaluation du changement à six mois et les caractéristiques des « perdus de vue », ont été présentés. D'autres communications en congrès et conférences nationales et internationales sont envisagées dans les mois à venir, afin de diffuser les données des deux derniers axes de recherche.

Enfin, ce travail a donné lieu à la soumission et la publication de plusieurs articles scientifiques au sein de revues internationales avec comité de relecture (dont Wagner, Acier, & Dietlin, sous presse). Les quatre principaux articles constituent le Chapitre précédent, consacré aux résultats (cf. Chapitre 4, pp. 149-259), tandis que les deux articles relatifs à la validation psychométrique de l'AAAQ et de la SOCRATES sont accessibles en annexe (cf. Annexe 6 et Annexe 7). Par ailleurs, un autre article, réalisé en collaboration avec d'autres chercheurs internationaux, a déjà été publié (Loose et al., 2018). Ce dernier a exploré et comparé les profils de temporalité de différents échantillons de France et du Royaume-Uni (c.-à-d., lycéens, étudiants, patients en soins ambulatoires), en lien avec leur consommation d'alcool. Enfin, un projet de collaboration internationale est en cours de discussion. L'objectif sera de procéder à une comparaison interculturelle (c.-à-d., France versus Russie) portant sur la temporalité et la motivation au changement au sein d'échantillons cliniques de consommateurs problématiques d'alcool.

5.6.3. Retombées pour la pratique

La recherche en milieu clinique contribue à l'interrogation des pratiques et à leur amélioration permanente. Par conséquent, il convient de relier les résultats des différents volets de ce travail à leurs potentielles implications concrètes, utiles aux professionnels de terrain et aux administrateurs. Pour débiter, rappelons que, dans l'ensemble, la continuité des soins, *via* les situations de départs prématurés, et la notion de changement ont été particulièrement interrogées. Ces deux concepts paraissent fondamentaux à l'heure où l'addictologie, tel qu'elle est implantée en France, est en évolution afin de faire face à de nouvelles problématiques et de nouvelles missions. Au cours de cette section, nous allons ainsi présenter plus en détail les différents apports, et réflexions suscitées, en lien avec la pratique

quotidienne de terrain.

Tout d'abord, le fait d'obtenir une meilleure connaissance des situations de départs prématurés du suivi offre l'opportunité aux équipes soignantes de questionner leur perception de ce phénomène et des patients qui y sont impliqués (Wagner & Acier, 2017). Dès que ce regard se retrouve modifié, il est probable que les pratiques et postures professionnelles le soient également. Plus largement, au niveau institutionnel, ces données induisent une réflexion significative sur les interventions à développer pour les patients les plus vulnérables. Même si on ne peut pas considérer qu'un véritable profil, autre que statistique, n'émerge de ces données, ces dernières permettent d'orienter l'attention sur certaines caractéristiques (Wagner & Acier, 2017). Ainsi, afin d'anticiper ces départs, un regard particulièrement attentif devrait être porté sur les patients présentant une ou plusieurs des caractéristiques ici mises en lumière. Nous ne doutons pas du fait que ces éléments (p. ex., la sévérité objective du trouble, le degré d'ambivalence ou le *craving*) soient déjà au centre de l'attention des soignants. En revanche, nous insistons plutôt sur leur nécessaire et systématique évaluation clinique (Csillik & Petot, 2012). Il reste primordial de détecter précocement ces profils « à risque » afin de déployer les outils et interventions permettant d'accroître leur engagement dans le suivi. Il convient néanmoins de se rappeler que même un individu ne présentant aucune de ces caractéristiques pourra quitter prématurément le soin, et inversement.

Dans ce contexte, on soulignera l'intérêt de la systématisation de l'implantation et l'adaptation des techniques motivationnelles aux besoins et difficultés spécifiques de ces patients (Cox & Klinger, 2011; Miller & Rollnick, 2013; Resnicow, Baskin, Rahotep, Periasamy, & Rollnick, 2004). Plusieurs études ont déjà souligné comment le fait de recevoir un programme de nature motivationnelle était lié à un meilleur engagement dans la prise en charge, tout en étant associé à une réduction des consommations (Bachiller et al., 2015; Cox et al., 2003; Hettema et al., 2005; Santa Ana et al., 2007). Repérer et agir sur la structure motivationnelle de l'individu (p. ex., engagement en faveur de buts précis ; joie anticipée à leur atteinte ; estimation positive de sa capacité à réussir, etc.) contribue à un meilleur contrôle des consommations et à une meilleure efficacité du soin reçu (Cox et al., 2003; Sellen, McMurran, Cox, Theodosi, & Klinger, 2006; Tremblay & Simoneau, 2010).

Il reste important de construire un partenariat privilégié avec le patient, dès le début de la prise en charge, le soutenant tout en lui laissant la pleine responsabilité du changement. L'approche motivationnelle postule en effet que la motivation au changement est forgée dans le lien à l'autre, dans la relation thérapeutique (Miller & Rollnick, 2013; Tremblay & Simoneau, 2010). Il convient également d'être en mesure d'identifier les sphères de fonctionnement dans lesquelles le changement est envisageable et souhaité. Il est en effet primordial d'associer le patient aux différents processus de décision qui sont impliqués au cours du suivi. La construction d'une telle relation, pour qu'elle soit pleinement pertinente, implique la juste considération de la complexité de l'individu, de ses besoins, ses attentes, ses objectifs et ses fragilités. Qui plus est, aider le patient à être en capacité de mieux définir ses attentes pourrait contribuer significativement à son engagement dans le processus de changement. Toutefois, on ne peut pas négliger le fait que certains patients peuvent exprimer des besoins et des difficultés si singulières qu'il reste délicat de les intégrer efficacement au soin.

Au-delà des premiers moments du suivi, l'accompagnement doit accorder une attention particulière à certains moments-clés. Nos données ont effectivement mis en lumière l'existence de périodes critiques au cours de l'année durant lesquelles le risque d'abandon prématuré a semblé plus important. Il y aurait alors toute une préparation à envisager en amont avec l'individu. Il sera par exemple utile de l'aider à construire et prendre possession de stratégies d'adaptation spécifiques, allant à l'encontre de la recherche d'une consommation d'alcool (Spruyt et al., 2013). Toutefois, il faut souligner que l'évitement systématique des situations sociales à risque, tout comme les stratégies restrictives vis-à-vis de la consommation, seraient les moins bonnes des solutions, *a fortiori* chez les individus les plus ambivalents (Schlauch et al., 2015; Spruyt et al., 2013). Certaines approches peuvent alors viser à réentraîner les processus cognitifs pour lutter contre l'action des voies automatiques tournée vers la conduite de consommation (Fadardi & Cox, 2009). Pour en revenir à l'anticipation des moments critiques de l'année, les stratégies de prévention de la rechute permettent déjà l'identification et la gestion des situations sensibles, tout en augmentant le panel de compétences (c.-à-d., compétences psychosociales, sentiment d'efficacité personnelle, stratégies de coping, de gestion du stress et des émotions) à disposition de l'individu, pour qu'il soit en mesure d'affronter de tels événements (Marlatt & Donovan, 2008; Stacy & Wiers, 2010).

Enfin, puisque certains patients ne restent que peu de temps en soin, on peut s'interroger sur la teneur des interventions à leur proposer. Doit-on se positionner plutôt en faveur d'actions visant en priorité l'augmentation de l'engagement dans le suivi ? Doit-on plutôt préférer des pratiques et outils réputés efficaces pour la gestion immédiate des problématiques ? Il y a quelques années déjà, certains auteurs se sont inquiétés du recours excessif aux interventions brèves dont l'efficacité paraissait alors limitée sur le long terme (Moyer, Finney, Swearingen, & Vergun, 2002). Toutefois, si la répétition des contacts avec les services spécialisés n'est plus vraiment une exception, cela implique avant tout des opportunités de mises en lien. Ces contacts répétés constituent alors des moments privilégiés pour ancrer davantage, même ultérieurement, l'individu dans le soin et le changement au plus long cours (Dennis, Scott, & Funk, 2003; Simpson, Joe, & Broome, 2002). À cet égard, nous pouvons suggérer la mise en place de dispositifs intégrant l'action de patients « mentors » en direction des nouveaux venus. Leur expertise pourrait aider à réduire les appréhensions et rendre leurs attentes plus en adéquation avec la réalité du soin.

Au-delà des enjeux relatifs à la continuité du soin, les données relatives au concept de changement, incluant les mécanismes qui le soutiennent, ont une incidence sur la façon même de concevoir le soin. Dans la mesure où le changement ne commence pas uniquement à l'instant où le patient vient à son premier rendez-vous, un travail spécifique peut être envisagé en amont (Wild et al., 2006). Le temps d'attente séparant la prise de contact et la première intervention semble tout particulièrement pertinent à investir. Certains patients peuvent rapidement être prêts à changer, mais ces derniers ne disposent peut-être pas des outils appropriés pour le faire à cet instant précis. Pour d'autres, cela offre l'opportunité d'améliorer davantage leur lien avec le dispositif de soin.

Certains auteurs proposent déjà des outils simples, mais permettant une amélioration significative de compétences utiles au soin et au changement : sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de contrôle et d'autonomie, gestion du stress, etc. (Gulliver et al., 2010; Kelly et al., 2012; Wagner, Bertrand, et al., 2017). Ce temps préliminaire est aussi propice pour renforcer les succès et expériences passées de changement vécus par l'individu (Meliava & Morel, 2015). Ce modèle d'intervention « précoce » peut aussi inclure des temps d'information sur la consommation, ses conséquences, et sur la démarche plus globale de soin (Burns, Durkin, & Nicholas, 2009). Comme évoqué plus haut, la mise en lien à cet instant

avec des patients expérimentés pourrait particulièrement être bénéfique. Enfin, si le format classique des interventions ne convient pas, il reste envisageable de les adapter, *via* les nouvelles technologies (Mason, Ola, Zaharakis, & Zhang, 2015; Wagner, Bertrand, et al., 2017).

Nous avons ensuite constaté que près de deux tiers des demandes d'orientation vers le soin sont effectuées en lien avec une ressource externe. Cela souligne l'enjeu représenté par le repérage et l'orientation par les partenaires de terrain. Il est alors important que ces acteurs soient correctement sensibilisés à la question des conduites addictives (Butler et al., 2008; Malet & Llorca, 2007). Cette information, impliquant par extension la mise en lien des différents professionnels, pourrait survenir au cours de formations dites croisées, lors desquelles chaque intervenant forme les autres sur son propre domaine d'expertise (Wagner, Bertrand, et al., 2017). Ce travail collectif doit qui plus est intégrer les membres de l'environnement du patient. En effet, fréquenter un réseau social favorable, sensibilisé, peut constituer un fort facteur favorisant le changement (Couteron, 2015b). Quelques outils spécifiques existent déjà pour aider l'entourage à intervenir de manière précoce auprès des consommateurs (Meliava & Morel, 2015; Smith, Meyers, & Miller, 2001).

Les relations pluriprofessionnelles sont effectivement essentielles pour gérer convenablement de telles problématiques multimodales (c.-à-d., consommation de substances, comorbidités psychiatriques et somatiques, conséquences légales et judiciaires, désinsertion sociale et professionnelle). Dès 1989, Minkoff a formalisé le concept de traitement intégré appliqué auprès des patients présentant simultanément une problématique addictive et une problématique psychiatrique. L'enjeu est alors de prendre en charge ces éléments au sein de la même équipe soignante, élargie. Un tel travail coordonné nécessite néanmoins de considérer les divergences et similitudes dans les pratiques, ainsi que les contraintes institutionnelles et de gouvernance, afin de créer un espace commun de travail et de dialogue clinique (Fleury, 2005, 2006). Sur le plan international, cette perspective est reconnue pour faciliter le parcours de soin des individus (Morel & Couteron, 2008; Sampalli, Fox, Dickson, & Fox, 2012; Stein & Rieder, 2009). Plus précisément, ce concept favorise l'accès au soin, sa continuité, sa cohérence et son efficacité.

Toutefois, on peut envisager que le lien entre ces différents acteurs et institutions n'est pas toujours satisfaisant (Brochu et al., 2014). Cette articulation peut être trop lente, trop

rapide, ou plus simplement inadaptée aux besoins du patient. Il est vrai que cette approche peut sembler coûteuse et complexe à implanter, tout en restant assez nouvelle en France (Lascaux & Couteron, 2015b). Quelques expérimentations ont toutefois déjà eu lieu. Le programme AGEA (Accompagnement à la Gestion Expérientielle de l'Addiction) comprend ainsi des éléments de réduction des risques, de psychoéducation, d'intervention systémique, des traitements médicamenteux et une prise en charge du psychotraumatisme à l'aide de l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), le tout selon des objectifs construits avec le patient (Morel, 2010). Un autre exemple serait le PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), développé en lien avec l'activité des CJC (Lascaux, Couteron, & Phan, 2014). Ce programme inclut les bases d'une psychothérapie brève individuelle avec des inspirations motivationnelles, cognitives, stratégiques et psychodynamiques (Lascaux & Couteron, 2015b).

Pour poursuivre, notre recherche a souligné que de nombreux changements significatifs ont eu lieu sur le plan de la santé et du fonctionnement général de l'individu. On peut toutefois imaginer que certaines évolutions, particulièrement rapides, peuvent se révéler déstabilisantes pour l'individu si elles sont insuffisamment anticipées. Le patient fera en effet l'expérience d'une succession de nouveaux équilibres de vie auxquels il devra s'adapter (Lascaux & Couteron, 2015a). Des résurgences émotionnelles émergent en particulier lorsque les habitudes de consommation sont notablement modifiées, *a fortiori* au début de la prise en charge (Meliava & Morel, 2015). Il est alors nécessaire d'accompagner cette expression émotionnelle, tant positive que négative, car elle représente un potentiel facteur de rechute (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2013; Marlatt & Donovan, 2008). Qui plus est, le changement ne constitue pas un phénomène binaire et uniforme. Les progrès et les régressions font naturellement partie du processus. Néanmoins, il reste vrai que chaque évolution implique un lot de défis pour la prise en charge. Cette dernière doit alors s'adapter à chaque instant, au sein d'un contexte ambulatoire, à ces nouveaux besoins (Walker, 2009).

Quant à l'évaluation du changement, il ne suffit pas de disposer d'une mesure objective pour qu'elle soit automatiquement associée à un vécu subjectif. Un autre enjeu de la relation thérapeutique est alors de pouvoir rendre significative la différence entre un avant et un après. Cette mise en lien, au sein d'un cadre idéalement sécurisant, offre la possibilité d'expérimenter la réalité du changement sans être immédiatement assailli par les exigences

du monde extérieur (Fillit & Couteron, 2015; Gira & Morel, 2015). Les approches stratégiques et solutionnistes proposent notamment d'insister sur la réassociation émotionnelle, cognitive et comportementale de l'individu, afin de lui redonner la possibilité du choix (Betbèze, 2016; Isebaert, 2016). Il reste en effet important de maintenir la confiance de l'individu en sa capacité de changer, tout en anticipant les éventuels futurs obstacles rencontrés au cours de cette démarche.

En lien avec ces éléments, les changements concernant la temporalité semblent prometteurs du point de vue des retombées cliniques. Ainsi, la façon dont les patients se positionnent par rapport à leur passé, leur présent et leur avenir peut constituer une clé à travailler au cours de la prise en charge, tout en représentant un indicateur significatif du changement. Un enjeu pertinent est d'intégrer une évaluation de ces perspectives sans pour autant alourdir les protocoles déjà en place (Carey, 2007; Gellert, Ziegelmann, Lippke, & Schwarzer, 2012; Hall & Fong, 2003; Hall, Fong, & Meng, 2014; Kovač & Rise, 2007). Un travail de réaccordage entre le passé et le présent pourrait se montrer bénéfique. Certains événements à valeur traumatique, liés ou non aux expériences de consommation, peuvent persister et hanter l'individu dans son quotidien, jusqu'à contribuer au maintien des consommations (Boulze & Launay, 2010). D'autres approches thérapeutiques, comme l'approche systémique, soulignent l'intérêt de centrer la prise en charge sur l'Ici et le Maintenant, plutôt que sur une histoire passée sur laquelle l'individu ne peut plus rien faire. Cet enfermement à l'égard du passé peut en revanche l'entraver dans son évolution personnelle (Cassiers, 2000). Par ailleurs, gagner une meilleure conscience du moment présent est souvent associé à un meilleur niveau de santé mentale (Witkiewitz & Bowen, 2010). L'exploration du passé reste toutefois importante pour redonner une signification, une continuité, aux expériences actuelles vécues par les individus. Qui plus est, cela peut permettre de se décharger d'une culpabilité et d'un ressenti de responsabilité omniprésent et insupportable.

La forme que peuvent prendre les interventions à implanter en addictologie, centrées sur les perspectives temporelles, reste à élaborer. De précédentes études proposent néanmoins quelques pistes de réflexion (Papastamatelou et al., 2015; Sword et al., 2014; Weissenberger et al., 2016). Ainsi, dans le cadre de la prise en charge de vétérans de l'armée présentant un syndrome de stress post-traumatique, Sword et ses collaborateurs (2014) ont

élaboré la *Time Perspective Therapy*, sur la base des écrits de Zimbardo. Cette dernière a depuis été étendue à d'autres populations, cultures et problématiques, mais pas spécifiquement aux conduites addictives. À partir d'un travail narratif portant sur l'histoire personnelle, cette technique permet d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle, de résilience, et plus largement, le degré de fonctionnement quotidien de l'individu.

Différentes étapes peuvent être distinguées au sein de ce protocole thérapeutique. Tout d'abord, le profil temporel de l'individu est défini, en veillant à repérer les perspectives qui semblent entraîner des difficultés significatives. On accompagne en parallèle le patient à prendre conscience de ce fonctionnement, tout en définissant avec lui les pistes d'évolution souhaitées. Le travail thérapeutique encourage alors à entrer en rupture avec les perspectives temporelles insatisfaisantes, et *in fine* à aboutir à la restructuration du rapport au passé, à une meilleure expérience du temps présent, tout en réapprenant à s'ouvrir à l'avenir. Point important de la théorie, chaque individu dispose d'un équilibre temporel singulier. Il conviendra surtout d'apprendre à redevenir flexible, à s'adapter aux contraintes des situations vécues. Les auteurs soulignent malgré tout un équilibre temporel optimal, incluant les cinq différentes perspectives temporelles : un haut Passé positif ; un Présent hédoniste et un Futur modérés ; un Passé négatif et un Présent fataliste les plus bas possibles.

D'autres approches sont envisageables. Dans le cas où la temporalité d'un individu est particulièrement fractionnée, les approches stratégiques et solutionnistes proposent un protocole visant la reconstruction des choix existentiels de l'individu (Isebaert, 2016). Auparavant, Hall et Fong (2003) ont proposé une tâche au cours de laquelle les patients s'entraînent à estimer les coûts et bénéfices à plus ou moins long terme d'un exercice physique, sportif. Dans l'ensemble, ces quelques pistes d'intervention rejoignent finalement l'idée d'un travail motivationnel au cours duquel la temporalité est davantage marquée et formalisée. La littérature nous rappelle d'ailleurs que les perspectives temporelles peuvent bien être les cibles, indirectes, des interventions agissant sur la motivation à consommer et au changement (Chavarria et al., 2015). Enfin, on rajoutera que les interventions psychodynamiques peuvent aussi avoir un impact sur la temporalité de la psyché. Un objectif y est notamment de séparer ce qui fait partie de l'histoire, ancienne, de ce qui constitue maintenant le présent et bientôt l'avenir (Fillit & Couteron, 2015). Pour conclure, l'enjeu majeur est, quelle que soit l'approche, de redonner à l'individu un sentiment de maîtrise sur

son vécu. Même si le temps reste une entité objectivement incontrôlable, son incidence sur l'existence individuelle sera peut-être mieux acceptée et intégrée.

Enfin, soulignons que si l'addiction conduit à l'aliénation de l'individu, le soin doit pouvoir contribuer à un retour à l'autonomie et à l'émergence d'un sentiment de liberté (Gira & Morel, 2015; Meliava & Morel, 2015). Les interventions offrent la possibilité à l'individu de se reconnaître comme acteur du changement, à ne plus être soumis à de multiples injonctions internes ou externes. L'idée est de réapprendre au patient à être dans une action volontaire, consentie, respectueuse de ses désirs, ses ressources et son environnement (Couteron, 2015a). Cela a alors une influence jusque sur le contexte institutionnel et décisionnaire, qui doit idéalement soutenir un cadre favorisant l'autonomie (Deci et al., 1994; Simoneau & Bergeron, 2003; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Zeldman et al., 2004). Sur le plan de la pratique, il y a finalement beaucoup à gagner à articuler l'expérience des usagers avec celles des professionnels. Cela nécessite une part significative d'humilité afin d'accepter les individus tels qu'ils sont au moment où ils franchissent les portes des institutions.

Conclusion

La faible utilisation des soins, qu'elle soit liée à un déficit initial dans le recours aux services spécialisés ou à un abandon précoce du suivi, continue d'interroger les professionnels de terrain et les gestionnaires de ces services. Simultanément, la question du changement dans le champ des conduites addictives, notamment sa nature exacte et ses prédicteurs, reste importante à explorer, en cela qu'elle a de multiples répercussions pour l'individu, son entourage, les intervenants, les actions et services proposés, les pouvoirs administratifs et publics, la société dans son ensemble. Ce travail de recherche a ainsi visé à répondre à une véritable interrogation multidisciplinaire, initiée dans la collaboration avec des partenaires de terrain. Cette recherche interroge finalement plus largement la pratique de l'addictologie, *a fortiori* dans un cadre ambulatoire, tel qu'elle est considérée en France.

Les premières données offrent des indications sur les facteurs pouvant conduire à l'interruption prématurée de la prise en charge. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés au changement tel qu'il peut être observé dans cette population de patients. En plus des améliorations significatives concernant la consommation d'alcool, d'autres changements notables ont pu être documentés. Tout se passe comme si l'individu apprend à

s'inscrire progressivement dans un mode de vie plus distant de l'alcool, tout en investissant d'autres objectifs. Plus qu'une simple réadaptation physique, psychologique et sociale, le soin spécialisé semble ainsi avoir une action largement multidimensionnelle. *A fortiori*, nos résultats plaident pour la prise en considération, dans l'étude du changement, d'une large gamme de variables. La source et la persistance de ces évolutions restent néanmoins encore à définir.

Les perspectives temporelles, à cet égard, représentent une piste à développer davantage. Un pan de l'étude a indiqué que la façon dont les individus voient, et agissent par rapport à leur futur, peut prédire l'évolution de la sévérité de la problématique relative à la consommation d'alcool. Nous n'oublions néanmoins pas que de nombreux autres facteurs contribuent à ces trajectoires d'usage. Pour autant, le dernier volet de ce travail a mis en évidence l'action médiatrice de certaines perspectives temporelles sur la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et les différentes facettes de la motivation au changement. À notre connaissance, cela constitue l'une des premières études à explorer cette association en milieu clinique. Par la même occasion, cette dernière a ainsi apporté une lecture plus fine des mécanismes implicites sous-tendant la modification des conduites de consommation. Finalement, il semble envisageable que ces perspectives temporelles constituent des pistes pertinentes d'intervention durant la prise en charge.

De façon pertinente, Klingemann (2000) a souligné qu'une mauvaise adéquation entre les temporalités institutionnelles, thérapeutiques et individuelles conduisent à des abandons prématurés, à une moindre évolution des patients, et même à un mal-être des professionnels et une restructuration forcée de l'offre de soin. Force est aussi de constater que toute évolution technique ou technologique entraîne une rupture dans ces équilibres. En parallèle, la tendance actuelle est vraisemblablement de proposer un soin toujours plus efficace et adapté aux individus, tout en cherchant à limiter son coût humain, économique et temporel, ces trois aspects étant souvent reliés. On aboutit alors à une position paradoxale où le temps devient une ressource économique pour certains, tandis qu'elle ne l'est pas pour d'autres (les patients en l'occurrence). Réduire le coût associé aux prises en charge *via* des interventions potentiellement plus courtes, revient à libérer du temps objectif, et finalement subjectif, chez l'individu. La répercussion symbolique de ce temps « libre », libre d'investissement, reste encore à définir.

Pour en revenir plus spécifique à notre présent travail, il convient de rappeler que la trajectoire de changement est nécessairement bien plus longue que les six mois qui ont défini notre temps de suivi. De nombreux patients sont éventuellement toujours suivis, tandis que d'autres, ayant quitté le soin, ont pu depuis y revenir. Ce processus peut débuter bien avant la toute première prise de contact et prendre de nombreuses formes. Les ressources de l'individu et de son environnement sont parfois suffisantes pour induire un changement spontané. Dans d'autres cas, ce ne sera pas le cas, et une aide extérieure revêtera une importance fondamentale. Que cette démarche réussisse, en lien avec des objectifs définis en collaboration avec les soignants, ou non, l'expérience des individus avec le soin va influencer leur recours et rapport futur à ces sources d'aide.

Notre travail plaide pour la pleine considération de l'individu, de ses expériences et de ses évolutions. L'enjeu de la prise en charge revient alors à s'approprier ces spécificités, besoins, ressources, attentes, difficultés, afin de soutenir ce dernier dans sa démarche d'autonomisation (Walker, 2009). Aucun modèle d'intervention ne pourra jamais convenir en l'état à tous les patients. *A fortiori*, nous pensons qu'il est essentiel de s'inscrire dans une véritable perspective *bottom-up*, partant de l'expérience réelle des usagers, lorsque l'on bâtit et ajuste une offre d'intervention. Cette position peut, on le conçoit, être difficile à assumer concrètement, face à des contraintes administratives, économiques et politiques actuellement toujours plus nombreuses. Néanmoins, toute autre logique risque de ne pas entrer suffisamment en adéquation avec les trajectoires des individus.

Pour aller maintenant plus loin, les problématiques addictives ne peuvent être gérées uniquement par le seul dispositif de soin. Tout d'abord, il est vrai que l'accompagnement thérapeutique ne concerne finalement qu'une minorité de consommateurs. En amont, il est nécessaire de recentrer l'attention sur l'information et la prévention. De telles actions permettent de rencontrer les individus bien plus tôt au cours de leur trajectoire d'usage, et de vie, avant que cette dernière ne puisse éventuellement évoluer défavorablement. On estime néanmoins que la prévention reste encore délicate à implanter en France (Chambon & Morel, 2015b). Il y a à cet égard encore beaucoup à construire pour aller en direction des usagers, faire un pas en dehors des centres traditionnels de soin et finalement investir efficacement leur milieu « naturel » (Goutte et al., 2008). L'aspect communautaire dans le champ des addictions regroupe effectivement une large diversité de structures et d'acteurs : système

judiciaire, services de police, hospitaliers, médicosociaux, milieu du travail, éducatif et associatif, collectivités territoriales, etc.

L'intervention précoce est particulièrement pertinente pour réduire les risques et les dommages, éviter le basculement vers une conduite hors de contrôle. Elle permet aussi le repérage, l'évaluation et l'amélioration de l'accès au soin des individus qui peuvent, à cet instant, en avoir besoin. L'objectif est aussi de soutenir le changement et les capacités d'autorégulation des individus, *via* un impact certain sur leur environnement de vie. Cette approche nécessite néanmoins une implication et une coordination importantes de tous les acteurs impliqués (p. ex., spécialistes, administrateurs, pouvoirs publics, intervenants communautaires, usagers et représentants de ces derniers, membres de l'entourage social ou professionnel, etc.) (Morel & Goutte, 2015). Chaque milieu d'intervention présente, de plus, des contraintes et des ressources spécifiques (Goutte et al., 2008). Le savoir issu de ces terrains peut en revanche être précieux pour les professionnels en addictologie, en cela qu'il se rapporte à des milieux et des dynamiques dont ils n'ont souvent qu'une perception très indirecte. En retour, les autres acteurs peuvent bénéficier de l'expérience de ces professionnels.

Pour quitter le registre académique et ouvrir notre propos vers un niveau plus sociétal, il convient de préciser que la gestion des problématiques addictives a un ensemble d'implications sociales et politiques (Couteron, 2015e). Les professionnels de l'addictologie peuvent contribuer à modifier la perception de la société et des pouvoirs publics sur ces conduites (Klingemann & Klingemann, 2008). Néanmoins, cette action reste complexe. La persistance, encore très actuelle, des politiques de répression ne fait finalement qu'accentuer la position paradoxale d'une société réprouvant ce qu'elle promeut et encourage par ailleurs (Couteron, 2009). Simultanément, cette même société peut devenir le vecteur de la stigmatisation et du rejet des individus dérivant hors des normes prescrites concernant ces conduites. Dans l'ensemble, le risque est alors de laisser de côté les enjeux d'éducation, de prévention et de réduction des risques, et plus largement, toute initiative plus respectueuse de l'expérience subjective (Couteron, 2015e; Morel & Couteron, 2008). L'individu risque alors de se trouver particulièrement isolé face à ses interrogations et ses difficultés.

Références

- Abiola, T., Udofia, O., Sheikh, T. L., & Sanni, K. (2015). Assessing change readiness and treatment eagerness among psychoactive substance users in Northern Nigeria. *Journal of Substance Abuse Treatment, 58*, 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.012>
- Acier, D., Nadeau, L., & Landry, M. (2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé mentale. *Santé mentale au Québec, 32*(2), 59. <https://doi.org/10.7202/017797ar>
- Acier, D., Nadeau, L., & Landry, M. (2008). La rémission sans traitement: état de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales Médico-Psychologiques, 166*(9), 727-734. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.009>
- Acier, D., Pilet, J.-L., Chaillou, C., Bertin, D., Broussard, M., & Facy, F. (2016). Élaboration et validation du Test d'Orientation Temporelle (TOT). *Psychologie Française, 61*(3), 177-190. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.03.003>
- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*(5), 529-534. <https://doi.org/10.1037/a0015198>
- Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V., Raistrick, D., & UKATT Research Team. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism, 45*(2), 136-142. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq005>
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Adelabu, D. H. (2008). Future time perspective, hope, and ethnic identity among African American adolescents. *Urban Education, 43*(3), 347-360. <https://doi.org/10.1177/0042085907311806>
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2003). *Alcoolisme et psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Adler, G., Pritchett, L. R., Kauth, M. R., & Mott, J. (2015). Staff perceptions of homeless veterans' needs and available services at community-based outpatient clinics. *Journal of Rural Mental Health, 39*(1), 46-53. <https://doi.org/10.1037/rmh0000024>
- Agyapong, V. I. O., Rogers, C., MacHale, S., & Cotter, D. (2010). Factors predicting adherence with psychiatric follow-up appointments for patients assessed by the liaison psychiatric team in the emergency department. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 40*, 217-228. <https://doi.org/10.2190/pm.40.2.g>
- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(3), 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003>
- Aharonovich, E., Nunes, E., & Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(2), 207-211. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00092-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00092-9)
- Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *American Journal on Addictions, 18*(1), 81-86. <https://doi.org/10.1080/10550490802545174>

- Alarcon, R., Nalpas, B., Pelletier, S., & Perney, P. (2015). MoCA as a screening tool of neuropsychological deficits in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1042-1048. <https://doi.org/10.1111/acer.12734>
- Alcohol and Public Policy Group. (2010). Alcohol: No ordinary commodity - a summary of the second edition. *Addiction*, 105(5), 769-779. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x>
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613-619. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x>
- Allen, K. (1994). Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International Journal of the Addictions*, 29(4), 429-444. <https://doi.org/10.3109/10826089409047391>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème édition). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter ? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe - A public health perspective. A report for the European Commission*. London, United Kingdom: Institute of Alcohol Studies. Consulté à l'adresse http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234-2246. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)
- Anglin, M. D., Hser, Y. I., & Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 308-323. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.11.4.308>
- Anton, R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 165-173.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., ... COMBINE Study Research Group, for the. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003. <https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003>
- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54(3), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., & Soulé, F. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31(12), 2339-2343. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.008>

- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., & Oldak, R. (2004). Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them : Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153. <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>
- Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Éd.). (2015). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (2nde édition). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Astals, M., Díaz, L., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Bulbena, A., & Torrens, M. (2009). Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: An 18-month follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2822-2832. <https://doi.org/10.3390/ijerph6112822>
- Aubin, H.-J., Auriacombe, M., Reynaud, M., & Rigaud, A. (2013). Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 35(4), 309-315.
- Babor, T. F. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S45-S49. <https://doi.org/10.1002/mpr.248>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. (2nde édition). Genève, Suisse: World Health Organization. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
- Bachiller, D., Grau-López, L., Barral, C., Daigre, C., Alberich, C., Rodríguez-Cintas, L., ... Roncero, C. (2015). Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge. *Adicciones*, 27, 109-118.
- Bakker, M., & Wicherts, J. M. (2014). Outlier removal, sum scores, and the inflation of the type I error rate in independent samples t tests: The power of alternatives and recommendations. *Psychological Methods*, 19(3), 409-427. <https://doi.org/10.1037/met0000014>
- Baliunas, D. O., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55(3), 159-166. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0095-x>
- Baliunas, D. O., Taylor, B. J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 32(11), 2123-2132. <https://doi.org/10.2337/dc09-0227>
- Barman, R., Mahi, R., Kumar, N., Sharma, K. C., Singh Sidhu, B., Singh, D., & Mittal, N. (2011). Barriers to treatment of substance abuse in a rural population of India. *The Open Addiction Journal*, 4(1), 65-71. <https://doi.org/10.2174/1874941001104010065>
- Barnett, E., Spruijt-Metz, D., Unger, J. B., Rohrbach, L. A., Sun, P., & Sussman, S. (2013). Bidirectional associations between future time perspective and substance use continuation among high-school students. *Substance Use & Misuse*, 48(8), 574-580. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787092>
- Bates, M. E., Pawlak, A. P., Tonigan, J. S., & Buckman, J. F. (2006). Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 241-253. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.241>

- Beauchet, A., & Morel, A. (2015). Réduction des risques. In A. Morel, J.-P. Couteron, & P. Fouilland, *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 532-542). Paris, France: Dunod.
- Beck, F., Guignard, R., Palle, C., Gautier, A., & Obradovic, I. (2013). La prise en charge des usagers de drogues illicites par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. *Revue française des Affaires sociales*, 3(3), 24-41.
- Beck, F., Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O., & Spilka, S. (2015). *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014* (Tendances No. 99). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies & Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>
- Beenstock, J., Adams, J., & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: Cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 21(4), 438-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp225>
- Benyamina, A. (2014). *Addictions et comorbidités*. Paris, France: Dunod.
- Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue*. Paris, France: La Découverte.
- Bernstein, I. H., Lacritz, L., Barlow, C. E., Weiner, M. F., & DeFina, L. F. (2011). Psychometric evaluation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in three diverse samples. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 119-126. <https://doi.org/10.1080/13854046.2010.533196>
- Berridge, K. C., Robinson, T. E., & Aldridge, J. W. (2009). Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. *Current Opinion in Pharmacology*, 9(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2008.12.014>
- Bertholet, N. (2006). A possible way to motivate ambivalent patients to undergo detoxification. *Alcohol and Alcoholism*, 41(2), 205-205. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh239>
- Bertholet, N., Cheng, D. M., Palfai, T. P., Samet, J. H., & Saitz, R. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviors*, 34(8), 636-640. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.034>
- Bertholet, N., Dukes, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A., & Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 568-572. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.013>
- Betbèze, J. (2016). Thérapies brèves et hypnose dans les troubles du comportement alimentaire. In Y. Doutreligne, O. Cottencin, J. Betbèze, L. Isebaert, & D. Megglé, *Interventions et thérapies brèves : 10 stratégies concrètes. Crises et opportunités* (2nde édition, p. 9-58). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Biecheler-Fretel, M. B., Peytavin, J.-F., & Gourlet, Y. (2003). *Recherche de l'alcoolémie dans les accidents corporels de la route et indicateurs d'alcoolisation*. (Tendances No. 33). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmbjc.pdf>
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100(3), 405-413. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01008.x>
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2007). Stability of subtypes of natural recovery from alcohol dependence after two years. *Addiction*, 102(6), 904-908. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01834.x>

- Blas, E., & Kurup, A. S. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève, Suisse: World Health Organization. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
- Blow, F. C., Walton, M. A., Barry, K. L., Coyne, J. C., Mudd, S. A., & Copeland, L. A. (2000). The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 769-774. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb04751.x>
- Blume, A. W., Schmalting, K. B., & Marlatt, G. A. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 30(2), 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.019>
- Bogenschutz, M. P., Bhatt, S., Bohan, J., Foster, B., Romo, P., Wilcox, C. E., & Tonigan, J. S. (2016). Coadministration of disulfiram and lorazepam in the treatment of alcohol dependence and co-occurring anxiety disorder: an open-label pilot study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(5), 490-499. <https://doi.org/10.3109/00952990.2016.1168430>
- Boniwell, I., Osin, E., Alex Linley, P., & Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology*, 5(1), 24-40. <https://doi.org/10.1080/17439760903271181>
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2003). Time to find the right balance. *The Psychologist*, 16, 129-131.
- Booth, B. M., Kirchner, J., Fortney, J., Ross, R., & Rost, K. (2000). Rural at-risk drinkers: Correlates and one-year use of alcoholism treatment services. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 267-277. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.267>
- Borsboom, D. (2006). When does measurement invariance matter? *Medical Care*, 44(3), S176-S181. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245143.08679.cc>
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.011>
- Bouffet, M.-P. (2017). *L'association Les APSYADES (1917-2017) donne un avenir à son histoire*. Bouguenais, France: Histoires Vives, Les APSYADES.
- Boulze, I., & Launay, M. (2010). Alcoolisme chronique : approche diagnostique et perspectives psychothérapeutiques. In *Psychopathologie des addictions : 12 cas cliniques* (p. 15-36). Paris, France: In Press.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2013). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Wang, E. W., & Harris, K. S. (2014). Addiction and the mediation of hope on craving, readiness, and coping. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), 294-312. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2014.969062>
- Braitman, A. L., & Kelley, M. L. (2016). Initiation and retention in couples outpatient treatment for parents with drug and alcohol use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 24(3), 174-184. <https://doi.org/10.1037/pha0000072>
- Breiner, M. J., Stritzke, W. G., & Lang, A. R. (1999). Approaching avoidance. A step essential to the understanding of craving. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 197-206.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73-92. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931738.x>

- Brewer, L. G., Zawadski, M. L., & Lincoln, R. (1990). Characteristics of alcoholics and codependents who did and did not complete treatment. *International Journal of the Addictions*, 25(6), 653-663. <https://doi.org/10.3109/10826089009061326>
- Britton, A., Nolte, E., White, I. R., Grønbaek, M., Powles, J., Cavallo, F., & McPherson, K. (2002). A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *European Journal of Epidemiology*, 18(7), 643-652. <https://doi.org/10.1023/A:1024834608689>
- Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N., & Patenaude, C. (2014). *À la croisée des chemins: trajectoires addictives et trajectoires de services: la perspective des personnes toxicomanes*. Québec, QC, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Brooks, C., & Cheng, S. (2001). Declining government confidence and policy preferences in the U.S.: Devolution, regime effects, or symbolic change? *Social Forces*, 79(4), 1343-1375. <https://doi.org/10.1353/sof.2001.0032>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c>
- Brown, B. S., Hickey, J. E., Chung, A. S., Craig, R. D., & Jaffe, J. H. (2009). The functioning of individuals on a drug abuse treatment waiting list. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 261-274. <https://doi.org/10.3109/00952998908993407>
- Browne, K. C., Wray, T. B., Stappenbeck, C. A., Krenek, M., & Simpson, T. L. (2016). Alcohol consumption, craving, and craving control efforts assessed daily in the context of readiness to change among individuals with alcohol dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.005>
- Burns, J. M., Durkin, L. A., & Nicholas, J. (2009). Mental health of young people in the United States: What role can the internet play in reducing stigma and promoting help seeking? *The Journal of Adolescent Health*, 45(1), 95-97. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.12.006>
- Burrow-Sanchez, J. J., & Lundberg, K. J. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 32(1), 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.039>
- Butler, K., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R. G., Fu, S. S., Hagedorn, H., ... Minnesota Evidence-based Practice Center. (2008). *Integration of mental health/substance abuse and primary care* (Evidence Report No. 173). Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Consulté à l'adresse <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/mhsapc/mhsapc.pdf>
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1834-1847. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.015>
- Carey, K. B. | Henson. (2007). Which heavy drinking college students benefit from a brief motivational intervention? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 663-669. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.663>

- Cassiers, L. (2000). Fonction familial de l'alcoolisme. In J.-P. Roussaux, B. Faoro-Kreit, & D. Hers (Éd.), *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques* (2nde édition, p. 271-284). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Casswell, S., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: Reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives: Negative impacts of exposure to others' drinking. *Addiction*, 106(6), 1087-1094. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x>
- Chakravorty, S., Kuna, S. T., Zaharakis, N., O'Brien, C. P., Kampman, K. M., & Oslin, D. (2010). Covariates of craving in actively drinking alcoholics. *The American Journal on Addictions*, 19(5), 450-457. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00067.x>
- Chambon, J., & Couteron, J.-P. (2015). Modernité et addictions : La société addictogène. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 90-103). Paris, France: Dunod.
- Chambon, J., & Morel, A. (2015a). Drogues, plaisir et satisfaction. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 30-40). Paris, France: Dunod.
- Chambon, J., & Morel, A. (2015b). Efficacité de la prévention. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 543-555). Paris, France: Dunod.
- Chavarria, J., Allan, N. P., Moltisanti, A., & Taylor, J. (2015). The effects of present hedonistic time perspective and past negative time perspective on substance use consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.027>
- Chen, K. W., Berger, C. C., Forde, D. P., D'Adamo, C., Weintraub, E., & Gandhi, D. (2011). Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-90>
- Chen, T., Liu, L., Cui, J., Chen, X., Wang, J., Zhang, Y., ... Chan, R. C. K. (2016). Present-fatalistic time perspective and life satisfaction: The moderating role of age. *Personality and Individual Differences*, 99, 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.017>
- Cherpitel, C. J. (2013). Focus on: The burden of alcohol use--trauma and emergency outcomes. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 150-154.
- Chittaro, L., & Vianello, A. (2013). Time perspective as a predictor of problematic Internet use: A study of Facebook users. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 989-993. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.007>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., & Marti, C. N. (2014). Treatment use, perceived need, and barriers to seeking treatment for substance abuse and mental health problems among older adults compared to younger adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.004>
- Chrispin, P. S., Scotton, H., Rogers, J., Lloyd, D., & Ridley, S. A. (1997). Short Form 36 in the intensive care unit: Assessment of acceptability, reliability and validity of the questionnaire. *Anaesthesia*, 52(1), 15-23. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1997.015-az014.x>
- Chun, Y.-M., Cho, S.-M., & Shin, S.-M. (2010). Factor structure of a Korean-language version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in a clinical sample of clients with alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 555-562. <https://doi.org/10.1037/a0021492>
- Cisler, R. A., Kivlahan, D. R., Donovan, D., & Mattson, M. E. (2005). Assessing nondrinking outcomes in combined pharmacotherapy and psychotherapy clinical trials for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (S15), 110-118. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.110>

- Clark, J. J. (2009). Contemporary psychotherapy research: Implications for substance misuse treatment and research. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 42-61. <https://doi.org/10.1080/10826080802523228>
- Clarke, D. (2007). Intrinsic and extrinsic barriers to health care: Implications for problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(4), 279-291. <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9089-1>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Cole, J. C., Andretta, J. R., & McKay, M. T. (2016). The relationship between temporal profiles and alcohol-related problems in University undergraduates: Results from the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 55, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.001>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931-939. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Connolly, J. M., Kavanagh, D. J., Baker, A. L., Kay-Lambkin, F. J., Lewin, T. J., Davis, P. J., & Quek, L.-H. (2013). Craving as a predictor of treatment outcomes in heavy drinkers with comorbid depressed mood. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1585-1592. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.003>
- Connor, J. C., & Casswell, S. (2012). Alcohol-related harm to others in New Zealand: Evidence of the burden and gaps in knowledge. *The New Zealand Medical Journal*, 125(1360), 11-27.
- Contat, J., & Couteron, J.-P. (2015). Addictions et psychopathologie. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 275-283). Paris, France: Dunod.
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: Findings from structural equation modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 232-237. <https://doi.org/10.1037/a0037981>
- Copeland, J. (1998). A qualitative study of self-managed change in substance dependence among women. *Contemporary Drug Problems*, 25(2), 321-345. <https://doi.org/10.1177/009145099802500204>
- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J., & Weiss, R. D. (2009). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(5), 337-344. <https://doi.org/10.1037/a0017260>
- Copersino, M. L., Schretlen, D. J., Fitzmaurice, G. M., Lukas, S. E., Faberman, J., Sokoloff, J., & Weiss, R. D. (2012). Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance: Predictive validation of a brief cognitive screening measure. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3), 246-250. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.670866>
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Corrao, G. (2002). Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy: A balance in 1983 and 1996. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.3.214>
- Couteron, J.-P. (2009). Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ? *Psychotropes*, 15(4), 9. <https://doi.org/10.3917/psyt.154.0009>

- Couteron, J.-P. (2015a). Auto-changement. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 487-494). Paris, France: Dunod.
- Couteron, J.-P. (2015b). Facteurs de protection, facteurs de vulnérabilité. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 245-253). Paris, France: Dunod.
- Couteron, J.-P. (2015c). Le concept d'addiction. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 79-89). Paris, France: Dunod.
- Couteron, J.-P. (2015d). Les sociétés et les drogues. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 12-20). Paris, France: Dunod.
- Couteron, J.-P. (2015e). Loi et contrôle social. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 556-570). Paris, France: Dunod.
- Couteron, J.-P., Beck, F., Bonnet, N., & Obradovic, I. (2014). Usages à risque à l'adolescence, tendances et contextes. *La Santé en action*, 429, 17-20.
- Cox, W. M., Heinemann, A. W., Miranti, S. V., Schmidt, M., Klinger, E., & Blount, J. (2003). Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury. *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), 93-110. https://doi.org/10.1300/J069v22n01_07
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2011). *Handbook of motivational counseling: Goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Crouzet, M., & Morel, A. (2015). Addictions, urgences et hôpital. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 338-350). Paris, France: Dunod.
- Csillik, A. S., & Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 331-341. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>
- Cuiipers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults : A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Cunningham, J. A., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A., & Cordingley, J. (2005). Maturing out of drinking problems: Perceptions of natural history as a function of severity. *Addiction Research & Theory*, 13(1), 79-84. <https://doi.org/10.1080/16066350512331328131>
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18(3), 347-353. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90036-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(93)90036-9)
- Curran, G. M., Stecker, T., Han, X., & Booth, B. M. (2009). Individual and program predictors of attrition from VA substance use treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(1), 25-34. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9093-z>
- Daepfen, J.-B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., & Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 49(4), 457-465. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu027>
- Daepfen, J.-B., Krieg, M. A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 685-694. <https://doi.org/10.3109/00952999809019617>

- Damian, A. M., Jacobson, S. A., Hentz, J. G., Belden, C. M., Shill, H. A., Sabbagh, M. N., ... Adler, C. H. (2011). The Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental State Examination as screening instruments for cognitive impairment: Item analyses and threshold scores. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(2), 126-131. <https://doi.org/10.1159/000323867>
- Dano, C., Le Geay, F., & Brière, M. (2014). Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale*, 40(3), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.05.001>
- Darke, S., Mills, K., Teesson, M., Ross, J., Williamson, A., & Havard, A. (2009). Patterns of major depression and drug-related problems amongst heroin users across 36 months. *Psychiatry Research*, 166(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.12.007>
- Dart, T., & Chatellier, G. (2003). Comment décrire la distribution d'une variable ? Tests de normalité et traitement des valeurs extrêmes. *Revue des Maladies Respiratoires*, 20(6), 946-951. <https://doi.org/RMR-12-2003-20-6-0761-8425-101019-ART19>
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.007>
- Davies, S., & Filippopoulos, P. (2015). Changes in psychological time perspective during residential addiction treatment: A mixed-methods study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(3), 249-270. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2015.1066728>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- De Houwer, J., Teige-Mocigemba, S., Spruyt, A., & Moors, A. (2009). Implicit measures: A normative analysis and review. *Psychological Bulletin*, 135(3), 347-368. <https://doi.org/10.1037/a0014211>
- De Silva, V., Samarasinghe, D., & Hanwell, R. (2011). Association between concurrent alcohol and tobacco use and poverty: Alcohol and tobacco use and poverty. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 69-73. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00202.x>
- De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A., & Schrijvers, G. J. (2001). Retention in substance dependence treatment: The relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 253-261. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00160-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00160-X)
- Deane, F., Wootton, D., Hsu, C.-L., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive)*, 73(2), 216-225. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.216>
- Debray, Q., Granger, B., & Azaïs, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4ème édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00797.x>
- Deci, E. L., & Ryan, R. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, NY, USA: University of Rochester Press.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133-138. <https://doi.org/10.1159/000077702>

- Dennis, M., Babor, T. F., Roebuck, M. C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97, 4-15. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.10.x>
- Dennis, M., Scott, C. K., & Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26(3), 339-352. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00037-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00037-5)
- Dennis, M., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S51-S62. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013>
- DeWit, D. J. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745>
- Di Lemma, L. C. G., Dickson, J. M., Jedras, P., Roefs, A., & Field, M. (2015). Priming of conflicting motivational orientations in heavy drinkers: Robust effects on self-report but not implicit measures. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01465>
- Dickson, J. M., Gately, C., & Field, M. (2013). Alcohol dependent patients have weak negative rather than strong positive implicit alcohol associations. *Psychopharmacology*, 228(4), 603-610. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3066-0>
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119. <https://doi.org/10.1080/10550490490435777>
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, (S15), 119-139. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.119>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Drummond, C., Gual, A., Goos, C., Godfrey, C., Deluca, P., Von Der Goltz, C., ... Kaner, E. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe: Alcohol needs assessment in Europe. *Addiction*, 106, 31-36. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03335.x>
- Edlund, M. J., Booth, B., & Feldman, Z. (2009). Perceived need for treatment for alcohol use disorders: Results from two national surveys. *Psychiatric Services*, 60(12). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.12.1618>
- Edlund, M. J., Unützer, J., & Wells, K. B. (2004). Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: Results from healthcare for communities. *Medical Care*, 42(12), 1158-1166. <https://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00002>
- Elmqvist, J., Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2016). The relationship between generalized anxiety symptoms and treatment dropout among women in residential treatment for substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, 51(7), 835-839. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155612>
- Epel, E. S., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 575-596. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb01402.x>
- Epstein, E. E., Drapkin, M. L., Yusko, D. A., Cook, S. M., McCrady, B. S., & Jensen, N. K. (2005). Is alcohol assessment therapeutic? Pretreatment change in drinking among alcohol-dependent women. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 369-378. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.369>

- Erdos, M. B., Gabor, K., & Brettner, Z. (2009). It's high time ... Time experience of drug-dependent persons in recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(3), 202-218. <https://doi.org/10.1080/15560350903038692>
- Evans, E., Li, L., Grella, C., Brecht, M.-L., & Hser, Y.-I. (2013). Developmental timing of first drug treatment and 10-year patterns of drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 271-279. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.07.012>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Fadardi, J. S., & Cox, W. M. (2009). Reversing the sequence: Reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(3), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.11.015>
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: A comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction*, 110(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Fédération Française d'Addictologie. (2011). *Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*. Paris, France: Fédération Française d'Addictologie. Consulté à l'adresse <https://www.federationaddiction.fr/le-livre-blanc-de-laddictologie-francaise/>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4ème édition). Los Angeles, CA, USA: SAGE Publications Ltd.
- Field, M., Di Lemma, L., Christiansen, P., & Dickson, J. (2017). Automatic avoidance tendencies for alcohol cues predict drinking after detoxification treatment in alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(2), 171. <https://doi.org/10.1037/ad0000232>
- Field, M., Mogg, K., Mann, B., Bennett, G. A., & Bradley, B. P. (2013). Attentional biases in abstinent alcoholics and their association with craving. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 71-80. <https://doi.org/10.1037/a0029626>
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2005). Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. *Addictive Behaviors*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.007>
- Filho, J. M. C., & Baltieri, D. A. (2012). Psychosocial and clinical predictors of retention in outpatient alcoholism treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 413-421. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.003>
- Fillit, A., & Coueron, J.-P. (2015). Les thérapies psychodynamiques des addictions. In *Aide-mémoire : Addictologie en 49 notions* (2ème édition, p. 394-402). Paris: Dunod.
- Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, M. D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 199-206. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00076-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00076-2)
- Fleury, M.-J. (2005). Quebec mental health services networks: Models and implementation. *International Journal of Integrated Care*, 5(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.127>
- Fleury, M.-J. (2006). Integrated service networks: The Quebec case. *Health Services Management Research*, 19(3), 153-165. <https://doi.org/10.1258/095148406777888080>
- Foltran, F., Gregori, D., Franchin, L., Verduci, E., & Giovannini, M. (2011). Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutrition Reviews*, 69(11), 642-659. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00417.x>

- Fouilland, P. (2015a). Alcool et addiction. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 104-120). Paris, France: Dunod.
- Fouilland, P. (2015b). Traitements de sevrage. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 410-423). Paris, France: Dunod.
- Freitas, S., Prieto, G., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Psychometric properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): An analysis using the Rasch Model. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(1), 65-83. <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.870231>
- Frischknecht, U., Sabo, T., & Mann, K. (2013). Improved drinking behaviour improves quality of life: A follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 579-584. <https://doi.org/10.1093/alcac/agt038>
- Frydrych, L. M., Greene, B. J., Blondell, R. D., & Purdy, C. H. (2009). Self-help program components and linkage to aftercare following inpatient detoxification. *Journal of Addictive Diseases*, 28(1), 21-27. <https://doi.org/10.1080/10550880802544799>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- Gagnon, G., Hansen, K. T., Woolmore-Goodwin, S., Gutmanis, I., Wells, J., Borrie, M., & Fogarty, J. (2013). Correcting the MoCA for education: Effect on sensitivity. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 40(05), 678-683. <https://doi.org/10.1017/S0317167100014918>
- Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations*, 1(13), 129-150. <https://doi.org/10.7202/045424ar>
- Gellert, P., Ziegelmann, J. P., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2012). Future time perspective and health behaviors: Temporal framing of self-regulatory processes in physical exercise and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 208-218. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9312-y>
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486-489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 252, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.005>
- Gierus, J., Mosiołek, A., Koweszko, T., Wnukiewicz, P., Kozyra, O., & Szulc, A. (2015). The Montreal Cognitive Assessment as a preliminary assessment tool in general psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 476-480. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.011>
- Gira, E., & Morel, A. (2015). Psychoéducation. Les thérapies psycho-éducatives, cognitives et émotionnelles. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 384-393). Paris, France: Dunod.
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities. *Substance Abuse*, 35(2), 133-140. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.812544>
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

- Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660-668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.011>
- Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse problems : Evidence of effectiveness*. Londres, Royaume-Uni: National Treatment Agency for Substance Misuse. Consulté à l'adresse <http://www.onlinelibraryaddictions.stir.ac.uk/2017/05/22/treating-drug-misuse-problems-evidence-of-effectiveness/>
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259-1267. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x>
- Goto, R., Takahashi, Y., Nishimura, S., & Ida, T. (2009). A cohort study to examine whether time and risk preference is related to smoking cessation success. *Addiction*, 104(6), 1018-1024. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02585.x>
- Goutte, S., Morel, A., Dupont, C., Daneluzzi, V., Maitre, E., Fillit, L., ... Rouveix, E. (2008). Usagers de substances psychoactives : Expérience d'intervention précoce dans un centre de dépistage anonyme et gratuit. *Alcoologie et addictologie*, 30(4), 371-377.
- Graff, F. S., Morgan, T. J., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S. M., Jensen, N. K., & Kelly, S. (2009). Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *American Journal on Addictions*, 18(4), 277-288. <https://doi.org/10.1080/10550490902925540>
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 549-576. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>
- Groppi, M., Geiger, S., & Lafortune, J. (2011). Parler d'alcool avec son patient en médecine générale. Simple ou gênant ? *Médecine*, 7(2), 83-86. <https://doi.org/10.1684/med.2011.0666>
- Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Alcohol-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, 23(4), 588-593. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113-122. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Guthrie, L. C., Butler, S. C., Lessl, K., Ochi, O., & Ward, M. M. (2014). Time perspective and exercise, obesity, and smoking: Moderation of associations by age. *American Journal of Health Promotion*, 29(1), 9-16. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130122-QUAN-39>
- Hall, P. A., & Fong, G. T. (2003). The effects of a brief time perspective intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychology & Health*, 18(6), 685-706. <https://doi.org/10.1080/0887044031000110447>
- Hall, P. A., & Fong, G. T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6-52. <https://doi.org/10.1080/17437190701492437>
- Hall, P. A., Fong, G. T., & Meng, G. (2014). Time perspective as a determinant of smoking cessation in four countries: Direct and mediated effects from the International Tobacco Control (ITC) 4-Country Surveys. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1183-1190. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.019>
- Hallgren, K. A., McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2016). Trajectories of drinking urges and the initiation of abstinence during cognitive-behavioral alcohol treatment: Drinking urges. *Addiction*, 111(5), 854-865. <https://doi.org/10.1111/add.13291>

- Harber, K., Zimbardo, P., & Boyd, J. (2003). Participant self-selection biases as a function of individual differences in time perspective. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 255-264. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2503_08
- Hasin, D. S. (2012). Combining abuse and dependence in DSM-5. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 702-704. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.702>
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2004). The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 891. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.891>
- Hasking, P. A., & Oei, T. P. S. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors*, 32(1), 99-113. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.024>
- Hawking, S. (2009). *Une belle histoire du temps*. Paris, France: Flammarion.
- Hawkins, E. J., Baer, J. S., & Kivlahan, D. R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.10.001>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Hayes, A. F., Montoya, A. K., & Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal*, 25(1), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2017.02.001>
- Heather, N., Adamson, S. J., Raistrick, D., Slegg, G. P., & UKATT Research Team. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol and Alcoholism*, 45(2), 128-135. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg096>
- Heilig, M., Goldman, D., Berrettini, W., & O'Brien, C. P. (2011). Pharmacogenetic approaches to the treatment of alcohol addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 670-684. <https://doi.org/10.1038/nrn3110>
- Hellemann, G., Conner, B. T., Anglin, M. D., & Longshore, D. (2009). Seeing the trees despite the forest: Applying recursive partitioning to the evaluation of drug treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.03.005>
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9027-2>
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 91-111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Hing, N., Tiyce, M., Holdsworth, L., & Nuske, E. (2013). All in the family: Help-seeking by significant others of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(3), 396-408. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9423-0>
- Hodgins, D., & Engel, A. (2002). Future time perspective in pathological gamblers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190(11), 775-780. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000038173.64197.93>
- Hoenig, J. M., & Heisey, D. M. (2001). The abuse of power: The pervasive fallacy of power calculations for data analysis. *The American Statistician*, 55(1), 19-24. <https://doi.org/10.1198/000313001300339897>

- Hoertel, N., Crochard, A., Rouillon, F., & Limosin, F. (2014). L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *L'Encéphale*, 40(S1), S11-S31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.02.008>
- Hofer, M., Kuhnle, C., Kilian, B., Marta, E., & Fries, S. (2011). Motivational interference in school-leisure conflict and learning outcomes: The differential effects of two value conceptions. *Learning and Instruction*, 21(3), 301-316. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2010.02.009>
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting « stuck » in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1146-1163. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.5.1146>
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (6ème édition). Paris, France: De Boeck Supérieur.
- Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 503-508. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.503>
- Hser, Y.-I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00016-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00016-0)
- Hser, Y.-I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31(6), 515-547. <https://doi.org/10.1177/0193841X07307316>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris, France: Les éditions INSERM. Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2008). *Jeux de hasard et d'argent : Contextes et addictions*. Paris, France: Les éditions INSERM. Consulté à l'adresse http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/expcol_2008_jeux.pdf?sequence=1
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2010). *Réduction des risques chez les usagers de drogues*. Paris, France: Les éditions INSERM. Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2015). *Addictions*. Paris, France: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288548?sommaire=1288637>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2017). *Comparateur de territoires : Département de la Loire-Atlantique (44)*. Paris, France: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-44>
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2011). *Baromètre santé médecins généralistes 2009* (Baromètre santé). Saint-Denis, France: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Consulté à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
- Irving, H. M., Samokhvalov, A. V., & Rehm, J. (2009). Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Pancreas*, 10(4), 387-392.
- Isebaert, L. (2016). Alcoologie : méthode et évaluation du modèle solutionniste de Bruges. In Y. Doutreligne, O. Cottencin, J. Betbèze, L. Isebaert, & D. Megglé, *Interventions et thérapies brèves : 10 stratégies concrètes. Crises et opportunités* (2nde édition, p. 67-88). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

- James, W. (1890). *The Principles of Psychology* (2007^e éd., Vol. 1). New York, NY, USA: Cosimo, Inc.
- John, U., Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Hanke, M., & Meyer, C. (2013). Excess mortality of alcohol-dependent individuals after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(1), 156-163. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01863.x>
- Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J., Wiegand, F., Mao, L., Beyers, K., ... Topiramate for Alcohol Study Group. (2008). Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment: An US multisite randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 168(11), 1188. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.11.1188>
- Joireman, J., & King, S. (2016). Individual differences in the consideration of future and (more) immediate consequences: A review and directions for future research. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(5), 313-326. <https://doi.org/10.1111/spc3.12252>
- Jonas, D. E., Garbutt, J. C., Amick, H. R., Brown, J. M., Brownley, K. A., Council, C. L., ... Harris, R. P. (2012). Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: A systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 157(9), 645. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544>
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0193>
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697-720. <http://dx.doi.org/10.4135/9781446262320>
- Karniol, R., & Ross, M. (1996). The motivational impact of temporal focus: Thinking about the future and the past. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 593-620. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.593>
- Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). « Ready, willing, and (not) able » to change: Young adults' response to residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.003>
- Kemp, R. (2009). The temporal dimension of addiction. *Journal of Phenomenological Psychology*, 40(1), 1-18. <https://doi.org/10.1163/156916209X427963>
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/S15324834BA210207>
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- King, R. B. (2016). Does your approach to time matter for your learning? The role of time perspectives on engagement and achievement. *Educational Psychology*, 36(7), 1264-1284. <https://doi.org/10.1080/01443410.2015.1045835>
- King, R. B., & Gaerlan, M. J. (2013). To study or not to study? Investigating the link between time perspectives and motivational interference. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 7(02), 63-72. <https://doi.org/10.1017/prp.2013.8>

- King, R. B., & Gaerlan, M. J. M. (2015). The role of time perspectives in the use of volitional strategies. *Psychological Studies*, 60(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12646-014-0278-2>
- Klein, A. A., & Anker, J. J. (2013). A psychometric evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire among alcohol-dependent patients attending residential treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9322-5>
- Klein, A. A., Stasiewicz, P. R., Koutsky, J. R., Bradizza, C. M., & Coffey, S. F. (2007). A psychometric evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in alcohol dependent outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 231-240. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9044-2>
- Klingemann, H. (2000). « To every thing there is a season » Social time and clock time in addiction treatment. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1231-1240. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00041-1)
- Klingemann, H. (2001). The time game: Temporal perspectives of patients and staff in alcohol and drug treatment. *Time & Society*, 10(2-3), 303-328.
- Klingemann, H., & Klingemann, J. (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14(3), 111-126. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0111>
- Klingemann, H., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9), 1510-1518. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x>
- Klinger, E., & Cox, W. M. (2004). Motivation and the theory of current concerns. In *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment* (p. 3-27). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Knight, D. C., Waters, N. S., & Bandettini, P. A. (2009). Neural substrates of explicit and implicit fear memory. *NeuroImage*, 45(1), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.11.015>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 29-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548>
- Kopp, P. (2015). *Le coût social des drogues en France*. Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
- Kovač, V. B., & Rise, J. (2007). The relation between past behavior, intention, planning, and quitting smoking: The moderating effect of future orientation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12(2), 82-100. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00015.x>
- Kraemer, K. L., Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Gordon, A. J., & Kelley, M. E. (2002). Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 382-386. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10613.x>
- Kvamme, B. O., Asplund, K., & Bjerke, T. N. (2015). Drinking resumption: Problematic alcohol use relapse after rehabilitation. A phenomenological hermeneutical perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 716-723. <https://doi.org/10.1111/scs.12202>
- Laghi, F., Liga, F., Baumgartner, E., & Baiocco, R. (2012). Time perspective and psychosocial positive functioning among Italian adolescents who binge eat and drink. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1277-1284. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.014>

- Lahmek, P. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 160. <https://doi.org/10.7150/ijms.6.160>
- Landry, M., Brochu, S., & Nadeau, L. (2001). L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Limites et conséquences. In *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises*. Québec, QC, Canada: Presses de l'Université Laval. Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/281556547_Impact_du_traitement_en_alcoolisme_et_toxicomanie_Etudes_quebecoises
- Landry, M., Brochu, S., & Patenaude, C. (2012). *L'intégration des services en toxicomanie*. Laval, QC, Canada: Presses de l'Université Laval. Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/281556518_L%27integration_des_services_en_toxicomanie
- Langlois, E. (2013). *Évaluation des communautés thérapeutiques en France. Enquête sociologique sur la mise en oeuvre de deux nouvelles communautés* (Évaluation des pratiques publiques). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxeltb.pdf>
- Lascaux, M., & Couteron, J.-P. (2015a). Alliance thérapeutique. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 362-372). Paris, France: Dunod.
- Lascaux, M., & Couteron, J.-P. (2015b). Traitements intégrés. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 440-449). Paris, France: Dunod.
- Lascaux, M., Couteron, J.-P., & Phan, O. (2014). *Manuel PAACT. Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique*. Paris, France: Fédération Addiction. Consulté à l'adresse <https://www.federationaddiction.fr/parution-du-manuel-paact-outil-dappui-aux-professionnels-cjc/?aid=14615&sa=0>
- Lascaux, M., & Morel, A. (2015). Transdisciplinarité. Principes et cadres de l'accompagnement transdisciplinaire. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 351-361). Paris, France: Dunod.
- Lash, S. J., Petersen, G. E., O'Connor, E. A., & Lehmann, L. P. (2001). Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 3-8. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00140-9)
- Laslett, A.-M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M., & Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia: Alcohol's harm to others. *Addiction*, 106(9), 1603-1611. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x>
- Latendresse, S. J., Rose, R. J., Viken, R. J., Pulkkinen, L., Kaprio, J., & Dick, D. M. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(2), 322-330. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x>
- Laudet, A. B., Stanick, V., & Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.001>
- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.-L., Biecheler, M.-B., & Groupe SAM. (2006). *Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003*. (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire). Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire. Consulté à l'adresse http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2438
- Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2006). Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites. *Criminologie*, 39(2), 165. <https://doi.org/10.7202/014432ar>

- Le Berre, A.-P., Rauchs, G., La Joie, R., Segobin, S., Mézenge, F., Boudehent, C., ... Beaunieux, H. (2013). Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 213(3), 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2013.03.009>
- Lee, S., Cho, S., & Lee, J.-H. (2014). Approach–avoidance pattern of visual attention in hazardous drinkers with ambivalence. *Addictive Behaviors*, 39(3), 669-676. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.12.001>
- Leplège, A., & Coste, J. (2002). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris, France: ESTEM.
- Leplège, A., Ecosse, E., Coste, J., Pouchot, J., & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris, France: Editions Estem.
- Les Apsyades. (2017). Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, pour aider à la reconquête de soi. Consulté 27 décembre 2017, à l'adresse <http://www.lesapsyades.fr/addictologie/CSAPA>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Leslie, K., Manning, S. J., Maser, C., Snelgrove, D., Thornton, T., Wills, A., & Brands, B. (2016). Long-term health and psychosocial status of youth who received substance abuse treatment in adolescence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(2), 111-119. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9585-7>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2013). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1227-1239. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.837104>
- Lewin, K. (1967). Time perspective and morale. In G. Lewin (Éd.), *Resolving social conflicts* (p. 103-124). New York, NY, USA: Harper International Edition. Consulté à l'adresse <https://fr.scribd.com/document/167442081/Kurt-Lewin-Resolving-Social-Conflicts>
- Likhitsathian, S., Saengcharnchai, P., Uttawichai, K., Yingwiwattanapong, J., Wittayanookulluk, A., & Srisurapanont, M. (2012). Cognitive changes in topiramate-treated patients with alcoholism: A 12-week prospective study in patients recently detoxified: Cognition, topiramate and alcohol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 235-241. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02326.x>
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Linden, A. N., Lau-Barraco, C., & Hollis, B. F. (2014). Associations between psychological distress and alcohol outcomes as mediated by time perspective orientation among college students. *Mental Health and Substance Use*, 7(2), 134-143. <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.785443>
- Lönnroth, K., Williams, B. G., Stadlin, S., Jaramillo, E., & Dye, C. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis. A systematic review. *BMC Public Health*, 8(1), 289-301. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-289>
- Loonis, E. (2014). *Théorie générale de l'addiction : Introduction à l'hédonologie*. Paris, France: Editions Nègrefont. <https://doi.org/10.13140/2.1.1761.6961>

- Loose, T., Acier, D., Andretta, J. R., Cole, J. C., McKay, M. T., Wagner, V., & Worrell, F. C. (2018). Time perspective and alcohol-use indicators in France and the United Kingdom: Results across adolescents, university students, and treatment outpatients. *Addiction Research & Theory*, 26(2), 143-150. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1334202>
- Loose, T., Acier, D., Pilet, J.-L., & Sysaykeo, J. (2017). La temporalité. Un facteur déterminant des conduites addictives. *Alcoologie et Addictologie*, 39(2), 111-119.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics: Treatment dropout in addictions. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell, Y. (2015). The use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(1), 158-165. <https://doi.org/10.1111/acer.12593>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331-1346. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>
- Luquiens, A., Reynaud, M., Falissard, B., & Aubin, H. J. (2012). Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.012>
- Luquiens, A., Reynaud, M., & Paille, F. (2014). Épidémiologie et impact médico-économique. In A. Benyamina, *Addictions et comorbidités*. Paris, France: Dunod.
- Maglinte, G. A., Hays, R. D., & Kaplan, R. M. (2012). US general population norms for telephone administration of the SF-36v2. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(5), 497-502. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.09.008>
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., O'Connor, M., & Kelley, M. E. (1999). Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients. *Addictive Behaviors*, 24(6), 879-892. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00047-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00047-7)
- Malet, L., & Llorca, P.-M. (2007). Les modalités de consommation : de l'usage à la dépendance. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(6), 439-442. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.05.017>
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- Marceau, E. M., Lunn, J., Berry, J., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2016). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is sensitive to head injury and cognitive impairment in a residential alcohol and other drug therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 66, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.002>
- Maremmanni, A. G. I., Pani, P. P., Trogu, E., Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., ... Maremmanni, I. (2016). The impact of psychopathological subtypes on retention rate of patients with substance use disorder entering residential therapeutic community treatment. *Annals of General Psychiatry*, 15(1), 29-37. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0119-x>
- Maremmanni, A. G. I., Rovai, L., Bacciardi, S., Rugani, F., Pacini, M., Paolo Pani, P., ... Maremmanni, I. (2013). The long-term outcomes of heroin dependent-treatment-resistant patients with bipolar 1 comorbidity after admission to enhanced methadone maintenance. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 582-589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.054>

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2008). *Prévention de la rechute : Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Genève, Suisse: Editions Médecine et Hygiène.
- Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Callea, A., Di Giannantonio, M., & Janiri, L. (2013). Craving Typology Questionnaire (CTQ): A scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 925-932. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.023>
- Mason, M., Ola, B., Zaharakis, N., & Zhang, J. (2015). Text messaging interventions for adolescent and young adult substance use: A meta-analysis. *Prevention Science*, 16(2), 181-188. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0498-7>
- Matwin, S., & Chang, G. (2011). Readiness to change and risk drinking women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 230-240. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.004>
- Matz, D. C., & Hause, E. L. (2008). "Dealing" with the Central Limit Theorem. *Teaching of Psychology*, 35(3), 198-200. <https://doi.org/10.1080/00986280802186201>
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. J., Feeney, G. F. X., Gullo, M. J., Statham, D. J., ... Connor, J. P. (2014). The Craving Experience Questionnaire: A brief, theory-based measure of consummatory desire and craving. *Addiction*, 109(5), 728-735. <https://doi.org/10.1111/add.12472>
- McAweeney, M. J., Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., & Wong, M. M. (2005). Individual and partner predictors of recovery from alcohol-use disorder over a nine-year interval: Findings from a community sample of alcoholic married men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(2), 220-228. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.220>
- McCabe, S. E., Cranford, J. A., & West, B. T. (2008). Trends in prescription drug abuse and dependence, co-occurrence with other substance use disorders, and treatment utilization: Results from two national surveys. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1297-1305. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.005>
- McCaul, M. E., Svikis, D. S., & Moore, R. D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: Patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62(1), 9-17. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)00155-1](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00155-1)
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368-375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 511-527. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0511>
- McEvoy, P. M., Stritzke, W. G. K., French, D. J., Lang, A. R., & Ketterman, R. (2004). Comparison of three models of alcohol craving in young adults: A cross-validation. *Addiction*, 99(4), 482-497. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00714.x>
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa022615>
- McGovern, P. E. (2009). *Uncorking the past: The quest for wine, beer, and other alcoholic beverages* (1ère édition). Oakland, CA, USA: University of California Press.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., Hearon, B. A., Pratt, E. M., Pollack, M. H., Safren, S. A., & Otto, M. W. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients: Predictors of treatment dropout. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 18-22. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x>

- McKay, M. T., Andretta, J. R., Magee, J., & Worrell, F. C. (2014). What do temporal profiles tell us about adolescent alcohol use? Results from a large sample in the United Kingdom. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1319-1328. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.008>
- McKay, M. T., Percy, A., & Cole, J. C. (2013). Consideration of future consequences and alcohol use among Northern Irish adolescents. *Journal of Substance Use*, 18(5), 377-391. <https://doi.org/10.3109/14659891.2012.685793>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *The Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- Meier, P. S., & Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(1), 7-38. <https://doi.org/10.1080/09687630701741030>
- Meliava, N., & Morel, A. (2015). Gestion de l'addiction et accompagnement thérapeutique. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 461-479). Paris, France: Dunod.
- Mélot, C. (2003). Que signifie la puissance d'une étude ? Comment la calculer ? Comment calculer le nombre de sujets nécessaires ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 20(4), 602-603. <https://doi.org/RMR-09-2003-20-4-0761-8425-101019-ART17>
- Meyer, C. L., Tangney, J. P., Stuewig, J., & Moore, K. E. (2014). Why do some jail inmates not engage in treatment and services? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(8), 914-930. <https://doi.org/10.1177/0306624X13489828>
- Midanik, L. T., & Greenfield, T. K. (2000). Trends in social consequences and dependence symptoms in the United States: the National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health*, 90(1), 53-56. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.1.53>
- Milfont, T. L., Andrade, P. R., Pessoa, V. S., & Belo, R. P. (2008). Testing Zimbardo Time Perspective Inventory in a Brazilian sample. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 49-58.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement* (2ème édition). Paris, France: Interéditions.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Minkoff, K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Psychiatric Services*, 40(10), 1031-1036. <https://doi.org/10.1176/ps.40.10.1031>
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017* (La Documentation française). Paris, France. Consulté à l'adresse http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
- Montgomery, D. C. (2012). *Design and analysis of experiments* (8ème édition). Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Morel, A. (2010). Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique. *Psychotropes*, 16(2), 31. <https://doi.org/10.3917/psyt.162.0031>
- Morel, A. (2015a). Drogues, dangers et complications. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 41-51). Paris, France: Dunod.

- Morel, A. (2015b). Les effets des drogues sur l'individu. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 52-60). Paris, France: Dunod.
- Morel, A. (2015c). Les processus de l'addiction. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 234-244). Paris, France: Dunod.
- Morel, A. (2015d). L'expérience psychotrope. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 61-68). Paris, France: Dunod.
- Morel, A. (2015e). Psychotraumatismes et addictions. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 253-263). Paris, France: Dunod.
- Morel, A. (2015f). Usages, abus et dépendances. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 69-78). Paris, France: Dunod.
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris, France: Dunod.
- Morel, A., & Goutte, S. (2015). Intervention précoce. In *Aide-mémoire d'Addictologie* (2nde édition, p. 517-531). Paris, France: Dunod.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (2003). *Soigner les toxicomanes* (2nde édition). Paris, France: Dunod.
- Morgan, M. Y., Landron, F., & Leher, P. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28(1), 64-77. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000108652.73143.4B>
- Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102(9), 1377-1389. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01882.x>
- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160(1), 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Morselli, D. (2013). The olive tree effect: Future time perspective when the future is uncertain. *Culture & Psychology*, 19(3), 305-322. <https://doi.org/10.1177/1354067X13489319>
- Moskalewicz, J., Room, R., & Thom, B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report*. Varsovie, Pologne: Reducing Alcohol Related Harm. Consulté à l'adresse <http://www.parpa.pl/images/file/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU.pdf>
- Mowbray, O., Perron, B. E., Bohnert, A. S. B., Krentzman, A. R., & Vaughn, M. G. (2010). Service use and barriers to care among heroin users: Results from a national survey. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(6), 305-310. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503824>
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x>
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Hengeveld, M. W. (2005). Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 484-488. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0913-2>
- Müller, U., & Giesbrecht, G. (2006). Psychological models of time: Arrows, cycles and spirals. *Culture & Psychology*, 12(2), 221-229. <https://doi.org/10.1177/1354067X06064580>

- Nadeau, L., & Valleur, M. (2014). *Pascasius, traité sur les dépendances*. Montréal, QC, Canada: Presses de l'Université de Montréal.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2008). *Drug misuse: Psychosocial interventions* (National Clinical Practice Guideline No. 51). Leicester, United Kingdom: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Consulté à l'adresse https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjW7569xK3YAhXJAsAKHW2jAcIQFgg2MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_231359_EN_UK02_psychosocial_interventions.pdf&usq=AOvVaw3XL8Ww0v-0Y3_cpWD-RSt4
- Naughton, F., Alexandrou, E., Dryden, S., Bath, J., & Giles, M. (2013). Understanding treatment delay among problem drinkers: What inhibits and facilitates help-seeking? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(4), 297-303. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.745121>
- Nebhinani, N., Sarkar, S., Ghai, S., & Basu, D. (2012). Reasons for help-seeking and associated fears in subjects with substance dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(2), 153-158. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.101784>
- Needle, R., Fisher, D. G., Weatherby, N., Chitwood, D., Brown, B., Cesari, H., ... Braunstein, M. (1995). Reliability of self-reported HIV risk behaviors of drug users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(4), 242-250. <https://doi.org/10.1037//0893-164X.9.4.242>
- Nelson, D. E., Jarman, D. W., Rehm, J., Greenfield, T. K., Rey, G., Kerr, W. C., ... Naimi, T. S. (2013). Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(4), 641-648. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301199>
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R., & Torrens, M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *European Addiction Research*, 13(4), 192-200. <https://doi.org/10.1159/000104881>
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)
- O'Brien, C. P. (2012). Rationale for changes in DSM-5. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 705. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.705>
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2015). *Drogues, chiffres clés 2015* (Drogues, Chiffres clés). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/>
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2017). *Drogues, chiffres clés 2017* (Drogues, Chiffres clés). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
- Olievenstein, C. (1987). *La clinique du toxicomane*. Paris, France: Editions universitaires.

- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6), 875-885; 886-892. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x>
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., ... UKATT Research Team. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: Qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101(1), 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-10 : Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes*. Paris, France: Masson. Consulté à l'adresse http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (2ème rapport)*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- Orr, J. M., Sackett, P. R., & Dubois, C. L. Z. (1991). Outlier detection and treatment in I/O psychology: A survey of researcher beliefs and an empirical illustration. *Personnel Psychology*, 44(3), 473-486. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1991.tb02401.x>
- Orsi, M. M., & Brochu, S. (2009). Du sable dans l'engrenage : la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 8(2), 141-185.
- Oser, M. L., McKellar, J., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2010). Changes in ambivalence mediate the relation between entering treatment and change in alcohol use and problems. *Addictive Behaviors*, 35(4), 367-369. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.024>
- Oslin, D. W., Cary, M., Slaymaker, V., Collieran, C., & Blow, F. C. (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(3), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.009>
- Paille, F., & Reynaud, M. (2015). *L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France* (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire) (p. 440-449). Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire. Consulté à l'adresse http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10069
- Palle, C. (2016). *Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007* (Tendances). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-situation-en-2014-et-evolution-depuis-2007-tendances-110-juin-2016/>
- Palle, C., & Rattanatrak, M. (2013). *Les centres d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010* (Focus Consommations et Conséquences) (p. 1-89). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2010-juin-2013/>
- Palle, C., & Vaissade, L. (2007). *Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP* (Tendances No. 54). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/premiers-resultats-nationaux-enquete-recap-tendances-54-juin-2007/>

- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use & Misuse, 44*(7), 1021-1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237>
- Papastamatelou, J., Unger, A., Giotakos, O., & Athanasiadou, F. (2015). Is time perspective a predictor of anxiety and perceived stress? Some preliminary results from Greece. *Psychological Studies, 60*(4), 468-477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6>
- Parry, C. D., Patra, J., & Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: Epidemiology and policy implications: Alcohol consumption and NCDs. *Addiction, 106*(10), 1718-1724. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x>
- Parvizifard, A., Ahmad, H. J. B. H., Baba, M. B., & Sulaiman, T. (2012). Psychometric properties of the Iranian version of the Stages Of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. *International Journal of Psychological Studies, 4*(2), 246-252. <https://doi.org/10.5539/ijps.v4n2p246>
- Pearson, M. R., Kite, B. A., & Henson, J. M. (2013). Predictive effects of good self-control and poor regulation on alcohol-related outcomes: Do protective behavioral strategies mediate? *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(1), 81-89. <https://doi.org/10.1037/a0028818>
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal, QC, Canada: Presses universitaires de Montréal.
- Pek, J., & Hoyle, R. H. (2016). On the (in)validity of tests of simple mediation: Threats and solutions. *Social and Personality Psychology Compass, 10*(3), 150-163. <https://doi.org/10.1111/spc3.12237>
- Pendlebury, S. T., Cuthbertson, F. C., Welch, S. J. V., Mehta, Z., & Rothwell, P. M. (2010). Underestimation of cognitive impairment by Mini-Mental State Examination versus the Montreal Cognitive Assessment in patients with transient ischemic attack and stroke: A population-based study. *Stroke, 41*(6), 1290-1293. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.579888>
- Perkins, K. S., Tharp, B. E., Ramsey, A. T., & Patterson, D. (2016). Mapping the evidence to improve retention rates in addiction services. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 16*(3), 233-251. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1200055>
- Perneger, T. V., Leplège, A., Etter, J.-F., & Rougemont, A. (1995). Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *Journal of Clinical Epidemiology, 48*(8), 1051-1060. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)00227-H](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00227-H)
- Perron, B. E., Mowbray, O. P., Glass, J. E., Delva, J., Vaughn, M. G., & Howard, M. (2009). Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 4*(1), 3-13. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-4-3>
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology, 97*(4), 1096-1138. <http://dx.doi.org/10.1086/229863>
- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B., & Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers". *Social Science & Medicine, 46*(2), 275-286. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00160-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00160-3)
- Peters, E. N., & Hughes, J. R. (2010). Daily marijuana users with past alcohol problems increase alcohol consumption during marijuana abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 106*(2-3), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.027>
- Petry, N. M., Bickel, W. K., & Arnett, M. (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction, 93*(5), 729-738. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9357298.x>

- Picci, R. L., Oliva, F., Zuffranieri, M., Vizzuso, P., Ostacoli, L., Sodano, A. J., & Furlan, P. M. (2014). Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Quality of Life Research*, 23(10), 2757-2767. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0735-3>
- Piriot, G. (2013). *Psychanalyse des addictions* (2nde édition). Paris, France: Armand Colin.
- Planchon, V. (2005). Traitement des valeurs aberrantes : concepts actuels et tendances générales. *Biotechnology, Agronomy, Society and Environment*, 9(1), 19-34.
- Poikolainen, K., Paljärvi, T., & Mäkelä, P. (2007). Alcohol and the preventive paradox: Serious harms and drinking patterns. *Addiction*, 102(4), 571-578. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01740.x>
- Popović, I. M., Šerić, V., & Demarin, V. (2007). Mild cognitive impairment in symptomatic and asymptomatic cerebrovascular disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 257(1-2), 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2007.01.029>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00014-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00014-5)
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32-42. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Projet MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698.
- Przepiorka, A., & Blachnio, A. (2016). Time perspective in Internet and Facebook addiction. *Computers in Human Behavior*, 60, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.045>
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430. <https://doi.org/10.1177/0146167294204009>
- Rahoui, H., & Reynaud, M. (2006). *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*. Paris, France: Médecine Sciences Publications.
- Ramos, J.-M. (2008). Aperçu de la recherche sur le temps et les temporalités en psychologie sociale: Limites et avancées. *Temporalités*, (8). <https://doi.org/10.4000/temporalites.105>
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Wang, J., & Carlson, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002>

- Ray, L. A., Hutchison, K. E., & Bryan, A. (2006). Psychosocial predictors of treatment outcome, dropout, and change processes in a pharmacological clinical trial for alcohol dependence: *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5(4), 179-190. <https://doi.org/10.1097/01.adt.0000210701.63165.5a>
- Redko, C., Rapp, R. C., & Carlson, R. G. (2006). Waiting time as a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *Journal of Drug Issues*, 36(4), 831-852. <https://doi.org/10.1177/002204260603600404>
- Rehm, J., Allamani, A., Aubin, H.-J., Della Vedova, R., Elekes, Z., Frick, U., ... Wojnar, M. (2015). People with alcohol use disorders in specialized care in eight different european countries. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), 310-318. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt009>
- Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., ... Gmel, G. (2015). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(1), 6-18. <https://doi.org/10.1159/000365284>
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., ... Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction*, 105(5), 817-843. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x>
- Rehm, J., Kanteres, F., & Lachenmeier, D. W. (2010). Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences: Unrecorded alcohol and health. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 426-436. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00140.x>
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2013). Global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 174-183.
- Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N., & Shuper, P. A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies: Alcohol and intention for unprotected sex. *Addiction*, 107(1), 51-59. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03621.x>
- Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., & Roerecke, M. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 437-445. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00153.x>
- Rehm, J., Taylor, B., Roerecke, M., & Patra, J. (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International Journal of Public Health*, 52(6), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-7010-0>
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>
- Resnicow, K., Baskin, M. L., Rhotep, S. S., Periasamy, S., & Rollnick, S. (2004). Motivational interviewing in health promotion and behavioral medicine. In *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment* (p. 457-476). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Rice, S. L., Hagler, K. J., & Tonigan, J. S. (2014). Longitudinal trajectories of readiness to change: Alcohol use and help-seeking behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 486-495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.486>
- Richard, J.-L., Bouzourene, K., Gallant, S., Ricciardi, P., Sudre, P., Iten, A., & Burnand, B. (2000). *Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud* (Raisons de santé No. 28). Lausanne, Suisse:

- Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Consulté à l'adresse https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds28_fr.pdf
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137-3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
- Rochon, J., Gondan, M., & Kieser, M. (2012). To test or not to test: Preliminary assessment of normality when comparing two independent samples. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-81>
- Rockloff, M. J., & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 121-126. <https://doi.org/10.1023/B:JOGS.0000022305.01606.da>
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2012). Alcohol intake revisited: Risks and benefits. *Current Atherosclerosis Reports*, 14(6), 556-562. <https://doi.org/10.1007/s11883-012-0277-5>
- Romeis, J. C., Waterman, B., Scherrer, J. F., Goldberg, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., ... True, W. R. (1999). The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(5), 653-662. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.653>
- Roncero, C., Ortega, L., Perez-Pazos, J., Lligona, A., Abad, A. C., Gual, A., ... Daigre, C. (2015). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcohol dependence patients with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1087054715598841>
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., A Ramos-Quiroga, J., & Casas, M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(2), 63-69.
- Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., Gureje, O., Mäkelä, K., Marshall, M., ... Saxena, S. (2002). *Alcohol and developing societies: A public health approach*. Helsinki, Finland; Geneva, Switzerland: Finnish Foundation for Alcohol Studies; World Health Organization. Consulté à l'adresse <https://archive.org/details/alcoholindevelop00room>
- Roper, L., McGuire, J., Salmon, P., & Booth, P. G. (2013). Treatment-seeking for alcohol problems: The influence of mirroring events and windows of opportunity. *Addiction Research and Theory*, 21(6), 479-488. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.746318>
- Roques, B. (2000). La dangerosité des drogues : mécanismes neurobiologiques des addictions et approches thérapeutiques. *Médecine / Sciences*, 16(12), 1346-1354.
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519-534. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.002>
- Rosenzweig, M. (2008). *Drogues et civilisations. Une alliance ancestrale: De la guerre à la pacification*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Rossetti, H. C., Lacritz, L. H., Cullum, C. M., & Weiner, M. F. (2011). Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology*, 77(13), 1272-1275. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318230208a>
- Rossier, V., Zimmermann, G., & Besson, J. (2009). La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*, 29(2), 91. <https://doi.org/10.3917/psys.092.0091>

- Rubin, D. B. (1986). Basic ideas of multiple imputation for nonresponse. *Survey Methodology*, 12(1), 37-47.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)
- Sampalli, T., Fox, Dickson, & Fox. (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. *Patient Preference and Adherence*, 6, 757-764. <https://doi.org/10.2147/PPA.S35201>
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816-822. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.816>
- Santé publique France, & Institut National du Cancer. (2017). *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint-Maurice, France: Santé publique France. Consulté à l'adresse http://www.santepubliquefrance.fr/content/download/2143/18554/version/3/file/avis_alcool_040517.pdf
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102(2), 216-225. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01661.x>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A., & Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - I. *Addiction*, 88(3), 349-362. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x>
- Saunders, S. M., Zygowicz, K. M., & D'Angelo, B. R. (2006). Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 261-270. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jsat.2006.01.003>
- Sayette, M. A., Shiffman, S., Tiffany, S. T., Niaura, R. S., Martin, C. S., & Shadel, W. G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, 95(S2), S189-S210.
- Schlauch, R. C., Breiner, M. J., Stasiewicz, P. R., Christensen, R. L., & Lang, A. R. (2013). Women inmate substance abusers' reactivity to visual alcohol, cigarette, marijuana, and crack-cocaine cues: Approach and avoidance as separate dimensions of reactivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 45-56. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9313-6>
- Schlauch, R. C., Christensen, R. L., Derrick, J. L., Crane, C. A., & Collins, R. L. (2015). Individual differences in approach and avoidance inclinations moderate the effect of self-control depletion on ad-lib drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2480-2488. <https://doi.org/10.1111/acer.12915>
- Schlauch, R. C., Levitt, A., Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., Lucke, J. F., Maisto, S. A., ... Connors, G. J. (2013). Alcohol craving in patients diagnosed with a severe mental illness and alcohol use disorder: Bidirectional relationships between approach and avoidance inclinations and drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1087-1099. <https://doi.org/10.1037/a0033914>
- Schlauch, R. C., Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., & Gudleski, G. D. (2012). Relationship between approach and avoidance inclinations to use alcohol and treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 37(7), 824-830. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.010>

- Schmidt, L. A., Mäkelä, P., Rehm, J., & Room, R. (2010). Alcohol: equity and social determinants. In E. Blass & A. S. Kurup (Éd.), *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
- Schmitt, S. K., Phibbs, C. S., & Piette, J. D. (2003). The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1183-1192. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00218-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00218-6)
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104(6), 959-971. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02525.x>
- Scott, C. K., Sherman, R. E., Foss, M. A., Godley, M., & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 51-57. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399936>
- Sellen, J. L., McMurrin, M., Cox, W. M., Theodosi, E., & Klinger, E. (2006). The Personal Concerns Inventory (offender adaptation): Measuring and enhancing motivation to change. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 294-305. <https://doi.org/10.1177/0306624X05281829>
- Sherbourne, C. D., & Meredith, L. S. (1992). Quality of self-report data: A comparison of older and younger chronically ill patients. *Journal of Gerontology*, 47(S4), S204-S211. <https://doi.org/10.1093/geronj/47.4.S204>
- Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 155-173.
- Shield, K. D., Rylett, M., & Rehm, J. (2016). *Public health successes and missed opportunities - Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf
- Shin, S. H., Edwards, E. M., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277-280. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.023>
- Siegal, H. A., Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2002). Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(2), 159-166. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00192-8](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00192-8)
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 137-142. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.137>
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1219-1241. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00257-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00257-5)
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538-544. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.538>
- Skule, C., Berge, T., Eilertsen, E., Ulleberg, P., Dallavara Lending, H., Egeland, J., & Landrø, N. I. (2017). Levels of alcohol use and depression severity as predictors of missed therapy sessions in cognitive behavioural psycho-educational group treatment for depression. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 11-16. <https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1173683>

- Smith, J. E., Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 10(S1), 51-59. <https://doi.org/10.1080/10550490150504137>
- Sobell, L. C., Klingemann, H. K.-H., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: Computer-assisted content analysis. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1467-1500. <https://doi.org/10.1081/JA-100106960>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Connors, G. J., & Agrawal, S. (2003). Assessing drinking outcomes in alcohol treatment efficacy studies: Selecting a yardstick of success. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27(10), 1661-1666. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000091227.26627.75>
- Société Française d'Alcoologie. (2001). Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie*, 23(S4), S67-S75.
- Spilka, S., Ehlinger, V., Le Nézet, O., Pacoricon, D., Ngantcha, M., & Godeau, E. (2015). *Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège »* (Tendances No. 106). Saint-Denis, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssvc.pdf>
- Spruyt, A., De Houwer, J., Tibboel, H., Verschuere, B., Crombez, G., Verbanck, P., ... Noël, X. (2013). On the predictive validity of automatically activated approach/avoidance tendencies in abstaining alcohol-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1-3), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.019>
- Srivastava, S., & Bhatia, M. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), 41-46. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.123617>
- Stacy, A. W., & Wiers, R. W. (2010). Implicit cognition and addiction: A tool for explaining paradoxical behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 551-575. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131444>
- Stein, K. V., & Rieder, A. (2009). Integrated care at the crossroads—defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9(2), 1-7. <https://doi.org/10.5334/ijic.315>
- Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., ... Pérez-García, M. (2013). Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00149>
- Stolarski, M., Bitner, J., & Zimbardo, P. G. (2011). Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time & Society*, 20(3), 346-363. <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>
- Stolarski, M., Matthews, G., Postek, S., Zimbardo, P. G., & Bitner, J. (2014). How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood. *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 809-827. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9450-y>
- Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., & Zajenkowski, M. (2016). Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 93, 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
- Subbaraman, M. S., Metrik, J., Patterson, D., & Swift, R. (2017). Cannabis use during treatment for alcohol use disorders predicts alcohol treatment outcomes: Cannabis and AUD treatment outcomes. *Addiction*, 112(4), 685-694. <https://doi.org/10.1111/add.13693>

- Suddendorf, T., & Corballis, M. C. (1997). Mental time travail and the evolution of the human mind. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 123(2), 133-167.
- Sugarman, D. E., Kaufman, J. S., Trucco, E. M., Brown, J. C., & Greenfield, S. F. (2014). Predictors of drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment. *The American Journal on Addictions*, 23(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12098.x>
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. A. (2009). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1-33. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9151-y>
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time Perspective Therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.763632>
- Szerman, N., Arias, F., Vega Astudillo, P., Babín Vich, F., Mesías Perez, B., Basurte-Villamor, I., ... Poyo Calvo, F. (2011). Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Tassin, J.-P. (2008). Uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons as a molecular basis of stable changes in behavior induced by repeated drugs of abuse. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.06.038>
- Taylor, B., Irving, H. M., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., ... Rehm, J. (2010). The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 108-116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011>
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- Therrien, A. (2009). *Réfléchir sa trajectoire de vie. Repenser la prévention des conduites addictives*. Lyon, France: Chronique Sociale.
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: A systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders: Beyond drug use. *Addiction*, 107(4), 709-718. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x>
- Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M., & Ménard, J. M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. In P. Desrosiers & J. M. Ménard, *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance*. Montréal, QC, Canada: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Consulté à l'adresse <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>
- Tremblay, J., & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9(1), 165-210. <https://doi.org/10.7202/044872ar>
- Tseferidi, S.-I., Griva, F., & Anagnostopoulos, F. (2017). Time to get happy: Associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 618-624. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1226508>

- Tubman, J. G., Wagner, E. F., Gil, A. G., & Pate, K. N. (2002). Brief motivational intervention for substance-abusing delinquent adolescents: Guided self-change as a social work practice innovation. *Health & Social Work, 27*(3), 208-212. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.208>
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Rippens, P. D. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(3), 237-242. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00209-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00209-5)
- Ugochukwu, C., Bagot, K. S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., ... IsHak, W. W. (2013). The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence: *Harvard Review of Psychiatry, 21*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e31827fd8aa>
- Vafaeinasab, M. R., Farahzadi, M. H., Razaghi, O. M., Fallahzadeh, R. A., Lotfi, M. H., & Akhondzadeh, S. (2015). Investigation of affecting factors on persistence in the treatment of patients under methadone maintenance therapy in addiction therapy centers, Yazd-Iran. *Health, 07*(05), 606-616. <https://doi.org/10.4236/health.2015.75072>
- Valleur, M., & Matysiak, J.-C. (2002). *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Paris, France: Armand Colin.
- Valleur, M., & Matysiak, J.-C. (2008). *Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris, France: Armand Colin.
- van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo Time Perspective Inventory in psychiatry. *Time & Society, 20*(3), 364-374. <https://doi.org/10.1177/0961463X10373960>
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., ... Schoevers, R. A. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: Results of the IASP study: Comorbidity in SUD patients with ADHD. *Addiction, 109*(2), 262-272. <https://doi.org/10.1111/add.12370>
- van Gils, P. F., Hamberg-van Reenen, H. H., van den Berg, M., Tariq, L., & de Wit, G. A. (2010). The scope of costs in alcohol studies: Cost-of-illness studies differ from economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation, 8*(1), 15-22. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-8-15>
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Paris, France: Belin.
- Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? *Bulletin de psychologie, 510*(6), 441-444. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0441>
- Verdon, J. (2002). *Boire au Moyen-Âge*. Paris, France: Perrin.
- Vijay, A., Bazazi, A. R., Yee, I., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2015). Treatment readiness, attitudes toward, and experiences with methadone and buprenorphine maintenance therapy among people who inject drugs in Malaysia. *Journal of Substance Abuse Treatment, 54*, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.014>
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia. Clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin, 35*(3), 469-472. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp016>
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(37), 15037-15042. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108>

- Vuoristo-Myllys, S., Lahti, J., Alho, H., & Julkunen, J. (2013). Predictors of dropout in an outpatient treatment for problem drinkers including cognitive-behavioral therapy and the opioid antagonist naltrexone. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 894-901. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.894>
- Wagner, V., & Acier, D. (2017). Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*, 39(4), 340-349.
- Wagner, V., Acier, D., & Dietlin, J.-E. (sous presse). Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not? *Substance Use & Misuse*. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1441310>
- Wagner, V., Acier, D., & Dietlin, J.-E. (2017a, juin). *Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center*. Présenté à 43rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettli Bruun Society, Sheffield, United Kingdom.
- Wagner, V., Acier, D., & Dietlin, J.-E. (2017b, octobre). *Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not?* Présenté à Second European Conference on Addictive Behaviours and Dependences, Lisbon, Portugal.
- Wagner, V., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Acier, D., Brunelle, N., Landry, M., & Brochu, S. (2017). Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1614-1627. <https://doi.org/10.1177/1049732316679372>
- Walker, R. (2009). Retention in treatment. Indicator or illusion: An essay. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 18-27. <https://doi.org/10.1080/10826080802525967>
- Walters, G. D. (2000). Spontaneous remission from alcohol, tobacco, and other drug abuse: Seeking quantitative answers to qualitative questions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 443-460. <https://doi.org/10.1081/ADA-100100255>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00081-X)
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watson, J., Crosby, H., Dale, V., Tober, G., Wu, Q., Lang, J., ... Coulton, S. (2013). AESOPS: A randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technology Assessment*, 17(25), 1-158. <https://doi.org/10.3310/hta17250>
- Weafer, J., & Fillmore, M. T. (2008). Individual differences in acute alcohol impairment of inhibitory control predict ad libitum alcohol consumption. *Psychopharmacology*, 201(3), 315-324. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1284-7>
- Weinstein, A., Yemini, Z., & Greif, J. (2008). Motivational and behavioral factors predicting success in cigarette smoking-cessation treatment combining group therapy with bupropion. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(1-2), 79-92. <https://doi.org/10.1080/15560350802157536>
- Weissenberger, S., Klicperova-Baker, M., Zimbardo, P., Schonova, K., Akotia, D., Kostal, J., ... Ptacek, R. (2016). ADHD and present hedonism: Time perspective as a potential diagnostic and therapeutic tool. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2963-2971. <https://doi.org/10.2147/NDT.S116721>

- Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A., & Stark, K. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal of Public Health*, 84(2), 215-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.2.215>
- Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C. M. E., Sher, K. J., ... Stacy, A. W. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 263-283. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2006.09.021>
- Wiers, R. W., van de Luitgaarden, J., van den Wildenberg, E., & Smulders, F. T. Y. (2005). Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction*, 100(6), 806-819. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01064.x>
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>
- Williams, G. G., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21(1), 40-50. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.1.40>
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M., Gogel, L., & Nacht, M. (2011). Barriers and facilitators to adolescent drug treatment: Youth, family, and staff reports. *Addiction Research & Theory*, 19(2), 179-188. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.530711>
- Witkiewitz, K. (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 426-438. <https://doi.org/10.1037/a0022889>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374. <https://doi.org/10.1037/a0019172>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Woodtly, R. (2006). Coordonner - Connecter - Renforcer. La gestion des cas : définition et objectifs. *Panorama*, 1, 4-6.
- Wu, L.-T., Blazer, D. G., Li, T.-K., & Woody, G. E. (2011). Treatment use and barriers among adolescents with prescription opioid use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1233-1239. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.033>
- Xu, J., Rapp, R. C., Wang, J., & Carlson, R. G. (2008). The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity, and age. *Substance Abuse*, 29(1), 43-54. https://doi.org/10.1300/J465v29n01_06
- Yeh, M.-Y. (2009). A psychometric evaluation of the Chinese version of the stage of change-readiness and treatment-eagerness scale. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2494-2502. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02592.x>
- Yoon, G., Kim, S. W., Thuras, P., Grant, J. E., & Westermeyer, J. (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: Rate and clinical correlates. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5), 770-777. <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.770>
- Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Ham, L. S., Jarvis, L. H., & Olthuis, J. V. (2009). Do alcohol expectancy outcomes and valuations mediate peer influences and lifetime alcohol use among early adolescents? *The Journal of Genetic Psychology*, 170(4), 359-376. <https://doi.org/10.1080/00221320903218380>

- Zandberg, L. J., Rosenfield, D., Alpert, E., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2016). Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy*, 80, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.005>
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 675-696. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744>
- Zhang, J. W., & Howell, R. T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1261-1266. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.021>
- Zhang, J. W., Howell, R. T., & Bowerman, T. (2013). Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory. *Time & Society*, 22(3), 391-409. <https://doi.org/10.1177/0961463X12441174>
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilseman, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365-373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
- Zullino, D. F., Krenz, S., Frésard, E., Montagrín, Y., Kolly, S., Chatton, A., ... Broers, B. (2007). Psychometric properties of a French-language version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Addiction Research & Theory*, 15(2), 153-160. <https://doi.org/10.1080/16066350601179514>

Curriculum Vitae

Vincent **WAGNER** – Psychologue clinicien, doctorant en psychologie

29 ans

44000 NANTES

☎ (+33)6.79.60.66.19

✉ vincent.wagner@univ-nantes.fr



FORMATION

EN COURS **Doctorat en Psychologie** - Université de Nantes

Thématique : Profils et évolutions à six mois des patients d'un centre de soins ambulatoires en addictologie

2015 **Titre de Psychologue et de Psychothérapeute** - Université de Nantes

2015 **Formation « Soins et accompagnement des patients alcooliques »** (21 heures)
- Centre Hospitalier Georges Daumézou, Bouguenais

2014 **Master 2 Recherche en Psychologie**, spécialité : approches fondamentales et appliquées (mention Bien) - Université de Nantes

Thématique : Étude de l'accès au soin des joueurs de jeux vidéo d'après le point de vue de l'entourage

2011 **Licence de Psychologie** (mention Bien) – Université de Nantes

2008 1^{ère} année du **Premier Cycle d'Études Médicales** – Université des Antilles et de la Guyane, Cayenne

2007 **Baccalauréat Série Scientifique** (mention Très Bien) – Lycée Gaston Monnerville, Kourou



EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

EN COURS

Assistant de recherche (stage 14 heures / semaine, 24 mois) – CSAPA Les Apsyades, antenne Beauséjour, Nantes

- Travail de recherche portant sur le profil et le devenir des patients venant pour un soin en addictologie
- Restitution et diffusion des résultats au sein de l'équipe, de l'institution et d'autres intervenants
- Participation aux actions de prévention des conduites addictives auprès de collégiens et lycéens de la région nantaise

EN COURS

Chargé d'enseignement vacataire (3 ans) – Faculté de Psychologie, Université de Nantes

- Travaux Dirigés de Psychologie Clinique en Licence 1 de Psychologie (un groupe, 45 étudiants, 22 heures)
- Travaux Dirigés de Statistiques en Licence 1 de Psychologie (un groupe, 45 étudiants, 18 heures)
- Travaux Dirigés du Parcours Travail « Les addictions », enseignement de psychologie clinique et pathologique en Licence 3 de Psychologie (cinq groupes, 220 étudiants, 100 heures)
- Travaux Dirigés en Analyses qualitatives en Master 1 de Psychologie (trois groupes, 80 étudiants, 12 heures)
- Cours Magistraux en Analyses qualitatives en Master 1 de Psychologie (80 étudiants, 6 heures)
- Travaux Dirigés sur les Analyses qualitatives en Master 2 de Psychologie (trois groupes, 60 étudiants, 18 heures)
- Enseignement en Psychopathologie au sein du Diplôme Universitaire de Musicothérapie (30 étudiants, 8 heures)

EN COURS

Chargé de projet de recherche (4 ans) – Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, Université de Nantes

- Collaboration avec les Apsyades (réseau de soin en addictologie)
- Supervision du volet recherche associé au MOOC @ddict ?, sur la thématique du numérique, impliquant les travaux universitaires d'étudiants en Doctorat, Master 2 et Master 1 en Psychologie à l'Université de Nantes
- Co-encadrement et évaluation des travaux de recherche en Master 1 et Master 2 de Psychologie (35 étudiants, 225 heures)

2017

Tuteur pédagogique (45 heures) - Relais Handicap de l'Université de Nantes

- Accompagnement pédagogique auprès d'étudiants en situation de handicap : relecture des travaux, aide à la méthodologie, etc.

2015

Psychologue (stage 14 heures / semaine, 7 mois) – SSRA La Baronrais, Les Apsyades, Bouguenais

- Réalisation d'évaluations psychologiques à l'entrée du soin en addictologie
- Co-animation et/ou participation aux groupes psychothérapeutiques (i.e. entraînement à l'affirmation de soin, prévention de la rechute)
- Mise en place d'un protocole mixte de recherche portant sur l'arrêt du soin par les patients reçus au sein de l'établissement, avec restitution des premiers résultats
- Participation active aux temps cliniques et institutionnels

- 2015** **Psychologue** (stage 10 heures / semaine, 9 mois) – Fédération de Santé Publique, Centre Hospitalier Georges Daumézon, Bouguenais
- Réalisation de suivis psychothérapeutiques auprès de patients présentant des conduites addictives
 - Participation active aux temps cliniques et institutionnels
- 2014** **Assistant de recherche** (stage 35 heures / semaine, 2 mois) – Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada
- Travail d'analyse qualitative portant sur les facteurs influençant l'accès et l'adhérence au soin des jeunes adultes présentant des conduites addictives au Québec (Programme Alliance de Recherches Universités – Communautés – Trajectoires addictives et trajectoires de services : les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge)
- 2013** **Traducteur anglais – français** (40 mois) – Groupe de recherche canadien dans le domaine de la santé *Scleroderma Patient-centered Intervention Network*
- Traduction d'outils psychométriques et de documents en langue française et harmonisation des différentes versions
- 2013** **Tuteur** (36 mois) – Cellule d'insertion de la Faculté de Psychologie, Université de Nantes
- Mise en place, supervision et restitution d'une évaluation portant sur les enseignements en Licence de Psychologie
 - Secrétariat et surveillance d'examen d'étudiants en situation de handicap
- 2013** **Assistant de recherche** (stage, 1 an) – Espace Barbara, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Observation d'entretiens cliniques auprès de joueurs problématiques de jeux vidéo
 - Conception et mise en place d'un travail de recherche relatif à l'accès au soin de joueurs problématiques de jeux vidéo
- 2011** **Assistant de recherche** (stage, 7 mois) – Institut Fédératif des Addictions Comportementales, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Réalisation d'un travail de recherche sur le profil psychologique des joueurs problématiques de jeux vidéo, avec analyse de données quantitatives
 - Elaboration d'un projet de recherche clinique autour de la prise en charge de ces joueurs
- 2011** **Assistant de recherche** (stage, 3 mois) – Institut Fédératif des Addictions Comportementales, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Participation à la réalisation d'une étude expérimentale sur les joueurs de jeux vidéo en ligne



COMPÉTENCES TECHNIQUES ET SCIENTIFIQUES

Compétences transversales

- Gestion de projet
- Collaboration interdisciplinaire
- Écoute active
- Esprit de synthèse et qualité rédactionnelle

Connaissances spécialisées

- Psychologie clinique et psychopathologie
- Addictologie (alcool, drogues illicites, jeu problématique, etc.)
- Usages du numérique
- Accès au soin (barrières au traitement, abandons du soin, etc.) et dynamique de changement

Pratique clinique

- Bilans psychologiques
- Prise en charge et suivi psychologique
- Animation de groupes (entraînement à l'affirmation de soin, prévention de la rechute)
- Actions de prévention
- Réunions cliniques et institutionnelles

Recherche scientifique

- Veille bibliographique
- Conception méthodologique
- Recrutement et réalisation d'entretiens de recherche (pré-inclusion, passations, outils psychométriques)
- Constitution et gestion d'une base de données statistiques
- Restitution et diffusion des résultats (communications, publications dans des revues à comité de relecture)
- Traduction anglais-français d'outils psychométriques
- Méthodes d'analyses quantitatives, qualitatives, mixtes

Encadrement et enseignement

- Supervision et évaluation de projets de recherche (niveau Licence et Master)
- Préparation et animation de séminaires collectifs
- Activité d'enseignements en petits et grands effectifs (niveau Licence et Master)
- Membre du jury d'admission en Institut de Formation en Soins Infirmiers



ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

Publications dans des revues à comité de relecture

- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (sous presse). Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not? *Substance Use & Misuse*. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1441310>
- Wagner, V.**, et Acier, D. (2017). Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*, 39(4), 340-349.
- Wagner, V.**, et Acier, D. (2017). Exploration des caractéristiques psychologiques des natifs numériques. *Alcoologie et Addictologie*, 39(3), 219-229.
- Wagner, V.**, et Acier, D. (2017). Factor structure evaluation of the French version of the Digital Natives Assessment Scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(3), 195-201. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0438>
- Wagner, V.**, Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Acier, D., Brunelle, N., Landry, M., et Brochu, S. (2017). Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1614-1627. <https://doi.org/10.1177/1049732316679372>
- Loose, T. T., Acier, D., Andretta, J. R., Cole, J. C., McKay, M. T., **Wagner, V.**, and Worrell, F. C. (2018). Time perspective and alcohol-use indicators in France and the United Kingdom: Results across adolescents, university students, and treatment outpatients. *Addiction Research & Theory*, 26(2), 143-150. <http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2017.1334202>

Articles en préparation ou soumis dans des revues à comité de relecture

- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (soumis). A matter of time: Mediation of time perspective on inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change relationship. *Journal of Clinical Psychology*.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (soumis). Bidirectional associations between future time perspective and alcohol use among outpatients. *Addiction Research & Theory*.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (soumis). Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center. *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (soumis). Exploration of the structure of the Stage of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale (SOCRATES) in a French outpatient sample of problematic alcohol users. *Journal of Individual Differences*.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (soumis). Factor structure of the French version of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in an outpatient sample of problematic alcohol users. *European Review of Applied Psychology*.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Rocher, B. (soumis). Help-seeking behavior for problematic video gaming: A qualitative study about perspectives of players' close relatives. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.

Communications orales avec sélection par comité de relecture

- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (2017, octobre). *Outpatient addiction treatment for problematic alcohol use: What makes patients who dropped out different from those who did not?* Communication présentée lors de la Second European Conference on Addictive Behaviours and Dependences, Lisbonne, Portugal.
- Wagner, V.**, Acier, D., et Dietlin, J.-E. (2017, juin). *Change in patients with problematic alcohol use after six months of care in an outpatient alcohol-specialized treatment center*. Communication présentée lors du 43rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Sheffield, Royaume-Uni.
- Wagner, V.**, Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Acier, D., Brunelle, N., Landry, M., et Brochu, S. (2016, octobre). *Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences*. Communication présentée lors de l'ISAM & CSAM-SMCA Conference, Montréal, Canada.
- Wagner, V.**, Rocher, B., et Acier, D. (2015, avril). *Étude de l'accès au soin des joueurs problématiques de jeux vidéo d'après le point de vue des parents*. Communication présentée au Congrès International sur les Troubles Addictifs : Focus sur les addictions comportementales, Nantes, France.

Communications orales institutionnelles

- Wagner, V.,** Acier, D., et Dietlin, J.-E. (2017, février). *Profil et évolution à 6 mois de patients reçus en centre de soins ambulatoires en addictologie – 2nde partie*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle du CSAPA Les Apsyades – Antenne Beauséjour – Les Apsyades, Nantes, France.
- Wagner, V.,** et Acier, D. (2016, octobre). *Étude des fins de contrat de patients reçus au SSRA La Baronnais en 2014-2015*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle du SSRA La Baronnais – Les Apsyades, Bouguenais, France.
- Wagner, V.,** Acier, D., et Dietlin, J.-E. (2016, mai). *Profil et évolution à 6 mois de patients en centre de soins ambulatoires en addictologie*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle du CSAPA Les Apsyades – Antenne Beauséjour – Les Apsyades, Nantes, France.
- Wagner, V.,** Acier, D., et Rocher, B. (2015, novembre). *Accès au soin des joueurs problématiques de jeux vidéo : Perceptions de l'entourage*. Communication présentée lors de la commission des soins du SSRA La Baronnais – Les Apsyades, Bouguenais, France
- Wagner, V.,** et Acier, D. (2015, septembre). *Exploration des arrêts spontanés de contrat des patients reçus à la Baronnais en 2014*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle du SSRA La Baronnais – Les Apsyades, Bouguenais, France.
- Wagner, V.,** Acier, D., et Rocher, B. (2015, mai). *Étude de l'accès au soin des joueurs problématiques de jeux vidéo d'après le point de vue des parents*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle de l'équipe d'addictologie de la Fédération de Santé Publique – Centre Hospitalier Georges Daumézou, Bouguenais, France.
- Wagner, V.,** Acier, D., et Rocher, B. (2015, mars). *Étude de l'accès au soin des joueurs de jeux vidéo d'après le point de vue de l'entourage*. Communication présentée lors de la réunion institutionnelle de l'équipe de l'Espace Barbara – CHU de Nantes, Nantes, France.

Communications affichées avec sélection par comité de relecture

- Wagner, V.,** Acier, D., et Rocher, B. (2016, juin). *Regards des parents sur l'accès au soin des joueurs problématiques de jeux vidéo*. Poster présenté à la 10^{ème} édition du Congrès international d'Addictologie de l'Albatros, Paris, France.
- Wagner, V.,** Boudoukha, A.-H., Bourdon, M., Acier, D., Rocher, B., Grall-Bronnec, M., et Venisse, J.-L. (2012, décembre). *Liens entre la pratique problématique des jeux vidéo, l'anxiété-trait, l'urgence négative et le niveau de dépression, au sein d'une population clinique de joueurs*. Poster présenté au 40^{ème} congrès de l'AFTCC, Paris, France.

Autres interventions et expertise scientifique

19 Janvier 2018 : Entretien en visioconférence pour le réseau social *MyScienceWork*, en vue de la publication du bulletin d'information (diffusion internationale) : <http://urlz.fr/6vm4>. Retour sur le parcours en tant que jeune chercheur et clinicien

30 Octobre 2017 : Article publié au sein du bulletin d'information de l'équipe de recherche BePsyLab (Bien-être & Processus de subjectivation), associée au Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire. Description de l'expérience en tant que doctorant présentant une communication lors d'un congrès international (Sheffield, Royaume-Uni)

4 Novembre 2015 : Interview radio autour de l'usage problématique des jeux vidéo réalisée auprès de jeunes adolescents dans le cadre de l'émission SonoLab de la radio nantaise JetFM (Page Internet de l'émission et podcast : <http://urlz.fr/2Eoo>)

Membre du comité scientifique et du comité d'organisation de la *4th International Conference on Time Perspective* (Nantes, août 2018)

Membre du conseil scientifique de la Faculté de Psychologie de l'Université de Nantes

Membre du comité de rédaction du bulletin d'information de l'équipe de recherche BePsyLab

Activité de relecteur d'articles scientifiques dans des revues à comité de relecture : *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* ; *Drugs : Education, Prevention and Policy*



PRIX ET DISTINCTIONS

2013 Bourse de 6 000 dollars canadiens pour un stage de recherche au Canada

- Candidature sélectionnée dans le cadre du concours lancé par le programme Alliance de Recherche Universités – Communautés / Trajectoires addictives et trajectoires de services, financé par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada (CRSH), sous la direction de Serge Brochu (Université de Montréal) et de Michel Landry (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire)



COMPÉTENCES INFORMATIQUES & LINGUISTIQUES

Anglais opérationnel

- Score de 930 points au TOEIC, nombreux séjours à l'étranger (Canada, Irlande, Portugal, Royaume-Uni), communications lors de congrès internationaux

Maîtrise des logiciels

- de bureautique (Suite Office et équivalents)
- d'analyses statistiques quantitatives et qualitatives (SPSS, R, JASP, Sonal, NVivo)
- d'enquête en ligne (Sphinx, Limesurvey)
- de gestion bibliographique (Zotero)



AUTRES ENGAGEMENTS ET LOISIRS

EN COURS Membre administrateur du Réseau Français sur les Perspectives Temporelles (association)

EN COURS Représentant étudiant et membre du conseil de perfectionnement du cycle Master à la faculté de Psychologie de l'Université de Nantes

2014 Formation à la Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1)

Pratique régulière et enseignement du iaido en club

Réalisation et administration d'un forum communautaire

Voyages (Allemagne, Canada, Guyane française, Irlande, Polynésie française, Portugal, Royaume-Uni, Suisse)



PRÉSENCE NUMÉRIQUE

CV détaillé sur DoYouBuzz.fr : <http://urlz.fr/2vqJ>

Profil LinkedIn : <http://urlz.fr/2vqO>

Profil Viadeo : <http://urlz.fr/2vqT>

Profil ResearchGate : https://www.researchgate.net/profile/Vincent_Wagner

My Science Work : <https://www.mysciencework.com/profile/vincent.wagner>

Profil Twitter : <https://twitter.com/Vinrryu973>

Profil Université de Nantes : <http://urlz.fr/6BYA>

ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0003-1738-1105>

Annexes

Annexe 1 : Critères du trouble addictif.....	I
Annexe 2 : Critères du trouble de l'usage d'alcool.....	II
Annexe 3 : Note d'information et de consentement associée au projet DECA	III
Annexe 4 : Fiche RECAP	IV
Annexe 5 : AUDIT	VI
Annexe 6 : Article de validation francophone de l'AAAQ.....	VII
Annexe 7 : Article de validation francophone de la SOCRATES.....	XXIX
Annexe 8 : ZTPI-SF	XLIV
Annexe 9 : MOS SF-36	XLV
Annexe 10 : MOCA.....	XLVIII
Annexe 11 : Items originaux et traduits du BTI	XLIX
Annexe 12 : BTI	L
Annexe 13 : AAAQ	LI
Annexe 14 : SOCRATES	LII
Annexe 15 : Avis éthique.....	LIII
Annexe 16 : Déclaration à la CNIL	LV

Annexe 1 : Critères du trouble addictif (Goodman, 1990)

TROUBLE ADDICTIF

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et se sont répétés pendant une période plus longue.

Annexe 2 : Critères du trouble de l'usage d'alcool (American Psychiatric Association et al., 2016)

TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL

Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool.
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage).

Annexe 3 : Note d'information et de consentement associée au projet DECA

Projet DECA

Évaluation du changement à 6 mois de patients suivis en Consultation d'Addictologie à l'antenne

Beauséjour du CSAPA Les Apsyades

Document d'information

Numéro d'anonymat :

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à l'étude que nous effectuons actuellement au sein de l'antenne Beauséjour du CSAPA Les Apsyades. Toutes les informations nécessaires vous ont été détaillées oralement et sont présentes dans cette lettre d'information. Vous pouvez cependant poser toutes les questions que vous jugez utiles aux intervenants du centre.

Le but de cette étude est d'évaluer le changement, après six mois de prise en charge, des patients reçus au sein du CSAPA de Beauséjour et de comprendre pourquoi certains patients mettent fin prématurément à cette prise en charge. Les résultats qui en seront issus nous fourniront une grande quantité de renseignements pour améliorer les pratiques d'accueil et de soin et affiner la prise en charge des patients. La durée prévue de l'étude est de 18 mois. Elle concerne toutes les personnes qui consultent pour la première fois au CSAPA soit environ 200 personnes.

Votre participation à l'étude est d'une durée de 6 mois. Lors d'un premier rendez-vous vous devrez répondre à un questionnaire et nous vous demanderons de faire un bilan sanguin standard (numération, fonction hépatique). Six mois plus tard vous repasserez ce même questionnaire et à nouveau un bilan sanguin vous sera demandé.

Si un rendez-vous au centre n'est pas honoré, une lettre sera envoyée pour proposer une nouvelle date de rendez-vous. Si de nouveau la personne ne se présente pas, une étudiante en psychologie (extérieure à l'équipe) prendra contact par téléphone pour comprendre les motifs de cet arrêt prématuré.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Toutes les données seront regroupées dans un fichier informatique. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, elles seront systématiquement enregistrées sous un numéro d'anonymat.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) n° 1775023 et approuvée par le Comité de Protection des Personnes Ouest IV – Nantes (CPP) le 04/11/2014.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis et de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données, à tout moment, par l'intermédiaire d'un intervenant du centre. De plus, vous pourrez être informé, à votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Qui contacter en cas de question ou de problème ?

Vous avez le droit de poser des questions à tout moment concernant votre participation à cette étude. Pour cela, vous pouvez contacter :

Le Dr Jean Eric DIETLIN ou votre intervenant au
CSAPA Les Apsyades – Antenne Beauséjour
62, rue Georges Lafont
44300 NANTES
Tél : 02.40.40.97.96

Ou

Signature

Didier ACIER, Ph.D.
Professeur en Psychologie clinique
Université de Nantes - Faculté de Psychologie
Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227
44312 Nantes Cedex 3
Tel. 02 40 14 11 79

Annexe 4 : Fiche RECAP

FICHE RECAP – mise à jour août 2014

(recueil commun sur les addictions et les prises en charge)

Cette présentation n'a qu'une valeur d'exemple. Cette fiche n'est pas destinée à être envoyée à l'OFDT.
Sauf indication contraire, chaque item ne donne lieu qu'à une seule réponse.

Type de fiche ☐ Entrée dans la structure ☐ Reprise de traitement		Date de l'entretien J J M M A A	
Catégorie socio-professionnelle ☐ Agriculteur ☐ Artisan, Commerçant ☐ Cadre profession libérale ☐ Profession intermédiaire ☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Retraité ☐ Sans profession ☐ Ne sait pas	Logement ☐ Durable ¹ indépendant ☐ Durable ¹ chez des proches ☐ Durable ¹ en institution ☐ Provisoire chez des proches ☐ Provisoire en institution ☐ Autre provisoire ☐ Etablissement pénitentiaire (2011) ☐ SDF ☐ Ne sait pas	Entourage Nombre d'enfants (pas d'enfants = 0) ☐ Vit seul ☐ Vit avec ses parents ☐ Vit seul avec enfant(s) ☐ Vit avec un conjoint seulement ☐ Vit avec un conjoint et enfant(s) ☐ Vit avec des amis ☐ Autre ☐ Ne sait pas	
Origine principale des ressources² ☐ Revenus d'emplois ☐ Retraite ☐ Pension invalidité ☐ ASSÉDIC ☐ Revenu de solidarité active (RSA) ☐ Allocation adulte handicapé ☐ Autre(s) prestation(s) sociale(s) ☐ Ressources provenant d'un tiers ☐ Autre ressources ☐ Sans revenus ☐ Ne sait pas	Situation professionnelle² ☐ CDI ou équivalent ☐ Activité rémunérée intermittente ³ ☐ CDD de + de 6 mois ☐ Chômage ☐ Etudiant, élève, stage non rémunéré ☐ Retraité ☐ Autre inactif ☐ Ne sait pas	Niveau d'étude ☐ N'a pas terminé le primaire ☐ Niveau primaire ☐ Niveau brevet des collèges (BEPC) ☐ Niveau BEP, CAP ☐ Niveau Bac ☐ Niveau Bac +2 ☐ Niveau au-delà Bac +2 ☐ Ne sait pas	
Origine de la prise en charge actuelle ☐ Le patient lui-même ☐ Les proches (famille ou amis) ☐ Médecin de ville ☐ Structure spécialisée en toxicomanie ☐ Structure de réduction des risques ☐ Structure spécialisée en alcoologie ☐ Equipe de liaison ☐ Autre hôpital ou autre sanitaire ☐ Institution ou service social ☐ Justice, orientation post-sentencielle ☐ Justice, orientation pré-sentencielle ☐ Justice, orientation avec orientation ☐ Autre mesure judiciaire ou administrative ☐ Milieu scolaire ou universitaire ☐ Autre ☐ Ne sait pas		Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives ☐ Jamais pris en charge ☐ Déjà pris en charge mais pas actuellement ☐ Suivi actuellement ☐ Ne sait pas Année de la première prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives 	

¹ Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement.

² Au cours des 6 derniers mois.

³ Au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois

Traitement de substitution aux opiacés en cours (prescription médicale) ☐ Non ☐ Oui, méthadone ☐ Oui, buprénorphine haut dosage (BHD) ☐ Autre (sulfate de morphine, codéine) ☐ Ne sait pas Si oui, depuis quelle date JJ MM AA				Autre(s) traitement(s) en cours* (prescription médicale) ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles) ☐ Acamprosate ☐ Naltrexone ☐ Antabuse ☐ Substitut(s) nicotinique(s) ☐ Antidépresseur(s) ☐ Bupropion ☐ Anxiolytique(s) ☐ Hypnotique(s) ☐ Neuroleptique(s) ☐ Autre(s)					
Code produit* 1. 2. 3. 4. 5.		Mode de consommation habituel 1. Injecté 2. Fumé / inhalé 3. Mangé / bu 4. Sniffé 5. Autre 6. NSP		Fréquence de consommation (30 derniers jours) 1. 1 seule fois de le mois 2. ≤ 1 x par semaine 3. 2 à 3 x par semaine 4. 4 à 6 x par semaine 5. Chaque jour 6. NSP		Usage/Dépendance 1. Usage simple 2. Usage nocif 3. Dépendance		Age de début consommation 	
Produit à l'origine de la prise en charge actuelle (si différent du 1^{er} produit consommé ou si pas de produit consommé) 									
Polyconsommation ☐ Oui ☐ non ☐									
Nombre de joints cannabis consommés en moyenne par jour (30 derniers jours) 				Le patient fume-t-il ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Si oui, nombre de cigarettes consommées en moyenne par jour (30 derniers jours)					
Utilisation de la voie intraveineuse ☐ Oui, au cours du mois passé ☐ Oui, au cours de l'année (pas dans le mois) ☐ Oui antérieurement (pas dans l'année) ☐ Jamais ☐ Ne sait pas				Si oui : âge lors de la première injection 		Partage des seringues ☐ Oui, au cours du mois passé ☐ Oui, au cours de l'année (pas dans le mois) ☐ Oui antérieurement (pas dans l'année) ☐ Jamais ☐ Ne sait pas			
Sérologie VIH ☐ Jamais ☐ Inconnue ☐ Résultat positif ☐ Résultat négatif ☐ Ne veut pas répondre		Date du dernier test VIH 		Sérologie VHC ☐ Jamais ☐ Inconnue ☐ Résultat positif ☐ Résultat négatif ☐ Ne veut pas répondre		Date du dernier test VHC 			
Vaccination VHB complète ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas									
Antécédents psychiatriques Hospitalisation(s) antérieure(s) ☐ Oui nombre ☐ Non, jamais ☐ Ne sait pas Tentative(s) de suicide ☐ Oui nombre ☐ Non, jamais ☐ Ne sait pas					Comorbidité Psychiatrique ☐ pas de comorbidité ☐ troubles psychot. et délirants ☐ troubles anxieux et dépressifs ☐ troubles conduites alimentaires ☐ troubles de la personnalité ☐ autres troubles ☐ ne sait pas				
Incarcérations ☐ Oui ☐ Non, jamais ☐ Ne sait pas					Si oui : Nombre d'incarcérations Durée totale d'incarcération mois				
* Codes produits 00. Alcool 11. Héroïne 12. BHD 13. Méthadone 14. Autres opiacés 20. Cannabis 31. Barbituriques 32. Benzodiazépines 33. Autres hypno. et tranquillisants 34. Antidépresseurs 41. Cocaïne 42. Crack 51. Amphétamines 52. MDMA et dérivés 53. Autres stimulants 61. LSD 62. Champi. hallucinogènes 63. Autres hallucinogènes 80. Colles et solvants 70. Tabac 90. Autres produits 91. Jeux d'argent 93. Cyber addiction 95. Trouble du comportement alimentaire 97. Autres addictions sans produits 98. Non renseigné 99. Pas de produit consommé									

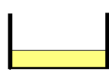
Annexe 5 : AUDIT

4

Votre consommation

Illustration d'un verre standard :

Chaque verre contient la même quantité d'alcool, soit 10 à 12 g d'alcool pur.

Boisson
aniséeWhisky, Rhum, Gin,
Vodka...

Apéritif

Cidre
ou bière

Champagne



Vin



Digestif

Voici une liste de questions, entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
1 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ?	0	1	2	3	4

	1 à 2 verres	3 à 4 verres	5 à 6 verres	7 à 9 verres	10 verres ou plus
2 - Lors d'une journée où vous buvez, combien de verres consommez-vous ? (voir illustration d'un « verre standard »)	0	1	2	3	4

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
3 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus au cours d'une même occasion ?	0	1	2	3	4
4 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire ?	0	1	2	3	4
5 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché(e) de remplir vos obligations ?	0	1	2	3	4
6 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	0	1	2	3	4
7 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	0	1	2	3	4
8 - Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	0	1	2	3	4

	Jamais	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	Oui, au cours de l'année écoulée
9 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez bu ?	0	1	2
10 - Est-ce qu'un proche, un ami ou un médecin, ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer ?	0	1	2

Projet DECA – RCB 2014-A00717-40 – Ne pas diffuser

Annexe 6 : Article de validation francophone de l'AAAQ

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Éric Dietlin

Statut de l'article : Soumis à l'*European Review of Applied Psychology*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception de l'axe de recherche décrit dans cet article, de la revue de littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats obtenus. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Contexte : Le phénomène de *craving* est un concept clé lorsqu'il s'agit de mieux appréhender l'expérience des consommateurs problématiques d'alcool et de proposer les interventions les plus adaptées pour obtenir de bons résultats à l'issue du traitement. Les objectifs de cette recherche ont été de réaliser une évaluation de la structure factorielle de l'adaptation en langue française de l'*Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire* (AAAQ) et d'en mesurer différents indices de validité.

Méthode : L'échantillon de cette étude inclut 150 patients suivis pour leur consommation problématique d'alcool au sein d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie, situé en France. L'AAAQ a été traduit en français, puis retraduit en anglais.

Résultats : Les analyses indiquent qu'un modèle à trois facteurs entre davantage en adéquation avec les données qu'un modèle à deux facteurs. Dans l'ensemble, les différentes propriétés psychométriques (c.-à-d., validité du construit, discriminante, convergente et prédictive) apparaissent satisfaisantes.

Conclusions : Si les deux modèles semblent assez proches du point de vue de leur structure factorielle, l'examen de leur validité prédictive permet de les distinguer davantage. Les facteurs *Obsessed/Compelled* et *Inclined/Indulgent* ont des rôles distincts dans la prédiction

du niveau de sévérité des problèmes relatifs à l'alcool, et ce aux deux temps de mesure. Dans la mesure où ces deux facteurs désignent des phénomènes séparés, certes en lien avec le *craving*, il pourrait être préférable pour les cliniciens de considérer une distinction nette de la tendance à consommer de l'alcool en deux sous-dimensions séparées. Le phénomène de *craving* reste ensuite une des nombreuses variables en mesure d'impacter, dans certaines conditions, la consommation d'alcool après la fin du traitement. Pour conclure, l'adaptation en langue française de l'AAAQ propose une mesure rapide et efficace du *craving* chez les patients consommateurs problématiques d'alcool recevant un soin ambulatoire spécialisé, dans les zones culturelles francophones.

Mots-clés : usage problématique d'alcool ; *craving* ; patients français en soins ambulatoires ; *Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire* (AAAQ) ; analyse factorielle ; propriétés psychométriques

Factor structure of the French version of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in an outpatient sample of problematic alcohol users

Abstract

Background: Craving is a core concept when one seeks to better understand problematic alcohol use experience and to tailor the best-fitted specialized interventions to improve treatment outcomes. Aims of this research were to realize an evaluation of the factorial structure of a French adaptation of the *Approach and Avoidance Alcohol Questionnaire* (AAAQ) and to assess indices of the scale validity.

Methods: The study sample includes 150 patients followed-up in an outpatient addiction specialized treatment center in France, for a problematic alcohol use. The AAAQ was translated in French, then back translated to English.

Results: A confirmatory factor analysis followed by a chi-square difference test highlighted that a three-factor model fits the data better than the two-factor model. Overall, psychometric properties (i.e., construct, discriminant, convergent and predictive validity) appear satisfactory.

Conclusions: Although both final models appear relatively close regarding their factorial structure, examination of the predictive validity brings additional data. Obsessed/Compelled and Inclined/Indulgent factors have distinct roles in the prediction of both baseline and follow-up level of alcohol use severity. As these two factors designate two different phenomena around craving, it could be worth for clinical significance to prefer a clear distinction of the approach inclination into two separate subscales. Secondly, considering relationships between craving and alcohol-related measures, craving phenomenon is one the many variables that can influence, especially under specific clinical conditions, post-treatment alcohol consumption. To conclude, the French version of the AAAQ is a quick and effective measure of craving in problematic alcohol outpatients in France and French-speaking regions.

Keywords: problematic alcohol use, craving, French outpatients, Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ), factor analysis, psychometric properties

Introduction

According to Guérin, Laplanche, Dunant and Hill (2013), on the 535,000 premature deaths occurred during the year 2009 in France, 49,000 could be associated to direct and indirect effects of alcohol use. Overall, it represents 13% of premature deaths among men, 5% among women, and 22% among people aged 15 to 34. These results are higher in France than in other European countries and highlight the harmful nature of alcohol use. Meanwhile, in European countries, few people with actual alcohol use disorder seek treatment (Alonso et al., 2004; Probst, Manthey, Martinez, & Rehm, 2015). Moreover, for those seeking help, previous research in France noted that 83% of them were likely to relapse in a 18-month period (Malet et al., 2009).

Craving is generally defined as a conscious expression of desire directed toward the use of a substance (Tiffany & Wray, 2012). Many researchers or clinicians estimate that craving is an important factor in the understanding of the emergence, maintenance and relapse in alcohol use disorder (Bottlender & Soyka, 2004; Fatseas et al., 2015; Flannery, Poole, Gallop, & Volpicelli, 2003; Kavanagh et al., 2013; Morgenstern, DiFranza, Wellman, Sargent, & Hanewinkel, 2016). Furthermore, Yoon, Kim, Thuras, Grant and Westermeyer (2006) stated that craving phenomenon might be present in 54% to 72% of people with alcohol use disorder. Associated with a variety of factors, craving has a role in the explanation of alcohol treatment outcomes (Adamson, Sellman, & Frampton, 2009; Connolly et al., 2013). Recent findings from Connolly et al. (2013) indeed noted that pre-treatment craving predicted a higher weekly alcohol consumption 18 weeks later as well as a higher frequency of binge-drinking episodes 18 weeks and 12 months later.

Despite the clinical interest of craving, no consensus about its definition nor its measurement currently exists (May et al., 2014; Rosenberg, 2009). Several theoretical conceptualizations exist (e.g., obsessive-compulsive, approach-avoidance, multi-dimensional, intensity-frequency-duration), supported by different psychometric tools. Rosenberg (2009) counted 24 multi-items questionnaires designed during the last 20 years. Since, more tools have yet been created (Statham et al., 2011; Vollstädt-Klein, Leménager, Jorde, Kiefer, & Nakovics, 2015). A common definition is hard to reach, as craving is mainly a subjective experience (Martinotti et al., 2013; Rosenberg, 2009), as well as there are many ways to

measure it: verbal or written self-report, behavioral, physiological or neurobiological measure (Rosenberg, 2009; Sayette et al., 2000). Moreover, craving can be viewed as a stable personality trait—an overall propensity to use substance (i.e., “tonic craving”)—versus more intense and punctual urges to consume (i.e., “phasic craving”, Tiffany & Wray, 2012). However, many researchers agree to think of craving as a complex multidimensional notion (R. F. Anton, 1999; Breiner, Stritzke, & Lang, 1999; McEvoy et al., 2004).

As designed by the ambivalence model of craving (Breiner et al., 1999), this phenomenon is an experiential process influenced by contextual factors, as well as it can be divided into two motivational inclinations: the desire to use—to approach—the substance, and the desire to not use—to avoid—the substance. Each inclination is built following positive and negative expectancies linked to substance use. Finally, these inclinations will compete and determine the substance use behavior. Furthermore, Anton (1999) suggested his neuroanatomical model where approach inclination divides itself in two separate but associated components representing different urges intensities.

To assess the different dimensions of craving, McEvoy et al. (2004) designed a scale measuring both approach and avoidance inclinations: the *Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire* (AAAQ). They gathered items from tools already existing and ran several factorial analyses on two non-clinical samples (i.e., almost 600 Australian students and 502 US students). They noticed that a three-factor model with 14 items had the best fit. The first factor, Inclined/Indulgent (five items), includes items evoking a mild inclination to drink. The second factor, Resolved/Regulated (five items), gathers items on avoidance of alcohol. Finally, the last factor Obsessed/Compelled (four items) includes items about more intense inclinations to drink. Moreover, Inclined/Indulgent and Obsessed/Compelled factors are moderately correlated, and are slightly associated with the last factor. Overall, psychometric properties are satisfactory (i.e., internal consistency, predictive and convergent validity). Other validation studies had been undertaken, especially in clinical settings (Klein & Anker, 2013; Klein, Stasiewicz, Koutsky, Bradizza, & Coffey, 2007). A two-factor structure had been revealed as preferable in some specialized settings (i.e., institutions receiving alcohol-dependent outpatients). In conclusion, even if the factorial structure of the AAAQ varies according to the level of severity of the alcohol use disorder and the care setting, such a measure of craving distinguishing two separate inclinations is of interest in clinical practice.

For instance, scores at the AAAQ predict frequency and quantity of alcohol use, as well as odds of relapse after treatment (Klein & Anker, 2013; Klein et al., 2007; McEvoy et al., 2004; Schlauch et al., 2012)

To our knowledge, no tool assessing craving phenomenon and separating both approach and avoidance inclinations had been translated in French. However, according to the scientific literature, it would be a useful questionnaire to measure craving experience in a clinical setting in France. Moreover, it would be interesting to assess the factorial structure and the overall properties of this questionnaire when it is administrated in a different sociocultural area. Indeed, past research stated that factor structure should be systematically assessed when a questionnaire is translated in another language (Borsboom, 2006). A specific measure can perform differently depending on sociocultural groups. Therefore, aims of this study are (i) to realize an evaluation of the factorial structure of a French adaptation of the AAAQ, and (ii) to assess indices of the scale validity.

Material and methods

Setting

The present research is part of a larger study (i.e., Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an addiction outpatient treatment facility”) which took place in Beauséjour Addiction Care, Support and Prevention Center, an outpatient treatment center in Nantes, France. Several inclusion criteria were used: (i) adult (i.e., aged over 18), (ii) problematic alcohol use as main issue, (iii) first visit to the center, (iv) good knowledge of spoken and written French, (v) has given his or her written informed consent. Exclusion criteria were: (i) problematic drug use as main issue, (ii) protected adult, (iii) higher cognitive functions disorder, (iv) major mental disorder. At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate. If they agreed, they were given a set of questionnaires to fill, helped if needed by a stakeholder of the center. Participants did not receive a formal diagnosis of alcohol use disorder but alcohol problematic use was detected at the entry. The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes gave its favorable opinion on the research protocol on the November 4th 2014 (OR/BB CPP N°883/2014). This study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Between November 2014 and January 2016, 150 patients from the Beauséjour Addiction Care, Support and Prevention Center were included in the sample. The mean age of the sample is 45.01 years ($SD = 11.21$). Among participants, 74.0% were men ($n = 111$), 65.3% were employees or workers, and almost the same number of participants received at least 12 years of education (51.3%) than those who did not (48.7%). At the beginning of the follow-up in the center, 66.7% of the sample stated that they use alcohol four times a week or more. The mean score at the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) was 21.47 ($SD = 8.08$), well above the cut-off score of 7 indicating a problematic use of alcohol (Gache et al., 2005). After six months of follow-up in the center, patients had a mean score of 12.53 ($SD = 8.18$) in the AUDIT. The Table 1 provides full details of the sample sociodemographic data.

Measures

For our study, we used participants' answers to (i) a clinical summary sheet gathering several sociodemographic data, (ii) a French version of the 14-item AAAQ (McEvoy et al., 2004) (iii) the AUDIT (Babor et al., 2001; Gache et al., 2005). Two measure times were planned: a baseline measure during the first appointment and a follow-up measure after six months of treatment in the center. In the current study, baseline measures are mostly used.

Process of Translation of the AAAQ

The original form of the AAAQ can question craving in three different timescales: *Right Now*, *Past 24 Hours* and *Past Week*. Since the actual care experience can influence craving assessment (Oslin, Cary, Slaymaker, Colleran, & Blow, 2009), we used the *Past Week* form. The original scale was translated by several members of the research team with a good knowledge of English. Each iteration was discussed as long as there wasn't an agreement between team members. Respect of the original meaning of labels was an important rule during this process. A common version was then revised by an external bilingual person and was back-translated in English. Table 2 gives a full comparison between original labels and translated ones.

Table 1

Sociodemographic Characteristics of the Sample

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Age	45.01	11.21	19	75
AUDIT				
Baseline	21.47	8.08	0	36
Six-month follow-up	12.53	8.18	0	28
Variables			<i>n</i>	%
Gender				
Male			111	74.0
Female			39	26.0
Socio-professional category				
Craftsman, shopkeeper			12	8.0
Executive, liberal profession			28	18.7
Intermediate profession			10	6.7
Employee			53	35.3
Worker			45	30.0
Without a profession			2	1.3
Professional status				
Permanent contract or equal			83	55.3
Intermittent paid work			4	2.7
Unemployed			40	26.7
Student, non-paid intern			1	0.7
Retired			14	9.3
Other inactive			6	4.0
Temporary contract (more than six months)			2	1.3
Education				
9 years or less			21	14.0
11 years (secondary professional education)			52	34.7
12 years (secondary education)			35	23.3
14 years			23	15.3
>14 years			19	12.7
Source of the demand for treatment				
The patient			49	32.7
Significant others			10	6.7
Family doctor, medical specialist			45	30.0
Specialized care setting, hospital			9	6.0
Justice			26	17.3
Former heavy drinkers associations			1	0.7
Social services			4	2.7
Other			6	4.0
First demand for professional alcohol care				
Yes			97	64.7
No			53	35.3
Polydrug use ^a				
Yes			83	55.3
No			67	44.7
Level of alcohol-related problems ^b				
Low level or abstinence			9	6.0
Medium level			23	15.3

High level	118	78.7
Alcohol use frequency during the last year ^b		
Never	3	2.0
Once a month at least	7	4.7
Twice or four times a month	16	10.7
Three times a week	24	16.0
Four times a week or more	100	66.7

Note. N = 150

^a Polydrug use designates any additional substance use accompanying alcohol use, including tobacco. ^b Answers from the baseline AUDIT (Gache et al., 2005).

Table 2

Comparison of Original and French-Translated Labels of the 14-item AAAQ

Items	Original English labels	Translated French labels
1	I would have liked to have a drink or two	J'aurais aimé prendre un verre ou deux
2	If I had been at a pub or club I would have wanted a drink	Si j'avais été dans un bar ou un restaurant, j'aurais voulu prendre une boisson
3	I had planned to drink alcohol	J'avais prévu de boire de l'alcool
4	I would have accepted a drink if one had been offered	J'aurais accepté un verre si on me l'avait offert
5	If I had been at a party I would have had a drink without thinking twice	Si j'avais été à une fête j'aurais pris un verre sans y réfléchir à deux fois
6	My desire to drink seemed overwhelming	Mon désir de boire semblait insurmontable
7	I wanted to drink alcohol so much that if I had started drinking, I would have found it difficult to stop	J'avais tellement envie de boire que si j'avais commencé, j'aurais trouvé difficile d'arrêter
8	I was thinking about alcohol a lot of the time	Je pensais très souvent à l'alcool
9	I wanted to drink as soon as I had the chance	Je voulais boire dès que j'en avais la possibilité
10	I avoided people who were likely to offer me a drink	J'ai évité les personnes qui étaient susceptibles de m'offrir un verre
11	I deliberately occupied myself so I would not drink alcohol	Je me suis intentionnellement occupé pour ne pas avoir envie de boire de l'alcool
12	I was thinking about the benefits of being sober	Je pensais aux avantages d'être sobre
13	I avoided places in which I might have been tempted to drink alcohol	J'ai évité les endroits où j'aurais pu être tenté de boire de l'alcool
14	The bad things that could happen if I drank alcohol were fresh in mind	J'avais à l'esprit de tout ce qui pouvait arriver de mauvais si je buvais de l'alcool

Statistical Analysis

To analyze data in the best conditions, missing data on the AAAQ were handled with multiple imputation (Rubin, 1986). As the literature is already quite extensive regarding factor structure of the AAAQ, we focused our analysis on the in-depth exploration of the factor structure of this translated version with a confirmatory factor analysis (CFA). This analysis used the two- and three-factor models respectively from Klein et al. (2007) and McEvoy et al. (2004). Originally, the two-factor model involved 20 items whereas our French-translated version only includes 14 items. Nonetheless, on the present sample, we kept the two-factor structure on the 14 items at our disposal.

The purpose of this CFA is to assess which model has the best fit in our data and to compare both models. Quality of the model as well as comparison between models, was assessed with various indices (Hu & Bentler, 1999; Schreiber, Nora, Stage, Barlow, & King, 2006): (i) a comparative fit index (CFI) more than .95, (ii) a Tucker-Lewis index (TLI) more than .95, (iii) a standardized root-mean-square-residual (SRMR) less than .08, (iv) a root-mean-square error of approximation (RMSEA) less than .06 (with a 90% confidence interval between .06 and .08), and (v) an Akaike information criterion (AIC) close to 0. Cronbach's α coefficients were used to assess reliability of components. Bivariate and part correlations, as well as multiple linear regressions, were used to assess factorial, construct, convergent, discriminant and predictive validity.

Results

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Both factor structures were assessed using a CFA (via maximum likelihood). According to previous research, factors were set to be correlated (Klein & Anker, 2013; Klein et al., 2007; McEvoy et al., 2004). The chi-squared of the three-factor model was 208.28 ($df = 74$). Indices of fit were: CFI = .881; TLI = .853; SRMR = .084; RMSEA (90% CI) = .110 (.093-.128) and AIC = 270.28. The chi-squared of the two-factor model was 343.99 ($df = 76$) and indices of fit were the following: CFI = .762; TLI = .715; SRMR = .099; RMSEA (90% CI) = .154 (.138-.171) and AIC = 401.99. Although these indices suggest a slightly better fit for the three-factor model, they also highlight a not so good fit between initial models and the data.

We checked standardized covariances of residuals for values exceeding 2.58, as well as low values among standardized regression weights and square multiple correlations in both models (Byrne, 2009; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). For both models, two standardized regression weights were lower than the recommended value of .50, concerning items 12 and 14 that we then chose to remove. Regarding the two-factor model, on the 78 standardized residual covariances, two exceeded the absolute value of 2.58 and involved item 4, which was then removed. Last, we checked modification indices for areas of model misspecifications. No theoretically defensible model respecifications were found. We then re-ran the CFA on these corrected models.

Indices of fit for the corrected three-factor model were: χ^2 (51) = 126.29; CFI = .926; TLI = .904; SRMR = .074; RMSEA (90% CI) = .100 (.078–.122) and AIC = 180.287. The chi-square of the corrected two-factor model was 142.33 (df = 43). Other indices of fit were: CFI = .883; TLI = .850; SRMR = .078; RMSEA (90% CI) = .125 (.102–.147) and AIC = 188.33. Moreover, chi-square difference test was used to further compare fit among both, nested, models (Schermele-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Results gave additional evidence that the three-factor model fits the data better than the two-factor model ($\Delta\chi^2$ = 16.04; df = 8; p < .05). Table 3 provides final results from the CFA on corrected models.

Table 3

CFA with standardized regression weights modeled on the corrected three-factor model from McEvoy et al. (2004) and the corrected two-factor model from Klein et al. (2007) on the French-translated version of the AAAQ

Items	Corrected models				
	McEvoy et al. (2004)			Klein et al. (2007)	
	Factor 1: Inclined/Indulgent	Factor 2: Obsessed/Compelled	Factor 3: Resolved/Regulated	Factor 1: Approach	Factor 2: Avoidance
1	.594***			.633***	-
2	.727***			.528***	
3	.759***			.715***	
4	.846***			removed	
5	.873***			.629***	
6		.897***		.886***	
7		.866***		.852***	
8		.708***		.708***	
9		.841***		.819***	
10			.769***		.768***
11			.548***		.548***
12			removed		removed
13			.916***	-	.917***

14

removed

-

removed

Note. Items 12 and 14 were removed in both models and item 4 was removed from the current corrected model from Klein et al. (2007).

*** $p < .001$

Reliability and item analysis of the models

In the corrected three-factor model, Cronbach's α for Factor 1 (Inclined/Indulgent, I/I), Factor 2 (Obsessed/Compelled, O/C) and Factor 3 (Resolved/Regulated, R/R) are respectively .872, .898 and .782. For the corrected two-factor model, Cronbach's α for Factor 1 (Approach) and Factor 2 (Avoidance) are .900 and .782. Current results show high reliability of factors in both corrected models. All item-total correlations are well above .3 (Field, 2013), as the lowest is .503 for item 11 on R/R and Avoidance factors. This last result provides additional support for the factorial and construct validity of both models of the French-translated AAAQ.

Intra- and inter-factor correlations

Concerning the corrected three-factor model, a strong positive correlation is present between I/I and O/C factors ($r = .629, p < .001$). In the corrected two-factor model, no significant association is found between any of the factors. The absence of correlations between R/R factor and the two others factors from the three-factor model, and between Approach and Avoidance factors in the second model, suggests evidence for discriminant validity. Last, significant relationships were also observed between factors from both models. Precisely, strong positive correlations exist between I/I, O/C and Approach factors ($r = .886, p < .001; r = .911, p < .001$) supporting construct validity.

Examination of the convergent validity

First, for every items, standardized regression weights were relatively large enough (i.e., .548 to .916, $p < .001$, for the three-factor model; .528 to .917, $p < .001$, for the second one) to provide initial support for convergent validity (Maruyama, 1997). Last, our sample has a mean score at I/I, O/C and R/R factors of, respectively, 22.28 ($SD = 11.86; Min = 0; Max = 40$), 16.12 ($SD = 9.42; Min = 0; Max = 32$) and 11.59 ($SD = 6.98; Min = 0; Max = 24$). In a similar way, participants have a mean score on Approach and Avoidance factors of 33.93 ($SD = 17.10; Min = 0; Max = 64$) and 11.59 ($SD = 6.98; Min = 0; Max = 24$).

Several relationships between AUDIT scores (i.e., both baseline and 6-month follow-up measures) and the different factors were significant. In the corrected three-factor model, there are moderate positive correlations between Approach and both baseline and 6-month AUDIT ($r = .446, p < .001$; $r = .414, p < .001$). We noticed as well moderate correlations between I/I, O/C and both AUDIT measures. For the I/I factor, the relationship was even stronger concerning follow-up AUDIT score ($r = .403, p < .001$) than baseline AUDIT score ($r = .305, p < .001$). Regarding the O/C factor, the opposite was observed: the association appeared stronger with baseline AUDIT score ($r = .492, p < .001$).

Evaluation of the predictive validity

To further explore psychometric properties of this French-version of the AAAQ, we estimated predictive validity of both models. Here, we assessed the contribution of each subscale (i.e., I/I, O/C, R/R, Approach and Avoidance factors) in the prediction of AUDIT score (i.e., both baseline and follow-up measures). To be consistent with previous research, we conducted multiple linear regressions wherein subscales of the same model were entered simultaneously (Klein et al., 2007; McEvoy et al., 2004). Part correlations were used as well to assess the unique relationship between one predictor and the outcome variables, while controlling for effects of other predictors.

Results of regression analyses are summarized in Table 4 and Table 5. The AAAQ subscales from the three-factor corrected model predicted 25% and 13% of baseline and follow-up AUDIT measures. Standardized coefficients indicated that O/C factor was the only significant contributor to the model ($\beta = .503, p < .001$). Moreover, while controlling effects of I/I and R/R factors, the relationship between O/C factor and baseline AUDIT is positive and moderate (part $r = .389, p < .001$). Surprisingly, regarding the follow-up AUDIT score, the I/I became the only significant contributor ($\beta = .293, p < .05$), with a low positive part correlation (part $r = .232, p < .05$). Concerning subscales from the corrected two-factor model, the Approach factor was the only contributor to the model for both measure times (i.e., $R^2 = .190, \beta = .447, p < .001$ for baseline and $R^2 = .138, \beta = .400, p < .001$ for follow-up). Part correlations between Approach factor and AUDIT scores were positive and moderate (part $r = .447$ and $.400, p < .001$).

Discussion

Main aims of this study were to further explore factor structure and psychometric properties of a French-translated version of the AAAQ in a clinical sample of problematic alcohol users who are followed-up in an addiction outpatient specialized treatment center. First, analyses highlighted that both final models are relatively similar regarding psychometric properties. However, the chi-square difference test showed that the more complex model should be preferred. Therefore, the French-translated AAAQ factor structure is closer to those of McEvoy et al. (2004) and Klein and Anker (2013) who studied AAAQ in non-clinical and residential clinical samples, than the one from Klein et al. (2007). Such discrepancies may be linked to the version of the AAAQ here evaluated. Klein et al. (2007) indeed used the initial 20 items from the AAAQ. Exploring a larger tool may then reveal a different factor structure. Other explanations could lie in the differences in sampling of problematic alcohol users and their trajectories in outpatient services. In the current study, patients willing to participate received questionnaires to fill at their first appointment and after six months of follow-up in the center. Patients who are engaged in a follow-up may have a different experience of craving. Moreover, the two samples may not have the same level of alcohol use severity. At last, we cannot exclude the role of the process of translation, choice of labels or even cultural differences. Experience and perception of alcohol use may be different between France, Australia or the USA.

Nonetheless, final models in the present research slightly differ from past research as they were corrected. Indeed, indices of fit remained less than perfect for both models. Some parameters were removed in an attempt to improve the overall fit. Especially, items 12 and 14 were removed from both models, whereas item 4 was only excluded in the two-factor model. Translation issues may explain these results, but no semantic mistake appears after examination of items labels. However, we should note that both items 12 and 14 reflect thoughts processes: to think about being sober, about what could happen due to alcohol use. At the beginning of the follow-up, some patients may not be able to consider these elements. Finally, item 4 refers to drinking habits that may not be that frequent for patients in this sample.

To be consistent with past studies we used the same labels to designate factors: Inclined/Indulgent, Obsessed/Compelled, Resolved/Regulated, Approach, and Avoidance. However, we would like to highlight a potential confound between Inclined/Indulgent and Obsessed/Compelled labels. Obsessed/Compelled factor includes items evoking a strong and oppressive desire to drink, the classical description of craving phenomenon (e.g., item 6 “My desire to drink seemed overwhelming”) whereas Inclined/Indulgent factor gathers items describing a mild, subtler, urge to drink generally conditioned by social context (e.g., item 4, “I would have accepted a drink if one had been offered”). We think that original labels do not sufficiently support this distinction in terms of intensity and context. Therefore, we may recommend consideration for a rewording (e.g., “Inclined by craving” for “Obsessed/Compelled” and “Inclined by context” for “Inclined/Indulgent”).

Practical significance of an approach inclination divided into two separate subscales (i.e., O/C and I/I factors) remains open to debate. From a statistical point of view, both final models appear relatively close. However, examination of the predictive validity of subscales brings additional arguments. Indeed, Obsessed/Compelled and Inclined/Indulgent factors have distinct roles in the prediction of both baseline and follow-up AUDIT measures, and by extension, levels of alcohol use. As such, as these two factors designate two distinct phenomena that would be worth measured relating to substance consumption and substance treatment outcomes, these results stand for a more complex, more detailed, three-factor structure of the questionnaire.

In accordance with past findings, a stronger relationship between avoidance and approach inclinations would have been expected among patients currently in care, but it is not the case here (Klein et al., 2007). As noted by McEvoy et al. (2004), articulation between craving dimensions may vary according to intensity of alcohol use. Therefore, if for recreational drinkers coactivation of both inclinations occurs at low levels of use, in our clinical sample, only mild and strong approach inclinations seem to be directly linked to drinking behavior. Furthermore, relationship between baseline level of I/I factor and level of alcohol use severity after six month of treatment was even stronger. We suggest that, as treatment may help reducing the more intense expressions of craving (i.e., O/C factor) related to a higher level of alcohol use severity in the beginning of treatment, patients’ inclination to drink become more closely linked to contextual and social cues.

Previous data from the literature provide evidence that craving is a significant predictor of alcohol treatment outcomes: relapse rate, ongoing- and post-treatment drinking frequencies and amounts (Bottlender & Soyka, 2004; Connolly et al., 2013; Garbutt et al., 2009; Oslin et al., 2009). Regarding current results, we could have expected a more important impact of craving on the prediction of alcohol use as measured with AUDIT score. Indeed, the I/I, O/C and R/R factors only explained 25% of the variance in baseline AUDIT score and 13% of the variance in follow-up AUDIT score. The same trend is observed in the two-factor structure (i.e., 19% and 14% of the variance, respectively). In one hand, these results are not so surprising as previous work showed that baseline levels of craving and alcohol consumption were becoming less closely associated over time (S. Allen, Bade, Hatsukami, & Center, 2008; Connolly et al., 2013; Oslin et al., 2009). On the other hand, a significant number of studies stated that craving was sometimes performing rather poorly in such predictive models (Ahmadi et al., 2009; Zhou et al., 2009). Craving therefore appears to be one of the many variables that can impact post-treatment alcohol consumption. Furthermore, we may suggest that craving becomes a significant predictor of alcohol-related clinical outcomes only under specific conditions (e.g., treatment settings, trajectories of alcohol or drug use, motivation to treatment, etc.).

Approach inclination to drink is viewed as an unconscious automatic process (Breiner et al., 1999; Robinson & Berridge, 2003), whereas avoidance inclination development is conceived as a conscious process linked to the will to quit or to control drinking behavior, following experience of negative consequences (Breiner et al., 1999; Lee, Cho, & Lee, 2014; Wiers et al., 2007). In our sample, if approach inclination (i.e., Approach, I/I and O/C factors) is directly linked with level of alcohol problems, it can be assumed that avoidance inclination is more associated with regulation strategies of drinking behavior (e.g., initiating a treatment), without having a direct and observable effect on alcohol use. To go further, there is evidence that avoidance inclination may moderate effects of approach inclination on drinking behavior, especially during initiation of treatment (Schlauch et al., 2013). Moreover, conflict between high level of approach (I/I, O/C, or Approach factors) and avoidance (R/R or Avoidance factors) inclinations may lead to ambivalence, an unstable state regarding motivation to use or not to use alcohol, expressed by patients during initiation of treatment. Maintaining at the same

time these two opposite inclinations is a resource-consuming process letting patients at risk for relapse (Schlauch, Christensen, Derrick, Crane, & Collins, 2015).

Specific motivational interventions should then be offered to ambivalent patients to reduce their approach inclination rather than enhance avoidance inclination, especially during the beginning of the treatment. Indeed, Spruyt et al. (2013) noticed that relapse rates were higher among people with high avoidance inclination. It is suggested that persistent restrictive and/or avoiding strategies would be detrimental for individuals as they may not be able to manage underlying, for instance, emotional conflicts associated with alcohol use (Schlauch et al., 2015; Spruyt et al., 2013). Moreover, previous data highlighted that patients who remained abstinent had higher scores on R/R factor and lower scores on I/I and O/C factors than those who relapsed (Stritzke, Mcevoy, Wheat, Dyer, & French, 2007; Vollstadt-Klein, Loeber, von der Goltz, Mann, & Kiefer, 2009). Then, high avoidance inclination may be detrimental to the patient when accompanied by high approach inclination. Therefore, motivational restructuring of approach inclination may be preferable than a pure avoiding strategy.

This study has its own limits. A pre-test of the translated questionnaire would have been interesting to avoid any potential semantic ambiguities. Moreover, even if fit indices indicate a rather good fit of our final models, improvement is still conceivable. Furthermore, due to clerical error during the translation process, AAAQ items order was not the same than in the original measure. Here, items are presented in an order based on subscales (e.g., all O/C items altogether, etc.). This set-up can have a significant influence on global factor structure (Weinberger, Darkes, Del Boca, Greenbaum, & Goldman, 2006). Results here presented are answers from participants who agreed to take part in the larger study (i.e., Project DECA) alongside their follow-up. These individuals may be more motivated to change their consumption. Another limit, common to every self-report measures of craving, is the fact that presenting items about craving could elicit or increase this phenomenon. Last, more researches are still needed to extensively assess other psychometric properties of this version of the AAAQ (e.g., external validity, concurrent validity, etc.) and its association with future treatment outcomes.

To conclude, the French version of the AAAQ designed during this study appears to be appropriate as a quick and effective measure of craving—defined as motivational tendencies toward alcohol—of problematic alcohol users received in an outpatient addiction treatment setting in France. Administration of such scale to outpatients is consistent with a clear fair number of other studies previously examining the AAAQ properties. Moreover, the scale could be relevant when studying alcohol-related and other treatment outcomes clinically salient (e.g., self-efficacy, psychosocial functioning, social support, quality of life, etc. Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, and Jackson, 2012). Finally, identification of three components of craving could be significant to better understand patients' profile and experience regarding craving of alcohol at the beginning of the treatment, but also their evolution during follow-up, and interventions efficacy.

Funding

No funding was received for this study.

Ethical approval

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in this study.

Conflict of Interest

Vincent Wagner, Didier Acier and Jean-Eric Dietlin declare that they have no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the staff of the Beauséjour Addiction Care, Support and Prevention Center for their time, information and assistance during this research and its parent study (Project DECA). We would like to thank as well outpatients who agreed to participate.

References

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment. *American Journal on Addictions*, 18(1), 81–86. <https://doi.org/10.1080/10550490802545174>
- Allen, S., Bade, T., Hatsukami, D., & Center, B. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(1), 35–45. <https://doi.org/10.1080/14622200701705076>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 47–54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Anton, R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(3), 165–173.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. (2nd edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Borsboom, D. (2006). When Does Measurement Invariance Matter?: *Medical Care*, 44(Suppl 3), S176–S181. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245143.08679.cc>
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 39(4), 357–361. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh073>
- Breiner, M. J., Stritzke, W. G., & Lang, A. R. (1999). Approaching avoidance. A step essential to the understanding of craving. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(3), 197–206.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, Second Edition (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Connolly, J. M., Kavanagh, D. J., Baker, A. L., Kay-Lambkin, F. J., Lewin, T. J., Davis, P. J., & Quek, L.-H. (2013). Craving as a predictor of treatment outcomes in heavy drinkers with comorbid depressed mood. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1585–1592. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.003>
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction*, 110(6), 1035–1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics (4th edition)*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Flannery, B. A., Poole, S. A., Gallop, R. J., & Volpicelli, J. R. (2003). Alcohol craving predicts drinking during treatment: an analysis of three assessment instruments. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(1), 120–126.

- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001–2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- Garbutt, J. C., Osborne, M., Gallop, R., Barkenbus, J., Grace, K., Cody, M., ... Kampov-Polevoy, A. B. (2009). Sweet Liking Phenotype, Alcohol Craving and Response to Naltrexone Treatment in Alcohol Dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 293–300. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn122>
- Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Alcohol-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, ckt015. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kavanagh, D. J., Statham, D. J., Feeney, G. F. X., Young, R. M., May, J., Andrade, J., & Connor, J. P. (2013). Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1572–1584. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.004>
- Klein, A. A., & Anker, J. J. (2013). A Psychometric Evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire Among Alcohol-Dependent Patients Attending Residential Treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 205–214. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9322-5>
- Klein, A. A., Stasiewicz, P. R., Koutsky, J. R., Bradizza, C. M., & Coffey, S. F. (2007). A Psychometric Evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in Alcohol Dependent Outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 231–240. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9044-2>
- Lee, S., Cho, S., & Lee, J.-H. (2014). Approach–avoidance pattern of visual attention in hazardous drinkers with ambivalence. *Addictive Behaviors*, 39(3), 669–676. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.12.001>
- Malet, L., Reynaud, M., Llorca, P.-M., Chakroun, N., Blanc, O., & Falissard, B. (2009). Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.006>
- Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Callea, A., Di Giannantonio, M., & Janiri, L. (2013). Craving Typology Questionnaire (CTQ): A scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 925–932. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.023>
- Maruyama, G. M. (1997). *Basics of Structural Equation Modeling* (1st Ed). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. J., Feeney, G. F. X., Gullo, M. J., Statham, D. J., ... Connor, J. P. (2014). The Craving Experience Questionnaire: a brief, theory-based measure of consummatory desire and craving: CEQ: Craving Experience Questionnaire. *Addiction*, 109(5), 728–735. <https://doi.org/10.1111/add.12472>
- McEvoy, P. M., Stritzke, W. G. K., French, D. J., Lang, A. R., & Ketterman, R. (2004). Comparison of three models of alcohol craving in young adults: a cross-validation. *Addiction*, 99(4), 482–497. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00714.x>

- Morgenstern, M., DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., & Hanewinkel, R. (2016). Relationship between early symptoms of alcohol craving and binge drinking 2.5 years later. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.008>
- Oslin, D. W., Cary, M., Slaymaker, V., Colleran, C., & Blow, F. C. (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(3), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.009>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519–534. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.002>
- Rubin, D. B. (1986). Basic ideas of multiple imputation for nonresponse. *Survey Methodology*, 12(1), 37–47.
- Sayette, M. A., Shiffman, S., Tiffany, S. T., Niaura, R. S., Martin, C. S., & Shadel, W. G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction (Abingdon, England)*, 95 Suppl 2, S189–210.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23–74.
- Schlauch, R. C., Christensen, R. L., Derrick, J. L., Crane, C. A., & Collins, R. L. (2015). Individual Differences in Approach and Avoidance Inclinations Moderate the Effect of Self-Control Depletion on Ad-Lib Drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2480–2488. <https://doi.org/10.1111/acer.12915>
- Schlauch, R. C., Levitt, A., Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., Lucke, J. F., Maisto, S. A., ... Connors, G. J. (2013). Alcohol craving in patients diagnosed with a severe mental illness and alcohol use disorder: Bidirectional relationships between approach and avoidance inclinations and drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1087–1099. <https://doi.org/10.1037/a0033914>
- Schlauch, R. C., Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., & Gudleski, G. D. (2012). Relationship between approach and avoidance inclinations to use alcohol and treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 37(7), 824–830. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.010>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Spruyt, A., De Houwer, J., Tibboel, H., Verschuere, B., Crombez, G., Verbanck, P., ... Noël, X. (2013). On the predictive validity of automatically activated approach/avoidance tendencies in abstaining alcohol-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1–3), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.019>
- Statham, D. J., Connor, J. P., Kavanagh, D. J., Feeney, G. F. X., Young, R. M. D., May, J., & Andrade, J. (2011). Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire: Alcohol craving experience questionnaire: ACE. *Addiction*, 106(7), 1230–1238. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03442.x>

- Stritzke, W., Mcevoy, P. M., Wheat, L. R., Dyer, K. R., & French, D. (2007). The Yin and Yang of Indulgence and Restraint: the ambivalence model of craving. In W. O. Paul (Ed.), *Motivation of Health Behavior* (pp. 31–47). United States: Nova Science Publishers Inc. Retrieved from [http://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/the-yin-and-yang-of-indulgence-and-restraint-the-ambivalence-model-of-craving\(9d3b93f4-62fd-468d-b52f-8dbc0cff3665\).html](http://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/the-yin-and-yang-of-indulgence-and-restraint-the-ambivalence-model-of-craving(9d3b93f4-62fd-468d-b52f-8dbc0cff3665).html)
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders: Beyond drug use. *Addiction*, 107(4), 709–718. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x>
- Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving: Tiffany & Wray. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- Vollstädt-Klein, S., Leménager, T., Jorde, A., Kiefer, F., & Nakovics, H. (2015). Development and Validation of the Craving Automated Scale for Alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(2), 333–342. <https://doi.org/10.1111/acer.12636>
- Vollstadt-Klein, S., Loeber, S., von der Goltz, C., Mann, K., & Kiefer, F. (2009). Avoidance of Alcohol-Related Stimuli Increases During the Early Stage of Abstinence in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 458–463. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn056>
- Weinberger, A. H., Darkes, J., Del Boca, F. K., Greenbaum, P. E., & Goldman, M. S. (2006). Items as Context: Effects of Item Order and Ambiguity on Factor Structure. *Basic and Applied Social Psychology*, 28(1), 17–26. https://doi.org/10.1207/s15324834basp2801_2
- Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C. M. E., Sher, K. J., ... Stacy, A. W. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 86(2), 263–283. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2006.09.021>
- Yoon, G., Kim, S. W., Thuras, P., Grant, J. E., & Westermeyer, J. (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: rate and clinical correlates. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5), 770–777.
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365–373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

Annexe 7 : Article de validation francophone de la SOCRATES

Auteurs de l'article : Vincent Wagner, Didier Acier, et Jean-Eric Dietlin

Statut de l'article : Soumis au *Journal of Individual Differences*

Contribution personnelle : Nous avons personnellement participé à la saisie des réponses des participants au sein de la base de données. Nous avons été responsables de la conception de l'axe de recherche décrit dans cet article, de la revue de la littérature, de l'élaboration et de la conduite des analyses statistiques, ainsi que de l'interprétation des résultats. Nous avons intégralement rédigé l'article en langue anglaise, version préliminaire ultérieurement révisée par les deux coauteurs.

Résumé

Objectifs : La motivation au changement est un concept utile lorsque l'on cherche à mieux expliquer l'engagement dans la prise en charge, les résultats de cette dernière, et que l'on vise à proposer les interventions les plus adaptées aux besoins des patients. L'objectif principal de cette recherche a été d'évaluer la structure factorielle d'une traduction française de la *Stages of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale* (SOCRATES), au sein d'une population de consommateurs problématiques d'alcool recevant un soin ambulatoire.

Méthode : L'échantillon de cette étude comporte 152 patients suivis au sein du Centre X, un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie, situé en France. La SOCRATES-8A a été traduite en français, puis rétrotraduite en anglais.

Résultats : Une analyse factorielle confirmatoire a montré qu'une structure comprenant deux facteurs corrélés et 13 items avait la meilleure adéquation avec les données de notre échantillon. Le premier facteur inclut des items concernant à la fois la reconnaissance des problèmes liés à l'alcool, le besoin de soin, et l'ambivalence à cet égard. Le second facteur réunit un ensemble d'items relatifs aux intentions et aux actions en direction du changement. La distinction, issue de la littérature, entre les facteurs relatifs à la reconnaissance des difficultés et à l'ambivalence ne semble ici pas remarquable. Cela joue en faveur d'un unique facteur couvrant ces deux notions.

Conclusions : La traduction française, comprenant deux facteurs, de la SOCRATES-8A semble être un outil approprié pour mesurer la motivation au changement au sein des patients en soins ambulatoires pour une problématique liée à l'alcool.

Mots-clés : usage problématique d'alcool ; patients en soins ambulatoires ; *Stages of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale* (SOCRATES) ; motivation au changement ; analyse factorielle

Factor structure of the French version of the Stage of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale (SOCRATES) in an outpatient sample of problematic alcohol users

Abstract

Aims: Motivation to change is a useful concept when one seeks to better understand problematic alcohol use treatment adherence and outcomes, as well as to tailor the best fitted specialized interventions. The main purpose of this research was to evaluate the factor structure of a French version of the *Stages of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale* (SOCRATES) in an outpatient population of problematic alcohol users.

Methods: The sample of this study includes 152 patients followed-up in the Center X, an outpatient alcohol-specialized treatment center in France. The SOCRATES-8A was translated in French, then back-translated to English.

Findings: A confirmatory factor analysis showed that a 13-item two-correlated-factor structure provided the best fit for the data of our sample. The first factor includes items about both recognition of alcohol use problems, need for care and ambivalence. The second factor gathers a set of undertaken actions or intentions of change. Initial distinction between recognition of problems and ambivalence is not obvious in our data, which acts in favor of a unique factor including the two notions.

Conclusions: The two-factor French version of the SOCRATES-8A appears to be an appropriate tool to assess motivation to change in French-speaking outpatients with a problematic alcohol use.

Keywords: problematic alcohol use, outpatients, Stage of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale (SOCRATES), motivation to change, factor analysis

Introduction

Motivation to change is a useful construct when one is looking to better understand adherence and future outcomes of a treatment for problematic alcohol use (Adamson et al., 2009; Collins, Malone, & Larimer, 2012; Project MATCH Research Group, 1998) and to tailor specialized interventions (Bertholet, Cheng, Palfai, Samet, & Saitz, 2009). This concept refers to a complex multidimensional and dynamic process describing the propensity for an individual to engage in different strategies of behavioral and psychological changes (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2007; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Furthermore, it fits into the conceptual field of the *Trans-Theoretical Model* (TTM) and the five stages of change (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Prochaska et al., 1992).

Partly based on the *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983), Miller and Tonigan (1996) designed a tool whose purpose is to assess change readiness and treatment eagerness in problematic alcohol drinkers: the *Stages of Change-Readiness and Treatment-Eagerness Scale* (SOCRATES). A first version with 32 items was created. During the psychometric testing phase, a three-factor structure emerged: Recognition, Ambivalence and Taking steps. The last version to date—SOCRATES-8A—includes 19 items with a two-factor structure.

Several studies found the same three-factor structure (Chun, Cho, & Shin, 2010; Demmel, Beck, Richter, & Reker, 2004; Vik, Culbertson, & Sellers, 2000; Yeh, 2009; Zullino et al., 2007). However, a number of researches showed that a two-factor structure would be preferable for theoretical reasons and as it presented a better statistical fit (Bertholet, Dukes, et al., 2009; Burrow-Sanchez & Lundberg, 2007; Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2005; Maisto et al., 1999). Moreover, this scale was used in a wide range of populations and settings: clinical samples in addiction-specialized treatment centers, patients in primary care or general medicine health centers, adolescents, students, etc. (Abiola, Udofia, Sheikh, & Sanni, 2015; Bertholet, Cheng, et al., 2009; Hodgins, 2001; Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003; Matwin & Chang, 2011; Prendergast, Greenwell, Farabee, & Hser, 2009; Vijay, Bazazi, Yee, Kamarulzaman, & Altice, 2015; Vik et al., 2000). Non-English versions were created too and at least partially validated (Chun et al., 2010; Demmel et al., 2004; Fauziah et al., 2010; Figlie et al., 2005; Parvizifard, Ahmad, Baba, & Sulaiman, 2012; Yeh, 2009; Zullino et al., 2007).

In a French-speaking population, Csillik and Petot (2012) highlighted the poor frequency of assessment of motivation to change in healthcare facilities in France. They linked this fact to a lack of appropriate tools validated in French. Before them, Zullino et al. (2007) undertook an exploration of the SOCRATES structure in a sample of patients with problematic use of various drugs in the French-speaking part of Switzerland. While their work supports the internal validity of the SOCRATES, some limitations remain. Indeed, this study only included four subsamples of limited size, with participants with mixed drug uses—at the exception of alcohol use—and from different settings. No confirmatory factor analysis was done either. Therefore, to address these shortcomings the aim of the present study is the in-depth evaluation of a new French version of the SOCRATES in a sample of outpatients with alcohol use problems.

Methods

Setting

The present research is part of a larger study (i.e. Project DECA – n°2014-A00717-40 – “Assessment of change at six-month follow-up of patients in an alcohol outpatient treatment facility”) which took place in Center X, an outpatient treatment center in France. Inclusion criteria were: (i) adult, (ii) problematic alcohol use as main issue, (iii) first visit to the Center, (iv) good knowledge of spoken and written French, (v) has given informed consent. Exclusion criteria were: (i) problematic drug use as main issue, (ii) protected adult, (iii) higher cognitive functions disorder, (iv) mental disorder. At their first appointment, patients were informed about the study and were proposed to participate if local stakeholders deemed their inclusion appropriate (e.g., alcohol use is the only significant issue for the patient versus a demand for mixed alcohol and drug use problems). The procedure consisted in several questionnaires to fill.

The Protection to Persons Committee OUEST IV – Nantes gave its favorable opinion on the research protocol the November 4th 2014 (OR/BB CPP N°883/2014). This study was also declared to the French Data Protection Authority (CNIL, declaration receipt n°1775023).

Participants

Between November 2014 and January 2016, 152 patients gave their written informed consent to participate. The mean age of the sample is 45.12 years ($SD = 11.22$). 74.3% were men ($n = 113$), 65.2% were employees or workers, and almost the same number of participants received at least 12 years of education (51.3%) than those who did not (48.7%). At the beginning of the follow-up, 36.8% of the sample stated that they use alcohol every day. The mean score at the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) was 21.5 ($SD = 8.08$), a score well above the cut-off score of 7 indicating a problematic use of alcohol (Gache et al., 2005).

Measures

We used participants' answers to (i) a clinical summary sheet gathering several sociodemographic data, (ii) a French version of the 19-items SOCRATES-8A (Miller & Tonigan, 1996) (iii) the AUDIT, an screening instrument for alcohol use and related risks (Babor et al., 2001; Gache et al., 2005). The AUDIT includes 10 items which can be summed together to obtain a global score ranging from 0 to 40.

Process of translation of the SOCRATES-8A

The original scale was translated by three members of the research team. Each iteration was discussed as long as there wasn't an agreement between team members. Respect of the original meaning of labels was an important rule. A common version was then revised by an external bilingual person and was back-translated in English. Table 1 shows original and translated items labels from the SOCRATES.

Statistical analysis

To analyze data in the best conditions, missing data on the SOCRATES were handled with multiple imputation (Rubin, 1986). As the literature on the SOCRATES is already quite extensive, we decided to focus on the in-depth exploration of the factor structure with a confirmatory factor analysis (CFA). Our analysis used two- and three-factor models respectively from Maisto et al. (1999) and Miller and Tonigan (1996). The purpose of this CFA is to assess which model has the best fit in our data.

Quality of models were assessed with various indices (Hu & Bentler, 1999; Schreiber et al., 2006): (i) a chi-squared over degrees of freedom ratio (χ^2/df) less than 2, (ii) a comparative fit index (CFI) more than .95, (iii) a Tucker-Lewis index (TLI) more than .95, (iv) a standardized root-mean-square-residual (SRMR) less than 0.08 and (v) a root-mean-square error of approximation (RMSEA) less than 0.06 (with a 90% confidence interval between .06 and .08), and (vi) an Akaike information criterion (AIC) close to 0. Cronbach's α coefficients were used to evaluate reliability of factors and Pearson's correlations to assess intra- and inter-factors relationships.

Table 1

Original and translated items labels from the SOCRATES-8A

Items	Original English labels	Translated French labels
1	I really want to make changes in my drinking	J'ai vraiment envie de changer ma consommation d'alcool
2	Sometimes I wonder if I am an alcoholic	Parfois, je me demande si je suis alcoolique
3	If I don't change my drinking soon, my problems are going to get worse	Si je ne change pas ma consommation d'alcool rapidement, mes problèmes vont s'aggraver
4	I have already started making some changes in my drinking	J'ai déjà commencé à modifier un peu ma consommation d'alcool
5	I was drinking too much at one time, but I've managed to change my drinking	Je buvais trop pendant une période, mais j'ai réussi à réduire ma consommation d'alcool
6	Sometimes I wonder if my drinking is hurting other people	Parfois, je me demande si ma consommation d'alcool peut nuire à d'autres personnes
7	I am a problem drinker	Ma consommation d'alcool est problématique
8	I'm not just thinking about changing my drinking, I'm already doing something about it	Je ne pense pas seulement à modifier ma consommation d'alcool, j'agis déjà pour le faire
9	I have already changed my drinking, and I am looking for ways to keep from slipping back to my old pattern	J'ai déjà modifié ma consommation d'alcool et je cherche des moyens pour ne pas retrouver mes anciennes habitudes
10	I have serious problems with drinking	J'ai de sérieux problèmes par rapport à ma consommation d'alcool
11	Sometimes I wonder if I am in control of my drinking	Parfois je me demande si je contrôle ma consommation d'alcool
12	My drinking is causing a lot of harm	Ma consommation d'alcool cause beaucoup de souffrances
13	I am actively doing things now to cut down or stop drinking	J'essaie activement de réduire ou de cesser de boire
14	I want help to keep from going back to the drinking problems that I had before	Je veux de l'aide pour éviter d'avoir les mêmes problèmes d'alcool qu'avant

15	I know that I have a drinking problem	Je sais que j'ai un problème avec l'alcool
16	There are times when I wonder if I drink too much	Parfois, je demande si je bois trop
17	I am an alcoholic	Je suis alcoolique
18	I am working hard to change my drinking	Je travaille dur pour changer ma consommation d'alcool
19	I have made some changes in my drinking, and I want some help to keep from going back to the way I used to drink	J'ai fait quelques changements dans ma façon de boire, et j'aimerais un peu d'aide pour éviter de revenir à mes anciennes habitudes

Results

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Both factor structures were assessed using a CFA (via maximum likelihood). According to previous research, factors were set to be correlated (Figlie et al., 2005; Maisto et al., 1999). The chi-squared of the two-factor model was 207.77 ($df = 89$, $p < .001$). Indices of fit were: $\chi^2/df = 2.33$; CFI = .884; TLI = .863; SRMR = .071; RMSEA (90% CI) = .095 (.078-.111) and AIC = 269.77. The three-factor model did not have a better fit [$\chi^2 (149) = 518.42$, $\chi^2/df = 3.48$, CFI = .744; TLI = .706; SRMR = .133; RMSEA (90% CI) = .129 (.117-.141) and AIC = 600.42]. Although these indices suggest a better fit for the two-factor model, they highlight a not so good fit between models and the data.

We checked standardized covariances of residuals for values exceeding 2.58, as well as low values among standardized regression weights and square multiple correlations in both models (Byrne, 2009; Hair et al., 2009). In the two-factor model, two standardized regression weights were lower than the recommended value of .50, concerning items 6 and 11 that we then chose to remove. Concerning the three-factor model, on the 190 standardized residual covariances, 12 exceeded the absolute value of 2.58 and involved item 14. Therefore, we removed this item. Moreover, we excluded item 6 because of its low standardized regression weight. We then re-ran the CFA on these corrected models.

Indices of fit for the corrected three-factor model were: $\chi^2 (117) = 306.33$; $\chi^2/df = 2.62$; CFI = .847; TLI = .822; SRMR = .086; RMSEA (90% CI) = .104 (.090-.119) and AIC = 378.33. The chi-square of the corrected two-factor model was 148.36 ($df = 64$; $p < .001$) and indices of fit were the following: $\chi^2/df = 2.32$, CFI = .910; TLI = .890; SRMR = .066; RMSEA (90% CI) = .094

(.074–.114) and AIC = 202.36. These results indicate a better fit of the two-factor model on our data. Even if the fit is better, it remains less than excellent. Final results from the CFA on corrected models are presented in Table 2.

Table 2

CFA with standardized regression weights modeled on the corrected three-factor model from Miller and Tonigan (1996) and the corrected two-factor model from Maisto et al. (1999) on the French-translated version of the SOCRATES-8A

Items	Corrected models				
	Miller and Tonigan (1996)			Maisto et al. (1999)	
	Factor 1: Recognition	Factor 2: Taking steps	Factor 3: Ambivalence	Factor 1: AMREC	Factor 2: Taking steps
1	.571***			-	-
3	.719***			.676***	
7	.826***			.790***	
10	.736***			.747***	
12	.575***			.572***	
15	.810***			.837***	
17	.766***			.823***	
4		.793***			.814***
5		.606***			.629***
8		.653***			.667***
9		.793***			.787***
13		.789***			.769***
14		removed		-	-
18		.720***			.700***
19		.531***		-	-
2			.590***	.567***	
6			removed		removed
11			.647***		removed
16			.827***	-	-

Note. Items 1, 14, 16 and 19 were not retained in Maisto et al.'s (1999) original model. Items 6 and 14 were removed in the current corrected model from Miller and Tonigan (1996) and items 6 and 11 were removed from the corrected model from Maisto et al. (1999).

*** $p < .001$

Reliability and items analysis of the models

In the corrected two-factor model, Cronbach's α for Factor 1 (AMREC) and Factor 2 (Taking steps) are .87, which show high reliability. All item-total correlations are over .50. For the corrected three-factor model, Cronbach's α for Factor 1 (Recognition), Factor 2 (Taking steps) and Factor 3 (Ambivalence) are respectively .87, .87, and .70. All item-total correlations are over .40

Intra- and inter-factor correlations

Concerning the corrected two-factor model, a low positive correlation exists between AMREC and Taking steps factors ($r = .18, p < .05$). In the corrected three-factor model, a strong positive correlation is present between Recognition and Ambivalence factors ($r = .63, p < .001$). A low positive relationship exists as well between Recognition and Taking steps factors ($r = .22, p < .01$). However, no significant association was found between Taking steps and Ambivalence factors.

Significant relationships were observed between factors from both models. Strong positive correlations exist between AMREC and Recognition factors: $r = .98, p < .001$, and between both Taking steps factors ($r = .99, p < .001$). AMREC factor is also associated with Ambivalence factor ($r = .70, p < .001$). Weaker relationships are present between Recognition and Maisto et al.'s (1999) Taking steps factors ($r = .19, p < .05$), as well as between Miller and Tonigan's (1996) Taking steps and AMREC factors ($r = .21, p < .05$). No significant relationship was found between Ambivalence and Maisto et al.'s (1999) Taking steps factors.

Discussion

The aim of this study was to further explore the factor structure of a French-translated SOCRATES-8A in a clinical sample of problematic alcohol users followed-up in an alcohol outpatient treatment center in France. We sought to investigate which of the two- or three-factor models commonly found in the literature could best fit the data. Our results indicate that a corrected 13-item two-model factor provide the best fit. As such, retrieving this structure is consistent with previous findings from the literature (Bertholet, Dukes, et al., 2009; Burrow-Sanchez & Lundberg, 2007; Figlie et al., 2005).

Surprisingly, our data contradict results from Zullino et al. (2007) on their own Swiss-French-translated version of the SOCRATES. These authors indeed found a 19-item factor structure almost similar to the one proposed by Miller and Tonigan (1996). Such discrepancies may be linked to the procedure (i.e., a single principal component analysis versus a confirmatory factor analysis), differences in substance use or care settings, the process of translation, or even cultural differences between France and French-speaking part of Switzerland. While the most part of the two translated versions are similar, we noticed

differences in the wording of at least four items between Zullino et al.'s (2007) translation and ours that could be significant. For instance, the word 'harm' of the item 12 was translated "*souffrances*" in our translation, whereas "*dégâts*" was used in Zullino et al. (2007). The word "*souffrances*" focuses more on the psychological aspect of the problematic alcohol use versus considering the full set of adverse effects causing harm. A contrario, "*dégâts*" could evoke indifferently several types of harm (i.e., psychological and physical aspects).

Even if we found that a two-factor structure provided the best fit, two elements need to be considered. First, fit indices of the corrected model are good, but far from excellent. Indeed, none of them reach the designated cut-offs. Second, during the analysis two items were removed. As Maisto et al.'s (1999) model only includes 15 items from the 19 composing the initial version of the SOCRATES, our results highlighted a 13-item translated version of this tool. In our results, items that were included in the Ambivalence factor of Miller and Tonigan's (1996) model were not even part of the corrected two-factor structure, except for item 2 which loads on AMREC factor. Otherwise, the global factor structure is similar to the one from Maisto et al. (1999).

It is noteworthy that if in the literature, the Taking steps factor appears rather consistent across studies, it is not the case for Ambivalence/Recognition/AMREC factors. In some research, items about ambivalence and recognition of the trouble can be merged in one factor, constituting for example the AMREC factor of Maisto et al.'s (1999) model. In other studies, they can clearly be distinguished. In our results, the Ambivalence factor appears to be the less reliable of the five factors, with a Cronbach's α of .7 when others factors coefficients are over .86. Therefore, one could think that items referring to Ambivalence are not appropriate and/or well-translated. This could also highlight that Ambivalence is a notion difficult to assess accurately.

The fact that the two-factor structure did not separate items mentioning recognition of problems from those about ambivalence could highlight different dynamics in readiness to change. Such dynamics could then be impacted by several variables: types of substance use, involvement in care, insight abilities, settings, and other personal, environmental or institutional variables. We could also state that our sample is heterogeneous concerning the alcohol use and need to care. For instance, those who are in treatment as asked by their

relatives could be more sensitive to the social desirability bias when filling items about recognition and ambivalence (e.g., item 1). Finally, as a tool, the SOCRATES may be able to highlight a complex phenomenon of perception of substance use problems. This could help explaining changes in factor structures observed across studies.

This study has limits. A pre-test of the translated questionnaire would have been interesting to avoid any semantic ambiguities. In addition, a more consequent sample would have been beneficial for the statistical analysis. Moreover, results are answers from participants who accepted to take part in the Project DECA larger research, alongside their follow-up. These individuals may be more motivated to change their consumption. Additional researches are therefore needed to assess extensively psychometric properties of this version of the SOCRATES (e.g., external validity, concurrent validity, semantic bias, etc.) and its association with future treatment outcomes.

To conclude, the French version of the SOCRATES-8A designed during this study may be a quick and effective measure of readiness to change of problematic alcohol users in French clinical settings. Moreover, this tool provides an interesting insight on the readiness to change concept complexity. Identification of two slightly correlated factors could be relevant to better understand patients' evolution during follow-up, as well as outcomes.

Declaration of Interest Statement

All authors declare that they have no conflicts of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the staff of the ACSPC Beauséjour for their time, information and assistance during this research and its parent study (Project DECA). We would like to thank as well outpatients who agreed to participate.

References

Abiola, T., Udofia, O., Sheikh, T. L., & Sanni, K. (2015). Assessing change readiness and treatment eagerness among psychoactive substance users in Northern Nigeria. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 72–77. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.012>

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75–86. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2007). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (1st edition). New York: The Guilford Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. (2nd edition). Geneva: World Health Organization.
- Bertholet, N., Cheng, D. M., Palfai, T. P., Samet, J. H., & Saitz, R. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviors*, 34(8), 636–640. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.034>
- Bertholet, N., Dukes, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A., & Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 568–572. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.013>
- Burrow-Sanchez, J. J., & Lundberg, K. J. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 32(1), 199–204. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.039>
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd edition). New York: Routledge.
- Chun, Y.-M., Cho, S.-M., & Shin, S.-M. (2010). Factor structure of a Korean-language version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in a clinical sample of clients with alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 555–562. <http://doi.org/10.1037/a0021492>
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors*, 37(8), 931–939. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.029>
- Csillik, A. S., & Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 331–341. <http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133–138. <http://doi.org/10.1159/000077702>
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103–119. <http://doi.org/10.1080/10550490490435777>
- Fauziah, I., Arifin, Z., Wan Shahra, W. S., Lukman, Z. M., Roseliza M, A. R., Zainah, A. Z., & Siti Fatih, G. (2010). Measuring motivational readiness for change among drug addicts in Malaysia: A descriptive analysis. *The Social Sciences*, 5(5), 429–432. <http://doi.org/10.3923/sscience.2010.429.432>
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2005). Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. *Addictive Behaviors*, 30(1), 159–165. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.007>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001–2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th edition). Upper Saddle River: Pearson.
- Hodgins, D. C. (2001). Stages of change assessments in alcohol problems: Agreement across self- and clinician-reports. *Substance Abuse*, 22(2), 87–96. <http://doi.org/10.1023/A:1012668410216>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <http://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 98–107. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.17.2.98>
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., O'Connor, M., & Kelley, M. E. (1999). Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients. *Addictive Behaviors*, 24(6), 879–892. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00047-7](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00047-7)
- Matwin, S., & Chang, G. (2011). Readiness to change and risk drinking women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 230–240. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.004>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368–375. <http://doi.org/10.1037/h0090198>
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Parvizifard, A., Ahmad, H. J. B. H., Baba, M. B., & Sulaiman, T. (2012). Psychometric properties of the Iranian version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2). <http://doi.org/10.5539/ijps.v4n2p246>
- Prendergast, M., Greenwell, L., Farabee, D., & Hser, Y.-I. (2009). Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(2), 159–176. <http://doi.org/10.1007/s11414-008-9117-3>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 22(6), 1300–1311. <http://doi.org/10.1097/00000374-199809000-00016>
- Rubin, D. B. (1986). Basic ideas of multiple imputation for nonresponse. *Survey Methodology*, 12(1), 37–47.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <http://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Vijay, A., Bazazi, A. R., Yee, I., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2015). Treatment readiness, attitudes toward, and experiences with methadone and buprenorphine maintenance therapy among people who inject drugs in Malaysia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 29–36. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.014>

- Vik, P. W., Culbertson, K. A., & Sellers, K. (2000). Readiness to change drinking among heavy-drinking college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 674–680.
- Yeh, M.-Y. (2009). A psychometric evaluation of the Chinese version of the stage of change-readiness and treatment-eagerness scale. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2494–2502. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02592.x>
- Zullino, D. F., Krenz, S., Frésard, E., Montagnin, Y., Kolly, S., Chatton, A., ... Broers, B. (2007). Psychometric properties of a French-language version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Addiction Research & Theory*, 15(2), 153–160. <http://doi.org/10.1080/16066350601179514>

Annexe 8 : ZTPI-SF

6

Votre perception du temps

Vous trouverez ci-dessous une liste de propositions. Nous vous demandons de lire chacune d'entre elles attentivement et de répondre en indiquant dans quelle mesure chacune vous correspond ou s'applique à vous. Répondez le plus spontanément et le plus sincèrement possible, vos réponses sont anonymes, et il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse. Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie.

	Non, totale- ment en désaccord	Non, plutôt en désaccord	Ne sais pas, ni en accord, ni en désaccord	Oui, plutôt en accord	Oui, totale- ment en accord
1 - Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	0	1	2	3	4
2 - Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	0	1	2	3	4
3 - Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	0	1	2	3	4
4 - Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	0	1	2	3	4
5 - Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	0	1	2	3	4
6 - Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	0	1	2	3	4
7 - C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	0	1	2	3	4
8 - Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	0	1	2	3	4
9 - Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens, puisque, de toute façon, je ne peux rien y faire.	0	1	2	3	4
10 - Je fais aboutir mes projets à temps, en progressant étape par étape.	0	1	2	3	4
11 - Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	0	1	2	3	4
12 - Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	0	1	2	3	4
13 - Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	0	1	2	3	4
14 - Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	0	1	2	3	4
15 - Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	0	1	2	3	4

Annexe 9 : MOS SF-36

1

Votre état de santé

Les questions qui suivent, portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en **entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, une seule réponse est possible**. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1 - Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
0	1	2	3	4

2 - Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur que l'an dernier	Plutôt meilleur	A peu près pareil	Plutôt moins bon	Beaucoup moins bon
0	1	2	3	4

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours : pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

(Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie : un par ligne)

	Oui, très limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
3 - Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	0	1	2
4 - Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...	0	1	2
5 - Soulever et porter les courses	0	1	2
6 - Monter plusieurs étages par les escaliers	0	1	2
7 - Monter un étage par les escaliers	0	1	2
8 - Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	0	1	2
9 - Marcher plus d'un kilomètre à pied	0	1	2
10 - Marcher plusieurs centaines de mètres	0	1	2
11 - Marcher une centaine de mètres	0	1	2
12 - Prendre un bain, une douche ou s'habiller	0	1	2

Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état physique,

(Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie : un par ligne)

	Oui	Non
13 - Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	0	1
14 - Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	0	1
15 - Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	0	1
16 - Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (par exemple cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	0	1

Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)),

(Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie : un par ligne)

	Oui	Non
17 - Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	0	1
18 - Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	0	1
19 - Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	0	1

2

20 - Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4

21 - Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

Nulle	Très faible	Faible	Moyenne	Grande	Très grande
0	1	2	3	4	5

22 - Au cours des 4 dernières semaines, la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités habituelles ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4

Les questions qui suivent, portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

(Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie : un par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
23 - Vous-vous êtes senti(e) dynamique ?	0	1	2	3	4	5
24 - Vous-vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	0	1	2	3	4	5
25 - Vous-vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	0	1	2	3	4	5
26 - Vous-vous êtes senti(e) calme et détendue ?	0	1	2	3	4	5
27 - Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	0	1	2	3	4	5
28 - Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	0	1	2	3	4	5
29 - Vous-vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	0	1	2	3	4	5
30 - Vous-vous êtes senti(e) heureux(se) ?	0	1	2	3	4	5
31 - Vous-vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	0	1	2	3	4	5

32 - Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
0	1	2	3	4

Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

(Entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie : un par ligne)

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
33 - Je tombe malade plus facilement que les autres	0	1	2	3	4
34 - Je me porte aussi bien que n'importe qui	0	1	2	3	4
35 - Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	0	1	2	3	4
36 - Je suis en excellente santé	0	1	2	3	4

3

État de santé général ressenti

Nous souhaitons savoir dans quelle mesure votre état de santé actuel est, **selon votre opinion**, bon ou mauvais. Pour cela, nous avons tracé une échelle sur laquelle le meilleur état de santé que vous puissiez imaginer est noté 100 et le pire état de santé imaginable est noté 0.

Nous souhaitons que vous indiquiez sur l'échelle à quel point votre état de santé est bon ou mauvais selon vous. Pour cela, placez une flèche partant de la boîte « votre état de santé actuel » jusqu'à un endroit de l'échelle pour indiquer à quel point votre état de santé est bon ou mauvais.

**Votre état de santé
actuel**

Pire état
de santé
imaginable

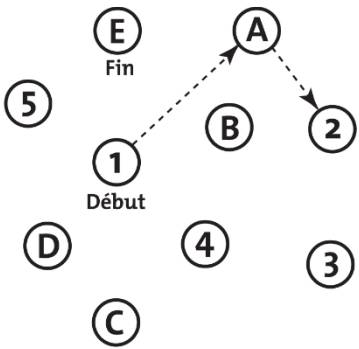
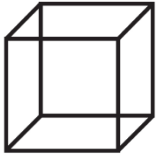
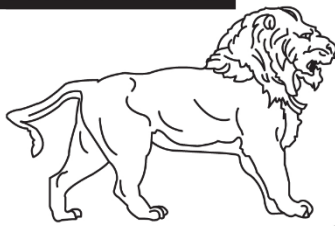
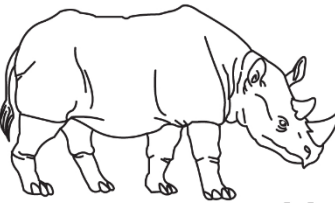
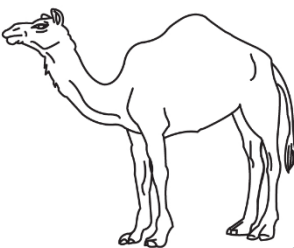
↓

Meilleur état
de santé
imaginable

↓

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Annexe 10 : MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)						NOM :		Date de naissance :									
Version 7.1 FRANÇAIS						Scolarité :		DATE :									
						Sexe :											
VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF  						Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS							
[] []						[] [] []		[] [] []			___/5						
DÉNOMINATION   						[] [] []		___/3									
MÉMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.						VISAGE		VELOURS		ÉGLISE		MARGUERITE		ROUGE		Pas de point	
1 ^{er} essai																	
2 ^{ème} essai																	
ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2						___/2											
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB						___/1											
Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt						___/3											
LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []						___/2											
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] ____ (N≥11 mots)						___/1											
ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle						___/2											
RAPPEL Doit se souvenir des mots SANS INDICES						VISAGE		VELOURS		ÉGLISE		MARGUERITE		ROUGE		Points pour rappel SANS INDICES seulement	___/5
Optionnel						[]		[]		[]		[]					
Indice de catégorie																	
Indice choix multiples																	
ORIENTATION [] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville						___/6											
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30						TOTAL ___/30 Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans											
Administré par : _____																	

Annexe 11 : Items originaux et traduits du BTI

Format original et traduit en français des items du Barriers to Treatment Inventory

Items	Item original	Item traduit
1	I will lose my friends if I go to treatment	Je vais perdre mes amis si j'entame un suivi
2	I have had a bad experience with treatment	J'ai eu une mauvaise expérience avec une prise en charge
3	I do not like to talk in groups	Je n'aime pas parler dans les groupes
4	I have things to do at home that make it hard for me to get to treatment	J'ai des choses à faire chez moi, il sera donc difficile pour moi de suivre les soins
5	Friends tell me not to go to treatment	Des amis me disent de ne pas suivre de soins
6	I will have to be on a waiting list for treatment	J'ai dû être sur une liste d'attente pour pouvoir faire le suivi en alcoologie
7	I am moving too far away to get treatment	Je déménage trop loin pour suivre les soins
8	I am afraid of what might happen in treatment	J'ai peur de ce qui pourrait arriver pendant la prise en charge
9	I hate being asked personal questions	Je déteste qu'on me pose des questions personnelles
10	My family will be embarrassed or ashamed if I go to treatment	Ma famille sera gênée ou honteuse si je me fais soigner
11	I do not know where to go for treatment	Je ne savais pas où aller pour suivre des soins
12	People will think badly of me if I go to treatment	Les gens vont penser du mal de moi si je me fais soigner
13	I have to go through too many steps to get into treatment	J'ai dû passer par trop d'étapes pour obtenir une prise en charge
14	I am afraid of the people I might see in treatment	J'ai peur des gens que je pourrais voir pendant les soins
15	Someone in my family does not want me to go to treatment	Quelqu'un dans ma famille ne veut pas que je suive un traitement
16	I have difficulty getting to and from treatment	C'est compliqué pour moi de me rendre au centre et d'en revenir
17	I do not like to talk about my personal life with other people	Je n'aime pas parler de ma vie personnelle avec d'autres personnes
18	I am too embarrassed or ashamed to go to treatment	Je suis trop gêné ou honteux d'avoir un suivi
19	It will be hard for me to find a treatment program that fits my schedule	Il sera difficile de trouver un programme d'accompagnement qui convient à mon emploi du temps
20	-	<i>Je ne peux pas m'absenter de mon travail ou de ma scolarité</i>
21	-	<i>Je n'ai pas la couverture sociale nécessaire pour ce soin</i>
22	<i>I can handle my drug use on my own</i>	<i>Je pense pouvoir gérer ma consommation d'alcool tout seul</i>
23	<i>My drug use is not causing any problems</i>	<i>Ma consommation d'alcool ne me pose pas de problème au quotidien</i>
24	<i>No one has told me I have a problem with drugs</i>	<i>Personne ne m'a dit que j'avais un problème avec ma consommation d'alcool</i>
25	<i>I do not think treatment will make my life better</i>	<i>Je ne pense pas qu'un soin rendra ma vie meilleure</i>
26	-	<i>Je n'ai pas les moyens de payer pour ce soin</i>
27	<i>I do not think I have a problem with drugs</i>	<i>Je ne pense pas avoir de problèmes avec ma consommation d'alcool</i>
28	-	<i>Le temps de trajet vers le lieu de soin est trop important</i>
29	-	<i>Je suis en conflit avec mes proches concernant ma consommation d'alcool</i>
30	<i>I do not think I need treatment</i>	<i>Je ne pense pas avoir besoin de suivre une prise en charge</i>

Note. En italique, les items qui n'ont pas été intégrés dans le projet DECA.

Annexe 12 : BTI

8

Votre accès aux soins en alcoologie

Voici une liste de propositions, entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

	Non, totalelement en désaccord	Non, plutôt en désaccord	Ne sais pas, ni en accord, ni en désaccord	Oui, plutôt en accord	Oui, totalelement en accord
1- Je vais perdre mes amis si j'entame un suivi.	0	1	2	3	4
2 - J'ai eu une mauvaise expérience avec une prise en charge	0	1	2	3	4
3 - Je n'aime pas parler dans les groupes	0	1	2	3	4
4 - J'ai des choses à faire chez moi, il sera donc difficile pour moi de suivre les soins	0	1	2	3	4
5 - Des amis me disent de ne pas suivre de soins	0	1	2	3	4
6 - J'ai dû être sur une liste d'attente pour pouvoir faire le suivi en alcoologie	0	1	2	3	4
7 - Je déménage trop loin pour suivre les soins	0	1	2	3	4
8 - J'ai peur de ce qui pourrait arriver pendant la prise en charge	0	1	2	3	4
9 - Je déteste qu'on me pose des questions personnelles	0	1	2	3	4
10 - Ma famille sera gênée ou honteuse si je me fais soigner	0	1	2	3	4
11 - Je ne savais pas où aller pour suivre des soins	0	1	2	3	4
12 - Les gens vont penser du mal de moi si je me fais soigner	0	1	2	3	4
13 - J'ai dû passer par trop d'étapes pour obtenir une prise en charge	0	1	2	3	4
14 - J'ai peur des gens que je pourrais voir pendant les soins	0	1	2	3	4
15 - Quelqu'un dans ma famille ne veut pas que je suive un traitement	0	1	2	3	4
16 - C'est compliqué pour moi de me rendre au centre et d'en revenir	0	1	2	3	4
17 - Je n'aime pas parler de ma vie personnelle avec d'autres personnes	0	1	2	3	4
18 - Je suis trop gêné ou honteux d'avoir un suivi	0	1	2	3	4
19 - Il sera difficile de trouver un programme d'accompagnement qui convient à mon emploi du temps	0	1	2	3	4

Annexe 13 : AAAQ

7

Votre envie de boire

Ce questionnaire porte sur vos attitudes à l'égard de l'alcool dans **la dernière semaine**. Vous devez indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord avec chaque élément sur une échelle allant de « non, totalement en désaccord » (0) à « oui, totalement en accord » (8), en encerclant le chiffre correspondant à la réponse qui vous paraît la mieux vous correspondre..

	Non, totalement en désaccord		Plutôt en désaccord		Ne sais pas, ni en accord, ni en désaccord		Plutôt en accord		Oui, totalement en accord
1 - J'aurais aimé prendre un verre ou deux	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2 - Si j'avais été dans un bar ou un restaurant, j'aurais voulu prendre une boisson	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3 - J'avais prévu de boire de l'alcool	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4 - J'aurais accepté un verre si on me l'avait offert	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5 - Si j'avais été à une fête j'aurais pris un verre sans y réfléchir à deux fois	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6 - Mon désir de boire semblait insurmontable	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7 - J'avais tellement envie de boire que si j'avais commencé, j'aurais trouvé difficile d'arrêter	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8 - Je pensais très souvent à l'alcool	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9 - Je voulais boire dès que j'en avais la possibilité	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10 - J'ai évité les personnes qui étaient susceptibles de m'offrir un verre	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11 - Je me suis intentionnellement occupé pour ne pas avoir envie de boire de l'alcool	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12 - Je pensais aux avantages d'être sobre	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 - J'ai évité les endroits où j'aurais pu être tenté de boire de l'alcool	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14 - J'avais à l'esprit de tout ce qui pouvait arriver de mauvais si je buvais de l'alcool.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Annexe 14 : SOCRATES

5

Votre motivation

Voici une liste de propositions, entourez le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

	Non, totalelement en désaccord	Non, plutôt en désaccord	Ne sais pas, ni en accord, ni en désaccord	Oui, plutôt en accord	Oui, totalelement en accord
1 - J'ai vraiment envie de changer ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
2 - Parfois, je me demande si je suis alcoolique	0	1	2	3	4
3 - Si je ne change pas ma consommation d'alcool rapidement, mes problèmes vont s'aggraver	0	1	2	3	4
4 - J'ai déjà commencé à modifier un peu ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
5 - Je buvais trop pendant une période, mais j'ai réussi à réduire ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
6 - Parfois, je me demande si ma consommation d'alcool peut nuire à d'autres personnes	0	1	2	3	4
7 - Ma consommation d'alcool est problématique	0	1	2	3	4
8 - Je ne pense pas seulement à modifier ma consommation d'alcool, j'agis déjà pour le faire	0	1	2	3	4
9 - J'ai déjà modifié ma consommation d'alcool et je cherche des moyens pour ne pas retrouver mes anciennes habitudes	0	1	2	3	4
10 - J'ai de sérieux problèmes par rapport à ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
11 - Parfois je me demande si je contrôle ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
12 - Ma consommation d'alcool cause beaucoup de souffrances	0	1	2	3	4
13 - J'essaie activement de réduire ou de cesser de boire	0	1	2	3	4
14 - Je veux de l'aide pour éviter d'avoir les mêmes problèmes d'alcool qu'avant	0	1	2	3	4
15 - Je sais que j'ai un problème avec l'alcool	0	1	2	3	4
16 - Parfois, je me demande si je bois trop	0	1	2	3	4
17 - Je suis alcoolique	0	1	2	3	4
18 - Je travaille dur pour changer ma consommation d'alcool	0	1	2	3	4
19 - J'ai fait quelques changements dans ma façon de boire, et j'aimerais un peu d'aide pour éviter de revenir à mes anciennes habitudes	0	1	2	3	4

Annexe 15 : Avis éthique

**COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES OUEST IV -- NANTES**

Tél. 02 53 48 28 80 – Fax 02 53 48 28 82

cpp-ouest-iv@wanadoo.fr / <http://www.ccpprb-nantes.org>

OR/BB CPP N°883/2014

Page 1/2

Monsieur Jean-Eric DIETLIN

CSAPA Les Apsyades

5, impasse du Petit Rocher

CS 8

44344 BOUGUENAI Cedex

Nantes, le 11 décembre 2014

Objet : AVIS 2^{ème} lectureProtocole **référence 28/14**, séance initiale du 08/07/2014

> référence à rappeler dans toutes correspondances

Monsieur,

Le Comité de Protection des Personnes OUEST IV a été saisi par CSAPA Les Apsyades organisme demandeur qui se porte responsable d'une recherche visant à évaluer les soins courants intitulée :

« ÉVALUATION DU CHANGEMENT À 6 MOIS DE PATIENTS SUIVIS EN CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE À L'ANTENNE BEAUSÉJOUR DU CSAPA LES APSYADES - ESSAI DECA -IdRCB n°2014-A00717-40»

pour laquelle M. le Dr Jean-Éric DIETLIN, médecin addictologue, CSAPA les Apsyades, Bouguenais, est la personne coordinatrice qui dirige et surveille la réalisation de cette recherche.

Après vérification de sa conformité réglementaire, le dossier soumis a été déclaré recevable le 24/06/2014 et enregistré sous la référence 28/14.

Lors de sa séance plénière du 8 juillet 2014, le CPP Ouest IV a voté un réexamen en 2^e lecture du dossier soumis.

Le Comité de Protection des Personnes OUEST IV a examiné en 2^e lecture le dossier réponse réceptionné le 21/10/2014 lors de sa séance plénière du **4 novembre 2014**, au cours de laquelle un rapport de chaque collègue a été présenté à l'ensemble du comité, ainsi que l'avis du méthodologiste. Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les membres délibérants et le quorum pour cette séance a été validé. A l'issue des délibérations, le CPP Ouest IV a voté un avis réservé, transmis au promoteur par courrier daté du 05/11/2014.

Les rapporteurs en charge du dossier ont analysé le dossier réponse du promoteur aux réserves votées, réceptionné par le CPP Ouest IV le 08/12/2014.

Les modifications effectuées à la lettre d'information patient correspondent aux attentes du comité ; les rapporteurs du dossier et/ou le président du CPP Ouest IV valident ainsi la transmission de l'avis favorable par la levée des réserves votées lors de la séance du 04/11/2014, conformément au mandat donné par les membres.

Le comité émet un **AVIS FAVORABLE** au protocole de recherche visant à évaluer les soins courants DECA version 1.7 du 03/10/2014, au résumé du protocole version 1.7 du 03/10/2014, à la lettre d'information patient version 1.8 du 27/11/2014, à la liste des version 1.7 du 03/10/2014 et aux CVs associés. Le dossier administratif est complet.

**COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES OUEST IV – NANTES**

Tél. 02 53 48 25 80 – Fax 02 53 48 28 82
cpp-ouest-IV@wanadoo.fr / <http://www.ccpnrp-nantes.org>

OR/BB CPP N°883/2014
Page 2/2

Ont participé au vote lors de la séance du 04/11/2014 :

1^{er} collège :**1 – Recherche biomédicale et biostatistique***

Titulaires : Pr Olivier Rodat, *Président du CPP*
Dr Jean-Michel Nguyen*
Dr Valérie David
Pr Thierry le Tourneau

2 – Médecin Généraliste

Titulaire : Dr Jacques Saada

3 – Pharmacien

Suppléant : M. Laurent Flet

4 – Infirmier

Suppléant : Mme Eliane Hivernaud

2^{ème} collège :**6 – Psychologue**

Suppléant : Mme Christiane Hennecart

7 – Travailleur social

Titulaire : Mme Elisabeth Charriau

8 – Personne qualifiée « juridique »

Titulaire : M. Jean-Louis Vallais

Suppléant : Mme Élodie Jean

9 – Représentant d'association agréée de malades et d'usagers du système de santé

Titulaires : M. Jean-Yves Le Magueresse
Mme Marguerite Renaudin

Je vous prie de recevoir, Monsieur, mes sincères salutations.

Le Président du comité,

M. le Pr Olivier RODAT

Annexe 16 : Déclaration à la CNIL

CNIL 8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02 T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00 www.cnil.fr	Cadre réservé à la CNIL N° d'enregistrement : 1775023

DEMANDE D'AUTORISATION

D'UN TRAITEMENT AYANT POUR FINALITÉ L'ÉVALUATION OU L'ANALYSE DES PRATIQUES OU DES ACTIVITÉS DE SOINS ET DE PRÉVENTION
(Chapitre X de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Le demandeur (responsable du traitement)

Nom et prénom ou raison sociale : CSAPA LES APSYADES	Sigle (facultatif) : N° SIRET : 775605397 00345
Service :	Code APE : 8610Z Activités hospitalières
Adresse : 5 IMPASSE DU PETIT ROCHER - CS 8	Téléphone : 0240409796
Code postal : 44344 - Ville : BOUGUENAI CEDEX	Fax :
Adresse électronique : J.DIETLIN@LESAPSYADES.FR	

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)
Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : CSAPA LES APSYADES	Sigle (Facultatif) : N° SIRET : 775605397 00345
Service :	Code NAF : 8610Z Activités hospitalières
Adresse : 5 IMPASSE DU PETIT ROCHER - CS 8	Téléphone : 0240409796
Code postal : 44344 - Ville : BOUGUENAI CEDEX	Fax :
Adresse électronique : J.DIETLIN@LESAPSYADES.FR	

3 Finalité et objectifs de l'étude

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre étude ?

DEVENIR DES PATIENTS A 6 MOIS SUIVIS EN CONSULTATION D'ADDICTOLOGIE A L'ANTENNE BEAUSEJOUR DU CSAPA LES APSYADES, EN INCLUANT LES PATIENTS EN SITUATION DE DEPART PREMATURE

! Veuillez joindre le descriptif de l'étude qui doit préciser, notamment, les méthodes d'analyse des données traitées, les rapprochements ou interconnexions envisagés ou toute autre forme de mise en relation des informations.

N° CERFA 1390*01

CNIL - FORMULAIRE DEMANDE D'AUTORISATION EVALUATION CHAPITRE X PAGE 1/4

CNIL

8 rue Vivienne 75003 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

4 Données traitées

Catégories de données	Détail (précisez le détail des données traitées)	Origine (comment avez-vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
État-civil, Identité, Données d'identification.	☒ Numéro d'ordre ☐ Initiales ☐ Autres. (précisez) :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☒ Autre, précisez : Dossiers des consultations CSAPA	☐ 0 jours ☐ 0 mois ☐ 3 années ☐ Autres, précisez	Destinataires : CSAPA Les Apsyades et Université de Nantes
Données de santé (habitudes de vie, situation familiale, etc.)	☒ Pathologie, affection ☒ Antécédents familiaux, ☒ Données relatives aux soins ☐ Situations ou comportements à risques ☐ Données génétiques. ☐ Autres. (précisez):	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☒ Autre, précisez : Dossiers des consultations CSAPA	☐ 0 jours ☐ 0 mois ☐ 3 années ☐ Autres, précisez	Destinataires : CSAPA Les Apsyades et Université de Nantes
Vie personnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	☒ habitude de vie ☒ Situation familiale ☒ Autres. (précisez): consommation de substances	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☒ Autre, précisez : Dossiers des consultations CSAPA	☐ 0 jours ☐ 0 mois ☐ 3 années ☐ Autres, précisez	Destinataires : CSAPA Les Apsyades et Université de Nantes
Vie professionnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	☒ Situation professionnelle ☒ Scolarité, formation ☐ Autres. (précisez):	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☒ Autre, précisez : Dossiers des consultations CSAPA	☐ 0 jours ☐ 0 mois ☐ 3 années ☐ Autres, précisez	Destinataires : CSAPA Les Apsyades et Université de Nantes
Données sensibles	☐ Origines raciales ou ethniques ☐ Opinions politiques ☐ Opinions philosophiques ☐ Opinions religieuses ☐ Appartenance syndicale ☐ Vie sexuelle	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ 0 jours ☐ 0 mois ☐ 0 années ☐ Autres, précisez	Destinataires :

N° CERFA 1390*01

CNIL – FORMULAIRE DEMANDE D'AUTORISATION EVALUATION CHAPITRE X PAGE 2 / 4

CNIL

8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Autres	Précisez :	☐ PMSI	0 jours	Destinataires :
		☐ Dossiers médicaux des professionnelles de santé libéraux	0 mois	
		☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie	0 années	
		☐ Autre, précisez :	☐ Autres, Précisez	

5 Modalité de diffusion des résultats de l'étude

- ☒ Sous la forme de résultats agrégés
☐ Fichier de données individuelles, excluant toute identification des personnes concernées
☐ Autres, précisez :

6 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- ☒ L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
☒ Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
☒ Une journalisation des connexions est effectuée
☒ Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)

7 Personne à contacter (facultatif)

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : DIETLIN Jean-Eric

Service : CSAPA LES APSYADES

Adresse : 62 RUE LAFONT

Code postal : 44300 - Ville : NANTES

Adresse électronique : J.DIETLIN@LESAPSYADES.FR

Téléphone : 0240409796

Fax :

CNIL

8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

8 Signature du responsable

Le responsable de l'étude s'engage, ainsi que ses collaborateurs, à :

- **n'utiliser les fichiers qu'à des fins d'analyse comparative de l'activité de soins,**
- **respecter et faire respecter le secret des informations cédées** par toutes les personnes susceptibles de travailler sur ces données, ces personnes étant astreintes par écrit au secret professionnel,
- **prendre toutes précautions utiles** afin de préserver la sécurité des informations ainsi transmises et notamment empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés,
- **ne pas rétrocéder ou divulguer à des tiers** les informations transmises en l'état,
- **ne pas utiliser de façon détournée** les informations transmises, notamment à des fins de recherche ou d'identification des personnes.

Le responsable de l'étude s'engage à ce que les informations tirées des exploitations de fichiers et susceptibles d'être diffusées se présentent uniquement sous la forme de statistiques agrégées **de telle sorte que les personnes ne puissent être identifiées.**

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : DIETLIN Jean-Eric

Date le : 18-06-2014

Fonction : Médecin, Praticien

Signature

Adresse électronique : J.DIETLIN@LESAPSYADES.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.

Thèse de Doctorat

Vincent WAGNER

Profils et évolutions à six mois des patients d'un centre de soins ambulatoires en addictologie

Profiles and outcomes after six months in care of outpatients received in an addiction-specialized treatment

Résumé

Ce travail comporte deux axes de recherche, incluant quatre études. Nous nous sommes tout d'abord centrés sur la question de l'arrêt du suivi en addictologie. L'enjeu a ici été de relever les caractéristiques des patients abandonnant prématurément la prise en charge. Dans un second temps, nous avons cherché à éclaircir la nature et la dynamique des changements survenus au cours du soin. L'échantillon comprend 150 patients avec un usage problématique d'alcool d'un centre de soins ambulatoires spécialisés en addictologie. Une batterie d'outils psychométriques a été administrée à l'entrée en soin et après six mois de suivi.

Il ressort de la première étude que les départs prématurés sont liés à différentes vulnérabilités, comme une plus forte sévérité de la conduite addictive, un plus haut degré d'ambivalence, ou des inclinations spécifiques pour la consommation. La seconde étude montre qu'après six mois de suivi, nous observons une réduction de la problématique addictive, ainsi qu'une amélioration de l'état physique, mental et du fonctionnement social. Ces changements s'accompagnent d'une modification des perspectives temporelles. La troisième étude souligne que la perspective temporelle future évaluée à l'entrée en soin prédit la sévérité des problèmes relatifs à l'alcool à six mois de suivi. Enfin, la dernière étude indique que trois perspectives temporelles (i.e., Passé négatif, Présent fataliste et Futur) sont médiatrices de la relation entre les inclinations à consommer ou non de l'alcool et la motivation au changement.

Ces données sont discutées dans l'optique d'une amélioration des pratiques, de la continuité du soin, et d'un renforcement du changement.

Mots-clés:

consommation problématique d'alcool; soins ambulatoires; abandons du soin; trajectoires; changement; perspectives temporelles

Abstract

This research work has two main but separate objectives, involving four consecutive studies. First, we focused on dropouts from addiction-specialized treatment. Our general aim here was to outline specific characteristics of patients who prematurely left their follow-up. Then, according to our second objective, we sought to precisely highlight changes during the follow-up, as well as mechanisms involved. Our sample includes 150 outpatients with a problematic alcohol use, received in an addiction-specialized treatment center. A set of psychometric tools was administered twice, at the entry and after six months in care.

According to the first study, several vulnerabilities are linked to dropouts, such as a higher severity of alcohol-related problems, a higher level of ambivalence regarding change, or specific inclinations toward alcohol use. In the second study, we can notice, after six months of follow-up, a significant reduction in the global severity of alcohol-related problems, as well as an enhancement of the general mental, physical and social functioning. These changes are moreover associated with an overall modification regarding time perspectives. The third study highlights that a baseline measure of future time perspective is able to predict the severity of alcohol-related problems at follow-up. The last study emphasizes that three specific time perspectives (i.e., Past negative, Present fatalistic, Future) mediate the relationship between inclinations to use or not to use alcohol and motivation to change during treatment.

All results are later discussed in regard to field practices, adherence to treatment and change process improvement.

Keywords:

problematic alcohol use; outpatients; dropouts; trajectories; change; time perspectives