

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 29 octobre 2018 à Poitiers
par Céline GONNY

**Étude sur la répercussion des antécédents parentaux de
consommation problématique d'alcool sur le style d'attachement
et les capacités empathiques de patients alcoolo-dépendants.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeur de thèse : Dr Wilfried SERRA

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA Jos

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeures émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie mé

Remerciements :

A Monsieur le Pr Jaafary :

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Merci pour ce que j'ai pu apprendre de vous au cours de mon internat dans cette belle spécialité qu'est la psychiatrie.

A Monsieur le professeur Nubukpo :

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour vos enseignements au cours du DIU de Thérapeutique en addictologie.

A Monsieur le Pr Gicquel :

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Merci de m'avoir permis de rejoindre le monde de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et pour vos enseignements.

A monsieur le Docteur Serra :

D'avoir accepté sans hésitation de diriger ma thèse, merci pour ton soutien, tes connaissances partagées et le temps que tu as passé à m'aider.

A Monsieur Nicolas Langbour :

Pour son aide précieuse.

Au Dr Giraudeau, Dr Napoli, Dr Cleirec, Dr Vallart, Dr Gourgoudou, Dr Bonnin, Dr Barucq, Dr Coulon, Dr Bouloy, Dr Gauffeny, Dr Milcent, Dr Robert et à toutes les équipes

Pour m'avoir appris ce beau métier tout au long de mon internat et de mes stages.

A mes parents

Pour m'avoir toujours soutenu et encouragé tout au long de ma vie, et de mes études. De m'avoir poussé et cru en moi, même quand j'y allais à reculons.

A Bob et Toto ma fratrie

Pour les bagarres sur le Ring, les films d'horreur de Noel, les chansons de Katerine autour du cochon grillé. Merci pour cette entente qui perdure, et pour tous ces moments à venir.

A ma bande de vieux potes

Mathieu, Beubeu, Maud, Anais (X2), Camille, Emilie, Marine, Pauline, d'avoir partagé et de partager toujours, malgré la distance, des moments d'euphorie, de fêtes, de bêtises, de rigolade, de prise de tête, tous ces moments qui nous lient pour toujours.

A mon équipe de l'externat

Nelly, Aude, Chloé, Claire, Sarah, Mathilde, Marc, Maxime, Bastien d'avoir partagé avec moi ces années de labeurs et d'être devenu mes amis.

A tous mes colocs de l'internat

Sarah, Christelle, Clement, Vivien, Florian, Xavier, Stephanie, Julia, Julie May, Lore Helene, Mateusz, Belin, d'avoir vécu quelques mois avec moi, pour le meilleur et pour le pire.

Aux autres psy que j'ai eu le plaisir de côtoyer

Pauline, Vanessa, Julien, Eve, Carole, Leca, Raphael, Damien, Clément, Justine, Armelle...

A Kevin, mon compagnon

Pour être un pro du traitement de texte et d'Excel. Mais surtout pour cette complicité et cet amour que nous partageons au quotidien.

Sommaire

Contexte	8
Méthode	12
<u>Descriptif de l'étude et de la population</u>	12
<u>Outils</u>	13
<u>Analyses statistiques</u>	14
Résultats	14
Discussion	19
Bibliographie	25
Annexe	31
Résumé	94
Serment	95

Contexte :

Le rapport de l'OFDT intitulé Drogues, chiffres clés, de Juin 2017, met en lumière l'ampleur de la problématique alcool en France. On peut y lire que l'alcool est la première substance toxique consommée en France, avec 47 millions d'expérimentateurs, 43 millions d'usagers dans l'année, 9 millions d'usagers réguliers et 5 millions d'usagers quotidiens.

L'OMS la qualifie aussi de substance la plus dangereuse au monde en terme de dommage sociaux. La dépendance met du temps à s'installer: 5 à 20 ans habituellement après la régularisation de l'usage, qui se situe dans la 2ème ou la 3ème décennie de la vie. La dépendance à l'égard de l'alcool s'installe souvent ainsi à l'âge de la parentalité. D'où la fréquence élevée des situations où les enfants, avant leur entrée dans l'âge adulte, sont confrontés à un ou des parents ayant une addiction à l'alcool (Michaud 2001)

Les conséquences sur les enfants des problèmes d'alcool des parents sont cependant très variables : les risques encourus sont en effet à court, moyen ou long terme, et dépendent de nombreux facteurs : l'organisation systémique de la famille par exemple, la résistance du conjoint du dépendant, l'âge où les problèmes se produisent.

Ces difficultés pourraient être liées à des troubles de l'attachement et de l'empathie.

La théorie de l'attachement est née après la seconde guerre mondiale, moment où les psychiatres et psychanalystes de l'époque, ont commencé à s'interroger sur les liens mère-enfants, et aux conséquences d'une séparation précoce. C'est John Bowlby qui formalise la théorie de l'attachement, d'après entre autre les travaux de Winnicott, Lorenz et Harlow. L'attachement est une fonction adaptative de protection et est intimement liée au comportement d'exploration. L'instinct qui conduit un bébé à rechercher sa mère est un réflexe de protection satisfaisant un besoin de sécurité à travers la relation à autrui, et notamment sa figure d'attachement. La mère, ou son substitut, constitue en théorie une base de sécurité pour son enfant. Il se sent plus ou moins en sécurité en fonction de la façon dont sa figure d'attachement répond à ses besoins. La qualité de l'attachement va donc dépendre de la rapidité et de la façon dont le parent va répondre aux signaux de l'enfant. La répétition des interactions précoces avec les figures d'attachement primaires crée un modèle interne opérant, qui reflète la qualité et la concordance de ces réponses (Shaver et Mickulincer 2016). La disponibilité des figures d'attachement détermineraient des stratégies pour la régulation des émotions. En effet, la recherche de proximité permettrait un processus de co-régulation puis d'auto-régulation des émotions. Plusieurs études attestent du lien

entre attachement et régulation émotionnelle, y compris au niveau neurobiologique (Hertsgaard et al., 1995 ; Spangler et Schieche, 1998 ; Scheidt et al., 2000). Ce que montrent ses études, c'est que l'attachement sécure constitue un facteur de protection face au stress, tandis que l'attachement insécure, constitue à l'inverse un facteur de vulnérabilité, du fait de la dysrégulation des affects qui y est associée.

Des interactions positives conduiraient à développer un sentiment de sécurité, amenant à percevoir la détresse ressentie comme maîtrisable. Si au contraire, la figure d'attachement n'est pas assez disponible ou ne répond pas de manière adaptée, il y aurait un sentiment d'insécurité. Des stratégies d'attachement secondaires seraient alors développées, soit d'hyperactivation (tentatives itératives et énergiques pour atteindre la proximité, le soutien et l'amour de la personne visée) soit de désactivation (minimiser les menaces, inhiber les inquiétudes et les émotions négatives afférentes. (Mikulincer et Shaver, 2018). Ces stratégies secondaires participeraient à la genèse de différents troubles mentaux (Mikulincer et Shaver, 2012).

Dans son livre intitulé "Addiction as an attachment disorder" (l'addiction comme trouble de l'attachement), Flores définit l'addiction comme une tentative d'auto-régulation ou d'auto-apaisement chez la personne dont la qualité de l'attachement ne suffit pas à apporter sécurité et bien-être.

Plusieurs recherches vont dans le sens d'un lien entre attachement insécure et différentes formes d'addictions, y compris comportementales (De Rick, Vanheule et Verhaeghe, 2009 ; Lei et Wu, 2007 ; Luo et Peng, 2008 ; Schindler et al., 2005 ; Zapf, Greiner et Carroll, 2008).

D'après Khantzian, l'attachement insécure serait le facteur clé qui ferait qu'une consommation occasionnelle de drogues évolue vers une véritable toxicomanie. Les personnes sécures, n'auraient pas besoin de produits pour réguler leurs affects et y trouveraient donc un bénéfice moindre que les personnes insécures.

La consommation de substance, si elle a un lien, serait avant tout de l'ordre de la conduite d'exploration. La substance n'est pas considérée comme un outil adaptatif.

En effet, l'attachement insécure a ainsi pu être corrélé avec un usage de substance plus important ou problématique dans plusieurs études, que ce soit chez l'adolescent (Cooper, Shaver, et Collins, 1998), l'étudiant (Brennan et Shaver, 1998 ; Burge, Hammen, Davila, Daley, et al., 1997 ; Lindberg et Zeid 2016) ou en population générale (Mickelson, Kessler et Shaver, 1997 ; Vungkhanching, Sher, Jackson et Parra, 2004).

Néanmoins, des études ont montré des résultats discordants et ne trouvent pas de lien entre addiction et attachement, principalement en ce qui concerne l'alcool et dans la population féminine (Kassel, Wardle et Roberts, 2007 ; Reis, Curtis et Reid, 2012 ; Ahrens, Ciechanowski et Katon, 2012 ; Caspers, Yucuis, Troutman et Spinks, 2006). Une autre étude avait paradoxalement retrouvé une plus forte consommation d'alcool chez les sujets secure (Olsson et al., 2011).

En population clinique, les données de la littérature semblent plus concordantes, que ce soit en psychiatrie chez l'adolescent (Rosenstein et Horowitz, 1996 ; Allen, Hauser et Borman-Spurell, 1996), chez l'adulte (Fonagy, Leigh, Steele et al.1996) ou en population addictologique. L'attachement insecure serait sur-représenté au sein des patients hospitalisés pour sevrage alcool (De Rick, Vanheule et Verhaeghe, 2009 ;Thorberg et Lyvers, 2006 ; Wedekind, Bandelow, Heitmann, Havenmann-Reinecke, et al.,2013) ou chez des usagers dépendants de substances illicites (Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, et al., 2003 ; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, et al., 2005).

Sur le plan biologique, l'ocytocine, joue un rôle central dans la création et la qualité du lien parent-enfant. Elle a été notamment associée au nombre de contacts physiques et à la synchronisation du regard (Feldman, Zagoory-Sharon, Weisman, Scneiderman, et al., 2012). Elle est également liée à la régulation des émotions (Opacka-Juffry et Changiz, 2012), de par son aptitude à diminuer la réactivité au stress (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum et Ehlert, 2003), facteur de risque d'addiction. Des administrations répétées d'ocytocine ont également pu être associées à une modification des comportements liés à l'attachement (Bernaerts, Pinsen, Berra, Bosmans, Steyaert et Alaerts, 2017). D'autre part, chez l'animal, l'ocytocine a pu montrer son efficacité dans la diminution de la consommation d'opiacés (Zanos, Georgiou, Wright, Hourani et al., 2014), de cocaïne (Georgiou, Zanos, Ehteramy, Hourani et al. 2014), d'amphétamines (Ferland, Reichel et McGinty, 2016), de cannabis (McRae-Clark, Baker, Mari et Brady KT, 2013), de tabac (Manbeck, Shelley, Schmidt et Harris, 2014) ou d'alcool (Peters, Bowen, Bohrer et McGregor, 2016). De manière plus préventive, des injections d'ocytocine chez le rat adolescent ont également pu être associées à de plus faibles consommations d'alcool (Bowen, Carson, Spiro, Arnold J.C. et al., 2011) ou d'amphétamines à l'âge adulte (Hicks, Cornish, Baracz, Suraev A. et al., 2014).

Un autre déterminant majeur de la relation parent-enfant est l'empathie qui joue un rôle important dans l'adéquation des réponses comportementales et affectives des parents au regard des signaux transmis par l'enfant.

L'empathie est essentielle même pour le processus d'attachement. L'empathie est la capacité à ressentir et à comprendre l'expérience et le vécu d'autrui, quel que soit le contenu de son expérience, de son état mental associé, en se mettant à la place d'autrui (en adoptant sa perspective) tout en maintenant la distinction entre soi et autrui. Afin que le parent adapte au mieux ses réactions, c'est à dire réponde de manière adapté au bébé quand il en a besoin, le parent doit être capable de comprendre les émotions ressenties par l'enfant. Si l'empathie joue un rôle cruciale dans la parentalité, plusieurs études semblent montrer un lien entre addiction et empathie également. Ces atteintes ne seraient pas spécifiques à un produit mais présentes dans différents types d'addictions, que ce soit l'alcool (Grynberg, Maurage et Nandrino 2017), la cocaïne, (Ipser, Terburg, Syal, 2013), le cannabis (Ballard, Bedi et De Wit, 2012).

Les travaux de Maurage en 2011, démontrent qu'il y a chez le patient alcoolique dépendant une altération de l'empathie émotionnelle. Les difficultés chez ces patients à développer de l'empathie émotionnelle pour autrui, seraient en lien avec leur difficulté à ressentir et à exprimer leurs propres émotions. Ces déficits d'empathie seraient sous-tendus par un trouble de l'identification des émotions.

En effet, des déficits de reconnaissance des émotions faciales ont été décrits dans l'alcoolodépendance, particulièrement pour les émotions négatives. Cela pourrait être en lien avec une difficulté à décoder les émotions non contextualisées (Grynberg, Maurage et Nandrino 2017), et des difficultés dans les situations d'interaction complexe, comme saisir l'ironie (Amenta, Noël, Verbanck et Campanella, 2013). Cependant il y aurait un maintien des capacités dans le partage des émotions (Grynberg, Maurage et Nandrino, 2017).

Cette altération de l'empathie chez le patient alcoolique ne serait pas figée, des améliorations dans la capacité d'empathie et les fonctions émotionnelles étaient observées après 3 mois de sevrage (Erol, Akyalcin, Kirdok, Zorlu, Polat et Mete 2017). Cette évolution semble aller en faveur d'une action toxique de la substance disparaissant à distance de l'intoxication. Cependant une étude portant sur des patients dépendant aux benzodiazépines ne retrouve pas d'amélioration à distance d'un sevrage. (Zurowska, Kalwa, Rymarczyk et Habrat 2018). Par ailleurs, on trouve aussi une diminution de l'empathie chez les patients ayant une addiction sans substances, que ce soit dépendants aux jeux d'argent (Tomej, Besson et Grivel 2017), ou chez des personnes ayant un usage problématique d'internet (Melchers, Li, Chen, Zhang, Montag 2015).

L'objectif de notre étude est double.

D'une part, évaluer l'impact des antécédents familiaux, sur les styles d'attachement et capacités d'empathie.

D'autre part, évaluer si les difficultés rencontrées par les enfants de patients alcoolo-dépendants sont en lien avec un trouble de l'attachement ou de l'empathie chez ces derniers.

Méthode :

Descriptif de l'étude et de la population :

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique non randomisée et ouverte. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité de Recherche Clinique intersectorielle à vocation régionale du Centre Hospitalier Henri Laborit, le Service Intersectoriel de Soins en Addictologie de La Rochelle, les services hospitaliers de psychiatrie du Centre Hospitalier Marius Lacroix, le Département d'Information et de Soins pour les personnes ayant un Problème Avec l'Alcool (DISPPAA) de Jonzac et le Centre hospitalier de Niort. Le protocole de l'étude s'est intégré à un large projet de recherche sur la prise de décision et les associations implicites dans le trouble lié à l'usage de l'alcool. Ce protocole a été préalablement soumis au Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers. L'étude a reçu un avis favorable à sa réalisation selon les dispositions conformes à la loi française.

Les patients ont été recrutés lors de leur hospitalisation dans l'un des services d'inclusion. La visite d'inclusion a eu lieu avant la sortie du service et 7 jours minimum après leur admission et le début du sevrage en alcool.

Les patients devaient présenter tous les critères d'inclusion suivants pour être éligibles : âge compris entre 18 et 70 ans, diagnostic de trouble lié à l'usage de l'alcool sévère selon les critères du DSM-5, score au MOCA test > 20, ayant une bonne maîtrise de la langue française, tout cela répertorié dans le CRF (Annexe).

Les patients ne devaient présenter aucun critère de non-inclusion suivants pour être éligibles : hospitalisation sous contrainte, sous mesure de protection judiciaire, diagnostic de démence ou syndrome de Korsakoff, présence d'une encéphalopathie hépatique.

Outils :

Données familiales: celles-ci sont issues de questions tirées de l'ASI (addiction severity index). Elles ont été utilisées pour évaluer les antécédents familiaux de consommation. Ont également été utilisées des questions évaluant les difficultés que les parents avaient rencontrées avec leurs enfants. " Si vous avez des enfants ont-il eu besoin :

- d'un suivi éducatif : (AED, AEMO, aide éducative, placement)
- d'un suivi psychologique ou psychiatrique (psychologue, pédopsychiatre)
- vos enfants ont-ils eu des problèmes avec des consommations de substance (pour les enfants de plus de 12 ans) : tabac, cannabis, alcool, autre illicite.

Adult Attachment Scale (AAS) : auto-questionnaire développé en 1990, construit à partir du travail de Hazen et Shaver (1987) et Levy et Davis (1988). Cette échelle est composée de 18 items, cotés de 1 à 5. A chacun des énoncés des 18 items, le patient doit cocher le chiffre qui correspond à ce avec le quoi il est le plus d'accord. Le chiffre (1) correspondant à " Pas du tout comme moi" et (5) à " Tout à fait comme moi" .

Les résultats de ces 18 items sont ensuite divisé en 3 catégories : score close, score depend et score anxiety .

Relationship questionnaire (RQ) : auto-questionnaire créé par Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. en 1991. C'est un questionnaire divisé en 4 petits paragraphes, permettant de mesurer le style d'attachement de la personne qui le passe. Il faut dans un premier temps que le patient coche la lettre qui décrit le mieux ou qui est le plus proche de sa manière de fonctionner en général.

"A" correspondant à un attachement sécure, "B" correspondant à un attachement craintif, "C" correspondant à un attachement préoccupé, " D" correspondant un attachement détaché. Le patient voit les lettres et la définition du style d'attachement, mais pas son nom.

Pour la deuxième partie du questionnaire, le patient doit noter chaque style relationnel en fonction d'à quel point la description correspond à son style relationnel habituel. Avec une échelle

allant de "1" totalement en désaccord, "4" neutre/mitigé à "7" complètement d'accord.

Interpersonal Reactive Index (IRI) : Il s'agit d'un auto-questionnaire de 28 items. Il a été créé par Davis MH en 1980. A chaque item, le patient doit cocher une échelle allant de A à E, " A" correspondant à "ne me décrit pas vraiment" et "E" " me décrit très bien. Pour la cotation, l'échelle est ensuite divisée en 4 catégories, chacune construite à partir de 7 items.

Perspective taking : la tendance à spontanément prendre le point de vue psychologique des autres

Fantasy scale : la tendance à pouvoir se transposer soit même dans les sentiments et les actions de personnage fictif

Empathic concern : évalue la préoccupation pour les sentiments et ressenti d'autrui

Personal distress : mesure " auto orientée", du sentiment d'anxiété personnelle et de malaise dans les relations interpersonnelles

Analyses statistiques :

Des tests de Student ont été utilisés pour comparer les moyennes des différentes échelles selon les catégories étudiées.

Des tests de Pearson ont été utilisés pour évaluer les corrélations entre variable.

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Analyses réalisées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats

102 patients ont été inclus dans l'analyse totale.

L'âge moyen étant de 45 ans et l'échantillon comprenait 23,5% de femmes.

Les patients présentaient un trouble d'intensité sévère (nombre d'item 9 pour une limite à 6).

Consommation en moyenne de 18 verres par jour. (Table 1).

Plus de la moitié de l'échantillon présentait un antécédent familial de consommation problématique d'alcool (Table2)

Les différentes moyennes aux échelles d'attachement et d'empathie sont présentées dans la Table 3, ainsi que les comparaisons selon les antécédents de consommation d'alcool problématiques

parentales ou psychiatriques (Table 4).

TABLE 1	MOYENNE(écart type ou pourcentage)
NB TOTAL	102
AGE MOYEN	45(+/- 12)
% FEMME	23.5%
TAC	176(+/-108)
NB DSM5	9(+/-2)

Table 1 : Descriptif de l'échantillon

TABLE 2			FREQUENCE	POURCENTAGE
VALIDE	PAS DE PARENT ALCOOL		45	44.12%
	PARENT(S) ALCOOL		57	55.88%
		1 PARENT ALCOOL	43	42.16%
		2 PARENTS ALCOOL	14	13.72%
	TOTAL		102	100%

Table 2 : ATCD familiaux de problème avec l'alcool

TABLE 3	
ECHELLE	MOYENNE
AAS_ANXIETY(SA)	16.1
AAS_CLOSE(SC)	20.1
AAS_DEPEND(SD)	18.5
REL_SECURE (SA)	5.3
REL_CRAINTIF (SB)	3.4
REL_PREOCCUPE (SC)	3.5
REL_DETACHE (SD)	2.3
IRI_FS	13.1
IRI_PT	17.1
IRI_EC	20.9
IRI_PD	12.2

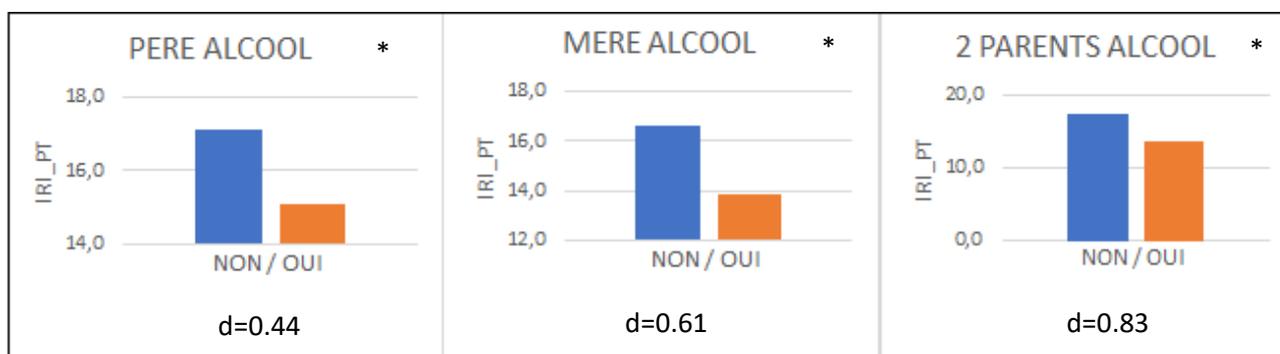
Table 3 : Moyennes des échelles d'empathie et d'attachement

TABLE 4	Mère alcool				Père alcool				2 parents alcool				Mère psy				Père psy			
	NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI	
	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ	MOYENNE	σ
AAS_ANXIETY(SA)	16,3	4,2	21,0	5,9	16,1	4,3	18,0	5,2	15,9	3,8	21,7	5,1	16,8	4,6	19,0	6,5	17,1	5,0	16,7	3,8
AAS_CLOSE(SC)	20,1	3,7	18,2	5,1	20,1	3,8	19,5	4,3	20,3	3,8	18,2	5,9	20,1	4,0	18,4	3,9	20,2	3,8	18,9	5,0
AAS_DEPEND(SD)	18,4	3,6	17,1	5,0	18,5	3,4	17,8	4,3	18,6	3,4	17,0	5,6	18,4	3,6	17,3	5,4	18,6	3,7	15,7	2,8
REL_SECURE (SA)	5,2	1,7	3,7	2,0	5,3	1,8	4,6	1,8	5,6	1,4	4,0	1,7	5,0	5,8	4,5	2,1	5,0	1,9	4,4	1,3
REL_CRAINTIF (SB)	3,5	1,9	4,3	2,1	3,5	2,2	4,0	2,3	3,4	1,9	4,5	2,0	3,4	2,0	4,5	1,8	3,4	2,0	4,8	1,6
REL_PREOCCUPE (SC)	3,5	2,1	4,8	2,1	3,4	1,9	3,9	2,0	3,4	2,1	5,1	2,1	3,5	2,2	4,9	1,9	3,6	2,2	4,4	2,1
REL_DETACHE (SD)	2,4	1,8	3,0	2,0	2,3	1,7	2,8	1,9	2,2	1,8	2,9	2,2	2,5	1,9	2,9	2,1	2,4	1,8	2,9	2,0
IRI_FS	12,7	5,2	14,7	6,8	13,1	6,0	12,9	5,1	12,9	6,0	14,4	7,2	12,8	5,5	14,9	6,2	13,4	5,6	11,4	4,5
IRI_PT	16,6	4,7	13,8	4,3	17,1	4,6	15,1	4,7	17,4	4,6	13,5	4,6	16,2	4,8	16,5	3,5	16,3	4,6	14,5	4,5
IRI_EC	19,8	5,0	21,1	5,6	20,9	5,4	19,2	5,4	20,5	5,5	19,9	5,7	19,6	5,6	23,2	3,3	20,4	5,6	18,0	4,7
IRI_PD	11,9	5,6	13,7	5,1	12,3	5,6	12,2	5,7	11,9	5,1	12,9	7,2	11,8	5,4	15,5	6,4	12,4	5,8	10,4	4,1

Table 4 : Moyenne des échelles d'empathie et d'attachement en fonction des antécédents parentaux de consommation d'alcool ou psychiatrique

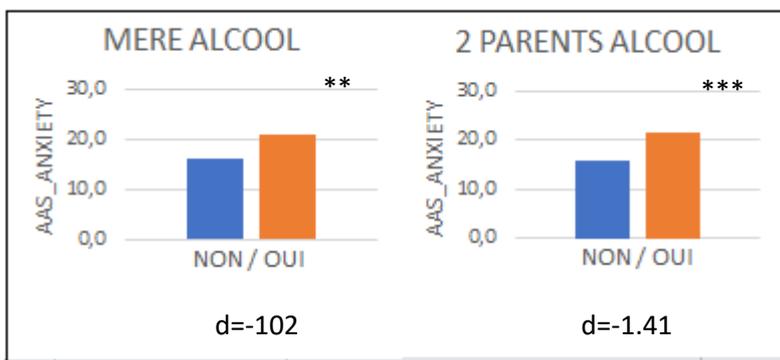
Au sein des patients, la présence d'antécédents familiaux de problème avec l'alcool s'associe à une plus faible empathie cognitive, à travers une aptitude à la mise en perspective diminuée. Cette différence se retrouve quel que soit le parent touché (IRI PT:13.5 vs 17.4 $p<0.012$ $d=0.83$, pour les deux parents ; 13.8 vs 16.6 $p<0.028$ $d=0.61$ en cas d'ATCD maternel ; 15.1 vs 17,1 $p<0.035$ $d=0.44$ en cas d'ATCD paternel) (Graphique 1)

* $p<0.05$
** $p<0.01$
*** $p<0.001$

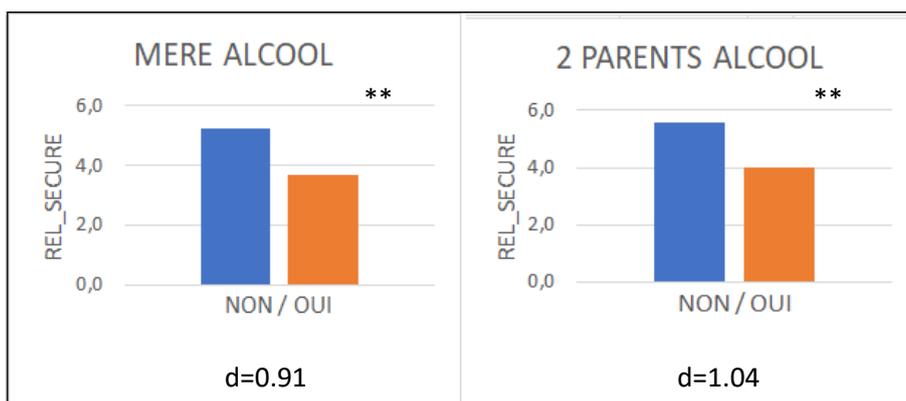


Graphique 1 : Capacité de mise en perspective en fonction des antécédents familiaux d'alcool

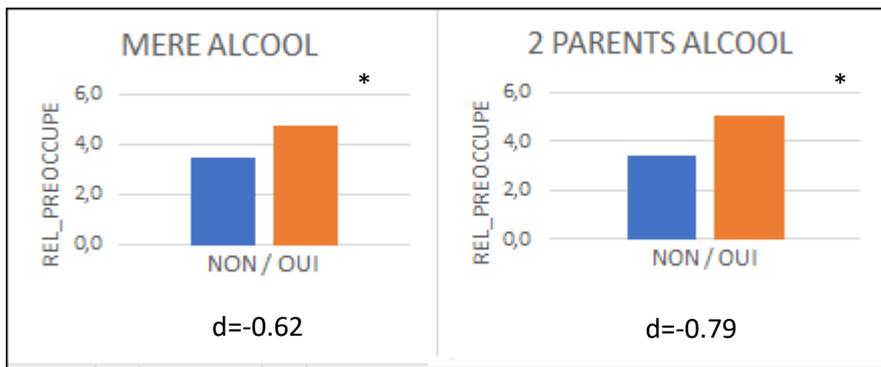
Le fait d'avoir un antécédent maternel d'alcoolisme est associé à un attachement inséure (RQ sécurisée : 3.7 vs 5.2 $p=0,002$ $d=0,91$), de type anxieux, quelle que soit l'échelle utilisée (AAS anxiety : 21.0 vs 16.3 $p<0,002$ $d=-1.02$; RQ préoccupé : 4.8 vs 3.5 $p<0.031$ $d=-0.62$). Cela se retrouve aussi quand les deux parents étaient consommateur problématique (AAS anxiety : 21.7 vs 15.9 $p<0.001$ $d=-1.408$; RQ sécurisée : 4,0 vs 5.56 $p<0.004$ $d=1.04$; RQ préoccupé : 5.09 vs 3.41 $p<0.025$ $d=-0.79$) (Graphiques 2, 3 et 4)



Graphique 2 : Score en Attachement anxieux en fonction des antécédents familiaux d'alcool



Graphique 3 : Score en Attachement sécurisée en fonction des antécédents familiaux d'alcool



Graphique 4 : Score en Attachement préoccupé en fonction des antécédents familiaux d'alcool

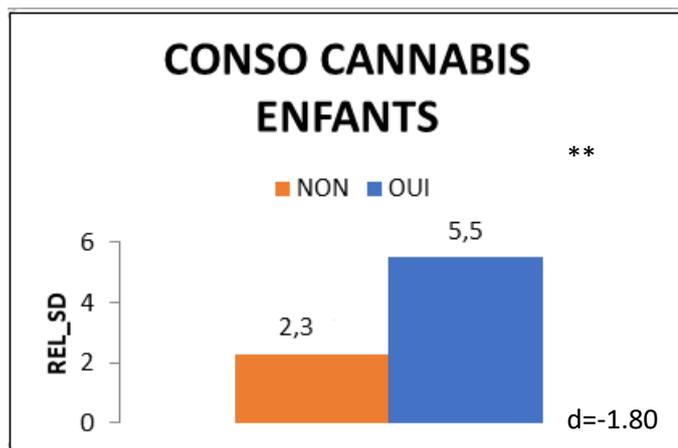
Ces altérations de l'empathie et de l'attachement sont également retrouvées en cas d'antécédents familiaux psychiatriques, quelle que soit l'échelle d'attachement utilisée. Un trouble psychiatrique chez la mère est associé à une atteinte de l'empathie émotionnelle (IRI EC : 23.15 vs 19.62 $p < 0.03$ $d = -0.062$; IRI PD : 15.46 vs 11.75 $p < 0.03$ $d = -0.666$) ainsi qu'à un attachement anxieux (REL préoccupé : 4.85 vs 3.47 $p < 0.04$ $d = -0.639$). Les antécédents paternels sont par contre associés à un attachement évitant (REL craintif 4.80 vs 3.37 $p < 0.031$ $d = -0.741$) (Table 4)

Les enfants de ces patients ont bénéficié de suivi éducatif (21,6%) et psychologique ou psychiatrique (51,4%) plus important. Cependant il n'existe pas de lien entre ce pourcentage de suivi et un déficit éventuel en empathie ou trouble de l'attachement.

Pour ce qui est de l'usage de substance, on retrouve une forte prévalence de consommation problématique d'alcool et surtout de cannabis en lien à un style d'attachement parental insécure (RQ détaché : 2.30 vs 5.50 $p < 0.01$ $d = -1.805$) (Table 5)

TABLE 5		CAT ENFANT	%	ENFANT SUIVI EDUC	%	ENFANT SUIVI PSY	%	ENFANTS ALCOOL	%	ENFANTS TABAC	%	ENFANTS CANNABIS	%
DONNEES VALIDES	NON	24	23,8%	29	78,4%	18	48,6%	30	88,2%	22	64,7%	25	73,5%
	OUI	77	76,2%	8	21,6%	19	51,4%	4	11,8%	12	35,3%	9	26,5%
TOTAL		101	100,0%	37	100,0%	37	100,0%	34	100,0%	34	100,0%	34	100,0%
DONES MANQUANTES		3		67		67		70		70		70	
TOTAL		104		104		104		104		104		104	

Table 5 : Parentalité chez les patients addicts à l'alcool et difficultés en lien



Graphique 5 : Moyenne de consommation de cannabis chez les enfants de parents insécures

Discussion

Cette étude est la première à notre connaissance à avoir pu montrer un lien entre les antécédents familiaux de consommation problématique d'alcool et un trouble de l'attachement et de l'empathie en population clinique chez les patients alcoolo dépendant. En effet, les patients ayant des antécédents familiaux de consommation problématique d'alcool ont montré des scores d'empathie cognitive diminuée, dans leur capacité de mise en perspective, ainsi que des scores aux dimensions anxieuses de l'attachement plus élevés, quelle que soit l'échelle utilisée.

D'autre part, ces difficultés tant au niveau de l'empathie que des stratégies d'activation du système d'attachement ne sont pas isolées. Les patients présentent également d'importantes difficultés dans leur parentalité. On retrouve en effet une agglomération de difficultés tant psychologiques qu'éducatives chez leurs propres enfants, avec notamment 10 fois plus de suivi éducatif pour leurs enfants que dans la population générale (rapport de l'observatoire nationale de la protection de l'enfance) et un suivi psychologique ou psychiatrique chez un enfant sur deux. Pour autant, ces différents suivis n'ont pas pu être mis en lien avec un trouble de l'empathie ou de l'attachement au sein de notre échantillon de patient. Par contre, si l'attachement a pu être mis en lien avec les antécédents familiaux de consommation parentale, il a également pu être mis en lien avec la consommation de substance chez les enfants des patients évalués, avec une taille d'effet très importante. L'attachement semble donc jouer un rôle majeur dans la dimension familiale du trouble addictif.

Cette place de l'attachement dans le développement des pratiques addictives est soulignée par de nombreux auteurs et retrouvée dans un certain nombre d'études en population générales ont des résultats dans la même lignée (Mickelson, Kessler et Shaver, 1997 ; Vungkhanching, Sher, Jackson et Parra, 2004).

Les études en population clinique (Rosenstein et Horowitz, 1996 ;Allen, Hauser et Borman-Spurell, 1996 ;Fonagy, Leigh, Steele et al.1996 ;De Rick, Vanheule et Verhaeghe, 2009 ;Thorberg et Lyvers, 2006 ; Wedekind, Bandelow, Heitmann, Havenmann-Reinecke, et al.,2013 ;Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, et al., 2003 ; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, et al., 2005)

montrent également une sur représentation du trouble de l'attachement. Pour autant, un certain nombre d'études peuvent rapporter des résultats disparates voire contradictoires, principalement concernant l'alcool, puisque certaines études mettent en lien la consommation d'alcool et notamment le nombre d'alcoolisations ponctuelles avec un attachement secure (Olsson et al., 2011).

Une explication de ces résultats pourrait être liée à la méthodologie de l'évaluation de l'attachement et à sa complexité. La plupart des études évaluant l'attachement en addictologie s'appuient sur des évaluations issues de la psychologie sociale qui portent principalement sur l'évaluation des liens affectifs chez l'adulte, en s'appuyant donc sur un premier postulat d'une continuité des styles d'attachement entre l'enfance et l'âge adulte. Cette approche est différente de l'approche développementale de l'attachement. Cette évaluation s'appuie notamment sur une métacognition alors que l'attachement est un processus cognitif et émotionnel automatisé et pour une grande partie inconscient. Les évaluations pour l'appréhender chez l'adulte sur un plan développemental font d'ailleurs appel à des processus associatifs ou des tableaux projectifs. Pour autant, ces différentes mesures présentent un certain nombre de limites, que ce soit en terme de temps de passation, mais également en terme de fidélité inter-cotateur.

Une autre explication de l'hétérogénéité des résultats de la littérature pourrait provenir de l'impact des antécédents de consommation familiaux sur le lien d'attachement. Comme notre étude a pu le montrer, l'insécurité de l'attachement est plus marquée chez les patients ayant eux même grandi au sein d'une famille où au moins l'un des parents présentait des difficultés avec l'alcool. Or, la prévalence des antécédents familiaux de consommation problématique d'alcool est très importante, puisqu'elle représentait au sein de notre échantillon plus de la moitié des patients. Cette association entre addiction et attachement pourrait du coup être liée à l'importance de la prévalence des antécédents d'addiction au sein des différents échantillons étudiés.

Par ailleurs, le fait de trouver un lien entre attachement et antécédents familiaux d'addiction questionne le côté développemental du trouble addictif par le biais de l'attachement. En effet, l'activation de stratégies secondaires d'attachement peut être appréhendée comme facteur de risque de développement d'une addiction, ou comme conséquence de celle-ci. Il n'existe pas d'étude prospective permettant d'affirmer clairement que le trouble de l'attachement préexistait au développement de l'addiction. Le trouble de l'attachement observé au sein des patients

présentant une conduite addictive pourrait en fait en être la conséquence, que ce soit par le biais de la dégradation des réseaux et appuis sociaux, la diminution de l'estime de soi, la modification de la réactivité au stress et de la capacité à réguler ses émotions. Retrouver un lien entre attachement et antécédents familiaux semble néanmoins aller dans le sens d'une perspective plus développementale du lien entre attachement et addictions, l'insecurité de l'attachement rapportée par les patients pouvant être la résultante des difficultés d'interactions parents-enfants au sein de cette population. La place de l'attachement comme processus de co-régulation émotionnelle prend alors tout son sens dans son implication dans le développement de différents troubles, tant psychiatriques qu'addictologiques.

Les émotions ont une influence majeure sur la plupart des composantes de la vie des êtres humains puisqu'elles influencent notoirement la plupart des décisions, motivations et interactions sociales de la vie quotidienne. Pour que les enfants se développent, apprennent à réguler leurs émotions notamment, ils ont besoin de parents disponibles et avec qui avoir des interactions de qualité, et qui comprennent leurs émotions afin de pouvoir réagir et répondre de la manière la plus adaptée. Un parent présentant une addiction, que cela soit à une substance ou à un comportement a, du fait même de sa pathologie addictive, des préoccupations qui peuvent parasiter sa disponibilité : la recherche de substance, le temps passer à la consommer, les effets produits par cette dernière sur le corps et le psychisme diminuent leur implication, leur disponibilité et l'adéquation de leurs réponses aux besoins de l'enfant, rendant plus difficile leur positionnement de parent. L'attachement insecure retrouvé en population d'addictologie serait avant tout la manifestation de la sur représentation de condition de vie ayant amené des difficultés dans les interactions parents-enfants. Les difficultés engendreraient le développement de stratégies secondaires d'attachement et modifieraient la capacité empathique. Ces traits comportementaux favoriseraient l'émergence de troubles psychologiques ou addictologique. Les difficultés dans les interactions parents-enfants favoriseraient ainsi un trouble neuro-développemental de l'attachement, qui lui-même favoriserait tant l'émergence de difficultés psychologiques (notamment au niveau de l'anxiété que de l'humeur au travers d'une fragilisation de l'estime de soi) au addictologiques. Différentes études étayent cette hypothèse. En effet, une étude a pu montrer l'impact des antécédents familiaux addictologiques ou psychiatriques sur le comportement d'enfants. Il a ainsi par exemple été retrouvé que les antécédents de dépendance à une substance étaient associés à un risque multiplié par 2.1 de faire une tentative de suicide (Atwoli, Nok, Williams, Stein 2014). Ce lien entre antécédents familiaux et comportement

suicidaire a également été retrouvé dans une autre étude récente avec comme facteur médiateur l'attachement insecure (Boyda, Feeters, Dhingra, Galbraith, Hinton 2018).

Si notre étude permet de mieux cerner les interactions entre attachement et addiction, elle n'en comporte pas moins un certain nombre de limites

Celles-ci sont avant tout méthodologiques. La recherche d'un lien entre antécédents familiaux et attachement, ainsi que les répercussions sur les enfants des patients du système d'attachement et de leurs capacités empathiques n'était pas un des objectifs de l'étude princeps. Ceci explique l'absence de calcul visant à déterminer un effectif minimal pour pouvoir évaluer un effet significatif. Cela explique également qu'un certain nombre de questions ont été ajoutées à posteriori et que de nombreux patients n'ont pas pu être recontactés pour fournir les informations manquantes. Le fait que les patients n'avaient pas forcément d'enfant et que ceux – ci n'avaient pas nécessairement plus de 12 ans diminuait également le nombre de patients pouvant fournir des informations sur la problématique étudiée. Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant de comparer notre échantillon avec d'autres populations cliniques en matière d'importance de suivis éducatifs ou psychologiques.

Une autre limite méthodologique porte sur notre échantillon même. Notre étude porte sur des patients demandeurs de soins et volontaires dans un processus de changement et de visée d'abstinence. Leur perception de leur problématique addictive et de ses conséquences, leur Insight, paraît donc de prime abord comme meilleur que celui de nombreux patients présentant une conduite addictive et toujours en stade contemplatif ou pré-contemplatif. Leur style d'attachement et leur empathie sont peut-être différents de patients dans le déni de leur trouble, puisque les dommages sur leur environnement ont peut-être été pris en compte et motivé la demande de changement de leur comportement. De la même manière, les personnes ayant un attachement évitant sont en théorie peu demandeurs de soins, mettant en avant leur désir d'autonomie et rechignant à demander de l'aide. Ils sont donc en théorie peu représentés au sein des dispositifs de soins, à l'inverse des personnes ayant un attachement anxieux, surreprésentés.

D'autre part, les questions dans notre étude ne précisaient pas si les patients avaient été à l'origine des différents suivis, qu'ils soient éducatifs ou psychologiques. Ces différents éléments sont importants à prendre en compte et expliquent peut être l'absence de corrélation entre les

dimensions d'attachement, d'empathie et les différents types de suivi observée au sein de notre échantillon.

Une autre limite à laquelle nous nous sommes confrontés est l'absence d'évaluation directe des enfants et grands-parents. Les réponses portant sur les enfants et antécédents parentaux proviennent du discours des parents et sont donc subjectifs. Il aurait pu ainsi être intéressant d'évaluer les capacités d'empathie et la qualité du lien d'attachement chez les enfants.

Enfin, cette étude ne permet pas d'évaluer de manière rigoureuse la cinétique de la relation entre attachement, empathie et addiction. Des études prospectives sont ici nécessaires, que ce soit chez l'homme ou chez l'animal.

Pour conclure, cette étude, amène une réflexion en termes de prévention et d'accompagnement des patients et de leur famille. Questionner les patients sur le bien-être de leurs enfants paraît nécessaire et devrait faire partie intégrante d'une prise en charge en addictologie. Mais cette réflexion devrait aussi s'élargir au champ de la psychiatrie en général, où l'on retrouve aussi des difficultés d'interactions parents enfants qui altèrent le processus d'attachement. Il semble donc nécessaire de pouvoir évaluer et orienter les enfants et les parents vers une prise en charge adaptée à leur situation et à leurs besoins : aide éducative, maison des ados et des jeunes adultes, école des parents, centre médico psychologique, etc ..., afin de les soutenir dans leur parentalité.

En termes d'accompagnement et de thérapeutiques, à la lumière du lien entre attachement et addiction, les thérapies interpersonnelles basées sur l'attachement semblent être un levier. Travailler en thérapie sur la qualité du lien serait donc une piste d'amélioration du réseau affectif et social du patient, de la qualité de ses relations interpersonnelles. C'est sur ce concept que se base les thérapies interpersonnelles basée sur l'attachement : mettre en lien les relations précoces avec les relations interpersonnelles actuelles d'un individu en postulant que ses dysfonctionnements interpersonnels sont sous-tendus par une désorganisation de son système d'attachement dont l'activation s'opérerait à l'occasion d'un événement de vie stressant. Le stress joue un rôle central dans l'activation du système d'attachement et les addictions, notamment pour ce qui est du craving. Ce dernier est également un des facteurs liés à la rechute. Ce style de thérapie, qui travaille sur des stratégies d'adaptation et de régulation du stress, pourrait donc être

un pivot intéressant dans l'accompagnement des patients présentant une addiction.

Enfin, l'administration d'ocytocine chez l'animal a montré un effet sur la diminution des consommations de diverses de drogue (Bowen, Carson, Spiro, Arnold J.C. et al., 2011 ; Peters, Bowen, Bohrer et McGregor, 2016 ; Georgiou, Zanos, Ehteramy, Hourani et al. 2014). Elle a aussi sa place dans la régulation des émotions, et notamment dans la réactivité au stress (Opacka-Juffry et Changiz, 2012 ; Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum et Ehlert, 2003). Cette hormone pourrait dans le futur, être utilisable chez l'être humain dans la diminution des consommations de toxiques, et dans l'amélioration de la qualité du lien parents-enfants.

Bibliographie :

Ahrens KR, Ciechanowski P, Katon W. Associations between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population. *J Psychosom Res.* 2012 May;72(5):364-70

Allen, J. P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). "Attachment Theory as a Framework for Understanding Sequelae of Severe Adolescent Psychopathology: An 11-Year Follow-up Study." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2), 254–63.

Amenta S, Noël X, Verbanck P, Campanella S. Decoding of emotional components in complex communicative situations (irony) and its relation to empathic abilities in male chronic alcoholics: an issue for treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 Feb;37(2):339-47

Atwoli L, Nock M, Williams DR, Stein DJ. Association between parental psychopathology and suicidal behavior among adult offspring: results from the cross-sectional South African. *Stress and Health survey. BMC Psychiatry* 2014,14:65

Ballard ME, Bedi G, De Wit H. Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol on evaluation of emotional images. *J Psychopharmacol.* 2012 Oct; 26(10):1289-98

Beck F, Adès JE. OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). *Drogues, chiffres clés, 7ème édition [Internet].* 2017 [cited 2017 Jul 2017]. Available from : <http://www.ofdt/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>

Bernaerts S, Prinsen J, Berra E, Bosmans G, Steyaert J, Alaerts K. Long-term oxytocin administration enhances the experience of attachment. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Apr;78:1-9

Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (2002). *Attachement et perte*. Vol. 1, Vol. 1,. Paris: Presses universitaires de France.

Bowen MT, Carson DS, Spiro A, Arnold JC, McGregor IS. Adolescent oxytocin exposure causes persistent reductions in anxiety and alcohol consumption and enhances sociability in rats. *PLoS One*. 2011;6(11):e27237

Boyda D, McFeeters D, Dhingra K and al. Parental psychopathology, adult attachment and risk of 12-month suicidal behaviours. *Psychiatry Research*. Volume 260, February 2018, Pages 272-278

Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998 Oct;66(5):835-78

Burge D, Hammen C, Davila J et al. The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescent women. *Dev Psychopathol*. 1997 Winter;9(1):151-67

Caspers KM, Yucuis R, Troutman B, Spinks R. Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006 Nov 2;1:32

Cooper ML, Shaver PR, Collin NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* 1998 May;74(5):1380-97

De Rick A, Vanheule S, Verhaeghe P. Alcohol addiction and the attachment system : An empirical study of attachment style, alexithymia and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance use and misuse* . 2009 ;44 :99-114

Erol A, Akyalcin Kirdok A, Zorlu N, Polat S, Mete L. Empathy, and its relationship with cognitive and emotional functions in alcohol dependency. *Nord J Psychiatry*. 2017 Apr ; 71(3) : 205-209

Feldman R, Zagoory-Sharon O, Weisman O et al. Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 genes. *Biol Psychiatry*. 2012 Aug 1;72(3):175-

81

Ferland CL, Reichel CM, McGinty JF. Effects of oxytocin on methamphetamine-seeking exacerbated by predator odor pre-exposure in rats. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016 Mar;233(6):1015-24

Finzi-Dottan, Ricky, Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). "The Drug-User Husband and His Wife: Attachment Styles, Family Cohesion, and Adaptability." *Substance Use & Misuse* 38(2), 271–92.

Flores PJ. Addiction as an attachment disorder. Jason Aronson . 2004

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). "The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(1), 22–31.

Georgiou P, Zanos P, Ehteramyan M et al. Differential regulation of mGlu5 R and MOPr by priming- and cue-induced reinstatement of cocaine-seeking behaviour in mice. *Addict Biol* . 2015 Sep;20(5):902-12

Grynberg D, Maurage P, Nandrino JL. Preserved affective sharing but impaired decoding of contextual complex emotions in alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017 Apr;41(4):779-785

Gross JJ, Mohiyeddini C, Opacka-juffry J. Emotional suppression explains the link between early life stress and plasma oxytocin. *Anxiety stress coping* 2014 ;(4) : 466-75.10.1080

Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*. 2003 Dec 15;54(12):1389-98

Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M.F., Nachmias, M. Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships, *Child Development* .1995 ;66 : 1100-1106

Hicks C, Cornish JL, Baracz SJ, Suraev A, McGregor IS. Adolescent pre-treatment with oxytocin protects against adult methamphetamine-seeking behavior in female rats. *Addict Biol*. 2016 Mar;21(2):304-15

Ipsier JC, Terburg D, Syal S et al. Reduced fear-recognition sensitivity following acute buprenorphine administration in healthy volunteers. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38:166–170.

Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. *Addict Behav* . 2007 Jun;32(6):1164-76

Khantzian, E.J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997 ; 4 :231–244

Lei L, Wu Y. Adolescents' paternal attachment and Internet use. *Cyberpsychol Behav*. 2007 Oct;10(5):633-9

Lindberg MA, Zeid D. Interactive pathways to substance abuse. *Addict Behav* 2017 Mar;66:76-82

Luo HP, Peng Y. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. 2008 ; 16(3), 319-320

Manbeck K, Shelley D, Schmidt CE, Harris AC. Effects of oxytocin on nicotine withdrawal in rats. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014 Jan;116:84-9

Maurage P, Grynberg D, Noël X et al. Dissociation between affective and cognitive empathy in alcoholism: a specific deficit for the emotional dimension. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Sep;35(9):1662-8

Mc Rae-Clark AL, Baker NL, Maria MM, Brady KT. Effect of oxytocin on craving and stress response in marijuana-dependent individuals: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 Aug;228(4):623-31

Melchers M, Li M, Chen Y, Zhang W, Montag C. Low empathy is associated with problematic use of the Internet: Empirical evidence from China and Germany. *Asian J Psychiatr*. 2015 Oct;17:56-60. doi: 10.1016/j.ajp.2015.06.019. Epub 2015 Jul 6

Michaud P. Les enfants de parents alcooliques. *Le Carnet PSY* 2001 ; 61

Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol* 1997 Nov;73(5):1092-106

Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012

Mikulincer M, Shaver PR. *Attachement in adulthood, structure, dynamics and change*. 2ème édition. 2016

Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol* .2018 Feb 14;25:6-10

Miller MA, Bershad A, De Wit H. Drug effects on responses to emotional facial expressions: recent findings. *Behav Pharmacol*. Author manuscript; available in PMC 2016 Jun 13

Olsson, Craig A., Moyzis, R.K., Williamson, E., Ellis, J.A., Parkinson-Bates, M., Patton, G.C., Dwyer, T., Romaniuk, H., & Moore, E.E. (2013). "Gene-Environment Interaction in Problematic Substance Use: Interaction between DRD4 and Insecure Attachments." *Addiction Biology* 18(4), 717–26

ONPE (observatoire nationale protection de l'enfance).Douzième rapport au Gouvernement .

2017. Available from :

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2017_web_complet.pdf

Peters ST, Bower MT, Bohrer K, McGregor IS, Neumann ID. Oxytocin inhibits ethanol consumption and ethanol-induced dopamine release in the nucleus accumbens. *Addict Biol.* 2017

May;22(3):702-711

Reis, S., Curtis, J. Reid, A. (2012). Attachment styles and alcohol problems in emerging adulthood: a pilot test of an integrative model. *Mental Health and Substance Use*, 5 (2), 115-131

Rosenstein, D. S., & Horowitz, H.A. (1996). "Adolescent Attachment and Psychopathology." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2), 244–53.

Scheidt, C.E., Waller, E., Malchow, H et al. Attachment representation and cortisol response to the Adult Attachment Interview in idiopathic spasmodic torticollis, *Psychotherapy & Psychosomatics*

2000 ; 69, 155-162

Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders : a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attach Hum Dev.* 2005 Sep;7(3):207-28

Dev. 2005 Sep;7(3):207-28

Spangler, G., Schieche, M. Emotional and adrenocortical responses of infants to the Strange Situation : The differential function of emotional expression, *International Journal of Behavioral Development.* 1998 ; 22, 681-706

Development. 1998 ; 22, 681-706

Tomei A, Besson J, Grivel J. Linking empathy to visuospatial perspective-taking in gambling addiction. *Psychiatry Res.* 2017 Apr;250:177-184

addiction. *Psychiatry Res.* 2017 Apr;250:177-184

Thorberg, Fred Arne, & Lyvers, M. (2006). "Attachment, Fear of Intimacy and Differentiation of Self among Clients in Substance Disorder Treatment Facilities." *Addictive Behaviors* 31(4), 732–37.

Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Jul 15;75(1):47-53

Wedekind, Dirk, Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K.R., & Huether, G. (2013). "Attachment Style, Anxiety Coping, and Personality-Styles in Withdrawn Alcohol Addicted Inpatients." *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 8(1).

Zanos P, Georgiou P, Wright SR et al. The oxytocin analogue carbetocin prevents emotional impairment and stress-induced reinstatement of opioid-seeking in morphine-abstinent mice. *Neuropsychopharmacology*. 2014 Mar;39(4):855-65

Zapf JL, Greiner J, Carroll J. Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2008 ;15(2), 158-175

Zurowska N, Kalwa A, Rymarczyk K, Habrat B. Recognition of emotional facial expressions in benzodiazepine dependence and detoxification. *Cogn Neuropsychiatry*. 2018 Mar;23(2):74-87

Annexe :

INTÉRÊT DE L' IOWA GAMBLING TASK COMME MARQUEUR PRÉDICTIF DE RECHUTE DANS L'ALCOOLISME

Version n°7

Date 20/02/2018

Nom du Centre : _____	N°	_ _
Nom du Patient (Première lettre) :		_
Prénom du Patient (Première lettre) :		_
Numéro de patient :		_ _ _

<u>Promoteur</u>	<u>Investigateur Coordinateur</u>
Centre Hospitalier Henri Laborit 370 avenue Jacques Cœur CS 10587 86021 Poitiers Cedex Tél : 05.49.44.57.57 Fax : 05.49.44.57.33	N. JAAFARI C. SYLVAIN

Calendrier prévisionnel des dates de visites

VISITE	DATE THEORIQUE	DATE REELLE																
Consultation Inclusion	NA	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
Visite M1 (1 mois)	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Visite M3 (3 mois)	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Visite M6 (6 mois)	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Visite M12 (12 mois)	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Visite non programmée (1)	NA	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
Visite non programmée (2)	NA	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																

Consignes de remplissage du cahier d'observation

1-Identification patient

Exemple : 5^{ième} patient de l'étude

* Initiales patient : écrire en lettres capitales l'initiale du nom et l'initiale du prénom

Exemple : DUPONT Emilie

Si le patient a un prénom composé prendre l'initiale du premier prénom

Exemple : DUPONT Jean Paul

* Numéro du centre : le numéro est attribué par

2- Remplissage

Toutes les cases et les espaces doivent être remplis lisiblement, sans employer d'abréviations

Exemple : Poids : 53 kg kg

4,6 :

Données absentes, employez les abréviations suivantes :

NK - si l'information n'est pas connue, non récupérable ou non accessible

ND - si un procédé n'est pas fait

NA - si une question posée n'est pas applicable

3- Evénement Indésirable Grave

Si un EIG se produit pendant l'étude, il devra être rapporté immédiatement à la personne responsable de la sûreté primaire

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	------------------

VISITE INCLUSION (J1)

Date de la visite : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Remise de la note d'information et du consentement ? Oui Non

Le consentement éclairé et les documents de l'étude ont été examinés avec le sujet
 Oui Non

Le patient a-t-il bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre la délivrance de l'information et la signature du consentement ? Oui Non

Date de signature du consentement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Une copie des documents signés a été fournie au sujet Oui Non

Nom de la personne qui a obtenu le consentement éclairé :

Date de la consultation: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Date de l'admission |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Structure

Patient greffé : Oui Non

Date de l'intervention chirurgicale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

CRITERES D'INCLUSION

	OUI	NON
1. Age entre 18 ans et 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problématique éthylique selon DSM V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. MOCA > 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bonne maitrise de la langue française	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Greffe hépatique (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) patient greffé

Une seule réponse négative entraîne la non inclusion du patient

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

CRITERES DE NON INCLUSION

	OUI	NON
1. Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Troubles Bipolaires Type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. MOCA ≤20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Patient sous curatelle ou tutelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Patient hospitalisé sous contrainte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Présence de syndrome de Korsakoff ou de pathologie neurologique dégénérative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Troubles de l'audition, troubles visuels non corrigés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Patient non bénéficiant de Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Femme enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Difficultés d'expression ou compréhension en langue française	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Absence de l'encéphalopathie hépatique (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une seule réponse positive entraîne la non inclusion du patient

(*) patient greffé

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

IDENTIFICATION

Date de naissance: | | | | | | | |

Sexe : Féminin Masculin

Droitier Gaucher Ambidextre

Langue Maternelle :

Pays de naissance

VIE FAMILIALE

Statut familial : Célibataire Marié(e) / vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants : | | | |

Garçon(s) | | | |

Fille(s) | | | |

Frère(s) et sœur(s) :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degrés de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie.

Côté Maternel			Côté Paternel				Fratrie				
	Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych
Gd				Gd				Frère 1			
Mère				Mère							
Gd				Gd				Frère 2			
Père				Père							
Mère				Père				Sœur 1			
Tante				Tante				Sœur 2			
Oncle				Oncle							

« Diriez-vous que votre parent semblait heureux de sa consommation d'alcool/substance ? »

pas du tout heureux

ravi de sa consommation

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

« Quelle image aviez-vous enfant de sa consommation d'alcool/substance ? »

extrêmement négatif

extrêmement positif

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

- Conditions de vie habituelles (derniers 3 ans) |__|

(1)– avec conjoint et enfants, (2) – avec conjoint seulement, (3) – avec enfants seulement, (4) – avec parents, (5) – avec famille, (6) – avec amis, (7) – seul, (8) – environnement contrôlé, (9) – pas de conditions de vie stables

- Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :

6 A : problèmes d'alcool ?

Oui

Non

6 B : problèmes de substances non prescrites ?

Oui

Non

- Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ? |__|

(1)– famille, (2) – amis, (3) – seul(e)

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Si vous avez des enfants, ont-ils eu besoin :

- d'un suivi éducatif (AED, AEMO : aide éducatives, placement) Oui Non
- d'un suivi psychologique ou psychiatrique (psychologue, pédo-psychiatre) Oui
Non

Vos enfants ont-ils eu des problèmes avec des consommations de substance ? (cocher la /les cases si oui)

- Non concerné < 12 ans Alcool Tabac Cannabis Autre Illicite

VIE PROFESSIONNELLE

Quelle est (était) votre profession ?.....

Etudiant(e) : oui non

Si arrêt de l'activité, préciser si elle est en lien avec la maladie :.....

Année de l'arrêt : |__|__|__|__|

Avez-vous déjà exercé d'autres activités professionnelles au cours de votre carrière ?

.....

A quel âge avez-vous commencé à travailler ?.....

Jusqu'à quel âge avez-vous poursuivi des études ?.....

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?.....

Avez-vous passé des diplômes professionnels ou techniques ?.....

Niveau d'éducation scolaire:

Pas de diplôme ou au maximum un CAP pour adulte

CEP ou CAP+CEP

CEP ou notion d'une scolarité secondaire (au maximum jusqu'à la fin d'une classe de 4^{ème})

CEP ou CEP + études techniques courtes (au maximum jusqu'à la fin d'une classe de 4^{ème} T)

Notion d'une scolarité allant de la fin d'une classe de 3^{ème} (avec ou sans le Brevet des Collèges) à la fin d'une classe de terminale (sans le Bac complet)

Réussite à un examen de niveau Bac, ou Bac et plus

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	-------------------------

Bénéficiaire d'une aide financière (AAH, RSA...) :

oui non

- Avez-vous un permis de conduire valide ?

oui non

- Pouvez-vous disposer d'une automobile

oui non

- Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ? |_|_|_| ans |_|_|_| mois

- Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ?

oui non

- (Si oui à la question précédente) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ?

oui non

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

SANTÉ

SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *

Voie d'administration: 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV

Prescription : 0 = non ; 1 = oui

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescriptions 30 der jours	Toute la vie	Voie
* <u>1</u> -alcool toute utilisation	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>2</u> -alcool intox	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>3</u> -héroïne	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>4a</u> -méthadone	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>4b</u> -buprénorphine	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>5</u> -autres opiacés/ analgésiques	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>6</u> -barbituriques	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>7</u> -autres sédatifs/ hyp/ tranq	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>8</u> -cocaïne	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>9</u> -amphétamines	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>10</u> -cannabis	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>11</u> -hallucinogènes	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>12</u> -inhalants	_ _	_ _	_	_ _	_
* <u>12b</u> -tabac	_ _	_ _		_ _	_
* <u>13</u> -plus d'une substance par jour	_ _			_ _	

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

Age première expérimentation |_|_|_|

Age première ivresse |_|_|_|

Age de l'apparition de l'usage régulier (10 fois par mois) |_|_|_|

Usage quotidien |_|_|_|

Age d'apparition des troubles liés à l'alcool |_|_|_|

Durée de la consommation problématique |_|_|_|

Fréquence de la consommation (avant l'hospitalisation) |_|_|_|

(0) Pas dans le mois / (1) Mois de 10 fois par mois / (2) Plus de 10 fois par mois / (3) Quotidien

Type d'alcool : Vin Bière Whisky Pastis Autre

Consommation totale d'alcool (TAC) (avant l'hospitalisation) : |_|_|_|_|
g/jour (avant l'hospitalisation)

Nombre de jour(s) de consommation importante/mois (HDD) : |_|_|_|

(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Date de la dernière consommation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de jours d'abstinence lors de l'évaluation initiale : |_|_|_| jours

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _	Centre _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	------------------

HISTOIRE DE LA MALADIE

Age de la première prise en charge de la maladie : |_|_| ans

- Consommation d'alcool pendant la grossesse de la mère du patient Oui Non
- Demandes hospitalisation pour sevrage Oui Non Nombre |_|_|
- Hospitalisation en postcure Oui Non Nombre |_|_|
- Demandes sevrage en ambulatoire Oui Non Nombre |_|_|
- Durée d'abstinence après chaque sevrage :

N° SEVRAGE	DATE DE DEBUT (mm/aaaa)	DATE DE FIN (mm/aaaa)	DUREE (MOIS)
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	
	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Cirrhose : Oui Non

Etiologie cirrhose Alcool VHB VHC Mixte

Le patient a-t-il des antécédents médicaux? Oui Non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Antécédents Médicaux	DATE DE DEBUT (mm/aaaa)	En Cours	DATE DE FIN (mm/aaaa)
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _ _

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Le patient a-t-il des antécédents chirurgicaux personnels ? Oui Non

Si **OUI**, compléter le tableau ci-dessous :

Antécédents Chirurgicaux	DATE (mm/aaaa)
	_ _ / _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _
	_ _ / _ _ _ _

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	-------------------------

-Hospitalisation sous contrainte

Oui

Non

Nombre |_|_|

TENTATIVE(S) DE SUICIDE :

Nombre de tentative(s) de suicide :

|_|_|

Types de tentatives de suicides : (*Plusieurs choix possibles*)

Médicaments

Alcool

Armes

Phlébotomie

Pendaison

Toxiques (produits chimiques)

Autre :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

TRAITEMENTS

Le patient a-t-il pris un traitement médicamenteux au cours des 12 derniers mois ?

- Oui *Compléter la page des traitements page 60*
 Non

Un traitement médicamenteux a-t-il été initié depuis la visite d'inclusion ?

- Oui *Compléter la page des traitements page .60*
 Non

- **Quantité de BZD ou apparenté consommée avant l'évaluation (7 jours) :**

Catégorie	Posologie

PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

- Avez-vous vous bénéficié d'une prise en charge thérapeutique ? Oui Non

Laquelle :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

BILAN BIOLOGIQUE

Examen	Résultat		Examen	Résultat	
Leucocytes		mm ³	GGT		UI/l
PNN		mm ³	Ph. Alcalines		UI/
Hémoglobine		g/l	Bilirubine T		µmol/l
Plaquettes		mm ³	ALAT		UI/l
Résiduel IS		Ng/ml	ASAT		UI/l
Urée		Mmol/l	Glycémie		g/l
Ac Urique		µmol/l	Triglycérides		g/l
Créatinine		µmol/l	Cholestérol		g/l
K		Mmol/l	HDL		g/l
NA		Mmol/l	LDL		g/l
Fibroscan	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Bandelette urinaire effectuée : Oui Non

Commentaires :

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

EVALUATIONS PSYCHIATRIQUES

Examen psychiatrique Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Pour les évaluations se référer au « cahier psychiatre »

Une fois complété, remettre « le cahier psychiatre » dans le dossier du patient.

Tous les tests ont-ils été réalisés ? Oui Non

Si **Non**, veuillez citer les tests qui n'ont pas été réalisés et en expliquer la raison.

.....

Commentaires :

.....

Reporter ci-après uniquement les scores totaux des tests à partir des résultats présents dans le cahier de passation.

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

MINI

A	Episode dépressif majeur	Actuel	Oui	Non
		Passé	Oui	Non
A'	EDM avec caractéristiques mélancoliques actuel		Oui	Non
B	Dysthymie actuel		Oui	Non
C	Risque suicidaire actuel		Oui	Non
		Léger	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Moyen	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Elevé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
D	Episode hypomaniaque	Actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Passé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Episode maniaque	Actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Passé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
E	Trouble panique	vie entière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Attaques paucisymptomatiques vie entière		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
F	Agoraphobie	Trouble panique sans agoraphobie actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Trouble panique avec agoraphobie actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Agoraphobie sans antécédents de trouble panique actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
G	Phobie sociale actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
H	Trouble obsessionnel compulsif actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
I	Etat de stress post traumatique actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J	Dépendance alcoolique actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Abus d'alcool actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
K	Dépendance à une (des) substance(s) (non alcoolique) actuelle		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Abus de substance(s) non alcoolique actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L	Syndrome psychotique	Actuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		vie entière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
M	Anorexie mentale actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
N	Boulimie actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Anorexie mentale Binge-eating/purging type actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
O	Anxiété généralisée actuel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
P	Trouble de la personnalité antisociale vie entière		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _	Centre _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	------------------

MADRS

SCORE TOTAL |_|_| / 60

Commentaires :

.....

.....

MOCA TEST

Questionnaire réalisé ? : Oui Non ➔ En donner la
raison :

Score : |_|_| / 30 (ajouter les scores de tous les items, si niveau scolaire inférieur au Bac
ajouter +1 pnt)

HRAR (High Risk Alcoholism Relapse Scale

SCORE TOTAL |_|_| / 6

Commentaires :

.....

.....

.....

Critère DSM-5 : Trouble de l'usage de substance

SCORE TOTAL |_|_| / 11

Commentaires :

.....

.....

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

EVN Craving

Echelle réalisée ? : Oui Non

➔ En donner la raison :.....

Score : |_|_| (correspond au chiffre entouré par le patient sur l'échelle d'évaluation numérique).

EVN Motivation à l'abstinence

Echelle réalisée ? : Oui Non

➔ En donner la raison :.....

Score : |_|_| (correspond au chiffre entouré par le patient sur l'échelle d'évaluation numérique).

EVN Croyance en ses capacité à y arriver

Echelle réalisée ? : Oui Non

➔ En donner la raison :.....

Score : |_|_| (correspond au chiffre entouré par le patient sur l'échelle d'évaluation numérique).

Pour vous, aujourd'hui, l'alcool est quelque chose :

Echelle réalisée ? : Oui Non

➔ En donner la raison :.....

Score : |_|_| (correspond au chiffre entouré par le patient sur l'échelle d'évaluation numérique).

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------	------------------

ADS - FR

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

→ Si non, en donner la raison :

Cotation :

- Les questions avec deux choix sont cotés : 0 ou 1
 - Les questions avec trois choix sont cotés : 0, 1, 2
 - Les questions avec quatre choix sont cotés : 0, 1, 2, 3
- Le score total peut varier de 0 à 47

Score TOTAL : |_|_|_|_|

OCDS

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

→ Si non, en donner la raison :

Les questions 1 à 6 scorent les **Pensées Obsédantes** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 1 et 2, auquel on ajoute les scores des questions 3, 4, 5 et 6. Le score maximal sur l'échelle des pensées obsédantes est donc de 20. **PO** = max(q1,q2) + q3 + q4 + q5 + q6

Score PO : |_|_|_|_|

Les questions 7 à 14 scorent les **Envies Compulsives** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 7 et 8, de même avec les questions 9 et 10, on ajoute les scores des questions 11 et 12, puis le score le plus élevé entre les questions 13 et 14. **EC** = max(q7,q8) + max(q9,q10) + q11 + q12 + max(q13,q14)

Score EC: |_|_|_|_|

Le **score total** s'obtient par l'addition des scores PO et EC **Score total OCDS = PO + EC**

Score TOTAL : |_|_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Questionnaire DMQ-R

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation : 20 questions qui sont notées sur 5 points : (1) presque jamais / jamais ; (2) une partie de notre temps ; (3) la moitié du temps ; (4) la plupart du temps ; (5) presque toujours / toujours.

Echelle sociale (en abrégé)	Point du questionnaire
Socialisation (SOC)	3,5,11,14,16
Faire face (COP)	1,4,6,15,17
Sensation (ENH)	7,9,10,13,18
Conformité (CON)	2,8,12,19,20

Score Socialisation : | | | |

Score Faire face : | | | |

Score Sensation : | | | |

Score Conformité : | | | |

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Drinker Inventory of consequences (DrInC)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

→ Si non, en donner la raison :

Cotation : 50 items cotés : 0 pour Non et 1 pour Oui (Vie) et de 0 à 3 pour l'évaluation au cours des 3 derniers mois.

Le calcul des sous-scores pour les deux intervalles de temps (vie entière ; 3 mois précédents) sont identiques :

DrInC Physical : items 1, 8, 11, 13, 24, 29, 33, 48

DrInC Inter-personal : items 4, 7, 17, 21, 27, 30, 31, 39, 43, 46

DrInC Intra-personal : items : 2, 12, 16, 18, 34, 36, 37, 38

DrInC Impulse Control : items 9, 10, 19, 22, 23, 28, 32, 41, 42, 47, 49, 50

DrInC Social Responsibility : items 3, 6, 14, 20, 26, 40, 44

Total score DrInC = Physical+ Inter-personal + Intra-personal+ Impulse Control + Social Responsibility
Control Scale : items 5, 15, 25, 35, 45 (des items à zéro sur l'échelle de contrôle peuvent indiquer que les réponses ne sont pas fiables. De même sur la version à 3 mois, un total de 5 ou moins est suspect.

VIE ENTIERE

Score DrInC Physical: Score	_ _	
DrInC Inter-personal: Score	_ _	
DrInC Intra-personal: Score	_ _	
Impulse Control: Score	_ _	
Social Responsibility:	_ _	
SCORE TOTAL vie entière	_ _	Score de contrôle _ _

LES 3 MOIS PRECEDENTS

Score DrInC Physical: Score DrInC	_ _	
Inter-personal: Score DrInC	_ _	
Intra-personal: Score Impulse	_ _	
Control: Score Social	_ _	
Responsibility: SCORE TOTAL 3	_ _	
mois précédent	_ _	Score de contrôle _ _

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Hanil alcohol insight scale : échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Les phrases entre parenthèses dans les questions 5, 10, 15, 20 doivent être utilisées lors des consultations en ambulatoire

Règles de cotation :

- Questions pour évaluer un bon insight sont posées par les items : 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20). Pour ces items, la cotation sera : d'accord (2), incertain (1), pas d'accord (0)

- Questions pour évaluer un faible insight sont posées par les items : 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19. pour ces items, la cotation sera : d'accord (-2), incertain (-1), pas d'accord (0)

Sous dimensions :

-(1) Reconnaissance d'un problème avec l'alcool : (items 1, 6, 11, 16)

-(2) Acceptation de la notion d'une perte de contrôle sur la consommation d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance (items 2, 7, 12, 17)

-(3) Intentionnalité vers l'abstinence (items 3, 8, 13, 18)

-(4) attribution ou non de sa consommation d'alcool à l'environnement et degré d'empathie attribué aux personnes affectées par sa consommation (items : 4, 9, 14, 19) -

(5) Reconnaissance de la nécessité d'un traitement (items 5, 10, 15, 20).

Insight faible de -20 à 3

Insight correct de 4 à 15

Insight de bon niveau de 16 à 20

Sous-dimension (1) PB : |_|_|

Sous-dimension (2) PC : |_|_|

Sous-dimension (3) ABST : |_|_|

Sous-dimension (4) ATT-EP : |_|_|

Sous-dimension (5) TT : |_|_|

Score HAIS Total : |_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	----------------	------------------

BDI

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Score BDI : |_|_|_|_|

STAI

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation :

Chaque item de l'inventaire d'anxiété trait-état est évalué de 1 à 4, selon son intensité en ce qui concerne l'anxiété-état (non = 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4) et en fonction de sa fréquence en ce qui concerne l'anxiété-trait (presque jamais = 1, parfois = 2, souvent = 3, presque toujours = 4).

Cependant, les notes des items "moins" (mesurant l'absence d'anxiété) doivent être inversées (4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4 : items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 et 20 de l'échelle d'anxiété-état et items 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 et 39 de l'échelle d'anxiété-trait). La note totale varie donc de 20 à 80.

Score STAI ETAT : |_|_|_|_|

Score STAI TRAIT : |_|_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

IRI

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :.....

Cotation : 28 items cotés A, B, C, D, E. Selon le numéro de l'item la cotation est inversée.

Cotation : A(0) ; B(1) ; C(2) ; D (3) ; E (4) pour les items

1,2,5,6,8,9,10,11,16,17,20,21,22,23,24,25,26,27,28

Cotation : A(4) ; B(3) ; C(2) ; D (1) ; E (0) pour les items 3,4,7,12,13,14,15,18,19

Scores et sous-scores :

Cognitive Empathy (CE) = Fantasy scale (FS) + Persepctive-taking (PT)

Fantasy scale correspond à la somme des scores des items : 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26

Persepctive taking correspond à la somme des scores des items : 3, 8, 11,

15, 21, 25, 28 Emotional Empathy (EE) = Empathic concern (EC) +

Personal distress (PD)

Empathic concern correspond à la somme des scores des items : 2, 4, 9, 14, 18, 20, 22

Personal distress correspond à la somme des scores des items : 6, 10, 13, 17, 19, 24, 27

Fantasy scale (FS): |_|_|_|

Persepctive-taking (PT): |_|_|_|

Cognitive Empathy (CE): |_|_|_|

Empathic concern (EC): |_|_|_|

Personal distress (PD): |_|_|_|

Emotional Empathy (EE) : |_|_|_|

SCORE TOTAL IRI |_|_|_|_| (CE+EE)

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

Estime de soi (Echelle de Rosemberg)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Cotation directe (1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; 4=4) pour les questions 1, 2, 4, 6 et 7
 Cotation inversée (1=4 ; 2=3 ; 3=2 ; 4=1) pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10
 Faire la somme des points attribués, donnant un total /40 :
 Si total < 25 : estime de soi très faible, un travail dans ce domaine semble souhaitable
 Si total = 25-31 : estime de soi faible, un travail dans ce domaine serait bénéfique
 Si total = 31-34 : estime de soi dans la moyenne
 Si total = 34-39 : estime de soi forte
 Si total > 39 : estime de soi très forte, haute opinion de soi-même, caractère très affirmé

Score TOTAL : |_|_|_|_|

Affirmation de soi (Echelle de Rathnus)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Cotation directe (1=1 ; 2=2 ; ...) pour les questions : 3, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29
 Cotation inversée (1=6 ; 2=5 ; ...) pour les questions : 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 24, 26, 30 Le score est obtenu par addition des points donnés à chaque question en tenant compte de la cotation directe ou inversée. Un score tendant vers 0/180 signifie que le sujet présente des difficultés d'affirmation de soi dans le sens de la passivité. Plus le score est faible, plus on est affirmé.

Score TOTAL : |_|_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

Phobie Sociale (Echelle Liebowitz)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Cotation : somme des items

Interprétation : 51 ou moins = léger ; 52 à 81 = modéré ; 82 et plus = sévère.

Score TOTAL : |_|_|_|_|

Questionnaire WCCR : Stratégie de coping

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Ce questionnaire définit 3 échelles de coping :

Réponse : non=1 ; plutôt non = 2 ; plutôt oui = 3 ; oui = 4.

* Coping centré sur le problème : questions 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27

* Coping centré sur l'émotion : questions 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26

* Coping centré sur la recherche de soutien social : questions 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24

Les scores de ces différentes échelles de coping sont obtenus en faisant la somme des scores d'items en fonction de leur cotation. Cotation inversée pour la question 15. /

Cotation directe pour toutes les autres questions.

WCCR problème : |_|_|_|_|

WCCR émotion : |_|_|_|_|

WCCR recherche de soutien social : |_|_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Echelle d'alexithymie de Toronto (TAS 20)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Interprétation : 20 questions avec une cotation normale ou inversée (Cotation inversée pour les items en

gras).

COTATION normale	
1 - Désaccord complet	1
2 - Désaccord relatif	2
3 - Ni accord ni désaccord	3
4 - Accord relatif	4
5 - Accord complet	5

COTATION inversé	
1 - Désaccord complet	5
2 - Désaccord relatif	4
3 - Ni accord ni désaccord	3
4 - Accord relatif	2
5 - Accord complet	1

Sous-score :

Difficulté à identifier ses émotions : Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

Difficulté à décrire ses émotions : Items 2, 4, 11, 12, 17

Pensées orientées vers l'extérieur : Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20

Non alexithymique TAS ≤ 44 // Indéterminé

44 ≤ TAS ≤ 56 //

Alexithymique TAS ≥ 56

Difficulté à identifier ses émotions : | | | |

Difficulté à décrire ses émotions : | | | |

Pensées orientées vers l'extérieur : | | | |

Score TOTAL TAS : | | | |

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	-------------------------

Relationship questionnaire

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

	Catégorie cochée	Score à chaque catégorie
A : sécure		
B : craintif		
C : préoccupé		
D détaché		

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

ECHELLE DE REGUATION EMOTIONNELLE (DERS-F)

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Interprétation :

Faire la somme des points donnés à chaque question, en tenant compte du sens de la cotation (normale ou inversée) attribué à la question

Questions à cotation normale : 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36

Questions à **cotation inversée** : **1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24, 34**

Un score total élevé suggère un problème de régulation des émotions plus important.

Le score total peut se diviser en 6 sous-catégories :

Nonacceptance : somme des points des questions 11 + 12 + 21 + 23 + 25 + 29

Goals : somme des points des questions 13 + 18 + 20 + 26 + 33

Impulse : somme des points des questions 3 + 14 + 19 + 24 + 27 + 32

Aware : somme des points des questions 2 + 6 + 8 + 10 + 17 + 34

Strategies : somme des points des questions 15 + 16 + 22 + 28 + 30 + 31 + 35 + 36

Clarity : somme des points des questions 1 + 4 + 5 + 7 + 9

Score	_ _
nonacceptance	_ _
Score goals: Score	_ _
impulse: Score	_ _
aware : Score	_ _
strategies : Score	_ _
clarity : Score Total :	_ _

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

UPPS

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation : [R] = items à renverser

Cotation normale : (1) Tout à fait d'accord / (2) Plutôt d'accord / (3) Plutôt en désaccord / (4) Tout à fait en désaccord.

Score Urgence : 4[R]; 7[R]; 12[R]; 17[R]; |_|_|

Score Urgence positive: 2[R]; 10[R]; 15[R]; 20[R]. |_|_|

Score Manque de Préméditation: 1; 6; 13; 19. |_|_|

Score Manque de Persévérance: 5; 8; 11; 16; ² |_|_|

Score Recherche de Sensation: 3[R]; 9[R]; 14[R]; 18[R]; |_|_|

Score TOTAL |_|_|

ACS

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation normale : items 4,5,9,10,13,14,17,18,19

Cotation inversée : items 1,2,3,6,7,8,11,12,15,16,20

Scoring: ACS Full Scale: average of all 20 items.

ACS Focusing Subscale: average of items 1, 2, 3, 6, 7, 8, 12,

ACS Shifting Subscale: average of items 10, 13, 17, 18, 19

Higher scores on the ACS Full Scale indicate great attentional control, higher scores on the ACS Focusing subscale indicate greater attentional focus, and higher scores on the ACS Shifting subscale indicate greater capacity for attentional shifting.

Score ACS Focusing Subscale: |_|_|

Score ACS Shifting Subscale: |_|_|

Score TOTAL : |_|_| moyenne de tous les items

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

Echelle d'impulsivité de Barratt : BIS 11

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation inversée pour les items en **gras**

Impulsivité cognitive Score : |__|__| (score de 11 à 44)

(pour calculer la dimension impulsivité cognitive, additionner les items 5,**9**,11,**20**,28,6,24,26).

Impulsivité motrice Score : |__|__| (score de 11 à 44)

(pour calculer la dimension impulsivité motrice, additionner les items 2,3,4,17,19,22,25,16,21,23,**30**)

Difficulté de planification Score : |__|__| (score de 11 à 44)

(pour calculer la dimension difficulté de planification, additionner les items **1,7,8,12,13,14,10,15,18,27,29**).

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

Echelle de ZUCKERMAN

Questionnaire réalisé ? : Oui Non

➔ Si non, en donner la raison :

Cotation :

Elle est composée de 40 items divisée en 4 sous-échelle chacune comportant 10 items. Pour lui la recherche de sensation tourne sur 4 axes :

- Désinhibitions (extraversion, l'utilisation d'alcool excessif, substance psychoactive,...)
- recherche de danger et d'aventure (sport extrême)
- recherche d'expérience nouvelle (toutes les expériences intellectuelles et nouvelles à tendance marginales)
- susceptibilité à l'ennui (un « dégoût » pour les activités routinières comme aller au travail tous les jours, faire la même chose quotidiennement,...)

Comme pour chaque axe il y a 10 items, il y a 2 choix par item et il est indiqué au sujet de faire un choix qui doit décrire au mieux ses désirs, ses sentiments même si parfois le choix paraît difficile.

Comme c'est un questionnaire de personnalité la passation se fait en individuel.

Pour coter on donne un point quand le sujet a encadré ou a fait le choix de la proposition allant dans le sens de la recherche de sensation.

Ex : Item 1 : A) j'aime les fêtes désinhibé B) je préfère les faites où on peut bien discuter
Si il choisit A il a 1 point, si il met B 0 point.

Et ainsi de suite.

A partir de cette cotation on va avoir 5 scores :

- un global
- un pour chaque sous-échelle

Au niveau de l'interprétation on aura des notes-seuil :

- une note de 0 à 11 à l'échelle globale est considérée comme un niveau très faible de recherche de sensation
- de 12 à 16 c'est un niveau faible de recherche de sensation
- jusqu'à 28 c'est un niveau élevé
- si on a le maximum de point (40 donc), cela témoigne d'un niveau très élevé de recherche de sensation

Les items en police normale sont scorés A=1 et B=0. Les items en **gras** sont scorés A=0 et B=1.

Score Désinhibition: |_|_|_| (item 1,12,13,25,29,30,32,33,35,36)

Score Recherche de danger : |_|_|_| (item 3,11,16,17,20,21,23,28,38,40)

Score Recherche d'expérience : |_|_|_| (item 4,6,9,10,14,18,19,22,26,37)

Score Susceptibilité à l'ennui : |_|_|_| (item 2,5,7,8,15,24,27,31,34,39)

Score Total : |_|_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite Inclusion
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

Cognitive Emotional Regulation Questionnaire

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation :

Validation française chez l'adulte:

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment*, **22**, 126-131.

Régulation adaptative : Acceptation, Centration positive, Centration sur l'action, Réévaluation positive, Mise en perspective

Régulation non-adaptative : Blâme de soi, Rumination, Dramatisation, Blâme d'autrui

- Score Blâme de soi :** |_|_|_| items : 1, 10, 19, 28
- Score Acceptation:** |_|_|_| items : 2, 11, 20, 29
- Score Rumination:** |_|_|_| items : 3, 12, 21, 30
- Score Centration positive:** |_|_|_| items : 4, 13, 22, 31
- Score Centration sur l'action :** |_|_|_| items : 5, 14, 23, 32
- Score Réévaluation positive:** |_|_|_| items : 6, 15, 24, 33
- Score Mise en perspective :** |_|_|_| items : 7, 16, 25, 34
- Score Dramatisation:** |_|_|_| items : 8, 17, 26, 35
- Score Blâme d'autrui:** |_|_|_| items : 9, 18, 27, 36

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	-------------------------

IAT

La tâche a-t-elle été réalisée dans son intégralité ? : Oui Non



Si non, En donner la raison :

Les données ont-elles été envoyées avec succès ? Oui Non

Par mail : archives-urc@ch-poitiers.fr

objet du mail : [Protocole Alcool - IAT] – [num patient] – Visite N° - Test

Nom du fichier IAT :

Version :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	-------------------------

IAT attachement

La tâche a-t-elle été réalisée dans son intégralité ? : Oui Non



Si non, En donner la raison :

Les données ont-elles été envoyées avec succès ? Oui Non

Par mail : archives-urc@ch-poitiers.fr

objet du mail : [Protocole Alcool – IAT att] – [num patient] – Visite N° - Test

Nom du fichier IAT :

Version :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite Inclusion
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

IOWA GAMBLING TASK

La tâche a-t-elle été réalisée dans son intégralité ? : Oui Non

→ Si non, En donner la raison :

Les données ont-elles été envoyées avec succès ? Oui Non

Par mail : archives-urc@ch-poitiers.fr

objet du mail : [Protocole Alcool – IGT] – [num patient] – Visite N° - Test

Nom du fichier PEBL :

Version :

Quantité finale d'argent obtenu : |_|_|_|_| \$

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M1
------------	--------------------	-----------------------	------------	-----------

Agenda de Consommation (TLFB)

Indiquer dans le tableau ci-dessous la consommation d'alcool des 28 jours précédents l'hospitalisation :

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
du / / au / /							
du / / au / /							
du / / au / /							
du / / au / /							

Equivalence pour 1 verre d'alcool (= 10 grammes d'alcool pur)

- ½ bière de 5° : 25cl
- Coupe de champagne : 10 cl
- Ballon de vin 12° : 10 cl
- Verre de pastis 45° : 2.5 cl
- Verre d'apéritif 18° : 7 cl
- Verre de whisky 40° : 2.5 cl

Equivalent de verres d'alcool contenus dans une bouteille

- Une bouteille de vin à 12° (75 cl) : 7 verres
- Une petite bouteille de bière à 5° (25 cl) : 1 verre
- Une canette de bière à 5° (33 cl) : 1,5 verre
- Une canette de bière à 8,6° (50 cl) : 3 verres
- Une canette de bière à 10° (50 cl) : 4 verres
- Une bouteille de champagne à 12° (75 cl) : 7 verres
- Une bouteille de porto à 20° (75 cl) : 12 verres
- Une bouteille de whisky à 40° (70 cl) : 22 verres
- Une bouteille de pastis à 45° (70 cl) : 25 verres
- Une bouteille de digestif à 40° (70 cl) : 22 verres

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite M1
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	------------------

Visite M1 : un mois

Date de la visite : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Modification du traitement médicamenteux depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si oui, merci de compléter la page annexe des traitements située page 60

SUIVI DU PATIENT

Nombre de consultation avec le médecin généraliste |_|_|_|

Nombre de consultation en CMP |_|_|_|

Nombre de consultation « addictologique » |_|_|_|

Si hospitalisation compléter la partie EI page 64

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite M1
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	-----------

AGENDA DE CONSOMMATION (TLFB)

Indiquer dans le tableau ci-dessous la consommation d'alcool des 28 jours précédents :

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							

Consommation totale d'alcool (TAC) : |_|_|_|_| g/jour

Nombre de jour(s) de consommation importante/mois (HDD) : |_|_|

(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Date de la dernière consommation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de jours d'abstinence depuis l'évaluation initiale : |_|_| jours

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M1
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

CRITERE DE RECHUTE

Consommation Oui Non
(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Consommation d'alcool > 5j sur 7 Oui Non

EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)

Survenu d'un événement indésirable depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si « **Oui** », compléter une page d'événement indésirable (page 64).

COMMENTAIRES/OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite M3
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	-----------

Visite M3 : 3 mois

Date de la visite : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Modification du traitement médicamenteux depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si oui, merci de compléter la page annexe des traitements située page 60

AGENDA DE CONSOMMATION (TLFB)

Indiquer dans le tableau ci-dessous la consommation d'alcool des 28 jours précédents :

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							

Consommation totale d'alcool (TAC) : |_|_|_|_| g/jour

Nombre de jour(s) de consommation importante/mois (HDD) :

|_|_|_| (à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Date de la dernière consommation : |_|_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Nombre de jours d'abstinence depuis l'évaluation initiale : |_|_|_| jours

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite M3
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	-----------

IOWA GAMBLING TASK

Uniquement dans le centre de Poitiers

La tâche a-t-elle été réalisée dans son intégralité ? : Oui Non



Si non, En donner la raison :

Les données ont-elles été envoyées avec succès ? Oui Non

Par mail : archives-urc@ch-poitiers.fr

objet du mail : [Protocole Alcool – IGT] – [num patient] – Visite N° - Test

Nom du fichier PEBL :

Version :

Quantité finale d'argent obtenu : |_|_|_|_| \$

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M3
------------	--------------------	-----------------------	------------	-----------

IAT

Uniquement dans le centre de Poitiers

La tâche a-t-elle été réalisée dans son intégralité ? : Oui Non



Si non, En donner la raison :

Les données ont-elles été envoyées avec succès ? Oui Non

Par mail : archives-urc@ch-poitiers.fr

objet du mail : [Protocole Alcool - IAT] – [num patient] – Visite N° - Test

Nom du fichier IAT :

Version :

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M3
------------	--------------------	-----------------------	------------	-----------

Hanil alcohol insight scale : échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS)

Uniquement dans le centre de Poitiers

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Les phrases entre parenthèses dans les questions 5, 10, 15, 20 doivent être utilisées lors des consultations en ambulatoire

Règles de cotation :

- Questions pour évaluer un bon insight sont posées par les items : 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20). Pour ces items, la cotation sera : d'accord (2), incertain (1), pas d'accord (0)

- Questions pour évaluer un faible insight sont posées par les items : 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19. pour ces items, la cotation sera : d'accord (-2), incertain (-1), pas d'accord (0)

Sous dimensions :

-(1) Reconnaissance d'un problème avec l'alcool : (items 1, 6, 11, 16)

-(2) Acceptation de la notion d'une perte de contrôle sur la consommation d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance (items 2, 7, 12, 17)

-(3) Intentionnalité vers l'abstinence (items 3, 8, 13, 18)

-(4) attribution ou non de sa consommation d'alcool à l'environnement et degré d'empathie attribué aux personnes affectées par sa consommation (items : 4, 9, 14, 19) -

(5) Reconnaissance de la nécessité d'un traitement (items 5, 10, 15, 20).

Insight faible de -20 à 3

Insight correct de 4 à 15

Insight de bon niveau de 16 à 20

Sous-dimension (1) PB : | | | |

Sous-dimension (2) PC : | | | |

Sous-dimension (3) ABST : | | | |

Sous-dimension (4) ATT-EP : | | | |

Sous-dimension (5) TT : | | | |

Score HAIS Total : | | | |

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _ _	Visite M3
------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------	-----------

Drinker Inventory of consequences (DrInC)

Uniquement dans le centre de Poitiers

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation : 50 items cotés : 0 à 3 pour l'évaluation au cours des 3 derniers mois.

Le calcul des sous-scores pour les deux intervalles de temps (vie entière ; 3 mois précédents) sont identiques :

DrInC Physical : items 1, 8, 11, 13, 24, 29, 33, 48

DrInC Inter-personal : items 4, 7, 17, 21, 27, 30, 31, 39, 43, 46

DrInC Intra-personal : items : 2, 12, 16, 18, 34, 36, 37, 38

DrInC Impulse Control : items 9, 10, 19, 22, 23, 28, 32, 41, 42, 47, 49, 50

DrInC Social Responsibility : items 3, 6, 14, 20, 26, 40, 44

Total score DrInC = Physical+ Inter-personal + Intra-personal+ Impulse Control + Social Responsibility
Control Scale : items 5, 15, 25, 35, 45 (des items à zéro sur l'échelle de contrôle peuvent indiquer que les réponses ne sont pas fiables. De même sur la version à 3 mois, un total de 5 ou moins est suspect.

LES 3 MOIS PRECEDENTS

Score DrInC Physical: Score |_|_|

DrInC Inter-personal: Score |_|_|

DrInC Intra-personal: Score |_|_|

Impulse Control: Score Social |_|_|

Responsibility: SCORE TOTAL 3 |_|_|

mois précédent |_|_|

Score de contrôle |_|_|

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M3
------------	--------------------	-----------------------	------------	-----------

BDI

Uniquement dans le centre de Poitiers

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Score BDI : |__|__|

STAI

Uniquement dans le centre de Poitiers

Questionnaire réalisé ? : Oui Non



Si non, en donner la raison :

Cotation :

Chaque item de l'inventaire d'anxiété trait-état est évalué de 1 à 4, selon son intensité en ce qui concerne l'anxiété-état (non = 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4) et en fonction de sa fréquence en ce qui concerne l'anxiété-trait (presque jamais = 1, parfois = 2, souvent = 3, presque toujours = 4).

Cependant, les notes des items "moins" (mesurant l'absence d'anxiété) doivent être inversées (4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4 : items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 et 20 de l'échelle d'anxiété-état et items 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 et 39 de l'échelle d'anxiété-trait). La note totale varie donc de 20 à 80.

Score STAI ETAT : |__|__|

Score STAI TRAIT : |__|__|

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M3
------------	--------------------	-----------------------	------------	-----------

EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)

Survenu d'un événement indésirable depuis la dernière visite ? Oui Non

Si « **Oui** », compléter une page d'événement indésirable (page 64).

COMMENTAIRES/OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _	Centre _ _	Visite M6
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	-----------

AGENDA DE CONSOMMATION (TLFB)

Indiquer dans le tableau ci-dessous la consommation d'alcool des 28 jours précédents :

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							

Consommation totale d'alcool (TAC) : |_|_|_|_| g/jour

Nombre de jour(s) de consommation importante/mois (HDD) : |_|_|

(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Date de la dernière consommation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de jours d'abstinence depuis l'évaluation initiale : |_|_| jours

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M6
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------------

CRITERE DE RECHUTE

Consommation Oui Non
(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Consommation d'alcool > 5j sur 7 Oui Non

EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)

Survenu d'un événement indésirable depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si « **Oui** », compléter une page d'événement indésirable (page 64).

COMMENTAIRES/OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _ _	Centre _ _ _	Visite M12
------------	----------------------------	-------------------------------	------------------	------------

Visite M12 : un an

Date de la visite : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Modification du traitement médicamenteux depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si oui, merci de compléter la page annexe des traitements située page 60

SUIVI DU PATIENT

Nombre de consultation avec le médecin généraliste |_|_|_|
 Nombre de consultation en CMP |_|_|_|
 Nombre de consultation « addictologique » |_|_|_|

Si hospitalisation compléter la partie EI page 64

IGT Alcool	Numéro Patient _ _ _ _	Initiales Patient _ _ _	Centre _ _	Visite M12
------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	------------

AGENDA DE CONSOMMATION (TLFB)

Indiquer dans le tableau ci-dessous la consommation d'alcool des 28 jours précédents :

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							
du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _							

Consommation totale d'alcool (TAC) : |_|_|_|_| g/jour

Nombre de jour(s) de consommation importante/mois (HDD) : |_|_|_|

(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Date de la dernière consommation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de jours d'abstinence depuis l'évaluation initiale : |_|_|_| jours

IGT Alcool	Numéro Patient 	Initiales Patient 	Centre 	Visite M12
------------	--------------------	-----------------------	------------	------------

CRITERE DE RECHUTE

Consommation Oui Non
(à partir de 60 g/j chez l'homme et 40g/j chez la femme)

Consommation d'alcool > 5j sur 7 Oui Non

EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)

Survenu d'un événement indésirable depuis la dernière visite ? Oui Non
 Si « **Oui** », compléter une page d'événement indésirable (page 64).

COMMENTAIRES/OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Nom du médecin</i>	<i>Signature</i>

Résumé :

L'addiction à l'alcool est un trouble complexe qui a des répercussions sur des champs multiples de la vie des patients qui en sont atteints et qui s'étale sur plusieurs années, parfois décennies avant d'être traitée. Ce trouble amène d'importants retentissements au sein de la famille avec possible conséquences chez les enfants.

L'objectif de cette étude est d'étudier chez les patients ayants une addiction à l'alcool, l'impact de leurs antécédents familiaux de consommation d'alcool sur la qualité de leur lien d'attachement et leur empathie. Sont également évaluées, les répercussions sur leurs enfants, en termes de difficultés psychologiques, éducatives ou addictives ainsi qu'une éventuelle médiation entre leur style d'attachement et leur empathie.

Cent deux patients hospitalisés pour des sevrages en alcool ont été recrutés dans cette étude. Des liens ont pu être fait entre la présence d'antécédents familiaux de problème avec l'alcool et une plus faible empathie cognitive, ainsi qu'un attachement plus inséure. Les enfants de ces patients, ont bénéficié de plus de suivi éducatif que dans la population générale. Il n'a pas été retrouvé de lien entre la présence d'un suivi psychologique ou éducatif et un déficit d'attachement ou d'empathie parental.

Par contre, l'attachement parental inséure est associé à plus de consommation de cannabis chez les enfants. Un accompagnement autour de la parentalité semble donc important au sein des patients présentant une consommation problématique d'alcool.

Mots clés : Attachement, Empathie, Alcool, Antécédents parentaux, Enfant

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

