

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE

Thèse n°

**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 17 octobre 2016 à Poitiers
par Monsieur Moktar-Ahmed
BENFERHAT

**Intérêt de l'Iowa Gambling Task (IGT) comme marqueur prédictif
de rechute dans l'alcoolisme**

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serra Wilfried

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE

Thèse n°

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 17 octobre 2016 à Poitiers
par **Monsieur Moktar-Ahmed**
BENFERHAT

**Intérêt de l'Iowa Gambling Task (IGT) comme marqueur prédictif
de rechute dans l'alcoolisme**

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serra Wilfried



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie –virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- 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
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**Surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, bio statistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- 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
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Mâtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie –virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie –hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Mâtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Puja rée, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Mâtres de Conférences honoraires

- 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
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- 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
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- 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 médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury,

Je vous remercie pour votre accompagnement au cours de ces années d'internat.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour votre soutien dans l'aboutissement de ce travail de thèse.

À Madame le Professeur Christine Silvain,

Vous me faite l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Roger GIL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci d'apporter votre expertise pour évaluer ce travail.

À Monsieur le Docteur Wilfreid Serra,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir partagé «cette épreuve » avec moi et de m'avoir aidé tout au long de ce travail. Merci pour tes conseils, ton soutien.

Avec toute mon amitié et ma gratitude.

À Madame le Docteur Catheline Nicole,

Merci pour vos conseils.

À Monsieur le Docteur René Rubio,

Merci pour tout ce que tu m'as appris.

Merci de m'avoir transmis un peu de ton savoir.

Merci aussi pour La théorie de l'esprit.

À Harika-Germaneau Ghina, Gouverneur Lucie et Langbour Nicolas,

Merci pour votre aide précieuse.

Merci à mes maitres de stage durant tout mon internat qui m'ont tant appris.

Merci à toute les personne que j'ai pu connaitre au long de mes stages hospitaliers.

À toute l'équipe de L' URC.

À Stéphanie et J.C.

À Xavier Moulay, François Hebert.

À Monsieur le Professeur Allel Hadjali.

À ma sœur, Scherazed.

À Sekoura, mon épouse. Merci de m'avoir épaulé tout au long de ce travail.

Une pensée à mes beaux-parents.

À mes parents,

Merci pour tout l'amour et les valeurs fortes que vous m'avez donnés. Je ne serais pas là aujourd'hui, sans vous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Aucune dédicace ne saura vous exprimer la profondeur de mes sentiments.

Liste des abréviations

| | |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ADS-FR : | Alcohol Dependence Scale. |
| ASP : | Personnalité Antisociale. |
| AAS : | Adult Attachment Scale. |
| ATCD : | Antecedent (s). |
| BD : | Binge Drinking. |
| BDI : | Beck depression Inventory. |
| BIS 11 : | Barratt Impulsiveness Scale. |
| DDT : | Delay Discounting Test. |
| DERS : | Difficulties in Emotion Regulation Scale. |
| DMQ-R : | Drinking Motives Questionnaire, Revised. |
| DSM-V : | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revision 5. |
| DrInC : | Drinker Inventory of Consequences. |
| EASL : | Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz. |
| EC : | Envies compulsives. |
| HAIS : | Hanil Alcohol Insight Scale. (L'échelle d'insight pour l'alcoolisme de Hanil). |
| HDD : | Heavy Drinking Days. (Nombre de jours de forte consommation / 28j). |
| HRAR : | High-Risk Alcoholism Relapse Scale. |
| IGT : | Iowa Gambling Task. |
| IRI : | Le Interpersonal Reactivity Index. |
| MADRS : | Montgomery-Åsberg depression rating scale. |
| MINI : | Mini International Neuropsychiatric Interview. |
| MoCA test : | Montreal Cognitive Assessment test. |
| OFDT : | Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. |
| OCDS : | Obsessive Compulsive Drinking Scale. |
| PO : | Pensées obsédantes. |
| QI : | Quotient intellectuel. |
| STAI : | Anxiété Générale Trait et Etat. |
| TAS 20 : | Echelle d'Alexithymie de Toronto. |
| TS : | Syndrome de Gilles de la Tourette. |
| RAVLT : | Auditory Verbal Learning Test Rey. |
| RQ : | Relation Questionnaire. |
| WAIS III : | Wechsler Adult Intelligence Scale (l'intelligence). |
| WCCR : | Le Ways of Coping Checklist, Revised. (Stratégie de coping). |

Listes des figures

- Figure 1.** Interactions entre le produit, l'individu et son environnement: facteurs de risque (d'après Karila et Reynaud Traité d'addictologie).
- Figure 2.** The Bechara card task (BCT), Iowa Gambling Task (IGT, jeu de cartes, jeu de poker).
- Figure 3.** IGT computer interface.
- Figure 4.** Principe de l'Iowa Gambling task (IGT).
- Figure 5.** (A) Mean (\pm standard deviation) percentage of advantageous cards played by heroin addicts and controls. (B) Mean (\pm standard deviation) number of cards played from each of the four decks by heroin addicts and controls. ■, Heroin addicts; □, controls.
- Figure 6.** Performance à l'IGT par bloc.
- Figure 7.** Comparaison des scores nets initiaux à l'IGT selon la présence d'une rechute à 1 mois.
- Figure 8.** Comparaison par bloc de 20 cartes de la performance initiale à l'IGT selon la présence d'une rechute ou non.
- Figure 9.** Comparaison du phénomène d'apprentissage entre rechuteurs et abstinents pour les 3 derniers blocs.
- Figure 10.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction du MoCA test.
- Figure 11.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction de l'impulsivité
- Figure 12.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la recherche de sensation.
- Figure 13.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction du nombre de critères des troubles liés à l'usage d'alcool du DSM-V.
- Figure 14.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la consommation quotidienne d'alcool.
- Figure 15.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la sévérité de dépendance à l'alcool.
- Figure 16.** Distribution de la performance à l'IGT en fonction de l'insight.

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients.

Tableau 2. Les modalités de consommation des patients et scores des questionnaires.

Tableau 3. Traits de personnalité des patients.

Sommaire

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I. INTRODUCTION | 13 |
| II. L'ALCOOL, UNE PROBLEMATIQUE DE SANTE PUBLIQUE | 13 |
| A. DOMMAGES SANITAIRES ET SOCIAUX LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL..... | 14 |
| 1) <i>Alcool et santé</i> | 14 |
| 2) <i>Alcool et dommages sociaux</i> | 15 |
| B. THERAPEUTIQUES ACTUELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'USAGE PROBLEMATIQUE D'ALCOOL..... | 15 |
| 1) <i>Les interventions brèves</i> | 15 |
| 2) <i>Entretien motivationnel</i> | 16 |
| 3) <i>Prise en charge des symptômes de sevrage</i> | 17 |
| 4) <i>Prise en charge de l'alcoolodépendance</i> | 17 |
| III. L'ADDICTION, DU MODELE BIO PSYCHO SOCIAL AU CONCEPT DE PRISE DE DECISION | 18 |
| A. HISTORIQUE DU CONCEPT D'ADDICTION | 18 |
| 1) <i>Etymologie</i> | 18 |
| 2) <i>Définitions de l'addiction</i> | 19 |
| 3) <i>Critères de l'addiction</i> | 19 |
| 4) <i>Troubles mentaux induits par une substance/médicaments</i> | 21 |
| B. LE MODELE BIO PSYCHO SOCIAL | 22 |
| 1) <i>Les facteurs liés au produit/comportement</i> | 22 |
| 2) <i>Les facteurs liés à l'environnement</i> | 23 |
| 3) <i>Les facteurs liés à l'individu</i> | 23 |
| 3.a) <i>Les facteurs génétiques et neurobiologiques</i> | 23 |
| 3.b) <i>Les facteurs évènementiels</i> | 23 |
| 3.c) <i>Les facteurs psychologiques et neurocognitifs</i> | 23 |
| IV. PRISE DE DECISION EN ADDICTOLOGIE..... | 24 |
| A. DEFINITION DU CONCEPT | 24 |
| B. CADRE CONCEPTUEL..... | 25 |
| <i>Un processus adaptatif fondamental</i> | 25 |
| V. L'IOWA GAMBLING TASK (IGT)..... | 26 |
| A. IOWA GAMBLING TASK (IGT, JEU DE CARTES, JEU DE POKER) | 26 |
| B). DEFINITION ET MODALITES | 27 |
| C. DONNEES DE LA LITTERATURE SUR L'IOWA GAMBLING TANK EN ADDICTOLOGIE | 29 |
| 1) <i>Données en addictologie hors alcool</i> | 30 |
| 2) <i>Données concernant l'alcool</i> | 33 |
| 2.a) <i>Etudes évaluant les performances réalisées à l'IGT chez des patients alcoolodépendant, versus des sujets contrôles</i> | 33 |
| 2.b) <i>Études évaluant l'impact de traits de personnalité sur l'IGT chez des patients alcoolodépendants</i> | 39 |
| 2.c) <i>Études évaluant le facteur pronostic de l'IGT chez des patients alcoolodépendants</i> | 41 |
| 2.d) <i>Études évaluant l'impact des variables de consommation sur l'IGT chez des patients alcoolodépendants</i> ... | 42 |
| 2.e) <i>Études évaluant l'impact de la durée d'abstinence sur l'IGT chez des patients alcoolodépendants (Potentialité de récupération)</i> | 43 |
| 2.f) <i>Études évaluant l'IGT chez l'adolescent et jeune adulte</i> | 45 |
| 2.g) <i>Résumé de la littérature sur IGT et alcool</i> | 47 |
| VI. ETUDE | 48 |
| A. HYPOTHESE..... | 48 |
| B. INTERET DE L'ETUDE..... | 48 |
| VII. DESCRIPTIF DE L'ETUDE..... | 49 |
| A. ELABORATION DE L'ETUDE..... | 49 |
| B. PATIENTS ET METHODE | 49 |
| C. PROTOCOLE..... | 49 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1) Objectif principal | 50 |
| 2) Objectifs secondaires..... | 50 |
| 3) Critères de jugement principal..... | 50 |
| 4) Critères de jugement secondaire | 50 |
| 5) Critères d'inclusion | 51 |
| 6) Critères de non inclusion..... | 51 |
| 7) Outils utilisés | 52 |
| 7.a) Hétéro-questionnaires..... | 52 |
| 7.b) Auto-questionnaires..... | 53 |
| 7.c) Test neuropsychologique..... | 57 |
| 8) Design de l'étude | 57 |
| VIII. RESULTATS..... | 58 |
| A) CARACTERISTIQUES GENERALES DES PATIENTS | 58 |
| 1) Caractéristiques sociodémographiques..... | 58 |
| 2) Performances initiales à l'IGT | 59 |
| 3) Les fonctions cognitives..... | 59 |
| 4) Modalités de consommation..... | 60 |
| 5) Les traits de personnalités | 61 |
| B. RESULTATS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL..... | 61 |
| C. RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES | 63 |
| 1) Evaluation du lien entre IGT et les caractéristiques sociodémographiques | 63 |
| 2) Evaluation du lien entre IGT et les fonctions cognitives | 63 |
| 3) Evaluation du lien entre IGT et traits de personnalité | 64 |
| 3. a) Impulsivité | 64 |
| 3.b) Recherche de sensation | 65 |
| 3.c) Personnalité antisociale..... | 65 |
| 4) Evaluation du lien entre IGT et variables de consommation | 65 |
| 4.a) Nombres de critères des troubles liés à l'usage d'alcool du DSM-V | 65 |
| 4.b) Consommation quotidienne d'alcool | 66 |
| 4.c) Sévérité de dépendance à l'alcool | 67 |
| 4.d) Insight..... | 67 |
| IX. DISCUSSION | 68 |
| X. CONCLUSION..... | 73 |
| XI. BIBLIOGRAPHIE | 74 |
| XII. LISTE DES ANNEXES | 84 |

I. Introduction

Les consommations d'alcool peuvent entraîner des répercussions neuropsychologiques durables. La prévalence des atteintes cognitives des patients suivis pour un trouble de l'usage à l'alcool est sous estimée ([Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière, 2014](#)).

Les fonctions exécutives, et parmi elles la prise de décision, sont de plus en plus explorées chez les patients alcoolo-dépendants ([Le Berre et al., 2014](#)). Les patients avec trouble de l'usage d'alcool présentent en effet des difficultés majeures dans les situations nécessitant des prises de décisions, continuant à consommer malgré les retentissement professionnels, affectifs, familiaux, physiques ou psychologiques.

Ces difficultés pourraient expliquer leurs difficultés à changer leur comportement, à la fois pour moduler leur consommation, et à la fois pour éviter une rechute après sevrage.

L'Iowa Gambling Task (IGT) est un test neuropsychologique évaluant la prise de décision. Cet outil a été initialement élaboré à partir de l'observation de sujets cérébrolésés ([Bechara et al., 1994](#)). Différents travaux ont montré une corrélation entre mauvaises performances à l'IGT et addictions (alcool, héroïne, jeux,...) ([Barry et Petry, 2008a](#); [Bottessi et al., 2015](#); [Li et al., 2013](#)). Les résultats suggèrent une sensibilité réduite dans la perception du risque, une hypersensibilité à la récompense et des capacités plus pauvres dans la prise de décision ([Bechara, Dolan et Hindes, 2002](#); [Verdejo-Gracia et al., 2007](#)).

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'introduction de l'IGT dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants.

Nous présentons en premier lieu les données de la littérature relatives à la prise de décision en addictologie, puis exposerons l'étude que nous avons débutée et qui a pour ambition de déterminer une valeur seuil à l'IGT permettant de prédire une rechute après sevrage.

Les résultats présentés correspondent aux données préliminaires de cette étude.

II. L'alcool, une problématique de santé publique

L'alcool est la substance la plus consommée dans notre pays, avec 44,4 millions d'expérimentateur, et 8,8 millions d'usagers réguliers (au moins 3 usages par semaine). Au sein des 18-75 ans, 28 % des buveurs sont à risque ponctuel et 9 % à risque chronique ([Beck](#)

et al., 2011). La substance étant considérée comme la plus dangereuse au monde, de part à la fois ses dommages sanitaires (49000 morts par an) mais également sociaux (précarité, délinquance), sa prise en charge en fait un enjeu de santé publique majeur.

A. Dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation d'alcool (INPES, OFDT)

On considère qu'une consommation modérée d'alcool soit moins de trois verres par jour, pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé, au-delà, les effets sont toujours néfastes. On dénombre chaque année près de 45 000 décès liés à l'alcool dont les trois causes directes sont la cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aérodigestives supérieures. L'alcool joue également un rôle causal dans de nombreux cas d'accidents parfois mortels (accidents de la route ou ménagers, suicides...).

La consommation d'alcool est associée à un certain nombre de plaisirs (Peele et Grant., 1999 ; Peele et Brodsky., 2000). La croyance selon laquelle une faible consommation d'alcool est bénéfique pour la santé est probablement aussi ancienne que l'histoire de l'alcool elle-même (Thom., 2001) et elle est ancrée dans la sagesse populaire (Cherrington., 1925). Lorsque l'on interroge des sujets en population générale sur les effets possibles de l'alcool, les sensations et expériences positives (comme la relaxation, la sociabilité) sont habituellement plus nombreuses à être mentionnées que les sensations et expériences négatives et les dommages sont très peu mentionnés (Mäkelä et Mustonen., 1988; Mäkelä et Simpura., 1985; Nyström., 1992).

1) Alcool et santé

En plus d'entraîner une dépendance, l'alcool est responsable d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes : blessures, troubles mentaux et comportementaux, maladies digestives (cirrhose, pancréatite), cancers (buccal et du pharynx, œsophage, larynx, foie, colorectal, sein), pathologies cardiovasculaires (peut faire augmenter la pression artérielle et contribuer au développement de maladies du cœur et d'AVC),troubles immunologiques, pathologies du squelette, troubles de la fertilité et embryofœtopathies alcooliques.

L'alcool augmente le risque de ces pathologies et traumatismes de manière dose-dépendante, sans preuve d'effet de seuil. Plus un individu consomme de l'alcool, plus le risque auquel il s'expose est élevé.

2) Alcool et dommages sociaux

L'alcool est souvent consommé pour ses effets enivrants et de nombreux buveurs, en particulier les hommes jeunes, consomment délibérément et sciemment de l'alcool pour s'enivrer. C'est cette ivresse qui est la cause fréquente de dommages sociaux.

Les dommages sociaux dûs à l'alcoolisation de tiers sont aussi fréquents, entraînant le plus souvent des désagréments mineurs, tels que les nuisances sociales comme empêcher les autres de dormir, plus rarement un harcèlement dans des lieux publics ou lors de fêtes privées ou des insultes, à des conséquences plus graves telles que la participation à une bagarre, l'atteinte portée à la vie familiale, au mariage, au travail, aux études, aux amitiés ou à la vie sociale, les violences conjugales, la maltraitance des enfants, les délits et, en dernier lieu, les homicides. Généralement, plus le délit ou la blessure est grave, plus il est probable que l'alcool soit impliqué. Les dommages causés à autrui sont un motif puissant pour intervenir chez les sujets ayant une consommation d'alcool dangereuse et problématique.

B. Thérapeutiques actuelles dans la prise en charge de l'usage problématique d'alcool

1) Les interventions brèves

Les médecins généralistes et autres acteurs de soins de santé primaires devraient proposer au moins une intervention très brève (cinq minutes) à tous les patients ayant une consommation d'alcool à risque et problématique avérée. Les interventions efficaces pour réduire une consommation d'alcool à risque et problématique consistent à prodiguer un conseil simple mais structuré au consommateur d'alcool et elles ne prennent pas plus de cinq minutes. Des interventions brèves un peu plus intensives comprennent une session initiale de conseils et de relation d'aide d'environ quinze minutes, une restitution au patient des résultats du test de dépistage, un conseil et l'établissement de l'objectif à atteindre. La plupart de ces sessions comprennent également une aide supplémentaire et un suivi. Les interventions peuvent être décrites en référence à la démarche en cinq étapes de relation d'aide comportementale : évaluer la consommation d'alcool du patient à l'aide d'un instrument de dépistage rapide puis d'un examen clinique si nécessaire, conseiller au patient de réduire sa consommation en deçà des seuils à ne pas dépasser, s'entendre avec lui sur un objectif personnel de réduction ou d'arrêt complet de consommation (si l'abstinence est préférable et indiquée dans son cas), aider le patient à trouver des motivations, à s'autonomiser ou à obtenir

le soutien nécessaire à la modification de son comportement, programmer un suivi de soutien et des séances de relation d'aide répétées de conseils et de relation d'aide, ceci incluant bien sûr l'orientation des personnes alcoolo-dépendantes vers un spécialiste ([Preventive Services Task Force américain., 2004](#)).

2) Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une technique qui a été introduite par ([Miller et Rollnick., 1991](#)). Ils ont défini l'entretien motivationnel comme étant une « méthode directive centrée sur le patient, pour augmenter la motivation intrinsèque du changement par l'exploration et la résolution de son ambivalence » ([Miller et Rollnick., 2002](#)). L'objectif de l'entretien motivationnel est de renforcer la motivation au changement du patient en s'appuyant sur ses motifs de changement. L'entretien motivationnel est axé sur le patient. Il insiste sur le fait qu'un changement de comportement est un phénomène volontaire et que la décision et le résultat dépendent du patient. Il est directif et a pour objectif la résolution de l'ambivalence.

L'entretien motivationnel est une méthode de communication plus qu'un ensemble de techniques ou une stratégie spécifique. Il existe des données suffisantes pour avaliser l'efficacité de l'entretien motivationnel en tant que traitement de l'alcoolo-dépendance. Miller et Rollnick (2002) ont suggéré que trois processus généraux sont nécessaires à l'efficacité de l'entretien motivationnel : l'alliance, l'évocation et l'autonomie. Une alliance entre le clinicien et le patient est un élément clé de l'entretien motivationnel. Le clinicien doit communiquer sur un mode relationnel de partenariat, en fournissant un soutien plutôt que de communiquer sur le mode de la persuasion et de la coercition. L'évocation fait référence au rôle du clinicien qui aide le patient à mobiliser ses ressources et sa motivation au changement. L'autonomie fait référence à l'indépendance et à la responsabilité du patient dans le changement, qui doivent être affirmées et soutenues par le clinicien.

Il y a quatre grands principes qui sous-tendent l'entretien motivationnel : exprimer de l'empathie, créer la dissonance, « rouler » avec la résistance et encourager l'efficacité personnelle. Le style empathique est une caractéristique fondamentale et déterminante de l'entretien motivationnel. L'empathie est considérée comme la base fondamentale sur laquelle l'entretien motivationnel se construit. L'expression de l'empathie fait référence à une attitude d'acceptation et de respect envers le consommateur et implique d'aider le patient à considérer ses problèmes en matière de consommation d'alcool à risque. Le second principe général de l'entretien motivationnel est de créer une discordance entre le comportement actuel du patient,

ses objectifs et valeurs générales. La création d'une dissonance a pour but de clarifier les objectifs de vie essentiels du consommateur et d'explorer les conséquences d'une consommation d'alcool en contradiction avec ces objectifs. Pour rouler avec la résistance, la technique consiste à éviter l'argumentation, car l'argumentation est contre-productive. Au contraire, la résistance d'un patient peut être recadrée pour créer un élan vers le changement. Le dernier principe de l'entretien motivationnel repose sur le concept d'efficacité personnelle qui fait référence à la croyance qu'une personne peut avoir en ses capacités à mener à bien une tâche particulière.

3) Prise en charge des symptômes de sevrage

Les personnes qui sont physiquement dépendantes de l'alcool peuvent souffrir de symptômes de sevrage entre six et vingt-quatre heures après la dernière prise. Le diazépam est recommandé comme traitement de première intention pour traiter ces symptômes, étant donné sa demi-vie relativement longue et son efficacité prouvée. Le traitement standard de référence préconise des doses régulières de diazépam sur deux à six jours maximum afin d'éviter le risque de dépendance à ce médicament.

4) Prise en charge de l'alcoolodépendance

Beaucoup de personnes alcoolo-dépendantes ont besoin d'un traitement spécialisé. Cependant, toutes ne le nécessitent pas et certaines recouvrent seules une meilleure santé. Les personnes alcoolo-dépendantes peuvent être prises en charge par un médecin généraliste lorsqu'elles sont d'accord pour s'abstenir complètement de consommer de l'alcool (même si elles pensent ne pas être alcoolo-dépendantes), lorsqu'elles refusent d'être orientées vers un centre spécialisé et lorsqu'elles ne souffrent d'aucune complication psychiatrique, sociale ou médicale sérieuse. Les personnes alcoolo-dépendantes doivent être orientées vers un spécialiste lorsqu'il y a eu plusieurs tentatives de traitement infructueuses; lorsqu'il existe des complications sévères ou un risque de symptômes de sevrage modérés à sévères; en présence d'une pathologie médicale grave ou de comorbidité psychiatrique; enfin dans tous les cas où le traitement ne peut être pris en charge par l'équipe de soins de santé primaires.

Les traitements spécialisés comprennent des approches comportementales et pharmacologiques. L'apprentissage de compétences psychosociales, le renforcement communautaire et la thérapie comportementale de couple comptent parmi les approches les

plus efficaces, en particulier lorsqu'elles aident le patient à arrêter ou réduire sa consommation d'alcool par l'apprentissage de l'autocontrôle et lorsqu'elles renforcent sa motivation et son réseau de soutien. L'acamprosate et la naltrexone (antagoniste des opiacés) sont également efficaces. Les méthodes qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité sont celles visant à confronter le patient avec sa dépendance, à le choquer, à favoriser son introspection pour connaître la nature et les causes de son alcoolodépendance ou encore celles qui l'obligent à participer aux réunions des associations d'entraide. Il y a peu de données scientifiques qui laissent à penser que les résultats d'ensemble d'un traitement peuvent être améliorés lorsque les patients associent simultanément différents types de traitement.

III. L'addiction, du modèle bio psycho social au concept de prise de décision

A. Historique du concept d'addiction

1) Etymologie

L'apparition du mot addiction dans le vocabulaire médical français traduit une véritable révolution conceptuelle. Le terme d'addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien. L'addiction correspondait à un arrêt du juge donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps, la personne donnant son corps en gage pour des dettes non payées (Reynaud M. [Traité d'addictologie](#)).

Le mot addiction provient du terme latin ad-dicere qui signifie « dire à », au sens d'attribuer quelqu'un en esclavage à quelqu'un d'autre. L'esclave n'avait pas de nom propre et était dictus ad, « dit à » son maître. A l'époque romaine, un « addictum » était un esclave par dette; un individu condamné à renoncer à sa liberté et à s'acquitter de sa dette, en payant de sa personne (Fernandez and Sztulman., 1997). Cette signification a été conservée au moyen-âge, époque pendant laquelle un débiteur ne pouvant rembourser sa dette pouvait être condamnée par instance d'un tribunal à payer son créancier par son travail.

Actuellement, le mot anglo-saxon addiction désigne la situation des toxicomanes qui s'adonnent à la drogue. Le terme d'addiction est ainsi très fortement lié à la relation contraignante de dépendance entre l'individu et sa drogue. Ainsi l'alcoolique serait celui qui

est dit à l'alcool comme le drogué est celui qui est dit à la drogue. De nos jours, l'accent est toujours mis sur la contrainte, c'est-à-dire ce phénomène compulsif et irrésistible dont le sujet se sent la proie et entraînant une perte de liberté. Ce mot commence à être utilisé en France à partir des années 90 comme synonyme de dépendance, l'objectif étant d'utiliser un mot neutre, pour couvrir tous les aspects de la dépendance, qu'il s'agisse de dépendance avec ou sans substances ([Feldmann., 2011](#)).

2) Définitions de l'addiction

Le concept d'addiction est complexe à définir car il ne cesse d'évoluer au cours du temps. De plus, pour une période donnée, la définition de l'addiction diffère selon la discipline (ex. médicale, non –médicale) et le contexte considéré. Par ailleurs, la définition de l'addiction peut également différer selon son objectif; un clinicien aura besoin de savoir qui traiter et comment le traiter tandis qu'un homme de loi aura besoin de déterminer le niveau de responsabilité de l'individu dépendant face à ses actes ([Pickard., 2012b](#)), ([Sinnott-Armstrong and Pickard., 2013](#)).

Ce terme d'addiction recouvre un champ de plus en plus vaste de comportements et s'étend aux addictions sans substance psychoactive où le comportement lui-même devient objet d'addiction :

- troubles du comportement alimentaire
- addictions sexuelles - jeu pathologique
- achats compulsifs
- addictions sportives
- addictions aux jeux vidéo, à internet, au travail...

En 1990, Aviel Goodman, un psychiatre américain, a proposé la définition suivante de l'addiction : « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.» ([Goodman A. Addiction : définition and implications](#)).

3) Critères de l'addiction

Ces différents critères ont été établis par Goodman en 1990 :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée du comportement plus importante que souhaiter à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôlées ou abandonner le comportement.
 - Temps considérable consacré à préparer le comportement, à l'entreprendre ou à se remettre de ses effets.
 - Survenue fréquente du comportement qui empêche le sujet d'accomplir des obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement.
 - Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désirée ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

***L'addiction** inclut donc les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives.*

4) Troubles mentaux induits par une substance/médicaments (DSM-V)

Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament sont potentiellement graves, habituellement temporaires mais parfois des syndromes persistant du système nerveux central(SNC) se développent dans le contexte des effets d'une substance donnant lieu à abus, de médicaments ou de différents toxiques. Ils sont distincts des troubles liés à la consommation d'une substance, dans lesquels un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques contribue à la poursuite de la consommation d'une substance malgré des problèmes significatifs liés à cette substance.

Ces troubles induits par une substance/un médicament partagent des caractéristiques communes :

A. Le trouble se manifeste par un tableau symptomatique cliniquement significatif d'un trouble mental caractérisé.

B. Mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires des deux éléments suivants:

1. Le trouble s'est développé pendant ou dans le mois qui a suivi une intoxication ou un sevrage ou une prise de médicament.
2. La substance/le médicament impliqué(e) peut induire le trouble mental.

C. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble mental indépendant (c.à.d. qui est non induit par une substance ou un médicament). Les critères suivants peuvent permettre de mettre en évidence un trouble mental indépendant :

1. Le trouble a précédé le début d'une intoxication grave ou d'un sevrage ou d'une exposition à un médicament.
2. Le trouble mental complet a persisté pendant une période de temps conséquente (p.ex. au moins un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave ou d'une prise de médicament. Ce critère ne s'applique pas aux troubles neurocognitifs induits par une substance ni au trouble persistant des perceptions ou aux hallucinogènes, lesquels persistent après l'arrêt d'une intoxication aiguë ou d'un sevrage.

D. Le trouble ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel.

E. Le trouble cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

B. Le modèle bio psycho social

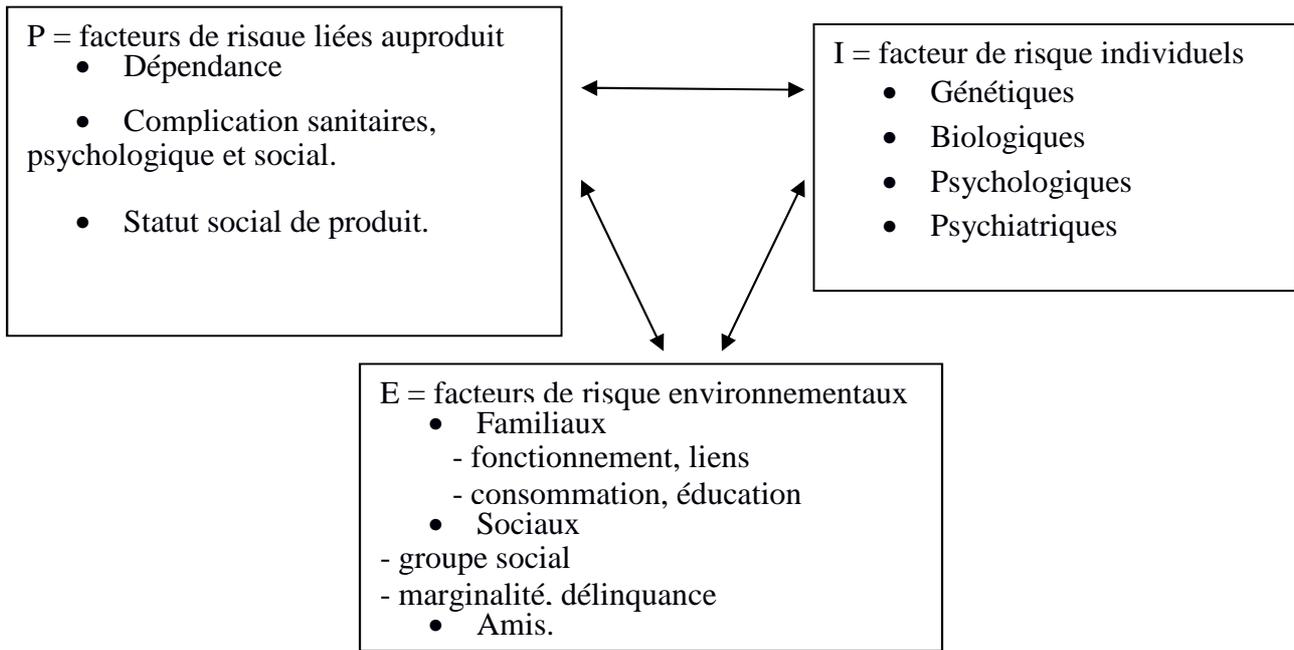


Figure 1. Interactions entre le produit, l'individu et son environnement: facteurs de risque (d'après Karila et Reynaud *Traité d'addictologie*).

La compréhension du phénomène addictif passe par la prise en compte des interactions entre un produit/comportement, un individu et un environnement (Morel et al., 2002; Reynaud et al., 2002). Cette triangulation de vulnérabilités participe au modèle bio-psycho-social des addictions. Ce sont ainsi les facteurs liés à ces 3 différents pôles qui constituent dans le modèle contemporain des addictions les facteurs de risque de celles-ci.

1) Les facteurs liés au produit/comportement

Les différentes substances psycho-actives possèdent des pouvoirs addictifs différents, amenant à des prévalences de dépendance en rapport. En outre, les effets de produits sont également différents, amenant les individus à orienter leurs comportements de consommation vers les produits qui conduiront aux effets qu'ils recherchent (euphorie, anxiolyse, facilitation du contact, désinhibition, sédation), avec par la suite des mécanismes de renforcement positifs (sensation de plaisir, d'euphorie, d'augmentation des sensations) ou négatifs (évitement de la timidité, de l'anxiété ou d'un vécu dépressif). Enfin, les différents produits disposent d'images sociales variées, associées selon les âges à des représentations différentes et orientant également les comportements de consommation.

2) Les facteurs liés à l'environnement

La consommation de substance s'inscrit dans un cadre social donné, marqué par un cadre législatif, des représentations sociales, ainsi que par des variables économiques influençant notamment la disponibilité des substances.

La perte des repères sociaux par exemple est un facteur de risque important de pratiques addictives, ainsi que la rupture scolaire ou encore la marginalisation (Durant et al., 1997). Les rapports sociaux et notamment la constitution d'un groupe de pairs jouent un rôle majeur dans l'initiation de la consommation de substance. L'environnement familial influence également l'initiation de la consommation, que ce soit à travers les valeurs relayées au sein du milieu familial, le style éducatif ou encore le fonctionnement familial et les liens d'attachement.

3) Les facteurs liés à l'individu

3.a) Les facteurs génétiques et neurobiologiques

Les facteurs génétiques participant aux addictions sont complexes mais jouent un rôle importants notamment dans la vulnérabilité des addictions, à travers les systèmes dopaminergiques, glutamatérgiques, opioïdes, noradrénergiques ou encore sérotoninergiques (Mayer, P et al., 2005; Lingford-Hughes, A et al., 2003). La génétique des addictions concernerait entre 40 et 60% du phénomène addictif, allant d'une vulnérabilité individuelle liée au produit lui-même (métabolisation, tolérance etc..) à une vulnérabilité aux comorbidités psychiatriques augmentant la vulnérabilité face aux addictions.

Au sein de ces vulnérabilités, le stress et la réactivité au stress occupent une place majeure dans cette pathologie (Cami, J et al., 2003).

3.b) Les facteurs évènementiels

La présence d'évènements traumatiques est fréquemment retrouvée chez les patients présentant des conduites addictives, certains auteurs en faisant les racines des pratiques addictives. On retrouve ainsi fréquemment des évènements de vie douloureux avec les notions de deuils, ruptures affectives, maltraitements graves, absence de domicile fixe, maladie somatique grave etc. (Beraud, et al., 2002; Pirard, et al., 2005).

3.c) Les facteurs psychologiques et neurocognitifs

Les traits de personnalité et comorbidités psychiatriques constituent des facteurs de risque d'addiction. Pour ce qui est des troubles de la personnalité, une approche catégorielle

retrouve fréquemment les troubles de la personnalité du cluster B, notamment les personnalités antisociales et borderline. L'approche dimensionnelle retrouve les notions d'aléxythymie, de faible estime de soi, de déficit en affirmation de soi, de difficultés à faire face aux situations de stress (coping inadapté), ou encore de recherche de sensations.

Les troubles psychiatriques sont également fortement associés aux pratiques addictives, les deux entités nouant des liens complexes. On peut retrouver ainsi des troubles des conduites dans l'enfance, de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, et chez l'adulte principalement les troubles anxieux (phobie sociale, anxiété généralisée) et de l'humeur (importance des conduites addictives dans le trouble bipolaire de type I).

C'est également au sein de ces facteurs psychologiques que s'est développé l'un des principaux modèles des addictions, qui consiste notamment à voir en celles-ci le développement ou la conséquence d'un trouble neurocognitif impliquant les fonctions exécutives d'un individu. La place de l'impulsivité, de la capacité à s'inhiber et à prendre de "bonnes" décisions y serait alors centrale.

IV. Prise de décision en addictologie

A. Définition du concept

La question du choix renvoie à la manière dont celui-ci s'opère.

La prise de décision est un phénomène complexe, visant la sélection d'un type d'action parmi plusieurs actions possibles. Il y a d'une part l'identification d'une situation, puis la résolution de celle-ci. Il est donc nécessaire d'être capable de lister toutes les informations pertinentes au choix, puis répertorier les solutions possibles, pour finalement affecter une valeur à chacune d'entre elles, afin de s'orienter vers la meilleure possible (Fellows 2004). La prise de décision débute donc par notre capacité de discrimination des stimuli.

Cette faculté est influencée par nos systèmes émotionnels (région limbique avec l'amygdale, mais également l'hypothalamus, l'insula et le cortex somato-sensoriel : (Bechara et Van der Linden 2005b) et cognitif.

Les **structures dorso-latérales du cortex préfrontal** sont bien connues pour leur rôle dans le **contrôle cognitif de l'action**, traitant les informations brutes entrantes et permettant la sélection de réponses motrices adaptées en fonction de la nature de ces informations (Miller et

[Cohen 2001](#)). Le girus cingulaire antérieur interviendrait quant à lui dans la signalisation des divergences entre les attentes et les résultats obtenus, permettant normalement, sous couvert d'une certaine flexibilité, le réajustement de la réponse motrice.

La prise de décision sollicite donc bien deux systèmes, l'un émotionnel, l'autre cognitif. La notion de temporalité s'y ajoute également, jouant un rôle majeur dans le processus décisionnel. Certaines zones cérébrales seraient plus spécialement dévolues aux choix à échéance « précoce », impliquant le système limbique et para limbique (notamment le cortex orbito-frontal, l'hippocampe et le striatum), régions également associées à l'impulsivité. Ces zones seraient moins actives lors de **choix à échéance « tardive »** (par exemple : récompense à distance), d'autres zones entrant en jeu, et notamment celles impliquées dans le contrôle cognitif et le contrôle de l'action (par exemple le cortex préfrontal dorso-latéral). Ces dernières zones seraient également mises en jeu dans tous les types de choix, mais leur poids relatif serait moins important lorsque les choix sont plus immédiats, probablement en lien avec l'importance des structures limbiques à ce moment-là.

Cette différence se trouve majorée dans les processus addictifs, avec une surexpression des biais décisionnels temporels, en lien avec une surexpression des structures limbiques et para-limbiques lors des choix immédiats, et l'incapacité des structures cognitives préfrontales dorso-latérales à les inhiber.

B. Cadre conceptuel

Un processus adaptatif fondamental

De façon très générale, prendre une décision est la capacité à sélectionner une option particulière parmi plusieurs alternatives, en fonction du contexte et des besoins du sujet, le but étant de faire le choix le plus favorable à plus ou moins long terme. C'est un processus psychobiologique qui met en jeu tout un ensemble de fonctions cognitives, affectives et motivationnelles, chacune associée au fonctionnement de différentes structures cérébrales.

Ces fonctions sont plus ou moins sollicitées en fonction du type, de la situation de choix (complexe/simple, incertain/connu, planification à court/long terme) ([Volz et al., 2006](#)).

Dans la vie de tous les jours, de multiples possibilités s'offrent à nous lorsque nous devons prendre une décision importante ; pour autant, les conséquences de ces choix ne sont pas clairement prévisibles ou connus. Dans ce contexte complexe et incertain, nos choix entraînent des conséquences plus ou moins avantageuses à court et à long terme.

L'expérience de ces différentes conséquences peut permettre d'appréhender le conflit qui existe entre les différentes options et d'élaborer une préférence pour certaines. Il faut également pouvoir évaluer et intégrer les conséquences des choix à court et à long terme. En développant une meilleure connaissance des conséquences associées à chaque choix, l'incertitude quant à celles-ci est diminuée et nos décisions sont alors essentiellement orientées selon notre propension à prendre des risques ou non et en toute connaissance de cause.

Prendre des décisions est donc un processus adaptatif fondamental. Il est observé à travers l'ensemble du règne animal et reflète l'ajustement de l'individu à un environnement complexe et dynamique. Ce processus permet de contrôler et de diriger ses actions vers les options qui lui sont les plus bénéfiques. Une prise de décision adaptée permet d'appréhender de nouvelles situations, de progresser en tenant compte de nos erreurs et même de modifier des actions qui se sont révélées inappropriées. En effet lorsque les comportements ne sont plus adaptés, que les choix des individus mènent systématiquement à des situations défavorables pour eux et leur entourage, on parle de prise de décision inadaptée ou pathologique. Des dysfonctionnements exécutifs ou neurobiologiques sont à l'origine de décisions inadaptées. Ils sont une caractéristique commune à de nombreuses psychopathologies et neuropathologies invalidantes telles que l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le jeu pathologique ou encore le Trouble d'Hyperactivité et Déficit Attentionnel (THADA) ainsi que certaines neuropathologies comme la maladie de Parkinson (Dunn et al., 2006).

En psychiatrie, la prise de décision est devenue un sujet d'étude important. De nombreuses recherches sont menées afin de déterminer les bases cognitives et neurobiologiques de la prise de décision inadaptée et de mieux comprendre les différentes pathologies associées.

V. L'Iowa gambling task (IGT)

A. Iowa Gambling Task (IGT, jeu de cartes, jeu de poker)

Le patient est face à 4 tas de cartes (A, B, C, D), avec une somme d'argent factice (2000\$); il ne doit pas en perdre, mais en gagner le plus possible en retournant des cartes 1 à 1, selon ses propres choix. Il doit apprendre, par essais/erreurs, les pénalités/gains associés

à chaque paquet. L'évaluateur interrompt le test après 100 tirages. Les règles d'attribution des gains/pénalités ne sont pas énoncées et restent implicites.

Retourner des cartes dans tas A et B permet des gains coquets (100\$) associés à des pertes importantes(+/-1000\$) = tas «à risque» (ruineux).

Retourner des cartes dans tas C et D permet des gains modestes (50\$) associés à des pertes minimales(50\$) = tas «sûres» (à profit modéré).



Figure 2. *The Bechara card task (BCT), Iowa Gambling Task (IGT, jeu de cartes, jeu de poker).*

B). Définition et modalités

Parmi les différents tests de mesure de la prise de décision, l'IGT est celui qui reproduit, en laboratoire, une situation de choix proche de celle de la vie quotidienne. Avec l'IGT on étudie une situation complexe, conflictuelle et incertaine de choix où les conséquences des différents choix possibles ne sont pas connues à l'avance. Ces conséquences sont conflictuelles en termes de gains à court et à long terme.

Ce test a été développé pour mesurer expérimentalement les troubles dont certains patients cérébrolésés souffraient dans leur vie de tous les jours. En effet, aucun des tests du fonctionnement cognitif, disponibles à l'époque, ne permettait d'identifier les causes de leurs troubles.

Ces patients dont la lésion se situait au niveau du cortex préfrontal ventromédial (CPFvm), présentaient un fonctionnement intellectuel normal (test du QI, test de raisonnement, tests de langage, de compréhension ou d'apprentissage). Cependant ils n'étaient pas capables de prendre des décisions favorables pour eux-mêmes et leur famille

lorsqu'il fallait évaluer de nombreux paramètres (financiers entre autre) et visualiser les conséquences de leurs choix sur le long terme (Bechara et al., 1998; Bechara et al., 2000b; Damasio., 1994; Damasio et al., 1990).

Ces observations ont amené Bechara, de l'équipe de Damasio, à imaginer un test de prise de décision en laboratoire. Il y propose des conditions se rapprochant au mieux d'une situation de choix pouvant être rencontrée par ces patients dans leur vie de tous les jours et pour lesquelles ils étaient déficitaires. C'est ainsi que ce test a permis de révéler le trouble majeur dont ils souffraient. L'IGT est un test qui se présente sous la forme d'un jeu de carte (Bechara et al., 1994). Les participants au test doivent détecter par « essais/erreurs » les tas de cartes où il est possible d'atteindre des gains maximum sur le long terme (Dom et al., 2005). La règle du jeu donne au sujet le libre choix d'une carte à la fois, parmi les quatre tas de cartes présents. Chaque carte permet un gain immédiat d'argent de quantité variable, lequel peut parfois être suivi selon une probabilité, d'une perte d'argent de quantité variable. Les sujets ne connaissent pas les montants des gains ni des pertes d'argent. Ils ne connaissent pas la répartition des cartes entre les quatre tas, avant le début du test, ni la durée du test, ni le nombre de cartes qu'ils pourront retourner au total (100 maximum).



Figure 3. IGT computer interface.

Dans ces conditions d'incertitude, la déduction des options les plus favorables à long terme est rendue difficile par la variabilité des gains et des pertes d'argent associés à chaque item. De plus, il existe un conflit entre les gains immédiats et les gains à long terme de chaque option. En effet, les items permettant un gain important et immédiat d'argent (tas A et B) sont aussi ceux qui font perdre le plus d'argent. Ce double effet crée un conflit entre les conséquences à court et à long terme de chaque choix et fait de ces tas de cartes des options défavorables sur le long terme. A l'inverse, les items associés à un gain immédiat modéré (tas

C et D) sont les options favorables sur le long terme puisque les pertes d'argent associées y sont faibles et permettent, au final, de gagner de l'argent.

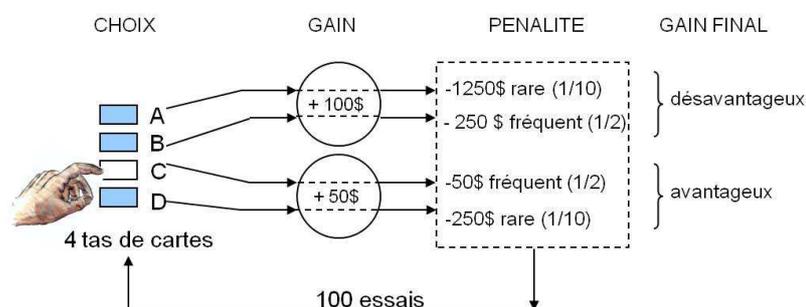


Figure 4. Principe de l'Iowa Gambling task (IGT).

Dans ce test, pour prendre de bonnes décisions, le participant doit donc privilégier les gains immédiats modérés, associés à de faibles pénalités afin de garantir un gain d'argent sur le long terme.

C. Données de la littérature sur l'Iowa gambling tank en addictologie

Aujourd'hui, l'IGT, est très largement utilisé en recherche. Il l'est également en clinique où il est un outil privilégié dans le diagnostic de certaines psychopathologies comme l'addiction, le trouble obsessionnelle compulsif (TOC), le trouble d'hyperactivité et déficit attentionnel (THADA), le jeu pathologique, certaines psychoses et les troubles du comportement antisocial (Bechara., 2007; Buelow and Suhr., 2009). Un avantage majeur de ce test est qu'il permet d'observer le décours temporel des choix effectués par les sujets, au cours des 100 essais du test (Bechara and Damasio 2002; Bechara et al., 2001; Bechara et al., 2002; Bechara et al., 2000b; Bowman et al., 2005; Turnbull et al., 2005; Van den Bos et al., 2009).

L'analyse de la cinétique des choix au cours du test permet également d'identifier des variations fines de comportement entre les individus : par exemple, une accélération dans l'orientation des choix vers les options favorables (entre les enfants et les adolescents) (Crone and van der Molen., 2007) ou l'augmentation des choix défavorables au cours du test (jeu pathologique) (Cavedini et al., 2002b), par exemple.

La validité écologique de ce test est avérée grâce à la complexité de la situation de choix (proche d'une situation réelle) (Levine et al. 2005) et à sa grande sensibilité de détection des

troubles de la prise de décision (Clark et al., 2004). Ce sont deux avantages majeurs de cette tâche. A contrario de ces avantages, il n'est pas aisé de déterminer précisément les processus neuropsychologiques mis en jeu. De nombreuses études ont été menées afin de définir les processus cognitifs, affectifs et neurobiologiques impliqués dans le processus de prise de décision modélisé par ce test.

Le développement de ce test a permis de valider expérimentalement la théorie des marqueurs somatiques (Bechara et al., 1997; Damasio, 1994) et de replacer l'importance des processus affectifs et motivationnels au centre du processus de choix.

Le phénomène addictif est donc un parcours clinique complexe avec des facteurs participatifs différents au fur et à mesure que se développe le trouble (expérimentation, usage, trouble lié à l'usage), mais évoluant finalement vers une **pathologie du choix, avec l'incapacité pour l'individu d'adapter son comportement à ses conséquences**, qu'elles soient somatiques, psychiques, affectives, professionnelles ou sociales, et ce, par l'intermédiaire de choix biaisés.

L'addiction apparaît dès lors comme liée à des **difficultés d'inhibition de comportements non pertinents** pour l'individu, en lien notamment avec des anomalies au niveau du cortex préfrontal. Elle constituerait ainsi un trouble des modalités de contrôle des sources de gratification, l'individu ne parvenant plus à adapter son comportement en tenant compte des conséquences (telle la cigale de la fable de La Fontaine).

1) Données en addictologie hors alcool

La première étude évaluant l'IGT auprès de patients addicts date de 1998.

L'objectif de cette étude était de déterminer si les personnes dépendantes à l'héroïne présentent une sensibilité réduite aux conséquences futures de leur comportement en comparaison à des sujets contrôles non utilisateurs de drogue.

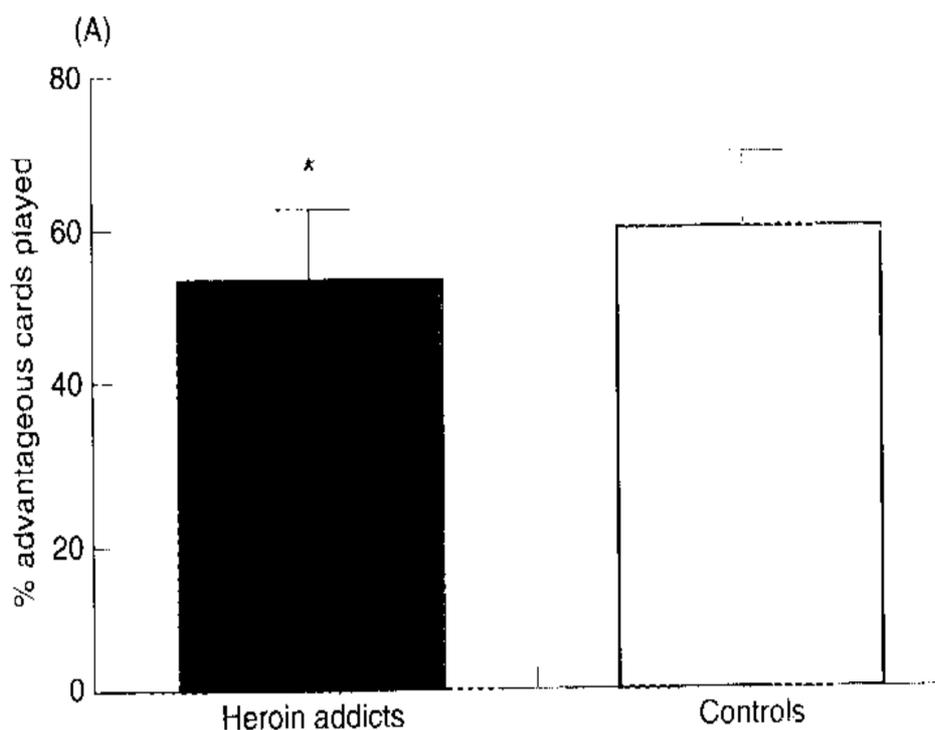
Pour-cela 34 héroïnomanes inscrits dans une clinique de traitement par buprénorphine et 59 témoins non toxicomanes ont rempli un questionnaire de personnalité : The Stanford Time completed Inventory (STPI) et effectué deux tâches de laboratoire : The Future Time Prespective (FTP) task, et The Bechara card task (BCT qui deviendra ensuite l'IGT).

Le questionnaire de personnalité (STPI) évaluait l'orientation par rapport à l'avenir, et la FTP obtenait des informations relatives à la capacité du sujet à prédire les événements futurs. La

tâche IGT mesurait quant à elle la tendance à privilégier les fortes récompenses immédiates et d'évaluer la sensibilité à la punition.

Les dépendants à l'héroïne eurent des résultats significativement plus faibles que les témoins sur l'échelle STPI indicatrice de l'orientation dans le futur. Dans la FTP, les héroïnomanes furent moins susceptibles de prédire les événements lointains dans le futur et moins susceptibles à systématiquement organiser des événements dans l'avenir. A l'Iowa Gambling Task. Les dépendants à l'héroïne furent moins capables de gagner de l'argent que les témoins. Ils étaient plus enclins à choisir les cartes amenant les plus fortes récompenses immédiates, en dépit des sanctions différées qui y étaient associées en termes de pénalités. Ils obtinrent ainsi un gain net inférieur aux contrôles.

Les auteurs conclurent de cette étude que des horizons de temps raccourcis et une sensibilité réduite aux conséquences différées pourraient expliquer la consommation persistante de drogues chez les toxicomanes, et ce malgré les conséquences négatives à long terme associées à leurs consommations. (Petry, Nancy.M. et al., 1998).



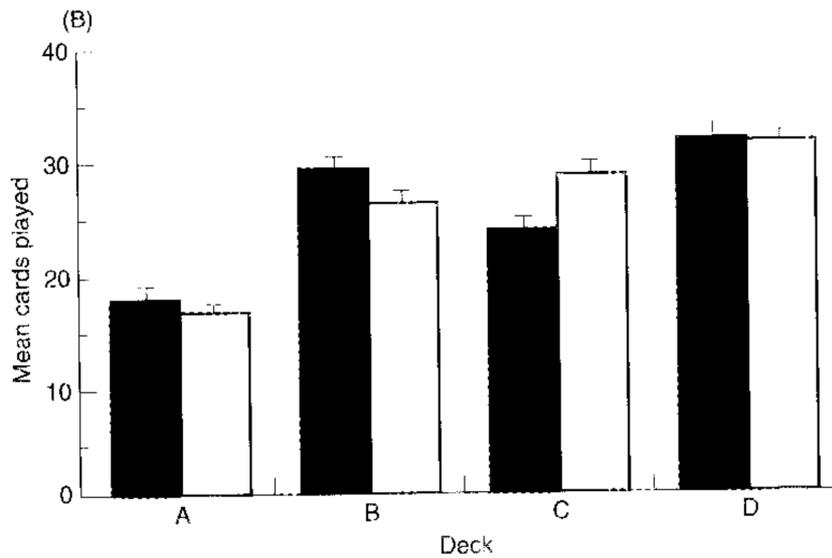


Figure 5. (A) Mean (\pm standard deviation) percentage of advantageous cards played by heroin addicts and controls. (B) Mean (\pm standard deviation) number of cards played from each of the four decks by heroin addicts and controls. ■, Heroin addicts; □, controls.

Par la suite, différentes études ont été publiées évaluant l'IGT au sein de différentes addictions autres que l'alcool. De manière générale, ces études, en comparant des populations cliniques à des sujets contrôles, ont retrouvé des performances diminuées à l'IGT chez les patients addicts.

Ces résultats peuvent s'observer que ce soit au sein d'addictions liées aux produits:

- Tabac : (López Torrecillas, Francisca et al., 2014)
- Cannabis : (Hermann, D et al., 2009; Bolla, K.I. et al., 2005)
- Cocaïne : (Bolla, Karen.I. et al., 2005; Stout, J.C. et al., 2004; Verdejo-Garcia Antonio et al., 2007)
- MDMA : (Hanson, K.L. et al., 2008)
- Opiacés : (Pirastu.R. et al., 2006)

Ainsi qu'au sein d'addictions comportementales:

- Jeux pathologiques : (Goudriaan, A.E. et al., 2005; Linnet, J. et al., 2006)
- Trouble des conduites alimentaires : (Cavedini, P. et al., 2004; Garrido, Ignasi. et al., 2013)

2) Données concernant l'alcool

Nous avons effectué une recherche bibliographique en utilisant Pub Med avec comme mots-clés : Alcool et IGT.

Nous présentons les résultats de ces études en les classant tout d'abord suivant leurs résultats globaux, puis en mettant en évidence certaines spécificités tel que : Performances réalisées à l'IGT chez des patients alcoolo-dépendants, versus des sujets contrôles; Impact des traits de personnalité sur l'IGT; Facteur pronostic de l'IGT; Impact des variables de consommation sur l'IGT; Impact de la durée d'abstinence sur l'IGT; IGT chez les adolescents et jeunes adultes.

2.a) Etudes évaluant les performances réalisées à l'IGT chez des patients alcoolo-dépendant, versus des sujets contrôles

- (Bechara, et al., 2001) :

Cette étude compare 41 patients alcoolodépendants, 14 patients dépendants à la cocaïne, 10 patients dépendants au MDMA, 5 patients atteints de lésions bilatérales du cortex préfrontal ventromedian (VM) à 40 sujets contrôles.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT dans le groupe patients alcoolo-dépendants par rapport au groupe contrôles (0,001).
- Pas de différence significative du score net à l'IGT entre les différents sous-groupes pathologiques ($p = 0,1$).
- Existence d'une corrélation entre l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la performance à l'IGT quel que soit le groupe.

-(Fein, G. et al., 2004) :

Un total de 102 sujets sont testés à l'IGT: 58 contrôles et 44 patients alcoolo-dépendants abstinents depuis plus de 6 mois (moyenne d'abstinence de 6,6 ans) ; les patients alcoolo-dépendant ne présentent pas de trouble de personnalité antisociale ou des antécédents de trouble des conduites.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT dans le groupe patient alcoolo-dépendants.
- Un score à l'IGT négativement corrélé avec la durée de consommation de l'alcool ($p < 0,05$) et avec la durée d'alcoolisation problématique.

-(Bowden-Jones, H., et al., 2005) :

L'étude compare 21 patients alcoolo-dépendants hospitalisés dans une unité de sevrage résidentielle, à 21 contrôles ; La passation de l'IGT est effectuée à 21 jours post-sevrage ; Les patients ont été suivis ensuite pendant 3 mois.

Les patients ont tous été comparés sur : QI, personnalité antisociale et borderline, SCIDIII, BDI.

Les auteurs retrouvent :

- Une absence de diminution significative de la performance à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants, qui avaient une tendance à sélectionner plus de cartes de la mauvaise pioche ($p = 0.08$) en comparaison avec les sujets contrôles.
- A 3 mois, 6 patients ont rechuté contre 15 patients qui sont restés toujours abstinents. Les six patients étaient significativement plus jeunes et plus impulsifs sur l'échelle BDI, ils échantillonnèrent beaucoup plus de cartes des mauvais tas sur l'IGT.

-(Goudriaan, A.E. et al., 2005) :

L'étude compare 48 joueurs pathologiques (PG) (83% mâles, âge moyen = 39 ans), 46 alcoolo-dépendants (AD) récemment sevrés (abstinence entre 3 mois et 1 an) (78% mâles; âge moyen = 47 ans), 47 personnes atteintes du syndrome de Gilles de la Tourette (TS) (69% des hommes; âge moyen = 37 ans), et 49 sujets contrôles.

Les patients sont contrôlés selon leurs fonctions cognitives, ainsi que la personnalité antisociale.

L'étude retrouve:

- Une performance diminuée à l'IGT dans le groupe patients alcoolo-dépendants ($p < 0.01$); interrogés après la tâche, les patients alcoolo-dépendants disent avoir remarqué l'existence de tas de pioche plus avantageux, mais n'ont pas modifié leur comportement en adéquation avec leurs observations.
- Une différence marginalement significative entre le groupe de joueurs pathologiques et le groupe alcoolo-dépendants à l'IGT ($p = 0.05$).

-(Hildebrandt, H., et al., 2006) :

Cette étude compare 29 patients alcoolo-dépendants à 20 sujets contrôles (sans troubles de la mémoire, sans insomnie, sans trouble de la personnalité et avec une intelligence normale et des temps de réponse visuelle normale).

L'étude retrouve :

- Une absence de différence de performance à l'IGT entre les deux groupes; Le temps de réponse été cependant associé à la durée de la dépendance à l'alcool.

-(Dom, G. et al., 2006):

L'étude compare 53 patients contrôles non-toxicomanes à 3 échantillons de patients alcoolo-dépendants, à savoir, 38 patients alcooliques sans trouble de la personnalité, 19 patients alcooliques avec un trouble de la personnalité du cluster A ou C, et 23 patients alcooliques avec un trouble de la personnalité du cluster B.

L'étude retrouve:

- Une performance à l'IGT corrélée avec le niveau d'étude ($p = 0.006$).
- Une absence de corrélation entre l'IGT et le QI ou le nombre d'année d'abstinence à l'alcool.
- Une différence significative au niveau du score net à l'IGT entre les patients alcoolo-dépendants et les sujets contrôles.
- Une différence significative dans l'apprentissage par bloc entre les patients alcoolo-dépendants en comparaison avec les sujets contrôles ($p < 0,05$).
- Une absence de différence entre les 3 sous-groupes de patients alcoolo-dépendants en terme d'apprentissage.
- Entre sous-groupes de patients alcoolisées : Les patients alcooliques avec un cluster A ou C avaient le plus haut score à l'IGT, suivis par les patients alcooliques sans trouble de la personnalité, tandis que les patients alcooliques du groupe B étaient les plus atteints ($p=0,04$).

-(Noel, X. et al., 2007):

L'étude compare des patients alcoolo-dépendants récemment abstinents à des patients contrôles.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence dans la performance à l'IGT entre les deux groupes.
- Une différence d'apprentissage tardive au niveau du 5eme bloc.

-(Cantrell, H. et al., 2008) :

L'étude porte sur 428 jeunes adultes : 134 sujets jeunes adultes atteints d'une dépendance à l'alcool et une histoire de troubles des conduites à l'enfance, 129 avec une alcoolo-dépendance et aucun antécédent de trouble des conduites à l'enfance, 60 avec une histoire de trouble des conduites à l'enfance seulement et 105 sujets contrôles.

L'étude retrouve :

- Une diminution de la performance à l'IGT au sein des 2 groupes alcool par rapport aux sujets contrôles
- Une absence de différence entre les deux sous-groupes de jeunes alcoolo-dépendants

-(Miranda, R. et al., 2009) :

Cette étude examine la relation entre la dépendance à l'alcool et la prise de décision, et teste si les différentes facettes de traits antisociaux et psychopathiques (SCID I et II, PPI) expliquent cette association. Les participants, uniquement des hommes, sont répartis en 22 patients alcoolo-dépendants, 17 patients alcoolo-dépendants ayant un trouble de la personnalité antisociale, et 21 patients avec une histoire de consommation d'alcool uniquement festive, sans symptômes actuels ou dans leur vie d'un trouble de l'utilisation de substances, de troubles du comportement, ou de trouble de la personnalité antisociale.

L'étude retrouve:

- Un score net à l'IGT différent selon les groupes.
- Une absence de différence à l'IGT entre le groupe de patients alcoolo-dépendants et le groupe de patients alcoolo-dépendants avec un trouble de la personnalité antisociale.
- Un impact du trouble de la personnalité sur la performance au bloc 5 : le score à l'IGT du groupe de patients alcoolo-dépendants avec un trouble de la personnalité antisociale est inférieur au score du groupe de patients alcoolo-dépendants ($p < 0.05$) qui est quant à lui presque égale au score du groupe de patients avec une histoire de consommation d'alcool festive.

-(Salgado, J.V. et al., 2009) :

L'étude compare 31 patients alcoolo-dépendants abstinents (entre 15 jours et 3 mois d'abstinence) à 30 sujets contrôles, la personnalité borderline étant un critère d'exclusion.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants.
- Un apprentissage plus faible chez les patients alcoolo-dépendants, avec une moins bonne performance aux blocs 2, 4 et 5.

-(Goudriaan, A.E, et al., 2011) :

Il s'agit d'une étude de cohorte sur 2 ans, ayant évalué 200 étudiants consommateurs d'alcool à l'IGT.

L'étude retrouve :

- L'usage d'alcool est retrouvé associé à une diminution 2 ans plus tard de la performance à l'IGT chez les hommes ($p < 0,01$) (absence de lien entre la performance à l'IGT et la consommation d'alcool chez les femmes).

-(Kim, Y.T et al., 2011) :

L'étude compare 23 patients alcoolo-dépendants sevrés depuis plus de 2 semaines à 21 contrôles.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants par rapport aux sujets contrôles ($p = 0,003$).
- Un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants (bloc 3,4 et 5).

-(Tomassini A, et al., 2012) :

L'étude compare 37 patients alcoolo-dépendants sevrés depuis plus de 6 mois à 24 sujets contrôles (mais non appariés en genre et niveau d'éducation).

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants par rapport aux sujets contrôles.
- Un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants.

-(Kornreich, C., et al 2013) :

L'étude compare 25 patients poly-toxicomanes, 25 patients alcoolo-dépendants, 25 patients atteints d'un épisode dépressif majeur à 25 sujets contrôles.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence au niveau du score net entre les différents sous-groupes.
- Un apprentissage diminué au sein des différents sous-groupes pathologiques (blocs 4 et 5) : les sujets contrôles apprennent mieux que les patients alcoolo-dépendants, qui eux-mêmes apprennent mieux que les poly-toxicomanes, qui quant à eux apprennent mieux que les patients atteints d'un épisode dépressif majeur.

-(Brevers et al., 2014) :

L'étude compare 30 patients alcoolo-dépendants sevrés à 30 sujets contrôles.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants par rapport aux sujets contrôles ($p < 0,05$).
- Un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants (moins bonne amélioration aux blocs 3, 4 et 5 ($p < 0,001$)).

-(Le Berre et al., 2014) :

L'étude compare la performance à l'IGT de 30 patients alcoolo-dépendants ayant eu un IRM (afin d'évaluer le volume cérébral) à deux groupes contrôles : un groupe de 45 contrôles pour l'IGT et un groupe de 27 contrôles pour l'IRM.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants ($p < 0,005$).
- Un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants ($p < 0,01$).
- Une diminution du volume cérébrale (12%) chez les patients alcoolo-dépendants, localisée dans les réseaux émotionnels et cognitifs.
- Une corrélation entre les performances à l'IGT et l'IRM au niveau de la quantité de matière grise (diminuée parallèlement avec les performances à l'IGT).

-(Zorlu, N. et al., 2014) :

L'étude compare 12 patients alcoolo-dépendant sevrés depuis au moins 6 mois à 13 sujets contrôles. Une IRM a été pratiquée afin d'évaluer la matière grise.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence de performance à l'IGT chez les patients alcoolodépendants par rapport aux sujets contrôles.
- Une absence de différence d'apprentissage entre patients alcoolo-dépendants et sujets contrôles.
- Une absence de corrélation entre l'IGT et l'imagerie par IRM.

-(Körner, N. et al., 2015) :

L'étude compare 40 patients abstinents à 47 sujets contrôles.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT entre le groupe de patients abstinents et le groupe contrôle.
- Une différence d'apprentissage entre les deux groupes (plus marquée aux blocs 1 et 5)

Récapitulatif :

Sur 18 études ayant évalué les performances à l'IGT de patients alcoolo-dépendants (actuels ou ATCD) versus des sujets contrôles, 13 études ont retrouvé des performances diminuées et 11 un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants.

2.b) Études évaluant l'impact de traits de personnalité sur l'IGT chez des patients alcoolo-dépendants

- (Mazas, C.A. et al., 2000) :

Cette étude teste l'hypothèse que l'apparition de l'alcoolisme précoce chez les individus présentant une personnalité antisociale (ASP) serait associée à la recherche de plus grandes récompenses immédiates et une moindre sensibilité à la punition.

L'étude évalue 27 patients alcooliques à début précoce avec et sans diagnostic de personnalité antisociale, 8 sujets avec personnalité antisociale mais pas de dépendance à l'alcool, et 32 sujets contrôles.

L'étude retrouve:

- Par rapport aux sujets sans personnalité antisociale, les sujets avec personnalité antisociale favorisent la recherche de grandes récompenses immédiates en dépit de pertes à long terme, et ce indépendamment de la dépendance à l'alcool.
- La performance à l'IGT est diminuée chez les patients alcoolo-dépendants, mais cette diminution n'est plus significative après ajustement à la personnalité antisociale.

-(Hildebrandt, H. et al., 2006) :

Étude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence à l'IGT entre le groupe de patient alcoolo-dépendants et le groupe contrôle après ajustement à un trouble de la personnalité ou un trouble de l'axe I du DSM-IV.

-(Dom, G. et al 2006):

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une différence au niveau du score net à l'IGT selon association d'un trouble de personnalité ou non: (patients alcoolo-dépendants avec cluster A-C > patients alcoolo-dépendants seuls > patients alcoolo-dépendants avec cluster B).

- (Cantrell, H. et al., 2008) :

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence dans la performance à l'IGT entre les patients alcoolo-dépendants seulement et les patients avec une dépendance à l'alcool et un ATCD de trouble des conduites pendant l'enfance et l'adolescence.

- (Miranda, R. et al., 2009) :

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de diminution de la performance à l'IGT chez les patients alcooliques seulement par rapport aux patients alcooliques avec un trait de personnalité antisociale.
- Un apprentissage diminué chez les patients alcoolo-dépendants avec trait de personnalité antisociale par rapport aux patients alcoolo-dépendants seuls ($p < 0,05$).

- (Georgemiller, R. et al., 2013) :

L'étude évalue 18 patients alcoolo-dépendants, avec ou sans trouble de la personnalité du Cluster B, après 8 à 12 semaines de sevrage.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants avec trouble de la personnalité du Cluster B.

- (Körner, N. et al., 2015) :

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence de performance à l'IGT selon l'existence ou non de troubles de la personnalité.

Récapitulatif :

La présence de traits antisociaux est la dimension de personnalité la plus étudiée, ainsi que la présence d'un trouble de la personnalité du cluster B (états limites, narcissiques et antisociaux notamment).

Les résultats de ces différentes études sont mitigés, 3 études sur 7 retrouvant un impact du trouble de la personnalité sur la performance à l'IGT, pondérant celle liée à la dépendance à l'alcool.

2.c)Études évaluant le facteur pronostic de l'IGT chez des patients alcoolo-dépendants

Il s'agit ici d'études ayant effectué un suivi prospectif de patients alcoolo-dépendants avec une évaluation initiale à l'aide de l'IGT.

-(Bowden-Jones, H. et al., 2005) :

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- A 3 mois, après avoir classé les patients selon qu'ils aient rechuté (6 patients) ou soient restés abstinents (15), l'étude retrouve que la diminution de la performance à l'IGT initiale est corrélée à un plus fort taux de rechute.

-(Xiao, L. et al, 2009) :

Il s'agit d'une étude de cohorte évaluant la prise de décision avec une phase de suivi de un an chez 181 adolescents chinois en population générale. Des auto-questionnaires ont été remplis pour évaluer les comportements de consommation d'alcool, et l'impulsivité.

L'étude retrouve :

- Une corrélation entre les performances à l'IGT un an avant et la consommation un an après ; Les adolescents avec les meilleurs score à l'IGT rapportaient moins de problèmes avec l'alcool ($p < 0,01$) et consommaient moins d'alcool par épisode de consommation ($p < 0,05$).

-(De Wilde, B et al., 2013) :

Cette étude évalue 37 patient alcoolo-dépendants au décours d'une prise en charge hospitalière. Les patients sont évalués à 7 semaines d'un programme thérapeutique de 10 semaines, avec une évaluation de la consommation 3 mois après la fin du traitement.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée chez les patients ayant reconsommé.
- Une capacité d'apprentissage diminuée chez les patients ayant ensuite reconsommé.

-(Rupp, C.I. et al., 2016) :

Cette étude évalue 43 patient alcoolo-dépendants avec différents tests portant sur l'impulsivité, dont l'IGT. Les patients sont hospitalisés pour un programme de soins de 10 semaines. Une évaluation par IGT est réalisée après sevrage, à 2 semaines. Les patients sont

ensuite évalués à 9 semaines pour évaluer le taux de rétention en traitement (pas de reprise de consommation et/ou pas de sortie précoce).

L'étude retrouve :

- L'IGT est non prédictif (impulsivité de choix) de rétention de traitement, contrairement au Go/Nogo (impulsivité d'action).

Récapitulatif :

Seulement 4 études ont évalué de manière prospective le devenir de patients alcoolo-dépendants en fonction de leurs performances initiales à l'IGT. Trois sur 4, avec des évaluations à 3 mois ou 1 an, associent significativement les performances à l'IGT avec les consommations futures d'alcool.

2.d) Études évaluant l'impact des variables de consommation sur l'IGT chez des patients alcoolo-dépendants

-(Fein, G. et al., 2004) :

Étude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- La performance à l'IGT diminue avec la durée de consommation d'alcool et la durée de consommation d'alcool problématique.

-(Dom, G. et al., 2006):

Étude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence dans la performance à l'IGT selon la durée de consommation d'alcool problématique.

-(Goudriaan, A.E., et al 2007) :

L'étude retrouve :

- Une diminution de la performance à l'IGT chez les étudiants les plus forts consommateurs en terminale, 3 mois avant leur admission à l'université (que ce soit en terme de fréquence, qu'en terme d'intensité).

-(Hanson, K.L., et al 2008):

Cette étude compare 22 patients consommateurs de MDMA, 30 patients consommateurs d'autres substances (dont alcool) à 29 contrôles.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT selon la quantité d'alcool consommée et la quantité de drogue consommée par semaine.

-(Malone, S.M. et al., 2014) :

L'étude compare 48 paires de jumeaux monozygotes en fonction des conduites d'alcoolisations habituelles.

L'étude vise à déterminer la direction du lien entre performance à l'IGT et consommation d'alcool, en partant d'individus porteurs du même patrimoine génétique mais se distinguant par leurs consommations de substance.

L'étude retrouve :

- La diminution de la performance à l'IGT est plus liée à la consommation d'alcool qu'à la prédisposition génétique (la performance à l'IGT diminue avec la quantité d'alcool consommée).

-(Lyvers, M. et al., 2015) :

Cette étude évalue 49 étudiants âgés de 18 à 30 ans, alcoolo-dépendants, à l'aide de l'IGT, en tenant compte des facteurs de confusion potentiels, y compris la consommation d'alcool habituelle (pour estimer la tolérance à l'alcool), l'impulsivité et les fonctions exécutives.

L'étude retrouve :

- Une performance diminuée à l'IGT selon le degré d'alcoolémie lors de la passation, aux blocs 4 et 5, traduisant une diminution de la capacité d'apprentissage, et ce même après ajustement avec l'impulsivité.

Récapitulatif :

Peu d'études évoquent la durée ou l'intensité de la consommation d'alcool et ses liens avec les performances à l'IGT. Il est retrouvé un lien entre l'alcoolémie, l'intensité des consommations et les performances à l'IGT chez des sujets non alcoolo-dépendants. Sur 2 études portant sur des sujets alcoolo-dépendants, une seule retrouve un impact de la durée de la consommation problématique sur leur performance à l'IGT après sevrage.

2.e) Études évaluant l'impact de la durée d'abstinence sur l'IGT chez des patients alcoolo-dépendants (Potentialité de récupération)

-(Fein, G. et al., 2004) :

Étude citée précédemment. Comparaison de populations croisées (pas de test-retest)

L'étude retrouve :

- Une absence d'impact de la durée d'abstinence sur la performance à l'IGT.

-(Goudriaan, A.E. et al., 2007) :

Cette étude longitudinale évalue 200 étudiants classés en quatre sous-groupe : (faible buveurs à chaque évaluation, buveurs modérés à chaque évaluation, augmentation des consommations entre l'évaluation initiale et les autres, et forts buveurs à chaque évaluation (heavy drinking, ou fréquence de consommation). Cet échantillon est issu d'une étude longitudinale réalisée au sein de l'université du Missouri (N=4266). L'étude s'appuie sur un suivi prospectif de 4 ans.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence dans la performance à l'IGT selon l'existence ou non d'un ATCD d'abus ou de dépendance à l'alcool.

-(Andó, B. et al., 2012) :

L'étude évalue 88 patients avec des ATCD d'alcool-dépendance, sevrés. Deux groupes sont constitués selon la durée d'abstinence (43 patients ont eu une période d'abstinence courte de 3 mois, et 45 patients sont abstinents depuis au moins 3 ans). Il s'agit donc d'une étude en populations croisées sans test-retest.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence de performance à l'IGT (score net ou par bloc) selon la durée d'abstinence

-(DeWilde, B. et al., 2013) :

Dans cette étude, au cours d'une hospitalisation avec programme de soins par thérapie cognitive et comportementale, 37 patients sur 59 inclus initialement ont refait le test IGT. Il y a donc un test retest avec des évaluations réalisées à un mois d'intervalle, soit à 3 et 7 semaines de prise en charge, sur un programme de 10 semaines de soins.

L'étude retrouve :

- Une amélioration de la performance globale à l'IGT ($p=0,03$) avec la durée d'abstinence.
- Une amélioration de l'apprentissage (performances par blocs : $p=0,04$) avec la durée d'abstinence.

- Cependant, il n'y a pas de données relatives aux patients ayant interrompus prématurément leur prise en charge. L'étude ne permet pas non plus de distinguer l'effet du sevrage de celui de la prise en charge par thérapie cognitive et comportementale.

- (Körner, N. et al., 2015) :

Étude citée précédemment. Étude en populations croisées sans test-retest.

L'étude retrouve :

- Une absence de lien entre la durée d'abstinence et la performance à l'IGT.

Récapitulatif :

Les rares études ayant évalué l'impact de la durée de l'abstinence sur la performance ne retrouvent pas d'amélioration des performances avec la durée de l'abstinence. Cependant, ces études sont en populations croisées et il n'y a pas de test-retest. Une seule étude retrouve une amélioration des performances au sein d'une même population, mais l'effet ne peut être distingué de celui de la thérapie cognitive et comportementale dont ces patients avaient bénéficié.

2.f) Études évaluant l'IGT chez l'adolescent et jeune adulte

-(Ernst, M. et al 2010) :

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective sur les facteurs de risque de consommation de substances réalisée auprès de 77 adolescents suivis tous les 4 mois. L'évaluation par l'IGT est réalisée à l'inclusion. La durée de l'étude est de 3 ans.

L'étude retrouve :

- La performance à l'IGT n'est pas liée à l'intensité de la consommation. Elle ne permet pas de différencier ceux qui vont initier une consommation d'alcool.

-(Goudriaan A.E et al., 2007) :

Étude précédemment citée.

L'étude retrouve :

- Une diminution de la performance à l'IGT chez les étudiants qui vont augmenter leur consommation d'alcool et chez les étudiants pratiquant le binge drinking.

-(Anderson Johnson, C. et al., 2008) :

L'étude évalue 207 participants classés en sous-groupe : Adolescents consommateurs d'alcool avec binge drinking (BD), adolescents consommateurs d'alcool sans binge drinking, et adolescents non consommateurs d'alcool dans le mois.

L'étude retrouve :

- Une performance à l'IGT diminuée chez les non consommateurs d'alcool dans le mois par rapport ceux pratiquant le binge drinking.

-(Hanson, K.L., et al., 2008) :

L'étude évalue l'impulsivité, la recherche de sensation et les performances à l'IGT chez 22 usagers de MDMA sevrés, 30 consommateurs d'autres substances (dont l'alcool) et 29 sujets sains, non consommateurs.

L'étude retrouve :

- L'intensité de la consommation hebdomadaire est associée à une diminution de la performance à l'IGT.

-(Cantrell, H., et al., 2008) :

Etude citée précédemment.

L'étude retrouve :

- Une absence de différence dans la performance à l'IGT entre les jeunes adultes consommateurs de substances et le groupe contrôles.

-(Moreno, M., et al., 2012) :

L'étude évalue les performances à l'IGT au sein d'une population étudiante classée en 3 sous-groupes : 20 étudiants consommateurs de cannabis, 20 binge drinkers et 20 étudiants contrôles.

L'étude retrouve :

- Une différence à l'IGT entre les étudiants pratiquant le binge drinking et les sujets contrôles.
- Une absence de différence entre les binge drinkers et les consommateurs de cannabis.

-(Malone, S.M et al., 2014) :

La performance à l'IGT diminue selon la quantité d'alcool consommée.

-(Lyvers, M et al., 2015) :

La performance à l'IGT en lien avec la quantité d'alcool consommée habituellement.

Récapitulatif :

Six études sur huit retrouvent un lien entre la performance à l'IGT chez les adolescents et jeunes adultes et leur consommation d'alcool, en particulier le binge drinking

2.g) Résumé de la littérature sur IGT et alcool

Nous pouvons donc retenir de ces différentes données que :

- **Une trentaine d'études ont évalué l'IGT en lien avec les consommateurs d'alcool.**
- **Environ la moitié a retrouvé une association entre l'IGT et la consommation.**
- **Les troubles de la personnalité (particulièrement antisociale ou borderline) pourraient impacter également les performances à l'IGT chez les sujets alcoolo-dépendants, mais ces résultats ne sont pas toujours confirmés.**
- **Très peu d'études ont évalué le facteur pronostic de l'IGT dans le maintien de l'abstinence, ainsi que l'impact des modalités de consommation. Une mauvaise performance à l'IGT serait associée à plus de rechute.**
- **Chez l'adolescent et le jeune adulte, le binge drinking semble associé également à une diminution de la performance à l'IGT.**

VI. ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective, mono-centrique, non randomisée, observationnelle qui a débuté en juillet 2016 et qui se poursuivra jusqu'en juin 2017.

A. Hypothèse

A la lumière de ces différentes informations, nous pouvons penser que le trouble lié à l'usage d'alcool amène une altération de la prise de décision. Pour autant, il existe peu de données concernant l'évolution de cette altération de la prise de décision, ainsi que concernant la temporalité de cette atteinte (la prise de décision était-elle altérée et conduit-elle à une conduite addictive, ou la consommation de substance induit-elle un effet toxique au niveau de la plasticité neuronale amenant une diminution des capacités de flexibilité mentale et de prise de décision).

La question est alors de savoir si cette fonction exécutive constitue, de manière prospective, un facteur prédictif de rechute après un sevrage à l'alcool.

Cette perspective d'abstinence et de prise de décision vis à vis de l'alcool renvoie alors également à la notion d'insight et de la représentation que le patient se fait de sa conduite symptomatique en tant que maladie, source de conséquences graves pour son entourage comme pour lui-même, et nécessitant donc un traitement particulier. Une rechute vis à vis de l'alcool peut en effet être imaginée, non en lien avec un trouble de la prise de décision, mais avec une mauvaise représentation de la maladie et donc des stratégies à adopter vis à vis de celle-ci.

L'hypothèse de l'étude est donc qu'une mauvaise prise de décision est associée à plus de rechute, mais que le lien entre rechute et prise de décision est en partie médiée par la bonne qualité de l'insight vis à vis de la dépendance à l'alcool.

B. Intérêt de l'étude

Améliorer la compréhension de la maladie addictive participe à rendre plus opérant les modalités de sa prise en charge. Si l'évaluation de la prise de décision s'avère pertinente en tant que facteur pronostic de rechute, son évaluation pourrait être recommandée en pratique courante afin d'améliorer la prise en charge des patients afin de leur permettre un accompagnement plus spécifique et tenant plus compte de leurs différences en terme de vulnérabilité.

VII. Descriptif de l'étude

A. Elaboration de l'étude

En préambule, cette étude est à l'initiative du Pr Nemat Jaafari. Elle fait suite à de nombreuses réunions autour de la question de la prise de décision, que ce soit au sein de l'unité de recherche clinique (à travers des séances de bibliographie), qu'à travers des réunions partenariales avec nos confrères du service universitaire de gastro-entérologie (Pr Sylvain) ou de séminaires et congrès avec le professeur Xavier Noel, spécialiste de neuropsychologie (université de Bruxelles) et élève de Béchara.

Ces différentes réunions ont permis un travail concerté avec des spécialistes de l'addictologie et de la prise de décision, amenant à la rédaction du protocole décrit ci-dessous.

B. Patients et méthode

Les patients inclus sont préalablement présélectionnés selon les critères d'inclusion et de non inclusion dans l'unité d'addictologie du service universitaire de psychiatrie.

S'ils correspondent à ces critères, l'étude leur est ensuite proposée la dernière semaine de leur hospitalisation. Le consentement éclairé de chaque participant a été recueilli. L'ensemble des participants ont reçus une notice d'information écrite et ont signés un formulaire de consentement éclairé pour participer à l'étude. Cette étude a été validé par le comité éthique du CH. Henri-LABORIT sous la référence : BP/SD-08-2016.

Pour chaque patient, un entretien clinique individuel et dirigé (annexe 1) a été réalisé afin de recueillir : des données démographiques, des données sur les modalités de consommation, antécédents et traitements.

Les patients réalisent ensuite la tâche expérimentale (IGT) et remplissent différents auto-questionnaires.

Une phase de suivi est ensuite réalisée après leur sortie, avec 3 visites prévues à 1, 3 et 6 mois.

C. Protocole

Ce travail de thèse s'inscrit au sein d'une étude plus vaste évaluant l'impact pronostic de différentes variables neuropsychologiques (prise de décision, association implicite, capacité

d'inhibition, trait de personnalité) chez le patient présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool et désirant maintenir une abstinence après un sevrage

L'objectif principal de ce protocole est de déterminer une valeur seuil au score de l'IGT permettant de prédire une rechute à 6 mois.

Le travail de thèse quant à lui présente les résultats les plus préliminaires de cette étude qui n'a pu débuter qu'en juin 2016.

1) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de comparer les taux de rechute à 1 mois selon les capacités de prise de décision évaluées au décours du sevrage.

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Impact des fonctions cognitives sur la prise de décision.
- Impact des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale) sur la prise de décision.
- Impact des modalités de consommation sur la prise de décision.

3) Critères de jugement principal

→ Comparaison des taux de rechute à 1 mois définis à l'aide d'un agenda de consommation

La rechute est définie comme suite ([Fuller, R.K., 1997](#)) :

- la prise de boissons alcoolisées plus de cinq jours par semaine
- une journée d'alcoolisation excessive (60 g chez l'homme / 40 g chez la femme)

4) Critères de jugement secondaire

Évaluation d'un lien entre la performance à l'IGT et :

- MoCA test
- Durée de consommation
- ADS
- TAC initial / 1 mois

- Insight
- BIS11
- RSS
- Personnalité antisociale (MINI)

5) Critères d'inclusion

*Les patients doivent présenter **tous** les critères d'inclusion pour être éligibles :*

- Patients âgés de 18 à 70 ans ayant donné leur signature et leur consentement éclairé après avoir reçu une information écrite sur la procédure envisagée.
- Sujet libre, sans tutelle ou curatelle ni subordination.
- Patients bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale ou en bénéficiant par l'intermédiaire d'une tierce personne en accord avec la loi française sur la recherche biomédicale.
- Consentement éclairé et signé par le patient après information claire et loyale sur l'étude.
- présentant un trouble lié à l'usage d'alcool (défini selon les classifications du DSM 5) évalué cliniquement.
- Qui parlent français couramment.
- Désirant une abstinence à l'alcool.
- Hospitalisés au CHL.
- Avec un MOCA > 20.
- Sachant lire et écrire.

6) Critères de non inclusion

*Les patients ne doivent présenter **aucun** des critères de non inclusion pour être éligible :*

- Patients ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale.
- Personnes bénéficiant d'une protection renforcée à savoir les mineurs, les femmes enceintes,

qui allaitent, les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes séjournant dans un établissement sanitaire ou social, les majeurs sous protection légale (sous tutelle ou curatelle), et enfin les malades en situation d'urgence ou incapables de donner personnellement leur consentement.

- Maladies psychiatriques vie entière : Schizophrénie, Trouble bipolaire de type 1.
- Décompensation psychotique actuelle.
- Consommation actuelle de substances illicites autres que le cannabis festif (non régulier).
- Syndrome démentiel et Korsakoff.
- MOCA < 20.

7) Outils utilisés

7.a) Hétéro-questionnaires

- **MINI** : est un questionnaire de diagnostic structuré reprenant les critères établis par le DSM-IV. Il a été conçu par (Sheehan et al. 1998) pour la version anglaise et il a été traduit en français par (Lecrubier et al., 1998). Il permet au clinicien d'explorer de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le MINI est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostic. Les principaux diagnostics psychiatriques sont évalués : le module A pour dépression, B pour dysthymie, C pour risque suicidaire, D pour épisode (hypo)maniaque, E pour trouble panique, F pour agoraphobie, G pour phobie sociale, H pour trouble obsessionnel compulsif, I pour état de stress post-traumatique, J pour alcoolisme, K pour utilisation des drogues, L pour troubles psychotiques, M pour anorexie mentale, N pour boulimie, O pour anxiété généralisée, P pour trouble de la personnalité. Nous utilisons donc le MINI dans sa version française n° 5.0.0. Sa passation est brève, environ 15 minutes.

- **MADRS** : Le MADRS (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale), échelle de dépression de Montgomery et Asberg. Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide. Elle comprend 10 items. Chaque item comporte une définition et six degrés de gravité, les degrés 0-2-4-6 étant eux-mêmes définis.

- **Moca-test** : est un test de dépistage des troubles cognitifs. Il permet une évaluation globale des différentes sphères cognitives. (Nasreddine et al., 2005). Grace à plusieurs épreuves successives, il évalue les fonctions suivantes : l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuo-constructives, les capacités d'abstractions, le calcul et l'orientation. Le temps d'exécution est d'une dizaine de minutes. La note maximale est de trente points. Une note supérieure ou égale à vingt-six est considérée comme normale.
- **Echelle HRAR**: C'est une échelle évaluant le risque de rechute, combinant la durée d'abstinence et le type d'alcoolisme.
- **Critères DSM-5** : trouble de l'usage de substance.

7.b) Auto-questionnaires

- **BDI** : (Beck et al. 1988). C'est une échelle d'auto-évaluation dont l'objectif est d'identifier la présence de symptômes dépressifs et d'en évaluer la sévérité. Dans la forme abrégée à treize items, n'ont été retenus que les items fortement corrélés avec la note globale de l'échelle initiale à vingt et un items : tristesse, culpabilité, dégoût de soi, pessimisme ; échec personnel; insatisfaction; tendances suicidaires; anorexie; fatigabilité; indécision; modulation négative de l'image de soi; difficultés au travail ; retrait social. Il s'agit de l'outil de choix pour une mesure subjective de la dépression. Il est composé de treize catégories comprenant chacune quatre propositions. Au sein d'une catégorie, les items sont notés de 0 à 3, de sorte que la note globale va de 0 à 39. Des notes seuils ont été calculées : 0 à 3 = « Pas de dépression »; 4 à 7 = « Dépression légère »; 8 à 15 = « Dépression modérée »; 16 et plus = « Dépression sévère ». Si ces notes ne constituent en aucun cas un diagnostic clinique, elles sont un indice de la sévérité de la symptomatologie dépressive.
- **BIS 11** : L'échelle d'impulsivité de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS), dont la première version a été créée en 1959, est une échelle d'auto-évaluation de l'impulsivité comprise comme un trait de personnalité. La version 10 de la BIS distinguait trois sous-traits : l'impulsivité motrice (le fait d'agir en l'absence de réflexion); l'impulsivité cognitive (la prise de décision cognitive rapide); la difficulté de planification (l'orientation sur le présent et l'absence d'orientation vers le futur). Au vu de l'absence du facteur « Impulsivité cognitive » dans les analyses factorielles de différentes études, une révision s'est avérée nécessaire. L'analyse de corrélation sur l'ensemble des items a mis en évidence plusieurs éléments pour lesquels les critères d'une corrélation significative n'étaient pas retrouvés. En conséquence, la version 11 (Patton et al., 1995) comporte désormais seulement trente items.
- **HAIS**:L'échelle d'insight pour l'alcoolisme de Hanil (Hanil Alcohol Insight Scale, HAIS) (Kim et al., 1998) est un auto-questionnaire à vingt items évaluant l'acceptation ou le rejet par

le sujet de ses difficultés avec l'alcool. Le questionnaire est composé d'énoncés suggérant soit un bon insight soit un faible insight quant à une problématique alcoolique actuelle. En fonction de son degré d'agrément (« D'accord », « Incertain », « Pas d'accord ») avec chaque affirmation dans l'une ou l'autre de ces catégories, le patient obtient un score par item respectivement de 2 à 0 ou de 0 à -2. Le score total est donc compris entre -20 et 20. Les énoncés se répartissent en cinq catégories : reconnaissance d'un problème avec l'alcool ; acceptation de la notion d'une perte de contrôle sur la consommation d'alcool, ou d'une alcoolodépendance ; intentionnalité vers l'abstinence ; reconnaissance de la nécessité d'un traitement. Des notes seuils sont suggérées : -20 à 3 = « Insight faible » ; 4 à 15 = « Insight correct » ; 16 et plus = « Bon insight ». L'article princeps (Kim et al., 1998) rapporte avec ces critères une sensibilité comprise entre 76,9 et 100,0 % et une spécificité de 83,3 à 94,9 %. Le coefficient alpha de Cronbach de la HAIS est de 0,82 à 0,89 (Kim et al., 1998, 2007).

- **ADS-FR**: C'est un auto-questionnaire destiné à évaluer le degré de gravité du syndrome de dépendance à l'alcool (Edwards, 1986 ; Edwards et Gross, 1976).

- **STAI**: L'inventaire d'anxiété état-trait (*State Trait Anxiety Inventory*, STAI) (Spielberger, 1983) est un questionnaire d'auto-évaluation des aspects psychologiques de l'anxiété. La version Y a été développée pour éliminer des items estimés plus en lien avec la dépression. Le test se compose de deux séries distinctes de vingt questions pour évaluer respectivement l'état (STAI-YA) et le trait (STAI-YB). La première permet d'interroger la personne sur son niveau d'anxiété au moment précis de la passation. Le degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis de chacune des affirmations proposées est exprimé à l'aide d'une échelle de type Likert allant de « Pas du tout » à « Beaucoup ». C'est un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquées par des situations particulières. En revanche, la seconde demande du sujet une évaluation de son niveau d'anxiété habituel. La réponse est indiquée à l'aide d'une échelle de type Likert variant de « Presque jamais » à « Presque toujours ». Ceci a pour but de repérer l'anxiété comme disposition stable. Chaque réponse à une proposition du questionnaire correspond à un score de 1 à 4 : 1 indique le degré d'anxiété le plus faible, et 4 le degré le plus fort. La note totale pour chaque sous-échelle varie de 20 à 80.

- **TAS 20**: Echelle d'alexithymie de Toronto: L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) est un questionnaire qui a été mis au point en 1985 par une équipe canadienne (Taylor et al., 1985). La TAS comprend 26 items se répartissant en cinq dimensions qui mesurent l'incapacité à décrire ses émotions, l'incapacité à identifier ses émotions, la baisse des capacités de rêverie et les pensées tournées vers l'extérieur. Cette échelle a fait l'objet de très nombreuses traductions et d'études de validation qui ont notamment montré une reproductibilité de la structure factorielle, une validité interne satisfaisante et une stabilité

temporelle (test-retest). La version française a été mise au point par Marie-Paule Marchand puis publiée en 1993 ; elle a fait l'objet de plusieurs études de validation. En 1994 les auteurs ont révisé leur échelle en proposant une version plus courte à 20 items : la Twenty-item Toronto Aléxithymia Scale (TAS-20). La dimension rêverie a été supprimée. La version française de cette échelle a été mise au point par Loas et al. En 1995 (Loas et al., 1995).

- **IRI**: Le Interpersonal Reactivity Index. Un des plus récents instruments permettant l'opérationnalisation du concept d'empathie. Construit par Davis en 1980. Cet instrument a comme postulat de base que l'empathie est composée de plusieurs construits indépendants mais tous reliés les uns aux autres (Davis, 1980, 1983). Cet instrument comprend 28 items séparés en 4 sous-échelles. La première sous-échelle intitulée « adaptation contextuelle » (traduction de perspective-taking) mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours. La seconde sous-échelle se nomme « souci empathique » (traduction d'empathie concernée) et mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant de la souffrance. La troisième sous-échelle, nommée « détresse personnelle » (traduction de personal distress) évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres. Enfin, la dernière sous-échelle s'intitule « fantaisie » (traduction de fantasy) et mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre.

-**OCDS**:(Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire). L'échelle de comportement et cognitions vis-à-vis de l'alcool (en anglais : Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS) (Anton et al., 1995) est l'échelle la plus utilisée dans les protocoles de recherche sur le craving. Elle a été construite à partir de la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking (YBOCS-hd) se fondant sur la nature obsessionnelle du craving. Sous forme d'auto-questionnaire à quatorze items, elle a l'avantage de permettre une interprétation individuelle de chaque item reproductible à chaque passation et d'améliorer ainsi la fiabilité test-retest. Elle est composée de deux sous-échelles d'obsession et de compulsion. Le score total compris entre 0 et 40 reflète le craving basal sur une période d'une semaine. Au vu de ses bonnes qualités psychométriques (Anton et al. 1996; Flannery et al., 2001; Roberts et al., 1999), l'OCDS apparaît comme un instrument de choix dans l'évaluation de l'évolution du patient et semble constituer un outil prédictif permettant de déterminer l'éventualité d'une rechute (Anton, 2000).

-**DMQ-R** : Échelle évaluant les motifs de consommations, répartis en 4 catégories : Sociale (boire pour être sociable, faire la fête), Coping (boire pour oublier ses problèmes),

rehaussement (boire pour se sentir mieux ou capable de faire des choses dont on ne se sent pas capable sinon), conformité (boire parce que les autres le font) (Cooper., 1994).

- **DrInC**: Auto questionnaire de 50 questions qui évalue les conséquences expérimentées par le patient suite à sa consommation d'alcool. Basé sur le DSM IV, il évalue un grand nombre de conséquences. Ce test est long, et porte uniquement sur la consommation d'alcool.

- **Echelle de Rosenberg** : *Estime de soi*: Ce test, l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg, développé par le sociologue Morris Rosenberg (Rosenberg, M., 1965), demeure le plus utilisé dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi. Les participants doivent évaluer, sur une échelle de quatre points, leur degré d'accord (4 = tout à fait d'accord) ou de désaccord (1 = pas du tout d'accord) avec les dix énoncés qui traitent de la perception de leur valeur ou de l'acceptation d'eux-mêmes. Le score global varie entre 10 et 40, et un score élevé (se rapprochant de 40) indique une haute estime. L'Échelle a été traduite et validée par Vallières et Vallerand (1990) (Vallières et al., 1990).

-**Echelle de Rathus** : Affirmation de soi : L'échelle de RATHUS, créée en 1973, est un instrument qui permet de mesurer le degré d'affirmation de soi. C'est un auto-questionnaire est composé de 30 items qui concernent différentes situations sociales courantes. Le patient doit indiquer à quel degré chacune des 30 affirmations est caractéristique de son comportement ou de lui-même. Il utilise pour cela une note allant de - 3 (vraiment non caractéristique),a + 3, (très caractéristique). Pour la cotation, on doit distinguer deux types d'items : les items directs pour lesquels la cote est celle donnée par le patient et les items indirects ou inversés (marqués d'un astérisque) pour lesquels il faut inverser le signe algébrique des côtes. Le score total de l'échelle est la somme algébrique de tous les items. Son étendue va de - 90 à + 90.

- **Echelle de Liebowitz**: Phobie sociale, Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL), (Liebowitz, 1987), traduite en français par Lépine (non publiée). C'est un questionnaire de 24 items dont 12 sont des situations d'interaction sociale et 12 des situations de performance. L'anxiété et l'évitement du sujet dans chaque situation sont séparément évalués et cotés de 0 à 3 (pour l'anxiété : 0 = aucune; 1 = légère; 2 = moyenne; 3 = sévère; pour l'évitement : 0 = jamais; 1 = occasionnel ; 2 = fréquent; 3 = habituel). Il y a donc deux scores principaux qui s'étendent chacun de 0 à 72 pour l'anxiété (EASL-A), et pour l'évitement (EASL-E), deux sous-scores de l'anxiété dans les situations d'interaction sociale (0-36) et les situations de performance (0-36), et deux sous-scores de l'évitement dans ces deux situations (0-36, 0-36).

- **WCCR**: *Auto-questionnaire*, révisé par (Vitaliano et al., 1985). Elle est composée de 27 item, elle permet d'isoler 3 facteurs : -*coping centré sur le problème*, - *coping centré sur*

l'émotion, - recherche de soutien social. Elle a été traduite et adaptée en français par l'équipe de Cousson (Cousson et al., 1996).

- **AAS**: Cette échelle évaluant 4 dimensions d'attachement : 2 dimensions sécures (close et depend) et 2 dimensions insécures (anxiety et avoid).

-**RQ** : Quatre courts paragraphes sont proposés, décrivant un modèle de soi et des autres soit positif ou négatif, aboutissant à 1 modèle sécure, et 3 modèles insécures (craintif, préoccupé et évitant).

- **DERS-F**: (Echelle de régulation émotionnelle), publié par les psychologues américaines Kim L. Gratz et Lizabeth Roemer (Kim L. Gratz et Lizabeth Roemer, 2004), évalue les difficultés liées à six composantes de la régulation des émotions.

7.c) Test neuropsychologique

- **IGT** :L'IOWA Gambling Task est un test neuropsychologique évaluant la prise de décision. Cet outil a été initialement élaboré à partir de l'observation de sujets cérébrolésés (Bechara et al., 1994). Différents travaux ont montré une corrélation entre mauvaises performances à L'IGT et addictions (alcool, héroïne, jeux....) (Barry et Petry, 2008a; Bottesi et al., 2015; Li et al., 2013). Les résultats suggèrent une sensibilité réduite dans la perception du risque, une hypersensibilité à la récompense et des capacités plus pauvres dans la décision (Bechara, Dolan, et Hindes, 2002; Verdjo-Garcia et al., 2007).

8) Design de l'étude

→ Patients hospitalisés au Centre Hospitalier Henri Labori pour sevrage à l'alcool

➤ Visite de pré-inclusion : (entre J1 et J7)

- Présentation de l'étude, évaluation des critères d'inclusion et d'exclusion;

➤ Visite d'inclusion (dans la dernière semaine d'hospitalisation)

- Vérification des critères d'inclusion et de non inclusion, signature du consentement et évaluations initiales (cliniques, biologiques) (auto-questionnaires en annexe C, hétéro-questionnaire en annexe D et CRF en annexe E).

➤ Phase de suivi

- A 1 mois : consultation avec évaluation :

Consommation : (TAC, HDD, nombre de jours d'abstinence, date de la dernière consommation d'alcool avant l'hospitalisation pour sevrage)

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

- A 3 mois : consultation avec évaluation :

Consommation : (TAC, HDD, nombre de jours d'abstinence, date de la dernière consommation d'alcool avant l'hospitalisation pour sevrage)

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Auto-questionnaire: Insight, DrinC, motivation, BDI, STAI

Évaluation neuropsychologique : IGT, Gonogo modifié, Stroop modifié

Bilan BIO : ASAT/ALAT, GGT, CDT

- A 6 mois : consultation

Consommation : (TAC, HDD, nombre de jours d'abstinence, date de la dernière consommation d'alcool avant l'hospitalisation pour sevrage)

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Auto-questionnaire: Insight, DrinC, motivation, BDI, STA

VIII. Résultats

Nous présentons dans le cadre cette thèse les résultats préliminaires de l'étude, à savoir les onze patients inclus entre juin et août 2016.

A) Caractéristiques générales des patients

1) Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon se compose de onze patients repartis en neuf hommes et deux femmes, La moyenne d'âge est 45,8 ans ($\pm 6,5$) pour un niveau d'étude de 11,2 années ($\pm 6,5$ années).

Dans l'ensemble, es antécédents psychiatriques principaux sont un trouble de l'humeur (syndrome dépressif majeur)

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont regroupées dans [le tableau 1](#).

| Patients (N=11) | |
|--------------------------------------------------|----------------|
| Sexe (H/F) | 9/2 |
| Age (moyenne \pm écart-type) | 45.8 \pm 6.5 |
| Niveau d'étude | 11,2 \pm 1,9 |

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients.

2) Performances initiales à l'IGT

La cinétique par bloc ([figure 6](#)) indique une absence d'apprentissage au sein des patients.

L'axe des X correspond aux blocs de 20 cartes (la session expérimentale consistant à choisir 100 cartes, soit 5 blocs successifs de 20 cartes).

L'axe des Y correspond à la différence sur ces 20 cartes entre les cartes tirées dans la « bonne pioche » (c'est à dire les tas 3 et 4, avec un gain moyen mais des pertes petites) et les cartes tirées dans la « mauvaise pioche » (c'est à dire les cartes tirés dans les tas 1 et 2, avec un gain immédiat élevé, mais suivi de pénalités encore plus élevées).

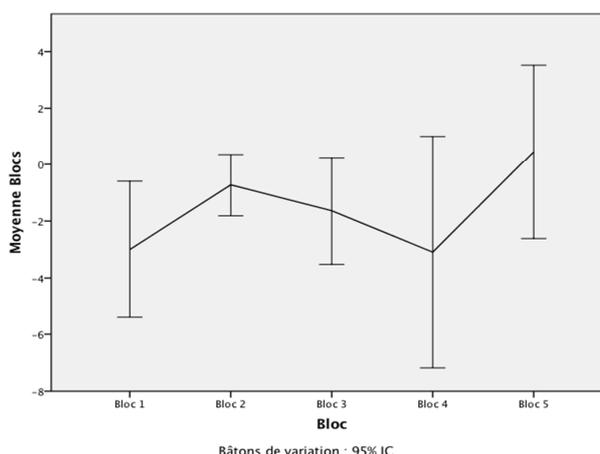


Figure 6. Performance à l'IGT par bloc.

3) Les fonctions cognitives

Les patients ont montré une bonne capacité cognitive avec un score moyen au MoCA test de 27,7(\pm 1,3).

4) Modalités de consommation

Tous les patients ont un diagnostic d'alcoolodépendance confirmé par le nombre de critères du trouble lié à l'usage d'alcool du DSM-V dont le score moyen est de 8,2 (\pm 2,6).

Dans l'ensemble, les patients se caractérisent par un trouble de l'usage d'alcool avec un âge moyen d'apparition des troubles liés à l'alcool de 38,2 ans (\pm 14,2), un âge moyen d'apparition de l'usage régulier de 20,2 ans (\pm 11,2). L'âge moyen du diagnostic de la maladie est de 40,0 ans (\pm 11,9), l'âge de la première prise en charge est de 42,1 ans (\pm 11,7).

Leur nombre de HDD est en moyenne de 25,4 jours/28 jours (\pm 7,4). Leur quantité d'alcool consommée par jour (TAC) est en moyenne de 232,4 grammes (\pm 138,9 grammes). Leur score à l'échelle ADS est en moyenne de 12,1 (\pm 5,8). Leur score à l'échelle HAIS total est en moyenne de 9,9 (\pm 3,9).

Les modalités de consommation des patients sont regroupées dans le [tableau 2](#).

| | N | Moyenne | Ecart-type |
|------------------------------------------------------|----|---------|------------|
| Age de diagnostic | 11 | 40.0 | 11.9 |
| Première prise en charge | 10 | 42,1 | 11,7 |
| Age 1ere ivresse | 10 | 16.3 | 11.1 |
| Age 1ere expérience | 10 | 13.4 | 5.6 |
| Age de l'apparition de l'usage régulier | 10 | 20.2 | 11.2 |
| Age d'apparition des troubles liés à l'alcool | 9 | 38.2 | 14.2 |
| TAC | 10 | 232.4 | 138.9 |
| HDD | 11 | 25.4 | 7.4 |
| DSM5 | 10 | 8.2 | 2.6 |
| ADS FR | 11 | 12.1 | 5.8 |
| HAIS PB | 11 | 1.3 | 1.3 |
| HAIS PC | 11 | 1.3 | 1.8 |
| HAIS ABST | 11 | 1.4 | 1.4 |
| HAIS ATT EP | 11 | 2.5 | 1.1 |
| HAIS TT | 11 | 3.5 | 0.5 |
| HAIS Total | 11 | 9.9 | 3.9 |

Tableau 2. Les modalités de consommation des patients et scores des questionnaires.

5) Les traits de personnalités

Les moyennes respectives sont de :

- 61,6 (\pm 9,1) à la BIS 11 (qui mesure l'impulsivité)
- 14,8 (\pm 6,5) à la RSS (qui mesure la recherche de sensation).
- Il n'a pas été retrouvé de trouble de la personnalité (personnalité antisociale) au MINI.

Les traits de personnalité de notre échantillon sont décrits dans [le tableau 3](#).

| | N | Moyenne | Ecart-type |
|-----------------------|----|---------|------------|
| BIS11 NP | 11 | 26.2 | 5.8 |
| BIS11 IM | 11 | 20.4 | 2.8 |
| BIS11 IC | 11 | 15.1 | 3.6 |
| BIS11 Total | 11 | 61.6 | 9.1 |
| RSS Danger | 11 | 5.3 | 2.6 |
| RSS exp | 11 | 4.5 | 1.9 |
| RSS deshinib | 11 | 3.2 | 2.7 |
| RSS sucs ennui | 11 | 1.8 | 1.5 |
| RSS total | 11 | 14.8 | 6.5 |

Tableau 3. Traits de personnalité des patients.

B. Résultats de l'objectif principal

L'objectif principal correspond à l'évaluation d'une éventuelle différence de performance initiale à l'IGT entre les patients ayant rechuté et les abstinents à 1 mois.

À 1 mois, 4 patients sont restés abstinents et 7 ont rechuté.

On ne retrouve pas de différence significative entre rechuteurs et abstinents à l'IGT initiale. Les résultats des scores sont décrits dans la [\(figure 7\)](#) et la [\(figure 8\)](#).

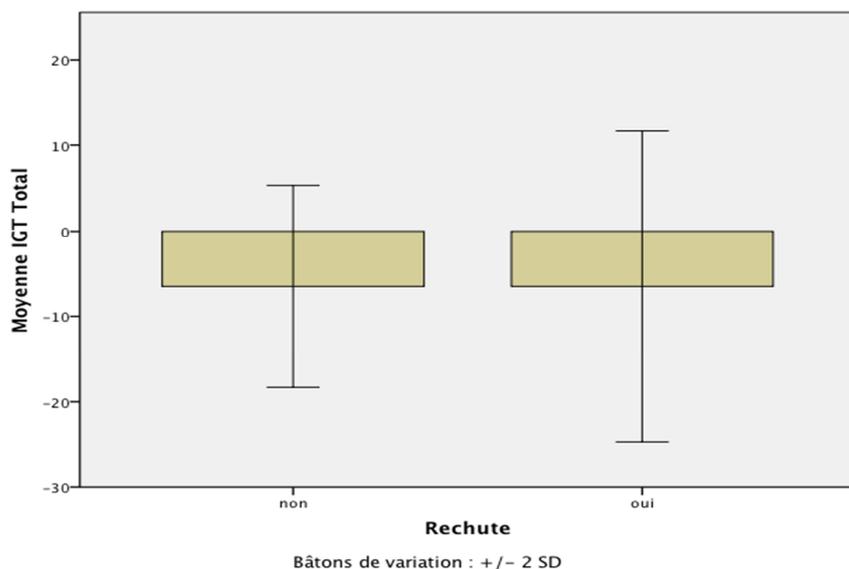


Figure 7. Comparaison des scores nets initiaux à l'IGT selon la présence d'une rechute à 1 mois.

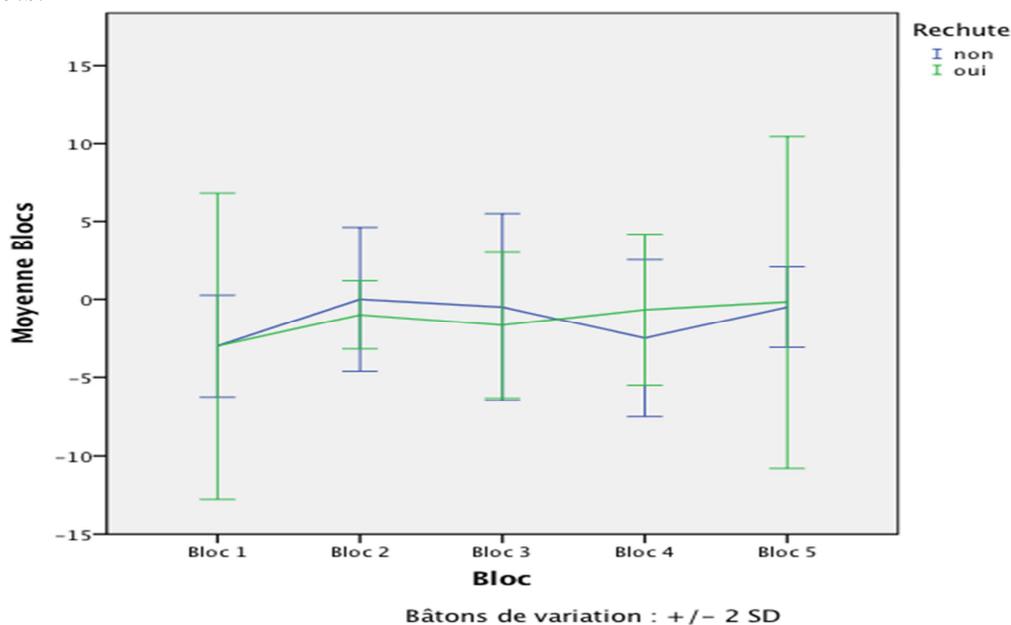


Figure 8. Comparaison par bloc de 20 carte de la performance initiale à l'IGT selon la présence d'une rechute ou non.

Les 3 derniers blocs sont ceux où l'on peut voir le phénomène d'apprentissage (se rendre compte de la différence entre les différents tas de cartes et privilégier les cartes amenant le moins de perte).

On ne retrouve pas de différence significative au niveau de l'apprentissage entre les rechuteurs et les abstinents à 1 mois pour les 3 derniers blocs (figure 9).

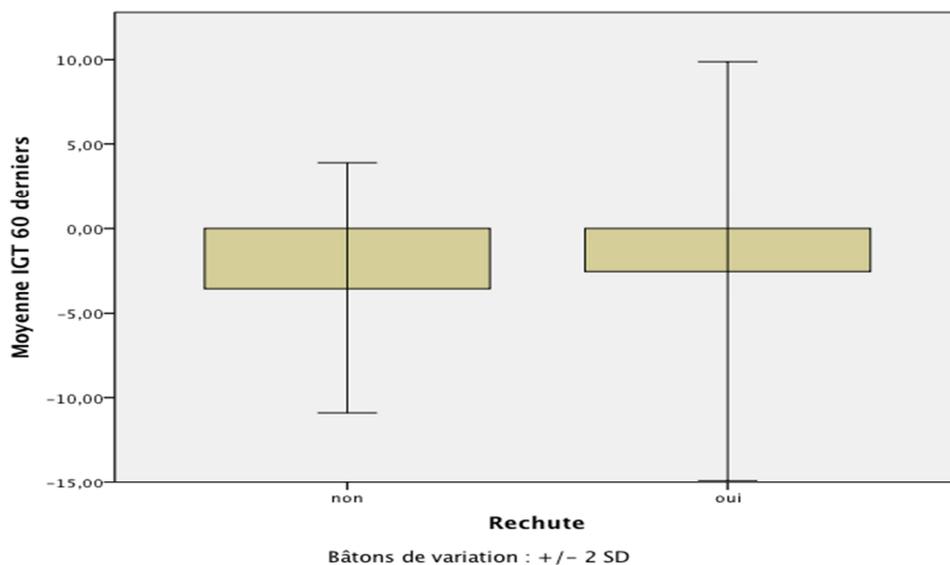


Figure 9. Comparaison du phénomène d'apprentissage entre rechuteurs et abstinents pour les 3 derniers blocs.

C. Résultats des objectifs secondaires

1) Evaluation du lien entre IGT et les caractéristiques sociodémographiques

On ne retrouve pas de corrélation entre la performance initiale à l'IGT et l'âge ou genre des patients. On n'a pas retrouvé de lien entre la performance à l'IGT et le niveau d'étude.

2) Evaluation du lien entre IGT et les fonctions cognitives

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et les résultats du MoCA test (figure 10).

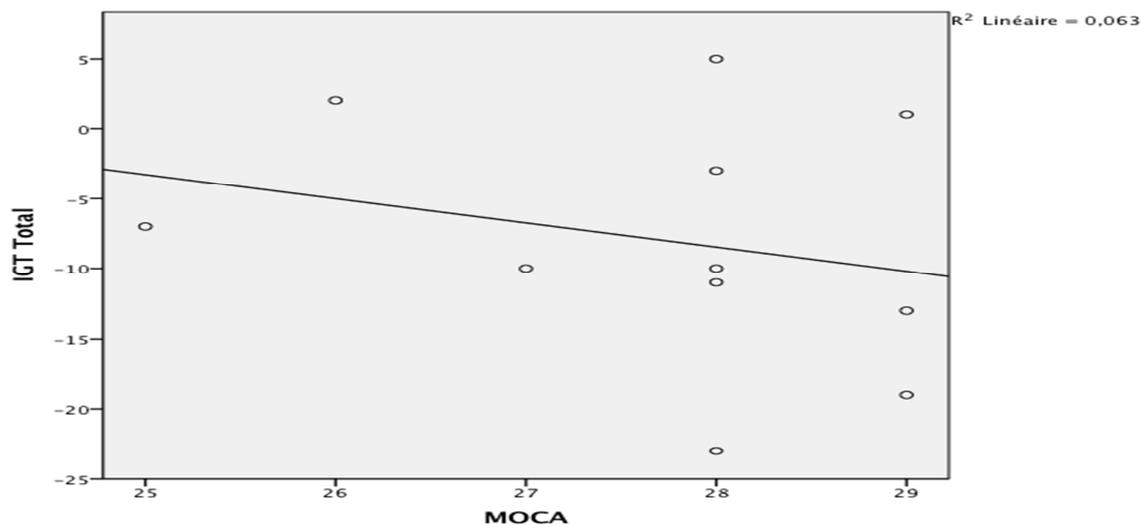


Figure 10. Distribution de la performance à l'IGT en fonction du MoCA test.

3) Evaluation du lien entre IGT et traits de personnalité

3. a) Impulsivité

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et l'impulsivité (figure 11).

L'association entre les sous dimensions de l'échelle BIS 11 et l'IGT sont présentés en annexes F.

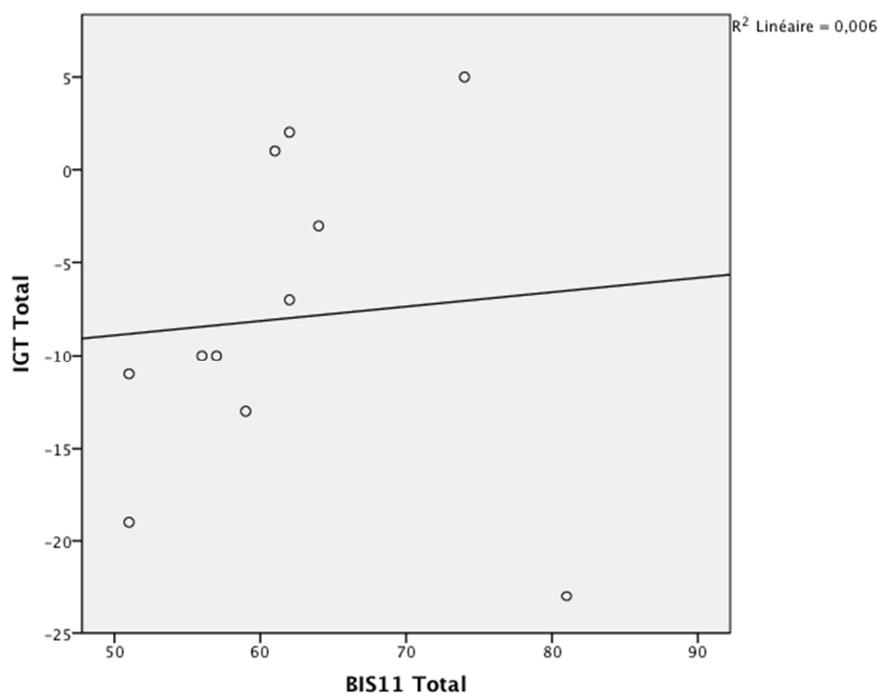


Figure 11. Distribution de la performance à l'IGT en fonction de l'impulsivité.

3.b) Recherche de sensation

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et la recherche de sensation (figure 12).

L'association entre les sous dimensions de l'échelle RSS et l'IGT sont présentés en annexes G.

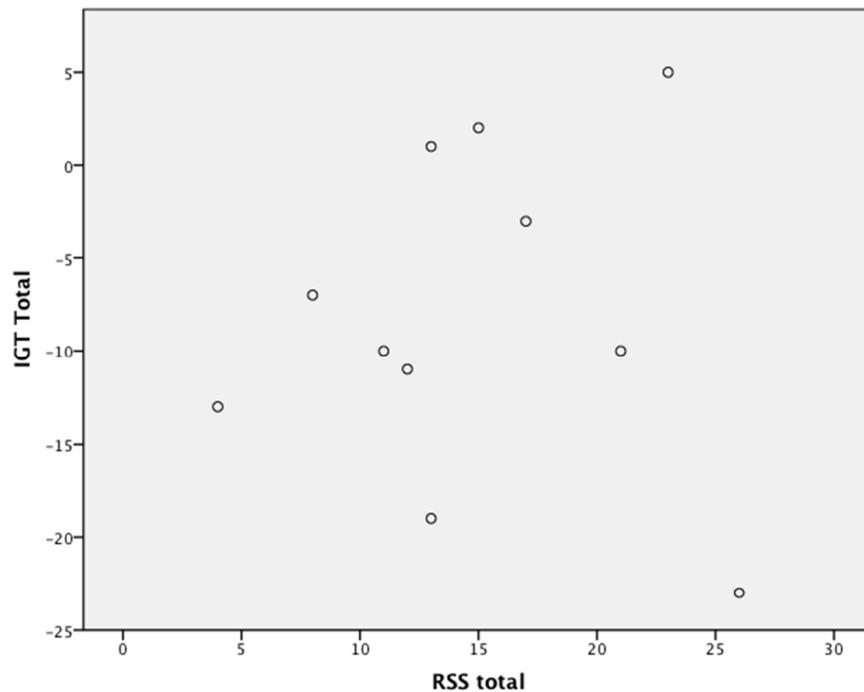


Figure 12. Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la recherche de sensation.

3.c) Personnalité antisociale

Les patients inclus n'ont pas de trouble de la personnalité antisociale

4) Evaluation du lien entre IGT et variables de consommation

4.a) Nombres de critères des troubles liés à l'usage d'alcool du DSM-V (Figure 13)

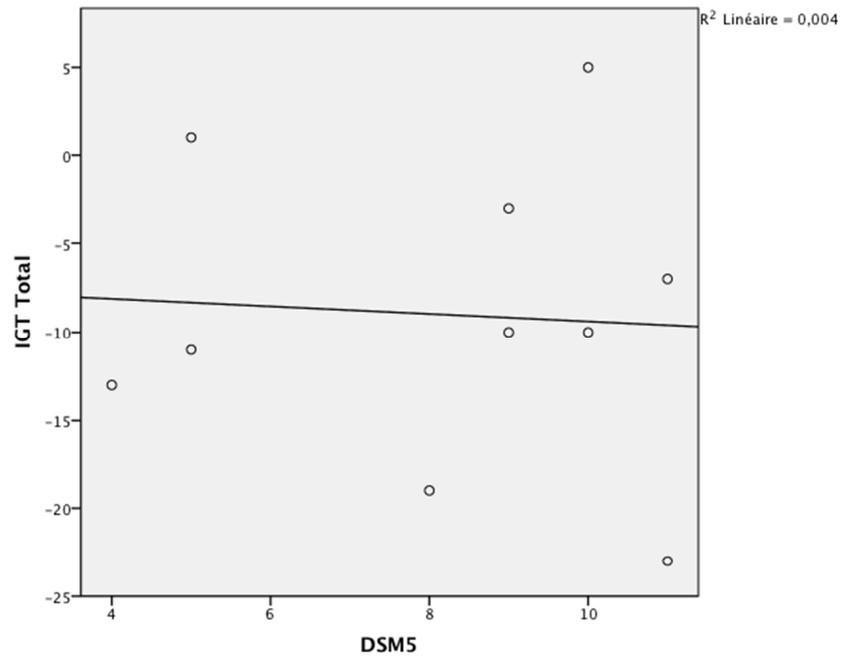


Figure 13. Distribution de la performance à l'IGT en fonction du nombre de critères des troubles liés à l'usage d'alcool du DSM-V.

4.b) Consommation quotidienne d'alcool

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et la consommation quotidienne d'alcool (figure 10)

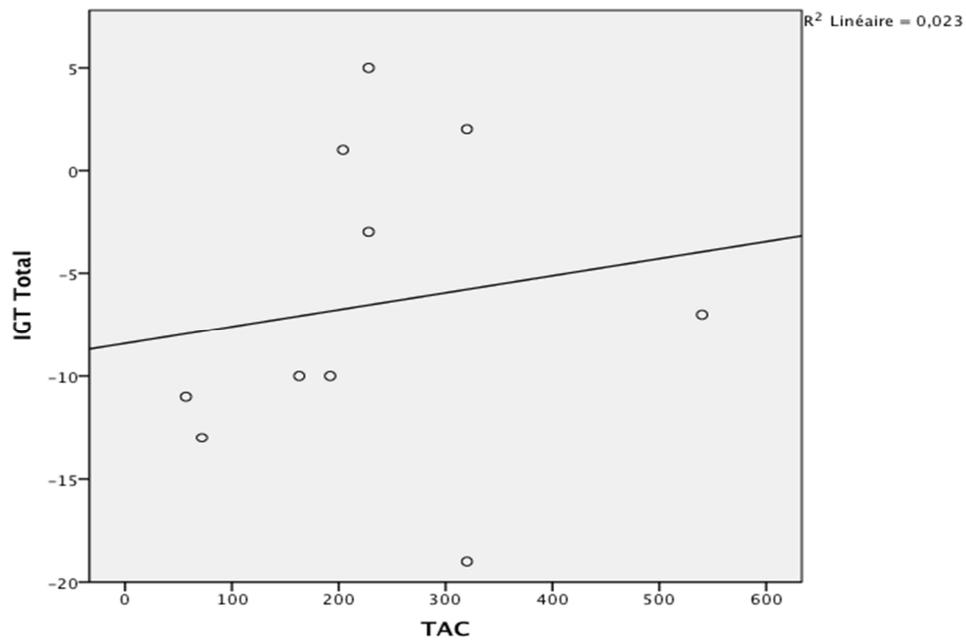


Figure 14. Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la consommation quotidienne d'alcool.

4.c) Sévérité de dépendance à l'alcool

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et la sévérité de la dépendance à l'alcool.

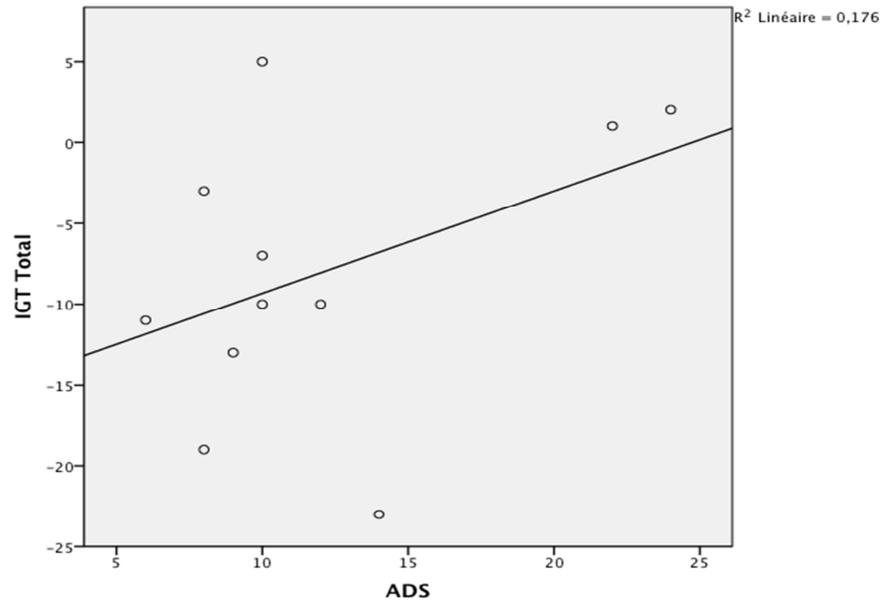


Figure 15. Distribution de la performance à l'IGT en fonction de la sévérité de dépendance à l'alcool.

4.d) Insight

Les graphiques suivants montrent les performances à l'IGT en fonction de l'auto-évaluation de l'insight. Nous présentons les résultats en fonction du score total de l'échelle.

On ne retrouve pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et l'insight ([figure 12](#))

L'association entre les sous dimensions de l'échelle HAIS et l'IGT est présentée en [annexe H](#).

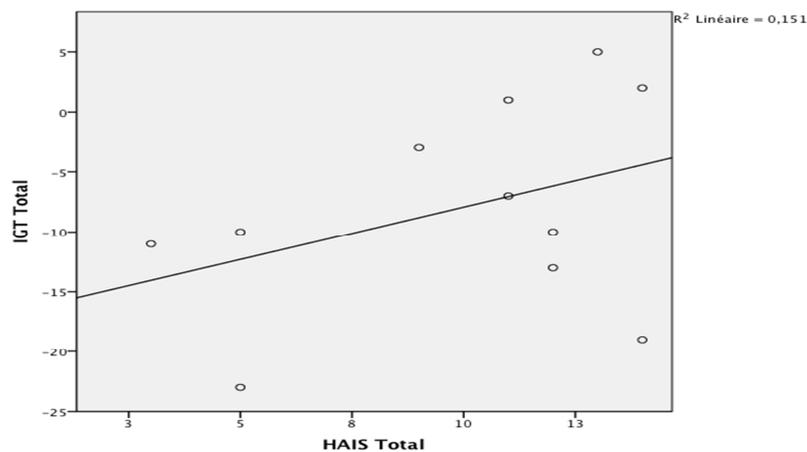


Figure 16. Distribution de la performance à l'IGT en fonction de l'insight.

IX. Discussion

La prise de décision chez les sujets alcoolodépendant est une fonction exécutive de plus en plus évaluée depuis quelques années (Bechara et al., 2001; Fein, G. et al., 2004; Bowden-Jones, H. et al., 2005; Goudriaan, A.E. et al., 2005; Dom G et al 2006; Körner, N. et al., 2015). L'objectif de l'étude dans laquelle s'inscrit ce travail est de déterminer une valeur seuil au score de l'IGT permettant de prédire une rechute à 6 mois. Le travail de thèse quant à lui présente les résultats les plus préliminaires de cette étude qui n'a pu débuter qu'en juin 2016. L'intérêt est d'améliorer la prise en charge des patients alcoolodépendants afin de leur permettre un accompagnement plus spécifique et tenant plus compte de leurs différences en terme de vulnérabilité décisionnelle. L'impact des fonctions cognitives, des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale), des modalités de consommation sur la prise de décision ont également été pris en compte.

Les résultats de l'étude ne vont cependant pas dans le sens de notre hypothèse de recherche. Celle-ci s'appuyait en effet sur l'idée que le trouble lié à l'usage d'alcool amène une altération de la prise de décision, et surtout que cette mauvaise prise de décision est un indicateur du risque de rechute, l'Insight pouvant médier ce lien.

Contrairement à notre hypothèse de départ, notre étude ne retrouve pas de différences significatives entre les patients rechuteurs et abstinents, selon leur performance initiale à l'IGT.

Ce résultat ne concorde donc pas avec la plupart des données de la littérature (Bowden-Jones, H. et al., 2005; Xiao, L. et al., 2009; Goudriaan, A. E. et al., 2011; De Wilde, B. et al., 2013).

Différentes hypothèses peuvent expliquer cette différence. La plus évidente serait le faible effectif inclus qui ne permettrait pas de déterminer une quelconque tendance, d'autant plus si celle-ci n'est pas associée à une taille d'effet importante. On note également au sein des participants de très fortes variabilités interindividuelles, avec des écarts-types très conséquents rendant difficile l'analyse de ces données. Enfin, certaines études évaluant l'intérêt pronostic de l'IGT mettaient un critère d'évaluation principal à 3 mois ou 1 an, ce qui pourrait amener des résultats différents.

Par contre, les patients inclus ne **présentent pas de phénomène d'apprentissage, conformément à ce qui est rapporté dans la littérature (Dom, G. et al., 2006; Goudriaan, A.E. et al., 2011; Kim, Y.T. et al., 2011; Tomassini, A. et al., 2012; Kornreich, C. et al.,**

2013; Brevers et al., 2014; Le Berre et al., 2014). Les patients orientent leur choix de manière non aléatoire (la moyenne des cartes n'étant pas à 0) et semblent privilégier les cartes à gain plus élevé et pertes plus importantes encore. Ces résultats, proche de la littérature, nous indiquent l'absence de performance aberrante à l'IGT au sein de notre effectif.

Par contre, on ne retrouve pas de différence significative au niveau de l'apprentissage entre les rechuteurs et les abstinents à 1 mois, notamment au niveau des 3 derniers blocs, qui sont, dans la littérature, ceux qui départagent le plus les patients présentant une addiction des sujets contrôles. Ce résultat ne concorde pas avec l'étude de De Wilde en 2013 (De Wilde, B. et al., 2013) qui avait retrouvé une capacité d'apprentissage diminuée chez les patients ayant reconsommé.

En ce qui concerne nos objectifs secondaires, nous n'avons mis en évidence aucune corrélation entre performances décisionnelles et caractéristiques cliniques de l'addiction.

Il n'a ainsi pas été mis en évidence de lien avec la sévérité de la dépendance, l'intensité de la consommation avant l'hospitalisation, ou encore l'Insight. Cependant, les données de la littérature sont également mitigées en ce qui concerne le lien entre performance à l'IGT et sévérité de l'addiction (Fein, G. et al., 2004; Hanson, K.L. et al., 2008; Malone, S.M. et al., 2014 ; Lyvers, M. et al., 2015).

Nos patients présentaient uniquement en co-addiction le tabac. Or, la présence de co-addictions est régulièrement citée comme pouvant être une limite dans les études sur la prise de décision en addictologie (Gonzalez, Bechara et Martin., 2007; Van der Plas et al., 2009), alors que, dans le même temps, la plupart des études ne montrent pas de différences de performance à l'IGT selon les différents type d'addiction.

Nous ne retrouvons pas de corrélation entre la performance initiale à l'IGT et l'âge ou le genre des patients, tout comme les études en population générale, où la performance sur la tâche de jeu ne semble pas dépendre du sexe (Bechara, Damasio, et Damasio 2000; Bechara et al., 2001). Quelques travaux suggèrent néanmoins que les hommes obtiennent des résultats légèrement meilleurs que les femmes (Leland et al., 199; Reavis et al., 1998) notamment dans les situations de consommation de cocaïne et de méthamphétamines (Van der Plas et al., 2009). Les femmes auraient ainsi besoin de 40 à 60 essais supplémentaires avant d'atteindre le même niveau de performance que les hommes (Van den Bos, Homberger De Visser., 2013). Notre effectif étant réduit et n'incluant que deux femmes, toute interprétation de résultat n'aurait aucun sens.

En ce qui concerne le niveau d'étude, nous n'avons pas retrouvé de lien avec la performance initiale à l'IGT. Ce résultat ne concorde pas avec le travail de Dom et son équipe

(2006) (Dom, G. et al., 2006), qui retrouvent une performance à l'IGT corrélée avec le niveau d'étude.

Pour Hollande et Wong (1995) (Hollander et Wong 1995), l'impulsivité, est un comportement associé à une faible considération des conséquences et guidé essentiellement par le désir de l'obtention d'une gratification immédiate. Le travail de Bechara et al. (Bechara et al. 2000a) quant à lui postule que de mauvaises performances en test ne sont pas dues à une incapacité à inhiber un comportement, mais probablement dues à des troubles associés à une impulsivité cognitive (Bechara, et al., 2005). Pour notre part, nous n'avons mis en évidence aucune corrélation entre performances décisionnelles et impulsivité. Ce résultat ne concorde pas avec le travail de Bowden-Jones et son équipe (2005) (Bowden-Jones, H. et al., 2005).

Dans les articles de Bechara et al. (2000a et 1999) les individus contrôles non performants se décrivent comme ayant tendance à préférer les situations risquées dans leur vie de tous les jours (« sensation seeking ») (Bechara et al. 2000a; Bechara et al. 1999). La préférence de ces individus pour les options défavorables serait alors liée à la fois aux importantes sommes d'argent immédiatement gagnées, mais aussi au risque statistique élevé de perte d'argent, ce qui génèrerait alors plus d'intérêt et d'émotion que les options favorables à long terme. Selon Deltu et son équipe (1996), La prise de risque est un trait corollaire à celui de la recherche de sensation chez l'homme et l'animal (Dellu et al. 1996). Ce trait de «recherche de sensations », a été décrit pour la première fois par Zuckerman (Zuckerman 1964; 1969), qui le définit chez l'homme par le besoin d'expériences et de sensations variées, complexes, pouvant conduire le sujet à s'engager dans des conduites désinhibées, des activités physiques et sociales risquées. Dans notre travail, nous ne retrouvons pas de lien entre la performance initiale à l'IGT et la recherche de sensation.

La présence de traits antisociaux est la dimension de personnalité la plus étudiée dans ses interactions avec les performances à l'IGT. Les résultats de la littérature sont mitigés. Si certaines études retrouvent un impact du trouble de la personnalité sur la performance à l'IGT, pondérant celui lié à la dépendance à l'alcool (Dom, G. et al 2006; Dom, G. et al 2006), d'autres n'en retrouvent aucun (Mazas C.A. et al., 2000; Hildebrandt,H. et al 2006; Cantrell, H. et al., 2008; Miranda, R. et al., 2009; Körner, N. et al., 2015). Au sein de notre échantillon, aucune corrélation n'a pu être mise en évidence.

Peu d'études évoquent la durée ou l'intensité de la consommation d'alcool et ses liens avec les performances à l'IGT. Il est retrouvé un lien entre l'alcoolémie, l'intensité des consommations et les performances à l'IGT chez des sujets non alcoolo-dépendants. Sur 2 études portant sur des sujets alcoolo-dépendants, une seule retrouve un impact de la durée de la consommation problématique sur leur performance à l'IGT après sevrage (Fein G et al.,

2004). Pour notre part, nous ne retrouvons pas non plus de lien entre la performance initiale à l'IGT, et l'intensité de la consommation d'alcool ou la sévérité de la dépendance.

L'effectif étant réduit, il paraît illusoire de tirer des conclusions de tels résultats. Néanmoins, si la diminution de la performance à l'IGT n'est associée ni à la durée de l'exposition au toxique, ni à l'intensité de cette exposition, nous pourrions nous interroger sur l'éventuelle indépendance de ces deux variables et considérer la prise de décision comme indépendante du toxique lui-même. Cela pourrait expliquer l'absence de différence à l'IGT selon les différents produits consommés, produits amenant pourtant des effets neurocognitifs très différents. L'altération de la prise de décision serait alors un processus indépendant de la consommation, et par conséquent, un facteur de vulnérabilité vis à vis de celle-ci plutôt que sa conséquence.

L'insight, « vision avec les yeux de l'esprit », dans l'usage courant, il se traduit par la conscience de quelque chose (du monde, de sa pensée, du passé, etc.). L'insight signifie « *la perception et la conscience de son propre trouble* » (Bourgeois, 2002). Il désignerait le phénomène de découverte soudaine de la solution dans une situation problématique (Bourgeois et al., 2002). Au sein de notre échantillon, nous n'avons pas retrouvé de lien entre la performance initiale à l'IGT et l'insight. L'effectif ne nous a pas permis d'évaluer la place de l'insight dans la rechute. Ceci demanderait à être confirmé au sein d'un nombre plus conséquent de patient. En effet, il nous paraît important de pouvoir valider que l'Insight et la prise de décision sont deux entités indépendantes. Cela nous permettrait d'évaluer les limites notamment de la prise de décision. En effet, nous pourrions supposer que les patients ayant un mauvais insight auraient rechuté quelque soit leur performance à l'IGT (L'Insight ayant le plus fort lien de corrélation avec la rechute). A contrario, les patients avec un bon insight auraient pu avoir un risque de rechute lié à leur performance à l'IGT. La prise de décision serait alors, selon ce modèle, sous le facteur limitant de l'Insight.

Il existe, nous l'avons vu, certaines limites qu'il est important de considérer pour l'interprétation de nos résultats. Tout d'abord, la taille limitée de notre échantillon est un frein majeur à la mise en évidence de différences subtiles. Les conduites de dépendance étant un phénomène complexe, mêlant des facteurs individuels, environnementaux et pharmacologiques, il paraît illusoire de vouloir résumer à un seul déterminant, la prise de décision, l'élément de causalité de la rechute. Si la littérature nous incite à penser que cet outil serait utile dans cette indication, son effet devrait néanmoins être relativement modéré. Pour pouvoir significativement le mettre en évidence, il est donc nécessaire d'inclure plus de patients.

D'autres biais existent, notamment le faible effectif en femmes au sein de notre échantillon. Si, comme certaines études ont pu le mettre en évidence, la performance à l'IGT varie selon le genre, cela impacte nécessairement nos résultats. D'autre part, même si nous les avons relevés, nous n'avons pas discriminé les différents types de traitement pris chez les participants. Pour autant, aucun patient n'a réalisé les évaluations sous benzodiazépines, neuroleptique, thymo-régulateur ou antipsychotique. Enfin, nous rapportons un fort taux de rechute à un mois, ce qui pourrait également être un biais d'échantillonnage non représentatif, et constituer un frein à l'interprétation de nos résultats.

X. Conclusion

Les addictions constituent une problématique majeure de santé publique pour nos sociétés. L'évaluation des déterminants liés à leur développement ou concourant à leur maintien est donc d'une importance considérable.

C'est dans cette optique que s'inscrit ce travail. Les addictions s'accompagnent de nombreuses atteintes neurocognitives, notamment au sein des fonctions exécutives. La présente étude, s'appuyant sur les données de la littérature, formule l'hypothèse que la prise de décision peut être altérée chez le sujet alcoolodépendant, et que cette vulnérabilité constituerait alors un facteur de risque de rechute après sevrage.

Les résultats préliminaires de notre étude, basés sur un effectif réduit (11 patients), ne nous permettent pas encore de confirmer notre hypothèse de travail.

En effet, à un mois, les patients ayant rechuté ne diffèrent pas des abstinents, si l'on se réfère à leur performance initiale à l'IGT (une semaine avant leur sortie d'hospitalisation). L'IGT n'était d'ailleurs corrélé à aucune des variables d'intérêt que nous avons relevé de notre revue de la littérature (fonctions cognitives, variables sociodémographiques, traits de personnalité, Insight et modalités de consommation).

Néanmoins, cette absence de résultat peut très bien s'expliquer par l'effectif trop modeste de notre échantillon. Par ailleurs, le profil de réponse de nos patients est conforme aux données de la littérature (recherche des cartes à plus forte récompense immédiate, faible apprentissage de ses erreurs du fait d'une faible sensibilité à la punition). Cette concordance peut nous laisser penser qu'un effectif supérieur est nécessaire pour atteindre nos objectifs. Cela est d'autant plus important que ce phénotypage pourrait donner lieu à une application clinique directe, améliorant la prise en charge de nos patients, ce qui reste, in fine, le plus important.

XI. Bibliographie

American Psychiatric Association. DSM-V: proposed revisions. Substance Use Disorder. dsm5. Disponible sur : <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=431#>

Anderson Johnson, C., Xiao, L., Palmer, P., Sun, P., Wang, Q. et al. (2008). Affective decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in 10th grade Chinese adolescent binge drinkers. *Neuropsychologia*, **46**(2), 714-26.

Andó, B., Must, A., Kurgiy, E., Szkaliczki A., Drótos, G. et al. (2012). Personality traits and coping compensate for disadvantageous decision-making in long-term alcohol abstinence. *Alcohol*, **47**(1), 18-24.

Anton, R.F. (2000). Obsessive-compulsive aspects of craving: Development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction*, **95**, S211–S217.

Anton, R.F., Moak, D.H., Latham, P. (1996). Obsessive Compulsive Drinking Scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Arch Gen Psychiatry*, **53**, 225–231.

Anton, R.F., Moak, D.H., Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res*, **19**:92–99.

Barry, D., et Petry, N.M. (2008a). Predictors of decision-making on the Iowa Gambling Task: Independent effects of lifetime history of substance use disorders and performance on the Trail Making Test. *Brain and cognition*, **66**(3), 243-252.

Bechara, A. (2007). Iowa Gambling Task Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Bechara, Inc.

Bechara, A., Van Der Linden, M. (2005). Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Current Opinion in Neurology*, **18**, 734-739.

Bechara, A., Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, **40**, 1675-89.

Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R. (2000a). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, **10**(3), 295-307.

Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R., Lee, G.P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *J Neurosci*, **19**, 5473-81.

Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., Anderson, S.W. (1998). Dissociation Of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci*, **18**, 428-437.

Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., Anderson, S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, **50** (1-3), 7-15.

- Bechara, A., Dolan, S., Hinds, A. (2002). Decision-making and addiction (partie II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychology*, **18(1)**, 152-162.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hinds, A., Anderson, S.W. et al. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, **39(4)**, 376-389.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H. (2000b). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, **123 (Pt 11)**, 2189-2202.
- Bieke, De Wilde., Antonio, Verdejo-García., Bernard, Sabbe., Wouter, Hulstijn., Geert, Dom. (2002). Affective Decision-Making Is Predictive of Three-Month Relapse in Polysubstance-Dependent Alcoholics.
- Beck, F., Tovar, M-L., Spilka, S., Guignard, R., Richard, J.B., (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé 2010. *Tendances n°76*, 6p.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.*, **8**, 77-100.
- Beraud, J., Marcelli, D., Venisse, J, Reynaud, M. (2002). Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection. In : M. Reynaud. Usage nocif de substances psychoactives. *Paris, La Documentation française.*, 59-77.
- Bolla, Karen I., Eldreth, T. Dana. A., Matochik, John. A., Cadet, Jean., L. (2005). Neural substrates of faulty decision-making in abstinent marijuana users. *NeuroImage*, **26 (2)**, 480-492.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Ouimet, A.J., Tira, M.D., Sanavio, E. (2015). Compulsivity and impulsivity in Pathological Gambling: Does a Dimensional-Transdiagnostic Approach add Clinical Utility to DSM-V Classification? *Journal of Gambling Studies.*, **31(3)**, 825-845.
- Bourgeois, M.L. (2002). « L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure », in *Annales médico-psychologiques*, **160**, 596-601.
- Bourgeois, M.L., Koleck, M., Roisg-Morrier, R. (2002). « Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie », in *Annales médico-psychologiques*, **160 (8)**, 444-450.
- Bowden-Jones, H., McPhillips, M., Rogers, R., Hutton, S., Joyce, E. (2005). Risk-taking on tests sensitive to ventromedial prefrontal cortex dysfunction predicts early relapse in alcohol dependency: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.*, **17**, 410-420.
- Bowman, C.H., Evans, C.E., Turnbull, O.H. (2005). Artificial time constraints on the Iowa Gambling Task: the effects on behavioural performance and subjective experience. *Brain Cogn.*, **57**, 21-5.
- Brevers, D., Bechara, A., Cleeremans, A., Kornreich, C., Verbanck, P. et al. (2014). Impaired decision-making under risk in individuals with alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res.*, **38(7)**, 1924-1931.

Buelow, M.T., Suhr, J.A. (2009). Construct Validity of the Iowa Gambling Task. *Neuropsychological Review.*, **19**, 102-114.

Cami, J., Farre, M. *Drug Addiction. N Engl J Med.*, **349**, 975-986.

Cantrell, H., Finn, P.R., Rickert, M.E., Lucas, J. (2008). Decision making in alcohol dependence: insensitivity to future consequences and comorbid disinhibitory psychopathology. *Alcohol Clin Exp Res.*, **32(8)**, 1398-407.

Cavedini, P., Bassi, T., Ubbiali, A., Casolari, A., Giordani, S. et al. (2004). Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.*, **127(3)**, 259-266.

Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annunzio, A., Bellodi, L. (2002b). Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biol Psychiatry.*, **51**, 334-341.

Cherrington, E.H. (Editor-in-chief). (1925). Standard Encyclopaedia of the Alcohol Problem, Vol. 1. Westerville OH: Aarau-Buckingham.

Clark, L., Cools, R., Robbins, T.W. (2004). The neuropsychology of ventral prefrontal cortex: decision-making and reversal learning. *Brain Cogn.*, **55**, 41-53.

Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. (2014). Trouble de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Synthèse.*, **36(4)**, 355-373.

Collins, N.L., Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol.*, **58**, 644-63.

Cooper, M. L. (1994). Motivations for Alcohol Use Among Adolescents: Development and Validation of a Four-Factor Model. *Psychological Assessment.*, **6(2)**, 117-128.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rasclen, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française.*, **41, 2**, 155-164.

Crone, E.A., van der Molen, M.W. (2007). Development of decision making in school-aged children and adolescents: evidence from heart rate and skin conductance analysis. *Child Dev.*, **78**, 1288-1301.

Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain. Putnam Publishing.*

Damasio, A.R., Tranel, D., Damasio, H. (1990.) Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behav Brain Res.*, **41** :81-94.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology.*, **10**, 85.

Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology.*, **44**, 113-126.

Dellu, F., Piazza, P.V., Mayo, W., Le Moal, M., Simon, H. (1996). Novelty-seeking in rats - Biobehavioral characteristics and possible relationship with the sensation-seeking trait in man. *Neuropsychobiology.*, **34**, 136-45

Damien, Brevers., Antoine Bechara, Axel Cleeremans, Charles Kornreich, Paul, Verbanck, Xavier, Noël.(2015). Impaired decision-making under risk in individuals with alcohol dependence.

DeWilde, B., Bechara, A., Sabbe, B., Hulstijn, W., Dom, G. (2013). Risky decision-making but not delay discounting improves during inpatient treatment of polysubstance dependent alcoholics. *Front Psychiatry.*, **4**, 91.

De Wilde, B., Verdejo-García, A., Sabbe, B., Hulstijn, W., Dom, G. (2013). Affective decision-making is predictive of three-month relapse in polysubstance-dependent alcoholics. *Eur Addict Res.*, **19(1)**, 21-28.

Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., van den Brink, W., Sabbe B. (2006). Decision-making deficits in alcohol-dependent patients with and without comorbid personality disorder. *Alcohol. Clin Exp Res.*, **30(10)**, 1670-1677.

Dom, G., Sabbe, B., Hulstijn, W., van den Brink, W. (2005). Substance use disorders and the orbitofrontal cortex: systematic review of behavioural decision-making and neuroimaging studies. *Br J Psychiatry.*, **187**, 209-220.

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5th Edition.

Dunn, B.D., Dalgleish, T., Lawrence AD.(2006). The somatic marker hypothesis: a critical evaluation. *Neurosci Biobehav Rev.*, **30**, 239-271.

Durant, R.H., Knight, J., Goodman, E., (1997). Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic. *J Adolesc Health.*, **21**, 303-308.

Edwards, G. (1986). Le syndrome d'alcoolisme Dépendance: Un concept comme stimulus à l'enquête. *Brit. J. Addict.*, **81**, 171-183.

Edwards, G., MM, brut. (1976). Dépendance à l'alcool: Description provisoire d'un syndrome clinique. *Brit. Med. J.*, **1**, 1.058-1.061.

Ernst, M., Luckenbaugh, D.A., Moolchan, E.T., Temple, V.A., Jenness, J., et al. (2010). Decision-making and facial emotion recognition as predictors of substance-use initiation among adolescents. *Addict Behav.*, **35(3)**, 286-9.

Fein, G., Klein, L., Finn, P., (2004). Impairment on a Simulated Gambling Task in Long-Term Abstinent Alcoholics. *Alcohol: Clinical and Experimental Research.*, **28**, 1487-1491.

Feldmann G. (2011). Addiction, un mot nouveau? In: *Les addictions (Colin A, ed)*, pp 5-9.

Fellows, L.K. (2004): The cognitive neuroscience of human decision making: a review and conceptual framework. *Behav Cogn Neurosci Rev.*, **3**, 159-172.

- Fernandez, L., Sztulman, H. (1997). Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, **155**, 255-265.
- Flannery, B.A., Roberts, A.J., Cooney, N., Swift, R.M., Anton, R.F., et al. (2001). The role of craving in alcohol use, dependence, and treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, **25**, 299–308.
- Garrido, I., Subirá, S., (2013). Decision-making and impulsivity in eating disorder patients. *Psychiatry Research*, Volume **207**, 107–112.
- Georgemiller, R., Machizawa, S., Young, K.M., Martin, C.N. (2013). Neuropsychological assessment of decision making in alcohol-dependent commercial pilots. *Aviat Space Environ Med.*, **84(9)**, 980-985.
- Gonzalez, R., Bechara, A., Martin, E.M. (2007). Executive functions among individuals with methamphetamine or alcohol as drugs of choice: preliminary observations. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **29(2)**, 155-159.
- Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *Br J Addict.*, **85(11)**, 1403-1408.
- Goudriaan, A.E., Grekin, E.R., Sher, K.J. (2011). Decision making and response inhibition as predictors of heavy alcohol use: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.*, **35(6)**, 1050-1057.
- Goudriaan, A.E., Grekin, E.R., Sher, K.J. (2007). Decision Making and Binge Drinking: A Longitudinal Study. *Alcohol Clin Exp Res.*, **31(6)**, 928–938.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., van den Brink, W. (2005). Decision making in pathological gambling: a comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Res.*, **23**, 137-151.
- Hanson, K.L., Luciana, M., Sullwold, K. (2008). Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users. *Drug Alcohol Depend.*, **96**, 99-110.
- Hermann, D., Leménager, T., Gelbke, J., Welzel, H., Skopp G., et al. (2009). Decision making of heavy cannabis users on the Iowa Gambling Task: stronger association with THC of hair analysis than with personality traits of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Eur Addict Res.*, **15(2)**, 94-98.
- Hildebrandt, H., Brokate, B., Hoffmann, E., Kröger, B., Eling, P. (2006). Conditional responding is impaired in chronic alcoholics. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.*, **28(5)**, 631-645.
- Hollander, E., Wong, C.M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry.*, **56 Suppl 4**, 3-6; discussion 53-5.
- INPES, Comité français d'éducation pour la santé. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/435.pdf>. *La santé en chiffres: alcool*.
- Kim, Y.T., Sohn, H., Jeong, J. (2011). Delayed transition from ambiguous to risky decision making in alcohol dependence during Iowa Gambling Task. *Psychiatry Res.*, **190(2-3)**, 297-303.

- Kim, K.M., Kim, J.S., Kim, G.J., Kim, S.S., Jung, J.G., et al. (2007). The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J Korean Med Sci.*,**22**, 453– 458.
- Kim, L. Gratz., Lizabeth, Roemer. (2004). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Kim, J.S., Kim, G.J., Lee, J.M., Lee, C.S., Oh, J.K. (1998). Hanil alcohol insight scale (HAIS): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *J Stud Alcohol.*,**59**,52–5.
- Körner,N., Schmidt, P., Soyka, M. (2015). Decision making and impulsiveness in abstinent alcohol-dependent people and healthy individuals: a neuropsychological examination. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.*,**10**,24.
- Kornreich, C., Brevers, D., Ermer, E., Hanak, C., Verbanck, P., et al. (2013). Polysubstance dependent patients display a more utilitarian profile in moral decision-making than alcohol-dependent patients, depressive patients and controls. *Drug Alcohol Depend.*, **132(3)**, 434-440.
- Le Berre, A-P., Rauchs, G., La Joie, R., Mézenge, F., Boudehent, C., et al. (2014). Impaired decision-making and brain shrinkage in alcoholism. *European Psychiatry.*,**29(3)**, 125-133.
- Lecrubier, Y., et. al., M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Sheehan, D., et al. (1998). University of South Florida-Tampa, USA. French version 5.0.0. DSM-IV. *Traduction française*. INSERM-Paris, France.
- Leland, D., Richardson, J., Vankov, A., Grant, S., Pineda, J., (1998). Decision-making and associated ERPS in low-and-high-dependence smokers performing the Iowa gambling task. *24(1175)*.
- Li, X., Zhang, F., Zhou, Y., Zhang, M., Wang, X., et al. (2013). Decision-making deficits are still present in heroin abusers after short-to long-term abstinence. *Drug and Alcohol Dependence.*, 130(1-3), 61-67
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Mad Probl Pharmacopsychiatry.*,**22**, 141-73.
- Linnet, J., Rojskjaer, S., Nygaard, J., Maher, B. A. (2006). Episodic chasing in pathological gamblers using the Iowa Gambling Task. *Scandinavian Journal of Psychology.*,**47(1)**, 43-49.
- Lingford-Hughes, A., Nuut, D. (2003). Neurobiology of addiction and applications for treatment. *Br J Psychiatry.*, **182**, 97-100.
- Loas, G., Fremeaux, D., Marchand, M.P., (1995). Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *Encéphale XXI.*, 117-122.
- López-Torrecillas,F., Perales, J.C., Nieto-Ruiz, A., Verdejo-García, A. (2014) Temperament and impulsivity predictors of smoking cessation outcomes.*PLOS One.*,**9**, e112440.
- Levine, B., Black, S.E., Cheung, G., Campbell, A., O'Toole, C., et al. (2005). Gambling task performance in traumatic brain injury: relationships to injury severity, atrophy, lesion location, and cognitive and psychosocial outcome. *Cogn Behav Neurol.*, **18**, 45-54

Lyvers, M., Mathieson, N., Edwards, M.S. (2015). Blood alcohol concentration is negatively associated with gambling money won on the Iowa gambling task in naturalistic settings after controlling for trait impulsivity and alcohol tolerance. *Addictive Behaviors.*, **41**, 129–135.

Mäkelä, K., Mustonen, H. (1988). Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. *Brit. J. Addict.*, **83**, 403-408.

Mäkelä, K., Simpura, J. (1985), Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug Alcohol Depend.*, **15**, 389-404.

Malone, S.M., Luciana, M., Wilson, S., Sparks, J.C., Hunt, R.H. et al. (2014). Adolescent drinking and motivated decision-making: a cotwin-control investigation with monozygotic twins. *Behav Genet.*, **44(4)**, 407-418.

Mayer, P., Holtt, V. (2005). Genetic disposition to addictive disorders current knowledge and future perspectives. *Curr Opin Pharmacol.*, **5**, 4-8.

Mazas, C.A., Finn, P.R., Steinmetz, J.E. (2000). Decision-making biases, antisocial personality, and early-onset alcoholism. *Alcoholism Clinical and Experimental Research.*, **24(7)**, 1036-1040.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing : Preparing people for change. *2nd ed. New York: The Guilford Press.*

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. *New York: Guilford Press.*

Morel, A., Reynaud, M. (2002). Les modalités de consommation à risque. *In : M. Reynaud. Usage nocif de substances psychoactives. Paris, la documentation française.*, 37-44.

Miranda, R. Jr., MacKillop, J., Meyerson, L.A., Justus, A., Lovallo, W.R. (2009). Influence of antisocial and psychopathic traits on decision-making biases in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.*, **33(5)**, 817-825.

Moreno, M., Estevez, A.F., Zaldivar, F., Montes, J.M., Gutiérrez-Ferre, V.E. et al. (2012). Impulsivity differences in recreational cannabis users and binge drinkers in a university population. *Drug Alcohol Depend.*, **124(3)**, 355-362.

Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charboneau, S., Whitehead, V., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society.*, **53(4)**, 695-699.

Noël, X., Bechara, A., Dan, B., Hanak, C., Verbanck P. (2007). Response inhibition deficit is involved in poor decision making under risk in nonamnesic individuals with alcoholism. *Neuropsychologie.*, **21(6)**, 778-786.

Nyström, M. (1992). Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. *British Journal Addiction.*, **87**, 715-722.

OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Séries Statistiques – Alcool* - <http://www.ofdt.fr>

Patton, J.M., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol.*,**51**,768-774.

Peele, S. and Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence.*,**60**,221-247.

Peele, S. and Grant, M. (E.s); (1999). Alcohol and Pleasure: A Health Perspective. Washington DC: *International Center for Alcohol Policies*.

Petry Nancy M, Bickel K et Arnett M. (1998).Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. University of Vermont, Department of Psychiatry, Substance Abuse Treatment Center, Burlington, Vermont, USA. *Addiction.*,**93 (5)**, 729-738.

Pickard H (2012b) The Purpose in Chronic Addiction. *AJOB neuroscience* **3**, 40-49.

Pirard, S., Sharon, E., Kang, S.K., et al. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.***78**, 57-64.

Pirastu R, Fais R, Messina M, Bini V, Spiga S, et al. (2006). Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: effect of pharmacological therapies. *Drug Alcohol Depend.*, **83**,163–168.

Reavis, R., Overman, W., Hendrix, S., Exposito, W., Dezio-Cottle, C. (1998).Possible double dissociation of function between adult males and females in two brain system. *Soc Neurosci Abstr.*, **24(1177)**.

Reynaud, M., *Traité d'addictologie*. (2006). Paris : *Médecine-Sciences Flammarion*.

Reynaud, M. Usage nocif de substances psychoactives. (2002). Paris, *La documentation française*.

Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. (2000). Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé). Paris: Odile Jacob.

Roberts, J.S., Anton, R.F., Latham, P.K., Moak, D.H. (1999). Factor structure and predictive validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Alcohol Clin Exp Res.*,**23**, 1484–1491.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rupp, C.I., Beck, J.K., Heinz, A., Kemmler, G., Manz, S. et al. (2016). Impulsivity and Alcohol Dependence Treatment Completion: Is There a Neurocognitive Risk Factor at Treatment Entry?. *Alcohol Clin Exp Res.*, **40(1)**, 152-60.

Salgado, J.V., Malloy-Diniz, L.F., Campos, V.R., Abrantes.,S.S.C., Fuentes, D. (2009). Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Revista Brasileira de Psiquiatria.*,**31 (1)**, 4-9.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Amorim, P., Janavs ,J., et al.(1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of

- a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry.*, **59** [suppl 20], 22-33.
- Sinnott-Armstrong, W., Pickard, H., (2013). WHAT IS ADDICTION? In: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (Fulford B, Gipps R, J. S, eds): *Oxford University Press*.
- Stout, J.C., Busemeyer, J.R., Lin, A., Grant, S.J., Bonson, K.R., (2004). Cognitive modeling analysis of decision-making processes in cocaine abusers. *Psychon Bull Rev.*, **11**(4), 742-747.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo-Alto: *Consulting Psychologist Press Inc*.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation*. *Cambridge University Press*.
- Thom, B. (2001.) A social and political history of alcohol. In Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Tomassini, A., Struglia, F., Spaziani, D., Pacifico, R., Stratta, P., et al. (2012). Decision making, impulsivity, and personality traits in alcohol-dependent subjects. *Am J Addic.*, **21**(3), 263-7..
- Turnbull, O.H., Evans, C.E., Bunce, A., Carzolio, B., O'Connor, J. (2005). Emotion-based learning and central executive resources: an investigation of intuition and the Iowa Gambling Task. *Brain Cogn.*, **57**, 244-247.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2004). *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement*. *Annals of internal medicine.*, **140** : 554-556.
- Vallières, E. F., Vallerand, J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology.*, **25**, 305-316.
- Van den Bos, R., Homberg, J., de Visser, L. (2013). A critical review of sex differences in decision-making tasks: focus on the Iowa Gambling Task. *Behavioural Brain Research.*, **238**, 95-108
- Van den Bos, R., Harteveld, M., Stoop, H. (2009). Stress and decision-making in humans: performance is related to cortisol reactivity, albeit differently in men and women. *Psychoneuroendocrinology.*, **34**, 1449-1458.
- Van der Plas, E.A.A., Corne, E.A., Van den Wildenberg, W.P.M., Tranel, D., Bechara, A., (2009). Executive control deficits in substance-dependent individuals: a comparison of alcohol, cocaine, and methamphetamine and of men and women. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.*, **31**(6), 706-719.
- Verdejo-Garcia, Antonio., Amy, Benbrook., Frank, Funderburk., Paula, David., Jean-Lud, Cadet., et al. (2007). The differential relationship between cocaine use and marijuana use on decision-making performance over repeat testing with the Iowa Gambling Task. *Drug and Alcohol Dependence.*, **90**(1), 2–11.

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., Becker, J. (1985). The ways of Coping checklist : revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research.*, **20**, 3-26.

Volz, K.G., Schubotz, R.I., Von-Cramon, D.Y. (2006). Decision-making and the frontal lobes. *Curr Opin Neurol.*, **19**, 401-406.

Xiao, L., Bechara, A., Grenard, L.J., Stacy, W.A., Palmer, P. et al. (2009). Affective decision-making predictive of Chinese adolescent drinking behaviors. *J Int Neuropsychol Soc.*, **15**(4), 547-557.

Zorlu, N., Ucman, K.T., Gelal, F., Kalayci ,C.C., Polat, S. (2014). Abnormal white matter integrity in long-term abstinent alcohol dependent patients. *Psychiatry Research.*, **224**(1), 42-8.

Zuckerman, M. (1969). Theoretical formulations. In: Zubek JP (ed) Sensory deprivation: fifteen years of research. *Appleton century*, New York.

Zuckerman, M. (1964). Development of a sensation-seeking scale. *J. Consult. Psychol.*, **28**, 477-482.

XII. LISTE DES ANNEXES

Annexe A: Notice d'information destinée aux participants à recherche

« Iowa Gambling Task (IGT) marqueur de rechute » - étude pilote.

Madame, Monsieur,

Votre psychiatre vous propose de participer à une recherche biomédicale dont le Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

1. A qui s'adresse cette étude ?

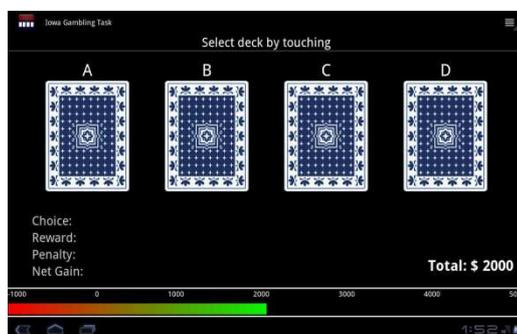
L'alcool est la seconde cause de mortalité évitable en France. Les troubles liés à son usage amène de profondes altérations dans le fonctionnement de l'alcoolodépendant, à la fois au niveau de sa santé et de ses relations avec les autres, amenant une profonde diminution de sa qualité de vie.

Si les différents traitements à disposition augmentent les chances d'éviter une rechute, la plupart des patients finissent néanmoins à reprendre une consommation dont ils peuvent rapidement perdre le contrôle. L'étude des facteurs prédictifs de cette reprise de consommation est donc importante afin d'améliorer le suivi des patients les plus à risque, et ainsi améliorer leur pronostic.

Cette étude s'adresse à des patients présentant une dépendance à l'alcool, et désirant maintenir une abstinence après un sevrage. Cette étude est observationnelle et n'intervient pas sur votre prise en charge.

2. Qu'est-ce que l'Iowa Gambling Task?

L'Iowa Gambling Task (IGT) est un test qui se présente sous la forme d'un jeu de carte. Les participants doivent essayer par « essais/erreurs » de gagner le plus de sous possibles en piochant les cartes. La règle du jeu donne au sujet le libre choix d'une carte à la fois, parmi les quatre tas de cartes présents. Chaque carte permet un gain immédiat d'argent de quantité variable, lequel peut parfois être suivi d'une perte d'argent de quantité variables



3. Objectif de l'étude

.L'objectif principal de ce protocole est de déterminer une valeur seuil au score de l'IGT permettant de prédire une rechute à 6 mois..

4. Déroulement de l'étude

L'étude concernera 60 patients à inclure sur 36 mois. L'évaluation initiale a lieu la semaine précédant votre sortie d'hospitalisation. Une phase de suivi aura lieu ensuite sur 6 mois, durée de votre participation à l'étude.

L'étude se déroulera comme suit :

Une période d'inclusion

Dans un premier temps, votre psychiatre évaluera précisément tous les aspects de votre addiction à l'alcool à l'aide de tests psychiatriques et vérifiera que vous répondez à tous les critères d'éligibilité de l'étude. Il vous remettra également des questionnaires à remplir et réalisera les évaluations psychologiques de l'étude avant votre sortie d'hospitalisation.

Visites d'évaluations pendant le suivi

Vous aurez différentes visites d'évaluation qui seront réalisées par une infirmière ou un médecin. Votre psychiatre évaluera votre consommation d'alcool à l'aide de tests psychiatriques, de bilans sanguins et d'échelle que vous aurez à compléter. Vous le rencontrerez après votre sortie à 1, 3 puis 6 mois.

Trois tâches informatiques vous seront également proposées (une tâche d'inhibition, une tâche d'association implicite « IAT » et une tâche pour évaluer la prise de décision « IGT »)

5. Alternatives à l'étude proposée

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, votre prise en charge sera poursuivie et votre médecin adaptera votre traitement en tenant compte des meilleures données disponibles.

Les bénéfices attendus sont :

- Développer une meilleure connaissance des facteurs associés à une rechute précoce vis à vis de l'alcool
- Améliorer la prise en charge en personnalisant le suivi notamment en fonction du risque de rechute

7. Risques potentiels de l'étude

L'étude est observationnelle, c'est à dire qu'elle n'intervient pas sur votre prise en charge. Elle ne présente aucun risque potentiel.

8. Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Le protocole de recherche ne prévoit aucune indemnisation financière de votre participation à l'étude. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision. Dans le cas où vous retirez votre consentement, nous

effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles sauf opposition écrite de votre part. Durant l'étude, vous serez averti(e) par votre médecin investigateur, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude. Les Autorités de Santé,

votre médecin investigateur ou le promoteur peuvent décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez averti et les raisons vous seraient expliquées.

9. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, le Professeur/Docteur [.....], que vous pourrez joindre au numéro de téléphone suivant [:.....], pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude « IGT-marquer rechute » pilote.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin investigateur.

10. Confidentialité et utilisation des données médicales

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CH Henri Laborit de Poitiers vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté.

A cette fin, les données médicales recueillies, y compris tout questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie vous concernant seront transmises au Promoteur de la recherche. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du CH Henri Laborit.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

11. Assurance

Un contrat d'assurance N° 149.206 a été souscrit par le promoteur de l'essai, le CH Henri Laborit, auprès de la compagnie d'assurance SHAM, pour couvrir les risques liés à cette recherche. Cette assurance couvre la responsabilité du promoteur en tant que promoteur d'une recherche biomédicale et celle de tout autre intervenant, en accord avec l'article L 1121-7 du Code de la Santé Publique.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez. Après un délai de réflexion, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez compléter et signer le formulaire de consentement de participation. Un exemplaire du document complet vous sera remis.

Annexe B: Formulaire du consentement

De :

Mme/M. :

.....

Né(e) le :

Adresse :

.....

Le Professeur/Docteur :.....Centre

Hospitalier.....Service.....

Adresse.....m'a proposé de participer à l'étude clinique intitulée «L'Iowa GamblingTask (IGT), un marqueur du risque de rechute pour l'alcool – étude pilote (IGT-marqueur rechute pilote) ».

J'ai lu et compris la lettre d'information ci-jointe, dont j'ai obtenu une copie. Le médecin investigateur a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au

Docteur/Professeur (Tél :).

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera pas de surcoût à ma charge. J'accepte librement et volontairement de participer.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et Liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès

et de rectification des données me concernant auprès du médecin investigateur. Ce formulaire, ainsi que toutes les informations personnelles me concernant resteront strictement confidentiels, sont et resteront couverts par le secret professionnel et médical, ainsi que par le respect dû à ma vie privée. En vertu de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) le traitement informatisé de mes données personnelles a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et je dispose à cet égard d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données enregistrées sur informatique à tout moment, par l'intermédiaire de mon médecin

Je certifie que je suis majeur et que je ne bénéficie d'aucun régime de protection légale (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle).

Je certifie être affilié(e) au régime de la Sécurité Sociale.

Le promoteur de la recherche (CH Henri Laborit de Poitiers) a souscrit une assurance de responsabilité civile en cas de préjudice auprès de la société SHAM (n° de contrat :149.206).

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires originaux

A, le

A, le

Nom, prénom de l'investigateur :
volontaire :

Nom, prénom du

Signature :

Signature :

Ce consentement est fait en deux exemplaires, un vous est remis, un autre reste en possession de votre médecin.

Annexe C : Auto-questionnaires

| |
|-----------------------------|
| Questionnaire ADS-FR |
|-----------------------------|

Instructions : Les questions posées dans cette brochure portent sur votre consommation d'alcool au cours des 12 mois écoulés.

1) Lisez attentivement chaque question et les réponses proposées. Entourez UNE réponse, celle qui correspond le mieux à votre cas.

2) Par les termes « boire » et « boisson », il faut comprendre « consommation de boissons alcoolique ».

3) Prenez tout le temps nécessaire pour répondre aux questions. Réfléchissez avant de répondre et essayer de remplir le questionnaire sans interruption. Répondez à toutes les questions.

Si vous avez du mal à répondre à une question ou si vous avez la moindre difficulté, demandez conseil

1). La dernière fois que vous avez bu, quelle quantité avez-vous consommée ?

- a. Suffisamment pour être tout au plus euphorique
- b. Suffisamment pour être ivre
- c. Suffisamment pour perdre connaissance

2). Avez-vous souvent la gueule de bois le dimanche ou le lundi matin ?

- a. Non
- b. Oui

3). Avez-vous souvent été pris de « tremblements » lorsque vous vous dégrisez (tremblements des mains, tremblements internes) ?

- a. Non
- b. Parfois
- c. Presque à chaque fois que je bois

4). Votre consommation d'alcool vous rend-elle malade (ex : vomissements, crampes d'estomac)

- a. Non

- b. Parfois
- c. Presque à chaque fois que je bois

5). Avez-vous été victime de « DT » (Délirium tremens), c'est-à-dire, avez-vous vu, ressenti ou entendu des choses qui n'existent pas ; avez-vous été extrêmement anxieux, nerveux et surexcité ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

6). Lorsque vous avez bu, est-ce que vous trébuchez, titubez et marchez de travers ?

- a. Non
- b. Parfois
- c. Souvent

7). Après avoir bu, avez-vous l'impression d'avoir très chaud et de transpirer (d'être fiévreux) ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

8). Après avoir bu, avez-vous vu des choses qui n'existaient pas ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

9). Êtes-vous pris de panique lorsque vous craignez de ne pas pouvoir boire quand vous en ressentez le besoin ?

- a. Non
- b. Oui

10). Votre consommation d'alcool a-t-elle été à l'origine de trous noirs (perte de mémoire) non accompagnés d'évanouissements ?

- a. Non, jamais
- b. Parfois

- c. Souvent
- d. Presque à chaque fois que je bois

11). Avez-vous toujours sur vous une bouteille ou en gardez-vous une à portée de main ?

- a. Non
- b. Parfois
- c. La plupart du temps

12). Après une période d'abstinence (sans consommation d'alcool), recommencez-vous à boire beaucoup ?

- a. Non
- b. Parfois
- c. La plupart du temps

13). Au cours des 12 mois écoulés, avez-vous perdu connaissance après avoir bu ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plus d'une fois

14). Après avoir bu, avez-vous des convulsions (crises) ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plus d'une fois

15). Buvez-vous toute la journée ?

- a. Non
- b. Oui

16). Avez-vous du mal à réfléchir ou avez-vous les idées embrouillées après avoir beaucoup bu ?

- a. Non
- b. Oui, mais pendant quelques heures seulement
- c. Oui, pendant un ou deux jours
- d. Oui, pendant plusieurs jours

17). Après avoir bu, vous est-il arrivé de sentir votre coeur battre à un rythme accéléré ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

18). Pensez-vous presque toujours à l'alcool et à la boisson ?

- a. Non
- b. Oui

19). Après avoir bu, vous est-il arrivé d'entendre des « choses » qui n'existaient pas ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

20). A l'occasion de consommation d'alcool, avez-vous ressenti des sensations étranges et effrayantes ?

- a. Non
- b. Une ou deux fois
- c. Souvent

21). Après avoir bu, avez-vous jamais eu l'impression que quelque chose qui n'existait pas vraiment rôdait sur vous (ex : araignées, insectes) ?

- a. Non
- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

22). En ce qui concerne les trous noirs :

- a. Je n'en ai jamais eu
- b. J'en ai eu qui ont duré moins d'une heure
- c. J'en ai eu qui ont duré plusieurs heures
- d. J'en ai eu qui ont duré un jour ou plus

23). Avez-vous essayé de réduire votre consommation d'alcool et échoué ?

- a. Non

- b. Une fois
- c. Plusieurs fois

24). Buvez-vous goulûment (rapidement) ?

- a. Non
- b. Oui

25). Êtes-vous capable de vous arrêter de boire après avoir pris un ou deux verres ?

- a. Oui
- b. Non

| |
|---------------------------|
| Questionnaire OCDS |
|---------------------------|

Instructions :

Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation dans les 7 derniers jours (précédant l'hospitalisation si vous êtes hospitalisé).

Veillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

1 –Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool ?

0 : A aucun moment

1 : Moins d'une heure par jour

2 : De 1 à 3 heures par jour

3 : De 4 à 8 heures par jour

4 : Plus de 8 heures par jour

2 - A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles ?

0 : Jamais

1 : Pas plus de 8 fois par jour

2 : Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas

3 : Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée

4 : Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

3 - A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)

? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles ? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez ?)

0 : Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement

1 : Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées

2 : Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger

3 : Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles

4 : Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

4 - Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?

0 : Aucune

1 : Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante

2 : Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable

3 : Sévère, très fréquente et très dérangeante

4 : Extrême, presque constante et bloquant les capacités

5 - Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

0 : Mes pensées sont si minimales que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister

1 : J'essaie d'y résister la plupart du temps

2 : Je fais quelques efforts pour y résister

3 : Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation

4 : Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

6 - Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner ?

0 : Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées

1 : Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration

2 : Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner

3 : Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté

4 : Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

7 - Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour ?

0 : Aucun

1 : Moins d'un verre par jour

2 : De 1 à 2 verres par jour

2 : De 3 à 7 verres par jour

4 : 8 verres ou plus par jour

8 - Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool ?

0 : Aucun

1 : Pas plus d'un jour par semaine

2 : De 2 à 3 jours par semaine

3 : De 4 à 5 jours par semaine

4 : De 6 à 7 jours par semaine

9 - A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

0 : Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement

1 : Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté

2 : Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger

3 : Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle

4 : Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

10 - A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation ?

0 : Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement

1 : Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté

2 : Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger

3 : Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales

4 : Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

11 - Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé ?

0 : Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation

1 : Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité

2 : L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable

3 : J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante

4 : J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

12 - A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques ? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

0 : Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister

1 : J'essaie d'y résister la plupart du temps

2 : Je fais quelques efforts pour y résister

3 : Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation

4 : Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

13 - A quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?

0 : Je ne me sens pas poussé de tout

1 : Je me sens faiblement poussé à boire

2 : Je me sens fortement poussé à boire

3 : Je me sens très fortement poussé à boire

4 : Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

14 - Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool ?

0 : J'ai un contrôle total

1 : Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle

2 : Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté

3 : Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté

4 : Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

QUESTIONNAIRE DMQ-R

Instructions:

La liste ci-dessous comprend 20 raisons qui pourraient amener des gens à boire des boissons alcoolisées. En utilisant l'échelle à 5 points ci-dessous, décidez à quelle fréquence votre propre consommation d'alcool est motivée par chacune des raisons énumérées.

| Vous buvez... | Jamais/ Presque Jamais | Quelques fois | La moitié du temps | La plupart du temps | Toujours/ Presque toujours |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| 1. Pour oublier vos soucis | | | | | |
| 2. Parce que vos amis vous forcent à boire | | | | | |
| 3. Parce que ça vous aide à apprécier une fête | | | | | |
| 4. Parce que ça vous aide quand vous vous sentez déprimé ou nerveux | | | | | |
| 5. Pour être sociable | | | | | |
| 6. Pour vous égayer quand vous êtes de mauvaise humeur | | | | | |
| 7. Parce que vous aimez la sensation | | | | | |
| 8. Pour que les autres ne vous charrient pas sur le fait de ne pas boire | | | | | |
| 9. Parce que c'est excitant | | | | | |
| 10. Pour être en forme | | | | | |
| 11. Parce que cela rend les rencontres sociales plus amusantes | | | | | |
| 12. Pour vous intégrer dans un groupe que vous aimez | | | | | |
| 13. Parce que cela vous procure un sentiment plaisant | | | | | |
| 14. Parce que cela améliore les soirées et célébrations | | | | | |
| 15. Parce que vous sentez plus | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| d'assurance et vous sentez plus sûr de vous-même | | | | | |
| 16. Pour fêter une occasion spéciale avec des amis | | | | | |
| 17. Pour oublier vos problèmes | | | | | |
| 18. Parce que c'est amusant | | | | | |
| 19. Pour être aimé | | | | | |
| 20. Pour ne pas se sentir exclu | | | | | |

DRINKER INVENTORY OF CONSEQUENCES (DrInC)

Instructions:

Voici un certain nombre d'événements que peuvent expérimenter les consommateurs d'alcool. Lisez chaque proposition attentivement et entourez le nombre qui correspond si vous l'avez un jour expérimenté, puis combien de fois cela s'est produit au cours des 3 derniers mois.

| | Cela vous est-il arrivé un jour dans votre vie ? | | Au cours des 3 derniers mois, combien de fois cela vous est-il arrivé ? | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------------|
| | Non | Oui | Pas du tout | Un peu | Parfois | Très souvent |
| 1/ J'ai eu la gueule de bois après avoir bu | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2/ Je me suis senti(e) mal dans ma peau à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3/ J'ai loupé des jours d'école ou de travail à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4/ Ma famille ou mes amis se sont inquiétés ou plaints à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5/ J'ai apprécié le goût de la bière, du vin ou des spiritueux | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6/ La qualité de mon travail a souffert de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 7/ Mon aptitude à être un bon parent a été diminuée par ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8/ Après avoir bu, j'ai eu des difficultés avec mon sommeil, pour rester endormi(e), ou à type de cauchemars | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9/ J'ai déjà conduit un engin motorisé après avoir pris 3 verres ou plus | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10/ L'alcool m'a conduit à utiliser plus d'autres substances | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11/ J'ai vomis et étalé après avoir bu | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12/ J'ai été malheureux(se) à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13/ A cause de ma consommation, je n'ai pas mangé correctement | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14/ Je n'ai pas réussi à faire ce que l'on attendait de moi à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15/ Boire m'a aidé à me détendre | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16/ Je me suis senti coupable ou honteux à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17/ En buvant, j'ai pu dire ou faire des choses embarrassantes | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18/ En buvant, ma personnalité a changé en pire | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19/ J'ai pris des risques insensés en buvant | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20/ Je me suis mis dans le pétrin à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21/ En buvant, j'ai dit des choses dures ou cruelles à quelqu'un | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22/ En buvant, j'ai fait des choses impulsivement que j'ai regretté plus tard | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23/ Je me suis battu(e) physiquement en buvant | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

Maintenant, veuillez répondre aux questions relatives à des choses qui vous ont peut-être arrivées.

| | Cel a-t-il arrivé un jour dans votre vie ? | | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------|
| | Non | Oui | Jamais | Une ou quelques fois | Une ou deux fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 1/ Ma santé physique a été lésée par ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2/ Boire m'a aidé à avoir des perspectives plus positives sur la vie | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3/ J'ai eu des problèmes d'argent à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4/ Mon mariage ou relation sentimentale a été lésée à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5/ J'ai plus fumé en consommant de l'alcool | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6/ Mon apparence physique s'est dégradée à cause de ma consommation d'alcool | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7/ Ma famille a été blessée par ma consommation d'alcool | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8/ Une relation d'amitié ou de proximité a été endommagée par ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9/ J'ai été en surpoids à cause de | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| ma consommation | | | | | | |
| 10/ Ma vie sexuelle a souffert de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11/ J'ai perdu l'intérêt dans des activités et hobbies à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12/ En buvant, ma vie sociale a été plus agréable | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13/ Ma vie spirituelle et morale ont été lésées par ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14/ A cause de ma consommation, je n'ai pas eu le type de vie que je veux | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15/ Ma consommation m'a empêché d'être épanoui(e) sur un plan personnel | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16/ Ma consommation a endommagé ma vie sociale, ma popularité ou réputation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17/ J'ai dépensé trop ou perdu beaucoup d'argent à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

Maintenant, merci d'indiquer si ces choses vous sont arrivées.

| | Cela vous est-il arrivé un jour dans votre vie ? | | Au cours des 3 derniers mois, cela vous est-il arrivé ? | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|---------|---------------|----------------------|
| | Non | Oui | Non | Presque | Oui, Une fois | Oui, Plus d'une fois |
| 1/ J'ai été arrêté(e) pour conduite sous influence d'alcool | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 2/ J'ai eu des problèmes avec la loi (autre que la conduite sous ivresse) à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3/ J'ai perdu mon mariage ou une relation sentimentale à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4/ J'ai été suspend(e)/viré(e) ou quitté un travail ou l'école à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5/ J'ai bu de l'alcool normalement, sans aucun problème | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6/ J'ai perdu un ami à cause de ma consommation | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7/ J'ai eu un accident en buvant ou étant ivre | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8/ En buvant ou étant ivre, j'ai été blessé(e) physiquement, injurié(e) ou brûlé(e) | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9/ En buvant ou étant ivre, j'ai injurié quelqu'un d'autre | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10/ J'ai cassé des choses ou endommagé des biens en buvant ou étant ivre | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| |
|----------------------------------------------------------|
| Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory) |
|----------------------------------------------------------|

Instructions :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions.

Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
2 Je me sens coupable
3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
1 Je suis déçu par moi-même
2 Je me dégoûte moi-même
3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
1 Je pense que la mort me libérerait
2 J'ai des plans précis pour me suicider
3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

ANXIÉTÉ GÉNÉRALE TRAIT ET ÉTAT (STAI)

Instructions :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments.

| <i>Marquez d'une croix ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement</i> | Presque jamais | Parfois | Souvent | Presque toujours |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|---------|------------------|
| Je me sens de bonne humeur, aimable | | | | |
| Je me sens nerveux(se) et agité(e) | | | | |
| Je me sens content(e) de moi | | | | |
| Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être | | | | |
| J'ai un sentiment d'échec | | | | |
| Je me sens reposé(e) | | | | |
| J'ai tout mon sang froid | | | | |
| J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter | | | | |
| Je m'inquiète à propos de choses sans importance | | | | |
| Je suis heureux(se) | | | | |
| J'ai des pensées qui me perturbent | | | | |
| Je manque de confiance en moi | | | | |
| Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté | | | | |
| Je prends facilement des décisions | | | | |
| Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur | | | | |
| Je suis satisfait(e) | | | | |
| Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent | | | | |
| Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement | | | | |
| Je suis une personne posée, solide, stable | | | | |
| Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis | | | | |

| <i>Marquez d'une croix ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez en ce moment</i> | Non | Plutôt non | Plutôt oui | Oui |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|------------|-----|
| Je me sens calme | | | | |
| Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté | | | | |
| Je me sens tendu(e), crispé(e). | | | | |
| Je me sens surmené(e). | | | | |
| Je me sens tranquille, bien dans ma peau. | | | | |
| Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e). | | | | |
| L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment. | | | | |
| Je me sens content(e). | | | | |
| Je me sens effrayé(e). | | | | |
| Je me sens à mon aise. | | | | |
| Je sens que j'ai confiance en moi. | | | | |
| Je me sens nerveux (nerveuse), irritable. | | | | |
| J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur). | | | | |
| Je me sens indécis(e). | | | | |
| Je suis décontracté(e), détendu(e). | | | | |
| Je suis satisfait(e). | | | | |
| Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse). | | | | |
| Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e). | | | | |
| Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e). | | | | |
| Je me sens de bonne humeur, aimable. | | | | |

| |
|-------------------------------------------------------|
| Interpersonal Reactive Index – MH Davis (1983) |
|-------------------------------------------------------|

Instructions:

Le questionnaire suivant concerne vos pensées et vos sentiments dans différentes situations. Pour chaque item, indiquez dans quelle mesure la phrase vous correspond en choisissant la lettre appropriée sur l'échelle décrite en haut de cette page: A, B, C, D ou E. Quand vous avez choisi votre réponse, cochez la lettre correspondant qui figure en dessous de la question. Lisez attentivement chaque item avant de répondre. Répondez le plus honnêtement possible et à toutes les questions. Merci.

| | | | | |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------|
| A = ne me décrit pas vraiment | B | C | D | E = me décrit très bien |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------|

1. J'imagine et fantasme assez régulièrement sur des choses qui pourraient m'arriver.

A B C D E

2. Je suis souvent sensible à l'égard des gens qui ont moins de chance que moi et me préoccupe de leur sort.

A B C D E

3. J'ai parfois des difficultés à imaginer les choses du point de vue d'une autre personne.

A B C D E

4. Parfois, je ne me sens pas vraiment désolé (ée) pour les autres lorsqu'ils ont des problèmes.

A B C D E

5. Je m'identifie complètement par les sentiments aux personnages d'un roman.

A B C D E

6. Dans les situations d'urgence, je me sens inquiet (e) et mal à l'aise.

A B C D E

7. Je suis habituellement objectif (ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent captiver entièrement dans l'action.

A B C D E

| | | | | |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------|
| A = ne me décrit pas vraiment | B | C | D | E = me décrit très bien |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------|

8. En cas de désaccord, j'essaie de considérer le point de vue de chacun avant de prendre une décision.

A B C D E

9. Lorsque je vois que l'on profite de quelqu'un, j'éprouve une certaine envie de le protéger.

A B C D E

10. Quand je me retrouve dans une situation très émouvante, je me sens parfois incapable de réagir.

A B C D E

11. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue.

A B C D E

12. Me sentir totalement impliqué (e) dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi.

A B C D E

13. Lorsque je vois quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang froid.

A B C D E

14. Habituellement, le malheur des autres ne me perturbe pas particulièrement.

A B C D E

15. Si je suis sûr (e) que j'ai raison, je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres.

A B C D E

16. Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, il m'est arrivé de me sentir dans la peau d'un des personnages.

A B C D E

| A | B | C | D | E |
|------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------|
| = ne me décrit pas vraiment | | | | = me décrit très bien |

17. Etre dans une situation émotionnellement tendue m'effraie.

A B C D E

18. Lorsque je vois une personne traitée injustement, il m'arrive parfois de ne pas ressentir beaucoup de pitié pour elle.

A B C D E

19. Je suis habituellement efficace dans la gestion des situations d'urgence.

A B C D E

20. Je suis souvent touché (e) par des événements dont je suis témoin.

A B C D E

21. Je crois qu'il y a deux facettes à chaque question et j'essaie de prendre en considération toutes les deux.

A B C D E

22. Je me décrirais comme une personne qui s'attendrit plutôt facilement.

A B C D E

23. Lorsque je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux.

A B C D E

24. J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence.

A B C D E

25. Quand je suis en colère contre quelqu'un, j'essaie généralement de me mettre à sa place un instant.

A B C D E

| A | B | C | D | E |
|------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------|
| = ne me décrit pas vraiment | | | | = me décrit très bien |

26. Lorsque je lis un roman (ou une histoire) intéressant, j'imagine comment je me sentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.

A B C D E

27. Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide dans une situation d'urgence, je perds mes moyens.

A B C D E

28. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.

A B C D E

ESTIME DE SOI (Echelle de Rosenberg)

Instructions :

De manière générale, avant votre hospitalisation :

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

1 2 3 4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
1-2-3-4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités
1-2-3-4

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté
1-2-3-4

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens
1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi
1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même
1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi
1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même
1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile
1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien
1-2-3-4

| |
|-----------------------------------------------|
| AFFIRMATION DE SOI (Echelle de Rathus) |
|-----------------------------------------------|

Instructions:

Indiquez à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportement. Veuillez utiliser la cotation ci-dessous et mettre une note à chaque affirmation.

1= très vrai

2= plutôt vrai

3= un peu vrai

4= un peu faux

5= plutôt faux

6= vraiment faux

1 La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi *

2 Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter des rendez-vous *

3 Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse

4 Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même lorsque je sens que l'on m'a blessé(e) *

5 Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire non *

6 Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison

7 Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion

8 Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession

9 À vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi *

10 J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers

11 Souvent, je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé *

12 J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration *

13 Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel *

14 Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise *

- 15 Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne *
-
- 16 Il m'est arrivé de ne pas poser des questions, par peur de paraître stupide *
-
- 17 Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps *
-
- 18 Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue
-
- 19 J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs *
-
- 20 Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres
-
- 21 Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments
-
- 22 Si quelqu'un a répandu des histoires fausses et de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication
-
- 23 J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire non (*)
-
- 24 J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène (*)
-
- 25 Je me plains lorsque le service est mal fait, dans un restaurant ou ailleurs

26 Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment (*)

27 Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part

28 Quiconque cherche à passer devant moi dans une queue, risque une bonne explication

29 Je suis rapide dans l'expression de mes opinions

30 Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire (*)

| |
|------------------------------------------|
| Phobiesociale (Echelle Liebowitz) |
|------------------------------------------|

Instructions:

Pour chacune des 24 situations, précisez :

Intensité de la peur :

0 : absente

1 : légère

2 : moyenne

3 : sévère

Fréquence des évitements :

0 : aucun évitement

1 : évitement moins de 1/3 du temps

2 : évitement entre 1/3 et 2/3 du temps

3 : évitement plus de 2/3 du temps

| Situations | Peur (0-3) | Évitement (0-3) |
|----------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1-Utiliser un téléphone en public | | |
| 2-Participer à l'activité d'un petit groupe | | |
| 3-Manger en public | | |
| 4-Boire en public | | |
| 5-Parler à quelqu'un en situation d'autorité | | |
| 6-Jouer une pièce ou parler devant un public | | |
| 7-Aller à une réception | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 8-Écrire en étant observé(e) | | |
| 9-Travailler en étant observé(e) | | |
| 10-Téléphoner à quelqu'un que l'on ne connaît pas très bien | | |
| 11-Parler face à face à quelqu'un que l'on ne connaît pas très bien | | |
| 12-Rencontrer des étrangers | | |
| 13-Uriner dans les toilettes publiques | | |
| 14-Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises | | |
| 15-Être le centre d'attention | | |
| 16-S'exprimer sans préparation | | |
| 17-Passer un test d'habileté, de dextérité ou de connaissance | | |
| 18-Exprimer son désaccord ou sa réprobation à quelqu'un qu'on ne connaît pas très bien | | |
| 19-Regarder « droit dans les yeux » quelqu'un qu'on ne connaît pas très bien | | |
| 20-Présenter un rapport oral préparé à un groupe | | |
| 21-Essayer de faire connaissance avec quelqu'un pour entamer une relation sentimentale ou sexuelle | | |
| 22-Retourner des biens ou des marchandises à un magasin pour se faire rembourser | | |
| 23-Donner une réception | | |
| 24-Résister à la forte pression exercé par un vendeur | | |

| |
|-------------------------------------------------|
| Questionnaire WCCR : Stratégie de coping |
|-------------------------------------------------|

Instructions :

- 1) **Décrivez une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement interpellé ou troublé)**

.....

- 2) **Précisez l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous cette situation : Bas (1), Moyen (2), Fort (3).....**

3) Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau figurant à droite de la feuille.

| | Non | Plutôt non | Plutôt oui | Oui |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|---------------|-----|
| 1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi | | | | |
| 2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse | | | | |
| 3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais | | | | |
| 4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais | | | | |
| 5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé | | | | |
| 6. J'ai sollicité de l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé | | | | |
| 7. J'ai changé positivement | | | | |
| 8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème | | | | |
| 9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis | | | | |
| 10. J'ai pris les choses une par une | | | | |
| 11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait | | | | |
| 12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation | | | | |
| 13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après | | | | |
| 14. Je me suis culpabilisé(e) | | | | |
| 15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions | | | | |
| 16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation | | | | |
| 17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux | | | | |
| 18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème | | | | |
| 19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir | | | | |
| 20. J'ai essayé de tout oublier | | | | |
| 21. J'ai essayé de ne pas m'isoler | | | | |
| 22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude | | | | |
| 24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un | | | | |
| 25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème | | | | |
| 26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e) | | | | |
| 27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver | | | | |
| ECHELLE D'ALEXITHYMIE DE TORONTO (TAS20) | | | | |

Instructions:

Indiquez en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque affirmation.

(1) Désaccord complet (2) Désaccord relatif (3) Ni accord ni désaccord (4) Accord relatif (5) Accord complet

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments | | | | | |
| 2 | J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments | | | | | |
| 3 | J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux mêmes ne comprennent pas | | | | | |
| 4 | J'arrive facilement à décrire mes sentiments | | | | | |
| 5 | Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire | | | | | |
| 6 | Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère | | | | | |
| 7 | Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps | | | | | |
| 8 | Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour | | | | | |
| 9 | J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier | | | | | |
| 10 | Etre conscient de ses émotions est essentiel | | | | | |
| 11 | Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens | | | | | |
| 12 | On me dit de décrire davantage ce que je ressens | | | | | |
| 13 | Je ne sais pas ce qu'il se passe à l'intérieur de moi | | | | | |
| 14 | Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère | | | | | |
| 15 | Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | sentiments | | | | | |
| 16 | Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques | | | | | |
| 17 | Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches | | | | | |
| 18 | Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence | | | | | |
| 19 | Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels | | | | | |
| 20 | Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent | | | | | |

| |
|-------------------------------|
| ADULT ATTACHMENT SCALE |
|-------------------------------|

Instructions :

Veillez lire chacune des déclarations suivantes et coter à quel point elles décrivent vos relations interpersonnelles.

Pensez à toutes les relations passées et présentes que vous avez pu avoir, et répondez en terme de, généralement, comment vous ressentez les choses.

A l'aide de l'échelle de 1 à 5 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord avec chacun des énoncés en entourant le chiffre approprié à la droite de l'énoncé.

Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

(1) Pas du tout comme moi (5) Tout à fait comme moi

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Je trouve qu'il est relativement facile d'être proche des autres | | | | | |
| 2 | Je ne m'inquiète pas de l'idée d'être abandonné | | | | | |
| 3 | Je trouve cela difficile de m'autoriser à compter sur les autres | | | | | |
| 4 | En couple, je m'inquiète souvent que mon (ma) partenaire ne m'aime pas vraiment | | | | | |
| 5 | Je trouve que les autres sont réticents à être aussi proches de moi que je le voudrais | | | | | |
| 6 | Je suis à l'aise dans le fait de devoir compter sur les autres | | | | | |

| | | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 7 | Je ne m'inquiète pas du fait que quelqu'un devienne trop proche de moi | | | | | |
| 8 | Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin d'eux | | | | | |
| 9 | Je suis parfois mal à l'aise dans le fait d'être proche des autres | | | | | |
| 10 | En couple, je m'inquiète souvent que mon (ma) partenaire ne veuille rester avec moi | | | | | |
| 11 | Je veux être complètement fusionnel avec quelqu'un d'autre | | | | | |
| 12 | Mon désir d'être fusionnel effraie parfois les gens | | | | | |
| 13 | Je suis à l'aise avec le fait que d'autres personnes comptent sur moi | | | | | |
| 14 | Je sais que les gens seront là si j'en ai besoin | | | | | |
| 15 | Je suis nerveux quand quiconque devient trop proche de moi | | | | | |
| 16 | Je trouve difficile de faire pleinement confiance aux autres | | | | | |
| 17 | Souvent, mon (ma) partenaire veut que je sois plus intime que je me sente en mesure de l'être tout en restant à l'aise | | | | | |
| 18 | Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être là quand j'aurai besoin d'eux | | | | | |

RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE

Instructions :

Vous trouverez ci-dessous 4 styles relationnels fréquemment décrits en population générale. Cochez près de la lettre correspondante le style qui vous décrit le mieux ou qui est le plus proche de votre manière de fonctionner en général.

- A.** Je me sens facilement proche des gens. Je suis à l'aise pour demander de l'aide aux autres et je sais qu'ils vont le plus souvent m'aider. Quand les gens me demandent de l'aide, ils peuvent compter sur moi. Je ne crains pas d'être seul(e), et je ne crains pas que les autres ne m'aiment pas
- B.** Il est difficile pour moi de me sentir proche des gens. J'aimerais être proche d'eux mais je trouve difficile de leur faire confiance. Je trouve difficile de demander de l'aide. Je crains en devenant trop proche des gens qu'ils ne finissent par me faire du mal.
- C.** Je veux être vraiment proche des gens, mais eux ne veulent pas être aussi proche de

moi. Je suis malheureux(se) si je n'ai personne dont je me sens proche. J'ai parfois l'impression que je tiens plus aux gens qu'eux ne tiennent à moi.

- D.** Cela m'est égal d'être proche des gens. C'est très important pour moi de ne pas demander de l'aide, parce que j'aime faire les choses tout(e) seul(e). Je n'aime pas quand les gens me demandent de l'aide

Maintenant, notez pour chaque style relationnel à quel point la description correspond à votre style relationnel habituel.

| | Totalement en désaccord | | | Neutre/Mitigé | | | Complètement d'accord |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <input type="checkbox"/> |
| B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <input type="checkbox"/> |
| C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <input type="checkbox"/> |
| D | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <input type="checkbox"/> |

ECHELLE DE REGUATION EMOTIONNELLE (DERS-F)

Instructions :

Le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentif à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Répondez à toutes les questions en indiquant pour chaque énoncé si celui-ci vous correspond :

(1) presque jamais (2) quelques fois(3) la moitié du temps (4) la plupart du temps (5) presque toujours

. 01) Je comprends bien mes sentiments

. 02) Je fais attention à ce que je ressens

. 03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables

. 04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens

. 05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments

. 06) Je fais attention à mes sentiments

. 07) Je sais exactement comment je me sens

. 08) Je prends garde à ce que je ressens

. 09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens

(1) presque jamais (2) quelques fois (3) la moitié du temps (4) la plupart du temps (5) presque toujours

. 10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion

. 11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même

. 12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion

. 13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail

. 14) Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable

. 15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps

. 16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)

. 17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants

. 18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses

- . 19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable
- . 20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses
- . 21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion
- . 22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux
- . 23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)
- . 24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements
- . 25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion
- . 26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer

**(1) presque jamais (2) quelques fois (3) la moitié du temps (4) la plupart du temps
(5) presque toujours**

- . 27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement
- . 28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux
- . 29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion
- . 30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal
- . 31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire
- . 32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements
- . 33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose
- . 34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment
- . 35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux
- . 36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus

Instructions :

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes « Tout à fait d'accord » avec l'affirmation encerclez le chiffre 1, si vous êtes « Plutôt d'accord » encerclez le chiffre 2, si vous êtes « Plutôt en désaccord » encerclez le chiffre 3 et si vous êtes « Tout à fait d'accord » encerclez le chiffre 4. Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous.

| | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt en désaccord | Tout à fait en désaccord |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| 1.D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.Quand je suis vraiment enthousiaste, j'ai tendance à ne pas penser aux conséquences de mes actions | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.Ma manière de penser est d'habitude réfléchi et méticuleuse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.J'achève ce que je commence | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. J'éprouve du plaisir à prendre | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| des risques | | | | |
| 10. Quand je suis ravi(e) je ne peux pas m'empêcher de m'emballer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Quand je suis vraiment enthousiaste, j'agis souvent sans réfléchir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette par la suite | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non-conformistes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 20. Quand je suis très heureux/heureuse, j'ai l'impression qu'il est normal de céder à ses envies ou de se laisser aller à des excès | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|

ACS

Instructions :

Vous trouverez ci-dessous une liste de 20 phrases qui concernent l'attention et la concentration. S'il vous plaît, indiquez pour chaque phrase la fréquence qui vous correspond. Entre 0 (jamais ou presque jamais) et 5 (très souvent ou toujours).

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| e trouve qu'il m'est difficile de rester concentré(e) sur un problème complexe quand il y a trop de bruit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je dois résoudre un problème, il m'est difficile de rester concentré(e). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Même si je suis très concentré(e) sur une tâche, je suis facilement distrait par des choses qui se passent autour. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e me concentre facilement même avec de la musique comme fond sonore. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je suis concentré(e) sur une tâche, je ne remarque même pas les choses qui se passent autour. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je suis en train de lire ou d'étudier, je suis tout de suite déconcentré(e) lorsque des personnes parlent ensemble. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand j'essaie de diriger mon attention vers quelque chose, je trouve difficile d'évacuer certaines pensées. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Il m'est difficile de me concentrer quand je suis excité(e) par une autre chose. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je suis concentré(e), il m'arrive même d'oublier de manger et de boire. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je peux facilement passer d'une tâche à une autre. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je prends toujours mon temps avant de commencer une tâche nouvelle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Quand j'écoute un discours, je trouve difficile de diviser mon attention entre comprendre ce qui est dit et prendre des notes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je veux, je me concentre sur un nouveau sujet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je peux facilement lire ou écrire quand je parle au téléphone. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Il m'est difficile d'avoir deux conversations à la fois. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Il m'est difficile d'avoir des nouvelles idées rapidement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je peux facilement me concentrer à nouveau dans ma tâche , après avoir été déconcentré. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quand je suis distrait (e) par une pensée, je peux facilement me libérer d'elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Il m'est difficile d'abandonner ma manière de penser et d'envisager les choses sous un autre point de vue. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je peux facilement entreprendre deux tâches différentes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe D : Hétéro-questionnaire

MINI

A.EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---|
| A1 | Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? | NON | OUI | 1 |
| A2 | Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? | NON | OUI | 2 |
| A1OUA2 SONT-ELLES COTEES OUI ? | | → | | |
| | | NON | OUI | |
| A3 | Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses : | | | |
| a | Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5\text{ kg} / \pm 8\text{ lbs.}$, pour une personne de $65\text{ kg} / 120$ | NON | OUI | 3 |

lbs.)

COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

- b Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)? NON OUI 4
- c Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ? NON OUI 5
- d Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ? NON OUI 6
- e Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ? NON OUI 7
- f Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ? NON OUI 8
- g Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? NON OUI 9

A4 Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **A3** ?
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| NON | OUI |
| <i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</i> | |

- A5 Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?  NON OUI 10

Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour
 b la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux
 mois ? OUI 11
 NON

A5b EST-ELLE COTEE OUI ?

| | |
|-----------------------------------------------|-----|
| NON | OUI |
| <i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE</i> | |

**A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES
 MELANCOLIQUES (option)**

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (**A4 = OUI**), EXPLORER CI-
 DESSOUS :

| | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| A6a | A2 EST-ELLE COTEE OUI ? | NON | OUI | 12 |
| b | Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ? | NON | OUI | 13 |
| | SI NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ? | | | |
| | A6a <u>OU</u> A6b SONT-ELLES COTEES OUI | NON | OUI | |

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7a Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ? | NON | OUI | 14 |
| b Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ? | NON | OUI | 15 |
| c Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours? | NON | OUI | 16 |
| d A3c EST ELLE COTEE OUI ? | NON | OUI | 17 |
| e A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ? | NON | OUI | 18 |
| f Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ? | NON | OUI | 19 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON OUI
**EPISODE
DEPRESSIF
MAJEUR**
avec
Caractéristiques
Mélancoliques
ACTUEL

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN ÉPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

| | | | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|-----|----|
| B1 | Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ? | → | NON | OUI | 20 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|-----|----|

B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ? →
NON OUI 21

B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :

a Votre appétit a-t-il notablement changé ? NON OUI 22

b Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ? NON OUI 23

c Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ? NON OUI 24

d Avez-vous perdu confiance en vous-même ? NON OUI 25

e Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ? NON OUI 26

f Vous arrive-t-il de perdre espoir ? NON OUI 27

→

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ? NON OUI

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous? →
NON OUI 28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

***DYSTHYMIE
ACTUEL***

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

- | | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| C1 | Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? | NON | OUI | 1 |
| C2 | Voulu vous faire du mal ? | NON | OUI | 2 |
| C3 | Pensé à vous suicider ? | NON | OUI | 3 |
| C4 | Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ? | NON | OUI | 4 |
| C5 | Fait une tentative de suicide ? | NON | OUI | 5 |

Au cours de votre vie,

- | | | | | |
|----|------------------------------------------------|-----|-----|---|
| C6 | Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? | NON | OUI | 6 |
|----|------------------------------------------------|-----|-----|---|

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

Si OUI, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci dessous :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER

C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON OUI

***RISQUE
SUICIDAIRE
ACTUEL***

**Léger
Moyen
Élevé**

ÉPISODE (HYPO-)MANIAQUE

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <p>D1a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?</p> | NON | OUI | 1 | | | |
| <p>NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.</p> | | | | | | |
| <p>SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.</p> | | | | | | |
| <p>SI OUI</p> | | | | | | |
| <p>b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?</p> | NON | OUI | 2 | | | |
| <p>D2a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?</p> | NON | OUI | 3 | | | |
| <p>NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.</p> | | | | | | |
| <p>SI OUI</p> | | | | | | |
| <p>b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?</p> | NON | OUI | 4 | | | |
| <p>D1a <u>OU</u> D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</p> | | | |  | NON | OUI |

D3 Si D1b OU D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'ÉPISODE ACTUEL
 Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'ÉPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

-
- a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? NON OUI 5
- b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?) NON OUI 6
- c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ? NON OUI 7
- d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? NON OUI 8
- e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? NON OUI 9
- f Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ? NON OUI 10
- g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ? NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3



OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

NON OUI

- D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres

ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

NON OUI 12

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

D4 EST-ELLE COTÉE **NON** ?

NON OUI

*ÉPISODE
HYPOMANIAQUE*

SI OUI, SPECIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

ACTUEL

PASSE

D4 EST-ELLE COTÉE **OUI** ?

NON OUI

*ÉPISODE
MANIAQUE*

ACTUEL

PASSE

SI OUI, SPECIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

E. TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) **subitement** très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NON OUI 1

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES

SI **E1** = **NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

| | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| E2 | Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ? | NON | OUI | 2 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|

Si **E2 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| E3 | A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? | NON | OUI | 3 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|

Si **E3 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

| | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| a | Aviez vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ? | NON | OUI | 4 |
| b | Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ? | NON | OUI | 5 |
| c | Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? | NON | OUI | 6 |
| d | Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ? | NON | OUI | 7 |
| e | Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? | NON | OUI | 8 |
| f | Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax? | NON | OUI | 9 |
| g | Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? | NON | OUI | 10 |
| h | Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? | NON | OUI | 11 |
| i | Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ? | NON | OUI | 12 |
| j | Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)? | NON | OUI | 13 |
| k | Aviez-vous peur de mourir ? | NON | OUI | 14 |
| l | Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ? | NON | OUI | 15 |

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------|
| m | Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ? | NON | OUI | 16 |
| E5 | Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? | NON | OUI | |
| | SI E5 = NON, PASSER A E7 | | | <i>Trouble Panique Vie entière</i> |
| E6 | Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? | NON | OUI | 17 |
| | SI E6 = OUI, PASSER A F1 | | | <i>Trouble Panique Actuel</i> |
| E7 | Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ? | NON | OUI | 18 |
| | | | | <i>Attaques Paucisymptomatiques vie entière</i> |

F. AGORAPHOBIE

| | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| F1 | Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? | NON | OUI | 19 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------|
| F2 | Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez |
|----|-----------------------------------------------------------------------|

ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez
seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque
vous devez les affronter ?

NON OUI 20

Agoraphobie

Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON

et

E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI

et

E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI

et

E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

**AGORAPHOBIE
sans antécédents
de**

| | |
|--|------------------------|
| | <i>Trouble Panique</i> |
|--|------------------------|

ACTUEL

G. PHOBIE SOCIALE

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------|-----|---|
| <p>G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?</p> | → | NON | OUI | 1 |
| <p>G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?</p> | → | NON | OUI | 2 |
| <p>G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?</p> | → | NON | OUI | 3 |
| <p>G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?</p> | | NON | OUI | 4 |
| <p>G4 EST-ELLE COTEE OUI ?</p> | | NON | OUI | |
| | | <p>PHOBIE SOCIALE ACTUEL</p> | | |

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si **H1** = **NON**, PASSER A **H4**

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

Si **H2** = **NON**, PASSER A **H4**

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ? NON OUI 4

H3OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ? NON OUI 5

→

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ? NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| NON | OUI |
| TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL | |

I. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|----------|
| I1 | <p>Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?</p> <p>EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...</p> | <p style="text-align: center;">→</p> <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>1</p> |
| I2 | <p>Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?</p> | <p style="text-align: center;">→</p> <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>2</p> |

I3 Au cours du mois écoulé :

| | | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------|
| a | <p>Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>3</p> |
| b | <p>Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>4</p> |
| c | <p>Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>5</p> |
| d | <p>Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>6</p> |
| e | <p>Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>7</p> |
| f | <p>Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?</p> | <p>NON</p> | <p>OUI</p> | <p>8</p> |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?

→
NON OUI

I4 Au cours du mois écoulé :

- | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| a | Aviez-vous des difficultés à dormir ? | NON | OUI | 9 |
| b | Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ? | NON | OUI | 10 |
| c | Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? | NON | OUI | 11 |
| d | Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? | NON | OUI | 12 |
| e | Un rien vous faisait-il sursauter ? | NON | OUI | 13 |

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?

→
NON OUI

- I5** Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI 14

I5 EST-ELLE COTÉE OUI ?

| | |
|-------------------------------------------------------|-----|
| NON | OUI |
| ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL | |

J. DÉPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

| | | | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| J1 | Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ? | → NON | OUI | 1 |
| Au cours des 12 derniers mois : | | | | |
| J2 | | | | |
| a | Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI | 2 |
| b | Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON | OUI | 3 |
| c | Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ? | NON | OUI | 4 |
| d | Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ? | NON | OUI | 5 |
| e | Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ? | NON | OUI | 6 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ? | NON | OUI | 7 |
| g | Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON | OUI | 8 |
| Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ? | | NON OUI DÉPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL | | |



LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DÉPENDANCE NON OUI
ALCOOLIQUE ?

J3 Au cours des 12 derniers mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NON OUI 9
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? NON OUI 10

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI 11

d Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI 12

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

| | |
|---------------------------------|-----|
| NON | OUI |
| ABUS D'ALCOOL ACTUEL | |

CARTE DES SUBSTANCES

AMPHETAMINE
CANNABIS
CAPTAGON
CATOVIT
COCAÏNE

ESSENCE
ETHER
FEUILLE DE COCA
HASCHICH
HEROÏNE

MORPHINE
NEIGE
OPIUM
PALFIUM
RITALINE

CODEINE

L.S.D.

SHIT

COLLE

MARIJUANA

TEMGESIC

CRACK

MESCALINE

TOLUENE

ECSTASY

METHADONE

TRICHLORETHYLENE

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (montrer la carte des substances / lire la liste ci-dessous), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? → NON OUI

Entourer chaque produit consommé :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angeldust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

Spécifier la (ou les) substance(s) les plus consommée(s) : _____

Spécifier ce qui sera exploré ci dessous :

Si consommation de plusieurs substances (en même temps ou séquentiellement) :

Chaque substance ou classe de substances séparément

Uniquement la substance (ou classe de substances) la plus consommée

Si seulement une substance (ou classe de substances) consommée :

Uniquement une substance (ou classe de substances)

K2 En considérant votre consommation de [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée], au cours des 12 derniers mois :

- A Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI 1
-
- B Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI 2
Coter **OUI**, si **OUI** à l'un ou l'autre
-
- C Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI 3
-
- d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI 4
- e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI 5
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI 6
- g Avez-vous continué à prendre [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

Spécifier la (les) substance(s) :

NON OUI
*DÉPENDANCE à une
(des) substances(S)
Actuel*

LE PATIENT PRESSENTE-T-IL UNE DÉPENDANCE POUR
LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) ?

→
NON OUI

K3 Au cours des 12 derniers mois :

A Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée]ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
ne coter OUI que si cela a cause des problèmes

NON OUI 8

B Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée]dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

NON OUI 9

C Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée]comme une interpellation ou une condamnation ?

NON OUI 10

D Avez-vous continué à prendre [nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée]tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

Spécifier la (les) substance(s) : _____

NON OUI
ABUS DE
SUBSTANCE(S)Actuel

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

Pour toutes les questions de ce module, en cas de réponse positive demander un exemple.

Ne coter OUI que si les exemples montrent clairement une distorsion de la pensée et / ou de la perception ou s'ils sont culturellement inappropriés.

Avant de coter, évaluer le caractère « bizarre » des réponses.

IDÉES DÉLIRANTES BIZARRES : le contenu est manifestement absurde, invraisemblable, et ne peut être basé sur des expériences habituelles de la vie.

HALLUCINATIONS BIZARRES : voix qui font des commentaires sur les pensées ou les actes du patient OU plusieurs voix qui parlent entre elles.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

| | | | | Bizarre | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|---|
| L1a | Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? | NON | OUI | OUI | 1 |
| B | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | NON | OUI | OUI → L6a | 2 |
| L2a | Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? | NON | | OUI | 3 |
| b | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | NON | | OUI → L6a | 4 |
| L3a | Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose | | | | |

| | | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|----|
| | d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ? | NON | OUI | 5 |
| B | SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ? | NON | OUI →L6a | 6 |
| L4a | Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? | NON | OUI OUI | 7 |
| B | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | NON | OUI OUI → L6a | 8 |
| L5a | Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? Ne coter OUI que si le patient présente clairement des idées délirantes hypochondriaques ou de possession, de culpabilité, de ruine, de grandeur ou d'autres non explorées par les questions L1 à L4 | NON | OUI OUI | 9 |
| B | SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ? | NON | OUI OUI | 10 |
| L6a | Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? Coter OUI « Bizarre » uniquement si le patient répond OUI à la question : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ? | NON | OUI OUI | 11 |
| B | SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? | NON | OUI OUI →L8b | 12 |
| L7a | Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? | NON | OUI | 13 |

Coter OUI si ces visions sont culturellement inappropriées.

B **Si OUI** : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI 14

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8b Actuellement, le patient présente-t-il un discours clairement incohérent ou désorganisé, ou une perte nette des associations ? NON OUI 15

L9b Actuellement, le patient présente-t-il un comportement nettement désorganisé ou catatonique ? NON OUI 16

L1b Des symptômes négatifs typiquement schizophréniques (affect abrasé, pauvreté du discours / alogie, manque d'énergie ou d'intérêt pour débiter ou mener à bien des activités / avolition) sont-ils au premier plan au cours de l'entretien ? NON OUI 17

L11 DE L1 à L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTÉE OUI BIZARRE

OU

DEUX QUESTIONS « b » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?

NON OUI
SYNDROME
PSYCHOTIQUE ACTUEL

L12 DE L1 à L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE

OU

DEUX QUESTIONS « a » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?

(VÉRIFIER QUE LES 2 SYMPTÔMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)

OU

L11 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI
SYNDROME
PSYCHOTIQUE VIE
ENTIÈRE

L13a si L11 est cotée OUI ou s'il y a au moins un OUI de L1 à L7 :

LE PATIENT PRESSENTE-T-IL

UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE) → NON OUI

OU UN ÉPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

b Si **L13a** est cotée **OUI** :

Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (citer les symptômes cotés OUI de L1 à L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ? NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTÉE **OUI** ?

NON OUI
**TROUBLE DE L'HUMEUR
AVEC
CARACTÉRISTIQUES
PSYCHOTIQUES
ACTUEL**

M. ANOREXIE MENTALE

M1a Combien mesurez-vous ? |__|__|__| cm

b Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ? |__|__|__| kg

c LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUÉ POUR SA TAILLE ? Voir Tableau de correspondance en bas de page → NON OUI 1

Au cours des trois derniers mois :

-
- M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ? NON OUI 2
- M3 Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ? → NON OUI 3
- M4a Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ? NON OUI 4
- b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? NON OUI 5
- c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ? NON OUI 6
-
- M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? NON OUI
- M6 Pour les femmes seulement : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? → NON OUI 7

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?

POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

***ANOREXIE MENTALE
ACTUEL***

Tableau de correspondance taille - seuil de poids critique (sans chaussure, sans vêtement)

| TAILLE (cm) | 140 | 145 | 150 | 155 | 160 | 165 | 170 | 175 | 180 | 185 | 190 |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Femmes | 37 | 38 | 39 | 41 | 43 | 45 | 47 | 50 | 52 | 54 | 57 |

| POIDS (kg) | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Hommes | 41 | 43 | 45 | 47 | 49 | 51 | 52 | 54 | 56 | 58 | 61 |

(15% de réduction par rapport au poids normal)**N. BOULIMIE**

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|-----|----|
| N1 | Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ? | → | NON | OUI | 8 |
| N2 | Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ? | → | NON | OUI | 9 |
| N3 | Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ? | → | NON | OUI | 10 |
| N4 | De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ? | → | NON | OUI | 11 |
| N5 | L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? | → | NON | OUI | 12 |
| N6 | Le patient présente-t-il une Anorexie mentale ? | | NON | OUI | 13 |
| Si N6 = NON , passer à N8 | | | | | |
| N7 | Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ? | | NON | OUI | 14 |
| * Reprendre le poids critique du patient dans la table du module | | | | | |

Anorexie mentale en fonction de sa taille et de son poids.

N8 N5 EST-ELLE COTÉE OUI ET N7 COTÉE NON (OU NON-COTÉE) ?

NON OUI

**BOULIMIE
ACTUEL**

N7 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI

**ANOREXIE MENTALE
Binge-eating / Purging type
ACTUEL**

O. ANXIÉTÉ GENERALISÉE

O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

➔

NON OUI 1

Ne pas coter OUI si l'anxiété se résume à un type d'anxiété déjà exploré précédemment comme la peur d'avoir une Attaque de panique (Trouble panique), d'être gêné en public (Phobie sociale), d'être contaminé (TOC), de prendre du poids (Anorexie mentale) etc...

➔

b

NON OUI 2

Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ? → NON OUI 3

De O3a a O3f, coter NON les symptômes survenant uniquement dans le cadre des troubles explorés précédemment

O3 **Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**

a NON OUI 4
De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

b NON OUI 5
D'avoir les muscles tendus ?

c NON OUI 6
De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

d NON OUI 7
D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

e NON OUI 8
D'être particulièrement irritable ?

f NON OUI 9
D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI

*ANXIÉTÉ
GENERALISEE
ACTUEL*

P. Trouble de la personnalité antisociale (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| A | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| B | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| C | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| D | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| E | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| F | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |



Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

NON OUI

Ne pas coter OUI les réponses ci-dessous, si les comportements sont uniquement présentés dans des contextes politiques ou religieux.

P2 Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

a

Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ?

NON OUI 7

b

Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ?

NON OUI 8

c

Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?

NON OUI 9

d

Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?

NON OUI 10

e

Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?

NON OUI 11

f

Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?

NON OUI 12

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

| |
|----------------------|
| NON OUI |
| TROUBLE DE LA |
| PERSONNALITÉ |
| ANTISOCIALE |

MADRS

SYMPTÔMES EXPRIMÉS PAR LE PATIENT

Consignes :

La cotation doit se baser sur l'entretien clinique allant de questions sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un des points nettement définis de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5). Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique. Pour l'évaluation des différents items, l'investigateur fera référence à la symptomatologie des huit derniers jours.

1. Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2. Tristesse exprimée Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3

- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

3. Tension intérieure Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4. Réduction du sommeil Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

5. Réduction de l'appétit Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût
- 5

- 6 Ne mange que si on le persuade

6. Difficultés de concentration Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

7. Lassitude Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8. Incapacité à ressentir Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9. Pensées pessimistes Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépreciation
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

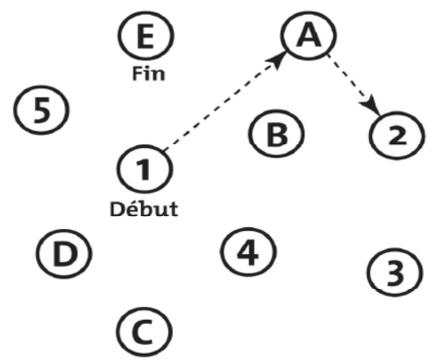
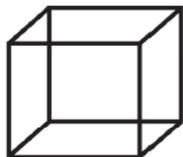
10. Idées de suicide Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

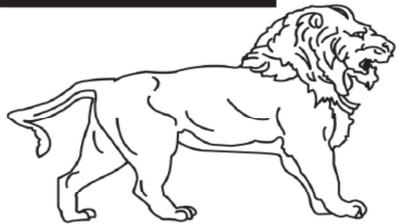
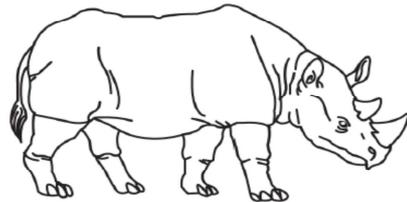
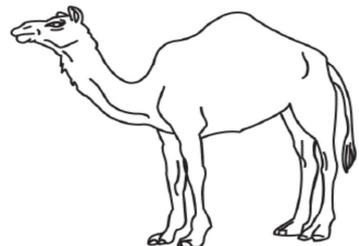
- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

Résultats MADRS : _____

Score Total : I__I__I/60

MOCA

| VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF | Copier le cube | Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) | POINTS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> [] [] </div> |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> [] Contour [] Chiffres [] Aiguilles </div> | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">___/5</p> |

| DÉNOMINATION | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> [] [] [] </div> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">___/3</p> |

| MÉMOIRE | Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après. | VISAGE | VELOURS | ÉGLISE | MARGUERITE | ROUGE | Pas de point |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------|------------|-------|--------------|
| | 1 ^{er} essai | | | | | | |
| | 2 ^{ème} essai | | | | | | |

| ATTENTION | Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2 | ___/2 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs | [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB | ___/1 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Soustraire série de 7 à partir de 100. | [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 | ___/3 |
| 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt | | |

| | | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| LANGAGE | Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [] L'argument de l'avocat les a convaincus. [] | ___/2 |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|
| Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min | [] _____ (N≥11 mots) | ___/1 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|

| | | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ABSTRACTION | Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle | ___/2 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|

| RAPPEL | Doit se souvenir des mots SANS INDICES | VISAGE | VELOURS | ÉGLISE | MARGUERITE | ROUGE | Points pour rappel SANS INDICES seulement | |
|------------------|----------------------------------------|--------|---------|--------|------------|-------|-------------------------------------------|-------|
| | | [] | [] | [] | [] | [] | | ___/5 |
| Optionnel | Indice de catégorie | | | | | | | |
| | Indice choix multiples | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|----------|----------|-----------|----------|-------------|-----------|-------|
| ORIENTATION | [] Date | [] Mois | [] Année | [] Jour | [] Endroit | [] Ville | ___/6 |
|--------------------|----------|----------|-----------|----------|-------------|-----------|-------|

Echelle HRAR (High-Risk Alcoholism Relapse Scale).

Item Score

Durée de la consommation excessive d'alcool (en années)

| | | |
|-----------|-------|---|
| ≤ 11 | 0 | |
| | 11-25 | 1 |
| ≥ 25 | 2 | |

Consommation quotidienne (en portion d'alcool*)

| | | |
|-----------|------|---|
| ≤ 9 | 0 | |
| | 9-17 | 1 |
| ≥ 17 | 2 | |

Nombre de traitements addictologiques antérieurs

| | | |
|----------|---|---|
| | 0 | 0 |
| | 1 | 1 |
| ≥ 1 | 2 | |

Résultat :

Un score HRAR >3 définit le groupe à haut risque de rechute sévère.

*1 verre = 12g d'alcool.

Critères DSM-5 : trouble de l'usage de substance.

1. La substance est souvent prise en **quantité plus importante et pendant une période plus longue** que prévue.
2. Il y a un **désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler** l'usage de la substance
3. Beaucoup **de temps** est passé à se procurer de la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets (au moins 2 heures)
4. L'usage répété de la substance aboutit à l'**incapacité de remplir des obligations majeures** au

travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail en rapport avec l'usage de la substance, absences répétées en rapport avec la substance, suspensions ou exclusion de l'école ; négligence des enfants ou du ménage).

5. L'usage de la substance est poursuivi **malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels** persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
6. D'importantes **activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites** à cause de l'usage de la substance.
7. Usage répété de la substance **dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux** (ex: conduite automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance).
8. L'usage de la substance est poursuivi **malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques** persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.
9. **Tolérance**, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a.** Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
 - b.** Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance
10. **Sevrage** se manifestant par l'un des signes suivants :
 - a.** Syndrome de sevrage caractéristique à l'arrêt de la substance (anxiété, irritabilité, difficultés de sommeil,...)
 - b.** La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
11. Existence d'**uncraving** ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance

Score Total :

Trouble de l'usage d'alcool :

- 2 à 3 critères : trouble léger.
- 4 à 5 critères : trouble modéré.
- 6 critères et plus : trouble sévère

Visite inclusion

Date : |_|_| | |_|_| || |_|_|_|_|_|

Consentement éclairé :

Date de signature : |_|_| | |_|_| || |_|_|_|_|_|

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

Oui Non

Le sujet a disposé de suffisamment de temps pour examiner les documents et poser des questions

Oui Non

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 I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I

Date de l'intervention chirurgicale I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I

Date de l'admission I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I

Structure I _____ I

CRITERES D'ELIGIBILITE

CRITERES D'INCLUSION

OUI NON

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

Une seule réponse négative entraîne la non inclusion du patient

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 \leq 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. Absence de l'encéphalopathie hépatique | <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. Patient non bénéficiant de Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Une seule réponse positive entraîne la non inclusion du patient

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

IDENTIFICATION

Date de naissance: |__|_|_| |__|_|_| || |__|_|_| |__|_|_|
jj mm aaaa

Sexe : Féminin
 Masculin

Droitier Gaucher Ambidextre

Langue Maternelle : _____

Pays de naissance : _____

VIE FAMILIALE

Statut familial : Célibataire

Marié(e) / vie maritale Nombre d'enfants : |__|_|_|

Séparé(e) Garçon(s) |__|_|_|

Divorcé(e) Fille(s) |__|_|_|

Veuf (ve)

Frère(s) et sœur(s) :

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.

| <u>Côté Maternel</u> | | | <u>Côté Paternel</u> | | | <u>Fratie</u> | | |
|----------------------|------|-------|----------------------|------|-------|---------------|------|-------|
| Alc | Drog | Psych | Alc | Drog | Psych | Alc | Drog | Psych |
| Gd Mère | | | | | | Frère 1 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|---------|--|--|--|---------|--|--|--|
| Gd Père | | | | Gd Père | | | | Frère 2 | | | |
| Mère | | | | Père | | | | Sœur 1 | | | |
| Tante | | | | Tante | | | | Sœur 2 | | | |
| Oncle | | | | Oncle | | | | | | | |

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

-Conditions de vie habituelles (derniers 3 ans)

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

I__I

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

6 A : problèmes d'alcool ? I__I

6 B : problèmes de substances non prescrites ? I__I

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

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

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

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

-Avez-vous un permis de conduire valide ?

0-non 1-oui I__I

-Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non)

0-non 1-oui I__I

Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ?

I__I__I ans I__I__I mois

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

0 – Non

1 – Oui I__I

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

0 – Non 1 – Oui I__I

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 années | Voie |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|-------|
| * <u>1</u> -alcool toute utilisation | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>2</u> -alcool intoxic | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>3</u> -héroïne | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>4a</u> -méthadone | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>4b</u> -buprénorphine | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>5</u> -autres opiacés/ analgésiques | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>6</u> -barbituriques | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>7</u> -autres sédatifs/ hyp/ tranq | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>8</u> -cocaïne | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>9</u> -amphétamines | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>10</u> -cannabis | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>11</u> -hallucinogènes | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |
| * <u>12</u> -inhalants | I _ I _ I | I _ I _ I | I _ I | I _ I _ I | I _ I |

*13-plus d'une substance par jour I _ I _ I I _ I _ I

*12b-tabac I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ II _ I

*12c - Autre addiction sans substance posant problème : _____(précisez)

0= non ; 1= oui

I__I

Si oui, 30 derniers jours

I__I__I

Toute la vie (en années)

I__I__I

*18- Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- problème d'alcool I__I__I

*19 - Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool I__I__I

20 - Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool

I__I__I__I__I

22- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes d'alcool I__I__I

PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

Alcool

Age première ivresse I__I__I

Age première experimentation I__I__I

Age de l'apparition de l'usagerégulier (10 fois par mois) I__I__I

Age d'apparition des troubles liés à l'alcool I__I__I

Fréquence de la consommation

Pas dans le mois

Mois de 10 fois par mois

Plus de 10 fois par mois

Quotidien

Type d'alcool:

Vin

Bière

Whisky

Pastis

Autre

Quantité TAC I__I__I grammes/jour

Quantité HDD (>6♂, >4 ♀) I__I__I jours/mois

Date de la dernière consommation :

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

HISTOIRE DE LA MALADIE

Age de diagnostic de la maladie : _____ ans

Age de la première prise en charge de la maladie : _____ ans

Durée de la maladie :

Durée de l'usage régulier quotidien :

Tentative(s) de suicide :

Nombre de tentative(s) de suicide : _____

Types de tentatives de suicides : Médicaments Alcool
(Plusieurs choix possibles) Toxiques (produits chimiques) Armes
 Pendaison Phlébotomie
 Autre :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Cirrhose : oui non

Etiologie cirrhose

alcool HB IC hépatite

Le patient a-t-il des antécédents médicaux?

Oui Non

| Antécédents médicaux | DATE DE DEBUT jjmmaa | DATE DE FIN jjmmaa |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |

1-Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ?

I _ I _ I ans I _ I _ I mois

2-Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ?

3-Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique) ?

4-Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? I _ I _ I jours

PROBLEMES DE SANTE

Le patient a-t-il des antécédents chirurgicaux?

Oui Non

| Antécédents Chirurgicaux | DATE |
|---------------------------------|-----------------------------|
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I |

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

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

-Consommation d'alcool pendant la grossesse de la mère du patient Oui Non

-Hospitalisation sous contrainte Oui Non

Nombre I__I

-Demandes hospitalisation pour sevrage Oui Non

Nombre I__I

-Hospitalisation en postcure Oui Non

Nombre I__I

-Demandes sevrage en ambulatoire Oui Non

Nombre I__I

| Antécédents Psychiatriques | <i>DATE DE DEBUT</i> (mm/aaaa) | | <i>DATE DE FIN</i> (mm/aaaa) |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ |

TRAITEMENTS

| Nom commercial | Dose journalière | Voie (*) | Date de début jjmmaa | Date de fin jjmmaa | Indication |
|----------------|------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |
| | | I _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I | |

(*)1=voie orale,2=intraveineuse,3=intramusculaire,4=topique,5=inconnu,6=autre,
7=sous-cutanée,8=rectale,9=intra-nasale,10=transdermique,11=Collyre,12=vaginale.

-Quantité de BZD ou apparenté consommée avant l'évaluation :

| Catégorie | Dosage |
|-----------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

BILAN BIOLOGIQUE

| Examen | Résultat |
|---------------|-----------------------------------------------------------|
| NFS | |
| Plaquettes | |
| Bilirubine | |
| ASAT | |
| ALAT | |
| GGT | |
| PA | |
| Créatinine | |
| TP | |
| Fibroscan | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Bandelette urinaire effectuée : Oui Non

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

RESULTATS EVALUATIONS INCLUSION

Hétéro-questionnaires :

| | Date | Score |
|-------------|-------------------------------------|-------|
| MINI | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| Hamilton | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| MOCA | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| EVA craving | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |

Auto-questionnaires :

| | Date | Score |
|--------|-------------------------------------|-------|
| IGT | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| STOOP | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| BDI | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| HAIS | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| ADS | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| BIS 11 | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| TAS 20 | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |
| IRI | I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I | |

Visite n°1 : un mois

TAC :

HDD :

Nombre de jours d'abstinence :

Date de la dernière consommation d'alcool avant la visite :

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Score IGT :

Visite n°2 : 3 mois

TAC :

HDD :

Nombre de jours d'abstinence :

Date de la dernière consommation d'alcool:

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Questionnaire insight :

DrInC :

BDI :

STAI :

Score IGT :

Visite n°3 : 6 mois

TAC :

HDD :

Nombre de jours d'abstinence :

Date de la dernière consommation d'alcool:

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Score IGT :

Visite n°4 : 1 an

TAC :

HDD :

Nombre de jours d'abstinence :

Date de la dernière consommation d'alcool:

Traitement :

Suivi :

Hospitalisation :

Annexe F: Avis du comité d'éthique pour cettethèse



Comité

Poitiers, le 26/05/2016

Monsieur Moktar-Ahmed BENFERHAT

1 place François DOLTO - Appt 42

86000 POITIERS

Copie : Dr. Wilfried SERRA, Directeur de thèse

N/Réf. : BP/SD – 08 – 2016

Objet : Comité d'éthique – Avis

Monsieur,

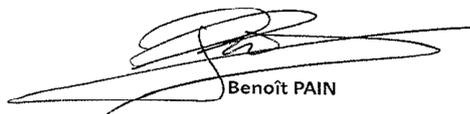
Nous vous remercions pour votre présentation de votre recherche « Evaluation de la prise de décision comme facteur pronostique dans le maintien de l'abstinence à l'alcool » devant le Comité d'Ethique du CH Henri LABORIT siégeant le 25 mai 2016.

Nous vous rappelons que le Comité d'Ethique, comme l'indique son règlement intérieur, définit l'éthique comme des réflexions sur les questionnements dans les pratiques de soins, une réflexion donc ouverte, collective et indicative.

Nous avons le plaisir de vous communiquer un AVIS FAVORABLE. Fait pour valoir ce que de droit. Nous restons bien évidemment à votre entière disposition et vous souhaitons une réussite dans la réalisation de votre recherche et dans de futures publications.

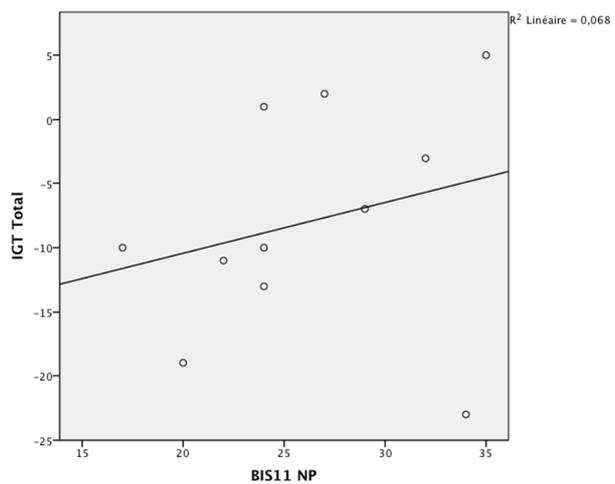
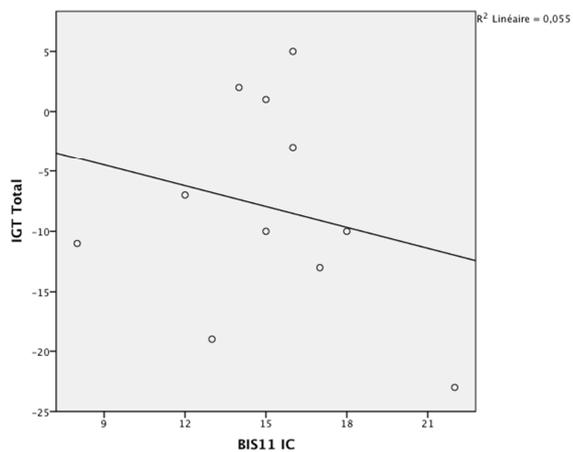
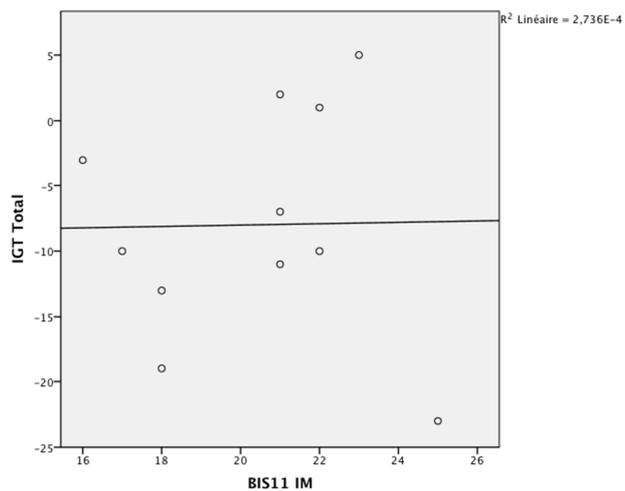
Veillez croire, Monsieur, en la considération de tous les membres du Comité d'Ethique du CH Henri LABORIT.

Le Président du Comité d'Ethique du CH Henri Laborit,

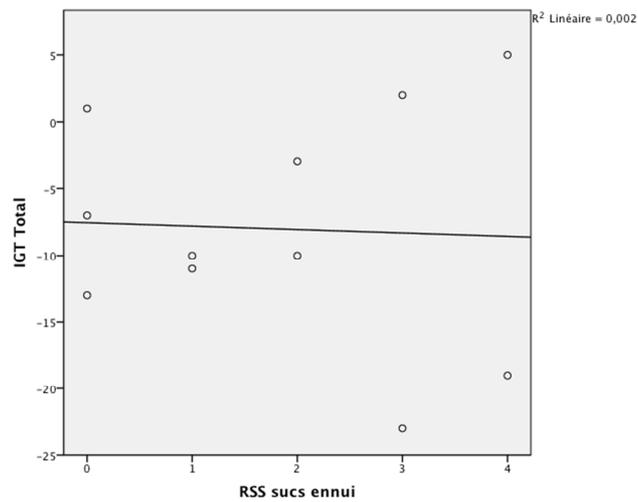
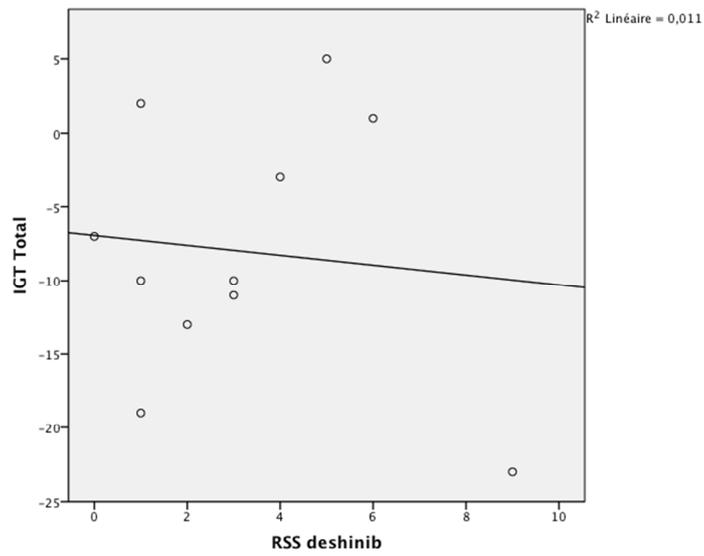
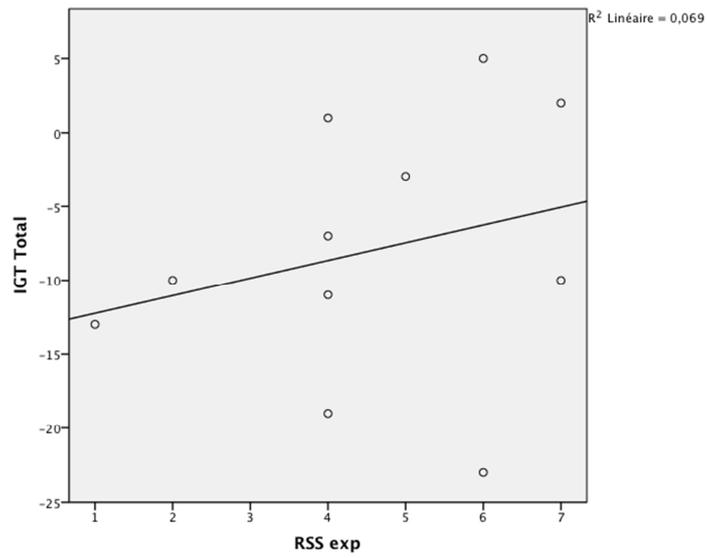


Benoît PAIN

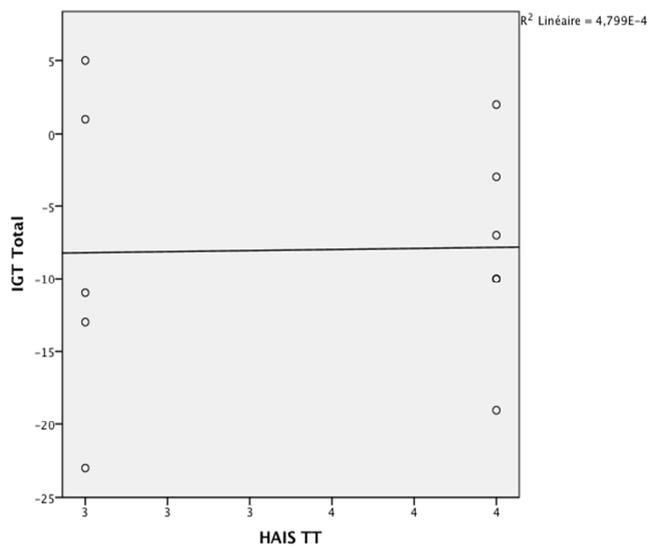
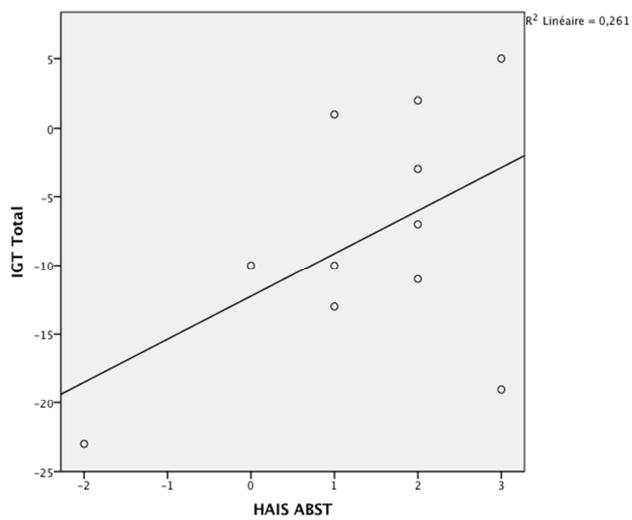
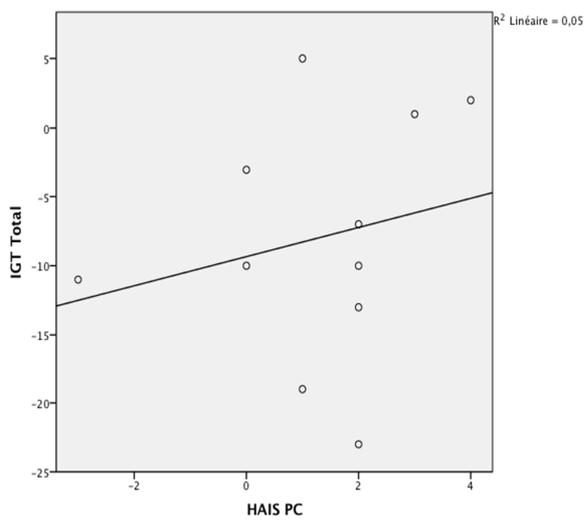
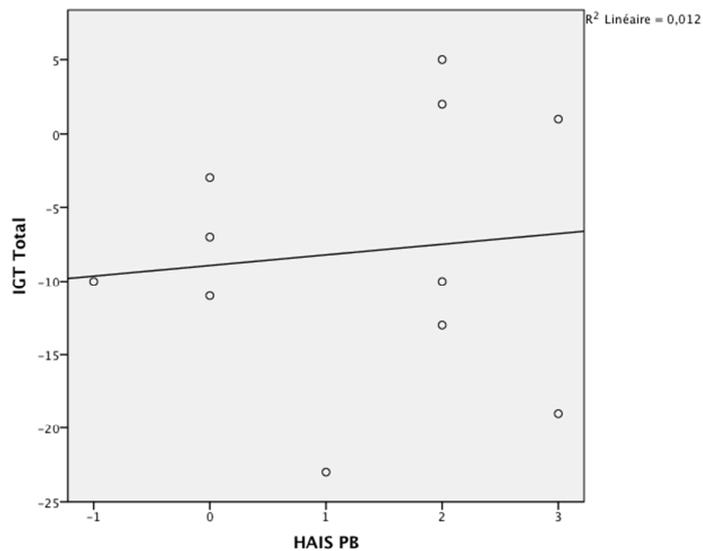
Annexe F :L'association entre les sous dimensions de l'échelle BIS 11 et l'IGT



Annexe G :L'association entre les sous dimensions de l'échelle RSS et l'IGT



Annexe H : L'association entre les sous dimensions de l'échelle HAIS et l'IGT



RESUME ET MOTSCLES

Introduction : Les recherches actuelles en addictologie montrent que les sujets avec trouble de l'usage de l'alcool ont une altération de la prise de décision. Cette étude exploratoire vise à vérifier l'hypothèse selon laquelle une mauvaise prise de décision serait associée à plus de rechute.

Patients et méthode : Les patients ont été recrutés dans le service d'addictologie du service universitaire de psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers. Le motif d'admission était la prise en charge d'un sevrage dans le cadre d'une alcool-dépendance.

Les participants ont effectué l'IGT, une tâche neurocognitive de prise de décisions comprenant 100 sélections de cartes divisées en cinq blocs pour les analyses, la semaine précédant leur sortie.

L'objectif principal de cette thèse était de déterminer si la performance à l'IGT évaluée avant la sortie, était associée au risque de rechute à 1 mois. L'impact des fonctions cognitives, des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale), et des modalités de consommation sur la prise de décision furent également recherchés.

Résultats : Le travail de thèse ne présente que les résultats les plus préliminaires de cette étude qui n'a pu débuter qu'en juin 2016. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les patients ayant rechuté à 1 mois et ceux restés abstinents, selon leur performance initiale à l'IGT. Nous n'avons pas trouvé d'impact des fonctions cognitives, des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale), ni des modalités de consommations sur la prise de décision.

Conclusion : En dépit de l'absence de résultat, probablement en lien avec un effectif trop réduit, ce travail apparaît important à continuer à mener. En effet, un plus grand effectif permettrait très probablement de mettre en évidence une différence de performance à l'IGT ayant une implication clinique directe pour la prise en charge de nos patients, contribuant à la personnalisation de leurs soins.

Mots-clés : [Alcool, IGT, Prise de décisions, dépendance, capacités neurocognitives]

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 !



RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Les recherches actuelles en addictologie montrent que les sujets avec trouble de l'usage de l'alcool ont une altération de la prise de décision. Cette étude exploratoire vise à vérifier l'hypothèse selon laquelle une mauvaise prise de décision serait associée à plus de rechute.

Patients et méthode : Les patients ont été recrutés dans le service d'addictologie du service universitaire de psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers. Le motif d'admission était la prise en charge d'un sevrage dans le cadre d'une alcool-dépendance.

Les participants ont effectué l'IGT, une tâche neurocognitive de prise de décisions comprenant 100 sélections de cartes divisées en cinq blocs pour les analyses, la semaine précédant leur sortie.

L'objectif principal de cette thèse était de déterminer si la performance à l'IGT évaluée avant la sortie, était associée au risque de rechute à 1 mois. L'impact des fonctions cognitives, des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale), et des modalités de consommation sur la prise de décision furent également recherchés.

Résultats : Le travail de thèse ne présente que les résultats les plus préliminaires de cette étude qui n'a pu débuter qu'en juin 2016. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les patients ayant rechuté à 1 mois et ceux restés abstinents, selon leur performance initiale à l'IGT. Nous n'avons pas trouvé d'impact des fonctions cognitives, des traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensation, personnalité antisociale), ni des modalités de consommations sur la prise de décision.

Conclusion : En dépit de l'absence de résultat, probablement en lien avec un effectif trop réduit, ce travail apparaît important à continuer à mener. En effet, un plus grand effectif permettrait très probablement de mettre en évidence une différence de performance à l'IGT ayant une implication clinique directe pour la prise en charge de nos patients, contribuant à la personnalisation de leurs soins.

Mots-clés : [Alcool, IGT, Prise de décisions, dépendance, capacités neurocognitives]