

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

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 29 octobre 2018 à Poitiers
par Madame Pauline DE ROTALIER

Impact de l'anxiété sur la prise de décision
chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Emmanuel HABER

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

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 29 octobre 2018 à Poitiers
par Madame Pauline DE ROTALIER

Impact de l'anxiété sur la prise de décision
chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Emmanuel HABER

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci également pour vos enseignements, votre accompagnement et votre disponibilité auprès des internes.

A madame le Professeur Christine SYLVAIN,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Merci également de l'intérêt que vous portez à notre discipline. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A monsieur le Docteur Emmanuel HABER,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Merci pour tes conseils et ton soutien. J'ai apprécié ce travail ensemble et j'espère que ce début d'expérience en tant que directeur de thèse restera pour toi un bon souvenir.

Au Docteur Emmanuel PALOMINO ainsi qu'à toute l'équipe soignante du DISPPAA,

Merci de m'avoir permis de réaliser ma thèse au sein de votre service. Je vous remercie également tous pour votre disponibilité, votre soutien, vos précieux conseils, sans oublier les pauses café.

A l'unité de Recherche Clinique de Poitiers ainsi qu'à Mr Nicolas LANGBOUR,

Merci de m'avoir accompagné, aidé, orienté pour ce travail de thèse.

A l'ensemble des praticiens hospitaliers et des équipes soignantes des centres hospitaliers de Saintes, Angoulême, Jonzac, Poitiers,

Merci pour votre disponibilité et vos précieux enseignements tout au long de mon cursus.

A toi Axel, ma moitié,

Je ne saurai décrire en quelques mots les sentiments infinis que je te porte.

Merci de faire partie de ma vie, tu m'es devenu indispensable. Merci de me canaliser, me supporter, me soutenir, me rassurer. Merci de rendre la vie plus sereine et plus intense.

Avec toi les projets sont plus fous, plus grands, toujours réalisables.

Je t'aime.

A mon petit rayon de soleil, Ava,

Je ne saurai décrire l'émotion qui m'a submergé quand j'ai vu ton petit nez, tes petits doigts parfaits, quand j'ai senti et caressé ta peau douce de bébé. Tu illumines ma vie et m'émerveille à chaque instant.

Tu es mon meilleur remède et mon énergie. Je t'aime.

A mes parents,

Merci pour votre amour et votre soutien depuis toujours. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculqué.

Papa, merci d'avoir toujours su m'aider à me dépasser, merci pour tes conseils (parfois difficiles à accepter, mais qui sont toujours précieux) ; ta force et ton ambition me guident.

Maman, merci pour ton oreille toujours attentive et réconfortante, merci d'être toujours positive et rassurante, de me motiver ; ta philosophie de vie me guide.

Je suis maintenant maman et sachez que vous êtes pour moi des modèles à suivre.

Je vous aime.

A ma Capu et ma Gougoutte,

Merci d'être les (petites) sœurs que vous êtes. Merci pour vos petits caractères qui colorent notre amour et nous unissent.

Capu, tu es forte, généreuse, ambitieuse.

Margote, tu es pétillante, souriante, bienveillante.

Je vous aime et suis fière de vous.

A mes grands-parents, disparus et encore présents,

Merci pour tous les merveilleux souvenirs que j'ai avec chacun d'entre vous. Merci pour vos enseignements artistiques, culturels, culinaires, et tous les autres.... Merci pour votre soutien et vos mots toujours positifs.

A toute ma (grande) famille, ma marraine, mon parrain, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines aux quatre coins de la France (et jusqu'en Roumanie),

Merci à tous de former une famille colorée, pétillante et pleine de vie !

A mes beaux-parents, à Nini, Lolo, Alban et Elodie,

Merci de m'avoir accueilli parmi vous, de m'avoir soutenu et peut être aussi supporté parfois. Vos personnalités, nos fous rires, nos moments ensemble, me sont précieux. Nous formons maintenant une jolie famille dont je suis fière de faire partie.

A ma Vaness,

Notre amitié née « par hasard » est évidente, simple, naturelle, forte et positive....merci pour tout ça !

A ma méchante,

Notre duo de choc a dépassé la dizaine d'années, sans faiblir. Merci pour ces moments de méchanceté, d'amitié, de folie, nos soirées, nos pleurs, nos fous rires, nos voyages...vivement la suite !

A ma Chichine,

Tu es pétillante et rayonnante et c'est pour moi indispensable de t'avoir à mes côtés. Nous avons parcouru de nombreux kilomètres ensemble (à pied, en bus, en avion, en bateau), des souvenirs magiques et inoubliables !

A mon Bedou,

Quelle que soit la distance qui nous sépare, tu es toujours dans mon cœur et on se retrouve à chaque fois comme si on s'était quitté la veille. Notre amitié est pour moi essentielle, tout comme nos innombrables fous rires et anecdotes.

A ma Mymy,

Un DU à Paris, boom beach, des bobuns...la recette magique pour former une belle et précieuse amitié faite de week-ends camping, randonnées vélo, parties de jeux en tous genres, concerts, discussions sérieuses (ou pas)...et tout le reste !

A Claire,

Après toutes ces années, ces déménagements, ces étapes de la vie...nous sommes toujours là, réunies. Notre amitié est solide, rassurante et précieuse à mes yeux.

A Julie, ma première co-interne,

On a partagé ensemble l'angoisse du premier semestre, les moments de doute, d'incompréhension, de tension parfois, mais aussi de rires. De ce mélange d'émotions est née une belle amitié.

A Xav, Clément, Sarah, Céline, Vivien et tous mes autres co-internes,

Merci d'avoir fait pétiller et adouci notre parcours parfois chaotique et anxiogène, merci pour vos petits grains de folie.

A Solange, Dalila, Sam, Julie ; et tous ceux que je n'ai pas cité mais que je n'oublie pas.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Principe de l'Iowa Gambling Task

Figure 2 : Schéma de l'étude

Figure 3 : Diagramme de flux

Figure 4 : Répartition des patients selon les valeurs mesurées par l'échelle STAI-T

Figure 5 : Répartition des patients selon les critères du DSM-V du trouble d'usage de l'alcool

Figure 6 : Répartition des patients selon les valeurs mesurées par l'échelle ADS-FR

Figure 7 : Diagramme de dispersion avec représentation de la courbe de corrélation entre IGT total et STAI-T

Figure 8 : Diagramme de dispersion avec représentation de la courbe de corrélation entre IGT aux blocs 3,4,5 et STAI-T

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil clinique de consommation d'alcool des patients

Tableau 2 : Analyses de corrélation entre l'IGT total et le score de trait anxieux à la STAI-T

Tableau 3 : Analyses de corrélation entre l'IGT 3 4 5 et le score de trait anxieux à la STAI-T

Tableau 4 : Analyses de corrélation entre le score à la STAI-T et la survenue d'une rechute précoce

Tableau 5 : Analyses de corrélation entre la performance à l'IGT et la survenue d'une rechute précoce

Tableau 6 : Analyses de corrélations entre les critères du DSM-V et le STAI-T

Tableau 7 : Analyses de corrélations entre les scores à l'ADS-FR et au STAI-T

Tableau 8 : Analyses de corrélations entre les critères du DSM-V et l'IGT total

Tableau 9 : Analyses de corrélations entre les scores à l'ADS-FR et l'IGT total

LISTE DES ABREVIATIONS

ADS-FR: Acohol Dependent Scale version française

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EVN: Echelle Visuelle Analogique

IGT: Iowa Gambling Task

MoCA test: Montreal Cognitive Assessment Test

OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

STAI: State and Trait Anxiety Inventory

STAI-T: State and Trait Anxiety Inventory - Trait

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	13
1. Prise de décision en addictologie	14
1.1. Définition de la prise de décision	14
1.2. Mesure de la prise de décision : l'Iowa Gambling Task (IGT).....	15
1.3. La prise de décision et les addictions : revue de la littérature.....	17
2. Anxiété et troubles de l'usage de l'alcool	19
2.1. Généralités sur l'anxiété	19
2.2. Approche étiologique cognitive : anxiété état et anxiété trait	20
2.3. L'inventaire anxiété état et trait STAI de Spielberger.....	21
2.4. Liens entre l'anxiété et les troubles de l'usage de l'alcool.....	22
3. Anxiété et prise de décision.....	25
3.1. Impact des émotions sur la prise de décision.....	25
3.2. La théorie des marqueurs somatiques.....	26
3.3. Effets cognitifs de l'anxiété.....	27
3.4. Impact du trait anxieux sur l'IGT : revue de la littérature	29
4. Problématique et objectifs de l'étude	30
4.1. Objectif principal	30
4.2. Objectifs secondaires	31
MATERIEL ET METHODES.....	32
1. Type d'étude	32
2. Critères d'évaluation	32
3. Population.....	32
3.1. Critères d'inclusion.....	33
3.2. Critères d'exclusion	33
4. Déroulement de l'étude	33
4.1. Première rencontre et information du patient.....	33
4.2. Entretien d'inclusion	34
4.3. Visite de suivi à un mois.....	36
5. Schéma de l'étude.....	37
6. Analyses statistiques	37

RESULTATS.....	39
1. Diagramme de flux	39
2. Caractéristiques socio démographiques.....	39
3. Profil clinique de consommation et du trouble de l'usage d'alcool des patients	40
4. Valeurs moyennes des échelles d'évaluation utilisées dans l'étude	41
4.1. Auto-évaluation du trait anxieux par le STAI-YB.....	41
4.2. Hétéro-évaluation de la sévérité de l'addiction par le questionnaire du DSM-V ...	41
4.3. Auto évaluation de la sévérité de l'addiction par l'échelle ADS-FR	42
5. Impact du trait anxieux sur la prise de décision.....	43
6. Impact du trait anxieux sur la rechute précoce à un mois	45
7. Impact de l'IGT sur la rechute précoce à un mois.....	45
8. Impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction	45
9. Impact de l'IGT sur la sévérité de l'addiction	45
DISCUSSION	48
1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.....	48
2. Impact du trait anxieux sur la prise de décision.....	48
3. Impact du trait anxieux sur la rechute précoce à un mois	50
4. Impact de l'IGT sur la rechute précoce à un mois.....	51
5. Impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction	51
6. Impact de l'IGT sur la sévérité de l'addiction.....	52
7. Limites et biais de l'étude.....	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES.....	60
RESUME	69
SERMENT	70

INTRODUCTION

Si les quantités d'alcool vendues en France ont nettement diminué depuis le début des années 1960, notre pays reste un des plus grands consommateurs au monde, se plaçant en 2014 en 7^{ème} position parmi les pays membres de l'Union Européenne (Organisation Mondiale de la Santé) (1).

En France, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée, avec en 2014, 9 millions d'usagers réguliers et 5 millions d'usagers quotidiens, soit 10% des adultes de 18 à 75 ans (2). L'alcool fait partie des substances psychoactives les plus nocives en termes de dommages physiques, sociaux et de dépendance ; et représente la deuxième cause de mortalité évitable en 2009 après le tabagisme, avec 49 000 décès attribuables à cette substance (3).

Au niveau mondial, selon l'OMS, l'alcool était en 2014 la substance psychoactive la plus consommée, responsable de 5.9% de décès chaque année (1).

Si l'on ajoute à ces éléments le coût des dépenses publiques en lien avec la prévention, la prise en charge et les dommages causés, l'alcool apparaît comme un enjeu majeur de santé publique.

Parmi ces dommages, les fonctions exécutives des patients présentant une dépendance à l'alcool peuvent être altérées, notamment leurs capacités de prise de décision, sujet d'intérêt croissant en addictologie ces dernières années (4,5). Ces altérations sont responsables de difficultés à faire des choix menant à la poursuite de leurs consommations malgré les retentissements négatifs de celles-ci, ou à la difficulté à maintenir leur abstinence, avec donc des rechutes émaillant leur parcours de soins (6,7).

Parmi les outils disponibles pour évaluer ces capacités de prise de décision, l'Iowa Gambling Task (IGT) est une tâche informatique neuropsychologique fiable très utilisée en pratique (8). Plusieurs études ont mis en évidence des altérations à l'IGT chez les patients présentant une dépendance à l'alcool (9–13). Afin de comprendre cette altération de la prise de décision, notre recherche s'est tournée vers le lien entre cette dégradation et des facteurs émotionnels tels que l'anxiété.

Dans la littérature, une forte association entre les troubles de l'usage de l'alcool et les troubles anxieux a été démontrée par de nombreux travaux (14). Si plusieurs hypothèses expliquent leurs liens, il est bien établi que cette comorbidité entraîne un effet péjoratif pour les patients en termes d'évolution, de pronostic, de rechute, ou encore de réponse aux différentes prises en charge mises en place (15,16).

Chez les patients alcool-dépendants, l'évaluation du trait anxieux retrouve une vulnérabilité modérée à sévère à l'anxiété, et le développement de troubles anxieux est sensiblement plus fréquent qu'en population générale. Certains travaux ont mis en évidence son lien avec des altérations de la prise de décision (17,18).

Dans ce travail, nous avons émis l'hypothèse que les altérations de la prise de décision chez les sujets présentant un trouble de l'usage de l'alcool pouvaient s'expliquer, au moins en partie, par leur niveau de trait anxieux.

1. Prise de décision en addictologie

1.1. Définition de la prise de décision

La prise de décision est un aspect fondamental de la vie humaine. Ce processus complexe intervient dans une multitude de situations très variables de notre vie quotidienne, pour certaines, fondamentales pour notre avenir comme le choix d'une voie professionnelle, pour d'autres, plus secondaires comme le choix d'un vêtement par exemple.

Une prise de décision intervient lorsqu'un individu se retrouve face à deux ou plusieurs comportements (ou actions, ou pensées) possibles, dont un seul d'entre eux peut ou doit être mis en œuvre (19). Il s'agit d'un processus cognitif complexe en deux temps : l'identification du problème posé, puis la résolution de celui-ci en faisant un choix, dont le résultat sera une action ou une opinion.

Pour ce faire, l'individu doit être capable de lister les informations utiles au choix, de répertorier chacune des alternatives possibles, d'affecter une valeur à chacune d'entre elles, puis de faire un choix envers l'option présentant la plus grande valeur (19). Une prise de décision adaptée permet donc à l'individu de faire face à de nouvelles situations, d'évoluer

dans son environnement en réalisant des choix ayant des conséquences bénéfiques, ceci en tenant compte des erreurs et des choix passés qui ont pu avoir des conséquences négatives. Des processus neurobiologiques interviennent également dans la prise de décision, sous-tendues par les structures limbiques (amygdale, insula, gyrus cingulaire antérieur) intervenant dans la perception émotionnelle du stimulus, et par les régions dorso latérales du cortex frontal intervenant dans le contrôle cognitif de l'action (20).

En addictologie, la recherche neurobiologique a mis en évidence des déficits au niveau de ces structures pouvant en partie expliquer l'évolution des pathologies addictives, et notamment la poursuite des consommations. Chez ces patients, la valeur d'une substance-récompense saillante et à forte valeur émotionnelle, serait surévaluée par rapport aux autres types de récompenses pouvant être obtenues par le sujet (21). D'autre part, le contrôle cognitif du cortex frontal ne jouerait pas son rôle d'inhibition des stimuli néfastes pour le sujet.

1.2. Mesure de la prise de décision : l'Iowa Gambling Task (IGT)

L'étude du cas de Phineas Gage par Damasio a entraîné un début de réflexion et d'attention sur les processus sous-entendant la prise de décision. Ce patient avait subi en 1848 un accident grave suite à l'explosion d'une barre à mine sur un chantier ferroviaire qui avait traversé son crâne, touchant son cortex pré frontal ventro-médian. Suite à cela, il a présenté une « sociopathie acquise » marquée par un changement radical de son comportement et de sa personnalité, malgré un maintien de ses capacités cognitives (22).

Les premières études explorant la prise de décision ont donc ensuite été menées sur des patients présentant des lésions cérébrales au niveau du cortex préfrontal ventro-médian et orbito-frontal, qui présentaient, malgré un fonctionnement cognitif global performant, une altération de leurs capacités de prise de décision ayant des conséquences sur leur vie quotidienne. Ces observations ont amené Bechara et son équipe à créer un test en laboratoire visant à évaluer les altérations de la prise de décision chez ces patients (8).

L'IGT est une tâche neuropsychologique réalisée sur ordinateur, reproduisant en laboratoire une situation de prise de décision proche de la vie quotidienne, basée sur les concepts d'incertitude, de récompenses et de pénalités.

Le sujet est face à quatre tas de cartes notées A, B, C, D (ou 1, 2, 3, 4) et dispose d'un capital d'argent de départ de 2000 \$. L'objectif sera de piocher des cartes jusqu'à la fin de la tâche afin de gagner un maximum d'argent, en évitant les pertes. Chaque carte est associée à un gain d'argent immédiat variable, et selon des probabilités, sera également associée à une perte d'argent variable (pénalité).

Le patient n'a aucune information concernant la répartition des gains (de 50 à 100 \$) et des pertes (de 50 à 1250 \$) selon les tas, ni de la durée de la tâche, ni du nombre total de pioches (100 pioches).

Les tas A et B (1 et 2) sont les plus désavantageux car ils génèrent des gains immédiats importants, mais ils sont associés à des pertes importantes ; alors que les tas C et D (3 et 4) sont les plus avantageux en termes de rapport gains/pertes car ils génèrent des gains immédiats modérés mais font perdre moins d'argent à long terme.

Le schéma suivant précise la répartition des gains et des pertes selon les tas de cartes :

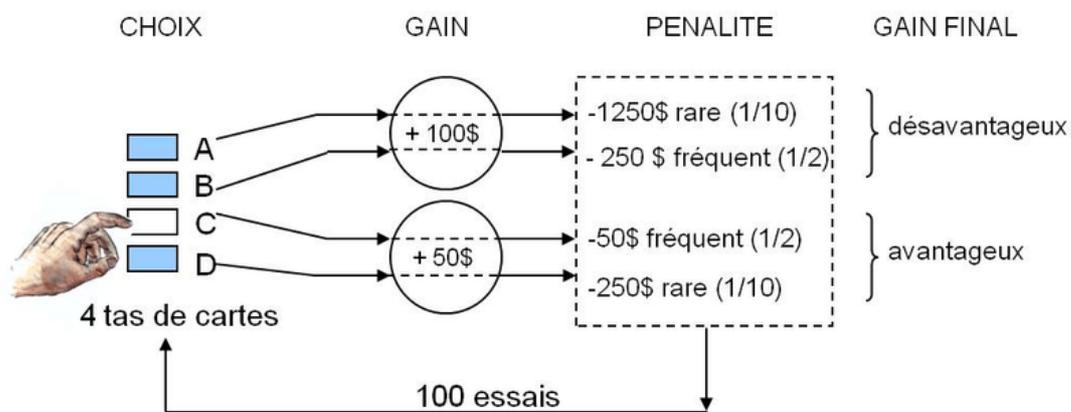


Figure 1 : Principe de l'IGT (23)

La tâche est divisée en plusieurs blocs de choix de cartes : cinq blocs de vingt pioches ; les premiers blocs permettant au sujet un apprentissage du fonctionnement et du caractère positif ou négatif des tas. Le sujet pourra donc, –s'il perçoit quels tas sont avantageux-, au fur et à mesure du test, réajuster ses choix pour optimiser ses gains d'argent.

La performance à la tâche est évaluée par la différence entre le nombre de pioches dans les tas avantageux et le nombre de pioches dans les tas désavantageux soit : score net total = (A + B) – (C + D). Le résultat sera donc un nombre entier, positif ou négatif. Un score positif reflétera donc une bonne capacité de prise de décision (et meilleure plus le nombre entier est élevé), alors qu'un score total négatif reflétera une altération des capacités de prise de décision du sujet (8).

Afin d'évaluer les capacités de changement de stratégie et d'apprentissage au cours de la tâche du sujet, des scores intermédiaires sont calculés, à chaque bloc de vingt pioches (soit cinq scores intermédiaires).

1.3. La prise de décision et les addictions : revue de la littérature

La prise de décision est devenue un sujet d'étude important ces dernières décennies, et notamment en addictologie avec de nombreux travaux qui ont mis en évidence des altérations à l'IGT au sein de populations de patients présentant des addictions diverses (tabac, cannabis, opiacés, cocaïne, jeux pathologies, troubles du comportement alimentaire) (9,24–27). Les résultats de ces études expliquent ces altérations par une réduction de la sensibilité au risque, une hypersensibilité à la récompense et des capacités réduites dans la prise de décision (24).

Chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool, l'altération de la prise de décision prend une place importante dans la pathologie. L'évolution du trouble est marquée par une perte de contrôle et une incapacité pour le sujet à adapter ses choix en fonction de leurs conséquences, avec une poursuite des consommations d'alcool malgré la connaissance et l'accumulation de retentissements négatifs au niveau physique, psychique, affectif, familial, social et professionnel. Ce critère se retrouve d'ailleurs parmi les critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool du DSM-V (28).

L'origine du déficit décisionnel chez ces patients est sujette à controverse. Pour certains auteurs, il s'agit de la conséquence d'une exposition chronique à l'alcool ; pour d'autres, d'un état pré morbide (ou facteur de risque ou de vulnérabilité) pour le développement d'une dépendance.

L'IGT est très largement utilisé en addictologie et notamment chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool avec de nombreuses études sur ce sujet ces dernières années que nous allons passer en revue.

Impact de l'alcool sur la prise de décision

Bechara et son équipe, en 2001 (9), ont réalisé une étude sur une population de patients présentant des addictions (alcool, cocaïne, MDMA) en les comparant à 40 patients contrôles et 5 patients présentant une lésion du cortex préfrontal ventro-médian. La performance à l'IGT était significativement diminuée dans le groupe des patients dépendants par rapport au groupe contrôle, sans différence selon la drogue consommée.

D'autres études comparant la performance à l'IGT entre un groupe de patients présentant une dépendance à l'alcool et des patients contrôles ont retrouvé des résultats similaires (avec une altération de la performance à l'IGT chez les patients alcoolo-dépendants) (4,10,11).

Ces altérations sont retrouvées également chez des patients abstinents depuis plusieurs mois (12,13).

Plusieurs études ont retrouvé, en plus de cet impact de l'alcool sur le score total à l'IGT, un impact sur les scores intermédiaires (aux blocs 3, 4 et 5), reflétant une différence d'apprentissage au cours de la tâche chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool par rapport au groupe contrôle (4,5,10,13).

A l'opposé, plusieurs études n'ont pas retrouvé d'altération significative de la prise de décision chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (7,29,30).

Effets de l'abstinence sur la prise de décision

D'autres auteurs ont souhaité explorer les effets de l'abstinence sur la performance à l'IGT. En 2004, Fein et collaborateurs (12) ont comparé la prise de décision via l'IGT de 44 patients alcoolo-dépendants abstinents depuis plus de 6 mois et de 58 patients contrôles. Ils ont retrouvé une altération de la performance à l'IGT chez les sujets alcoolo-dépendants en comparaison au groupe témoin, mais sans amélioration du score total après six mois d'abstinence. Ces données sont confirmées par Körner et collaborateurs en 2015 (13).

Seule une étude a pu mettre en évidence une amélioration significative de la prise de décision en comparant les performances à l'IGT entre la 2ème et la 6ème semaine après sevrage chez des patients en cure pour l'arrêt de l'alcool (6).

Etude de l'IGT comme facteur prédictif de rechute à l'alcool

Plusieurs études prospectives de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool ont cherché à mettre en évidence que l'IGT pouvait être un facteur prédictif de rechute.

L'étude de Bowden-Jones (7) a suivi 21 patients présentant un diagnostic de dépendance à l'alcool, bénéficiant d'un programme de réhabilitation durant trois mois après leur sevrage, en comparaison à un groupe de vingt sujets témoins. A trois mois, les patients ayant rechuté présentaient un moins bon score initial à l'IGT comparativement aux patients restés abstinents. Une autre étude citée précédemment (6) a retrouvé des résultats similaires, avec chez les patients ayant rechuté à trois mois une moins bonne performance globale à l'IGT ainsi que de moins bonnes capacités d'apprentissage au cours de la tâche (scores intermédiaires) comparativement aux patients restés abstinents.

Une étude chinoise sur 181 adolescents suivis après réalisation de l'IGT a mis en évidence qu'à un an de l'évaluation initiale, les adolescents ayant une meilleure performance initiale à l'IGT avaient significativement moins de problèmes d'alcool (28).

グ

2. Anxiété et troubles de l'usage de l'alcool

2.1. Généralités sur l'anxiété

L'anxiété est décrite comme une émotion, dont il n'existe pas de définition universelle.

Taylor et Gorman (31) la définissent comme une émotion présentant une fonction adaptative, qui permet au sujet de mobiliser des ressources afin de mettre en place des changements bénéfiques et de faciliter son développement psychologique. L'anxiété est dite normale si elle est bien tolérée par le sujet, contrôlable par celui-ci, et si elle n'entraîne pas de souffrance ou de retentissement sur sa vie quotidienne. Elle aura un rôle d'adaptation et de protection face à des stimuli extérieurs perçus menaçants par le sujet, afin de mobiliser son attention, le rendre plus vigilant en situation de choix, de crise ou de conflit (32).

En opposition à cette définition de l'anxiété dite normale, l'anxiété pathologique présente un caractère invalidant pour le sujet, perdant sa fonction adaptative et protectrice. Elle devient alors un trouble à part entière, un état permanent de malaise et d'inquiétudes excessives entraînant des répercussions psychiques et somatiques (32).

En résumé, l'anxiété est un continuum où l'état d'anxiété se différencie du trouble anxieux de par son intensité, sa durée, et les répercussions des symptômes sur la vie du sujet.

Si cette distinction de l'anxiété normale et pathologique fait globalement consensus, il existe plusieurs classifications et approches étiopathogéniques de ce trouble.

2.2. Approche étiologique cognitive : anxiété état et anxiété trait

En 1966, Spielberger fait la distinction conceptuelle entre deux notions : l'état et le trait anxieux (33).

L'**état anxieux** décrit les sensations subjectives d'appréhension, de tension, de crainte du sujet ressenti à un instant t. Il peut varier en intensité dans le temps et en fonction du contexte (il s'élèvera par exemple face à un danger physique ou un stress psychologique). Il s'agit ici d'un état émotionnel transitoire associant une excitation physiologique (comme une augmentation de la transpiration et du rythme cardiaque) et des symptômes psychologiques (appréhension, inquiétudes, tension, nervosité) (34). Les sensations de calme et de sérénité sont associées à une absence ou une faible anxiété situationnelle ; la tension, l'appréhension, la nervosité ou l'inquiétude sont associées à une anxiété situationnelle moyenne ; la frayeur, la peur intense, les pensées catastrophiques ou les comportements désorganisés sont quant à eux associés à de hauts niveaux d'anxiété état. L'anxiété état est réactionnel, transitoire et d'intensité modérée ; n'entraînant pas de retentissement handicapant sur la vie du sujet dans les domaines personnel, socio-professionnel et/ou familial.

Le **trait anxieux** décrit la tendance générale ou habituelle d'un individu à ressentir de l'anxiété ; c'est-à-dire la prédisposition stable ou tendance individuelle à répondre avec de hauts niveaux d'anxiété état à des événements stressants ou menaçants (34). Il s'agit ici d'un état émotionnel durable.

L'anxiété trait correspond aux différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire dans la tendance du sujet à percevoir des situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre par des niveaux élevés d'état anxieux.

Selon cette définition, le trait anxieux s'apparente à un trait de personnalité constituant un facteur de vulnérabilité pour le sujet le prédisposant à manifester des symptômes cliniques

d'anxiété, ou à développer des épisodes cliniques (32). Des auteurs ont mis en évidence de hauts niveaux de traits anxieux chez des patients présentant un diagnostic de trouble anxieux généralisé, de phobie sociale ou d'épisode dépressif majeur (35).

2.3. L'inventaire anxiété état et trait STAI de Spielberger

Il existe de nombreuses échelles permettant de mesurer l'anxiété, que ce soit pour la diagnostiquer, en mesurer l'intensité ou encore les retentissements.

Nous nous concentrerons ici sur l'échelle que nous avons choisi pour notre étude, l'inventaire d'anxiété état et trait : State and Trait Anxiety Inventory (STAI), mise en place par Spielberger en 1983 (36). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété, dont la version originale en anglais, a ensuite été traduite dans de nombreuses langues. La dernière version Y a été réalisée pour éliminer les items en lien avec la dépression qui figuraient dans le questionnaire. Son objectif est d'évaluer l'anxiété selon le concept mis au point par Spielberger, c'est-à-dire en tant que trait de la personnalité et état émotionnel (34).

Ce questionnaire se divise donc en deux échelles : la STAI-YA (STAI état) évalue l'anxiété état en 20 items mesurant ce que ressent le sujet à l'instant, en ce moment ; la STAI-YB (STAI trait) évalue l'anxiété trait en 20 items mesurant ce que ressent le sujet généralement.

Pour chacune des deux échelles, les réponses sont cotées selon l'échelle de Likert en 4 points, évaluant l'intensité de ce que les sujets ressentent pour l'anxiété état : non/plutôt non/plutôt oui/oui ; et la fréquence de ce que les sujets ressentent pour l'anxiété trait : presque jamais/parfois/souvent/presque toujours.

Chaque réponse est cotée de 1 (degré d'anxiété le plus faible) à 4 (degré d'anxiété le plus fort). Chacune des deux échelles obtient un score de 20 à 80, permettant de classer le niveau d'anxiété (état ou trait) en : faible si score inférieur à ou égal à 45, moyen pour un score de 46 à 55, et élevé si le score est supérieur ou égal à 56.

Cet outil est très utilisé en pratique, notamment en recherche clinique, avec l'avantage de sa rapidité de passation (une dizaine de minutes). Ses qualités métrologiques validées sur plus de 6 000 sujets normaux et patients sont les suivantes : meilleure reproductibilité pour l'anxiété trait de 0,65 à 0,75 versus 0,34 à 0,62 pour l'anxiété état, excellente consistance interne des 2 échelles (alpha 0,90), corrélation moyenne de 0,65 des 2 échelles, corrélation

de l'échelle d'anxiété trait avec d'autres échelles mesurant le même paramètre, bonne sensibilité au changement de l'échelle d'anxiété état.

Les qualités psychométriques de la version française ont été établies par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (37). Cet inventaire permet d'identifier les sujets anxieux au sein de divers groupes.

2.4. Liens entre l'anxiété et les troubles de l'usage de l'alcool

La dépendance à l'alcool est une pathologie addictive complexe, dont le caractère multifactoriel est désormais acquis. De nombreuses études se sont intéressées à rechercher les facteurs de risque de développement de cette pathologie, donnant lieu à la conception actuelle biopsychosociale au sein de laquelle divers facteurs complexes sont étroitement liés. Ainsi, le pouvoir addictogène de l'alcool ne s'exprimera que chez certains individus, selon l'interaction entre une vulnérabilité génétique et des influences environnementales (4,5).

La littérature scientifique explorant l'association entre les troubles de l'usage d'une substance, particulièrement l'alcool, et les troubles anxieux est riche. Que ce soit en population générale, ou sur des populations cliniques de patients, les résultats montrent une prévalence accrue de troubles anxieux chez les individus présentant des troubles de l'usage de l'alcool comparativement à ceux sans trouble de l'usage de l'alcool, et une prévalence accrue de troubles de l'usage de l'alcool chez des individus présentant des troubles anxieux comparativement à ceux sans troubles anxieux (38–40).

Des études de cohorte en population générale permettent d'estimer la fréquence de cette association. Une revue des données de six études de cohorte (41), dont deux en Europe (Allemagne et Pays Bas), a évalué que 25 à 32% des personnes présentant un abus ou une dépendance à l'alcool ont présenté au moins une fois dans leur vie un trouble anxieux.

La relation entre l'anxiété et les troubles de l'usage de l'alcool peut être décrite en utilisant le concept de comorbidité, qui se définit alors comme la présence de ces deux troubles à un moment donné de la vie du sujet, mais pas nécessairement de façon simultanée (14).

Différents modèles étiologiques complémentaires de cette comorbidité ont été explorés :

La théorie de l'auto médication explique l'usage d'alcool comme une tentative d'atténuation des symptômes anxieux, avec un renforcement négatif entretenant les consommations. C'est le modèle de la réduction de tension et de la diminution de la réponse au stress (42).

Un autre modèle évoque **l'anxiété induite par la consommation d'alcool**. Le sevrage et sa répétition dans le temps peuvent entraîner des symptômes anxieux (ex : tremblements) du fait d'une hyperexcitabilité cérébrale des régions associées à l'anxiété (14), d'une sensibilité accrue à l'anxiété et d'une exacerbation de l'effet négatif du stress induit par l'arrêt de la substance (43). Egalement, le rôle de l'impact psychosocial de l'alcool (difficultés professionnelles, relations interpersonnelles, problèmes financiers...) dans la genèse de l'anxiété a été identifié par plusieurs travaux (14,44).

Enfin, une dernière hypothèse serait l'existence de **facteurs communs entre les deux troubles** (45). Des travaux ont montré le rôle de certains traits de la personnalité comme la sensibilité à l'anxiété (46,47) ou les difficultés d'adaptation au stress. L'effet anxiolytique de la substance deviendrait le mode de réponse au stress de ces sujets (17). L'une des hypothèses est que les individus ayant recours à l'alcool en cas de stress utilisent ce moyen pour faire face à la situation anxiogène, n'ayant pas d'autre stratégies de coping plus adaptées dans leur répertoire (18). D'un autre côté, l'alcool peut interférer avec les capacités d'adaptation du sujet aux stimuli stressants, et les conséquences négatives induites par sa consommation (difficultés relationnelles ou professionnelles par exemple) peuvent entraîner des symptômes anxieux et donc une vulnérabilité au développement de troubles anxieux (14).

La classification de Lesch a été proposée suite à une étude longitudinale auprès de 436 patients alcoolo-dépendants suivis sur une durée de 4 à 7 ans (48), et distingue quatre sous-types de profils de patients présentant des caractéristiques distinctes. Le type 1 ou *modèle allergique* se rapporte aux patients présentant une vulnérabilité biologique en lien avec une hypersensibilité au GABA, qui consommeraient de l'alcool pour réduire les symptômes de sevrage qui seraient chez eux exacerbés. Le type 2 ou *modèle anxieux* se rapporte aux patients ayant développé une forte anxiété en lien avec des conflits dans leur histoire de vie, et présentant une faible estime de soi. La consommation d'alcool serait alors utilisée comme stratégie de résolution des conflits. Le type 3 ou *modèle dépressif* se rapporte aux patients présentant une humeur basse et des troubles du sommeil, et utilisant l'alcool à visée antidépressive et hypnotique. Le type 4 ou *modèle du conditionnement* se réfère aux patients présentant des antécédents d'anomalies développementales cérébrales avant l'âge de 14 ans

(traumatismes cérébraux avec perte de conscience de plus de 6 heures, pathologies cérébrales type méningite, crises tonico-clonique). L'environnement de ces patients serait plus favorable aux consommations d'alcool régulières considérées comme normales, et ils auraient donc plus de difficultés à résister à la pression sociale de consommer de l'alcool.

Différentes études ont révélé que l'association de ces deux troubles était corrélée à un impact négatif en termes d'évolution et de sévérité de la maladie et d'efficacité de la prise en charge, avec un risque supérieur de rechute en présence d'anxiété (15,16).

Parmi les outils disponibles pour évaluer l'anxiété, l'évaluation du trait anxieux permet d'estimer la sévérité de l'anxiété en tant que prédisposition ou trait de la personnalité du sujet, le rendant vulnérable au développement de syndromes anxieux. Selon la vision d'un continuum entre anxiété normale et pathologique, l'anxiété trait pourrait marquer une vulnérabilité du sujet. Certains travaux ont souligné le lien entre un haut niveau d'anxiété trait et la consommation de substances (49–51). On retrouve, parmi les études ayant utilisé cet outil chez des sujets alcoolodépendants, des niveaux modérés à élevés (16,52,53).

Plusieurs travaux se sont intéressés à rechercher un impact du sevrage et du maintien de l'abstinence sur ce trait.

L'étude de Brown et son équipe (53) a exploré l'évolution des symptômes anxieux via le STAI chez 171 patients de 22 à 74 ans, pris en charge pour leur pathologie alcoolique durant quatre semaines, et à trois mois de suivi. Les patients ont été divisés en trois groupes : absence de diagnostic de trouble anxieux, trouble anxieux généralisé et présence d'une ou plusieurs attaques de panique dans l'histoire du sujet. Les scores d'anxiété trait étaient modérés à élevés selon les groupes à l'admission (scores maximum pour le groupe avec un trouble anxieux généralisé), et ont significativement diminué entre l'admission et l'évaluation à trois mois de suivi, revenant à des niveaux de trait anxieux faibles pour chacun des trois groupes.

Driessen et son équipe (16) ont évalué l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs chez des patients abstinents durant les six premières semaines et six mois après l'arrêt des consommations d'alcool. 100 patients présentant une dépendance à l'alcool et récemment abstinents ont participé à un programme thérapeutique de trois semaines de type thérapie

cognitivo comportementale. Les patients ont été divisés en trois groupes : groupe de patients avec trouble anxieux et dépressif associés (15%), groupe de patients avec comorbidité anxieuse (23%) et groupe de patients sans comorbidité (62%). Le score d'anxiété trait a diminué de manière significative durant les six premières semaines après sevrage dans les trois groupes, restant significativement supérieur pour les patients présentant une comorbidité anxieuse. Durant le suivi de la 6^{ème} semaine au 8^{ème} mois d'abstinence, ces scores sont restés stables dans les trois groupes. Concernant les rechutes, le taux était supérieur dans les deux groupes de patients présentant une comorbidité anxieuse et anxio-dépressive en comparaison au groupe sans trouble comorbide (respectivement 69%, 77% et 40%). Le score d'anxiété trait initial et après 8 mois d'abstinence était significativement supérieur chez les patients ayant rechuté par rapport aux patients restés abstinents.

Willinger et son équipe (52) ont réalisé une étude multicentrique auprès de 521 patients présentant un diagnostic de dépendance à l'alcool selon les DSM-III-R. Ils ont exploré l'impact de l'humeur, des affects et de la personnalité sur la rechute chez des patients abstinents durant au moins 10 jours et suivis durant un an. En accord avec les études citées plus haut, ils ont retrouvé une diminution des scores d'anxiété trait avec le prolongement de l'abstinence à l'alcool. En accord avec une autre étude (16) ils ont mis en évidence que la persistance de symptômes anxieux avec des niveaux d'anxiété trait significatifs (modérés à élevés) entraîne un risque accru de rechute.

3. Anxiété et prise de décision

3.1. Impact des émotions sur la prise de décision

Les processus émotionnels étant complexes, et les connaissances à ce jour encore incomplètes ; la littérature scientifique offre une multitude de définitions de l'émotion, sujet qui suscite encore débat. Antoine Damasio décrit les émotions comme des « changements survenant dans l'état du corps, [...], lorsque celui-ci répond aux pensées évoquées par un phénomène ou un évènement donné. Un grand nombre des changements qui s'opèrent [...] est, en fait, perceptible par un observateur extérieur [...]. Certains autres changements dans l'état du corps ne sont perceptibles que par l'individu chez lequel ils se produisent » (54).

En 1991, Lazarus décrit plusieurs fonctions de l'émotion dans le processus de prise de décision (55) telles que l'information du sujet sur la qualité de l'expérience vécue, une aide à l'évaluation des situations et de l'efficacité des comportements (satisfaction ou insatisfaction) du sujet, ou encore une stimulation de la réflexion et du développement de la pensée du sujet.

Damasio en 1994 affirmera plus nettement que les émotions sont nécessaires à la prise de décision. À partir de sa théorie des marqueurs somatiques, il explique le processus de prise de décision, ainsi que la rapidité de notre cerveau à faire des choix (55).

3.2. La théorie des marqueurs somatiques

Proposé par Damasio en 1994 (54), ce modèle explique comment les émotions influencent la prise de décision, émettant l'hypothèse que des signaux corporels modulent la prise de décision dans des situations complexes ou d'incertitude.

Une émotion provoquée par une situation particulière (gain ou perte d'argent par exemple) serait associée à ce contexte particulier et « marquée », sous la forme d'un état somatique particulier (état musculosquelettique, viscéral). Lors d'une nouvelle situation similaire, ce signal somatique stocké et mémorisé aurait alors la possibilité de réactiver l'émotion précédemment ressentie en agissant sur les structures cérébrales appropriées (cortex préfrontal ventro-médian ou amygdale par exemple) (56). Ce signal somatique permettrait alors de fournir une information supplémentaire quant à la valeur subjective des différentes options de choix disponibles. En « marquant » les options défavorables ou associées à de fortes pertes à éviter, il guiderait alors le sujet afin d'orienter son choix vers les options les plus sûres.

Le système nerveux autonome serait un des vecteurs des marqueurs somatiques, et il est donc possible de mesurer l'expression de ces signaux somatiques en mesurant par exemple la fréquence cardiaque, la température corporelle ou encore la conductance cutanée (réaction électrodermale). C'est en mesurant les variations de conductance cutanée des participants au cours de l'IGT que la théorie a pu être validée par Damasio et son équipe (56). Au cours de l'IGT, les sujets contrôles présentent une amplification progressive de leur réponse électrodermale, avant la sélection des options associées à des conséquences défavorables, par rapport aux options favorables. Cette réaction électrodermale signalerait, de façon

inconsciente, les options défavorables et permettrait de guider le choix de l'individu vers les options les plus favorables à long terme, avant même que le sujet n'ait conscience de l'intérêt à long terme de ces options (57).

Un déficit dans le traitement des informations somatiques pourrait être à l'origine d'une prise de décision inadaptée dans l'IGT. L'incapacité des participants à établir un lien entre les expériences passées négatives et les conséquences futures de ces mêmes options, grâce au signal des marqueurs somatiques, entraînerait une « myopie du futur » ou insensibilité au futur chez ces individus. Elle ne leur permettrait pas, dans cette situation complexe de test, de déterminer quelles sont les options les plus favorables à long terme (57).

3.3. Effets cognitifs de l'anxiété

Les traits affectifs (comme le trait anxieux auquel nous nous intéressons dans ce travail) pourraient biaiser le traitement de l'information à différents niveaux attentionnel, interprétatif et de la mémoire. Selon Beck, ces biais ou schémas émotionnels seraient stables chez un individu et se rapporteraient à une disposition envers les troubles anxieux ou dépressifs (58).

Beck ainsi que d'autres auteurs ont mis en avant l'implication des variables cognitives et de personnalité dans la pathogénèse des troubles mentaux et psychosomatiques (59). Notamment, un certain nombre de recherches a exploré le haut trait anxieux en tant que facteur de vulnérabilité pour le développement de troubles anxieux (60).

Suivant cette hypothèse, des études sur les effets cognitifs de l'anxiété ont mis en avant l'idée que l'anxiété serait un mécanisme de défense contre les dangers potentiels rencontrés par l'individu entraînant au niveau cognitif une facilitation de l'anticipation et au niveau comportemental une mobilisation des ressources pour la situation quand le danger perçu s'avère réel (61,62). Afin de détecter les premiers indices d'un danger potentiel et préparer des réponses défensives appropriées de l'individu, le trait anxieux pourrait biaiser le système cognitif à trois niveaux :

-*attentionnel*, favorisant la détection et la focalisation attentionnelle sur des stimuli potentiellement menaçants par rapport aux stimuli neutres ;

-*interprétatif*, entraînant une perception accrue des stimuli ambigus comme menaçants ;

-*mémoriel*, favorisant le rappel d'informations liées à des menaces.

L'interférence des émotions avec les processus attentionnels serait supérieure chez les individus présentant un haut trait anxieux avec notamment une tendance à interpréter de manière négative les informations ambiguës (63).

La théorie du contrôle attentionnel (64) émet l'hypothèse que les effets de l'anxiété sur l'attention permettraient de comprendre comment l'anxiété influence les performances cognitives. L'état anxieux entraînerait une diminution du contrôle attentionnel en altérant l'attention dirigée et en augmentant la mesure dans laquelle le traitement de l'information attentionnelle est piloté par les stimuli. Cela indiquerait une altération dans le choix des indices pertinents, le système cognitif étant dirigé par les stimuli saillants ou émotionnels. Chez les individus avec un haut niveau d'anxiété trait, le système cognitif serait biaisé par une distraction accrue par des stimuli liés à la menace.

Aversion au risque

Le risque réfère à un choix avec plusieurs résultats potentiels de probabilité connue ou calculable. Dans ces situations, les humains ont naturellement tendance à éviter le risque (65). Les individus anxieux de par leur biais attentionnel lié aux menaces, auront tendance à choisir des options plus sûres. Plusieurs études expérimentales ont montré que le trait anxieux est associée à une augmentation de l'estimation du risque ainsi qu'à un plus grand évitement de celui-ci (66).

Intolérance à l'incertitude

A travers les espèces, les stimuli imprévisibles suscitent une plus grande anxiété que les événements prévisibles (67). Dans un contexte de prise de décision, l'incertitude ou ambiguïté se réfère à une situation de choix où plusieurs résultats sont possibles, de probabilité inconnue ou incertaine (68).

Dans un tel contexte, l'anxiété est associée à une augmentation de l'estimation de la probabilité de survenue et du coût subjectif négatif des événements (69,70).

Les individus anxieux éprouvant plus d'incertitude, leur objectif implicite, plutôt que de résoudre la tâche correctement, serait de réduire l'incertitude afin d'éliminer l'inconfort de l'ambiguïté (71).

L'IGT est une tâche informatique mimant une situation de prise de décision sous ambiguïté, où les gains et les pertes ne sont pas connus par le sujet au démarrage de la tâche. Il s'agit

donc d'une situation de choix risquée. La tendance des sujets anxieux à se montrer intolérants à l'ambiguïté et à être aversifs au risque pourraient donc entraîner une altération de la prise de décision chez ces sujets.

3.4. Impact du trait anxieux sur l'IGT : revue de la littérature

Plusieurs études se sont spécifiquement intéressées à l'impact du trait anxieux sur l'IGT.

L'équipe de de Visser (17) a exploré les effets du trait anxieux selon le sexe sur les capacités de prise de décision. Les auteurs ont mis en évidence pour les deux groupes (hommes et femmes) une altération significative de la prise de décision chez les sujets présentant un haut niveau d'anxiété trait. Le faible niveau de trait anxieux a montré une altération significative de la performance à l'IGT dans le groupe des hommes, mais pas dans celui des femmes.

Miu et al 2008 (18) dans leur étude chez 20 participants présentant un haut niveau de trait anxieux, ont également mis en évidence une association entre le haut niveau de trait anxieux et une altération de la performance globale à l'IGT. D'autre part, ils ont retrouvé chez les sujets anxieux une absence d'apprentissage et donc d'ajustement de leurs choix au cours de la tâche.

Une autre étude sur 50 étudiants d'une université de Budapest (72) a montré des résultats similaires, retrouvant une altération significative de la prise de décision associée au niveau d'anxiété trait. De même, ils ont également retrouvé un impact négatif du trait anxieux sur l'apprentissage au cours de la tâche, avec une lenteur dans le passage des mauvaises cartes à celles avantageuses chez les sujets présentant des scores d'anxiété trait supérieurs.

Peng et al (73) dans leur étude portant sur 214 étudiants chinois ont retrouvé une moins bonne performance globale à l'IGT pour les sujets anxieux comparativement aux sujets non anxieux. Ces auteurs, comme les précédents, ont également retrouvé une absence d'apprentissage au cours de la tâche dans le groupe de sujets anxieux.

Enfin, une autre étude (74) ayant recruté 642 sujets au sein d'une université a également retrouvé une altération de la performance à l'IGT chez des sujets présentant un score d'anxiété trait élevé. Les auteurs n'ont par ailleurs pas retrouvé de différence significative selon le sexe des participants.

Seule l'étude de Werner et son équipe (75) portant sur 64 étudiants a retrouvé cette fois une corrélation positive entre le niveau de trait anxieux et la performance à l'IGT. Dans cette

recherche, les individus présentant un haut score d'anxiété trait choisissaient moins d'options désavantageuses. Ils ont également retrouvé qu'un haut score d'anxiété trait était associé à des signaux de conductance cutanée supérieurs, en accord avec les résultats de Damasio (56).

4. Problématique et objectifs de l'étude

Cette revue de littérature met en évidence l'association d'un haut niveau de trait anxieux avec une altération de la prise de décision, excepté dans une étude (75) qui retrouve au contraire une corrélation positive entre un haut niveau d'anxiété trait et la performance à l'IGT. En plus d'impacter la performance totale à l'IGT, le trait anxieux semble également avoir un retentissement négatif sur l'apprentissage au cours de la tâche avec des études retrouvant une absence (18) ou un ralentissement (72) de l'apprentissage au cours de la tâche chez les sujets présentant un score d'anxiété trait élevé.

Dans notre étude, nous avons choisi de nous intéresser à l'impact de l'anxiété sur la prise de décision.

Une revue de la littérature sur ces notions met en évidence :

- une altération de la prise de décision chez les sujets présentant un trouble de l'usage de l'alcool ;
- un impact des émotions sur les processus de prise de décision, et particulièrement concernant le trait anxieux ;
- une association fréquente entre les troubles d'usage de l'alcool et les troubles anxieux.

N'ayant pas retrouvé d'étude explorant la corrélation entre le trait anxieux et la prise de décision spécifiquement chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, nous avons donc mené ce travail.

4.1. **Objectif principal**

L'objectif principal de notre travail était d'explorer les liens entre le trait anxieux et le trouble d'usage de l'alcool et de rechercher si le trait anxieux pouvait, au moins en partie, expliquer les déficits de prise de décision des sujets alcoolo-dépendants. Nous avons émis l'hypothèse

qu'il existerait une corrélation entre le niveau de trait anxieux et les altérations des capacités de prise de décision.

4.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'évaluer l'impact des altérations de la prise de décision sur la rechute précoce à un mois, ainsi que l'impact du trait anxieux sur la rechute précoce à un mois et sur la sévérité de la dépendance à l'alcool, et enfin l'impact des altérations de l'IGT sur la sévérité de l'addiction. Nos hypothèses secondaires étaient que l'intensité du trait anxieux serait corrélée positivement à la rechute précoce à un mois d'une part, et à la sévérité de l'addiction d'autre part ; et que les altérations de l'IGT seraient corrélées positivement à la sévérité de l'addiction.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, prospective, multicentrique, non randomisée et non contrôlée.

Ce travail fait partie intégrante d'un projet de recherche plus global réalisé et dirigé par l'Unité de Recherche Clinique Pierre Denicker du centre hospitalier Henri Laborit sur Poitiers.

2. Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation principal de notre étude était la recherche d'une corrélation significative entre la présence d'une vulnérabilité anxieuse mesurée par le STAI et une altération des performances à l'IGT.

Les critères d'évaluation secondaires étaient la recherche de corrélations significatives entre : la présence d'une vulnérabilité anxieuse et la survenue d'une rechute précoce à un mois ; une altération des performances à l'IGT et la survenue d'une rechute précoce à un mois ; entre la présence d'une vulnérabilité anxieuse et la sévérité de l'addiction mesurée par un outil d'auto-évaluation (échelle ADS-FR) d'une part, et un outil d'hétéro-évaluation (critères du DSM-V) d'autre part ; entre les altérations de performance globale à l'IGT et la sévérité de l'addiction mesurée par les mêmes outils d'auto- et d'hétéro-évaluation.

3. Population

Les patients de notre étude ont été recrutés parmi les services d'addictologie de trois centres hospitaliers : service d'addictologie du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, Département d'Informations et de Soins pour Personnes ayant un Problème avec l'Alcool ou autres Addictions (DISPPAA) du centre hospitalier de Jonzac, et le Service Hospitalier d'Aide à la Libération des Ethyliques (SHALE) du centre hospitalier Marius Lacroix de La Rochelle.

Les patients ont été informés du déroulement de l'étude et ont bénéficié d'un délai de réflexion. Une fois leur consentement remis, la visite d'inclusion était programmée au moins sept jours après leur admission, et avant la sortie d'hospitalisation.

3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude des patients âgés de 18 à 70 ans inclus, maîtrisant bien la langue française, bénéficiant du régime de la sécurité sociale, ayant bien compris la note d'information et signé le formulaire de recueil du consentement éclairé.

Les patients étaient des personnes souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool selon les critères du DSM-V, et devaient présenter un score au MoCA test supérieur ou égal à 20/30.

3.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude les patients mineurs, les sujets sous mesure de protection juridique ou sous mesure de soins sous contrainte au moment de l'inclusion, les patients ne bénéficiant pas de la sécurité sociale, ne maîtrisant pas bien la langue française, ou présentant des troubles visuels ou de l'audition non corrigés.

Les femmes enceintes, les patients présentant une pathologie neuro dégénérative ou un syndrome de Korsakoff, un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire de type 1 étaient également exclus de notre étude.

4. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en trois étapes, chacune ayant des objectifs différents :

4.1. Première rencontre et information du patient

Les patients éligibles ont été rencontrés une première fois afin de leur présenter le protocole de l'étude ; une fiche d'informations ainsi qu'un formulaire de consentement écrit leur

étaient alors remis. Une fois leur accord donné, le prochain rendez-vous était fixé avec le patient.

4.2. Entretien d'inclusion

Après un délai de réflexion de quelques jours laissé au patient, le formulaire de consentement écrit, daté et signé par le patient était recueilli et la date de l'entretien d'inclusion était fixée. Cet entretien avait plusieurs objectifs :

Recueil d'informations socio démographiques et médicales:

- la date de naissance, le sexe, la nationalité et la langue maternelle ;
- la vie familiale : le statut marital, le nombre d'enfants, la fratrie ;
- l'histoire familiale concernant l'existence de troubles liés à l'usage de substances, de troubles psychologiques ayant nécessité la prise d'un traitement ;
- les relations familiales et sociales, conditions de vie (seul, en couple...) ;
- les conditions de vie professionnelle : le niveau d'étude, l'activité actuelle et passée, l'âge de début d'entrée dans la vie active... ;
- les informations concernant les consommations des différents toxiques (alcool, cannabis, amphétamines...) ainsi que sur des éventuelles addictions sans substances ;
- les informations concernant les problèmes liés à l'alcool : âge de début des consommations, âge de début de la problématique, type et fréquence de(s) alcool(s) consommé(s)... ;
- l'histoire de la maladie alcoolique : âge de début de prise en charge, nombre de prises en charge entreprises (cure, sevrage, postcure) et durées d'abstinence au décours ;
- les antécédents médico chirurgicaux ;
- les antécédents psychiatriques et de tentative de suicide ;
- les traitements.

Réalisation d'un examen clinique avec prise des constantes, pesée, recueil de la taille du patient, mesure du périmètre abdominal, recherche de l'existence d'ascite ou d'ictère.

Recueil des informations du dernier bilan biologique réalisé.

Réalisation de plusieurs échelles d'hétéro évaluation :

-le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : cet outil permet la réalisation d'un entretien structuré à visée diagnostique, évaluant sous la forme de différents modules pouvant être passés individuellement les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (76).

-la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) : il s'agit d'une échelle évaluant la sévérité d'une dépression au travers de 10 items, avec un score seuil de dépression à 15 (77).

-le Montreal Cognitive Assesement test (MOCA) : ce questionnaire permet l'évaluation des dysfonctions neurocognitives légères à sévères (78). Utilisé largement en médecine, il est notamment intéressant pour évaluer les altérations cognitives entraînées par une consommation chronique d'alcool. Le score est considéré comme normal s'il est supérieur ou égal à 26 sur 30.

-le questionnaire du DSM-V du trouble de l'usage de l'alcool (28) avec 11 critères évaluant la sévérité du trouble : légère si 2 à 3 critères, modérée si 4 à 5 critères ou sévère à partir de 6 critères.

Réalisation de trois échelles visuelles numériques (EVN):

-l'EVN craving qui évalue selon un score de 0 à 10 le degré de craving ressenti par le patient (plus le score est élevé, plus le craving est fort) ;

-l'EVN motivation à l'abstinence qui évalue selon un score de 0 à 10 le degré subjectif de motivation du patient à s'inscrire dans un projet d'abstinence à l'alcool ;

-l'EVN croyances en ses capacités de réussite qui évalue également selon un score de 0 à 10 la croyance subjective du patient en ses capacités de réussite dans son projet d'abstinence.

Passation de l'IGT, décrit précédemment.

Remise d'un carnet composé de plusieurs questionnaires d'auto évaluation au patient, à remplir et à nous retourner ultérieurement, dont les deux utilisés dans notre étude :

-l'Alcohol Dependence Scale (ADS-FR) qui évalue la sévérité de la dépendance à l'alcool au travers de 25 items (79).

-le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) qui se divise en deux échelles de 20 items chacune STAI-A et STAI-B. la STAI-A explore l'anxiété état qui correspond au niveau d'anxiété du sujet au moment de la passation du questionnaire. La STAI-B explore l'anxiété état qui correspond au degré habituel d'anxiété du sujet, dans la vie courante, et recherche une prédisposition stable du sujet à l'anxiété (36,80).

N'ayant pas utilisé les autres échelles du carnet dans notre étude, nous ne ferons que les citer : l'Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS), le Drinking Motives Questionnaire Revised (DMQ-R), le Drinker Inventory of Consequences (DrInc), la Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS), le Beck Depression Inventory (BDI), le Interpersonal Reactivity Index (IRI), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, l'échelle d'affirmation de soi de Rathnus, l'échelle de phobie sociale de Liebowitz, le questionnaire des stratégies de coping (WCCR), l'Adult Attachment Scale (AAS), le Relationship Questionnaire, la Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-FR), le Questionnaire (UPPS), le questionnaire ACS, la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), l'échelle de Zuckerman, le Cognitive Emotional Regulation Questionnaire, le Craving Experience Questionnaire qui évalue le craving l'échelle HRAR.

Programmation de l'entretien de suivi à un mois.

4.3. Visite de suivi à un mois

Un entretien de suivi à un mois a été programmé avec le patient, réalisé le plus souvent par téléphone.

Les objectifs de cet entretien étaient de rechercher des modifications du traitement médicamenteux depuis l'entretien d'inclusion ; l'existence de consultations en CMP, en médecine générale ou en addictologie depuis la visite d'inclusion ; d'évaluer avec le patient son agenda des consommations d'alcool depuis l'entretien d'inclusion : fréquence, quantité d'alcool avec recherche de critères de rechute alcoolique.

Enfin, l'entretien de suivi recherchait également l'existence d'éventuels évènements indésirables (ex : une hospitalisation).

5. Schéma de l'étude

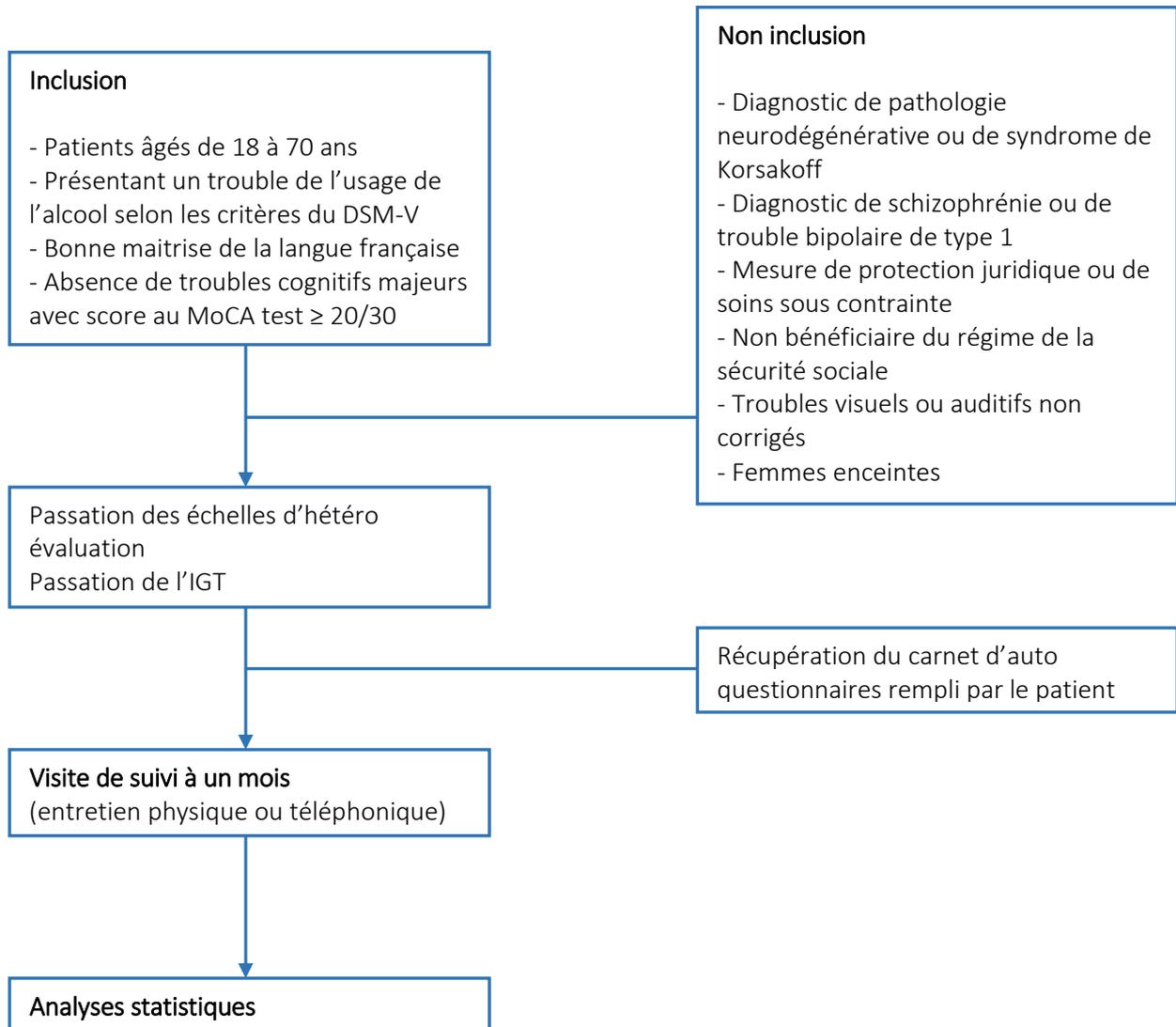


Figure 2 : Schéma de l'étude

6. Analyses statistiques

Les données recueillies ont été enregistrées sur le logiciel Microsoft Excel 2013.

Les données sociodémographiques et cliniques continues des patients ont été moyennées, avec calcul de leurs écarts types.

Les données ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel JAMOVI (version 0.9.1.12) ; une valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité.

Concernant notre critère de jugement qui était la recherche d'une corrélation entre les performances à l'IGT et les scores à la STAI-T ; une corrélation de Pearson a été réalisée, avec calcul du coefficient de corrélation.

L'étude de l'impact du trait anxieux et de la prise de décision sur la survenue d'une rechute précoce a été réalisée au moyen de T-test.

Enfin, la recherche de corrélations entre le score de trait anxieux et la sévérité de l'addiction (par hétéro évaluation d'une part, et auto évaluation d'autre part), ainsi qu'entre la performance globale à l'IGT et la sévérité de l'addiction, ont été réalisées par des corrélations de Pearson avec calcul des coefficients de corrélation.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

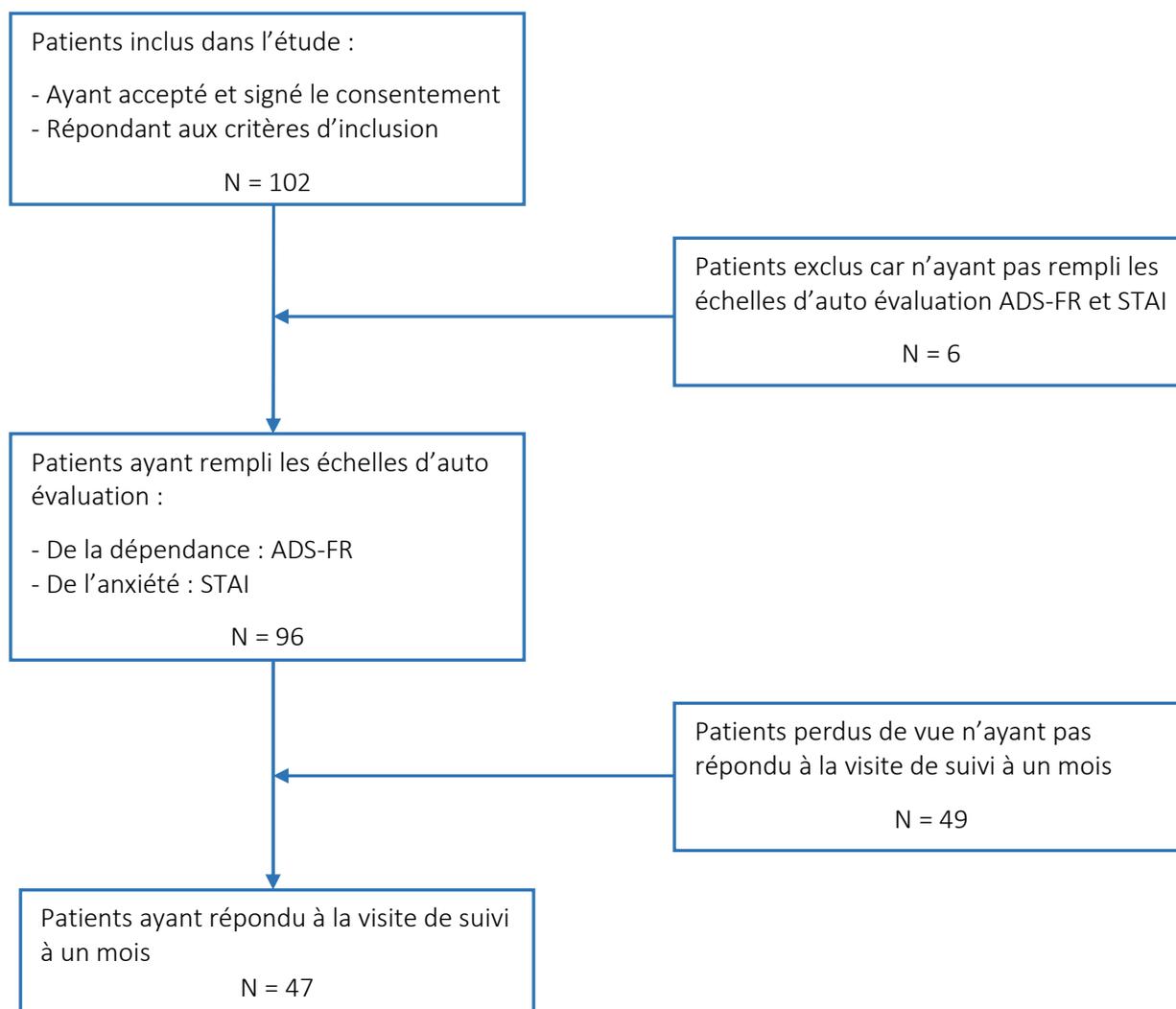


Figure 3 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques socio démographiques

Entre juin 2016 et juin 2018, 102 patients ont été inclus dans cette étude.

L'échantillon était constitué de 78 hommes pour 24 femmes. La moyenne d'âge des patients était de 45,9 ans \pm 10,32.

Concernant le statut familial des patients, 61 étaient célibataires (soit 59,8 %), contre 41 patients en couple (soit 40,2 %).

Concernant le niveau d'études, 60 patients avaient un niveau pré-bac (soit 58,8%), 37 avaient un niveau bac et/ou plus (soit 36,3 %) ; cette donnée était manquante pour 5 patients (soit 4,9 %).

3. Profil clinique de consommation et du trouble de l'usage d'alcool des patients

Le profil clinique des consommations et du trouble de l'usage de l'alcool des patients de notre échantillon est présenté dans le tableau 1 :

	Moyenne	SD
Age		
• première consommation	13,02	4,59
• première ivresse	17,35	8,04
• début usage régulier	24,95	10,66
• début usage quotidien	30,99	12,27
Age d'apparition du trouble d'usage de l'alcool	36,45	12,71
Durée de consommation problématique d'alcool (en années)	9,5	10,06
Age de la première prise en charge en addictologie	39,79	12,16
Antécédents de prises en charges antérieures en addictologie		
• première prise en charge	N = 26	25,5 %
• une ou plusieurs prises en charge	N = 69	67,6 %
• donnée manquante	N = 7	6,9 %

Tableau 1 : Profil clinique de consommation et du trouble d'usage de l'alcool des patients

4. Valeurs moyennes des échelles d'évaluation utilisées dans l'étude

4.1. Auto-évaluation du trait anxieux par le STAI-YB

Le score moyen d'anxiété trait de notre échantillon de 96 patients ayant bien rempli le questionnaire était de 50,07 (écart type ± 10) ; correspondant à des niveaux de trait anxieux modérés à élevés.

Le graphique suivant présente la répartition des patients selon leur niveau de vulnérabilité anxieuse (figure 4) :

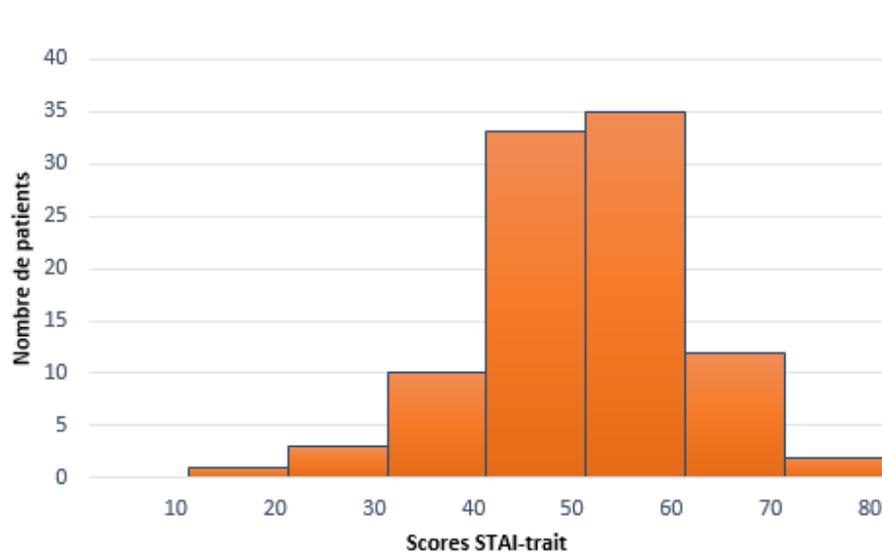


Figure 4 : Répartition des patients selon leur niveau de trait anxieux

4.2. Hétéro-évaluation de la sévérité de l'addiction par le questionnaire du DSM-V

Le score moyen au questionnaire du DSM-V de la dépendance à l'alcool était de 9,13 (écart type $\pm 2,70$) ; correspondant à une addiction sévère.

Le graphique suivant présente la répartition des patients selon les critères du DSM-V du trouble de l'usage de l'alcool (figure 5) :

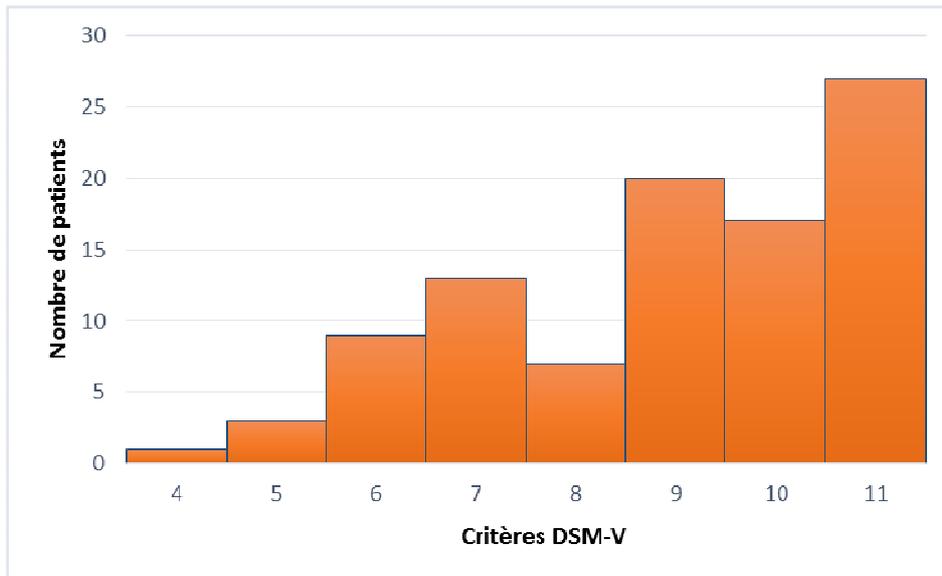


Figure 5 : Répartition des patients selon les critères du DSM-V

4.3. Auto évaluation de la sévérité de l'addiction par l'échelle ADS-FR

Le score moyen à l'échelle ADS d'évaluation de la dépendance à l'alcool pour les 96 patients y ayant répondu était de 16,23 (écart type $\pm 7,46$).

Le graphique suivant présente la répartition des patients selon leurs scores à l'échelle ADS (figure 6) :

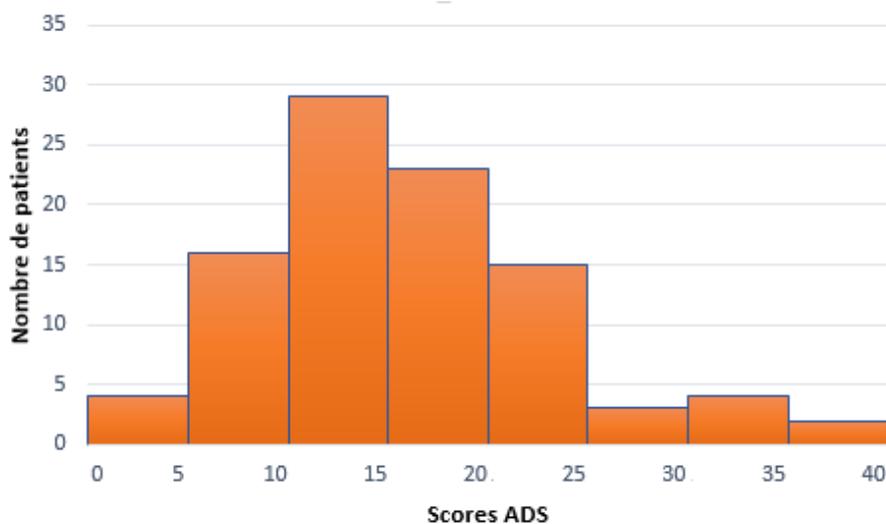


Figure 6 : Répartition des patients selon les valeurs mesurées par l'échelle ADS-FR

5. Impact du trait anxieux sur la prise de décision

Nous ne retrouvons pas de corrélation ($p = 0,516$) entre la performance à l'IGT total et le score de trait anxieux.

		STAI-T
IGT total	Corrélation de Pearson	0,067
	p	0,516

Tableau 2 : Analyses de corrélation entre l'IGT total et le score de trait anxieux à la STAI-T

Le graphique suivant présente la courbe de corrélation entre l'IGT total et le score à la STAI-T (figure 7) :

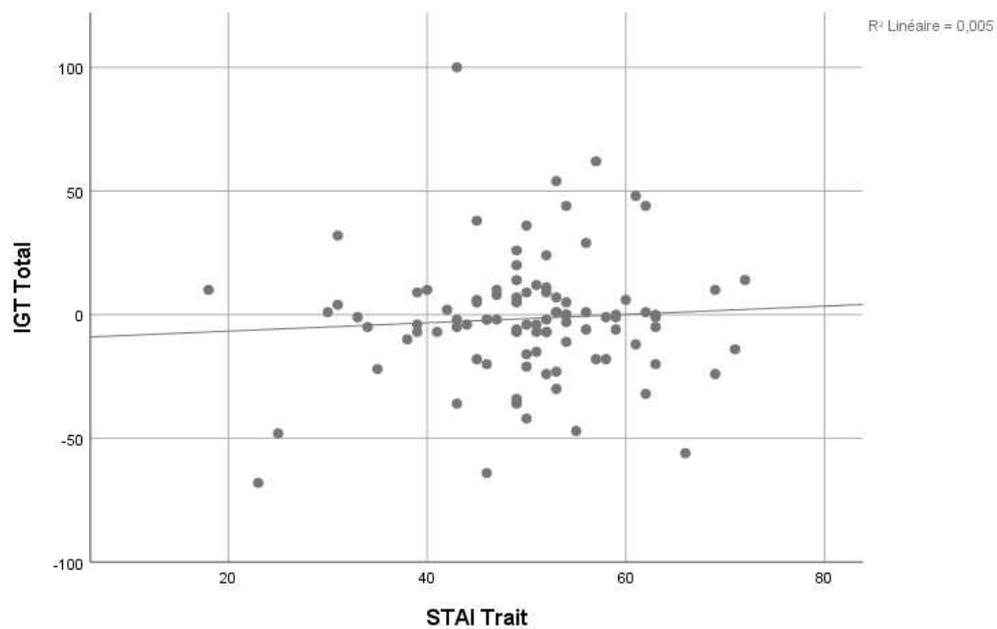


Figure 7 : Diagramme de dispersion avec représentation de la courbe de corrélation entre IGT total et STAI-T

Nous ne retrouvons pas de corrélation ($p = 0,278$) entre les scores intermédiaires aux blocs 3,4,5 à l'IGT et le score de trait anxieux.

		STAI-T
IGT 3 4 5	Corrélation de Pearson	0,112
	p	0,278

Tableau 3 : Analyses de corrélation entre l'IGT 3 4 5 et le score de trait anxieux à la STAI-T

Le graphique suivante présente la courbe de corrélation entre l'IGT aux blocs intermédiaires 3,4,5 et le score à la STAI-T (figure 8):

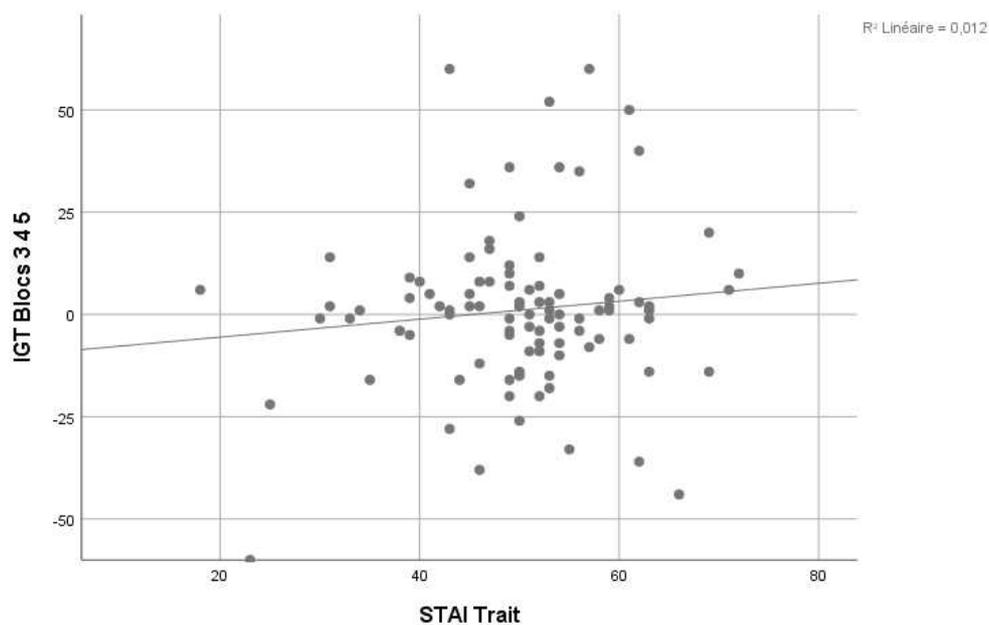


Figure 8 : Diagramme de dispersion avec représentation de la courbe de corrélation entre IGT aux blocs 3 4 5 et STAI-T

6. Impact du trait anxieux sur la rechute précoce à un mois

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation significative ($p = 0,181$) entre le score de trait anxieux et la survenue d'une rechute précoce à un mois de suivi.

STAI T – rechute	t	-1,352
	df	70.000
	p	0,181

Tableau 4 : Analyses de corrélation entre le score à la STAI-T et la survenue d'une rechute précoce

7. Impact de l'IGT sur la rechute précoce à un mois

Nous n'avons pas non plus mis en évidence de corrélation significative ($p = 0,082$) entre la performance globale à l'IGT et la survenue d'une rechute précoce à un mois de suivi.

IGT total - rechute	t	-1,763
	df	71.000
	p	0,082

Tableau 5 : Analyses de corrélation entre la performance à l'IGT et la survenue d'une rechute précoce

8. Impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction

Nos résultats mettent en évidence une corrélation positive et significative ($p < 0,001$) entre les critères du DSM-V du trouble de l'usage de l'alcool et le score à la STAI-trait.

		STAI-T
DSM-V	Corrélation de Pearson	0,382
	p	< 0,001

Tableau 6 : Analyses de corrélations entre les critères du DSM-V et le STAI-T

Nos résultats mettent également en évidence une corrélation positive significative ($p = 0,001$) entre les scores à l'échelle ADS de la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool et le score à la STAI-T.

		STAI-T
ADS	Corrélation de Pearson	0,329
	p	0,001

Tableau 7 : Analyses de corrélations entre les scores à l'ADS et au STAI-T

9. Impact de l'IGT sur la sévérité de l'addiction

Nos résultats ne mettent pas en évidence de corrélation significative ($p = 0,977$) entre les critères du DSM-V du trouble de l'usage de l'alcool et la performance totale à l'IGT.

		IGT total
DSM-V	Corrélation de Pearson	0,003
	p	0,977

Tableau 8 : Analyses de corrélations entre les critères du DSM-V et l'IGT total

Nos résultats ne mettent pas non plus en évidence de corrélation significative ($p = 0,271$) entre les scores à l'échelle ADS de la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool et la performance totale à l'IGT.

		IGT total
ADS-FR	Corrélation de Pearson	0,113
	p	0,271

Tableau 9 : Analyses de corrélations entre les scores à l'ADS et l'IGT total

DISCUSSION

Dans ce travail, notre objectif principal était de rechercher l'existence d'une corrélation positive entre la présence d'une vulnérabilité anxieuse et une altération des capacités de prise de décision des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. L'intérêt de cette recherche était d'affiner notre connaissance des mécanismes expliquant l'altération de la prise de décision chez ces patients, afin d'améliorer leur accompagnement dans leur projet de maintien de l'abstinence à l'alcool.

Il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude ayant recherché une corrélation entre ces deux variables, spécifiquement chez cette population de sujets dépendants à l'alcool.

1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

Concernant notre population, l'âge moyen des patients de notre échantillon était de 45,9 ans ($\pm 10,32$), ce qui correspond aux moyennes d'âge des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et hospitalisés en service d'addictologie (81).

Le sex-ratio était de trois hommes pour une femme, ce qui correspond également aux chiffres nationaux retrouvés par la dernière enquête de l'OFDT en 2017 (2).

La valeur moyenne de trait anxieux retrouvée par l'échelle STAI-T était de 50,07 (± 10), correspondant à un niveau modéré de vulnérabilité anxieuse. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature retrouvant des niveaux de vulnérabilité anxieuse similaires au sein de cette population (16,52,53,82). Ces résultats concordent avec plusieurs études ayant mis en évidence une association significative entre un haut niveau d'anxiété trait et la consommation de substances (49–51,83,84).

2. Impact du trait anxieux sur la prise de décision

Les résultats de notre étude ne vont pas dans le sens de notre hypothèse principale de départ. En effet, nous ne retrouvons aucune corrélation significative entre l'anxiété trait et la performance totale à l'IGT chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. De même notre étude n'a pas montré de corrélation entre le trait anxieux et les performances

aux trois derniers blocs à l'IGT, ce qui signifie une absence d'impact du trait anxieux sur l'apprentissage au cours de la tâche.

Dans la littérature, en population saine, plusieurs travaux (17,72–74) ont pu mettre en évidence de façon significative un impact et notamment une corrélation négative entre le niveau de trait anxieux et la qualité de leur prise de décision, avec une moins bonne performance globale à l'IGT. Une autre étude sur un effectif plus réduit de 20 sujets (18) présentant un haut niveau de trait anxieux (score supérieur ou égal à 56) a également montré une altération significative de la prise de décision en présence de cette vulnérabilité anxieuse. Ces auteurs suggèrent que les individus anxieux auraient tendance à moins utiliser d'indices et à sélectionner préférentiellement des récompenses de compréhension « facile » en raison d'une distraction par leur anxiété, et notamment par des indices non pertinents, non liés à la tâche.

Certains de ces travaux ont également mis en évidence un retentissement du trait anxieux sur l'apprentissage au cours de la tâche, avec une lenteur (72) voire une absence de passage des choix désavantageux aux choix avantageux (18,73).

Nous avons retrouvé une seule étude (75) ayant mis en évidence des résultats opposés, en faveur d'une corrélation positive entre le trait anxieux et la qualité de prise de décision. Les sujets de cette étude présentant un haut score d'anxiété trait choisissaient en effet moins d'options désavantageuses comparativement à ceux présentant des niveaux plus faibles d'anxiété trait, allant plutôt dans le sens d'un facteur favorisant les capacités de prise de décision du sujet.

Si l'inventaire d'anxiété trait STAI est un outil d'évaluation de l'anxiété très largement utilisé en pratique comme en recherche clinique, il présente l'inconvénient d'être subjectif car il s'agit d'une auto évaluation par le patient lui-même, qui peut donc surestimer ou sous-estimer l'intensité des symptômes anxieux ressentis. On peut notamment supposer que l'évaluation des scores d'anxiété trait peut être sur estimée par les patients dans la période de post sevrage précoce. Plusieurs études ont mis en évidence cet impact significatif du sevrage et du maintien de l'abstinence à l'alcool sur les scores d'anxiété trait. C'est le cas des études de Brown et son équipe (53) et de Driessen et son équipe (16) qui retrouvaient une diminution significative des scores à la STAI-T entre l'admission et le suivi respectivement à trois mois et à 6 semaines post sevrage.

Il pourrait être intéressant dans de prochains travaux d'évaluer l'anxiété de façon plus précise, en ajoutant notamment une hétéro-évaluation de son intensité, afin d'avoir des résultats plus objectifs.

Une autre étude (85) s'était intéressée à évaluer l'impact de l'alexithymie sur les altérations de prise de décision chez les sujets alcoolodépendants, sans retrouver de corrélation significative. L'alexithymie, tout comme la vulnérabilité anxieuse, ne semblent pas pouvoir expliquer –à elles seules- les mécanismes sous-tendant les altérations des capacités de prise de décision. Ces mécanismes probablement complexes méritent des explorations supplémentaires.

3. Impact du trait anxieux sur la rechute précoce à un mois

Concernant l'un de nos objectifs secondaires qui était d'évaluer l'impact du trait anxieux sur la rechute précoce des consommations d'alcool à un mois de suivi, notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des résultats significatifs. En effet, nous n'avons retrouvé aucun lien significatif entre le score d'anxiété trait et la survenue d'une rechute dans notre échantillon.

Plusieurs travaux ont mis en évidence une corrélation négative entre le niveau de trait anxieux et la survenue d'une rechute des consommations. Dans l'étude de Driessen et son équipe (16), le taux de rechute était significativement supérieur dans les groupes présentant les plus hauts scores d'anxiété trait. De plus, le score d'anxiété trait initial et après 8 mois d'abstinence était significativement supérieur chez les patients ayant rechuté par rapport aux patients restés abstinents. Willinger et son équipe (52) ont retrouvé des résultats similaires et mis en évidence que la persistance de symptômes anxieux avec des niveaux d'anxiété trait significatifs (moyens à élevés) entraînerait un risque accru de rechute.

Dans les travaux cités, le suivi des patients s'est effectué sur des périodes plus longues (jusqu'à un an de suivi). Notre étude s'est intéressée à la rechute précoce à seulement un mois de suivi des patients, ce résultat préliminaire mériterait donc d'être vérifié sur une période plus longue de suivi.

Nous devons également préciser que l'entretien de suivi à un mois des patients de notre échantillon a pour un certain nombre été réalisé par entretien téléphonique, et non lors

d'une consultation physique. L'existence ou absence d'une rechute des consommations a seulement été établie selon les propos du patient, sans corrélation biologique. Ces éléments peuvent être responsables d'un biais déclaratif qui peut fausser nos résultats.

4. Impact de l'IGT sur la rechute précoce à un mois

Parmi nos objectifs secondaires, nous avons émis l'hypothèse que les altérations de la prise de décision mesurées par l'IGT seraient corrélées à la survenue d'une rechute précoce à un mois. Si nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs, ils vont néanmoins dans le sens de notre hypothèse et il semblerait intéressant de reproduire cette recherche sur un échantillon plus grand de patients ; afin de confirmer ou d'infirmer l'absence de significativité entre ces deux variables.

Deux études avaient mis en évidence un retentissement des altérations de l'IGT sur la survenue d'une rechute, retrouvant un moins bon score global initial à l'IGT ainsi qu'un moins bon score après plusieurs semaines de suivi chez les sujets ayant rechuté comparativement aux patients restés abstinents (6,7).

Des explorations complémentaires permettraient une compréhension et une évaluation plus fine de l'impact des altérations de prise de décision sur la rechute des consommations, afin d'améliorer l'accompagnement des patients et la prévention des rechutes émaillant leurs parcours de soins.

5. Impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction

Nous avons souhaité mettre en évidence une corrélation entre le score d'anxiété trait et la sévérité de la dépendance. Nos résultats vont dans le sens de notre hypothèse, et ont bien mis en évidence une corrélation positive entre le score d'anxiété trait et la sévérité de la dépendance ; à la fois via une hétéro évaluation (critères du DSM-V du trouble de la dépendance à l'alcool), et via une auto évaluation (échelle ADS-FR).

Nos résultats sont compatibles avec ceux de la littérature, évoquant l'impact négatif de l'association entre des troubles de l'usage de l'alcool et des troubles anxieux en termes de sévérité (15,16).

Cependant, si nos résultats soulignent une interaction entre l'existence d'une vulnérabilité anxieuse et la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool, ils ne nous permettent pas d'établir de lien de causalité entre ces deux variables. Il serait nécessaire de poursuivre les recherches, au moyen d'études transversales notamment, afin de mieux comprendre si la présence d'une vulnérabilité anxieuse prédispose les patients ou représente un facteur de risque aggravant leur pathologie addictive ; ou si c'est plutôt la sévérité de leur addiction qui entraîne des retentissements en termes d'anxiété.

En tous les cas, ce travail met en lumière l'importance pour les praticiens et équipes soignantes d'être attentifs à l'existence de cette vulnérabilité anxieuse chez les patients, qui entraîne un retentissement négatif en terme d'évolution, de pronostic et d'efficacité de la prise en charge (14–16).

6. Impact de l'IGT sur la sévérité de l'addiction

Nous nous sommes également intéressés à rechercher l'existence d'une corrélation entre les altérations de prise de décision et la sévérité de l'addiction. Nos résultats n'ont pas mis en évidence de lien significatif entre ces deux variables. Ainsi, si la présence d'une vulnérabilité anxieuse est fortement corrélée à la sévérité du trouble (et ceci confirmé par une hétéro- et une auto-évaluation), les altérations de la prise de décision ne semblent pas avoir de liens avec cette donnée.

7. Limites et biais de l'étude

La présente étude multicentrique a été réalisée au sein de trois structures de soins d'addictologie. Ceci présente l'avantage d'avoir permis un plus grand recrutement de patients. Il nous faut cependant souligner le fait que cela peut entraîner un biais de sélection car les patients de notre échantillon sont hospitalisés de façon libres et donc tous demandeurs et adhérents à la prise en charge. Egalement, les modalités de prise en charge des trois centres hospitaliers peuvent différer en termes de thérapeutiques médicamenteuses utilisées (notamment concernant la mise en place d'un traitement de sevrage par benzodiazépines et son arrêt plus ou moins rapide), de programme de soins (ateliers suivis par le patient, suivi individuel du patient, cadre de soins), de durée d'hospitalisation ou

encore de suivi mis en place à sa sortie. Il faut également envisager l'existence d'un biais dans le recrutement des patients, car les critères d'admission ou la sévérité des troubles addictifs admis ont pu différer selon la structure de soins.

Notre étude portait sur un échantillon de 96 patients, les résultats mis en évidence mériteraient donc d'être vérifiés auprès d'une population plus large de patients, et sur une période de suivi plus longue, tout en essayant de limiter les biais que nous venons de citer afin d'obtenir des résultats plus représentatifs.

CONCLUSION

Il existe plusieurs travaux ayant mis en évidence une altération de la prise de décision chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, ainsi qu'une altération de la prise de décision du fait de l'existence d'une vulnérabilité anxieuse en population saine.

Les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool étant particulièrement sujets à l'anxiété et présentant des niveaux de trait anxieux significatifs, nous avons donc souhaité par cette étude évaluer l'existence d'un lien entre ces deux troubles. Notre hypothèse était que l'anxiété en tant que prédisposition ou vulnérabilité individuelle pouvait expliquer, au moins en partie, les altérations de prise de décision de ces patients.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre l'existence d'une vulnérabilité anxieuse chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et l'altération de la qualité de leur prise de décision.

Notre travail n'a pas mis en évidence d'impact significatif ni de l'existence d'une vulnérabilité anxieuse, ni des altérations des capacités de prise de décision, sur la survenue d'une rechute précoce des consommations à un mois.

Nos résultats ont par contre confirmé l'existence d'une corrélation positive entre l'anxiété et la sévérité de l'addiction à l'alcool.

Selon nos résultats, aucune corrélation n'a été par contre retrouvée entre la performance à l'IGT et la sévérité de l'addiction.

Il serait souhaitable de poursuivre les recherches dans cette voie sur des échantillons plus importants de patients, et sur des périodes de suivi plus longues afin de continuer à explorer les mécanismes sous-tendant les altérations de prise de décision existant chez ces patients et entraînant des retentissements négatifs quant à l'évolution de leur pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Global status report on alcohol and health 2014. WHO.
2. Drogues, chiffres clés - 7ème édition - 2017 - OFDT.
3. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):588-93.
4. Brevers D, Bechara A, Cleeremans A, Kornreich C, Verbanck P, Noël X. Impaired decision-making under risk in individuals with alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. juill 2014;38(7):1924-31.
5. Le Berre A-P, Rauchs G, La Joie R, Mézenge F, Boudehent C, Vabret F, et al. Impaired decision-making and brain shrinkage in alcoholism. *Eur Psychiatry*. mars 2014;29(3):125-33.
6. De Wilde B, Goudriaan A, Sabbe B, Hulstijn W, Dom G. Relapse in pathological gamblers: A pilot study on the predictive value of different impulsivity measures. *J Behav Addict*. mars 2013;2(1):23-30.
7. Bowden-Jones H, McPhillips M, Rogers R, Hutton S, Joyce E. Risk-taking on tests sensitive to ventromedial prefrontal cortex dysfunction predicts early relapse in alcohol dependency: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17(3):417-20.
8. Bechara A, R. Damasio A, Damasio H, W. Anderson S. Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex. *Cognition*. 1 avr 1994;50:7-15.
9. Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hinds A, Anderson SW, Nathan PE. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*. 2001;39(4):376-89.
10. Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, van den Brink W, Sabbe B. Decision-making deficits in alcohol-dependent patients with and without comorbid personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. oct 2006;30(10):1670-7.
11. Cantrell H, Finn PR, Rickert ME, Lucas J. Decision making in alcohol dependence: insensitivity to future consequences and comorbid disinhibitory psychopathology. *Alcohol Clin Exp Res*. août 2008;32(8):1398-407.
12. Fein G, Klein L, R. Finn P. Impairment on a simulated gambling task in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1 nov 2004;28:1487-91.
13. Körner N, Schmidt P, Soyka M. Decision making and impulsiveness in abstinent alcohol-dependent people and healthy individuals: a neuropsychological examination. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 17 juin 2015;10.
14. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev*. mars 2000;20(2):149-71.
15. Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin Exp Res*. août 2005;29(8):1432-43.
16. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol*. juin 2001;36(3):249-55.
17. de Visser L, van der Knaap LJ, van de Loo AJAE, van der Weerd CMM, Ohl F, van den Bos R. Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: Towards gender-specific endophenotypes of anxiety. *Neuropsychologia*. mai 2010;48(6):1598-606.

18. Miu AC, Heilman RM, Houser D. Anxiety impairs decision-making: psychophysiological evidence from an Iowa Gambling Task. *Biol Psychol.* mars 2008;77(3):353-8.
19. Paulus MP. Neurobiology of decision-making: quo vadis? *Brain Res Cogn Brain Res.* avr 2005;23(1):2-10.
20. Ernst M, Paulus MP. Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biol Psychiatry.* 15 oct 2005;58(8):597-604.
21. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry.* oct 2002;159(10):1642-52.
22. Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science.* 20 mai 1994;264(5162):1102-5.
23. de Visser L, Homberg JR, Mitsogiannis M, Zeeb FD, Rivalan M, Fitoussi A, et al. Rodent versions of the Iowa gambling task: opportunities and challenges for the understanding of decision-making. *Front Neurosci.* 2011;5:109.
24. Verdejo-Garcia A, Benbrook A, Funderburk F, David P, Cadet J-L, Bolla KI. The differential relationship between cocaine use and marijuana use on decision-making performance over repeat testing with the Iowa Gambling Task. *Drug Alcohol Depend.* 6 sept 2007;90(1):2-11.
25. Passetti F, Clark L, Mehta MA, Joyce E, King M. Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2008;94(1-3):82-91.
26. Petry NM, Bickel WK, Arnett M. Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction.* mai 1998;93(5):729-38.
27. Barry D, Petry NM. Predictors of decision-making on the Iowa Gambling Task: independent effects of lifetime history of substance use disorders and performance on the trail taking test. *Brain Cogn.* avr 2008;66(3):243-52.
28. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales.
29. Hildebrandt H, Brokate B, Hoffmann E, Kröger B, Eling P. Conditional responding is impaired in chronic alcoholics. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 2006;28(5):631-45.
30. Noël X, Bechara A, Dan B, Hanak C, Verbanck P. Response inhibition deficit is involved in poor decision making under risk in nonamnesic individuals with alcoholism. *Neuropsychology.* nov 2007;21(6):778-86.
31. Taylor L, Gorman J. Theoretical and therapeutic considerations for the anxiety disorders. *Psychiatr Q.* 1992;63(4):319-42.
32. Pasquier A. *Psychopathologie des émotions.* Armand Colin; 2012. 89 p.
33. Spielberger CD. *Anxiety and Behavior.* Academic Press; 2013. 431 p.
34. Lau JYF, Eley TC, Stevenson J. Examining the state-trait anxiety relationship: a behavioural genetic approach. *J Abnorm Child Psychol.* févr 2006;34(1):19-27.
35. Chambers JA, Power KG, Durham RC. The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord.* 2004;18(5):587-607.
36. D Spielberger C, Gorsuch R, E Lushene R, Vagg P, A Jacobs G. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2).* Vol. IV. 1983.

37. Spielberger CD, Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y). Paris, France: Éditions du centre de psychologie appliquée, DL 1993; 1993. 68 p.
38. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. avr 1997;54(4):313-21.
39. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*. 1 déc 2002;68(3):299-307.
40. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. août 2004;61(8):807-16.
41. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*. déc 1998;23(6):893-907.
42. Abrams K, Kushner M, Medina KL, Voight A. The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug Alcohol Depend*. 1 oct 2001;64(2):219-31.
43. Breese GR, Overstreet DH, Knapp DJ. Conceptual framework for the etiology of alcoholism: a « kindling »/stress hypothesis. *Psychopharmacology (Berl)*. avr 2005;178(4):367-80.
44. Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am J Psychiatry*. déc 1994;151(12):1723-34.
45. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *J Psychiatr Res*. juin 2004;38(3):295-304.
46. Schmidt NB, Buckner JD, Keough ME. Anxiety sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders. *Behav Modif*. 1 mars 2007;31(2):202-19.
47. DeMartini KS, Carey KB. The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: a critical review. *Clin Psychol Rev*. févr 2011;31(1):169-77.
48. Schlaff G, Walter H, Lesch OM. The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Ann Gastroenterol*. 2011;24(2):89-97.
49. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Richardson C, Stefanis CN. Factors affecting illicit and licit drug use among adolescents and young adults in Greece. *Acta Psychiatr Scand*. avr 1995;91(4):258-64.
50. Welte JW. Alcohol use and trait anxiety in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*. 1985;15(1-2):105-9.
51. Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH. The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behav Modif*. avr 2002;26(2):274-96.
52. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN, et al. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. déc 2002;37(6):609-12.
53. Brown SA, Irwin M, Schuckit MA. Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *J Stud Alcohol*. janv 1991;52(1):55-61.
54. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain* /. G.P. Putnam; 1994.
55. van Hoorebeke D. L'émotion et la prise de décision. *Revue française de gestion*. 28 mars 2008;34.

56. Damasio AR. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci.* 29 oct 1996;351(1346):1413-20.
57. Bechara A, Tranel D, Damasio H, Damasio AR. Failure to respond autonomically to anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex. *Cereb Cortex.* avr 1996;6(2):215-25.
58. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York Meridian; 1976.
59. Mathews A, MacLeod C. *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders.* Vol. 1. 2005. 167 p.
60. Eysenck MW. *Anxiety and cognition: A unified theory.* Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis; 1997. 200 p. (Anxiety and cognition: A unified theory).
61. Keltner D, Gross JJ. Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion.* 1999;13(5):467-80.
62. Calvo MG, Averó P, Castillo MD, Miguel-Tobal JJ. Multidimensional anxiety and content-specificity effects in preferential processing of threat. *European Psychologist.* 2003;8(4):252-65.
63. Burke M, Mathews A. Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition and Emotion.* 1992;6(1):23-35.
64. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion.* mai 2007;7(2):336-53.
65. Kahneman D, Tversky A. Choices, values, and frames. *American Psychologist.* 1984;39(4):341-50.
66. Maner JK, Richey JA, Cromer K, Mallott M, Lejuez CW, Joiner TE, et al. Dispositional anxiety and risk-avoidant decision-making. *Personality and Individual Differences.* 1 mars 2007;42(4):665-75.
67. Herry C, Bach DR, Esposito F, Di Salle F, Perrig WJ, Scheffler K, et al. Processing of temporal unpredictability in human and animal amygdala. *J Neurosci.* 30 mai 2007;27(22):5958-66.
68. Ellsberg D. Risk, Ambiguity, and the Savage Axioms. *Q J Econ.* 1 nov 1961;75(4):643-69.
69. Butler G, Mathews A. Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy.* 1 janv 1983;5(1):51-62.
70. Mitte K. Anxiety and risky decision-making: The role of subjective probability and subjective costs of negative events. *Personality and Individual Differences.* 2007;2(43):243-53.
71. Bensi L, Giusberti F. Trait anxiety and reasoning under uncertainty. *Personality and Individual Differences.* 2007;43(4):827-38.
72. Pajkossy P, Dezsó L, Zoltay Paprika Z. The opposite effect of trait and state anxiety on Iowa Gambling Task. *Learning & Perception.* 1 déc 2009;1(2):279-95.
73. Peng A, Lan Y, Lu A, Wang L, Song P, Zhang L, et al. The effect of trait anxiety on the performance in Iowa Gambling Task. *International Journal of Management Sciences.* 2016;7(6):287-95.
74. Zhang L, Wang K, Zhu C, Yu F, Chen X. Trait anxiety has effect on decision making under ambiguity but not decision making under risk. *Plos One.* 22 mai 2015;10(5).
75. Werner NS, Duschek S, Schandry R. Relationships between affective states and decision-making. *Int J Psychophysiol.* déc 2009;74(3):259-65.
76. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33.
77. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* avr 1979;134:382-9.

78. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* avr 2005;53(4):695-9.
79. Skinner HA, Allen BA. Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *J Abnorm Psychol.* juin 1982;91(3):199-209.
80. Julian LJ. Measures of anxiety. *Arthritis Care Res (Hoboken).* nov 2011;63(0 11).
81. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. 2015;10.
82. DeHaas RA, Calamari JE, Bair JP, Martin ED. Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance use disorders. *Addict Behav.* déc 2001;26(6):787-801.
83. Taylor DN, Del Pilar J. Self-esteem, anxiety, and drug use. *Psychol Rep.* déc 1992;71(3 Pt 1):896-8.
84. Stewart SH, Zeitlin SB. Anxiety sensitivity and alcohol use motives. *Journal of Anxiety Disorders.* 1 mai 1995;9(3):229-40.
85. Jeanney M. Impact de l'alexithymie sur la prise de décision chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : Notice d'information remise aux patients lors de la première rencontre :

Notice d'information destinée aux participants à la recherche :
« Liens entre prise de décision, associations cognitives implicites et rechute éthylique »

Investigateur coordonnateur : Pr Jaafari et Dr Palomino
Département d'information et de soins aux personnes ayant un problème avec l'alcool DISPPAA Centre Hospitalier Jonzac

Unité de Recherche Clinique intersectorielle en psychiatrie à vocation régionale Pierre Deniker
Centre Hospitalier Henri Laborit
370 avenue Jacques Cœur, CS 10587 - 86021 Poitiers cedex - Téléphone : 05 16 52 61 18

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche observationnelle détaillée dans la lettre d'information suivante.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris. Vous pouvez en parler avec votre famille et votre médecin traitant. Votre participation est volontaire et vous pouvez retirer à tout moment votre consentement sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

1. A qui s'adresse cette étude?

Cette étude s'adresse à des patients hospitalisés au Centre Hospitalier de Jonzac dans le service du DISPPAA (Département d'information et de soins aux personnes ayant un problème avec l'alcool). Cette étude est observationnelle et n'intervient pas sur votre prise en charge.

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence un lien entre la rechute éthylique et les performances des patients à l'aide de 2 tâches neurocognitives :

- L'Iowa Gambling Task ou IGT
- La tâche d'association implicite ou IAT

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

L'Iowa Gambling Task (IGT) est une tâche effectuée sur ordinateur et ayant pour but d'évaluer la capacité du sujet à prendre une décision qui lui est avantageuse.

Il est présenté au sujet 4 tas de cartes (A, B, C et D) parmi lesquels il doit piocher avec comme objectif d'avoir le plus de gains possibles. Le sujet est libre de choisir une carte à la fois dans n'importe quel tas de cartes. Chaque pioche a pour conséquence un gain et/ou une perte d'argent variables.

4. Qu'est-ce que l'IAT ?

L'Implicit Association Test (IAT) est une tâche d'associations implicites au cours de laquelle il est demandé au sujet de classer le plus rapidement possible des mots dans deux concepts cibles. Un ordinateur est là encore utilisé.

5. Déroulement de l'étude

L'étude va se dérouler au Centre Hospitalier de Jonzac, dans le service de cure de sevrage en alcool (DISPPAA) en collaboration avec l'Unité de Recherche Clinique du Centre Hospitalier Henri Laborit.

Cette étude concerne donc des patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool, hospitalisés pour 4 semaines afin de bénéficier d'un sevrage éthylique.

L'étude se déroule en trois temps :

Dans un premier temps, vous allez avoir un entretien avec un psychiatre ou psychologue afin de vérifier que vous pouvez participer à cette étude et signer votre consentement.

Dans un deuxième temps, vous allez effectuer avec le psychiatre ou psychologue des questionnaires ainsi que les tâches (IAT et IGT) sur l'ordinateur.

Dans un troisième temps, vous allez remplir une série de questionnaires.

Cette étude se déroule en une seule fois et toutes les données sont anonymes.

6. 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.

7. Bénéfices potentiels de l'étude

Les bénéfices attendus sont :

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

8. 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.

9. Participation libre et 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 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, 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.

10. 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 « Lien entre prise de décision, associations cognitives implicites et rechute éthylique ».

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.

11. Confidentialité et utilisation des données médicales

Dans le cadre de la recherche à laquelle le CH Henri Laborit de Poitiers vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre 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.

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.

12. Avis favorable du comité d'éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit

Le Comité d'éthique du centre Hospitalier Laborit a étudié ce projet de recherche le 19/10/16 et a émis un avis favorable à sa réalisation.

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 2 : Formulaire de consentement :

Recueil d'une non opposition :
« Liens entre prise de décision, associations cognitives implicites et rechute éthylique »

De :

Mme/M. :

Né(e) le :

Adresse :

.....
.....

Le Professeur/Docteur :

Centre Hospitalier.....Service

Adresse.....
.....

m'a proposé d'inclure les données collectées lors de l'étude « Lien entre prise de décision, associations cognitives implicites et rechute éthylique »

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

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 (N°78-17) 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

J'ai été informé(e) que, conformément à la réglementation, le comité d'éthique du CH Henri Laborit a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette étude.

Cadre réservé au service

Date de délivrance de l'information :

Opposition exprimée : OUI NON

Nom et Signature du responsable de la consultation :

Annexe 3 : Echelle d'évaluation de l'anxiété trait STAI-T de Spielberger :

<i>Marquez d'une croix ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement</i>	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable				
22. Je me sens nerveux€ et agité(e)				
23. Je me sens content(e) de moi				
24. Je voudrais être aussi heureux(e) que les autres semblent l'être				
25. J'ai un sentiment d'échec				
26. Je me sens reposé(e)				
27. J'ai tout mon sang froid				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
30. Je suis heureux(e)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent				
32. Je manque de confiance en moi				
33. Je me sens sans inquiétude, en sûreté, en sécurité				
34. Je prends facilement des décisions				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
36. Je suis satisfait(e)				
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
39. Je suis une personne posée, solide, stable				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je pense à mes soucis				

Annexe 4 : Critères DSM-V : trouble de l'usage de l'alcool :

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'un **craving** ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance

Score total : /11

Sévérité du trouble de l'usage d'alcool : 2 à 3 critères : trouble léger ; 4 à 5 critères : trouble modéré ; 6 critères et plus : trouble sévère.

Annexe 5 : Questionnaire ADS-R :

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

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 cœur 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

RESUME

Introduction : Chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, il a été montré que des altérations de la prise de décision pouvaient, au moins en partie, expliquer une évolution péjorative en termes de poursuite des consommations ou encore de rechutes.

La prédisposition à l'anxiété –ou trait anxieux- est fréquente chez ces patients, avec plusieurs hypothèses mises en avant pour expliquer cette forte association.

Plusieurs travaux ont mis en évidence un impact négatif du trait anxieux sur la qualité de la prise de décision.

L'objectif de notre travail était d'évaluer spécifiquement l'impact du trait anxieux sur la prise de décision chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, multicentrique. 96 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et hospitalisés pour sevrage sur trois centres d'addictologie (La Rochelle, Jonzac et Poitiers) ont été inclus dans ce travail. La qualité de la prise de décision a été évaluée en utilisant la tâche informatique Iowa Gambling Task (IGT). Le trait anxieux a été évalué par l'inventaire d'anxiété trait de Spielberger STAI-T, échelle d'auto évaluation de l'intensité de l'anxiété trait.

L'objectif principal était d'explorer l'impact du trait anxieux sur la prise de décision des patients alcool-dépendants.

Résultats : Nos résultats n'ont pas mis en évidence d'impact du trait anxieux sur la qualité de prise de décision chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. De même, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le trait anxieux et la rechute précoce des consommations d'alcool à un mois.

Cependant, nous avons mis en évidence de façon significative un impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction à l'alcool.

Conclusion : Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un impact du trait anxieux sur la qualité de prise de décision des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Les altérations de prise de décision chez ces patients sont sous-tendues par des mécanismes complexes nécessitant d'autres travaux, sur des populations plus larges, afin de mettre en évidence les facteurs impliqués.

Mots-clés : prise de décision, IGT, alcool, addiction, anxiété, trait anxieux, STAI



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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

Introduction : Chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, il a été montré que des altérations de la prise de décision pouvaient, au moins en partie, expliquer une évolution péjorative en termes de poursuite des consommations ou encore de rechutes.

La prédisposition à l'anxiété –ou trait anxieux- est fréquente chez ces patients, avec plusieurs hypothèses mises en avant pour expliquer cette forte association.

Plusieurs travaux ont mis en évidence un impact négatif du trait anxieux sur la qualité de la prise de décision.

L'objectif de notre travail était d'évaluer spécifiquement l'impact du trait anxieux sur la prise de décision chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, multicentrique. 96 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et hospitalisés pour sevrage sur trois centres d'addictologie (La Rochelle, Jonzac et Poitiers) ont été inclus dans ce travail. La qualité de la prise de décision a été évaluée en utilisant la tâche informatique Iowa Gambling Task (IGT). Le trait anxieux a été évalué par l'inventaire d'anxiété trait de Spielberger STAI-T, échelle d'auto évaluation de l'intensité de l'anxiété trait.

L'objectif principal était d'explorer l'impact du trait anxieux sur la prise de décision des patients alcool-dépendants.

Résultats : Nos résultats n'ont pas mis en évidence d'impact du trait anxieux sur la qualité de prise de décision chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. De même, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le trait anxieux et la rechute précoce des consommations d'alcool à un mois.

Cependant, nous avons mis en évidence de façon significative un impact du trait anxieux sur la sévérité de l'addiction à l'alcool.

Conclusion : Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un impact du trait anxieux sur la qualité de prise de décision des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Les altérations de prise de décision chez ces patients sont sous-tendues par des mécanismes complexes nécessitant d'autres travaux, sur des populations plus larges, afin de mettre en évidence les facteurs impliqués.

Mots-clés : prise de décision, IGT, alcool, addiction, anxiété, trait anxieux, STAI