

M. Aurélien Ribadier*, Mme Géraldine Dorard**, Pr Isabelle Varescon***

* Docteur en psychologie, ** Maître de conférences, *** Professeur de psychopathologie, Équipe de psychopathologie des addictions et des émotions, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS), EA 4057, Institut de psychologie, Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, 71, avenue Édouard Vaillant, F-92774 Boulogne-Billancourt Cedex

Correspondance : Aurélien Ribadier. Courriel : aurelien.ribadier@gmail.com

Reçu avril 2015, accepté juillet 2015

Alcoololo-dépendance, personnalité et symptomatologie anxio-dépressive

Une question de genre ?

Résumé

Contexte : anxiété et dépression montrent des relations spécifiques avec les dimensions de personnalité qui varient selon le genre. Pourtant, aucune étude ne s'est intéressée à l'analyse de la personnalité et de la symptomatologie anxio-dépressive en fonction du genre chez des sujets alcoololo-dépendants. L'objectif de cette recherche est d'évaluer ces particularités chez des patients alcoololo-dépendants comparativement à des sujets témoins. **Méthode** : 122 patients (48 femmes, 74 hommes) consultant pour une problématique alcoolique et 185 témoins (87 hommes, 98 femmes) ont répondu à un questionnaire sociodémographique, au *Big five inventory* évaluant la personnalité et à l'*Hospital anxiety and depression scale* mesurant la symptomatologie anxio-dépressive. **Résultats** : les patients alcoololo-dépendants présentent une extraversion et une conscience basses, ainsi qu'un névrosisme élevé. Le névrosisme et les symptômes anxieux sont plus élevés chez les femmes alcoololo-dépendantes. Le névrosisme et la symptomatologie dépressive élevés, ainsi que le genre sont prédicteurs de l'appartenance au groupe clinique. **Discussion** : ces résultats confirment la nécessité d'ajuster les prises en charge selon le genre dans l'alcoololo-dépendance. Chez les femmes, la mise en place de stratégies d'adaptation centrées sur le problème et, chez les hommes, l'expression des sentiments permettraient de réduire la consommation d'alcool et ses rechutes.

Mots-clés

Personnalité – Alcoololo-dépendance – Anxiété – Dépression – Genre.

Summary

Alcohol dependence, personality and anxio-depressive symptoms: is it a gender issue?

Background: anxiety and depression have specific relationships to personality dimensions that vary according to gender. No study has yet analyzed personality and anxio-depressive symptoms according to gender in alcohol dependant subjects. In this study, these parameters were compared in alcohol dependant patients. The objective of this study was to evaluate these characteristics in alcohol dependent patients versus control subjects. **Methods**: 122 patients (48 women, 74 men) seeking treatment for alcohol disorders and 185 controls (87 men, 98 women) completed a socio-demographic questionnaire, the Big Five Inventory to evaluate personality and the Hospital Anxiety and Depression Scale to measure anxio-depressive symptoms. **Results**: alcohol-dependent patients showed low extraversion and conscientiousness as well as high neuroticism. Neuroticism and anxiety symptoms were greater in alcohol dependent women. Increased neuroticism and depressive symptoms, in addition to gender, were predictive of belonging to the alcohol dependent group. **Discussion**: these results confirm the need to tailor management of alcohol dependence according to gender. In women, implementing adaptive strategies based on problems and, in men, expressing emotions, may enable alcohol consumption to be reduced and relapses prevented.

Key words

Personality – Alcohol dependence – Anxiety – Depression – Gender.

Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (2014) indique une augmentation de la consommation mondiale d'alcool, qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (1). Ce document mentionne également un accroissement des troubles de l'usage d'alcool ou *alcohol use disorder* (AUD). Avant la parution du DSM-5, le DSM-IV-TR et la CIM-10 définissaient deux catégories de problématiques liées à l'alcool. D'une part, ces classifications déterminaient l'usage nocif ou l'abus au travers de consommations répétées et excessives pouvant entraîner des dommages physiques, sociaux et judiciaires pour l'individu ou son environnement et, d'autre part, la dépendance marquée par un mode de consommation cliniquement dysfonctionnel lié à une dépendance physique et psychique empêchant l'individu de ne pas consommer (2-4). Dans le monde, la prévalence des AUD s'élève à 4,1 %, dont 2,3 % pour l'alcoolodépendance et 1,8 % pour l'usage nocif. En Europe, malgré une diminution constatée depuis quelques années, la consommation reste deux fois supérieure aux chiffres mondiaux avec une prévalence des AUD de 7,5 % (dont 4 % pour l'alcoolodépendance et 3,5 % pour l'usage nocif). En France, même si la consommation globale d'alcool reste stable depuis les années 2000, la prévalence des AUD continue d'augmenter avec 8,8 % relevés en 2010 (versus 5,6 % en 2004), dont 4,7 % de dépendance et 4,1 % d'usage nocif. Ces données épidémiologiques soulignent l'importance des AUD à travers le monde et démontrent l'importance de continuer à explorer les facteurs susceptibles de nous aider à mieux comprendre les mécanismes explicatifs de ces comportements pathologiques.

On sait à présent qu'il n'existe pas un type de "personnalité addictive" qui serait commune à l'ensemble des personnes alcoolodépendantes. La recherche s'oriente davantage sur l'étude des aspects dimensionnels de la personnalité qui peuvent révéler des particularités interindividuelles (5-7). Depuis quelques années, le *Big five* ou *Five factor model* (FFM) est l'un des modèles dimensionnels de personnalité les plus utilisés. Il s'appuie sur l'expression plus ou moins marquée de cinq grands facteurs : névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, agréabilité et conscience (8). Le névrosisme est une dimension associée aux affects négatifs comme l'anxiété, la dépression et la peur. Le sujet névrotique est hypervigilant et hypersensible. Il se focalise sur les aspects négatifs des événements traversés et a tendance à ressentir davantage d'émotions négatives. L'extraversion est une dimension qui amène la personne à percevoir, à construire et à ressentir les événements comme stimulants et agréables. Elle entraîne enthousiasme, énergie, optimisme et gaieté. Les per-

sonnes extraverties sont considérées comme affirmées et sociables. L'ouverture à l'expérience est une dimension qui s'exprime à travers une ouverture d'esprit, une tolérance et un attrait pour la nouveauté. Les personnes ouvertes à l'expérience sont curieuses, imaginatives, sensibles à l'esthétique, attentives à leur monde émotionnel et à leurs sentiments. L'agréabilité prend en compte les relations avec autrui et leur qualité, contrairement à l'extraversion qui est davantage centrée sur l'individu lui-même. Les personnes agréables sont altruistes, accommodantes, prévenantes, attentionnées, faisant confiance aisément aux autres, à l'écoute des problèmes et des besoins d'autrui. Enfin, la conscience permet la fixation de buts, d'objectifs et comprend la capacité à différer la satisfaction immédiate des désirs et des besoins. Les personnes consciencieuses sont organisées, persévérantes, tenaces voire obstinées. Par ailleurs, plusieurs études, rapportent que cette dimension a tendance à favoriser la mise en place des comportements de santé sains (9, 10).

Une méta-analyse de 33 études portant sur les liens entre le modèle de personnalité du *Big five* et les troubles psychopathologiques de l'axe 1 du DSM-IV a montré que ces derniers sont associés à de faibles scores de conscience, d'agréabilité et d'extraversion, ainsi qu'à un score élevé de névrosisme (11). Certaines dimensions de personnalité favoriseraient donc le développement de troubles cliniques. Concernant la consommation d'alcool, une étude menée en population générale va dans le même sens et souligne qu'un névrosisme élevé et une faible conscience sont associés à un usage d'alcool plus précoce et à des quantités consommées plus importantes (12). Ruiz et al. indiquent, après contrôle du genre, qu'un névrosisme élevé et une basse conscience sont également liés aux AUD (13). Ces deux dimensions de personnalité pourraient même prédire le résultat de la prise en charge (14, 15). Coëffec, dans une revue de la littérature internationale sur les relations entre le *Big five* et les AUD, confirme les résultats des études citées précédemment (5). L'auteur mentionne également l'importance de prendre en compte la question du genre dans l'analyse de la personnalité. En effet, Malouf et al. signalent que les échantillons mixtes ont tendance à avoir des effets de taille inférieurs à ceux des échantillons du même sexe, suggérant que le mélange des genres dans l'analyse de données peut masquer certaines différences (6).

Par ailleurs, malgré l'absence d'un consensus international, plusieurs études menées en population générale indiquent la présence de différences dans l'expression des dimensions de personnalité selon le genre (16-18).

Les femmes présenteraient des niveaux plus élevés de névrosisme, d'extraversion et d'agréabilité tandis que les hommes seraient plus ouverts à l'expérience. En revanche, la conscience ne montrerait aucune interaction avec le genre. Pourtant, l'étude de validation de la version française du *Big five inventory* rapporte l'existence d'un effet du genre pour la conscience, l'agréabilité et le névrosisme, qui seraient significativement plus élevés chez les femmes (19). Il apparaît donc indispensable de prendre en compte la question du genre dans l'analyse des dimensions de personnalité et, de surcroît, chez les alcool-dépendants dont on sait que les recherches sur le genre sont peu nombreuses. L'étude de Finn et Robinson indique l'effet prédictif du névrosisme dans la dépendance à l'alcool, mais souligne la nécessité d'intégrer cette dimension dans un modèle multivarié de prédicteurs à la fois cliniques et démographiques tels que le genre (20). Dans ce sens, et spécifiquement au sein d'une population alcool-dépendante mixte, Weijers et al. trouvent que les femmes obtiennent des scores de névrosisme plus élevés que les hommes (21). De plus, du fait de la plus grande susceptibilité aux affects et aux cognitions négatifs, cette dimension peut expliquer la présence plus importante de troubles de l'humeur et de troubles anxieux chez les femmes dépendantes de l'alcool (22, 23).

En plus des particularités liées au genre, cette question des liens entre les dimensions de personnalité et la symptomatologie anxio-dépressive reste insuffisamment explorée dans l'alcool-dépendance. Ainsi, Boschloo et al., examinant les comorbidités au sein d'un échantillon conséquent de patients anxieux et/ou déprimés ($n = 2\ 329$), montrent que 20,3 % d'entre eux présentent une dépendance à l'alcool (versus 5,5 % des participants du groupe contrôle) (24). Les auteurs vont plus loin dans l'analyse des résultats en indiquant qu'une dépendance à l'alcool secondaire serait liée à un névrosisme élevé, tandis qu'une dépendance à l'alcool primaire serait associée à des niveaux d'extraversion élevés.

À la lecture des études citées précédemment, il semble donc indispensable de distinguer les dimensions de personnalité et les symptômes anxio-dépressifs selon le genre chez les personnes présentant une dépendance à l'alcool. Fort de ce constat, nous avons mené une étude dont l'objectif premier était d'évaluer au sein d'un échantillon de patients alcool-dépendants consultants, les facteurs de personnalité et la symptomatologie anxio-dépressive et de les comparer à une population témoin. Le second objectif était d'étudier ces dimensions en fonction du genre.

Methodologie

Participants et procédure

Cette recherche transversale a inclus 122 patients consultant pour une dépendance à l'alcool selon les critères du DSM-IV-TR et 185 sujets contrôles entre les mois de février 2013 et mai 2014. Les patients alcooliques présentant un trouble de l'usage d'une substance autre que la nicotine, les femmes enceintes et les personnes dans l'incapacité de donner leur consentement éclairé (déficit cognitif majeur, état psychotique aigu) n'ont pas été retenus dans l'échantillon. Les patients ont été recrutés dans cinq centres de consultations spécialisées (trois services d'addictologie de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, une clinique et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Les participants du groupe contrôle ont été recrutés aléatoirement par bouche à oreille au sein de la population générale. L'étude a reçu un avis favorable d'un comité d'éthique (CPP Île-de-France II – N° IRB # : 00001072). Les personnes ont signé une déclaration de consentement éclairé avant de participer.

Instruments

Mini international neuropsychiatric inventory – MINI

Le MINI est un entretien clinique structuré développé par Sheehan et al., traduit et validé en langue française par Lecrubier et al. (25, 26). Cet instrument, divisé en différents modules, évalue en une quinzaine de minutes les principaux troubles de l'axe I du DSM-IV-TR. Afin de ne retenir, dans l'étude, que les patients présentant une dépendance à l'alcool (et/ou dépendance à la nicotine) et exclure les patients dépendants d'autres substances psychoactives, les modules J (dépendance à l'alcool) et K (dépendance aux autres substances psychoactives) ont été utilisés.

Big five inventory – BFI

Le BFI, développé par John et al., a été traduit et validé en langue française par Plaisant et al. (19). Cet instrument, basé sur le modèle des cinq facteurs de McCrae et John (27), est composé de 44 items. Il est constitué de courtes phrases énoncées dans un langage accessible permettant d'évaluer les cinq grandes dimensions de la personnalité (névrosisme : huit items ; extraversion : huit items ; ouverture à l'expérience : dix items ; agréabilité : neuf items et conscience : neuf items). Face à la proposition "je me vois

comme quelqu'un...”, le participant doit répondre sur une échelle de Likert en cinq points (de “désapprouve fortement” à “approuve fortement”). Il est de passation rapide (dix minutes) et présente de bonnes qualités psychométriques. Au cours de leur étude de validation en langue française, Plaisant et al. ont mis en évidence que les cinq dimensions expliquent 42 % de la variance totale. Les coefficients α de Cronbach évaluant la cohérence interne pour chaque dimension sont les suivants : 0,82 pour l'extraversion ; 0,75 pour l'agréabilité ; 0,80 pour la conscience ; 0,82 pour le névrosisme ; 0,74 pour l'ouverture à l'expérience.

Hospital anxiety and depression scale – HADS

Cette échelle développée par Zigmond et Snaith a été traduite et validée en français par Lépine et al. (28, 29). L'outil est composé de 14 items avec deux sous-échelles de sept items chacune évaluant respectivement la symptomatologie dépressive et la symptomatologie anxieuse. Chaque item est coté de 0 à 3. Pour chaque sous-échelle, le score maximal est de 21 avec des notes seuils indiquant : de 0 à 7, l'absence probable de trouble ; de 8 à 10, la présence possible de trouble ; à partir de 11, la présence probable de trouble. Bjelland et al., dans une revue de littérature, ont indiqué que la plupart des analyses factorielles ont démontré que la solution de deux sous-échelles, anxiété et dépression, était bonne (30). La corrélation entre ces deux sous-échelles varie selon les

études de 0,40 à 0,74 (moyenne = 0,56). Les coefficients α de Cronbach varient, pour la sous-échelle d'anxiété, de 0,68 à 0,98 (moyenne = 0,83) et, pour la sous-échelle de dépression, de 0,67 à 0,90 (moyenne = 0,82). Dans leur revue de littérature, McPherson et Martin rapportent que presque toutes les études utilisant cet outil ont montré un niveau élevé de fiabilité de la cohérence interne (31). Ils soulignent également que cette échelle est adaptée pour évaluer la symptomatologie anxieuse et dépressive au sein d'une population alcoolo-dépendante.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Dans un premier temps, les analyses statistiques descriptives (moyenne : moy ; écart type : éty ; pourcentage) ont été calculées. Des analyses comparatives, t de Student et χ^2 , ont été menées afin de comparer les variables sociodémographiques, ainsi que les scores au BFI et à l'HADS de l'ensemble de l'échantillon, mais également au sein de chaque sous-groupe (Alcool/Contrôle) selon le genre. Enfin, une analyse de régression logistique multivariée, contrôlant l'âge et le genre, a été réalisée afin de déterminer le rôle des dimensions de personnalité et de la symptomatologie anxio-dépressive comme prédicteurs de l'alcoolo-dépendance. Le seuil de significativité retenu pour les analyses était de 0,05.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et scores globaux au BFI et à l'HADS

Variables		Échantillon Total	Groupe Alcool	Groupe Contrôle	t / χ^2	p
		(n = 307)	(n = 122)	(n = 185)		
		Moy (Éty) / N (%)	Moy (Éty) / N (%)	Moy (Éty) / N (%)		
Âge		46,79 (11,77)	50,9 (10,01)	44,15 (12,09)	- 5,070	< 0,001***
Genre	Femme	146 (47,6 %)	48 (39,3 %)	98 (53,0 %)	5,475	0,019*
	Homme	161 (52,4 %)	74 (60,7 %)	87 (47,0 %)		
BFI	Névrosisme	2,99 (0,92)	3,47 (0,69)	2,67 (0,83)	- 8,150	< 0,001***
	Extraversion	3,26 (0,87)	3,03 (0,88)	3,41 (0,83)	3,864	< 0,001***
	Ouverture à l'expérience	3,51 (0,73)	3,44 (0,78)	3,55 (0,69)	1,362	0,174
	Agréabilité	3,93 (0,60)	3,88 (0,67)	3,95 (0,54)	1,037	0,300
	Conscience	3,84 (0,64)	3,66 (0,68)	3,95 (0,59)	3,886	< 0,001***
HADS	Anxiété	8,54 (4,06)	9,84 (4,29)	7,67 (3,66)	- 4,761	< 0,001***
	- Absence de trouble (0 à 7)	134 (43,6 %)	38 (31,1 %)	96 (51,9 %)	18,070	< 0,001***
	- Présence possible de trouble (8 à 10)	81 (26,4 %)	32 (26,2 %)	49 (26,5 %)		
	- Présence probable de trouble (à partir de 11)	92 (30,0 %)	52 (42,6 %)	40 (21,5 %)		
	Dépression	5,11 (3,68)	6,85 (4,25)	3,94 (2,7)	- 7,349	< 0,001***
	- Absence de trouble (0 à 7)	242 (78,8 %)	76 (62,3 %)	166 (89,7 %)	37,740	< 0,001***
	- Présence possible de trouble (8 à 10)	37 (12,1 %)	22 (18,0 %)	15 (8,1 %)		
- Présence probable de trouble (à partir de 11)	28 (9,1 %)	24 (19,7 %)	4 (2,2 %)			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Moy : moyenne ; Éty : écart type.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et scores globaux au BFI et à l'HADS

Les données sociodémographiques (tableau I) montrent que les personnes alcool-dépendantes sont significativement plus âgées (50,9 ans, éty = 10,01) que les participants du groupe Contrôle (44,15 ans, éty = 12,09) ($p < 0,001$). Au sein du groupe Alcool, les hommes (60,7 %) sont significativement plus nombreux que les femmes (39,3 %) ($p < 0,019$).

Les résultats au BFI indiquent que les alcool-dépendants obtiennent des scores significativement plus élevés ($p < 0,001$) au névrosisme (3,47, éty = 0,69) que les sujets témoins (2,67, éty = 0,83). En revanche, les résultats des personnes dépendantes de l'alcool pour la conscience (3,03, éty = 0,88) et l'extraversion (3,66, éty = 0,68) sont significativement plus bas ($p < 0,001$) que chez les participants contrôles. En effet, les sujets du groupe Contrôle indiquent une moyenne de 3,95 (éty = 0,59) pour la conscience et de 3,41 (éty = 0,83) pour l'extraversion.

Enfin, les participants du groupe Alcool présentent une symptomatologie anxieuse (9,84, éty = 4,29) et dépressive (6,85, éty = 4,25) significativement plus importante ($p <$

0,001) que les personnes contrôles. En effet, ces derniers indiquent une score moyen de 7,67 (éty = 3,66) pour l'anxiété et de 3,94 (éty = 2,70). La comparaison des deux groupes indique que les personnes alcool-dépendantes sont significativement plus nombreuses que les sujets témoins ($p < 0,001$) à présenter, de manière probable, un trouble anxieux (42,6 % versus 21,5 %) et un trouble dépressif (19,7 % versus 2,2 %).

Personnalité et symptomatologie anxio-dépressive selon le genre

Les résultats au BFI (tableau II) montrent que dans le groupe Alcool, les femmes obtiennent des scores au névrosisme (3,67, éty = 0,82) significativement plus élevés ($p < 0,03$) que les hommes (3,33, éty = 0,82). Ce résultat se retrouve chez les femmes du groupe Contrôle auquel s'ajoute la dimension conscience (4,11, éty = 0,57) significativement plus élevée ($p < 0,001$) que les hommes (3,79, éty = 0,56). Les femmes alcool-dépendantes présentent un score moyen de symptomatologie anxieuse (11,23, éty = 4,34) plus élevé ($p < 0,001$) que les hommes (8,92, éty = 4,06). Elles sont également significativement plus nombreuses ($p < 0,006$) à présenter une symptomatologie anxieuse (60,4 %) que les hommes du même groupe (31,1 %). Toutefois, aucune différence significative n'est trouvée pour la symptomatologie dé-

Tableau II : Résultats liés à la personnalité et à la symptomatologie anxio-dépressive selon le genre

Variables	Groupe Alcool (n = 122)				Groupe Contrôle (n = 185)			
	Hommes (n = 74) Moy (Éty) / N (%)	Femmes (n = 48) Moy (Éty) / N (%)	t / χ^2	p	Hommes (n = 87) Moy (Éty) / N (%)	Femmes (n = 98) Moy (Éty) / N (%)	t / χ^2	p
Âge	50,74 (10,16)	51,15 (9,89)	0,22	NS	45,54 (12,63)	42,95 (11,51)	- 1,47	NS
BFI								
- Névrosisme	3,33 (0,82)	3,67 (0,82)	2,21	0,03*	2,48 (0,74)	2,86 (0,88)	3,15	0,001***
- Extraversion	3,02 (0,87)	3,04 (0,91)	0,14	NS	3,33 (0,79)	3,47 (0,87)	1,14	NS
- Ouverture vers l'expérience	3,54 (0,80)	3,27 (0,74)	- 1,89	0,06	3,52 (0,64)	3,57 (0,75)	0,51	NS
- Agréabilité	3,81 (0,71)	3,99 (0,59)	1,42	NS	3,91 (0,58)	4,00 (0,51)	1,07	NS
- Conscience	3,64 (0,69)	3,72 (0,66)	0,67	NS	3,79 (0,56)	4,11 (0,57)	3,85	0,001***
HADS								
. Anxiété	8,92 (4,06)	11,23 (4,34)	2,99	0,001***	6,53 (3,18)	8,56 (3,95)	3,82	0,001***
- Absence de trouble	27 (36,5 %)	11 (22,9 %)			56 (64,4 %)	40 (40,8 %)		
- Présence possible de trouble	24 (32,4 %)	8 (16,7 %)	10,36	0,006**	21 (24,1 %)	28 (28,6 %)	13,06	0,001***
- Présence probable de trouble	23 (31,1 %)	29 (60,4 %)			10 (11,5 %)	30 (30,6 %)		
. Dépression	6,38 (4,3)	7,65 (4,12)	1,62	NS	4,1 (2,93)	3,72 (2,53)	- 0,94	NS
- Absence de trouble	48 (64,9 %)	28 (58,3 %)			76 (87,4 %)	90 (91,8 %)		
- Présence possible de trouble	12 (16,2 %)	10 (20,8 %)	0,6	NS	8 (9,2 %)	7 (7,2 %)	1,6	NS
- Présence probable de trouble	14 (18,2 %)	10 (20,8 %)			3 (3,4 %)	1 (1,0 %)		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Moy : moyenne ; Éty : écart type.

Tableau III : Résultats liés à la régression logistique multivariée des dimensions de personnalité et de la symptomatologie anxio-dépressive comme facteurs prédictifs de l'alcool-dépendance

Variables	β	Erreur standard	Wald	p	Exp(β)	IC pour Exp(β) 95 %	
						inférieur	supérieur
Genre	0,896	0,32	7,649	0,006**	2,449	1,30	4,62
Âge	0,061	0,01	19,403	0,001***	1,063	1,03	1,09
Névrosisme	1,203	0,25	23,885	0,001***	3,329	2,06	5,39
Extraversion	0,087	0,20	0,190	0,663	1,091	0,74	1,62
Ouverture à l'expérience	0,371	0,23	2,713	0,100	1,449	0,93	2,25
Conscience	-0,317	0,27	1,411	0,235	0,728	0,43	1,23
Agréabilité	0,479	0,26	3,334	0,068	1,615	0,97	2,70
Anxiété	-0,018	0,05	0,128	0,721	0,982	0,89	1,08
Dépression	0,160	0,05	8,542	0,003**	1,173	1,05	1,31

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. IC : intervalle de confiance.

pressive selon le genre dans ce groupe. Il en est de même pour le groupe Contrôle. En revanche, les femmes du groupe Contrôle obtiennent un score moyen pour la symptomatologie anxieuse (8,56, $\text{éty} = 3,95$) significativement plus élevé ($p < 0,001$) que celui des hommes (6,53, $\text{éty} = 3,18$). Elles sont significativement ($p < 0,001$) plus nombreuses à présenter une symptomatologie anxieuse (30,6 %) que les hommes (11,5 %).

Les scores au BFI et à l'HADS sont-ils des facteurs prédictifs de l'alcool-dépendance indépendamment du genre ? Le modèle de régression logistique multivarié intégrant, d'une part, l'âge et le genre et, d'autre part, les scores au BFI et à l'HADS, explique 41,8 % de la variance (tableau III). Cette analyse trouve qu'un névrosisme ($\beta = 1,203$, $p < 0,001$) et une symptomatologie dépressive ($\beta = 0,160$, $p = 0,003$) élevés sont prédicteurs cliniques significatifs de l'appartenance au groupe Alcool. De plus, le genre ($\beta = 0,896$, $p = 0,006$) a également un rôle dans la prédiction de l'alcool-dépendance.

Discussion

Cette étude avait pour premier objectif d'évaluer au sein d'un échantillon de patients alcool-dépendants consultant les dimensions de personnalité et la symptomatologie anxio-dépressive, ainsi que de les comparer à une population témoin. L'âge moyen du groupe Alcool retrouvé est proche des données épidémiologiques françaises des personnes qui fréquentent les consultations spécialisées, dont 57,5 % ont 40 ans et plus (32). Cet âge moyen peut venir souligner le temps nécessaire pour accepter une offre de soin et dépasser un éventuel sentiment de culpabilité lié à la dépendance à l'alcool (33). En termes de genre, dans notre échantillon clinique, les hommes sont plus nom-

breux (60,3 %) que les femmes (29,7 %). Ces données reflètent une réalité clinique, confirmée par une prévalence de la dépendance à l'alcool de 4,7 % chez les hommes français contre 1,3 % chez les femmes (1). Ces résultats peuvent également traduire une difficulté et une stigmatisation plus grande pour les femmes, qui peut entraîner un délai plus long avant le recours aux soins (34, 35).

Les résultats du groupe Alcool concernant la personnalité vont partiellement dans le sens de la littérature. Les personnes alcool-dépendantes obtiennent des scores significativement plus élevés au névrosisme et plus bas à la conscience et à l'extraversion. Les études s'intéressant aux relations entre les dimensions du *Big five* et la dépendance à l'alcool montrent la présence d'un névrosisme élevé et d'une conscience basse (5-7). Néanmoins, ces résultats n'apparaissent pas spécifiques de l'alcool-dépendance puisqu'une élévation du névrosisme et une diminution des scores de conscience sont classiquement rapportés en association avec des troubles psychiatriques divers, et notamment addictifs (36, 37). Cependant, l'extraversion basse semble être une particularité de nos patients AUD puisqu'elle n'a pas été précédemment rapportée. Bruchon-Schweitzer et Boujut (38) indiquent que les recherches sur les relations entre la santé et l'extraversion sont hétérogènes. Pour Chapman et al. (39), cette divergence fait référence au fait que certaines échelles évaluant cette dimension intègrent la facette "recherche de sensations" (i.e. NEO-PI-R : *Neuroticism-extraversion-openness personality inventory revised* et NEO-FFI : *Neuroticism-extraversion-openness Five-factor inventory*) et d'autres non (BFI-Fr). Or, il est connu que cette facette est fortement liée à la consommation d'alcool (13). Cette diminution constatée des scores d'extraversion pourrait également s'expliquer sur un versant psychopathologique au regard des prévalences particulièrement

élevées de comorbidités anxieuses et dépressives chez les patients. En effet, la méta-analyse de Kotov précise que si l'alcool-dépendance n'est pas significativement associée à une baisse de l'extraversion, les troubles internalisés le sont fortement (37), suggérant ici un possible effet croisé des caractéristiques addictive et thymique sur la personnalité.

Par ailleurs, le fort névrosisme, indiquant la présence d'une vulnérabilité, et la basse conscience, évoquant la difficulté à mettre en place des comportements de santé sains, semblent également prédisposer les individus du groupe Alcool à l'anxiété et à la dépression. Les résultats de notre étude confirment la présence probable de troubles anxieux et dépressifs chez les patients et soutiennent les relations entre ces derniers avec l'alcool-dépendance (40-42). Saatcioglu et al. (43) mentionnent que les symptômes anxieux et/ou dépressifs accompagnant une dépendance à l'alcool augmentent la sévérité des problèmes addictifs tout en ayant un effet négatif sur la qualité de vie. Boschloo et al. (44) indiquent que la dépendance à l'alcool, et plus particulièrement la dépendance actuelle, est un facteur de risque pour une évolution défavorable de la symptomatologie anxio-dépressive.

En outre, le modèle de régression logistique, intégrant les scores de personnalité, de symptomatologie anxio-dépressive tout en contrôlant l'âge et le genre, soutient le rôle du névrosisme et des symptômes dépressifs élevés dans la prédiction de l'alcool-dépendance. Néanmoins, le genre joue également un rôle significatif dans cette prédiction, comme ont pu le souligner des études antérieures (20, 21).

Dans ce sens, le névrosisme plus fort retrouvé chez les femmes alcool-dépendantes peut expliquer les différences sur le plan de la symptomatologie anxieuse. En effet, ces femmes présentent une symptomatologie anxieuse significativement plus élevée, et la présence d'un probable trouble anxieux est plus importante chez elles par rapport aux hommes. Ces données semblent attester la présence d'une vulnérabilité plus importante. De plus, contrairement aux femmes du groupe Contrôle, les femmes alcool-dépendantes n'obtiennent pas de résultats significativement plus élevés à la conscience par rapport aux hommes du même groupe. L'absence de différence significative pour cette dimension, associée généralement à la mise en place et au maintien de comportements de santé sains, peut expliquer une tendance plus forte de recours à une consommation d'alcool pour gérer des symptômes anxieux importants (45, 46). En revanche, aucune

différence significative liée au genre n'est retrouvée pour la symptomatologie dépressive. En raison des risques plus importants de maintien et de rechute de la consommation d'alcool observés chez les patients présentant une comorbidité anxieuse, ces données suggèrent un pronostic plus sombre chez les femmes dépendantes de l'alcool. Dans ce sens, les études sur le *coping* mettent en avant l'utilisation préférentielle de stratégies d'adaptation centrées sur les émotions de type expression des sentiments, recherche de soutien (émotionnel et instrumental) et blâme pour gérer les situations stressantes chez les femmes (47, 48). Plus vulnérables que les hommes face aux effets de l'alcool, elles présentent des symptômes anxieux plus intenses susceptibles de les maintenir plus longtemps dans une alcool-dépendance et favorisant aussi les rechutes. Cette fragilité est à prendre en compte sur le plan clinique. Pour autant, d'autres éléments pourraient venir expliquer cette absence de différence dans le groupe clinique, notamment la présence d'un statut sociodémographique différent ou la présence d'événements de vie récents plus nombreux chez les femmes dépendantes (49).

Pour les hommes alcool-dépendants, les scores d'agréabilité plus bas, même si non significatifs, auraient tendance à indiquer la nécessité de mettre en place des activités collectives ou des groupes favorisant les échanges et l'expression des émotions. En effet, Kopera et al. indiquent que chez les personnes dépendantes de l'alcool, la durée et la sévérité de la consommation d'alcool est associée à une plus faible capacité d'identifier et utiliser les émotions (50).

Au regard de ces données, il semble nécessaire de considérer l'expression des dimensions de personnalité et des comorbidités psychiatriques. L'intrication des problématiques est réelle au moment où le patient est rencontré et doit être prise en compte de manière simultanée dans la planification de la prise en charge. Il pourrait être opportun, chez les femmes dépendantes, d'orienter l'accompagnement sur un travail psychoéducatif et thérapeutique autour de la mise en place de stratégies d'adaptation centrées davantage sur le problème. Ce dernier pourrait favoriser une meilleure gestion du stress. Chez les hommes, un travail de remédiation cognitive autour de l'identification et de l'expression des émotions pourrait aider à une meilleure régulation des affects et des tensions. Des prises en charge différentes en fonction du genre permettraient de cibler les thérapies en fonction du parcours de consommation, des particularités liées à la personnalité, mais aussi de la capacité d'identification et de gestion des problèmes et des émotions. Portée par une publication récente de l'Observatoire français des drogues et des toxi-

comanies, cette notion d'accompagnement différent selon les sexes devrait être prise en considération (35).

Pour autant, les résultats de la présente étude restent à nuancer en raison de la présence de certaines limites. En effet, il apparaît qu'il aurait été utile d'évaluer le statut économique et les événements de vie récents afin d'approfondir la compréhension des différences observées entre les hommes et les femmes alcoolo-dépendantes de notre échantillon (49). Par ailleurs, l'utilisation du BFI présente l'avantage d'évaluer les cinq facteurs du *Big five* rapidement et aisément, néanmoins, il ne permet pas l'analyse de l'ensemble des facettes associées aux différentes dimensions de la personnalité telles qu'elles sont détaillées par exemple dans le NEO-PI-R. Or, compte tenu de nos résultats, il aurait pu être intéressant de distinguer plus finement le rôle des différentes facettes dans le groupe Alcool. Enfin, cette recherche porte sur des patients consultant pour leur dépendance à l'alcool, et on peut légitimement interroger des spécificités de profils de personnalité et d'affectivité au regard des personnes alcoolo-dépendantes non consultantes.

Conclusion

La présente étude a permis de confirmer la présence de particularités en termes de personnalité selon le modèle du FFM (névrosisme élevé, extraversion et conscience basses) et de la symptomatologie anxieuse et dépressive (plus élevée) chez des patients alcoolo-dépendants comparativement à des individus non dépendants issus de la population générale. Il apparaît intéressant, par conséquent, de proposer une évaluation de la personnalité au début de toute prise en charge afin d'ajuster les approches et de hiérarchiser les objectifs selon les profils individuels des patients. Cette étude a également permis de mettre en exergue des différences spécifiques liées au genre. Ces dernières confortent l'idée et l'intérêt d'une prise en charge adaptée selon le sexe du patient. Pour les femmes, un travail psychoéducatif et thérapeutique orienté sur la gestion des événements stressants par la mise en place de stratégies d'adaptation centrées sur le problème semble approprié, tandis que pour les hommes, l'apprentissage de l'expression des émotions pourrait être intéressant afin de favoriser l'arrêt de consommation et réduire la rechute. ■

Remerciements. – Les auteurs tiennent à remercier Mme Angélique Excoffier, Mme Shirley Leignel, Mme Mélanie Pacitto (psychologues cliniciennes) et le Dr Marie-Christine

Iseni-Benham pour leur aide dans le recrutement des personnes alcoolo-dépendantes. Les auteurs remercient également toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude.

Contributions des auteurs. – A. Ribadier a cherché et identifié les articles étayant l'écriture de cet article. A. Ribadier et G. Dorard ont effectué les analyses statistiques. G. Dorard et I. Varescon ont révisé et édité le manuscrit. I. Varescon a été à l'initiative de la présente étude et l'a présentée au comité d'éthique. Tous les auteurs ont contribué activement à la rédaction et ont approuvé le manuscrit final.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

A. Ribadier, G. Dorard, I. Varescon
Alcoolo-dépendance, personnalité et symptomatologie
anxio-dépressive. Une question de genre ?
Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (4) : 309-317

Références bibliographiques

- 1 - World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Genève : WHO ; 2014.
- 2 - American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.
- 3 - American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2003.
- 4 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. 10^e version. Genève : OMS ; 1993.
- 5 - Coëffec A. Les apports du modèle des cinq grands facteurs dans le domaine de l'alcoolodépendance. *L'Encéphale*. 2011 ; 37 : 75-82.
- 6 - Malouff J, Thorsteinsson E, Rooke S, Schutte N. Alcohol involvement and the Five-factor model of personality: a meta-analysis. *Journal of Drug Education*. 2007 ; 37 (3) : 277-94.
- 7 - Hopwood CJ, Morey LC, Skodol AE, Stout RL, Yen S, Ansell EB, et al. Five-factor model personality traits associated with alcohol-related diagnoses in a clinical sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 (3) : 455-60.

- 8 - McCrae RR, John OP. An introduction to the Five-factor model and its applications. *Journal of Personality*. 1992 ; 60 (2) : 175-215.
- 9 - Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*. 2004 ; 130 (6) : 887-919.
- 10 - Jokela M, Batty GD, Nyberg ST, Virtanen M, Nabi H, Singh-Manoux A, et al. Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. *American Journal of Epidemiology*. 2013 ; 178 (16) : 667-75.
- 11 - Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the Five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005 ; 27 (2) : 101-14.
- 12 - Clark A, Tran C, Weiss A, Caselli G, Nik evi AV, Spada MM. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addictive Behaviors*. 2012 ; 37 (4) : 537-40.
- 13 - Ruiz MA, Pincus AL, Dickinson KA. NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*. 2003 ; 81 (3) : 226-36.
- 14 - Betkowska-Korpala B. Personality in the Big five model and maintaining abstinence after one year follow-up. *Psychiatria Polska*. 2012 ; 46 (3) : 387-99.
- 15 - Littlefield AK, Sher KJ, Wood PK. A personality-based description of maturing out of alcohol problems: extension with a five-factor model and robustness to modeling challenges. *Addictive Behaviors*. 2010 ; 35 (11) : 948-54.
- 16 - Rantanen J, Metsäpelto R-L, Feldt T, Pulkkinen L, Kokko K. Long-term stability in the Big five personality traits in adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007 ; 48 (6) : 511-8.
- 17 - Vecchione M, Alessandri G, Barbaranelli C, Caprara G. Gender differences in the Big five personality development: a longitudinal investigation from late adolescence to emerging adulthood. *Personality and Individual Differences*. 2012 ; 53 (6) : 740-6.
- 18 - Lehmann R, Denissen JJA, Allemand M, Penke L. Age and gender differences in motivational manifestations of the Big five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*. 2013 ; 49 (2) : 365-83.
- 19 - Plaisant O, Courtois R, Réveillère C, Mendelsohn GA, John OP. Validation par analyse factorielle du *Big five inventory* français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques*. 2010 ; 168 (2) : 97-106.
- 20 - Finn M, Robinson EAR. Personality and drinking behavior in alcohol dependence: a survival analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2012 ; 30 (2) : 146-62.
- 21 - Weijers H-G, Wiesbeck GA, Wodarz N, Keller H, Michel T, Böning J. Gender and personality in alcoholism. *Archives of women's mental health*. nov 2003; 6(4): 245-52.
- 22 - Wilsnack S, Wilsnack RW, Wolfgang Kantor L. Focus on: Women and the Costs of Alcohol use. *Alcohol research: current reviews*. 2013; 35(2): 219-28.
- 23 - Khan S, Okuda M, Hasin DS, Secades-Villa R, Keyes K, Lin K-H, et al. Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism, clinical and experimental research*. oct 2013; 37(10): 1696-705.
- 24 - Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*. 2011 ; 131 (1-3) : 233-42.
- 25 - Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998 ; 59 (Suppl 2, 20) : 22-33.
- 26 - Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini-international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997 ; 12 (5) : 224-31.
- 27 - John OP, Donahue EM, Kentle RL. The Big five inventory, Versions 4a and 54. Berkeley, CA : University of California ; 1991.
- 28 - Zigmond AS, Snaith R. The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 ; 67 (6) : 361-70.
- 29 - Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière TH. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Médico-Psychologiques*. 1985 ; 143 (2) : 175-89.
- 30 - Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002 ; 52 (2) : 69-77.
- 31 - McPherson A, Martin CR. Is the Hospital anxiety and depression scale (HADS) an appropriate screening tool for use in an alcohol-dependent population? *Journal of Clinical Nursing*. 2011 ; 20 (11-12) : 1507-17.
- 32 - Palle C, Rattanatrany M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. La Plaine-Saint-Denis : OFDT ; 2013.
- 33 - Gomez H. Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2011.
- 34 - Charrel CL, Cuervo-Lombard CV, Miron M, Fruntes V, Bérapotelle C, Limosin F. Alcohol dependence in women: difficulty of its assessment in general practice. *Journal of Women's Health*. 2010 ; 19 (2) : 343-8.
- 35 - Mutatayi C. Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins. La Plaine-Saint-Denis : OFDT ; 2014.
- 36 - Hoertel N, McMahon K, Olfson M, Wall MM, Rodríguez-Fernandez JM, Lemogne C, Limosin F, Blanco C. A dimensional liability model of age differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Psychiatric Research*. 2015 ; 64 : 107-13.
- 37 - Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking big personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2010 ; 136 (5) : 768-821.
- 38 - Bruchon-Schweitzer M, Boujut E. Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2014.
- 39 - Chapman BP, Roberts B, Duberstein P. Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of Aging Research*. 2011 ; 2011 : article 759170 ; doi :10.4061/2011/759170.
- 40 - Carlier P, Pull C. Les troubles anxieux comme facteurs de risque pour la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'alcool. *Annales Médico-Psychologiques*. 2006 ; 164 : 122-8.
- 41 - Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*. 2000 ; 20 (2) : 149-71.
- 42 - Liang W, Chikritzhs T. Affective disorders, anxiety disorders and the risk of alcohol dependence and misuse. *The British Journal of Psychiatry*. 2011 ; 199 : 219-24.
- 43 - Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*. 2008 ; 27 (1) : 83-90.
- 44 - Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Veltman DJ, Beekman ATF, et al. Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2012 ; 200 : 476-84.
- 45 - Mezquita L, Stewart S, Ruiperez MA. Big-five personality predict internal drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences*. 2010 ; 49 : 240-5.
- 46 - Birath CS, DeMarinis V, af Klinteberg B. Moods and expectancies of female alcohol drinking, an exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010 ; 24 (3) : 472-81.
- 47 - Kelly MM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL. Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*. 2008 ; 25 : 839-46.
- 48 - Müller L, Spitz E. Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*. 2003 ; 29 (1) : 507-18.
- 49 - Schmitt DP, Realo A, Voracek M, Allik J. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008 ; 94 (1) : 168-82.
- 50 - Kopera M, Jakubczyk A, Suszek H, Glass JM, Klimkiewicz A, Wnorowska A, et al. Relationship between emotional processing, drinking severity and relapse in adults treated for alcohol dependence in Poland. *Alcohol and Alcoholism*. 2014 ; 50 (2) : 173-9.