

M. Philippe Tison*, Mme Émilie Legrand*, Pr Céline Douilliez**, Mme Faustine Devynck***

* Psychologue clinicien(ne), Service d'addictologie, Groupe hospitalier Seclin-Carvin, Rue d'Apolda, BP 109, F-59471 Seclin Cedex.

Courriel : philippe.tison@ghsc.fr

** Professeur de psychologie, *** Doctorante en psychologie, EA 4072 – PSITEC, Université de Lille 3, Villeneuve d'Ascq, France

Reçu mai 2016, accepté juillet 2016

Facteurs expliquant les ré-alcoolisations ponctuelles auprès de patients pendant la post-cure

Résumé

Bien que l'objectif premier en alcoologie soit de favoriser une abstinence prolongée, on constate de fréquentes reprises de consommation après un sevrage. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce phénomène, comme par exemple un *craving* élevé, un *coping* inefficace, un sentiment d'efficacité personnel faible, ou encore la présence d'un trouble de l'humeur. Nous nous intéressons ici aux consommations ponctuelles, appelées "faux-pas" : leur apparition est-elle expliquée par les mêmes variables que celles impliquées dans les rechutes ? Pour répondre à cela, nous proposons d'analyser différentes variables chez des patients en post-cure en alcoologie, qui ont été confrontés à une situation à risque au cours d'une permission de sortie, impliquant une reconsommation d'alcool pour certains et un maintien de l'abstinence pour d'autres. Nos résultats indiquent que seuls trois facteurs expliquent la reconsommation d'alcool ponctuelle au cours de situations à risque : une intensité élevée du *craving*, un faible sentiment d'efficacité personnel face à la situation et une moindre utilisation du *coping* centré sur le problème. Une partie de nos résultats est conforme avec ceux de la littérature. Ce sont les mêmes facteurs impliqués dans la consommation ponctuelle et dans la rechute, laissant penser que ces deux phénomènes s'inscrivent sur un continuum.

Mots-clés

Craving – *Coping* – Sentiment d'efficacité personnel – Faux-pas – Rechute.

Summary

Factors explaining punctual alcohol use among inpatients in aftercare for alcoholism

While we try to favor a prolonged abstinence in alcohol medical care, punctual alcohol use after withdrawal is frequently noticed in alcoholic inpatients. Several explanations are proposed to explain this phenomenon: high craving, ineffective coping, low self-efficacy, mental disorders (depression or anxiety). The present study focused on punctual use of alcohol (lapse): are the same factors involved in punctual use and relapse? We analyzed several factors among alcoholic patients from aftercare program, who have been confronted to a high risk situation during a week-end leave, conducting to an alcohol use for some of them and a maintained abstinence for the others. Our results indicated that only three factors explain punctual alcohol use: a high craving, a low self-efficacy about the craving, and a low use of problem-focused coping. Some of our results are consistent with other published works. As the same variables are implicated in punctual alcohol use and relapse, we think that these two phenomenons are probably on a continuum.

Key words

Craving – Coping – Self-efficacy – Lapse – Relapse.

Dans la prise en charge de l'alcoolodépendance en hospitalisation complète (incluant un sevrage et une post-cure), l'objectif visé est – dans la majorité des cas – celui de l'abstinence et de son maintien. Malheu-

reusement, les rechutes restent fréquentes. Certaines surviennent plus ou moins rapidement après la sortie de l'hôpital, avec un indéniable degré de prévisibilité, par le fait de confrontations avec des situations qui pré-

existaient à l'hospitalisation et n'ayant pas évolué (environnement social défavorable, sollicitations à boire, difficultés à faire face aux tentations, ennui, solitude, dépression, anxiété, etc.). D'autres apparaissent suite à une déstabilisation émotionnelle lors d'événements de vie difficiles et inattendus (décès, ruptures, pertes d'emploi, etc.).

Dans les cas de rechute complète, les facteurs psychologiques habituellement impliqués sont la présence d'un *craving* important (1-4), l'utilisation de stratégies de *coping* inefficaces (5-9), un niveau élevé d'anxiété ou de dépression (10) ou un sentiment d'efficacité personnel inadapté (11-15).

Dans le cadre de la présente étude, nous nous sommes interrogés sur les raisons pouvant expliquer une reprise d'alcool ponctuelle, habituellement nommée "faux-pas", chez des patients alcoolodépendants sevrés hospitalisés en post-cure, survenant de manière inopinée au décours d'une permission de sortie de week-end. Cette situation est paradoxale dans le sens où il existe une consommation d'alcool alors que le patient est en démarche de soins à l'hôpital pour consolider son abstinence. Les explications sont-elles identiques à celles habituellement évoquées dans les cas d'une rechute ?

Le *craving*

Mot anglais couramment utilisé en alcoologie, le *craving* se définit comme une envie irréprouvable de boire de l'alcool. Il n'y a pas de consensus sémantique concernant ce terme (16), le *craving* ayant été décrit comme une pulsion incontrôlable (17), une sensation physique, une réaction neurobiologique (18), un état émotionnel, ou encore comme l'émergence de pensées intrusives (19)... Pour la suite de nos propos, nous considérerons le *craving* comme une envie très forte de boire de l'alcool, qui engendre rapidement des sensations de mal-être ou de tension nerveuse, se distinguant clairement des symptômes provoqués par un sevrage.

Il existe de nombreux modèles théoriques du *craving* en raison de la pluralité des mécanismes sous-jacents (16, 20), se répartissant en quatre catégories : les modèles du conditionnement (le *craving* est une réponse face à un stimulus tel que voir une bouteille d'alcool), les modèles cognitifs (le *craving* correspond à des pensées, des attentes, issues de processus de raisonnement), les modèles psychobiologiques (le *craving* provient d'une

dérégulation de neurotransmetteurs et de l'implication de certains circuits cérébraux) et les modèles motivationnels (le *craving* est vu comme un phénomène impulsif dénué d'inhibition). Pour comprendre le *craving*, il faut l'envisager de manière intégrative non singulière.

L'évaluation du *craving* peut se faire de différentes manières. On peut utiliser des échelles de type Likert (allant de "pas de *craving*" à "*craving* irrésistible") ou des échelles visuelles analogiques (cotation de 0 à 10). Ces évaluations sont simples, pertinentes, faciles à utiliser, mais subjectives. Kavanagh et al. (21) font état des échelles les plus fréquemment utilisées pour la mesure du *craving*. Parmi elles, l'*Obsessive compulsive drinking scale* semble l'une des plus utilisées. Elle a été traduite et validée en français par Chignon et al. (22), mais reste destinée aux patients qui n'ont pas encore interrompu leur consommation d'alcool, et reste peu pertinente pendant l'abstinence. D'autres échelles évaluent le *craving*, mais sous des aspects différents en raison des multiples définitions et/ou modèles sur lesquels ils reposent.

Le *craving* peut être modulé par certains facteurs. Par exemple, les individus qui présentent un haut score d'extraversion vont présenter plus de *craving* lorsqu'ils seront confrontés à des indices associés au produit par conditionnement (23). Les traits de névrosisme et d'impulsivité augmentent la réactivité au *craving* (24). Les états émotionnels négatifs, comme la dépression, mais aussi positifs, telle la joie, sont quant à eux positivement corrélés au niveau du *craving* chez les alcoolodépendants (25-28).

Le *coping*

Ce sont des stratégies cognitives et/ou comportementales qui sont mises en place par un individu pour faire face à une situation problématique (29). On peut les classer en trois grandes catégories : *coping* "centré sur le problème" qui permet d'affronter la situation et d'agir sur le problème en lui-même pour le résoudre ; *coping* "centré sur l'émotion" qui est utilisé pour contrôler, réguler ou mettre à distance l'inconfort émotionnel engendré par la situation ; *coping* centré sur la "recherche de soutien social", destiné à obtenir l'aide d'autrui, une écoute, des informations ou bien une aide matérielle. Le choix d'une stratégie se fait en fonction du contexte et

de la personnalité de l'individu. Si la stratégie utilisée s'avère efficace face au problème, elle sera réutilisée plus facilement dans le futur. Cependant, certaines stratégies peuvent être bénéfiques à court terme mais inadaptées à long terme. La *Way of coping check-list revised* (30) est un questionnaire fréquemment utilisé pour évaluer les stratégies de *coping*.

Bien que les stratégies de *coping* aient surtout été étudiées et décrites au regard de situations qualifiées de stressantes, elles n'en sont pas spécifiques : ces stratégies de *coping* peuvent être utilisées dans d'autres situations, comme celle de ressentir un *craving*.

Plusieurs auteurs concluent que l'utilisation de stratégies centrées sur le problème permet le maintien de l'abstinence (31) ou, inversement, que la rechute est plus fréquente lorsque les patients utilisent peu ces stratégies (5). Concernant les stratégies centrées sur la recherche de soutien social, il semble qu'elles soient également concourantes au maintien de l'abstinence (5). Quant aux stratégies de *coping* centrées sur les émotions, plusieurs auteurs aboutissent à l'idée qu'elles sont inefficaces dans le maintien de l'abstinence (6-9, 28), alors qu'elles sont significativement plus souvent utilisées par les individus alcoolodépendants (6).

L'anxiété influence la mise en place des stratégies de *coping*, de sorte qu'une anxiété-trait élevée peut être le précurseur d'un *coping* centré sur l'émotion (32, 33). Lorsqu'un individu anxieux est confronté à une situation stressante, il est donc susceptible d'utiliser davantage des stratégies visant au contrôle de ses émotions.

L'anxiété et la dépression

L'anxiété correspond à une appréhension de l'avenir, à la présence d'inquiétudes ou de soucis exagérés, un sentiment de mal-être, associés à des symptômes somatiques désagréables tels que de l'oppression, une tension nerveuse, des signes d'hyperactivité neurovégétative. La dépression correspond à une vision négative du futur, une dévalorisation de soi, un sentiment d'abandon, de nombreuses ruminations négatives, une tristesse importante, une perte d'intérêt global pour les activités.

Les associations entre dépendance à l'alcool et anxiété-dépression sont fréquentes, bien connues des cliniciens et mises en évidence par de nombreuses études (34).

Les consommations d'alcool réduisent les ruminations sur le plan cognitif et apaisent les symptômes désagréables sur le plan somatique. Cependant, les relations entretenues entre ces éléments restent complexes et varient selon que l'alcoolisme soit primaire ou secondaire, selon la présence de facteurs de vulnérabilité, selon les antécédents psychiatriques et la présence d'autres addictions (34). La complexité de ces relations est également alimentée par le fait que le sevrage a tendance à augmenter l'anxiété, et que l'abstinence a tendance à faire disparaître les troubles dépressifs (35). Paradoxalement, les rechutes peuvent être favorisées par des niveaux élevés d'anxiété ou de dépression (10).

Le sentiment d'efficacité personnel perçu – SEP

Bandura (12) définit le SEP comme "*la croyance de l'individu en sa capacité à organiser et à exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités*". C'est donc la croyance que le sujet a sur ses compétences pour atteindre un but, la perception qu'il a de ses propres capacités. Il ne s'agit pas des aptitudes réelles du sujet, ni d'un trait de personnalité. Le SEP ne correspond pas non plus à l'estime de soi (ce dernier se définit par une auto-évaluation en termes de valeur, un jugement que l'on a de soi et que l'on porte sur soi). Plus le SEP est élevé, plus l'individu est persévérant dans une tâche donnée, et plus la probabilité d'atteindre son objectif est élevée.

Les questionnaires évaluant globalement le SEP sont peu pertinents ; pour Bandura (12), il y a un intérêt à construire une évaluation du SEP qui soit spécifique à un contexte, à une tâche ou un objectif. Bandura insiste sur l'utilisation de formulations de type "je peux faire, j'arrive à faire, je suis capable de", associant un système de réponse en échelle de type Likert. Il existe en français le Questionnaire d'auto-efficacité alcool (QAE-A) évaluant le SEP à l'abstinence chez les alcooliques (36).

Plusieurs travaux en alcoologie montrent qu'un haut niveau de SEP favorise l'abstinence après sevrage (11-15). Le SEP est inversement associé au niveau du *craving* d'alcool (37-39). Les individus alcoolodépendants sujets à des comorbidités anxieuses et dépressives ont un SEP plus faible et des tentations à boire plus élevées que ceux qui n'en présentaient pas (40).

Dans le cadre de cette étude, nous avons sélectionné (a posteriori) des patients hospitalisés en post-cure, qui ont été confrontés à une situation à risque vis-à-vis de l'alcool au cours d'une permission le week-end. Une situation à risque est définie comme une situation psychologiquement difficile, susceptible de déstabiliser l'individu au point d'engendrer le risque d'une consommation d'alcool (41). Notre démarche consistait à analyser les différences entre les sujets qui ont consommé ponctuellement de l'alcool par rapport à ceux qui ont réussi à maintenir l'abstinence sur les caractéristiques psychologiques que nous venons de passer en revue. Enfin, une évaluation complémentaire sur la manière dont ces situations ont été gérées a été réalisée.

Méthode

Participants

Les participants recrutés pour l'étude sont des patients alcoolodépendants sevrés, hospitalisés pour quatre semaines dans un service de soins de suite et réadaptation en addictologie (post-cure). Ces patients participent à plusieurs activités thérapeutiques de groupe orientées sur le modèle de prévention de la rechute de Marlatt et Gordon (41) visant à identifier des situations à risque de reboire de l'alcool et à développer des stratégies de *coping* pour mieux y faire face. À la troisième semaine, les patients sont autorisés, voire encouragés, à prendre une permission complète le week-end. Ces "mises à l'épreuve" permettent aux patients de se confronter à la réalité extérieure (plutôt que de rester à l'hôpital), de mettre en pratique les conseils et stratégies qui sont découverts tout au long des activités thérapeutiques, de maintenir des liens familiaux, et facilitent le retour au domicile à l'issue de l'hospitalisation.

Les critères d'inclusion pour l'étude sont la présence d'un diagnostic de dépendance à l'alcool selon les critères de la CIM-10, une période de sevrage terminée afin de limiter les possibles biais liés au traitement médicamenteux, un score à l'AUDIT (42) relatif à une nocivité de l'alcool, une absence de symptômes psychotiques, de troubles cognitifs sévères, d'une dépendance à une autre substance, exceptée la nicotine, de traitement par baclofène (à haute dose, cette molécule agit sur le *craving*) et de pathologie somatique grave (cirrhose, cancer, etc.). Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.

Matériel

Plusieurs questionnaires d'évaluation ont été proposés aux patients selon leurs situations :

- L'AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*), adapté en français par Gache et al. (42), permet d'identifier le type d'usage d'alcool au moyen de dix questions cotées de 0 à 4. Un score inférieur ou égal à 8 est considéré normal, entre 9 et 12 il y a nocivité probable de l'alcool, au-delà de 13 il y a dépendance probable à l'alcool. Pour l'étude, nous demandions aux sujets de répondre en se référant à la période précédant le sevrage.

- La BDI-II (Échelle de dépression de Beck) (43) permet l'évaluation de l'intensité de la symptomatologie dépressive, à l'aide de 21 items représentant différents degrés d'intensité d'un symptôme. La dépression est absente pour des scores de 0 à 11, légère de 12 à 19, modérée de 20 à 27, et sévère au-delà de 27.
- La STAI (Échelle d'anxiété état-trait de Spielberger) (44), adaptée et validée sur une population française (45), est composée de 20 items évaluant l'anxiété-état d'une part, et l'anxiété-trait d'autre part. Nous avons choisi de n'utiliser que l'échelle d'anxiété-trait afin d'évaluer uniquement la prédisposition à l'anxiété en général de nos sujets. Les sujets non anxieux ont un score moyen de 34,85 (ET = 9,20). Plus le score est élevé, plus l'anxiété est importante.

- Le QAE-A (Questionnaire d'auto-efficacité alcool) (36) permet la mesure du SEP perçu à l'abstinence des patients alcoolodépendants. Il comporte 20 items, construits en croisant et en pondérant les trois facteurs de situations à haut risque de consommation de la liste des occasions de consommation des drogues (46) et les dix critères du SEP adaptés des travaux de Bandura (12). On peut donc obtenir un score QAE-A global, mais aussi un score selon que la situation à risque soit positive (une fête), négative (une mauvaise nouvelle) ou de tentation (une proposition à boire). Plus le score est élevé, plus le patient se sent capable d'être abstinent.

- La WCC-R1 (*Way of coping checklist-revised*) est un questionnaire à 27 items qui permet d'évaluer la fréquence d'utilisation des stratégies générales de *coping* chez les individus confrontés à une situation stressante. La version française (47) propose une évaluation tridimensionnelle : *coping* centré sur le problème, *coping* centré sur l'émotion et *coping* centré sur la recherche de soutien social. Dans notre étude, la WCC-R a été adaptée à l'évaluation des stratégies générales de *coping* dans des situations de *craving* (e.g. "j'établis un plan d'action et je le suis"). Il y a quatre réponses possibles : "non",

“plutôt non”, “plutôt oui”, “oui”, permettant d’obtenir un score qui va respectivement de 1 à 4. La sous-échelle de *coping* centré sur le problème comporte dix items, les scores s’étendent donc de 10 à 40. Celle du *coping* centré sur l’émotion comporte neuf items, les scores varient donc de 9 à 36. Enfin, les huit items de l’échelle de *coping* de recherche de soutien social donnent des scores entre 8 à 32. Pour chacune de ces sous-échelles, plus le score est élevé, plus la catégorie de *coping* correspondante est utilisée.

- L’Intensité du *craving* réellement ressenti a été évaluée au moyen d’une échelle visuelle analogique de 0 (pas du tout d’envie de boire) à 10 (très forte envie de boire).

- Le SEP réel perçu face au *craving* (SEP-C) a été évalué avec une échelle visuelle analogique de 0 (pas du tout capable de résister) à 10 (tout à fait capable de résister).

- Le WCC-R2 est le questionnaire WCC-R adapté par les auteurs à une situation de *craving* précise, spécifique, réellement vécue par le patient durant sa permission du week-end. Dans une première partie du questionnaire, le patient est invité à raconter brièvement l’événement auquel il a été confronté au cours du week-end, qui a suscité une envie d’alcool chez lui. Ensuite, il indique pour chacune des 27 stratégies de *coping* , si elle a été utilisée dans cette situation précise ayant déclenché le *craving* , au moyen de l’échelle en quatre points, avec le même système de réponse et de cotation que la WCC-R1. Trois scores sont donc possibles selon les trois types de *coping* . Plus le score est élevé, plus la catégorie de *coping* est utilisée.

Procédure

Quelques jours après leur entrée dans le service de post-cure, des questionnaires d’évaluation (AUDIT, BDI-II, STAI-T, QAE-A, WCC-R1) sont proposés aux patients. Trois semaines plus tard, chaque patient est revu et interrogé afin de savoir s’il a rencontré une situation de *craving* au cours du dernier week-end (correspondant à une permission de sortie du service, 24 ou 48 heures auparavant). Ceux qui rapportent y avoir été confrontés passent des questionnaires et échelles d’évaluation complémentaires (Intensité du *craving* , SEP-C, WCC-R2) et sont tenus de préciser s’il y a eu consommation d’alcool. L’anonymat est garanti afin d’obtenir de la sincérité dans les réponses et donc une validité correcte, sachant que les réponses aux questionnaires n’influencent pas la suite de la prise en charge hospitalière. L’étude s’est déroulée sur 20 semaines. La figure 1 résume la procédure sous forme de diagramme.

Résultats

Seuls les patients ayant déclaré avoir été réellement confrontés à une situation à risque durant leur sortie ont été inclus dans l’étude (n = 42).

Concernant les caractéristiques des sujets (tableau I), on note une moyenne d’âge de 51 ans, une dépendance avérée à l’alcool (M AUDIT = 32 ; borne inférieure =

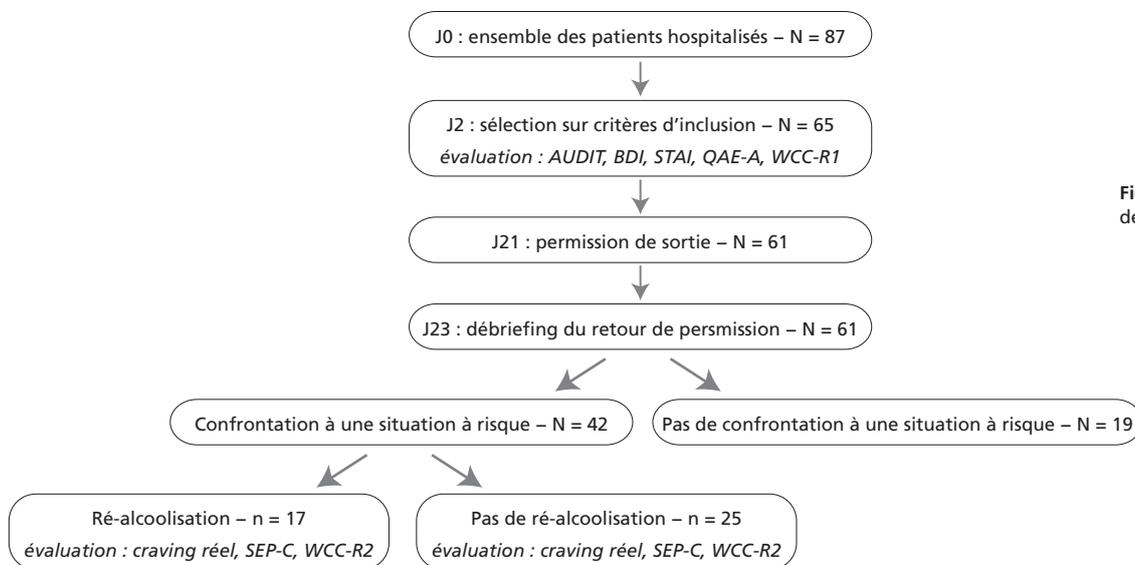


Figure 1. – Diagramme de la procédure utilisée.

14), une durée moyenne d'abstinence de 40,6 jours au moment de la passation des questionnaires, une dépression modérée (M BDI-II = 22,6), la présence d'une anxiété (M STAI-Trait = 53,3). Ces éléments sont plutôt représentatifs de la population alcoolodépendante habituellement rencontrée à l'hôpital en post-sevrage. Les patients se sentent plutôt capables d'être abstinentes (M QAE-A = 49,38), d'ailleurs beaucoup plus dans les situations de tentation (M QAE-A Tentation = 23,45) que dans les situations positives (M QAE-A Positif = 13,52) ou négatives (M QAE-A Négatif = 12,40). Enfin, les scores d'utilisation des *coping* face à des situations fictives de *craving* sont élevés (M WCCR-1 total = 85,40 pour un score maximal limité à 108), avec un score moyen d'utilisation du *coping* centré sur le problème à 32,81 (sur 40 points), du *coping* centré sur l'émotion à 28,21 (sur 36) et du *coping* de soutien social à 24,38 (sur 32). Ces scores sont légèrement plus élevés que ceux observés par Cousson et al. (47) sur 468 individus (respectivement 27,91 ; 21,00 et 22,7), ce qui nous autorise à penser que nos patients pensent être en capacité de faire face correctement à différentes situations à risque de rechute, et donc pensent savoir gérer un *craving*.

Les 42 sujets ayant été réellement confrontés à une situation à risque se divisent deux groupes : 17 ont consommé de l'alcool (sept femmes et dix hommes), et 25 ne se sont pas ré-alcoolisés (neuf femmes et

16 hommes). Le tableau I nous montre que ces deux groupes ne sont pas différents en termes d'âge ($t(40) = 0,41$; ns), de nombre de jours d'abstinence ($t(40) = 1,12$; ns), de score de dépendance à l'AUDIT ($t(40) = 0,68$; ns), de dépression ($t(40) = 0,79$; ns), d'anxiété-trait ($t(40) = 0,20$; ns), de SEP perçu face à l'alcool au QAE-A ($t(40) = 0,10$; ns) ou de choix de *coping* au WCCR-1 ($t(40) = 0,16$; ns). Donc ce ne sont pas ces caractéristiques psychologiques qui peuvent rendre compte de la différence des comportements observés. On observe par contre que le *craving* réel est plus élevé dans le groupe qui se ré-alcoolise que dans celui qui maintient son abstinence ($t(40) = 3,19$; $p < 0,005$) et que le SEP réel au *craving* dans cette situation à risque est plus bas chez les sujets reconsommateurs ($t(40) = 5,24$; $p < 0,001$). Le *coping* centré sur le problème est significativement moins utilisé chez les reconsommateurs que chez les abstinentes ($t(40) = 4,15$; $p < 0,001$), alors qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans l'utilisation du *coping* émotion ($t(40) = 1,60$; ns) ou dans l'utilisation du *coping* de soutien social ($t(40) = 0,34$; ns).

En conclusion, lors de la confrontation à une situation à risque ayant engendré un *craving*, les patients qui se sont ré-alcoolisés rapportent un *craving* élevé, un SEP face au *craving* plus bas, et utilisent moins de stratégies centrées sur le problème, comparativement aux sujets qui ne se sont pas ré-alcoolisés.

Tableau I : Statistiques descriptives (moyennes et écart-types des scores aux différents questionnaires) et comparaisons statistiques de moyennes (t de Student et seuil) en fonction du groupe (reconsommation versus maintien de l'abstinence)

Données	Population totale (N = 42)	Groupe se ré-alcoolisant (n = 17)	Groupe gardant l'abstinence (n = 25)	t	p
Âge	51,16 (9,60)	50,41 (10,19)	51,68 (9,36)	0,41	0,68
Jours d'abstinence	40,67 (27,88)	35,00 (22,9)	44,80 (31,00)	1,12	0,27
AUDIT	32,21 (5,67)	32,94 (6,54)	31,72 (5,08)	- 0,68	0,50
BDI-II	22,66 (11,68)	24,41 (13,85)	21,48 (10,09)	- 0,79	0,43
STAI-Trait	53,24 (9,21)	53,38 (9,32)	53,00 (9,32)	- 0,20	0,84
QAE-A – Score total	49,38 (16,85)	49,70 (15,99)	49,16 (17,73)	- 0,10	0,91
QAE-A – Situation positive	13,52 (4,22)	13,94 (3,58)	13,24 (4,65)	- 0,52	0,60
QAE-A – Situation négative	12,40 (5,08)	12,41 (5,22)	12,72 (5,23)	- 0,007	0,99
QAE-A – Situation tentation	23,45 (8,48)	23,35 (8,28)	23,94 (8,42)	- 0,06	0,95
WCC-R1 – Score total	85,40 (9,70)	85,70 (10,38)	85,20 (9,41)	- 0,16	0,87
WCC-R1 – Coping problème	32,81 (4,20)	33,29 (4,10)	32,48 (4,31)	- 0,61	0,54
WCC-R1 – Coping émotion	28,21 (4,45)	27,70 (5,37)	28,56 (3,77)	0,60	0,54
WCC-R1 – Coping soutien social	24,38 (4,24)	24,70 (3,93)	24,16 (4,50)	- 0,40	0,68
Craving réel (de 0 à 10)	7,31 (2,69)	8,76 (1,56)	6,32 (2,86)	- 3,20	< 0,005
SEP-C (de 0 à 10)	5,71 (3,39)	3,12 (2,87)	7,48 (2,48)	5,24	< 0,001
WCC-R2 – Coping problème	28,12 (8,04)	22,82 (9,35)	31,72 (4,35)	4,15	< 0,001
WCC-R2 – Coping émotion	24,07 (5,76)	25,76 (5,62)	22,92 (5,67)	- 1,60	0,11
WCC-R2 – Coping soutien social	18,21 (7,01)	17,76 (8,33)	18,52 (6,12)	0,34	0,73

Discussion

Cette étude avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs pouvant expliquer une alcoolisation ponctuelle pendant un séjour de post-cure et de les confronter aux facteurs habituellement impliqués dans les rechutes. Nos résultats montrent que les sujets en post-cure qui se sont alcoolisés lors d'une occasion précise présentent un plus haut niveau de *craving* et un plus bas niveau de SEP que ceux qui ont maintenu leur abstinence, ce qui rejoint certaines données de la littérature relatives au *craving* (1-4) et au SEP (11-15) pour les patients ayant rechuté. Nos résultats montrent également que les individus qui sont restés abstinents ont visiblement utilisé plus de stratégies centrées sur le problème que les individus qui se sont ré-alcoolisés.

En début d'hospitalisation, la majorité des sujets se sentait capable d'être abstinent, que ce soit face à des situations de tentation, face à des situations négatives, ou face à des situations positives. De plus, nous n'avons pas observé de différence significative sur les différents scores au QAE-A entre les patients qui ont reconsommé et ceux qui sont restés abstinents. Autrement dit, la faculté à se percevoir capable d'être abstinent à l'avance ne semble pas rendre compte de la capacité réelle à éviter la reconsommation.

Par ailleurs, les deux groupes de patients ne diffèrent ni sur la dépression, ni sur l'anxiété-trait. La reconsommation ponctuelle d'alcool ne semble donc pas liée à la symptomatologie anxio-dépressive qui est fréquemment associée à la consommation d'alcool.

On aurait pu penser que la reconsommation d'alcool puisse apparaître d'autant plus facilement que le sujet est dans un usage nocif de l'alcool. Or, à partir de l'AUDIT, le groupe qui a reconsommé ne présentait pas une consommation plus nocive que celui qui a maintenu son abstinence.

Nous avons mentionné en introduction que de nombreux auteurs avaient montré l'efficacité de l'utilisation des stratégies de *coping* centrées sur le problème, permettant ainsi le maintien de l'abstinence. Nos résultats confirment ces données puisque, en situation de risque réelle, le groupe qui reste abstinent est celui qui utilise le plus ces stratégies. De même, nous ne retrouvons pas de différence sur le *coping* de soutien social entre nos deux groupes, ce qui pourrait également être en accord

avec la littérature sur la rechute, car seule l'étude de Dé-camps (8) mentionne un effet bénéfique de ce *coping* sur l'abstinence, toutes les autres spécifiant plutôt les effets des *coping* problème (5, 31) et émotion (6, 9, 28). Enfin, la littérature mentionne également que l'utilisation des *coping* centrés sur l'émotion est inefficace puisqu'elle amène à la rechute (6, 9, 28). Sur ce point précis, nos résultats sont non significatifs, ce qui serait en contradiction avec la littérature : le *coping* centré sur l'émotion est autant utilisé dans le groupe des reconsommateurs que dans celui des abstinents. L'explication pourrait tenir compte du fait que notre échantillon reconsomme ponctuellement et n'est pas dans une rechute totale.

Avec la WCC-R1, nous avons montré qu'en proposant une situation fictive, théorique et anticipée de *craving*, les sujets déclarent qu'ils utiliseraient préférentiellement certaines stratégies de *coping*. Toutefois, nous n'avons pas mis en évidence de différence dans les scores à la WCC-R1 entre les patients ayant reconsommé et ceux restés abstinents. Ces résultats vont à l'encontre de la littérature qui mentionne que les abstinents utiliseraient plutôt des *coping* centrés sur le problème et peu de *coping* centrés sur l'émotion (5, 6, 9, 28). Dans notre étude, seule la WCC-R2 montre cette différence. Nos résultats suggèrent une différence entre les *coping* que les sujets pensent utiliser à l'avance face à un *craving* (situation théorique évaluée avec la WCC-R1) et les *coping* qu'ils vont utiliser face à une situation véritablement vécue (situation évaluée avec la WCC-R2). Une explication possible est que les sujets qui ont reconsommé de l'alcool aient surévalué leurs capacités à la WCC-R1, sans toutefois ensuite être en capacité de les appliquer en situation réelle, contrairement aux patients qui ont réussi à maintenir leur abstinence.

Une critique peut être formulée concernant la taille de notre échantillon de 42 sujets. Cependant, toutes les précautions ont été prises pour vérifier que l'analyse des données pouvait être effectuée avec des statistiques paramétriques. L'effectif est certes faible, mais suffisant. De plus, l'échantillon est représentatif de la population alcoolodépendante habituellement reçue en soins de suite et réadaptation (âge, durée d'abstinence, sexe-ratio, profil anxio-dépressif). Ce point ne constitue donc pas de limite à notre étude, mais il sera intéressant dans l'avenir de confirmer nos résultats au moyen d'un échantillon plus important.

Il aurait été très intéressant d'avoir des comparaisons statistiques de nos deux mesures du SEP perçu, avant

et après la confrontation à la situation à risque. Cela n'est malheureusement pas envisageable car, d'une part, nous utilisons le QAE-A qui l'évalue en fonction d'une multitude de situations à risque artificielles et, d'autre part, nous l'évaluons avec une échelle visuelle numérique de 0 à 10 (SEP-C) lors d'une situation réelle. Dans la même logique, il est impossible de comparer les WCC-R1 et WCC-R2 car elles ont trait à des situations différentes : par le biais de la consigne, le premier questionnaire est axé sur des situations à risque fictives, théoriques, abstraites, tandis que le second est axé sur une situation à risque réelle, concrète, vécue par le sujet il y a un à deux jours.

Les réponses concernant les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social peuvent avoir été influencées par la qualité de l'entourage social et familial de nos sujets. Alors que certains voudraient peut-être se tourner vers quelqu'un en cas de ré-alcoolisation imminente, ceux qui se trouvent isolés ne pourront s'y résoudre, et ceux qui seront entourés d'individus "non aidants" ou déjà alcoolisés, par exemple, seront en réalité en difficulté. N'ayant pas évalué la qualité de l'entourage des patients, nous ne pouvons pas exclure un effet modérateur de cette variable sur l'efficacité de cette stratégie.

Nous aurions pu tenir compte d'autres facteurs, tels que la motivation à l'abstinence, indispensable à tout travail thérapeutique, ou encore les traits de personnalité, d'impulsivité et de recherche de sensations qui, selon Verheul et al. (48), sont des facteurs aggravants l'intensité du *craving*. La passation de test de personnalité aurait été cependant inappropriée car aurait considérablement alourdi la procédure. L'exclusion de participants présentant des co-addictions a permis de limiter ce facteur, d'ailleurs plutôt typique des conduites de polytoxicomanie que d'alcoolisme.

D'une manière générale, la pertinence et la validité des mesures auto-évaluées, telles qu'utilisées dans cette étude, sont discutables. En effet, le *craving* et le SEP sont des expériences subjectives qui nécessitent certaines capacités d'introspection et d'interprétation, dont nos participants ne sont pas nécessairement pourvus. Le problème de la mesure du *craving* est d'autant plus grand qu'il est réalisé à un intervalle de 24 à 48 heures, ce qui est susceptible d'altérer encore plus la justesse des estimations. Les sujets peuvent présenter une tendance à surévaluer ou, à l'inverse, sous-évaluer leurs niveaux de *craving* et de SEP, influencés alors par le dénouement

rétrospectif dont ils ont connaissance (reconsommation ou pas), maximisant par exemple la difficulté situationnelle à laquelle ils ont été confrontés, de manière à justifier une éventuelle ré-alcoolisation. Malgré les biais classiques de désirabilité sociale et les biais de mémoire liés au rappel rétrospectif, l'auto-évaluation reste tout de même un indicateur simple, rapide et, selon Sayette et al. (49), un indicateur direct de l'état de *craving*. Enfin, concernant l'auto-déclaration des ré-alcoolisations, bien que les patients aient été informés que leur anonymat serait préservé et que leurs réponses n'auraient aucun impact sur le déroulement de leur hospitalisation, on peut supposer que certains n'aient pas osé rapporter une ré-alcoolisation qu'ils savaient contraire au règlement de l'hôpital, ou qui pourrait être assimilée à une faiblesse, ou même être révélatrice de la gravité de leur dépendance. En définitive, notre échantillon n'est représentatif que des individus qui ont osé reconnaître leur *craving*.

Cette étude souligne à nouveau l'intérêt des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge en alcoologie, au moyen de programmes thérapeutiques dont le contenu se justifie d'après nos résultats : d'abord un travail sur le développement de stratégies de *coping* spécifiquement centrées sur le problème et sur l'incitation à les utiliser, ensuite l'utilisation de techniques visant à apprendre à contrôler le *craving* par des méthodes d'exposition à l'alcool et aux envies de boire (50), et enfin l'amélioration du SEP des patients en utilisant les techniques classiques de l'entretien motivationnel.

Conclusion

Notre étude montre qu'il existe des facteurs explicatifs communs entre rechute et alcoolisation ponctuelle : haut *craving*, SEP faible au moment du *craving* et insuffisance de *coping* centré sur le problème dans une situation à risque donnée. Les facteurs émotionnels d'anxiété et de dépression ne semblent pas ici impliqués. Il est possible (mais nous ne l'avons pas montré) que ce soit un effet cumulé, synergique de ces trois facteurs qui soit responsable de la consommation. Il nous semble donc très important de se préoccuper des faux-pas qui peuvent survenir lors d'une hospitalisation, puisque ces consommations reposent, en partie, sur les mêmes facteurs que ceux impliqués dans la rechute. Faux-pas et rechute semblent être sur un continuum. Pour la suite, d'autres études devront vérifier nos résul-

tats et confirmer l'intérêt d'intégrer ces facteurs dans les programmes thérapeutiques de prise en charge visant le maintien de l'abstinence. ■

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

P. Tison, É. Legrand, C. Douilliez, F. Devynck
Facteurs expliquant les ré-alcoolisations ponctuelles auprès de patients pendant la post-cure

Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (1) : 5-14

Références bibliographiques

- 1 - Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*. 1993 ; 18 : 247-91.
- 2 - O'Malley SS, Adam J, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psych*. 1992 ; 49 : 881-7.
- 3 - Paille F, Guelfi JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parot P. Double-blind randomized multicentre trial of a camprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol Alcohol*. 1995 ; 30 : 239-47.
- 4 - Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psych*. 1992 ; 49 : 876-80.
- 5 - Dagès P, Farzaneh P, Varescon I. Stress professionnel, stratégies de coping et soutien social chez des alcoolodépendants. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (1) : 17-24.
- 6 - Maisto SA, O'Farrell TJ. Alcoholics' perceptions of factors in the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence: results from a 30-month follow-up. *Psychol Addict Behav*. 1996 ; 10 : 167-80.
- 7 - Annis HM, Sklar SM, Moser AE. Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addict Behav*. 1998 ; 23 : 127-31.
- 8 - Décamps G, Scroccaro N, Battaglia N. Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents. *Ann Méd Psychol*. 2009 ; 167 : 491-6.
- 9 - Camart N, Gérard C, Varescon I, Huc A, Detilleux M. Stress et coping chez des patients alcoolodépendants consultants. *J Théor Comport Cogn*. 2008 ; 18 (3) : 119-23.
- 10 - Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux, de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. Paris : Masson, Médecine et psychothérapie ; 2013.
- 11 - Jerusalem M, Schwartz R. Anxiety and self-concept as antecedent of stress and coping: a longitudinal study with German and Turkish adolescent. *J Pers Indiv Diff*. 1989 ; 10 (7) : 785-92.
- 12 - Bandura A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : De Boeck ; 2003.
- 13 - Greenfield S, Hufford M, Vagge L, Munz L, Costello M, Weiss R. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependant men and women: a prospective study. *J Stud Alcohol*. 2000 ; 61 : 345-51.
- 14 - Vielva I, Iraurgi I. Cognitive and behavioral factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*. 2001 ; 96 (2) : 297-303.
- 15 - Romo L, Le Strat Y, Aubry C, Marquez S, Houdeyer K, Batel P, Adès J, Gorwood P. The role of brief motivational intervention on self-efficacy and abstinence in cohort of patients with alcohol dependence. *Int J Psychiatry Med*. 2009 ; 39 (3) : 313-23.
- 16 - Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2010 ; (34) : 606-23.
- 17 - Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven : Hillhouse ; 1960.
- 18 - Niaura RS, Rohsenow DJ, Binkhoff JA, Monti PM, Pedraza M, Abrams DB. Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *J Abnorm Psychol*. 1988 ; 97 : 133-52.
- 19 - Marlatt GA. Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In : Marlatt GA, Loberg T, Eds. Alcoholism, new directions in behavioral research and treatment. New York : Plenum Press ; 1978. p. 271-314.
- 20 - Addolorato G, Abenavoli L, Leggio L, Gasbarrini G. How many craving? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology*. 2005 ; 51 (2) : 59-66.

- 21 - Kavanagh DJ, Statham DJ, Feeny GFX, McD Young R, May J, Andrade J, Connor JP. Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*. 2013 ; 38 : 1572-84.
- 22 - Chignon JM, Jacquesy L, Mennad M, Chabannes JP. Autoquestionnaire d'appétence alcoolique (questionnaire ECCA – Échelle de comportement et de cognitions vis-à-vis de l'alcool : traduction française et validation de l'OCDs – Obsessive compulsive drinking scale). *L'Encéphale*. 1998 ; 24 (5) : 426-34.
- 23 - Gray JA. Framework of taxonomy of psychiatric disorder. In : Van Grozen SMH, Van de Poll NE, Sergeant JA, Eds. Emotions: essays on emotion theory. Hillsdale, NJ : Erlbaum ; 1994. p. 29-59.
- 24 - Thomas SE, Drobos DJ, Deas D. Alcohol cue reactivity in alcohol-dependent adolescents. *J Studies Alcohol*. 2005 ; 66 : 354-60.
- 25 - Fox HC, Bergquist KL, Hong KI, Sinha R. Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ; 31 : 395-403.
- 26 - Mason BJ, Light JM, Escher T, Drobos DJ. Effect of positive and negative affective stimuli and beverage cues on measures of craving in non treatment-seeking alcoholics. *Psychopharmacology*. 2008 ; 200 : 141-50.
- 27 - Zilberman ML, Tavares H, Hodgins DC, ElGuebaly N. The impact of gender, depression, and personality on craving. *J Addict Disorders*. 2007 ; 26 : 79-84.
- 28 - Grüsser SM, Morsen CP, Wolfing K, Flor H. The relationship of stress, coping, effect expectancies and craving. *European Addiction Research*. 2007 ; 13 : 31-8.
- 29 - Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer ; 1984.
- 30 - Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res*. 1985 ; 20 (1) : 3-26.
- 31 - Hartmann A. Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*. 2008 ; 14 : 285-99.
- 32 - Kadden RM. Behavioral and cognitive behavioral treatments for alcoholisms research opportunities. *Addict Behav*. 2001 ; 26 : 489-507.
- 33 - Moussas G, Dandouti M, Botsis A, Lykouras A. Coping styles of type I and type II alcohol-dependent men undergoing treatment. *Compr Psychiatry*. 2006 ; 47 : 63-8.
- 34 - Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, Penninx BWJH. 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.
- 35 - Adès J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie. Paris : Masson, Médecine et psychothérapie ; 2003.
- 36 - Wallart M, Hautekèete M, Urso Baïardo L. Sentiment d'auto-efficacité à l'abstinence chez une population alcoolo-dépendante. Questionnaire francophone, étude préliminaire. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (3) : 247-54.
- 37 - Ramo DE, Anderson KG, Tate SR, Brown SA. Characteristics relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addict Behav*. 2005 ; 30 : 1811-23.
- 38 - Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1998 ; 22 (6) : 1300-11.
- 39 - Cooney NL, Gillespie RA, Baker LH, Kaplan RF. Cognitive changes after alcohol cue exposure. *J Consult Clin Psychol*. 1987 ; 55 : 150-5.
- 40 - Gwaltney CJ, Shiffman S, Sayette M. Situational correlates of abstinence self-efficacy. *J Abnorm Psychol*. 2005 ; 114 : 649-60.
- 41 - Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment in addictive behaviors. New York : Guilford Press ; 1985.
- 42 - Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005 ; 29 (11) : 2001-7.
- 43 - Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX : Psychological Corporation ; 1998.
- 44 - Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press ; 1983.
- 45 - Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Le manuel du STAI-Y de Spielberger, adaptation française. Paris : ECPA ; 1993.
- 46 - Annis HM, Turner NE, Sklar SM. Inventory of drug-taking situations: user's guide. Toronto : Addiction Research Foundation ; 1997.
- 47 - Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rasclé N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC. *Psychol Fr*. 1996 ; 41(2) : 155-64.
- 48 - Verheul R, Van Den Brink W, Gerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol*. 1999 ; 34 (2) : 197-222.
- 49 - Sayette MA, Shiffman S, Tiffany ST, Niaura RS, Martin CS, Shadel WG. The measurement of drug craving. *Addiction*. 2000 ; 95 (2) : 189-210.
- 50 - Graziani P, Gackiere-Eraldi D. Exposition et désensibilisation en thérapie comportementale. Paris : Dunod, Psychothérapie ; 2007.



Clinique des Essarts

CLINIQUE MÉDICALE DES ESSARTS

Alcoologie et Addictions

Rue du mur Crénélé – 76530 GRAND-COURONNE

(10 km de ROUEN)

Tél. : 02 32 11 49 00 – Fax : 02 35 67 28 89

PDG : Lylia CADET

Établissement conventionné de 88 lits mixtes

20 lits de Médecine – 68 lits de Soins de suite

Équipe pluridisciplinaire assurant l'ensemble de la prise en charge somatique, psychologique et sociale.

Service de soins ambulatoire et consultations externes

Tél. : 02 32 11 49 04 – Fax : 02 32 11 49 50