

alcoologie et addictologie

2021 / 2022

LA REVUE

T43 N1

Directeur de la publication

Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction

Pr François Paille

Rédacteur en chef

Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés

Dr Philippe Batel

Dr Ivan Berlin

Dr Laurent Karila

Pr Michel Lejoyeux

Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines

Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques

Pr Isabelle Varescon-Pousson

Comité de rédaction

Pr Georges Brousse

Pr Olivier Cottencin

Dr Michel Craplet

Pr Jean-Bernard Daeppen

Dr Jean-Michel Delile

Pr Maurice Dematteis

Dr Claudine Gillet

Pr Michel Reynaud

Dr Alain Rigaud

Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher

Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,

Université Picardie

Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1

revue@sfalcoologie.fr

Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020/ISSN 2554-4853

La revue *Alcoologie et Addictologie* est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

■ Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP

Guillemette Quatremere

■ Prise en charge des patients Korsakoff de moins de 60 ans. Perception des professionnels de santé du GHT de l'Artois

Delphine Grynberg

■ Thérapie par exposition en réalité virtuelle pour le jeu d'argent pathologique

Pierre Taquet

■ Remédiation de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA) : une étude de cas avec le programme RC2S

Alice Villepoux, Pierre Maurage

■ Altérations de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool

Alice Villepoux, Pierre Maurage

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Des recommandations plus détaillées sont disponibles sur le site internet <https://sfalcoologie.fr/revue/>. Se référer en outre au Projet éditorial.

Le manuscrit doit être soumis pour une rubrique donnée par l'un de ses auteurs, qui fait parvenir au rédacteur en chef (d/o Manon Balleuil)

Un exemplaire papier, ainsi que la version électronique par courriel à sfa@sfalcoologie.fr

Alcoologie et Addictologie accepte la soumission de manuscrits rédigés en français et en anglais.

PAGE DE TITRE

- Elle doit comporter le titre de l'article (pas plus de huit mots ; éviter les abréviations)
- Les noms (seule l'initiale en capitale), prénom (en toutes lettres), titre,
- Adresse professionnelle et adresse électronique de chacun des auteurs
- Le nom de l'auteur correspondant
- Une déclaration des éventuels liens d'intérêt

RÉSUMÉ et MOTS-CLÉS

Le résumé du manuscrit doit comporter 200 mots. Pour la rubrique Recherche, il doit être structuré en sections distinctes : Contexte, Méthodes, Résultats, Discussion.

Proposer de trois à cinq mots-clés.

Une version anglaise du résumé et des mots-clés peut être proposée à la rédaction.

INTRODUCTION

Il convient de la rédiger de sorte de la rendre accessible à tout lecteur non spécialiste du domaine.

MÉTHODES (rubrique Recherche)

La partie Méthodes doit comporter le protocole de l'étude et le type d'analyse statistique utilisé, ainsi que la déclaration du consentement des sujets.

RÉSULTATS (rubrique Recherche)

Les données expérimentales doivent être décrites succinctement mais complètement dans le texte, sans redondance ni différence avec celles des figures et tableaux.

DISCUSSION et CONCLUSION

La discussion des résultats de l'étude et de leur interprétation doit être brève et focalisée sur les données. Il convient d'expliquer d'éventuelles autres interprétations et les limites du protocole.

Dans tous les cas, **le manuscrit devra être structuré** à partir de points-clés de la réflexion.

Longueur du texte. La longueur des articles est limitée à 4 000 mots pour les Recherches et les Mises au point. Les Regards critiques, Pratiques cliniques et autres textes ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Abréviations. Recourir le moins possible aux abréviations. Les définir lors de leur première utilisation dans le texte.

Co-auteurs. Afin de mentionner correctement l'apport de chaque auteur à l'article. Il convient de préciser la contribution de chacun d'entre eux.

Remerciements. Il convient de remercier toute personne ayant contribué de manière substantielle à l'article sans pour autant pouvoir être considérée comme un co-auteur.

Notes de bas de page. Elles ne sont pas autorisées.

RÉFÉRENCES

Prière de les limiter à 50 (voire 100 pour les Revues systématiques uniquement).

Elles sont numérotées dans l'ordre de leur apparition dans le texte, sans mise en forme automatique, et figurent sur pages séparées après le texte.

Tout lien Internet et adresse URL, y compris vers les propres sites des auteurs, doit figurer dans la liste des références avec un numéro et non dans le corps du texte du manuscrit. Pour répondre aux exigences nécessaires à l'indexation d'Alcoologie et Addictologie dans les bases de données internationales, nous avons adopté les Normes éditoriales de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Exemples de références dans Alcoologie et Addictologie

- Article dans un journal
- Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- Article sous presse
- Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. Alcoologie et Addictologie. Forthcoming 2011.
- Chapitre d'un livre, ou article au sein d'un livre
- Idès J. Jeu pathologique. In : Lejoyeux M, éditeur. Addictologie. Paris J. Masson; 2008. p. 229-38.

ILLUSTRATIONS

Il convient de fournir les illustrations sur des fichiers distincts de celui du texte. Veuillez noter qu'il est de la responsabilité des auteurs d'obtenir "accord du détenteur de copyright avant de reproduire des figures ou tableaux précédemment publiés ailleurs.

Les tableaux doivent être appelés dans le texte, numérotés en chiffres romains. Les figures répondent aux mêmes normes et sont numérotées en chiffres arabes.

Rédacteur en chef : Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : sfa@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daepfen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème
étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020 ISSN 2554-4853

*La revue Alcoologie et Addictologie est indexée
dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO
et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans
"Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).*

SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie 2021 / 2022 ; 43(1) :
1-98

EDITORIAL

- 4 L'OFDT : missions et enjeux
Guillaume Airagnes

RECHERCHE

- 5 Evolution des consommations de tabac et d'alcool en
France pendant le confinement du printemps 2020.
Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP
Guillemette Quatremere
- 23 Prise en charge des patients Korsakoff de moins de 60
ans. Perception des professionnels de santé du GHT de
l'Artois
Delphine Grynberg

- 56 **E-SANTE**
Thérapie par exposition en réalité virtuelle pour le jeu
d'argent pathologique
Pierre Taquet, Olivier Cottencin

- 66 **PRATIQUE CLINIQUE**
Remédiation de la cognition sociale dans les troubles
sévères de l'usage d'alcool (TSUA) : une étude de cas
avec le programme RC2S
Alice Villepoux, Pierre Maurage, Nicolas Franck, Elodie Peyroux,
Julien Cabé, Georges Brousse

- 79 **MISE AU POINT**
Altérations de la cognition sociale dans les troubles
sévères de l'usage d'alcool
Pierre Maurage, Alice Villepoux, Fabien D'Hondt, Benjamin
Rolland, Georges Brousse, Elodie Peyroux

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson

Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher

Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction

Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème
étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020ISSN 2554-4853

*La revue Alcoologie et Addictologie est indexée
dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO
et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans
"Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).*

CONTENTS

Alcoologie et Addictologie 2021 / 2022 ; 43(1) :
1-98

EDITORIAL

- 4 OFDT : missions and challenges
Guillaume Airagnes

RESEARCH

- 5 Evolution of tobacco and alcohol consumption in France
during the spring 2020 lockdown. Results from the
CoviPrev and ViQuoP surveys
Guillemette Quatremere

- 23 Prise en charge des patients Korsakoff de moins de 60
ans. Perception des professionnels de santé du GHT de
l'Artois
Delphine Grynberg

- 56 E-HEALTH
Thérapie par exposition en réalité virtuelle pour le jeu
d'argent pathologique
Pierre Taquet, Olivier Cottencin

- 66 CLINICAL PRATICE
Remédiation de la cognition sociale dans les troubles
sévéres de l'usage d'alcool (TSUA) : une étude de cas
avec le programme RC2S
Alice Villepoux, Pierre Maurage, Nicolas Franck, Elodie Peyroux,
Julien Cabé, Georges Brousse

- 79 REVIEW
Altérations de la cognition sociale dans les troubles
sévéres de l'usage d'alcool
Pierre Maurage, Alice Villepoux, Fabien D'Hondt, Benjamin Rolland,
Georges Brousse, Elodie Peyroux



EDITORIAL

L'OFDT : missions et enjeuxGuillaume Airagnes ¹¹ Directeur de l'OFDT

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), alors observatoire français des drogues et des toxicomanies, est un groupement d'intérêt public qui a pour objet d'apporter à ses membres ainsi qu'aux professionnels du champ et au grand public un éclairage sur le phénomène des usages de drogues, licites et illicites, et des conduites addictives, et notamment des jeux d'argent et de hasard, en France et de contribuer au suivi du phénomène au niveau européen. A cet effet, il constitue un dispositif permanent d'observation et d'enquêtes tant en ce qui concerne les évolutions des consommations et des conduites addictives, les produits et les profils et pratiques des consommateurs que leurs conséquences sanitaires, sociales, économiques et pénales des consommations et des trafics ainsi que les pratiques professionnelles des intervenants concernés par ces politiques. Il assure le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances sur l'ensemble du champ de la politique publique. Il apporte un concours méthodologique à la préparation et au suivi des travaux d'évaluation du plan gouvernemental.

De nombreux défis sont à relever car les conduites addictives sont toujours parmi les premières causes de mortalité évitable, sans parler des dommages sociaux qu'elles engendrent. Parmi les principaux enjeux stratégiques, la reprise par l'OFDT des missions de l'observatoire des jeux nécessite notamment de poursuivre l'implémentation et l'analyse de questions sur les pratiques de jeux de hasard et d'argent dans nos dispositifs d'enquêtes. Par ailleurs, l'analyse des politiques publiques devrait être renforcée, avec une approche comparative au niveau international, et mise en regard de nos travaux d'analyse de l'offre et des marchés licites et illicites. Enfin, différentes thématiques vont faire l'objet d'une attention particulière, à commencer par une meilleure estimation de la mortalité liée aux drogues.

Nous souhaitons également travailler davantage sur les polyconsommations, notamment lorsqu'elles impliquent la cocaïne, les opiacés et les nouveaux produits de synthèse. Le défaut majeur d'accès aux soins addictologiques pourrait également être étudié sur l'angle de la compréhension des parcours de soins en utilisant des méthodes mixtes et d'analyses médico-économiques.

Par ailleurs, l'OFDT, en tant que point focal national auprès de l'Agence Européenne des Drogues, est directement impliqué dans la refonte du mandat de l'Agence européenne des drogues. Parmi les principaux enjeux, l'Agence européenne des drogues souhaite se doter d'un système d'alerte sanitaire très réactif. Il se trouve que l'OFDT a structuré un dispositif de veille sanitaire unique en son genre (TREND/SINTES) et qui a fait la preuve à de nombreuses reprises de sa grande efficacité. A ce titre, nous souhaitons jouer un rôle moteur dans la démarche de l'Agence européenne des drogues sur cette thématique.

RECHERCHE

Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP

Quatremère Guillemette ^{1,*}, Guignard Romain ¹, Andler Raphaël ¹, Sempé Sandie ², Houzelle Nathalie ², Nguyen-Thanh Viêt ³

¹ Chargés d'études, Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France, guillemette.quatremere@santepubliquefrance.fr; romain.guignard@santepubliquefrance.fr; raphael.andler@santepubliquefrance.fr

² Chargées d'expertise scientifique en promotion de la santé, Unité Périnatalité petite enfance, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France, sandie.sempe@santepubliquefrance.fr ; nathalie.houzelle@santepubliquefrance.fr

³ Responsable de l'Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice, Viet.NGUYEN-THANH@santepubliquefrance.fr

* Correspondance : Chargée d'études, Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France, guillemette.quatremere@santepubliquefrance.fr

Résumé : Contexte : L'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement établies à partir de mars 2020 ont impacté les habitudes de vie et la santé mentale des Français. Leurs consommations de tabac et d'alcool ont pu s'en trouver modifiées. Méthode : Les consommations de tabac et d'alcool de la population adulte ont été étudiées à partir de l'analyse de 5 vagues de l'enquête quantitative en ligne CoviPrev entre avril et juin (environ 2000 individus par vague) et de l'enquête qualitative ViQuoP (60 personnes interrogées en avril puis en mai). Résultats : La plupart des personnes interrogées ont déclaré des consommations stables par rapport à avant le confinement mais 27% à 32% des fumeurs ont augmenté leur consommation contre 10% à 16% des buveurs, selon les vagues d'enquête. L'ennui, le stress et la recherche de plaisir sont les principales raisons déclarées, avec des différences selon le produit. Les facteurs sociodémographiques associés à une augmentation d'usage de tabac ou d'alcool diffèrent selon le produit, mais avoir une santé mentale dégradée est associée à l'augmentation pour les deux produits, en avril et mai. Entre 10% et 19% des fumeurs et 22% à 25% des buveurs ont déclaré avoir diminué leurs consommations selon les vagues d'enquête. Discussion : Les mesures de gestion de l'épidémie du printemps 2020 semblent avoir eu des impacts contrastés sur les consommations de tabac et d'alcool des Français. Les personnes ayant une santé mentale dégradée étaient plus enclines à augmenter leurs consommations.

Mots-clés : COVID-19, SARS-Cov-2, alcool, tabac, confinement

Abstract: Background: The Covid-19 epidemic and the containment measures from March 2020 have impacted the lifestyles and mental health of French people. Their consumption of tobacco and alcohol may have been altered. Method: Tobacco and alcohol consumptions among adults were investigated based on the analysis of the CoviPrev online quantitative survey which took place between April and June (5 waves were used with about 2000 individuals per wave) and the ViQuoP qualitative survey (60 people interviewed in April then in May). Results: Most people declared stable consumption compared to before lockdown but 27% to 32% of smokers increased their consumption against 10% to 16% of alcohol drinkers, depending on the wave. Boredom, stress and the pursuit of pleasure are the main reasons stated, with differences according to the product. The socio-demographic factors associated with an increase in tobacco or alcohol use differ, but having a poor mental health during the lockdown is associated with the increase for both products, in April and May. Between 10% and 19% of smokers and 22% to 25% of drinkers declared they had reduced their consumption depending on the survey wave. Discussion: The



lockdown measures during the spring 2020 appear to have had contrasting impacts on tobacco and alcohol consumption of French people, those with a poor mental health were more prone to have increased their consumption during lockdown.

Key-words : France COVID-19, SARS-Cov-2, smoking, tobacco, alcohol, lockdown

1. INTRODUCTION

Le tabac et l'alcool sont deux déterminants majeurs de la santé [1] et sont responsables respectivement de 75 000 et 41 000 décès par an en France [2, 3]. La consommation de ces produits est très répandue et fait l'objet d'un suivi régulier avec des enquêtes comme le Baromètre de Santé publique France, enquête aléatoire et représentative de la population générale [4]. En 2020, la prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans est ainsi estimée à 25,5%, et 31,8% d'entre eux fumaient au moins occasionnellement [5] ; 86,5 % de la population adulte avait consommé de l'alcool en 2017, 40,0 % au moins une fois par semaine et 23,6% dépassaient les repères de consommation à moindre risque [6, 7].

La littérature scientifique montre que les consommations de substances psychoactives, dont le tabac et l'alcool, sont associées à un état de santé mentale dégradé [8-13]. Or, la survenue de l'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement qui en ont découlé à partir du 17 mars 2020 en France – allégées à partir du 11 mai 2020 – ont impacté la santé mentale de la population, augmentant le stress, l'anxiété et les états dépressifs, en particulier pour les ménages les plus précaires et les femmes [14, 15]. Le contexte de l'épidémie de Covid-19 a donc pu impacter défavorablement les consommations de tabac et d'alcool.

Par ailleurs, les restrictions de déplacement, l'expansion du travail à domicile, la fermeture des écoles, et celle de certains commerces, des lieux d'activité culturelles et sportives et des lieux de convivialité, ont profondément bouleversé les habitudes de vie lors du confinement. Dès lors, les motifs, contextes et manières de consommer ont pu évoluer. L'alcool est, en effet, très présent lors de moments et d'espaces de socialisations comme par exemple les fêtes, sorties au bar/restaurant, célébrations d'évènements. Pour beaucoup de consommateurs, les motifs de consommation d'alcool déclarés sont ainsi à la fois liés au plaisir procuré par le produit lui-même (goût, détente, désinhibition, effet anxiolytique), mais aussi à son aspect social [16, 17]. Les motivations des fumeurs varient selon leurs profils et niveaux de consommation. Alors que pour certains la consommation de cigarettes est peu ritualisée et survient dans des situations de socialisation, pour la majorité des fumeurs, les habitudes de consommation sont très ancrées dans le quotidien. La cigarette est, elle aussi, parfois associée au plaisir, à la convivialité. Elle peut aussi répondre à une anxiété, combler un vide, être utilisée pour gérer ses émotions ou se concentrer, et est parfois liée à un sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe [18-20]. Une dépendance physique, psychologique et comportementale peut intervenir.

Dans le cadre de ses missions de surveillance épidémiologique et de prévention autour de l'épidémie de la Covid-19, Santé publique France a mis rapidement en place les enquêtes CoviPrev et ViQuoP – la première quantitative, la seconde qualitative – afin de suivre les comportements et la santé mentale de la population métropolitaine dans ce contexte de crise sanitaire. Ces deux enquêtes ont aussi permis d'aborder les changements apparus dans les consommations de tabac et d'alcool. A partir d'une méthodologie mixte, cet article présente ainsi une analyse secondaire de ces enquêtes. Il vise à décrire les évolutions des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours du premier confinement (avril 2020) et du déconfinement progressif (mai et juin 2020), à identifier les facteurs associés aux évolutions de ces consommations et à explorer les changements dans les motifs de consommation.

2. METHODOLOGIE

2.1. L'enquête quantitative CoviPrev

La période d'étude commence en 2015 et se termine en 2020. Le choix a été fait de s'intéresser à ces six dernières années afin d'avoir un échantillon représentatif assez large de l'état actuel de la recherche sur l'alcool en France et de percevoir d'éventuelles dynamiques plus récentes. Puis le même exercice a été fait au niveau international avec par la suite une comparaison plus précise avec 10 pays (Etats-Unis d'Amérique, Canada, Australie, Angleterre, Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Suisse et Chine).

L'enquête quantitative CoviPrev est une enquête transversale répétée en population générale réalisée sur internet auprès d'un panel constitué par l'institut BVA, qui a accompagné l'élaboration du questionnaire et assuré le recueil des données. A partir de la semaine du 23 mars 2020 et à raison d'une vague hebdomadaire auprès d'un échantillon de 2 000 personnes, cette enquête avait pour ambition de suivre un ensemble d'indicateurs en lien avec les comportements de santé, les craintes et opinions relatives à la Covid-19 et au confinement. Les échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas et les estimations redressées sur la structure observée dans le recensement de la population de 2016 de l'INSEE.

2.1.1 Recueil de données

Les consommations de tabac et d'alcool ont été mesurées en vague 2 (recueil du 30 mars au 01 avril), vague 5 (du 28 avril au 30 avril), vague 7 (du 13 mai au 15 mai), vague 8 (du 18 mai au 20 mai) et vague 11 (du 22 juin au 24 juin). Du fait des contraintes évolutives liées à la durée des entretiens, les informations recueillies diffèrent légèrement entre ces vagues.

Les fumeurs sont les personnes qui déclaraient fumer « des cigarettes, y compris des cigarettes roulées » ou « uniquement d'autres types de tabac (pipe, cigare, chicha...) » au moment de l'enquête. Les personnes qui déclaraient avoir arrêté de fumer pendant le confinement n'ont été identifiées qu'à partir de la vague 5. Elles ne sont pas incluses parmi les fumeurs ayant déclaré avoir diminué.

L'évolution des consommations de tabac a été mesurée pour les fumeurs actuels avec la question suivante : « Par rapport à avant les mesures de confinement (vagues 2 et 5) / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place, vagues 7 et suivantes), comment a évolué votre consommation de tabac ? » avec trois modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué ». Pour l'alcool, la question était : « par rapport à avant les mesures de confinement / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place), comment a évolué votre consommation de boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de bière, de vin, de cidre, d'alcool fort, de champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ? » avec 4 modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué / je ne consomme jamais d'alcool ». Les personnes n'ayant pas sélectionné la dernière modalité sont donc considérées comme « buveur », et celles qui ont arrêté de consommer de l'alcool au cours de la période étudiée sont incluses dans la modalité « avoir diminué ».

Les personnes ayant augmenté/diminué leur consommation ont été interrogées sur les motifs de ce changement : « pour quelle(s) raison(s) votre consommation de tabac a-t-elle augmenté (vagues 2 et 5)/diminué (vague 5) ? (plusieurs réponses possibles) ; et « pour quelle raison principale votre consommation de boissons alcoolisées a-t-elle augmenté/ pour quelle(s) raison(s) a-t-elle diminué ? » (une seule réponse possible pour augmentation,

plusieurs réponses possibles pour diminution). Des modalités de réponses fermées étaient proposées : elles sont décrites dans la partie Résultats de l'article.

Les variables sociodémographiques suivantes ont été recueillies : sexe, âge, diplôme le plus élevé obtenu, situation financière perçue, conditions de travail (télétravail, inchangées...), être parent d'enfant(s) de moins de 16 ans, vivre seul ou à plusieurs. L'anxiété et la dépression ont été mesurées à partir de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) [21].

2.1.2 Analyse

Les vagues d'enquête ont été regroupées par mois. Les différences entre les évolutions des consommations déclarées ont été testées statistiquement au moyen du test du Chi² de Pearson entre les vagues d'avril (vagues 2 et 5) et celles de mai (vagues 7 et 8), et entre les vagues de mai (vagues 7 et 8) et de juin (vague 11). Les différences d'évolution entre les vagues d'avril et de juin n'ont pas été analysées car certains échantillons n'étaient pas indépendants (n=143 répondants communs aux vagues 2 et 11, n=206 répondants communs aux vagues 5 et 11).

Les évolutions déclarées de la consommation de tabac (augmentation / stabilité / diminution) ont été estimées pour chaque vague parmi les personnes déclarant fumer au moment de leur interrogation.

Des régressions multinomiales ont été réalisées pour identifier les facteurs associés à l'augmentation et à la diminution des consommations de tabac et d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable, pour les vagues d'avril et de mai. Les analyses ont été réalisées séparément pour chacune des deux périodes, les contextes sociaux et sanitaires différents (confinement dur et déconfinement progressif) pouvant avoir des effets différenciés sur les comportements selon les profils. La vague de juin n'a pas été incluse dans l'analyse en raison de son effectif plus faible. Les variables introduites dans le modèle étaient toutes significatives en analyse bivariée à au moins l'une des vagues étudiées.

2.2 L'enquête qualitative ViQuoP

L'enquête qualitative ViQuoP (pour Vie Quotidienne et Prévention) a reposé sur l'interrogation régulière à l'écrit de 60 internautes âgés de 19 ans à 73 ans sur différentes thématiques de santé via une plateforme d'échange en ligne animée par l'institut Kantar Public. Le panel a été constitué de manière à assurer une diversité de situations socioéconomiques (sexe, âge, CSP, présence d'enfants dans le foyer, lieux de vie – urbain/rural, espace extérieur au logement de type jardin/balcon ou non, région parisienne ou non). L'étude a duré 3 mois avec un démarrage le 30 mars 2020. Les personnes ont ainsi répondu à 18 sollicitations concernant leur vécu en période de crise (santé mentale, alimentation, activité physique, consommation de produits psychoactifs, relations affectives et sexuelles, liens sociaux et relations sociales), leurs pratiques de prévention vis-à-vis de la Covid-19 (pratiques de lavage de main, adoption des gestes barrières, isolement et dépistage) et leurs avis concernant des supports de communication de prévention produits par Santé publique France. Les participants ont été dédommagés à hauteur de 250 euros pour l'ensemble de l'enquête.

2.2.1 Recueil de données

Les internautes ont été interrogés deux fois concernant leur consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis). Lors de la quatrième semaine de confinement (7-8 avril), les questions ont porté sur leur perception de l'évolution de leur consommation de produits psychoactifs et les raisons de cette évolution. Des questions sur la

santé psychique ont également été posées lors de cette sollicitation. Deux semaines après le début du déconfinement (20-25 mai), les personnes ont à nouveau été sollicitées concernant l'évolution de leur consommation de produits mais également concernant leur opinion sur une campagne d'incitation à l'arrêt du tabac. Les questions étaient ouvertes et les personnes étaient invitées à y répondre à l'écrit de manière individuelle, les autres participants n'ayant pas accès à leur réponse. La description de l'échantillon et la formulation des questions sont présentées dans un document dédié [22].

2.2.2 Analyse

Une première lecture croisée des réponses a été réalisée à l'issue des sollicitations par les psychosociologues de Kantar Public. L'identification de catégories thématiques [23] a permis de produire une première analyse pour chaque sollicitation. Le corpus des deux sollicitations a été ensuite compilé et analysé à nouveau, dans l'objectif d'une double vérification mais aussi pour adopter une perspective plus longitudinale. L'identification des individus était rendue possible par l'utilisation de pseudonymes par les participants, assurant ainsi leur anonymat.

3. RESULTATS

3.1. Les évolutions des consommations

Environ une personne sur cinq se déclarait fumeuse au moment de l'interrogation dans l'enquête CoviPrev (21% en avril, 20% en mai, 22% en juin). Environ sept personnes sur 10 déclaraient consommer de l'alcool (68% en avril, 70% en mai et 72% en juin) quelle que soit la fréquence, un peu moins d'un tiers déclarant ainsi ne jamais consommer d'alcool.

3.1.1. Evolution des consommations de tabac

La part de fumeurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation de tabac par rapport à avant le confinement ne change pas significativement en fonction des mois : entre 27% et 32% des fumeurs ont déclaré avoir augmenté leur consommation en fonction des périodes d'enquête (tableau I). On constate que la part de fumeurs déclarant avoir diminué leur consommation de tabac se réduit, elle, à partir du début du déconfinement : 17% des fumeurs ont déclaré avoir diminué en avril contre 12% en mai ($p=0,02$), sans évolution significative ensuite (10% en juin). La part de fumeurs ayant une consommation identique à celle d'avant le confinement est stable entre les différentes périodes.

3.1.2. Evolution des consommations d'alcool

La part des buveurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation d'alcool est stable entre avril (13%) et mai (13%), puis diminue légèrement en juin (10%, $p<0,001$). On remarque néanmoins une augmentation au cours de la période de confinement, entre les deux vagues d'avril, avec une proportion plus élevée de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation fin avril par rapport à début avril (16% vs 11%, $p<0,001$). La proportion de ceux qui ont déclaré une consommation identique à avant le confinement augmente avec le déconfinement progressif : 68% en juin vs 63% en mai ($p<0,001$) et 62% en avril. Un peu moins d'un quart des personnes ont déclaré avoir diminué leur consommation par rapport à avant le confinement en avril (25%) et en mai (24%) et environ un sur cinq en juin (22%).

3.1.3. Des comportements contrastés et des évolutions restituées par les personnes interrogées dans l'enquête ViQuoP

Ces tendances résonnent avec les témoignages des personnes interrogées dans l'enquête qualitative ViQuoP, incluant 25 fumeurs et 40 buveurs d'alcool. Deux comportements sont rapportés dès la première sollicitation le 7 avril 2020 : des personnes ont déclaré avoir un contrôle de leurs consommations (stabilité, diminution voire arrêt de la consommation d'un produit) quand d'autres ont augmenté leur consommation d'au moins un produit, de manière plus ou moins maîtrisée. Des modifications dans la manière de consommer sont également rapportées : type d'alcool consommé, fréquence parfois plus élevée mais une quantité au global rapportée comme moins élevée par exemple. Interrogées à nouveau mi-mai 2020, certaines personnes ayant augmenté leur consommation identifient des phases : les premières semaines du confinement sont marquées par cette augmentation, puis un ralentissement et une régulation des consommations s'installent au bout de quelques semaines pour celles qui ont essayé et réussi à reprendre le contrôle.

« J'avais constaté une augmentation de tabac au début du confinement. J'ai pris des mesures drastiques sur ce problème et j'ai pu contrôler ma consommation de tabac rapidement. Je pense que ce phénomène était dû au stress de tourner en rond dans la maison. [...] Après le confinement, je ne ressens pas le besoin de consommer plus de tabac. » Homme, >60 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Lors des premiers jours du déconfinement, les personnes interrogées n'ont pas rapporté une augmentation importante de leurs consommations, notamment car le respect de la distanciation physique a fortement limité les réunions amicales ou familiales et donc les occasions de consommation liées à la convivialité. Pour quelques personnes néanmoins, la levée du confinement a entraîné des contextes de célébrations qui ont engendré une augmentation de la consommation d'alcool (plus rarement pour le tabac). Après quelques jours de déconfinement, un retour quasi à « la normale » est rapporté – notamment chez ceux qui ont repris une activité professionnelle hors du domicile ou sont revenus dans leur logement habituel. Ce retour à la normale se traduit par des consommations à la hausse ou à la baisse selon les habitudes de consommation antérieures au confinement et celles prises lors de ce dernier.

3.2. Les motifs des évolutions des consommations

Lors de la sollicitation du 7 avril 2020 de l'enquête ViQuoP, les personnes qui ont augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool évoquent le besoin de compenser l'ennui parfois dû à une inactivité professionnelle. L'apéritif est devenu, pour certains, un moment de sociabilité renforcé. Or, indépendamment de la situation de confinement, l'apéritif est très souvent associé à l'alcool. Par conséquent, les apéritifs à distance et au sein du foyer ont constitué une nouvelle forme autour de cette occasion de consommer de l'alcool.

« [En période de confinement], pour l'alcool, le tabac, et le cannabis, ma consommation a augmenté. Je fume beaucoup plus de tabac car je m'ennuie, même chose pour le cannabis ; et concernant l'alcool, j'organise des visios avec mes amis presque tous les soirs (avec différents groupes) donc on boit un coup ensemble, alors qu'en temps normal, je ne sors pas tous les soirs dans un bar... » Homme, 21 ans, CSP moins, vivant avec plusieurs adultes en province (péri-urbain, sans aménagement extérieur).

Le stress et l'anxiété produits par la situation sanitaire et sociale, par sa très forte couverture médiatique, mais aussi la frustration générée par les contraintes sont des raisons évoquées pour expliquer l'augmentation de leurs consommations. Il s'agit parfois de s'autoriser quelque plaisir lors de cette situation exceptionnelle et difficile.



« Pour l'alcool j'en avais rarement chez moi, car je le consommais de façon festive à l'extérieur de chez moi. Et la cigarette j'avais totalement arrêté. [...] Je suis obligée d'acheter de l'alcool et d'en avoir chez moi. Et j'ai repris la cigarette alors que j'avais arrêté depuis presque 3 mois. J'ai décidé de ne pas réduire car la situation est déjà très pénible au quotidien. C'est un peu pesant comme situation et l'alcool permet de se détacher un peu du quotidien. Et la cigarette un moment de détente supplémentaire. Et étant déjà privé de notre liberté de mouvement cela viendrait s'ajouter aux restrictions de libertés. Et je n'ai pas envie. » Femme, 43 ans, CSP Plus, Province, Vit avec son fils jeune adulte

« J'ai tendance à fumer un peu plus. Cela est généré par le fait que l'on s'ennuie plus sans activité et surtout au vu de la situation actuelle qui paraît compliquée. Quoique que l'on dise, les médias commentent des chiffres ahurissants concernant les malades et surtout les mortalités qui ne cessent d'augmenter chaque jour. Cela provoque inévitablement une situation de stress permanent. » Homme, 61 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Le télétravail a été évoqué comme une situation pouvant favoriser les consommations, en augmentant le stress dû au rythme de travail et rendant possible une consommation devant l'écran.

Pour les personnes qui ont diminué ou stabilisé leurs consommations, trois attitudes sont relevées. D'abord des personnes rapportent que la situation a eu peu d'impact sur leur moral et leur mode de vie (maintien d'une activité professionnelle à l'extérieur ou personnes âgées par exemple), et qu'elles ont, par conséquent, assez peu modifié leurs consommations qui étaient souvent assez faibles. D'autres ont exprimé une volonté de limiter leurs consommations, de « se discipliner » car la période a été rapidement identifiée comme à risque concernant ces consommations. Enfin, pour d'autres encore, ce sont les contraintes du confinement qui ont encouragé la diminution des consommations voire produit un effet d'aubaine, plutôt parmi les plus petits consommateurs. Ainsi, les habitudes de consommation à l'intérieur du domicile ont parfois été conservées. La présence de non-fumeurs et d'enfants au domicile a pu limiter la consommation de tabac car celle-ci était alors uniquement possible à l'extérieur pour éviter le tabagisme passif. De même, les personnes ayant des consommations d'alcool au domicile inexistantes habituellement ont peu modifié cette habitude. Les consommations antérieures centrées principalement sur un contexte social de sorties (bars, restaurants) rendues impossibles, n'ont ainsi pas toujours été compensées par de nouvelles formes de consommation au domicile, que cela soit pour les consommations d'alcool ou pour la cigarette « sociale ». Enfin, de manière plus minoritaire, des difficultés d'approvisionnement (horaires, crainte de contamination) sont rapportées, certains ne cherchant alors pas à se réapprovisionner.

Les résultats des vagues d'avril de l'enquête CoviPrev (tableau II) confirment et hiérarchisent les raisons des évolutions présentées ci-dessus. Ils montrent ainsi que parmi les fumeurs qui ont augmenté leur consommation de tabac en avril (vagues 2 et 5), les raisons principales déclarées étaient l'ennui et le manque d'activité (74%), le stress (52%), puis des difficultés d'approvisionnement en outils d'aide à l'arrêt du tabac (13%), le plaisir (12%) ou encore d'autres raisons (10%) pouvant inclure par exemple les conditions de télétravail. Pour l'alcool les raisons étaient d'abord le plaisir (49%) et l'ennui (30%), le stress étant un motif déclaré de manière beaucoup plus minoritaire (13%). Aucune évolution significative n'a été observée entre les deux vagues d'avril.

Les raisons principales de la baisse des consommations en vague 5 de l'enquête différaient également selon les produits (tableau II). Pour le tabac, parmi ceux qui ont diminué ou arrêté de fumer pendant le confinement, les motifs sanitaires étaient souvent avancés : pour sa santé (41%), sa condition physique (25%), ou encore pour la santé des autres personnes dans le foyer (16%). En outre, la période et ses restrictions apparaissent pour certains comme une opportunité volontaire ou une contrainte pour diminuer ou arrêter de fumer : 43% des fumeurs ont ainsi déclaré que c'était un bon moment pour eux et 31% ont indiqué que la baisse des moments de convivialité était une raison pour diminuer leur consommation de tabac. Enfin, les habitudes de non-consommation au domicile étaient

évoquées par 38% des fumeurs. Concernant l'alcool, les trois quarts indiquaient que c'est l'absence des activités sociales qui a impacté leur consommation (75%). Les habitudes de consommations au domicile (23%) et des raisons de santé (18%) sont également évoquées.

3.3. Facteurs associés l'augmentation ou à la diminution des consommations de tabac et d'alcool

Les facteurs associés (tableau III) à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité des consommations évoluent selon les vagues d'enquêtes. Ainsi, en période de confinement en avril, parmi les fumeurs, être une femme, avoir un diplôme supérieur au baccalauréat, être inactif ou au chômage, ou encore travailler au domicile (par rapport à une activité à l'extérieur du domicile), ainsi qu'avoir un état anxieux ou dépressif élevé sont indépendamment associés à une augmentation du tabagisme ; alors qu'être âgé de 65 ans et plus apparaît protecteur. En mai, seul le fait d'avoir une santé mentale dégradée demeure associé à une augmentation de la consommation de tabac et le fait d'être âgé de 65 ans et plus demeure protecteur.

Concernant la diminution du tabac, en avril, avoir un diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat est également associé à une diminution du tabagisme, mais aucun facteur n'est associé significativement à la diminution en mai.

Concernant la consommation d'alcool (tableau IV), les facteurs associés à une augmentation diffèrent aussi selon les vagues d'enquêtes. En avril, être âgé de moins de 35 ans, vivre dans une grande agglomération, être parent d'un enfant de 16 ans ou moins, ainsi qu'un état d'anxiété et de dépression élevés étaient associés à une augmentation de la consommation d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable. Se déclarer « juste » financièrement était associé à une moindre augmentation. En mai, l'âge apparaît également protecteur (avoir 50 ans et plus), alors qu'un état de santé mentale dégradé (anxiété et dépression élevées) était associé à l'augmentation de la consommation d'alcool.

Les facteurs associés à la diminution de la consommation d'alcool en avril sont le fait d'être âgé de moins de 35 ans, d'être inactif ou au chômage pendant cette période, de vivre seul et de vivre dans une grande agglomération. En mai, seul l'âge demeure associé à une diminution mais le fait de déclarer un état dépressif apparaît comme protecteur.

4. DISCUSSION

L'analyse des études CoviPrev et ViQuoP confirme que la période du confinement de mars-avril 2020 puis celle du début du déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020 ont pu limiter les consommations de tabac et d'alcool pour certains et, au contraire, les favoriser pour d'autres. Les augmentations des consommations de tabac et d'alcool en fonction des périodes étudiées concernent entre un quart et un tiers des fumeurs, et un dixième des buveurs. L'ennui et le stress pour les fumeurs, l'ennui et la recherche de plaisir pour les buveurs, sont les principales raisons déclarées pour expliquer ces évolutions à la hausse pendant la période de confinement strict. Les augmentations étaient plus fréquentes pour certains profils, comme les femmes pour le tabac (en avril) et les jeunes pour l'alcool, ainsi que les personnes ayant une santé mentale dégradée (anxiété et dépression) quelle que soit la période et pour les deux produits.

Des études à l'étranger retrouvent ces profils plus à risque et le lien fort entre la santé mentale et l'augmentation de la consommation de tabac [24, 25] et celle d'alcool [26-28] pendant le confinement. Les motifs d'augmentation

rapportés apparaissent assez similaires [24, 29]. Par ailleurs, de nombreuses études soulignent l'existence de liens entre la situation économique, la santé mentale et les consommations de substances psychoactives [8-14, 30-32]. Or, la crise sanitaire a eu des impacts sur la situation financière pour un quart de la population en France dès mai, affectant principalement les personnes dont le niveau de vie initial était déjà bas, celles avec enfants, et les jeunes [33]. Dans l'enquête française Coclico, les femmes et les personnes ayant une situation financière dégradée étaient particulièrement à risque de détresse psychologique pendant le premier confinement [15]. Les effets économiques de la crise et le stress liés à l'épidémie elle-même, pourraient donc expliquer ces profils plus vulnérables à l'augmentation des consommations.

Les résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP suggèrent que les personnes dont les habitudes de vie ont été fortement modifiées ont plus fréquemment augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool en avril. Il peut s'agir des conditions de travail, notamment pour les personnes plus favorisées socialement et les jeunes : le télétravail pouvant faciliter le tabagisme sur le « lieu de travail » ou l'inactivité engendrant de l'ennui. Il peut aussi s'agir des conditions de vie : présence d'enfant(s) de moins de 16 ans majoritairement gardé(s) au domicile en raison de la fermeture des écoles, ou des urbains ayant possiblement moins d'espace extérieur.

L'étude Epicov [34] indique que le télétravail a été massif pendant le confinement pour les cadres mais beaucoup plus limité pour les ouvriers et les personnes ayant une activité dite « essentielle » qui ont poursuivi une activité à l'extérieur du domicile. Les jeunes et les plus précaires ont été plus concernés par le chômage technique ou partiel. Par ailleurs, une autre étude française auprès de salariés, menée plus tardivement, en septembre 2020, indique que la raison principale déclarée de l'augmentation des consommations de substances psychoactives étaient les conditions de travail (isolement par rapport aux collègues de travail, charge de travail, évolutions du travail) [35]. Dans l'enquête Coclico, les personnes bénéficiant d'un faible soutien social et celles confinées dans des logements sur-occupés étaient identifiées comme particulièrement à risque de détresse psychologique [15]. Le quotidien de certains publics a donc été particulièrement perturbé, favorisant les consommations de tabac et d'alcool pendant la période de confinement. En mai, l'assouplissement des contraintes avec la réouverture progressive des écoles, la possibilité de se déplacer et la reprise d'une certaine partie des activités en entreprise, pourraient expliquer que ces facteurs ne soient plus associés à une augmentation des consommations à partir du début du déconfinement.

Les analyses indiquent également une stabilité des consommations pour une majorité de personnes interrogées, voire des comportements plus favorables à la santé pour certains pendant cette période, principalement pour l'alcool : de 22% à 25% des buveurs en fonction des vagues et de 10% à 19% des fumeurs déclaraient avoir diminué leur consommation. Cela a pu être par volonté de les maîtriser pour des questions de santé et bien-être, surtout observé dans le cas du tabac, ou en raison des contraintes extérieures qui ont modifié les habitudes de consommation, surtout observé pour l'alcool. Ces constats sont cohérents avec ceux faits à l'étranger [24, 28]. Des études soulignent une augmentation de la motivation et des tentatives d'arrêt du tabac en raison de la crainte de développer une forme grave de la Covid-19 [36-38].

Certains profils sont toutefois associés à une augmentation comme à une diminution des consommations, suggérant des comportements hétérogènes au sein de mêmes segments de la population. Ainsi, les plus jeunes ont à la fois plus souvent augmenté mais aussi plus souvent diminué leur consommation d'alcool en avril. On observe le même phénomène pour les fumeurs les plus diplômés en avril, les personnes vivant dans une grande agglomération pour l'alcool en avril et les personnes ayant un niveau de dépression élevé pour l'alcool en mai. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse d'un effet différencié de l'épidémie et du confinement sur les comportements en fonction des habitudes de vie, des habitudes de consommation et de l'impact de la crise sur la vie personnelle [24, 39].

Les évolutions entre les 3 mois d'enquête sont assez limitées, avec néanmoins une tendance à une baisse de la proportion de personnes déclarant diminuer leur consommation de tabac à partir de mai, et une baisse de celles déclarant augmenter leur consommation d'alcool à partir de juin, qui pourrait indiquer une reprise de la

consommation habituelle à partir du déconfinement. En juin, période pendant laquelle les restrictions étaient très réduites, une part non négligeable de fumeurs et buveurs (respectivement 28% et 10%) déclaraient avoir une consommation plus élevée qu'avant le confinement, suggérant que ces comportements défavorables à la santé pouvaient perdurer.

En France comme à l'étranger, des études constatent également ce double mouvement d'augmentation et de diminution des consommations en période de confinement, avec des comportements souvent moins favorables pour le tabac [24, 40] et plus favorables pour l'alcool [41-43]. Néanmoins, dans d'autres études, notamment dans les pays anglo-saxons, les augmentations de consommation d'alcool rapportées se font parfois dans des proportions très importantes sans être « compensées » par la proportion de ceux qui ont diminué [25, 26, 44], alors qu'à l'inverse des évolutions plus favorables sont observées pour le tabac [36, 38]. Ces résultats pourraient être dus à des différences culturelles, des politiques mises en places pour contrôler l'épidémie plus ou moins strictes ou concernant l'approvisionnement de ces produits, des périodes d'étude au cours du confinement, et à l'hétérogénéité des méthodes d'enquête.

Les données analysées dans cet article présentent des limites. Les effectifs de l'étude CoviPrev sont réduits, ne permettant pas d'extrapoler à la population générale (pour les arrêts du tabac en particulier). La représentativité de cette étude est limitée dans la mesure où il s'agit d'échantillons non-probabilistes, issus d'un panel d'internautes. La proportion de personnes ayant un diplôme élevé était ainsi plus importante qu'en population générale, la prévalence du tabagisme plus faible et la proportion d'abstinents d'alcool plus élevée que celles mesurées de manière plus robuste dans le Baromètre de Santé publique France. Les comparaisons entre les vagues d'avril et juin ont été rendues impossibles en raison de répondants communs à plusieurs vagues. Par ailleurs, un biais de désirabilité et un biais de mémoire peuvent exister, dans la mesure où les personnes ont dû auto-déclarer une évolution de leur consommation par rapport à avant le confinement, et ce plusieurs semaines après. Enfin, un lien de cause à effet du confinement et/ou de l'épidémie ne peut être totalement établi, en particulier pour les taux d'arrêt du tabac dans la mesure où ces arrêts pourraient aussi avoir eu lieu dans un contexte habituel.

L'enquête ViQuoP est une enquête qualitative qui s'appuie sur un petit échantillon de consommateurs de produits psychoactifs, ainsi que sur des profils ayant des caractéristiques particulières (panel ayant accès à Internet et à l'aise avec l'écrit), ce qui limite la généralisation des résultats. Par ailleurs, les questions posées étaient ouvertes mais une seule relance a été possible dans le temps imparti et tel que prévu dans le protocole de l'étude, ce qui n'a pas permis d'approfondir et de décrire en détail toutes les situations. L'interrogation répétée des personnes sur leur santé en général et leurs consommations en particulier, a pu avoir un effet sur leurs attitudes et leurs consommations.

Enfin, et comme dans la plupart des enquêtes en population générale, les populations les plus précaires et vulnérables ne sont pas représentées dans l'échantillon, car non couvertes par les méthodes d'échantillonnage.

Malgré ces limites, ces enquêtes très réactives, ont permis de mesurer des tendances concernant l'évolution des consommations de tabac et d'alcool en population générale, les profils associés et les justifications apportées par les consommateurs, dans une volonté de triangulation des données [23]. Les résultats de ces enquêtes montrent la nécessité et l'acceptabilité [22] de la diffusion de campagnes de prévention incitant et accompagnant l'arrêt du tabagisme ou la diminution de la consommation d'alcool en période d'épidémie de Covid-19. Les messages doivent être adaptés à la situation [45] et peuvent promouvoir les outils d'aide à distance, particulièrement utiles en période de restriction de déplacements. Une attention particulière pour les profils les plus à risque est nécessaire.

Remerciements : Nous souhaitons remercier Pierre Arwidson, Enguerrand du Roscoät, Linda Lasbeur, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon (Santé publique France) et Jocelyn Raude (Ecole des hautes études en santé publique) pour leur contribution dans la conception de l'étude CoviPrev et la construction du questionnaire, ainsi que Bérengère Gall, Julien Vivant et Yea-Gi O

(institut BVA) pour la coordination du terrain de l'étude et les analyses exploratoires. Nous remercions également Marie Vialle, Émilie Rey et Laure Salvaing (Kantar Public) pour la coordination de l'étude ViQuoP, l'animation de la plateforme et les premières analyses.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

Contribution des auteurs : GQ a réalisé les analyses quantitatives et qualitatives, et a rédigé la première version de l'article. RG, RA et VNT ont participé au plan d'analyse et à la discussion des résultats. RG a piloté le recueil de données alcool/tabac de l'enquête CoviPrev. RA et GQ ont piloté le recueil des données alcool/tabac de l'enquête ViQuoP. NH et SS ont coordonné l'ensemble du dispositif ViQuoP et participé aux analyses. Tous les auteurs ont participé au manuscrit final.

Publication antérieure : Cet article a déjà été publié dans un autre journal. Quatremère, G.; Guignard, R.; Andler, R.; Sempé, S.; Houzelle, N.; Nguyen-Thanh, V. Changes in Tobacco and Alcohol Consumption in France during the Spring 2020 Lockdown: Results of the CoviPrev and Viquop Surveys. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 14808. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214808>

Citation de l'article : Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP, Quatremere G, *Alcoologie et Addictologie*, 2021/2022, 43(1) : 5-22

REFERENCES

1. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
2. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019(15):278-84.
3. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. 2019(5-6):97-108.
4. Soullier N, Richard J-B, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2019 - Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021.
5. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2021(8):132-9.
6. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, le groupe Baromètre de Santé publique F. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. 2019(5-6):89-97.
7. Guignard R, Richard J-B, Andler R, Pasquereau A, Quatremere G. Effectiveness of Mois sans tabac 2016, a French social marketing campaign against smoking. 12th European public health conference; Marseille 2019.
8. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;19(1):3-13.
9. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*. 2017;112(3):401-12.
10. Richardson S, McNeill A, Brose LS. Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993-2014). *Addict Behav*. 2019;90:14-9.
11. Smith PH, Chhipa M, Bystrick J, Roy J, Goodwin RD, McKee SA. Cigarette smoking among those with mental disorders in the US population: 2012-2013 update. *Tobacco Control*. 2020;29(1):29-35.
12. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
13. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:76-88.
14. Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique J-M, Raude J, Arwidson P, et al. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020). *Bull Epidemiol Hebd*. 2020(13):260-9.
15. Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique de l'enquête COCLIO du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la Santé IRDES*. 2020;n° 249.
16. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? *La Santé en action*. 2020(452):41.
17. Andler R, Richard J-B, Palle C, Spilka S, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. *La Revue du praticien*. 2019;69(8):886-91.
18. McEwen A, West R, McRobbie H. Motives for smoking and their correlates in clients attending Stop Smoking treatment services. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2008;10(5):843-50.
19. Wong EC, Haardörfer R, Windle M, Berg CJ. Distinct Motives for Use Among Polytabacco Versus Cigarette Only Users and Among Single Tobacco Product Users. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;20(1):117-23.
20. Pourtau L, Martin E, Menvielle G, El Khoury-Lesueur F, Melchior M. To smoke or not to smoke? A qualitative study among young adults. *Prev Med Rep*. 2019;15:100927.

21. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1(1):29.
22. Quatremaire G, Andler R, Sempé S, Houzelle N, Vialle M, Rey E, et al. Consommations de produits psychoactifs pendant et après le confinement et acceptabilité des campagnes de prévention hors Covid-19. Étude qualitative Santé publique France - Kantar « Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus » (ViQuoP). Synthèse thématique Saint-Maurice : Santé publique France 2020:10.
23. Glaser Barney G, L SA. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nicolson Wa, editor. London1967.
24. Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis*. 2020;18:63.
25. Stanton R, To QG, Khaledi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
26. Garnett C, Jackson S, Oldham M, Brown J, Steptoe A, Fancourt D. Factors associated with drinking behaviour during COVID-19 social distancing and lockdown among adults in the UK. *Drug and alcohol dependence*. 2021;219:108461.
27. Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive behaviors*. 2020;110:106527-.
28. Addiction CCoSua. Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report. Mai 2020.
29. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameerle S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res*. 2020:1-7.
30. Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Fiz Perez J, Arcangeli G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:983-93.
31. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
32. Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008-2009. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2013;48(3):343-8.
33. Givord P, Silhol J. Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages. *Insee Première*. 2020;n° 1822:4.
34. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A, et al. Les inégalités sociales au temps du Covid-19. *Questions de santé publique IReSP*. 2020;n° 40.
35. Covid-19 : isolement et conditions de travail favorisent les conduites addictives [press release]. Nov2020.
36. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob Control*. 2020.
37. Chertok IRA. Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio. *Public Health Nurs*. 2020.
38. Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:39.
39. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):817-23.
40. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 2020.
41. Jauffret-Roustide M, Barratt M, de Dinechin S, Davies E, Gilchrist G, Hughes C, et al. Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de Covid-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française. *Psychotropes*. 2020;26(2):209-19.
42. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the COVID-19 lockdown period (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *medRxiv*. 2020:2020.06.04.20121855.
43. Håkansson A. Changes in Gambling Behavior during the COVID-19 Pandemic—A Web Survey Study in Sweden. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4013.
44. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent "Stay-at-Home" Orders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17).
45. Grummon AH, Hall MG, Mitchell CG, Pulido M, Mendel Sheldon J, Noar SM, et al. Reactions to messages about smoking, vaping and COVID-19: two national experiments. *Tobacco Control*. 2020:tobaccocontrol-2020-055956.

ANNEXES

Tableau I : évolution des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours des cinq vagues d'avril à juin 2020.

Période de recueil de données et vagues d'enquête	Confinement avril							Déconfinement progressif mai et juin									Comparaisons des vagues		
	Vagues d'avril (V2 et V5) N=4003			V2 30 mars - 1ier avril		V5 28 avril - 30 avril			Vagues de mai (V7 et V8) N=4000			V7 13 mai-15 mai		V8 18 mai - 20 mai		Vague de juin (V11) 22 juin - 24 juin N=2000			Vavril / Vmai
				V2/V5 : p= ns							V7/V8 : p=ns				V7/V11 : p=ns V8/V11 : p=ns			p=0,02	p=ns
Tabac (parmi les fumeurs actuels)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	240	29,2	[26,2-32,5]	112	26,7	128	31,9	249	31,7	[28,4-35,1]	119	31,3	130	32,0	118	28,0	[23,8-32,5]		
Stabilité	442	54,3	[50,7-57,7]	231	54,7	211	53,8	442	56,7	[53,1-60,3]	217	58,0	225	55,5	273	62,2	[57,4-66,7]		
Diminution	135	16,5	[14,1-19,2]	79	18,6	56	14,3	91	11,6	[9,4-14,1]	43	10,7	48	12,4	43	9,8	[7,3-13,0]		
Total	817			422		395		782			379		403		434				
Arrêt du tabac pendant le confinement				-		23		43			23		20		34				
				V2/V5 : p<0,001							V7/V8 : ns				V7/V11 : p<0 ,001 V8/V11 : p=0,02			p=ns	p<0,001
Alcool (parmi les buveurs)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	354	13,3	[12,0-14,7]	143	10,7	211	15,9	369	13,2	[11,9-14,5]	185	13,6	184	12,8	145	10,2	[8,6-11,8]		
Stabilité	1686	61,8	[59,9-63,6]	878	64,8	808	58,9	1759	62,7	[60,8-64,4]	849	61,6	910	63,7	980	68,3	[65,8-70,7]		
Diminution	668	24,9	[23,2-26,5]	323	24,4	345	25,3	672	24,1	[22,5-25,8]	336	24,8	336	23,5	306	21,5	[19,4-23,7]		
Total	2708			1344		1364		2800			1370		1430		1431				

IC : intervalle de confiance à 95% ; p-value V2/V5 : test Chi-2 de Person entre la consommation déclarée de la vague 2 et celle de la vague 5

Tableau II : raisons déclarées de l'augmentation (pour les vagues 2 et 5) et de la diminution ou l'arrêt (pour la vague 5) des consommations de tabac et d'alcool

Raisons déclarées d'augmentation ¹ des consommations de tabac et d'alcool en avril (vagues 2 et 5)	Tabac (n=240)		Alcool (n=354)	
	n	%	n	%
L'ennui, manque d'activité	176	73,7	107	30,2
Le stress	127	52,5	48	13,1
Pour le plaisir	29	12,3	173	48,9
Difficulté pour s'approvisionner ² en outils d'aide à l'arrêt du tabac (traitement de substitution nicotinique, e-cigarette) ou de suivi psychologique	30	12,6	-	-
Pour une autre raison	23	9,7	26	7,8
Raisons déclarées de diminution ou arrêt des consommations de tabac ³ et d'alcool en vague 5	Tabac (n=79)		Alcool (n=345)	
	n	%	n	%
J'évite de fumer / boire chez moi	30	37,8	78	23,3
Pour la santé des personnes qui vivent avec moi	12	15,9	-	-
Pour ma santé	34	41,4	63	18,1
Pour avoir ou retrouver une bonne condition physique	19	25,1	42	12,4
C'est un bon moment pour moins ou arrêter de fumer / boire	33	42,6	38	11,2
J'ai des difficultés pour me procurer des cigarettes ou du tabac / boissons alcoolisées	18	22,9	12	3,9
Moins de moments de convivialité ou festifs, d'occasions de fumer/boire avec des amis ou collègues	26	31,5	261	75,4
Je suis moins stressé que d'habitude	11	14,1	15	4,6
Pour une autre raison	9	11,0	22	6,6

¹ respectivement parmi les fumeurs et buveurs qui ont déclaré une augmentation en vague 2 ou 5. ² regroupe les modalités : « Je suis un traitement de substitution (patches, gommes...) ou un autre traitement médicamenteux (Champix, Zyban) que j'ai dû interrompre », « J'utilise une cigarette électronique et je n'ai plus de liquide pour la recharger ou elle est en panne » et « J'étais accompagné psychologiquement et je n'en ai plus la possibilité ». ³ parmi ceux qui ont diminué et ceux qui ont arrêté de fumer lors du confinement. Le total des colonnes est supérieur à 100 % car plusieurs réponses étaient parfois possibles



Tableau III : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariée (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

	Vague avril (V2 et V5) n=817										Vague mai (V7 et V8) n=782									
	Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution				
	n brut	p-value Chi-2	% pondéré	aRRR	IC	p- value ¹	% pondéré	aRRR	IC	p- value ¹	n brut	p-value Chi-2	% pondéré	aRRR	IC	p- value ¹	% pondéré	aRRR	IC	p- value ¹
Sexe		0,002										0,009								
Homme (ref.)	394		23,8	1		16,1	1			350		26,2	1			13,0	1			
Femme	423		34,6	1,62	[1,15-2,27]	0,005	16,9	1,16	[0,78-1,72]	0,459	432		36,6	1,41	[0,99-2,01]	0,051	10,3	0,82	[0,50-1,33]	0,435
Age		0,027									0,010									
18-34 ans (ref.)	219		35,0	1		16,1	1			219		36,0	1			11,0	1			
35-49 ans	273		31,8	0,95	[0,62-1,46]	0,835	17,5	1,08	[0,64-,83]	0,757	250		33,0	0,88	[0,57-1,36]	0,588	8,5	0,63	[0,32-1,23]	0,180
50-64 ans	241		23,3	0,67	[0,42-1,07]	0,096	14,8	0,85	[0,48-,48]	0,571	223		31,5	1,02	[0,64-1,61]	0,926	13,0	0,99	[0,52-1,87]	0,981
65 ans et plus	84		20,0	0,50	[0,25-0,99]	0,047	19,3	0,83	[0,40-,73]	0,630	90		15,0	0,43	[0,21-0,88]	0,022	19,0	0,94	[0,43-2,07]	0,889
Conditions de travail		0,026									ns									
Actifs à l'extérieur du domicile (ref.)	195		22,2	1		15,7	1			291		32,3	1			9,2	1			
Inactifs, chômeurs, chômage partiel, arrêt de travail	501		29,7	1,55	[1,01-2,40]	0,046	16,9	1,31	[0,80-2,15]	0,271	391		30,7	1,11	[0,76-1,63]	0,571	13,4	1,43	[0,82-2,49]	0,199
Actifs en télétravail	121		38,6	2,25	[1,28-3,94]	0,004	16,1	1,17	[0,59-2,31]	0,641	100		34,0	1,01	[0,59-1,74]	0,947	11,3	1,25	[0,57-2,73]	0,573



Parent d'enfant de 16 ans ou moins		ns									0,015								
Non (ref.)	532		27,0	1			17,1	1		512		28,8	1			13,6	1		
Oui	285		33,4	1,05	[0,72-1,55]	0,771	15,4	0,94	[0,59-1,50]	0,812	270	37,0	1,16	[0,80-1,68]	0,405	7,9	0,75	[0,42-1,34]	0,345
Diplôme		0,002									ns								
<Bac (ref.)	307		27,4	1			11,8	1		283		32,6	1			11,4	1		
Bac	215		24,7	1,09	[0,70-1,69]	0,693	20,9	1,93	[1,16-3,22]	0,011	209	30,6	0,82	[0,53-1,26]	0,382	9,5	0,84	[0,45-1,57]	0,596
>Bac	295		34,6	1,67	[1,11-2,50]	0,013	18,3	1,99	[1,21-3,30]	0,007	290	31,6	0,94	[0,62-1,42]	0,782	13,4	1,17	[0,68-2,03]	0,562
Anxiété (HAD)		<0,001									<0,001								
Absence d'anxiété (ref.)	428		20,9	1			18,6	1		435		21,7	1			12,7	1		
Anxiété probable	188		33,2	1,56	[1,01-2,40]	0,041	13,1	0,79	[0,46-1,35]	0,399	169	33,0	1,64	[1,07-2,50]	0,021	13,0	1,41	[0,80-2,48]	0,228
Anxiété certaine	201		43,0	2,19	[1,38-3,47]	0,001	15,4	1,25	[0,70-2,22]	0,439	178	55,1	2,82	[1,81-4,39]	<0,001	7,3	1,13	[0,54-2,34]	0,742
Dépression (HAD)		<0,001									<0,001								
Absence de dépression (ref.)	413		21,2	1			18,5	1		500		23,0	1			12,9	1		
Dépression probable	208		35,1	1,40	[0,91-2,16]	0,122	14,6	0,91	[0,53-1,54]	0,738	158	43,4	1,79	[1,17-2,73]	0,007	11,6	1,11	[0,60-2,06]	0,716
Dépression certaine	196		39,8	1,77	[1,11-2,82]	0,015	16,5	1,04	[0,59-1,85]	0,875	124	51,1	1,89	[1,17-3,08]	0,009	6,2	0,69	[0,29-1,64]	0,408

HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; aRRR ratio de risques relatifs ajusté ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale.

¹p-value : p-value du ratio du risque relatif



Tableau IV : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation d'alcool par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariable (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

	Vague avril (V2 et V5)										Vague mai (V7 et V8)										
	N=2708										N=2800										
	Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution					
	n brut	p-value Chi-2	% pondéré	aRRR	IC	p-value ¹	% pondéré	aRRR	IC	p-value ¹	n brut	p-value Chi-2	% pondéré	aRRR	IC	p-value ¹	% pondéré	aRRR	IC	p-value ¹	
Sexe		ns										<0,001									
Homme (ref.)	1449		12,5	1			24,6	1			1445		11,4	1			22,8	1			
Femme	1259		14,3	0,97	[0,76-1,24]	0,818	25,2	0,924	[0,76-1,11]	0,413	1355		15,2	1,01	[0,79-1,29]	0,927	25,7	0,96	[0,79-1,16]	0,718	
Age		<0,001										<0,001									
18-34 ans (ref.)	570		18,9	1			34,8				542		19,2	1			32,5	1			
35-49 ans	716		18,8	0,7	[0,51-0,98]	0,032	20,4	0,46	[0,38-0,67]	<0,001	712		18,5	0,78		0,133	21,2	0,58	[0,43-0,77]	<0,001	
50-64 ans	721		10,2	0,46	[0,31-0,66]	<0,001	24,3	0,47	[0,42-0,73]	<0,001	779		10,9	0,5		<0,001	23,3	0,53	[0,40-0,70]	<0,001	
65 ans et plus	701		5,9	0,23	[0,13-0,33]	<0,001	20,9	0,3	[0,28-0,54]	<0,001	767		5,5	0,21		<0,001	20,8	0,38	[0,28-0,52]	<0,001	
Taille d'agglomération		0,001										0,016									
<100 000 habitants (ref.)	1454		12,3	1			22,7				1489		12,5	1			22,4	1			
>=100 000 habitants	1254		14,5	1,31	[1,0-1,65]	0,029	27,4	1,31	[1,04-1,53]	0,005	1311		14,0	1,1	[0,87-1,40]	0,85	26,2	1,17	[0,97-1,41]	0,087	
Conditions de travail		<0,001										<0,001									
Actifs à l'extérieur du domicile (ref.)	567		14,7	1		0,082	20,9	1			919		14,7	1			22,5	1			
Inactifs, chômeurs, chômeurs partiel, arrêt travail	1689		11,6	1,32	[0,96-1,81]	0,082	26,5	1,63	[1,26-2,12]	<0,001	1457		10,8	1,25	[0,92-1,68]	0,142	24,6	1,26	[0,98-1,61]	0,061	
Actifs en télétravail	452		18,1	1,35	[0,93-1,96]	0,104	23,7	1,25	[0,9-1,72]	0,163	424		18,3	1,34	[0,96-1,87]	0,082	26,2	1,2	[0,90-1,60]	0,212	
Diplôme		0,046										0,041									



<Bac (ref.)	713		10,8	1		23,2	1			751		10,1	1		23,4	1				
Bac	672		13,3	1,23	[0,86-1,76]	0,242	26,7	1,09	[0,84-1,42]	0,487	611		14,3	1,23	[0,86-1,76]	0,239	23,7	1,01	[0,77-1,32]	0,925
>Bac	1323		14,8	1,34	[0,97-1,85]	0,07	24,8	1,07	[0,84-1,36]	0,536	1438		14,4	1,36	[0,99-1,87]	0,055	24,8	1,07	[0,84-1,35]	0,553
Vit seul		0,009										0,043								
Non (ref.)	2115		13,7	1			23,5	1			2178		13,6	1			23,1	1		
Oui	593		12,1	1,26	[0,91-1,74]	0,15	29,7	1,31	[1,05-1,65]	0,017	622		11,8	1,01	[0,73-1,36]	0,985	27,9	1,22	[0,98-1,53]	0,072
Parent d'enfant de 16 ans ou moins		<0,001										<0,001								
Non (ref.)	1953		10,4	1			26,3	1			2067		11	1			25,1	1		
Oui	755		20,8	1,54	[1,11-2,1]	0,006	21,1	0,88	[0,68-1,13]	0,335	733		19,3	1,16	[0,87-1,56]	0,299	21,5	0,85	[0,66-1,09]	0,209
Situation financière perçue		0,019										0,009								
Bonne situation financière (ref.)	1581		13,3	1			23,6	1			1616		11,9	1			23,4	1		
C'est juste	683		12,0	0,66	[0,48-0,89]	0,007	24,6	0,95	[0,76-1,20]	0,713	752		14	1,04	[0,78-1,38]	0,754	23,5	0,93	[0,75-1,17]	0,575
Situation financière très difficile	444		15,5	0,89	[0,63-1,27]	0,525	29,7	1,27	[0,97-1,66]	0,079	432		16,7	1,08	[0,77-1,52]	0,635	27,8	1,12	[0,85-1,46]	0,411
Anxiété (HAD)		<0,001										<0,001								
Absence d'anxiété (ref.)	1660		9,8	1			25,5	1			1830		10,4	1			23,4	1		
Anxiété probable	549		16,0	1,44	[1,02-1,93]	0,023	26,1	0,99	[0,77-1,27]	0,713	529		15,4	1,23	[0,90-1,68]	0,183	24,6	1,01	[0,79-1,29]	0,911
Anxiété certaine	499		21,9	1,63	[1,13-2,25]	0,005	21,3	0,8	[0,59-1,07]	0,14	441		22,4	1,68	[1,19-2,36]	0,003	26,4	1,05	[0,78-1,41]	0,736
Dépression (HAD)		<0,001										<0,001								
Absence de dépression (ref.)	1626		9,7	1			24,0	1			1975		10,3	1			22,3	1		
Dépression probable	606		17,0	1,59	[1,19-2,21]	0,003	28,0	1,25	[0,99-1,59]	0,058	495		18,8	1,75	[1,28-2,39]	<0,001	28,8	1,51	[1,17-1,95]	0,001
Dépression certaine	476		21,1	1,87	[1,39-2,81]	<0,001	23,7	1,12	[0,84-1,51]	0,418	330		22,4	2,02	[1,40-2,91]	<0,001	28,0	1,56	[1,13-2,13]	0,006

HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; aRRR ratio de risques relatifs ajustés ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale. ¹ p-value : p-value du ratio du risque relatif.

RECHERCHE

Prise en charge des patients Korsakoff de moins de 60 ans. Perception des professionnels de santé du GHT de l'Artois

Christian Lebecq ^{1,2}, Anne-Lise Pitel ^{3,4}, Nicolas Cabé ^{3,5}, François Puisieux ⁶, Agnès Wynen ², Claude Sabre ⁶, Delphine Grynberg ^{4,7,*}

¹ Université de Lille, Lille, France

² Groupement Hospitalier de Territoire de l'Artois, France

³ Normandie Univ, UNICAEN, PSL Université de Paris, EPHE, INSERM, U1077, CHU de Caen, GIP Cyceron, Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine, 14000 Caen, France

⁴ Institut Universitaire de France, Paris, France

⁵ Service d'Addictologie, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, 14000 Caen, France

⁶ Université de Lille, CHU de Lille, Lille, France

⁷ Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

* Correspondance : Delphine Grynberg, Laboratoire SCALab, Université de Lille, Domaine universitaire du Pont de Bois, BP 149 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex, France - delphine.grynberg@univ-lille.fr

Résumé : Contexte : Le parcours et la prise en charge des patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff (SK) sont souvent considérés comme complexes par les équipes soignantes. De plus, le jeune âge des patients (souvent moins de 60 ans) et les troubles psycho-comportementaux associés à la maladie rendent difficile la recherche de solutions d'hébergement adéquat. L'objectif de l'étude est donc de recueillir la perception des équipes soignantes hospitalières concernant la complexité de la prise en charge, du parcours et du devenir des patients SK de moins de 60 ans. Méthode : Cette enquête a été menée sur le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Artois auprès de 121 professionnels de santé. Résultats : Les professionnels interrogés étaient peu satisfaits du parcours, de la prise en charge, de la coordination et du devenir des patients SK. De plus, comparativement aux patients SK de plus de 60 ans, les professionnels rapportent une prise en charge encore plus complexe pour les patients de moins de 60 ans, des séjours encore plus longs et peu de solution d'hébergement adéquat. Discussion : Cette étude souligne la nécessité de développer des parcours formalisés et adaptés pour les patients SK, en particulier ceux âgés de moins de 60 ans.

Abstract : Background: The management and care of patients suffering from Korsakoff syndrome (KS) are often considered complex by healthcare teams. Furthermore, the relatively young age of patients (often under 60 years) and the psycho-behavioral disorders associated with the disease make it challenging to find suitable housing solutions. The aim of the study is to gather the perceptions of hospital healthcare teams regarding the complexity of managing, the trajectory, and the outcomes of KS patients under 60 years old. Method: This survey was conducted within the Artois Territorial Hospital Group (GHT) among 121 healthcare professionals. Results: The surveyed professionals expressed low satisfaction with the trajectory, care, coordination, and outcomes of KS patients. Furthermore, in comparison to KS patients over 60 years old, professionals reported an even more complex care process for patients under 60 years old, longer hospital stays, and a shortage of suitable housing solutions. Discussion: This study emphasizes the need to develop formalized and tailored care pathways for KS patients, especially those under the age of 60.

Mots-clés : Syndrome de Korsakoff ; Parcours de Soins ; Coordination

Key-words : Korsakoff Syndrome; Care Pathway; Coordination

1. INTRODUCTION

Le syndrome de Korsakoff (SK) est la conséquence d'une carence en thiamine (vitamine B1) le plus souvent dans un contexte d'alcoolisation chronique et excessive (1). Il se développe classiquement des suites d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Chez les patients souffrant d'une encéphalopathie de Gayet Wernicke, un traitement par injection de thiamine peut permettre une évolution favorable si la thiamine est administrée dans les heures, voire les quelques jours qui suivent (2). Toutefois, si le traitement est tardif, le patient peut décéder ou la récupération peut n'être que partielle, laissant place à un SK. Les lésions cérébrales observées dans le SK, décrites comme irréversibles, concernent les corps mamillaires, les noyaux dorso-médians et antérieurs du thalamus, le trigone, et le gyrus cingulaire (3).

Le SK est caractérisé par une amnésie antérograde et rétrograde, une perte des repères temporels et spatiaux, des confabulations, des fausses reconnaissances et une anosognosie (4, 5). Des troubles des fonctions exécutives, du comportement, de l'équilibre et de la marche peuvent aussi être observés. Les Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool (TCLA) comprennent l'ensemble des troubles cognitifs induits par la consommation d'alcool. Ils peuvent être catégorisés en troubles légers, modérés ou sévères. Le diagnostic de SK correspond à celui de trouble neurocognitif majeur lié à l'alcool, persistant et de type confabulatoire (DSM-5 ; (6)). Les troubles cognitifs, en l'occurrence l'amnésie, sont suffisamment sévères pour interférer avec le fonctionnement en vie quotidienne. Le diagnostic repose donc sur un examen clinique, un bilan neuropsychologique afin d'évaluer la sévérité des troubles cognitifs et, en particulier, de la mémoire épisodique, et une imagerie cérébrale afin de vérifier la compatibilité des lésions cérébrales avec le diagnostic et l'absence d'autres étiologies expliquant l'amnésie (e.g., traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral). Afin de poser le diagnostic de SK, des troubles mnésiques sévères doivent persister malgré une abstinence d'idéalement 3 mois et de minimum 1 mois (i.e. une récupération chez les patients présentant un trouble sévère de l'usage d'alcool peut déjà apparaître après cette période). De plus, ces troubles doivent être présents malgré le contrôle des éventuelles comorbidités psychiatriques associées et de l'état nutritionnel.

Concernant la prévalence du SK en France, les seuls chiffres disponibles proviennent du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de la région de Bourgogne (1 642 687 habitants en 2013, chiffres INED) qui indique que 135 patients souffrant de TCLA sévères ont été hospitalisés en 2013 dans les services de Médecine, Chirurgie, et Obstétrique (MCO), les centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou de psychiatrie (7). Ces données épidémiologiques contrastaient avec les réponses des soignants interrogés dans la cadre de cette même enquête. En effet, ceux-ci estimaient que 2 000 personnes (c'est-à-dire environ 15 fois plus que les chiffres du PMSI) étaient concernées par des TCLA jugés comme « invalidants » (probablement synonymes de « sévères ») en incluant potentiellement les patients SK. Selon les auteurs, cette discordance entre les chiffres rapportés par les soignants et ceux obtenus par l'étude PMSI pourrait être liée à la complexité de l'évaluation et du codage de la sévérité des TCLA et la difficulté de la spécificité sémiologique du SK (8).

La prise en charge des patients atteints de SK est souvent considérée comme complexe par les soignants et requiert une intervention médicale, neuropsychologique et sociale. Au niveau médical, les traitements initiaux (pour une encéphalopathie de Gayet Wernicke ou SK), consistent en l'administration de vitamine B1 (thiamine) souvent par voie intra-veineuse, une renutrition, un rééquilibrage alimentaire et une prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques (9). De plus, il est recommandé que l'abstinence d'alcool soit impérative dans ce cadre, au regard de la grande vulnérabilité des patients. Au niveau neuropsychologique, l'objectif sera de favoriser une autonomie relative grâce à l'adaptation de l'environnement, la stimulation cognitive (e.g., activités de la vie quotidienne) et la remédiation cognitive. La prise en charge sociale est fonction de la qualité du support social (e.g., situation familiale, logement, habitudes de vie).

Concernant le parcours de santé du patient SK, celui-ci est volontiers considéré comme l'archétype du parcours complexe. Selon la Loi de modernisation du système de santé de 2016, un parcours de santé est dit complexe lorsque l'intervention de plusieurs professionnels est peu fluide et lorsqu'il n'y a aucune solution pour orienter le patient dans un délai adéquat. Le parcours de santé du patient SK est encore plus complexe quand il s'agit



d'un patient de moins de 60 ans. En effet, l'âge du patient SK est décisif quant à son orientation. Par exemple, une des conditions pour être admis en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou dans une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) est d'être âgé d'au moins soixante ans. Pourtant, la majorité des patients SK se déclarent entre 45 et 65 ans, comme indiqué par la haute prévalence de patients de moins de 60 ans dans l'étude sur la prévalence du SK à La Haye, aux Pays-Bas (10). Ce constat avait déjà été effectué par Corneloup et ses collaborateurs (7) qui soulignaient la difficulté de trouver une structure adaptée pour les personnes TCLA de moins de 60 ans. De plus, le nombre d'établissements spécifiques aux patients SK est encore trop faible sur le territoire (e.g., Maison Vauban à Roubaix), soulignant le peu de solutions pour les patients SK de moins de 60 ans.

Vignette clinique

Mme V est une patiente âgée de 53 ans et souffre d'un trouble sévère d'utilisation d'alcool depuis 25 ans. Elle est célibataire, sans enfant, vit chez sa mère (mais celle-ci décèdera durant l'hospitalisation) et a deux sœurs. Elle travaille en tant que caissière et aide à domicile.

Concernant son parcours, Mme V est d'abord arrivée aux urgences pour altération de l'état général, troubles du comportement, troubles cognitifs et éthylisme. Elle y reste 2 jours et est ensuite transférée dans le service de médecine polyvalente, dans lequel elle reste 39 jours. La prise en charge se poursuit en SSR, pour une durée de 75 jours, suivi d'un passage de 6 jours en psychiatrie pour comportements agressifs.

Après cette courte hospitalisation, Mme V retourne au SSR pour 260 jours.

Au niveau cognitif, elle présente une désorientation temporo-spatiale, une apathie, un oubli à mesure, des confabulations et fausses reconnaissances. L'IRM montre une atrophie hippocampique. Elle peut présenter des déambulations avec risque de fugue. Elle est cependant indépendante pour les activités élémentaires de la vie quotidienne.

C'est durant le séjour au SSR que le diagnostic de SK a été posé du fait de la persistance des troubles. Concernant le devenir de la patiente, plusieurs démarches sont entreprises lors de ce séjour afin de trouver un hébergement pérenne. Après 6 échecs d'orientation (e.g., foyer, famille d'accueil), elle sera finalement acceptée dans une famille d'accueil 382 jours après son entrée aux urgences, c'est-à-dire après plus d'un an.

Malgré les difficultés rencontrées sur le terrain et comme illustré par la vignette clinique, aucune étude n'a, à notre connaissance, examiné le parcours des patients SK, qu'ils aient plus ou moins de 60 ans. Les seules données disponibles concernent les patients avec TCLA « invalidants » (incluant des patients SK) en Bourgogne et Franche-Comté (7). Plus précisément, ces données proviennent d'une enquête menée auprès de 107 structures sanitaires (dont 97 répondants) qui révèle que malgré une évaluation régulière des symptômes, la prise en charge de ces patients était jugée comme difficile et associée à peu de solutions adéquates d'hébergement. L'étude avait également montré que les professionnels étaient en attente de formation.

L'objectif principal de cette étude est donc de recueillir la perception des équipes soignantes hospitalières concernant la complexité de la prise en charge, du parcours et du devenir des patients SK de moins de 60 ans. D'ailleurs, cet objectif rejoint une des stratégies du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) pour 2018-2023, dont un des buts est « de mener une étude visant à parfaire la connaissance des parcours de vie des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff ».

2. METHODE

Cette étude est une enquête descriptive réalisée par auto-questionnaire auprès des équipes soignantes des centres hospitaliers de Lens, Béthune, La Bassée et Hénin Beaumont qui composent le Groupement Hospitalier de Territoire de l'Artois.

2.1 L'outil

La première partie du questionnaire (e.g., connaissance de la pathologie) était à destination de tous les professionnels. La seconde partie était uniquement destinée aux professionnels ayant déjà pris en charge des patients SK. Cette partie avait pour objectif d'évaluer leur perception et leur satisfaction concernant la qualité de la prise en charge et du devenir du patient. Le questionnaire était disponible en ligne uniquement (serveur LimeSurvey) et prenait environ 20 minutes à compléter. Le questionnaire comportait plusieurs parties : le profil des participants, la connaissance de la pathologie, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge durant l'hospitalisation, le parcours de soins, le devenir des patients et les perspectives (propositions d'axes d'amélioration). Le questionnaire comprenait des questions fermées (choix multiples, échelle de Likert) et quelques questions ouvertes (par exemple, les caractéristiques d'un lieu d'accueil idéal et à long terme pour les patients porteurs du syndrome de Korsakoff).

2.2 Participants

L'enquête avait pour but d'évaluer la perception et la connaissance qu'ont les soignants du SK qu'ils aient ou non pris en charge les patients SK, ainsi que leur degré de formation dans le domaine. Dès lors, tout le personnel soignant du GHT a été invité à répondre à l'enquête.

2.3 Procédure

Après vérification auprès des services informatiques de la faisabilité technique de la démarche (accessibilité vérifiée du lien de LimeSurvey), le service communication du GHT a diffusé le questionnaire à l'ensemble des adresses email du GHT de l'Artois et a proposé un accès au questionnaire via l'intranet des différents centres hospitaliers afin que les agents n'ayant pas d'adresse email puissent y accéder. Une note d'information avait été affichée à ce sujet dans les différentes unités par l'encadrement de proximité. Le questionnaire a été mis en ligne le 24 Avril 2019 et arrêté le 24 Juin 2019 (CNIL : n°2019-49, démarche effectuée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Lille). L'anonymisation des questionnaires fut assurée aux participants. Enfin, en cliquant sur le bouton "suivant" de l'enquête en ligne, les participants confirmaient qu'ils avaient pris connaissance de leurs droits (consentement de non-opposition) et qu'ils acceptaient de participer à l'étude.

3. RESULTATS

3.1 Profils et connaissances générales

3.1.1 Profil des participants

Tranche d'âge										
	18-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60		N
Nombre (%)	6 (5,00%)	17 (14,00%)	15 (12,40%)	17 (14,05%)	20 (16,52%)	21 (17,40%)	20 (16,50%)	5 (4,13%)		121
Profession										
	Infirmier d'unité de soins	Médecin	Assistant social	Cadre	Psychologues	Infirmier coordinateurs	Professeur en APA	Autres*		N
Nombre (%)	33 (27,30%)	25 (20,70%)	15 (12,40%)	13 (10,70%)	9 (7,40%)	9 (7,40%)	5 (4,10%)	12 (10%)		121
Unité/service ***										
	Addictologie	SSR	Psychiatrie	EHPAD	Court séjour Gériatrique	Neurologie	Gastro-entérologie	Médecine Polyvalente	Autres**	N
Nombre (%)	25 (20,70%)	20 (16,50%)	17 (14,00%)	14 (11,60%)	13 (10,70%)	10 (8,30%)	10 (8,30%)	9 (7,40%)	14 (11,50%)	121
Centre hospitalier***										
	Hénin Beaumont		Lens		Béthune		La Bassée			N
Nombre (%)	66 (55%)		40 (33%)		11 (9%)		6 (5%)			121

Tableau 1 : Profil des participants

Note. APA : activité physique adaptée ; * ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, aide-soignant, agent de service hospitalier, secrétaire médicale, responsable qualité, adjoint des cadres, animateur coordinateur. ** Hématologie, médecine Interne, soins palliatif, urgences, et unité de soins de longue durée. *** Certains professionnels travaillent dans plusieurs unités et dans plusieurs centres hospitaliers.

Sur les 5600 salariés (personnel médical (n=550), soignant (n=3950), administratif et technique (n=1100)) du GHT, 191 se sont connectés au site (taux de participation = 3,41 %). Sur ces 191 personnes, 121 personnes ont complété la première partie et 75 d'entre eux ont répondu aussi à la seconde partie. Les données de la première partie seront donc basées sur un échantillon de 121 et celles de la seconde sur 75.

Sur les 121 participants (74,40% de femmes), la majorité des participants avaient entre 26 et 55 ans et avaient une ancienneté de M=10,28 ans (ET=7,95, Min=0,17 ; Max=32) dans l'unité (ou dans l'établissement s'ils n'étaient pas rattachés à un service en particulier (Tableau 1). Sur les participants ayant complété la première partie de l'enquête, il y avait une majorité d'infirmiers d'unité de soins, suivi des médecins et des assistants sociaux. Les répondants exerçaient principalement en addictologie, soins de suite et réadaptation (SSR), et psychiatrie.

3.1.2 La connaissance de la pathologie

<i>Connaissez-vous les critères diagnostiques du SK ?</i>						
Réponses	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
Nombre (%)	11 (9,10%)	33 (27,30%)	61 (50,40%)	16 (13,20%)	121	
<i>Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour prendre en charge ces patients ?</i>						
Réponses	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
Nombre (%)	30 (24,80%)	54 (44,63%)	32 (26,44%)	5 (4,13%)	121	
<i>Selon vous, quelles caractéristiques sont souvent associées à ces patients ?</i>						
Réponses	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
L'isolement social	1 (0,84%)	15 (12,61%)	45 (37,82%)	58 (48,74%)	2	119
La précarité	5 (4,27%)	24 (20,51%)	38(32,48%)	50 (42,74%)	4	117
La marginalisation	11 (9,40%)	26 (22,22%)	37 (31,62%)	43 (36,75%)	4	117
La polyopathie	5 (4,46%)	29 (25,89%)	48 (42,86%)	30 (26,79%)	9	112
Dépression	11 (9,73%)	40 (35,40%)	38 (33,63%)	24 (21,24%)	8	113
Plus de 60 ans	30 (26,09%)	52 (45,22%)	22 (19,13%)	11 (9,57%)	6	115
<i>Quels sont la(les) cause(s) possible(s)?</i>						
	Nombre (%)				N	
Consommation excessive d'alcool	115 (95,00%)				121	
Manque de thiamine/vitamine B1	97 (80,20%)				121	
Dénutrition	57 (47,10%)				121	
Complication de sevrage	37 (30,60%)				121	
Traumatisme crânien	10 (8,30%)				121	
Ne sais pas	4 (3,30%)				121	
Autre (anorexie, tumeur cérébrale, herpès)	4 (3,30%)				121	
<i>Quels sont le(s) traitement(s) possible(s)?</i>						
	Nombre (%)				N	
Administration de thiamine/vitamine B1	98 (81,00%)				121	
Traitement médicamenteux	49 (40,50%)				121	
Aucun	14 (11,60%)				121	
Psychothérapie	47 (38,80%)				121	
ne sais pas	10 (8,30%)				121	
Autre	22 (18,20%)				121	
Autre dont remédiation cognitive	13 (10,70%)				121	
<i>Veillez cocher la(les) réponse(s) qui vous semble(nt) correcte(s) concernant l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et le SK</i>						
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est un trouble aigu	73 (60,30%)				121	
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est un trouble chronique	18 (14,90%)				121	
Le syndrome de Korsakoff est un trouble aigu	9 (7,40%)				121	
Le syndrome de Korsakoff est un trouble chronique	92 (76,00%)				121	
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke précède le syndrome de Korsakoff	74 (61,20%)				121	
Le syndrome de Korsakoff précède l'encéphalopathie de Gayet Wernicke	3 (2,50%)				121	
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est réversible	77 (63,60%)				121	
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est irréversible	12 (9,90%)				121	
Le syndrome de Korsakoff est réversible	9 (7,40%)				121	
Le syndrome de Korsakoff est irréversible	103 (85,10%)				121	
Ne sais pas	10 (8,30%)				121	
Autre	3 (2,5%)				121	

Tableau 2 : Connaissance de la pathologie

Note. * : le pourcentage est basé sur les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas »

Comme indiqué dans le Tableau 2, les professionnels rapportaient que les critères diagnostiques sont peu à plutôt connus, et qu'ils se sentaient peu formés pour prendre en charge les patients SK. En termes d'étiologie, la grande majorité des participants rapportait une bonne connaissance des causes les plus habituelles (ou en tout cas le contexte de la maladie): une consommation excessive d'alcool, un manque de thiamine/vitamine B1, et le rôle de la dénutrition.

Parallèlement, les professionnels ont une bonne connaissance des traitements (administration de thiamine/vitamine B1) et accordent une place importante à l'aspect psychologique (psychothérapie et remédiation cognitive).

3.2 Parcours de santé

3.2.1 La prise en charge

<i>Quels sont les signes cliniques que vous rencontrez chez ces patients ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systématiquement	Ne sais pas	N*
Amnésie antérograde	0	0	35 (46,70%)	40 (53,30%)	1	75
Anosognosie	0	3 (4,10%)	28 (38,40%)	42 (57,50%)	3	73
Perte des repères temporels et spatiaux	0	1 (1,30%)	36 (48,00%)	38 (50,70%)	1	75
Troubles des fonctions exécutives	0	6 (8,50%)	38 (53,50%)	27 (38,00%)	5	71
Changement de personnalité	0	17 (23,30%)	38 (52,10%)	18 (25,70%)	3	73
Ataxie	2 (2,60%)	21 (27,60%)	35 (46,10%)	18 (23,70%)	0	76
Fausse reconnaissance	6 (8,80%)	12 (17,60%)	18 (47,10%)	68 (26,50%)	8	68
Confabulations	4 (5,90%)	19 (27,90%)	28 (41,20%)	17 (25,00%)	8	68
Amnésie rétrograde	11 (15,50%)	28 (39,40%)	20 (28,20%)	12 (16,90%)	5	71
<i>La prise en charge de ces patients mobilise-t-elle plus d'effectifs-énergie que pour d'autres patients ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	5 (7,20%)	11 (15,90%)	19 (27,50%)	34 (49,30%)	7	69
Moins 60 ans	3 (4,50%)	3 (4,50%)	21 (31,30%)	40 (59,70%)	9	67
<i>La prise en charge de ces patients mobilise-t-elle plus de temps que pour d'autres patients ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	6 (8,60%)	14 (20,00%)	19 (27,10%)	31 (44,30%)	6	70
Moins 60 ans	4 (5,90%)	7 (10,30%)	17 (25,00%)	40 (58,80%)	8	68
<i>Par rapport à votre expérience directe avec le patient, la prise en charge est-elle complexe au niveau social ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
Réponse	0	4 (5,30%)	21 (31,60%)	48 (63,20%)	76	
<i>La complexité de la prise en charge au niveau social est-elle plus marquée chez les patients SK par rapport aux autres patients ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
Réponse	3 (3,90%)	6 (7,90%)	26 (34,20%)	41 (53,80%)	76	
<i>Quelles difficultés rencontrez-vous au niveau de l'aspect social ?</i>						
					Nombre (%)	N
Aucun étayage familial / isolement social					63 (82,90%)	76
Élaboration des démarches sociales pour l'aval					61 (80,30%)	76
Réalisation du recueil de données (peu d'informations, peu de documents administratifs)					61 (80,30%)	76
Incurie (pas de domicile ou domicile inadéquat)					52(68,40%)	76

Problème de ressources financières		51 (67,10%)		76		
Autre (e.g., âge des patients ; hébergement)		7 (9,20%)		76		
Par rapport à votre expérience directe avec le patient, la prise en charge est-elle complexe au niveau comportemental						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
	2 (2,60%)	9 (11,80%)	33 (43,40%)	32 (42,10%)	76	
La complexité de la prise en charge au niveau comportemental est-elle plus marquée chez les patients SK par rapport aux autres patients ?						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	N	
	4 (5,30%)	18 (23,70%)	27 (35,50%)	27 (35,50%)	76	
Quels troubles du comportement rencontrez-vous le plus fréquemment?						
				Nombre (%)	N	
Patient confus				66 (86,80%)	76	
Problème d'hygiène				56 (73,70 %)	76	
Patient agressif / irritable				51 (67,10%)	76	
Questions itératives/répétées				47 (61,80%)	76	
Fugues				46 (60,50%)	76	
Patient désinhibé				40 (52,60%)	76	
Patient apathique				24 (31,60 %)	76	
Comportement stéréotypé				23(30,30 %)	76	
Recherche d'alcool				20 (26,30%)	76	
Consommation compulsive de cigarettes				17(22,40 %)	76	
Potomanie				16 (21,10 %)	76	
Autre (amnésie, désorientation Temporo-spatiale , confabulation)				3 (3,90%)	76	
La complexité de la prise en charge au niveau d'un autre aspect est-elle plus marquée chez les patients SK par rapport aux autres patients ?						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas/ne s'applique pas	N*
Réponse	0	2 (7,70%)	3 (11,50%)	21 (80,80%)	50	26
<i>Propositions : Prise en charge médicale et paramédicale, manque structures d'aval, relation avec les autres patients, prise en charge de la famille, troubles cognitifs</i>						

Tableau 3 : Prise en charge

Note. * : le pourcentage représente les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas »

Concernant le nombre de prises en charge, les 76 répondants déclarent avoir pris en charge entre 1 à 200 patients SK tout au long de leur carrière (M=12,17 ; ET= 25,27 ; Médiane = 7). Relativement au nombre de patients SK de moins de 60 ans, la moyenne était de 7,99 (ET=20,38) avec une médiane à 3.

Comme indiqué dans le Tableau 3, les professionnels observent la plupart des symptômes cliniques chez les patients SK : l'oubli à mesure, l'Incapacité à créer de nouveaux souvenirs, la perte des repères temporels et spatiaux, les troubles exécutifs, et des changements de personnalité (irritabilité).

En terme d'impact du SK sur la prise en charge, la majorité des participants évoque une mobilisation plus importante d'effectif/énergie et de temps par rapport aux patients non SK, décrivent la prise en charge comme complexe au niveau social et comportemental. Un test de Wilcoxon indique que l'effet d'âge est significatif pour

ces variables. En effet, les patients de moins de 60 ans requièrent plus de temps ($Z=3,08$; $p=.002$) et plus d'énergie ($Z=2,83$; $p=.005$) que les patients de plus de 60 ans.

Au niveau social, on retrouvait trois difficultés majeures rencontrées par les soignants: l'élaboration des démarches sociales pour l'aval, la réalisation du recueil des données, et l'absence d'étayage familiale/isolement social. Au niveau comportemental, la confusion, des problèmes d'hygiène, et les attitudes agressives/d'irritabilité étaient mis en avant.

<i>Durant l'hospitalisation, avez-vous des contacts avec le médecin de ville / infirmier(ère) libéral(e) ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systematiquement	N	
Plus 60	34 (44,70%)	28 (36,80%)	11 (14,50%)	3 (3,90%)	76	
Moins 60	35 (46,10%)	26 (34,20%)	12 (15,80%)	3 (3,90%)	76	
<i>Le lien avec le médecin de ville/Infirmier(ère) libéral(e) pour la prise en charge de ces patients est-il globalement satisfaisant ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne s'applique pas	N*
Plus 60 ans	30 (50,00%)	18 (30,00%)	10 (16,70%)	2 (3,30%)	16	60
Moins 60 ans	30 (50,50%)	17 (28,30%)	11 (18,30%)	2 (3,30%)	16	60
<i>De manière générale, à quel point la famille (ou l'entourage proche) est-elle présente?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systematiquement	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	9 (12,50%)	46 (63,90%)	14 (19,40%)	3 (4,20%)	4	72
Moins 60 ans	9 (12,50%)	50 (69,40%)	12 (16,7%)	1 (1,40%)	4	72
<i>Si la famille (ou l'entourage proche) du patient SK est présente, est-elle incluse dans le projet de soins?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Fréquemment	Systematiquement	Ne sais pas	N*
Réponse	3 (4,50%)	10 (14,90%)	17 (25,40%)	37 (55,20%)	9	67
<i>La famille (ou l'entourage proche) du patient SK peut-elle bénéficier d'un soutien ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systematiquement	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	3 (4,40%)	16 (23,50%)	35 (51,50%)	14 (20,60%)	8	68
Moins 60 ans	3 (4,50%)	17 (25,80%)	33 (50,00%)	13 (19,70%)	10	66

Tableau 4 : Place des autres partenaires du territoire et de l'entourage

Note. * : le pourcentage représente les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas »

Concernant les liens avec les partenaires du territoire, ceux-ci étaient peu voire pas du tout existants durant l'hospitalisation que ce soit pour les patients SK de plus et moins de 60 ans (Tableau 4). De plus, les liens étaient jugés un peu voire pas du tout satisfaisants. Lorsque l'entourage était présent, ce qui était rarement le cas, celui-ci était plutôt voire systématiquement inclus dans le projet de soins.

3.2.2 Le parcours et séjour hospitalier

<i>En général, le diagnostic de SK était-il fixé avant l'arrivée dans votre unité ?</i>						
	Oui	Non	Ne sais pas – pas de réponse		N*	
	36 (63,15%)	21 (36,85%)	19		57	
<i>A quel point les informations transmises par l'unité d'amont correspondent-elles au profil clinique du patient ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas – pas de réponse	N*
	5 (10,87%)	15 (32,60%)	20 (43,48%)	6 (13,05%)	30	46
<i>Sur base de quel(s) outil(s) ce diagnostic est-il généralement posé?</i>						

		Nombre (%)	N			
Evaluation par un médecin		49 (64,50%)	76			
Bilan neuropsychologique		34 (44,70%)	76			
Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM)		32 (42,10%)	76			
Ne sais pas		11 (14,50%)	76			
Autre		1 (1,30%)	76			
En général, quelle était la durée moyenne de séjour (DMS) de ces patients ?						
		Moyenne (ET) ; Médiane ; Min-Max	N			
Plus 60 ans		71,73 (110,37) ; 40 ; 2-700	45			
Moins 60 ans		94,87 (101,05) ; 45 ; 3-365	46			
Sur la durée totale de séjour, quelle est la durée moyenne de séjour de ces patients après que l'aspect médical ait été résolu? (jours)						
		Moyenne (ET) ; Médiane; Min-Max	N			
Plus 60 ans		47,28 (68,35) ; 25 ; 0-365	40			
Moins 60 ans		59,13 (67,79) ; 30 ; 3-300	39			
Par rapport aux autres patients de votre unité, la durée de séjour de ces patients est-elle plus longue ?						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas – pas de réponse	N*
Plus 60 ans	4 (7,40%)	3 (5,60%)	15 (27,80%)	32 (59,30%)	22	54
Moins 60 ans	2 (3,80%)	3 (5,80%)	8 (15,40%)	39 (75,00%)	24	52
					Nombre (%)	N
Plus de 60 ans: Cause principale		Sociale			24 (44%)	55
		Comportementale			25(45%)	55
		Autre			6 (11%)	55
Moins de 60 ans: Cause principale		Sociale			34 (62%)	55
		Comportementale			16 (29%)	55
		Autre			5 (9%)	55
DMS : chiffres du GHT 2017/2018						
		Plus de 60 ans	Moins de 60 ans			
MCO	Nombre de patients	53	21			
	Durée moyenne de séjour (DMS)	10,69	25,40			
	Borne Haute	100	59,67			
	Borne basse	1	10,33			
	Moyenne d'âge	68	55,67			
SSR	Nombre de patients	10	5			
	Durée moyenne de séjour (DMS)	78,77	88,50			
	Borne Haute	140,33	151,50			
	Borne basse	44,33	39,50			
	Moyenne d'âge	66,33	55,50			

Tableau 5 : Séjour hospitalier

Note. * : le pourcentage représente les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas »

En termes d'unités d'hébergement successives avant d'arriver dans leur service, 66% des professionnels indiquaient que les patients venaient d'autres unités, avec en moyenne 2,08 unités (ET=0,94 ; Min=0 ; Max=5).

Lorsque le patient arrivait dans leur unité, les informations transmises par l'unité d'amont correspondaient un peu, voire plutôt au profil clinique du patient. Il arrivait également que le diagnostic n'était pas posé. Par contre,

la majorité des professionnels connaissent les démarches diagnostiques (évaluation par un médecin, bilan neuropsychologique, ou IRM).

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) a été examinée en différenciant les patients de plus ou moins 60 ans (Tableau 5). Les moyennes de durée de séjour rapportées étaient élevées (entre 2 et 3 mois) et associées à de larges écart-types (DMS compris entre 2 et 700 jours). Bien que cela soit une tendance, les DMS des patients de moins de 60 ans tendaient à être évaluées comme plus grandes que les DMS des patients de plus de 60 ans de manière globale ($F(1, 43)=2,68, p=.11$) et après que le problème médical ait été résolu ($F(1, 37)=3,22, p=.08$). De plus, par rapport aux autres patients de l'unité, les professionnels rapportaient que les patients SK de moins de 60 ans restaient plus longtemps que les patients SK de plus de 60 ans ($Z=2,89 ; p=.004$). Les causes avancées pour les moins de 60 ans étaient plus d'ordre sociale, alors que pour les plus de 60 ans, elles étaient autant d'ordre social que comportemental. Cependant, la différence de fréquence des causes selon l'âge n'était pas significative ($\text{Chi}^2=3,79 ; p=.15$). Parallèlement aux déclarations des participants, les chiffres officiels du GHT pour l'année 2017-2018 confirment que les patients SK restent longtemps au sein des services MCO et SSR. De plus, les séjours de moins de 60 ans restent plus longtemps au sein de ces services que les patients de plus de 60 ans (MCO : 10,69 vs 25,40 jours ; SSR : 78,77 vs 88,50 jours).

3.2.3 Le devenir

<i>A quel point est-il difficile de trouver une solution adaptée pour le devenir de ces patients SK, par rapport aux autres patients ?</i>						
	Très difficile	Difficile	Facile	Très facile	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	23 (31,50%)	40 (54,80%)	10 (13,70%)	0	3	73
Moins 60 ans	57 (78,08%)	15 (20,55%)	1 (1,37%)	0	3	73
<i>Par rapport au devenir de ces patients SK, avez-vous des contacts avec les médecins / infirmier(ère) libéral(e) / hospitalisation à domicile / réseau / associations ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systématiquement	N	
Plus 60 ans	32 (42,10%)	28 (36,80%)	13 (17,10%)	3 (3,90%)	76	
Moins 60 ans	35 (46,10%)	28 (36,80%)	8 (10,50%)	5 (6,60%)	76	
<i>Si vous avez des contacts, ceux-ci ont-ils été globalement satisfaisants pour la gestion du devenir de ces patients SK ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne s'applique pas	N*
Réponse	17 (32,10%)	19 (35,80%)	14 (26,40%)	3 (5,70%)	23	53
<i>En général, quel est le devenir des patients SK à la sortie de votre unité ?</i>						
<i>Valeurs représentent la proportion des soignants interrogés qui ont expérimenté cette solution pour les patients SK</i>				Plus de 60 ans	Moins de 60 ans	N
Retour à domicile				33 (43,40%)	40 (52,60%)	76
Famille d'accueil				16 (21,10%)	23 (30,30%)	76
Autres unités de l'hôpital				17 (22,40%)	12 (15,80%)	76
En Belgique				8 (10,50%)	9 (1,80%)	76
EHPAD				52 (68,40%)	14 (18,40%)	76
SSR				24(31,60%)	22 (28,90%)	76
CSAPA				2 (2,60%)	4 (5,30%)	76
SAMSAH				3 (3,90%)	3 (3,90%)	76
LHSS/LAM				2 (2,60%)	3 (3,90%)	76
Maison Relais/Pensions de famille				9 (11,80%)	9 (11,80%)	76
FAM				9 (11,80%)	10 (13,20%)	76
MAS				3 (3,90%)	8 (10,50%)	76
Foyers logement				7(9,2%)	7 (9,20%)	76
Aucune autre solution (immédiate) que de maintenir le patient dans votre unité				9 (11,80%)	17 (22,40%)	76

Ne sais pas	4 (5,30%)	2 (2,603%)	76			
Autre	5 (6,6%)	5 (6,6%)	76			
A quel point la différence d'aides sociales (e.g., allocation) selon l'âge (> 60 ans vs < 60 ans) impacte-t-elle le devenir du patient SK < 60 ans »						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Réponse	5 (8,30%)	9 (15,00%)	20 (33,30%)	26 (43,30%)	16	60
Quels sont selon vous les autres freins spécifiques aux patients SK < 60 ans ?						
						Pourcentage des 113 propositions
Manque de structures, de moyens, de lits, d'orientation vers la Belgique, méconnaissance des structures existantes						36,69%
Isolement familial/social (entourage) – manque de soutien, démission des familles, fatigue des aidants						17,43%
Troubles du comportements et troubles cognitifs						13,76%
Âge						7,33%
Manque d'argent (coût de la prise en charge)						6,42%
Représentation/connaissance de la pathologie						6,42%
Délai de diagnostic et de traitement dossier- lourdeur administrative						6,42%
Prise en charge adaptée/multidisciplinaire						5,50%

Tableau 6 : Devenir des patients

Note. * : le pourcentage représente les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas ». EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, SSR : Soins de Suite et de Réadaptation, CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, LHSS/LAM : Lits Halte Soins Santé/Lits d'Accueil Médicalisés, FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé, MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

Les professionnels mentionnaient qu'il est difficile, voire très difficile de trouver une solution d'hébergement adaptée, principalement pour les patients ayant moins de 60 ans (vs plus de 60 ans) ($Z=5,58$; $p<.001$). De plus, ils rapportent qu'il n'y avait peu voire pas de rapport avec les acteurs du territoire concernant le devenir de ces patients et que les contacts, lorsqu'il y en avait, étaient peu satisfaisants, indépendamment de l'âge.

En termes des possibles solutions d'hébergement, le retour à domicile est la principale orientation d'amont pour les patients de moins de 60 ans suivi par les familles d'accueils, les SSR ou aucune solution. Pour les plus de 60 ans, une majorité des répondeurs citaient l'EHPAD bien que le retour à domicile et les SSR soient aussi fortement cités. Les patients de plus de 60 ans allaient plus en EHPAD que les patients de moins de 60 ans ($\chi^2= 38,67$; $p<.01$), qui eux avaient tendance à être plus souvent maintenus dans l'unité faute de solution ($\chi^2=2,97$; $p<.10$).

Concernant les freins, les professionnels sont plutôt voire tout à fait d'accord avec l'hypothèse que la différence d'aides sociales selon l'âge pouvait constituer un facteur impactant le devenir du patient. Concernant les autres freins spécifiques au devenir de ces patients, les professionnels mettent en avant le manque de structure, l'isolement social et les troubles comportementaux et cognitifs.

3.2.4 Un axe global

<i>La prise en charge de ces patients est-elle globalement satisfaisante ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	13 (18,60%)	27 (38,50%)	30 (42,90%)	0	6	70
Moins 60 ans	29 (41,40%)	22 (31,40%)	19 (27,20%)	0	6	70
<i>La coordination du parcours de ces patients tout au long de l'hospitalisation est-elle globalement satisfaisante ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Plus 60 ans	13 (18,60%)	31 (44,30%)	26 (37,10%)	0	6	70
Moins 60 ans	27 (39,10%)	24 (34,80%)	18 (26,10%)	0	7	69
<i>Quelles devraient être selon vous les caractéristiques d'un lieu d'accueil idéal et à long terme pour les patients SK ?</i>						
	Pourcentage des 130 propositions					
Personnel formé – en suffisance - équipe spécialisée – empathique	26,67%					
Prise en charge spécifique (ateliers, activités) et multidisciplinaire	26,67%					
Structure fermée, sécurisée, adaptée, chambres individuelles, surveillée	25,83%					
Structure spécifique au SK	10,00%					
Elargir les critères (surtout d'âge)	5,80%					
Maintien du lien social, familial et insertion professionnelle	4,00%					
<i>Quels types de professionnels seraient nécessaires pour une prise en soins plus efficace de ces patients ?</i>						
	Nombre (%)		N			
Assistants sociaux spécialisés	(79%)		76			
Praticiens hospitaliers spécialistes	(71%)		76			
Psychologues	(61%)		76			
Infirmiers coordinateurs	(61%)		76			
Coordinateurs parcours patient	(55%)		76			
Médiateurs administratifs	(32%)		76			
Directeurs d'appui	(17%)		76			
Autre (e.g., neuropsychologues, kinésithérapeutes, aide soignants, professeurs APA)	(21%)		76			
<i>Comment optimiser la fluidification de ces parcours ?</i>						
	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas	N*
Création de partenariats avec les structures en aval	0	1 (1,37%)	16 (21,92%)	56 (76,71%)	3	73
Aménagement structurel (lits dédiés / création de service de soins de suite et réadaptions "Korsakoff")	2 (2,74%)	3 (4,11%)	12 (16,44%)	56 (76,71%)	3	73
Formalisation de parcours patients spécifiques avec d'avantage de conventionnement	4 (5,71%)	5 (7,14%)	18 (25,71%)	43 (61,43%)	6	70
Changements de pratiques	1 (1,59%)	7 (11,11%)	23 (36,51%)	35 (55,56%)	10	63
Création de nouveaux métiers (exemple Infirmier coordinateur parcours patient)	5 (7,69%)	10 (15,38%)	20 (30,77%)	30 (46,15%)	11	65

Tableau 7 : Pistes d'amélioration d'hébergement et de prise en charge

Note. * : le pourcentage représente les réponses de l'échantillon ne comprenant pas les réponses « ne sais pas ».



Les résultats indiquent une différence significative entre les plus et les moins de 60 ans concernant la satisfaction de la prise en charge ($Z=3,19$ $p=.001$) et de la coordination ($Z=2,25$, $p=.024$). Pour les patients âgés de moins de 60 ans, les professionnels étaient peu voire pas du tout satisfaits de leur prise en charge et de la coordination alors que pour les patients de plus de 60 ans, les professionnels en étaient plutôt, voire un peu satisfaits.

En termes de pistes d'amélioration d'hébergement et de prise en charge, on retrouve comme hébergement idéal et permanent une structure fermée, spécifique, sécurisée, calme, adaptée aux troubles spatio-temporels et d'autonomie, avec des chambres individuelles. En termes de personnel, on retrouve la nécessité de personnel formé au SK, compréhensif et en nombre adéquat. La prise en charge devrait être variée, multidisciplinaire et permettre plus d'autonomie au patient. Lorsqu'on demandait spécifiquement le type de professionnels nécessaires pour une prise en soins plus efficiente de ces patients, on retrouve majoritairement les assistants sociaux et médecins spécialisés, des psychologues et des infirmiers coordinateurs.

La dernière question relative à l'optimisation de la fluidification de ces parcours révèle que les professionnels suggéraient de passer par la création de partenariats avec les structures en aval, la création de nouveaux métiers, l'aménagement structurel (lits dédiés / création de service de soins de suite et réadaptation "Korsakoff"), et la formalisation des parcours.

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels du GHT de l'Artois vis-à-vis de la prise en charge des patients SK de moins de 60 ans. Nous avons voulu sonder la perception qu'ont les professionnels côtoyant ces patients, afin de pouvoir mettre en évidence des freins, des points de ruptures potentiels et des leviers possibles.

Comme cela sera développé, l'enquête a permis de montrer que les professionnels rapportent prendre en charge de nombreux patients SK de moins de 60 ans. Concernant la complexité de la prise en charge et du parcours, l'étude a révélé que relativement aux patients de plus de 60 ans, les patients de moins de 60 ans ont selon les personnes interrogées une DMS allongée, principalement due aux difficultés sociales, et qu'ils nécessitent plus d'effectifs et de temps de la part de soignants. L'étude a aussi permis de montrer que les professionnels considèrent, pour ces patients en particulier, qu'il est plus difficile de trouver une solution adaptée. Globalement, tant la prise en charge que la coordination sont jugées comme peu satisfaisantes.

4.1 Connaissance de la pathologie et représentation des patients SK

Dans la première partie de l'étude, les professionnels rapportent une bonne connaissance de la pathologie ainsi que de bonnes notions des critères diagnostiques, des causes, et des traitements. Par exemple, les professionnels sont globalement conscients de la nature irréversible et chronique du SK, que le SK résulte d'un manque de thiamine, de dénutrition, et d'un abus d'alcool (i.e., se référant plus au contexte qui favorise la carence en B1 qu'à sa cause). Bien que ces résultats indiquent une bonne connaissance de la pathologie, ceux-ci ont pu être influencés par un biais de représentativité. En effet, les professionnels ayant participé à l'enquête travaillent majoritairement auprès de ces patients (agents travaillant en addictologie, neurologie, médecine polyvalente), ce qui peut expliquer leurs bonnes connaissances globales du SK. Ce biais peut également expliquer leur bonne connaissance de la sémiologie clinique abordée dans l'introduction (e.g., amnésie antérograde, anosognosie, perte des repères temporels et spatiaux, troubles des fonctions exécutives). Dans le cadre d'une prochaine



enquête, la participation de professionnels ne rencontrant que ponctuellement ces patients devrait donc être encouragée.

Concernant la représentation des patients SK, les professionnels mettent en avant une image et un style de vie en marge avec le reste de la population (isolement social, précarité, et marginalisation). Nous pouvons faire l'hypothèse que ces difficultés perçues auprès des patients pris en charge sur le GHT résulteraient de perturbations sociales associées au trouble sévère de l'usage d'alcool (perte d'emploi, divorce, éloignement de la famille, infractions à la loi, perte de domicile).

Malgré leurs connaissances significatives du SK, les professionnels expriment un manque de formation et rapportent n'être pas suffisamment au courant des critères diagnostiques. Ceci pourrait indiquer une faible confiance dans leurs réponses et dans leurs connaissances, suggérant qu'une formation plus approfondie pourrait être délivrée de manière systématique dans les services concernés. Ce manque de formation pourrait également expliquer pourquoi certains professionnels rapportent des représentations erronées de la maladie (e.g., SK résultant d'une complication de sevrage ou d'un traumatisme crânien) ou estiment que la psychothérapie consiste en un traitement possible. Concernant ce dernier point, les participants ont pu considérer que cela englobait la remédiation cognitive, expliquant la grande proportion de soignants qui ont donné cette réponse (38,80%).

4.2 Prise en charge, parcours et devenir

Dans la seconde partie de l'étude, nous avons pu mettre en évidence que la prise en charge globale des patients SK était évaluée comme insatisfaisante par les professionnels. Plus précisément, ceux-ci évoquent des difficultés d'ordre social (élaboration des démarches sociales pour l'aval, recueil de données avec peu d'étayage familial) et comportemental (confusion, irritabilité, agressivité, manque d'hygiène, fugues), un manque de lien satisfaisant avec les acteurs du territoire, et la nécessité d'accorder plus de personnels et plus de temps à ces patients. De plus, les professionnels évoquent des difficultés de prise en charge au niveau médical et paramédical, possiblement expliquées par des difficultés comportementales et sociales, et par le manque de moyens humains et matériels. Toutefois, l'entourage constitue un levier majeur dans le parcours du patient en termes d'obtention, d'informations, d'accompagnement et de devenir. Bien que l'enquête révèle que peu de familles soient présentes, celles-ci sont généralement incluses dans le projet de soins lorsqu'elles sont disponibles, pouvant faciliter le travail des assistants sociaux et des soignants.

L'enquête révèle qu'en plus d'une prise en charge compliquée, le parcours du patient peut lui aussi être considéré comme complexe. En effet, avant d'arriver dans un service, le patient passe par plusieurs unités (i.e., jusqu'à 5), dans lesquelles les participants indiquent qu'il reste plus longtemps que les autres patients, surtout s'il a moins de 60 ans. En effet, les patients SK arrivent généralement par les services d'urgences dans des états cliniques aigus (chutes, crises d'épilepsie,...) et transitent ensuite dans une unité MCO. En termes de durée de séjour, celle-ci peut être particulièrement élevée, comme indiqué par les chiffres officiels du GHT. En effet, les patients SK de moins de 60 ans recensés en 2017/2018 sont restés en moyenne 89 jours et les patients de plus de 60 ans sont restés en moyenne 79 jours. Nous avons pu mettre en évidence que cette augmentation de DMS découle en très grande partie de problématiques sociales, et notamment d'hébergement, une fois le problème médical résolu. Ce séjour hospitalier de longue durée serait donc délétère car une fois que les soins apportés aux patients SK, la prolongation de l'hospitalisation perd son sens pour la prise en soins (i.e., service non adapté avec faible stimulation cognitive) et ne permet pas de pouvoir accueillir d'autres patients dans l'unité concernée. Sur le GHT de l'Artois, il arrive parfois que le patient soit transféré en SSR afin de prendre le temps



de préparer son devenir et de poursuivre une réadaptation aux actes de la vie quotidienne. Enfin, en plus d'une durée de séjour allongée, les professionnels rapportent que lorsque les patients arrivent dans leur service, le diagnostic n'est posé que dans environ 60% des cas et que les informations transmises par l'unité d'accueil ne correspondent pas toujours au profil du patient. Or, la fiabilité des informations est essentielle dans le rapport de confiance que peuvent avoir les professionnels entre eux et dans la fluidité de la coordination des soins. D'ailleurs, celle-ci est jugée comme peu satisfaisante, surtout pour les patients de moins de 60 ans.

En termes du devenir, celui-ci est globalement jugé comme peu satisfaisant, surtout pour les patients de moins de 60 ans. En effet, les professionnels rapportent des difficultés à trouver une solution rapide, adaptée et pertinente pour le devenir de ces patients, confirmant les résultats de l'étude de Corneloup et al. (7) qui avait révélé qu'une proportion importante de patients (environ 30%) ne pouvaient bénéficier de solution d'hébergement adaptée. Plus précisément, lorsque les hébergements et lieux d'accueil étaient proposés par les soignants (dans 55% des cas), ceux-ci consistaient principalement en des structures sociales (foyers, CHRS), des hospitalisations (psychiatrie, CHS), des hébergements médicalisés (Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), retour à domicile avec aides) ou des EHPAD. De plus, dans 26% des cas, la solution d'hébergement n'aboutissait pas (e.g., lieux non adaptés, refus d'admission, refus des patients, jeune âge du patient). Notre enquête a pu montrer que pour les patients de plus de 60 ans, les structures d'hébergement sont généralement des EPHAD, solution qui n'est pas toujours appropriée (e.g., réticence à recevoir ces patients, patients SK plus jeunes que les autres résidents), et le retour à domicile (e.g., avec aides ménagères, infirmiers libéraux, et psychiatrie de liaisons). Par contre, pour les patients de moins de 60 ans, la solution est généralement d'intégrer une famille d'accueil, voire de rester dans l'unité par manque de solution. Ceci est d'ailleurs repris dans une autre question pour laquelle les professionnels ont souligné que le manque de structure et l'isolement familial étaient les principaux freins à une solution adaptée pour le devenir des patients SK. Enfin, au manque d'hébergement s'ajoute le manque de neuropsychologues, qui sont pourtant nécessaires pour favoriser l'autonomie des patients.

Un autre frein est le manque de contacts avec les acteurs du territoire. Ceci fait écho avec la nécessité de décloisonner le sanitaire, le médicosocial et le social afin d'améliorer la fluidité du parcours des patients. Certaines situations problématiques pourraient être résolues grâce à des réunions pluridisciplinaires ou à l'évaluation conjointe des champs sanitaire et médico-social. Une autre possibilité serait d'utiliser un dossier médical partagé, favorisant le lien entre les différents acteurs du territoire et la consolidation d'un maillage efficace.

Au-delà des difficultés rencontrées par tous les patients SK, qu'ils aient plus ou moins de 60 ans, l'étude indique que les aides sociales constituent un autre frein significatif pour les patients de moins de 60 ans. En effet, seuls les patients SK de plus de 60 ans peuvent bénéficier de certaines aides comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Par contre, par l'intermédiaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les patients de moins de 60 ans peuvent bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) qui permet le remboursement des dépenses liées à la perte d'autonomie.

4.3 Points de rupture, leviers et perspectives

Comme résumé sur le schéma suivant (Figure 1), les points de rupture peuvent apparaître à différents moments de la prise en charge, que ce soit en amont (facteurs sociaux de fragilités), durant l'hospitalisation (diagnostic, prise en charge multidimensionnelle, liens avec les acteurs du territoire, préparation du devenir) et en aval (coordination, hébergement). En conséquence, tant le manque d'informations sur le patient qu'une hospitalisation prolongée dans un service non adapté par des professionnels qui ne se sentent pas suffisamment formés peuvent significativement réduire les chances des patients de récupérer une autonomie partielle.

Notre étude confirme la complexité du parcours des patients TCLA sévères (notamment les patients SK) et la nécessité d'évaluer et de formaliser leur parcours de soins (diagnostic, soins, et devenir) qu'avait déjà souligné le Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COPAAH, 2014).

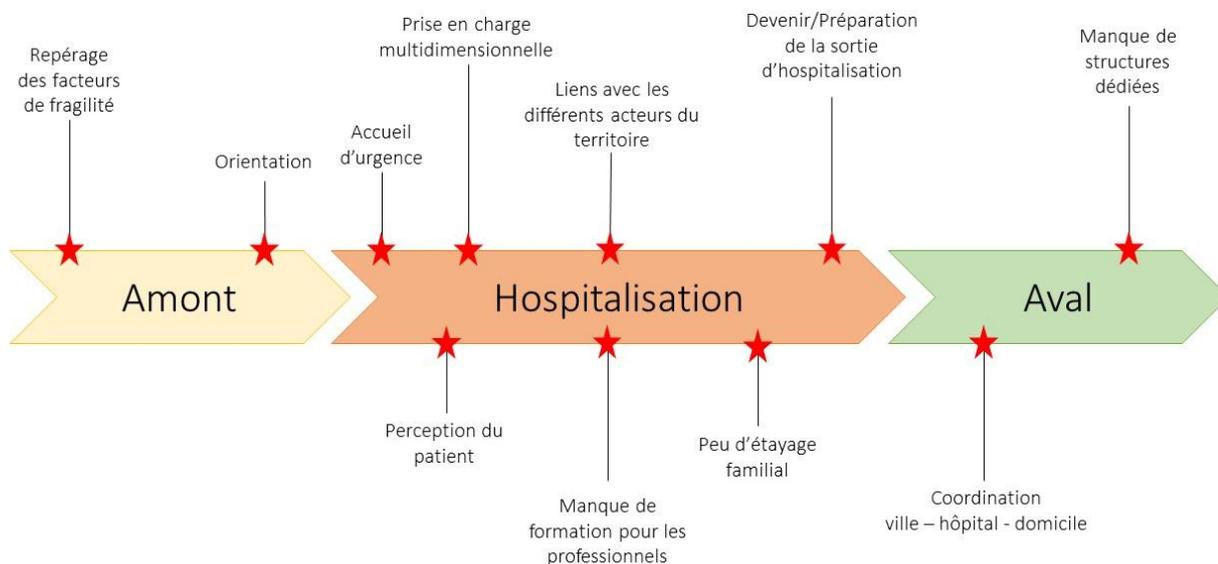


Figure 1 : points de rupture dans le parcours de patients Korsakoff

Evidemment, il est essentiel de lever ces nombreux freins. Avant tout, malgré la maîtrise des caractéristiques de cette pathologie, la majorité des agents expriment un manque de formation. Ceci était également le cas dans l'étude de Corneloup et al. (7) qui rapportaient que 71% des professionnels avaient des attentes relatives à des actions de communication, de formation et d'information. Les formations pourraient être des interventions courtes, adaptées à la conjoncture actuelle du monde hospitalier et qui intégreraient une dimension théorique, une discussion de cas clinique et une partie d'échanges. Des thématiques telles que les traitements possibles, les troubles sociaux et comportementaux, ou l'importance de la coordination pour ces troubles spécifiquement pourraient être abordées. Mieux encore, de futures études pourraient évaluer les besoins précis nécessitant d'être abordés lors de formations.

Etant donné l'importance des aspects sociaux tout au long du parcours, l'optimisation de la prise en soin pourrait être assurée, selon les professionnels, par l'intervention d'un assistant social spécialisé qui permettrait d'agir en amont afin de pouvoir rapidement collecter un maximum d'informations sur le patient. Sur le GHT de l'Artois, depuis 2018, une assistante sociale spécialisée a pour mission d'intervenir en binôme avec une infirmière parcours patient dans le cadre de ces situations complexes voire bloquantes en apportant un soutien dans les démarches administratives et la coordination concernant par exemple les solutions d'hébergement.

Une coordination efficace représente en effet une méthode clé pour optimiser le parcours des patients, coordonner les actions des différents intervenants et centraliser toutes les informations. Avec la loi de modernisation du système de santé, la notion de coordination s'est développée et certains projets ont été formalisés afin d'optimiser le parcours patient. Par exemple, les plateformes opérationnelles du parcours patient (POPP) ont été créées dans ce but et pour définir les notions de situations complexes et bloquantes. Une POPP a d'ailleurs été créée sur le GHT de l'Artois afin de formaliser et d'optimiser les parcours complexes, dont ceux des patients KS. En plus des POPP, des groupes de travail sont constitués aux seins des différents hôpitaux mais également au sein de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) dont le but est d'optimiser le



parcours des patients à l'hôpital en intégrant tous les acteurs (i.e., en amont et en aval). En complément, une « checklist » des documents administratifs essentiels à ces patients pourrait être développée afin, toujours, d'améliorer le parcours des patients. Ce type de démarches a déjà été proposé par la Haute Autorité de la Santé dans le cadre d'exams ou d'actes médicaux (endoscopie digestive) ou encore de sortie d'hospitalisation. La checklist a pour objectif d'optimiser le partage des informations, éviter des erreurs, encore renforcer les liens au sein d'une équipe, et minimiser les ruptures de parcours. Enfin, un annuaire des personnes ressources (e.g., caisse centrale d'activités sociales, tutelles, mandataires) pourrait être créé et mis à disposition afin de faciliter les démarches, créer un réseau et renforcer les liens entre les différents services.

Concernant l'optimisation des parcours, l'étude a mis en évidence la volonté des professionnels de créer des partenariats avec les différentes structures du territoire mais aussi un aménagement structurel (lits dédiés / création de service de soins de suite et réadaptation "Korsakoff"). La création de SSR Korsakoff pourrait être un moyen dédié et de qualité dans la prise en charge de ces patients. Ceci avait déjà été suggéré par Corneloup et al. (7), selon qui les pouvoirs publics devraient être incités à développer des SSR en addictologie à orientation cognitive pour les patients avec TCLA. Le COPAAH (2014) proposait également qu'en cas de TCLA sévères, les patients soient orientés vers des SSR addictologiques proposant une réhabilitation cognitive prolongée. Cette dernière doit être menée par des neuropsychologues et faire suite à une évaluation des capacités cognitives altérées mais aussi préservées. Ensuite, en utilisant différentes techniques de remédiation cognitive comme la facilitation des capacités résiduelles, l'utilisation des capacités résiduelles ou la compensation et l'aménagement de l'environnement selon la nature et la sévérité des troubles cognitifs. Ce type de prise en charge permettra l'apprentissage de nouvelles procédures et connaissances, la mise en place d'un carnet de mémoire, une orientation spatiotemporelle dans un espace familier ou la réalisation de tâches routinières ménagères par exemple, en fonction des difficultés et des besoins du patient. Ce type de démarches existe déjà à Caen, où il est possible de collaborer avec des SSR polyvalents afin de créer de filières spécifiques TCLA (même s'il ne s'agit que de quelques semaines à quelques mois). L'objectif est avant tout de favoriser la récupération cognitive et cérébrale des patients présentant des TCLA mais sans SK, afin de leur permettre de bénéficier par la suite d'une prise en charge addictologique. Ainsi, aucun parcours de soin n'est spécifiquement dédié aux patients SK qui nécessitent une prise en charge neuropsychologique et sociale sur le long terme.

De plus, les professionnels suggèrent que les caractéristiques d'un lieu d'accueil idéal pour ces patients seraient les suivants : une structure fermée, spécifique, sécurisée, adaptée, avec des chambres individuelles et surveillées, et un personnel formé et spécialisé. Ce type d'hébergement se rapproche de la Maison Vauban à Roubaix dédiée uniquement aux femmes présentant un SK mais qui a la caractéristique d'être un établissement ouvert. Sachant que selon le DIM, 13 patients SK de moins de 60 ans ont été hospitalisés en MCO en 2017/2018 et 5 en SSR, un grand nombre de professionnels et de patients se retrouvent pour l'instant dans une impasse en termes de prise en charge et de devenir. En conséquence, ce format de centre spécialisé pourrait être développé sur le territoire et élargi à un public d'hommes. En complément, il pourrait être pertinent de se rapprocher du fonctionnement de structures type Alzheimer, sécurisées mais non fermées en raison de l'impossibilité de fermer des services pour des patients en soins libres.

Cette étude présente différents points forts. En effet, elle s'intéresse spécifiquement aux patients Korsakoff alors que l'enquête précédente (7) examinait de manière plus large les patients avec Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool (TCLA) sévères, voire invalidants. Il est évidemment fort probable que cette enquête incluait des patients Korsakoff de plus et moins de 60 ans. Dans cette présente étude, nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement, et pour la première fois, à la question des patients Korsakoff de moins de 60 ans dont la prise en charge dédiée semble être insuffisante. De plus, nous avons examiné en profondeur des aspects majeurs du parcours et de la prise en charge des patients tels que les difficultés rencontrées par les soignants, la qualité et fréquence des contacts avec les autres partenaires du territoire et l'entourage, et enfin les pistes d'amélioration



d'hébergement et de prise en charge. Cependant, l'étude présente également quelques limites. La principale limite concerne le faible taux de participation. En effet, sur les 5600 salariés du GHT, seul 3,41% se sont connectés au site de l'enquête. Ce pourcentage est faible mais peut s'expliquer par le fait que tous les salariés du GHT ont été contactés, la plupart n'étant pas ou peu concernés directement par la problématique du SK ou n'étant même jamais en contact de patients. De plus, alors que la première partie de l'enquête concernait les connaissances de la pathologie et pouvait donc être complétée par tous les professionnels hospitaliers (qu'ils aient ou non déjà pris en charge des patients SK), la majorité des répondants étaient des professionnels qui avaient déjà pris en charge ces patients. Ceci suggère donc que seules les personnes directement concernées ont répondu à l'enquête. Une autre explication pourrait être la durée de complétion du questionnaire (15 minutes) qui peut paraître longue pour des professionnels déjà fortement sollicités. Une deuxième limite concerne les disparités du taux de participation selon les lieux d'exercice. En effet, les résultats indiquent que l'établissement ayant la plus grande proportion de participation était le CH d'Hénin Beaumont (55%). Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est dans ce CH que se trouve le service d'Addictologie qui représente à lui seul 20% de participation sur l'ensemble des unités et services.

En conclusion, l'enquête objective que sur le GHT de l'Artois, et très probablement dans d'autres territoires, la prise en charge des patients SK est complexe et jugée comme peu satisfaisante. Nous avons également constaté que les problèmes sociaux et comportementaux étaient les principaux freins à une fluidité de la prise en charge et de ce fait du parcours, avec une durée moyenne de séjour significativement allongée. En plus de ces deux freins, nous avons montré que le manque d'étayage familial et le manque de lien entre les acteurs du territoire pouvaient également provoquer des points de rupture et ne favorisaient pas une coordination bénéfique. De manière notable, notre étude suggère que l'âge des patients est un facteur décisif. Les patients âgés de moins de 60 ans auraient en effet une prise en charge encore plus complexe, des séjours encore plus longs, un manque de solutions d'hébergement adéquat, entraînant une accentuation de l'insatisfaction des professionnels et soulignant la nécessité de développer un parcours formalisé et adapté pour les patients SK de plus, mais surtout de moins de 60 ans.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt

Citation de l'article : Prise en charge des patients Korsakoff de moins de 60 ans. Perception des professionnels de santé du GHT de l'Artois, Lebecq C, Pitel AL, Cabé N, Puisieux F, Wynen A, Sabre C, Delphine Grynberg D, Alcoologie et Addictologie, 2021/2022, 43(1) : 23-55

5. REFERENCES

1. Oscar-Berman M. Function and dysfunction of prefrontal brain circuitry in alcoholic Korsakoff's syndrome. *Neuropsychol Rev.* 2012 ; 22(2) : 154-69.
2. Arts NJ, Walvoort SJ, Kessels RP. Korsakoff's syndrome: a critical review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017 ; 13 : 2875-90.
3. Zahr NM, Pfefferbaum A. Alcohol's Effects on the Brain: Neuroimaging Results in Humans and Animal Models. *Alcohol Res Curr Rev.* 2017 ; 38(2) : 183-206.
4. Kopelman MD. The Korsakoff syndrome. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1995 ; 166(2) : 154-73.
5. Pitel AL, Beaunieux H, Sullivan EV, Pfefferbaum A, Viader F, Desgranges B, et al. Le syndrome de Korsakoff revisité. *Rev Neuropsychol.* 2009 ; 1(1) : 84-9.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. 2013
7. Corneloup M, Menecier P, Millot I. Troubles cognitifs liés à l'alcool. Pratiques et besoins des acteurs de l'addictologie en Bourgogne. *Alcoologie Addictologie.* 2017 ; 39(2) : 101-110.
8. ORS Bourgogne Franche-Comté | Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. Alcool et troubles cognitifs en Bourgogne - Enquête quantitative auprès des acteurs de l'addictologie. 2015. <http://www.orsbfc.org/publication/alcool-et-troubles-cognitifs-enbourgogne-enquete-quantitative-aupres-des-acteursde-laddictologie/>
9. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie.* 2015 ; 37(1) : 5-84.



10. Blansjaar BA, Horjus MC, Nijhuis HG. Prevalence of the Korsakoff syndrome in The Hague, The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 ; 75(6) : 604-7.

6. ANNEXE

Enquête : Perception des professionnels de santé concernant les caractéristiques de la prise en charge de patients de moins de 60 ans porteurs du syndrome de Korsakoff au sein du GHT de l'Artois

Bienvenu dans cette étude portant sur la perception des professionnels concernant les caractéristiques de la prise en charge des patients de moins de 60 ans porteurs du syndrome de Korsakoff sur le groupement hospitalier de territoire de l'Artois. Elle se fait dans le cadre d'un mémoire de master "Coordination des Trajectoires de Santé" à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), Université de Lille, année universitaire 2018/2019. Cette étude est réalisée via ce questionnaire qui vous prendra environ 15 minutes à remplir. Vous devrez répondre aux questions en fonction des choix qui vous correspondent le mieux. Ces questions concernent votre perception du syndrome de Korsakoff ainsi que votre perception du parcours de soin (ex, prise en soins, devenir du patient). Vous avez la possibilité d'arrêter votre participation à tout moment. Les données ne sont pas nominatives. Cependant, étant donné que la première partie qui détermine votre profil est susceptible de vous identifier, l'ensemble de vos données seront traitées de façon anonyme et uniquement utilisées dans le cadre de cette recherche.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous joindre à l'adresse mail : christian.lebecq.etu@univ-lille.fr (Infirmier Coordinateur et Etudiant en Master 2 ILIS, Université de Lille) ou delphine.grynberg@univ-lille.fr (Maitre de Conférences en Psychologie, Université de Lille) ainsi que pour accéder aux résultats globaux de l'enquête.

Cette étude est conforme au Règlement Général de la Protection des Données. Elle a été déclarée au Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille (contact: dpo@univ-lille.fr) sous la référence 201949.

En cliquant sur le bouton "suivant", vous confirmez que vous avez pris connaissance de vos droits (consentement de non-opposition) et vous acceptez de participer à l'étude.

Merci.

1. Votre profil

1.1. Votre fonction

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin
- Cadre supérieur de santé
- Cadre de santé
- Assistant sociale / assistant social
- Infirmier coordinateur / infirmière coordinatrice
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute



- Professeur en activité physique adaptée (APA)
- Diététicienne
- Infirmier(ère) d'unité de soins
- Aide-soignant(e) d'unité de soins
- Agent de Service Hospitalier
- Secrétaire médicale
- Autre :

1.2. Votre centre hospitalier

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Centre hospitalier de Lens
- Centre hospitalier de Béthune-Beuvry
- Centre hospitalier de La Bassée
- Centre hospitalier d'Hénin-Beaumont
- Autre:

1.3. Votre unité

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcoologie
- Cardiologie
- Chirurgie
- Court séjour gériatrique
- EHPAD
- Gastro entérologie
- Hématologie
- Médecine Interne
- Médecine Polyvalente
- Neurologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins palliatifs
- Urgences
- Unité de soins de longue durée
- Autre:

1.4. Votre ancienneté dans l'unité (ou dans l'établissement si vous n'êtes pas rattaché(e) à une unité en particulier) (en nombre d'années)

Veillez écrire votre réponse ici :

1.5. Sexe

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

1.6. Votre tranche d'âge

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	18- 25	26- 30	31- 35	36- 40	41- 45	46- 50	51- 55	56- 60	61- 65	65-
Réponse	<input type="checkbox"/>									

2. Critères diagnostiques

2.1. Connaissez-vous les critères diagnostiques du syndrome de Korsakoff ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
Réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour prendre en charge ces patients ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
Réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les caractéristiques du syndrome de Korsakoff

3.1. Selon vous, quelles caractéristiques sont souvent associées à ces patients ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément:

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
La précarité	<input type="checkbox"/>				
L'isolement social	<input type="checkbox"/>				
La marginalisation	<input type="checkbox"/>				
La dépression	<input type="checkbox"/>				
Tranche d'âge supérieure à 60 ans	<input type="checkbox"/>				
La polyopathie	<input type="checkbox"/>				

3.2. Quelles sont les causes possibles du syndrome de Korsakoff?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Une consommation excessive d'alcool
- Un manque de thiamine/ vitamine B1
- Une dénutrition
- Un traumatisme crânien
- Une complication de sevrage
- Ne sais pas
- Autre:



3.3. Quels sont le(s) traitement(s) possible(s)?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Thiamine/vitamine B1
- Traitement médicamenteux
- Psychothérapie
- Aucun
- Ne sais pas
- Autre:

3.4. Veuillez cocher la(les) réponse(s) qui vous semble(nt) correcte(s) concernant l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et le syndrome de Korsakoff

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est un trouble aigu
- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est un trouble chronique
- Le syndrome de Korsakoff est un trouble aigu
- Le syndrome de Korsakoff est un trouble chronique
- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke précède le syndrome de Korsakoff
- Le syndrome de Korsakoff précède l'encéphalopathie de Gayet Wernicke
- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est réversible
- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est irréversible
- Le syndrome de Korsakoff est réversible
- Le syndrome de Korsakoff est irréversible
- Ne sais pas
- Autre:

4. La prise en charge durant l'hospitalisation

4.1. Avez-vous déjà pris en charge des patients porteurs d'un syndrome de Korsakoff au sein de votre unité actuelle (ou de l'établissement si vous n'êtes pas rattaché(e) à une unité en particulier)?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Remarque: seules les personnes ayant répondu "oui" à cette question sont invitées à poursuivre le questionnaire.

4.2. Si oui, combien?

Veillez écrire votre réponse ici :

4.3. Sur ce nombre de patients porteurs du syndrome de Korsakoff, combien étaient âgés de moins de 60 ans?

Veillez écrire votre réponse ici :

**4.4. Par rapport à votre expérience directe avec le patient, la prise en charge est-elle complexe au niveau de l'aspect social?**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5. La complexité de la prise en charge au niveau social est-elle plus marquée chez les patients porteurs d'un syndrome de Korsakoff par rapport aux autres patients ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.6. Quelles difficultés rencontrez-vous au niveau de l'aspect social? (plusieurs réponses possibles)
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :**

- Réalisation du recueil de données (peu d'informations, peu de documents administratifs)
- Elaboration des démarches sociales pour l'aval
- Aucun étayage familiale / isolement social
- Problème de ressources financières
- Incurie (pas de domicile ou domicile inadéquat)
- Autre:

4.7. Par rapport à votre expérience directe avec le patient, la prise en charge est-elle complexe au niveau comportemental?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.8. La complexité de la prise en charge au niveau comportemental est-elle plus marquée chez les patients porteurs d'un syndrome de Korsakoff par rapport aux autres patients?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.9. Quels troubles du comportement rencontrez-vous le plus fréquemment?**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Patient désinhibé
- Patient confus
- Patient agressif / irritable
- Patient apathique
- Questions itératives/répétées
- Comportement stéréotypé
- Fugues
- Recherche d'alcool
- Potomanie
- Consommation compulsive de cigarettes
- Problème d'hygiène
- Autre:

4.10. Par rapport à votre expérience directe avec le patient, la prise en charge est-elle complexe au niveau d'autres aspects?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

4.11. Si oui, précisez

Veillez écrire votre réponse ici :

Attention, Soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

4.12. La complexité de la prise en charge au niveau de cet aspect est-elle plus marquée chez les patients porteurs d'un syndrome de Korsakoff par rapport aux autres patients?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
	<input type="checkbox"/>				

4.13. Quels sont les signes cliniques que vous rencontrez chez ces patients?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systéma- tiquement	Ne sais pas
Oubli à mesure - Incapacité à créer de nouveaux souvenirs (Amnésie antérograde)	<input type="checkbox"/>				
Oubli du passé (Amnésie rétrograde)	<input type="checkbox"/>				
Perte des repères temporels et spatiaux	<input type="checkbox"/>				
Récits imaginaires, souvenirs d'événements qui n'ont jamais eu lieu (Confabulations)	<input type="checkbox"/>				
Attribution d'une identité erronée à une personne inconnue (Fausses reconnaissances)	<input type="checkbox"/>				
Absence de conscience des troubles (Anosognosie)	<input type="checkbox"/>				
Déficit résolution de problème, inhibition, planification, flexibilité (Troubles des fonctions exécutives)	<input type="checkbox"/>				
impulsivité, agressivité remplacé par passivité, apathie, manque d'initiative (Changement de personnalité)	<input type="checkbox"/>				
Trouble de la coordination, de la marche, de l'équilibre, de la motricité fine (Ataxie)	<input type="checkbox"/>				

4.14. La prise en charge de ces patients mobilise-t-elle plus d'effectifs/énergie que pour d'autres patients?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

4.15. La prise en charge de ces patients mobilise-t-elle plus de temps que pour d'autres patients?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

4.16. Durant l'hospitalisation, avez-vous des contacts avec le médecin de ville / infirmier(ère) libéral(e)?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systematiquement
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.17. Le lien avec le médecin de ville/Infirmier(ère) libéral(e) pour la prise en charge de ces patients est-il globalement satisfaisant ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne s'applique pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

4.18. De manière générale, à quel point la famille (ou l'entourage proche) est-elle présente ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systematiquement	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

4.19. Si la famille (ou l'entourage proche) du patient Korsakoff est présente, est-elle incluse dans le projet de soins?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Fréquemment	Systematiquement	Ne sais pas/ne s'applique pas
Réponse	<input type="checkbox"/>				

**4.20. La famille (ou l'entourage proche) du patient Korsakoff peut-elle bénéficier d'un soutien?**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systématiquement	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

4.21. Lequel?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucun (si réponse précédente "pas du tout")
- Association de bénévoles
- Médecin
- Assistante sociale
- Représentants de cultes
- Equipe paramédicale
- Autre:

5. Parcours

Les questions suivantes ne concernent que les personnes qui sont rattachées à une seule unité. Pour les personnes qui ne sont pas rattachées à une seule unité, veuillez appuyer sur le bouton "suivant"

5.1. Tous les patients porteurs d'un syndrome de Korsakoff (<60 ans ou > 60 ans) avaient-ils ou ont-ils parcouru plusieurs unités avant d'arriver dans la vôtre?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

5.2. Combien d'unités en moyenne ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

5.3. En général, le diagnostic de syndrome de Korsakoff était-il fixé avant l'arrivée dans votre unité?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

5.4. Sur base de quel(s) outil(s) ce diagnostic est-il généralement posé ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- IRM
- Evaluation par un médecin (neurologue, addictologue, psychiatre, ou médecin généraliste)
- Bilan neuropsychologique
- Ne sais pas
- Autre:

5.5. A quel point les informations transmises par l'unité d'amont correspondent-elles au profil clinique du patient ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- | | | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Pas du tout | Un peu | Plutôt | Tout à fait | Ne sais pas |
| Réponse | <input type="checkbox"/> |

5.6. En général, Quelle était la durée moyenne de séjour (DMS) de ces patients (en termes de jours)?

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans :

Les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans :

5.7. Sur la durée totale de séjour, quelle est la durée moyenne de séjour de ces patients après que l'aspect médical ait été résolu (en termes de jours)?

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans :

Les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans :

5.8. Par rapport aux autres patients de votre unité, la durée de séjour de ces patients est-elle plus longue ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

5.9. Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans : Quelle en est la cause principale?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Social | Comportemental | Autre |
| Réponse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.10. Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans : Quelle en est la cause principale?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse Social Comportemental Autre

6. Devenir

6.1. Difficulté de trouver une solution adaptée pour le devenir de ces patients Korsakoff, par rapport aux autres patients

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très difficile	Difficile	Facile	Très facile	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

6.2. Par rapport au devenir de ces patients Korsakoff, avez-vous des contacts avec les médecins / infirmier(ère) libéral(e) / hospitalisation à domicile /réseau / associations ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Systématiquement
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3. Si vous avez des contacts, ceux-ci sont-ils été globalement satisfaisants pour la gestion du devenir de ces patients Korsakoff?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Réponse Pas du tout Un peu Plutôt Tout à fait Ne s'applique pas

6.4. En général, quel est le devenir des patients Korsakoff âgés de plus de 60ans à la sortie de votre unité?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Retour à domicile
- Famille d'accueil
- Autres unités de l'hôpital

- En Belgique
- EHPAD
- Service de soins de suite et de réadaptation
- CSAPA
- SAMSAH
- Lits Halte Soins Santé (HSS)/Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)
- Maison Relais/Pensions de famille
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisés (MAS)
- Foyers logement
- Aucune autre solution (immédiate) que de maintenir le patient dans votre unité
- Ne sais pas
- Autre:

6.5. En général, quel est le devenir des patients Korsakoff âgés de moins de 60ans à la sortie de votre unité?
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Retour à domicile
- Famille d'accueil
- Autres unités de l'hôpital
- En Belgique
- EHPAD
- Service de soins de suite et de réadaptation
- CSAPA
- SAMSAH
- Lits Halte Soins Santé (HSS)/Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)
- Maison Relais/Pensions de famille
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisés (MAS)
- Foyers logement
- Aucune autre solution (immédiate) que de maintenir le patient dans votre unité
- Ne sais pas
- Autre:

6.6. A quel point la différence d'aides sociales (e.g., allocation) selon l'âge (> 60 ans vs < 60 ans) impacte-t-elle le devenir du patient porteur du syndrome de Korsakoff < 60 ans?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- | | | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Pas du tout | Un peu | Plutôt | Tout à fait | Ne sais pas |
| Réponse | <input type="checkbox"/> |

6.7. Quels sont selon vous les autres freins spécifiques aux patients porteurs du syndrome de Korsakoff < 60 ans ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Attention, Soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire



7. Global

7.1. La prise en charge de ces patients est-elle globalement satisfaisante ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

7.2. La coordination du parcours de ces patients tout au long de l'hospitalisation est-elle globalement satisfaisante ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Pour les patients Korsakoff âgés de plus de 60 ans	<input type="checkbox"/>				
Pour les patients Korsakoff âgés de moins de 60 ans	<input type="checkbox"/>				

7.3. Quelles devraient être selon vous les caractéristiques d'un lieu d'accueil idéal et à long terme pour les patients porteurs du syndrome de Korsakoff ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Attention, Soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

7.4. Quels types de professionnels seraient nécessaires pour une prise en soins plus efficiente de ces patients?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Psychologue
- Infirmier coordinateur
- Coordinateur parcours patient
- Assistante sociale spécialisée
- Praticien hospitalier spécialiste
- Médiateur administratif
- Directeur d'appui
- Autre:

7.5. Comment optimiser la fluidification de ces parcours ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Tout à fait	Ne sais pas
Création de nouveaux métiers (exemple Infirmier coordinateur parcours patient)	<input type="checkbox"/>				
Création de partenariats avec les structures en aval	<input type="checkbox"/>				
Formalisation de parcours patients spécifiques avec d'avantage de conventionnement (exemple avec la Belgique)	<input type="checkbox"/>				
Changements de pratiques	<input type="checkbox"/>				
Aménagement structurel (lits dédiés / création de service de soins de suite et réadaptation "Korsakoff")	<input type="checkbox"/>				

7.6. Quelle est la pertinence de cette enquête?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout pertinente	Peu pertinente	Plutôt pertinente	Tout à fait pertinente
Réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.7. Quelles sont vos remarques sur cette enquête ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Attention, Soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Après analyse des résultats, l'objectif est d'évaluer les difficultés rencontrées par les soignants et travailleurs sociaux de GHT de l'Artois vis-à-vis de la prise en charge des patients âgés de moins de 60 ans et porteurs du syndrome de Korsakoff.

Les résultats nous permettront également de mettre en évidence les freins et les leviers de la prise en charge de ces patients. La finalité sera de pointer certains indicateurs sur lesquels il sera possible d'agir afin d'optimiser le parcours de ces patients.

Si ce questionnaire vous a fait prendre conscience de certaines difficultés en lien avec votre travail de soignant auprès de ces patients, vous pouvez contacter l'investigatrice de l'étude (delphine.grynberg@univ-lille.fr) afin qu'on puisse vous proposer une réorientation auprès d'un service médico-psycho-social.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

E-SANTE

Thérapie par exposition en réalité virtuelle pour le jeu d'argent pathologique

Pierre Taquet ^{1,2,3}, Olivier Cottencin ⁴

P. Taquet : Docteur en Psychologie - pierretaquet@hotmail.fr

1 CHU Lille, Service d'Addictologie, F-59000 Lille, France

2 Groupe Hospitalier Seclin Carvin, F-59471 Seclin, France

3 Univ. Lille, ULR 4072 – PSITEC – Psychologie : Interactions, Temps, Emotions, Cognition, F-59000 Lille, France

O. Cottencin : PUPH Psychiatrie & Addictologie

4 CHU Lille, Service d'Addictologie, F-59000 Lille, France

olivier.cottencin@univ-lille.fr

Résumé : En population générale, nous retrouvons 2,7% de joueurs problématiques en France. Le jeu d'argent pathologique est reconnu comme addiction dans le DSM-5. Processus addictif central, les joueurs pathologiques de jeux d'argent font face au craving (envie irrépressible) pouvant mener à une rechute dans le jeu. La thérapie par exposition permet de centrer le traitement des addictions sur le craving. La littérature préconise d'être au plus près du contexte d'addiction pour favoriser l'extinction du craving par le biais d'une thérapie par exposition. Pour certaines problématiques addictives, la thérapie par exposition in vivo n'est pas aisée à déployer dans un contexte thérapeutique. En effet, emmener au casino ou dans un autre lieu de jeu un patient ayant une problématique de jeu d'argent pour mettre en place des séances d'exposition présente des obstacles. La réalité virtuelle peut apporter une alternative aux thérapies par exposition permettant d'immerger le patient dans des environnements réalistes. Cet article aborde l'intérêt de la thérapie par exposition en réalité virtuelle dans la prise en charge des addictions et particulièrement du jeu d'argent pathologique. Les résultats des recherches dans ce domaine seront discutés.

Mots-clés : Thérapie par exposition – Réalité virtuelle – TCC – Jeu d'argent pathologique – Addiction

Abstract : In general population, 2.7% of problem gamblers was found in France. Gambling disorder is recognized as addiction in DSM-5. Craving is a core addictive process that pathological gamblers facing and may leading to relapse. Exposure therapy in addiction treatment focuses on craving. Literature recommends being close to addictive context for improving the extinction of craving through exposure therapy. For some addictive problems, deploying in vivo exposure therapy is not easy in therapeutic context. Indeed, there are obstacles to take a patient with gambling disorder to a casino or other gambling place for implementing exposure sessions. Virtual reality can provide an alternative to exposure therapy allowing patient to be immersed in realistic environment. This article addresses the interest of virtual reality exposure therapy in treatment for addiction and especially for gambling disorder. Results of this research field are discussed.

Key-words : Exposure therapy – Virtual reality – CBT – Gambling disorder – Addiction

INTERET DE LA THERAPIE PAR EXPOSITION POUR LE JEU D'ARGENT PATHOLOGIQUE

En France, 74% des personnes en population générale ont joué au moins une fois dans leur vie à un Jeu d'Argent et de Hasard (JAH) et 56,2% ont joué au moins une fois dans l'année (1). Le baromètre santé révèle 2,7% de joueurs problématiques en France en population générale (1). Le Jeu d'Argent Pathologique (JAP) a été intégré en 1980 dans le DSM-III en tant que trouble du contrôle des impulsions (2). En 2013, le JAP est reconnu en tant qu'addiction dans le DSM-5 au même titre que les addictions aux substances (3).

Processus addictif central, les joueurs pathologiques de jeux d'argent font face au craving (envie irrésistible) pouvant mener à une rechute dans le jeu (4). Entre les addictions aux substances et le JAP, les substrats neuronaux du craving présentent des similarités (5). Certains auteurs montrent que le craving serait plus intense dans le JAP et qu'il serait plus difficile d'y résister que dans d'autres addictions aux substances comme l'alcool ou la cocaïne (4, 6).

La Thérapie par Exposition (TE) permet de centrer le traitement des addictions sur le craving (7-11). La TE des addictions en Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) se base sur le conditionnement classique expliquant l'association entre des indices contextuels et la réponse de craving (12, 13). L'objectif principal de la TE est d'amener une extinction des réponses conditionnelles (par ex., le craving) en présence d'indices contextuels en lien avec l'addiction sans que la conduite addictive soit déclenchée (boire, fumer, jouer, etc.). La TE amène donc un nouvel apprentissage pour aider le patient à diminuer le craving face aux indices déclencheurs de craving (12). Cette méthode thérapeutique se décline en imaginaire ou in vivo (14). En imaginaire, le patient est invité à déclencher des images mentales guidées par le thérapeute. In vivo, le patient est exposé à des stimuli en situation réelle. La TE a montré son intérêt dans la prise en charge des addictions à la cocaïne (9), à l'héroïne (10), à l'alcool (15, 16), au tabac (17) ou encore pour l'hyperphagie boulimique (18).

Tolchard résume la TE comme le fait d'encourager une personne à déclencher une forte réponse émotionnelle et à rester dans cette situation jusqu'à diminution de la réponse (7). Il précise que dans le cas des joueurs de JAH cette réponse émotionnelle est souvent décrite comme une envie. Il propose de décrire les étapes classiques de la TE du JAP comme le fait de 1) développer une hiérarchie de situations provoquant l'envie, 2) partir dans cette hiérarchie des situations provoquant le moins d'envie vers celles provoquant le plus d'envie, 3) mener une séance d'exposition jusqu'à ce que l'envie diminue d'au moins 50%, 4) répéter cette exposition fréquemment (Tolchard parle de trois fois par semaine) ou jusqu'à ce qu'elle n'évoque plus l'envie et que le joueur puisse rester focalisé sur l'envie sans tentative de la réduire artificiellement, avant de passer à la situation suivante de la hiérarchie.

Dans la prise en charge du JAP, la TE a son importance également. En effet, dans une perspective biopsychosociale, Sharpe (19) propose comme cible thérapeutique première de créer une rupture entre les indices de jeu et le comportement de jeu avec une méthode d'exposition (par ex., la désensibilisation en imaginaire). Dans sa revue de la littérature sur les

TCC du JAP, Tolchard consacre une partie à la TE (7). L'auteur met en lumière différents articles présentant des techniques variées de TE utilisées pour le JAP avec principalement la Désensibilisation Systématique (DS) ou l'exposition graduelle avec prévention de la réponse, c'est-à-dire sans que le comportement de jeu soit émis. La DS a été développée par Wolpe (20, 21) pour la prise en charge de l'anxiété et repose sur le principe d'inhibition réciproque. Il s'agit d'amener le patient à développer une réponse antagoniste à l'anxiété comme par exemple l'état de relaxation tout en imaginant une situation génératrice d'anxiété. La DS se base sur le principe de hiérarchie des situations d'exposition évoqué plus haut. Selon Wolpe, la DS est un déconditionnement de la réponse d'anxiété. En cas de difficulté à ressentir de l'anxiété en imaginant



la scène anxiogène, l'auteur propose de mettre en place une désensibilisation in vivo. La DS a été testée dans la prise en charge du JAP. La désensibilisation en imaginaire a montré plus d'efficacité dans la réduction de l'envie et du comportement de JAH qu'une méthode de thérapie aversive (22). Une désensibilisation en imaginaire à réaliser chez soi basée sur un enregistrement audio a montré son efficacité à 2 mois après traitement concernant la réduction du craving, des préoccupations de jeu et de la perception d'auto-contrôle sur le jeu (23). Dans une étude longitudinale, la désensibilisation en imaginaire a permis une amélioration accrue de la conduite de jeu (arrêt ou contrôle) en comparaison à d'autres procédures comportementales (thérapie aversive, relaxation, exposition in vivo courte, exposition in vivo longue) (24). Malgré ces résultats, Tolchard (7) pointe que dans cette dernière étude l'utilisation de la TE n'est pas appropriée puisque son principe était fondé sur une durée d'exposition (20 minutes à une heure) et non sur la réduction significative de l'envie de jouer (par ex., 50% de réduction au moins).

D'autres études montrent l'intérêt d'utiliser une exposition graduelle (avec hiérarchie) sans ajout de la relaxation pour diminuer la sévérité du comportement de jeu (25, 26). Cependant, ces études ne présentent pas de groupe contrôle et associent l'exposition à une prise en charge variée du JAP (par ex., prévention de la rechute, restructuration cognitive, entraînement aux compétences sociales) rendant difficile la possibilité d'isoler l'effet de la TE. Dans une autre recherche, l'exposition avec prévention de la réponse couplée au contrôle du stimulus en individuel (par ex., le contrôle des moyens de dépenses) a montré un meilleur taux de réussite à long terme en comparaison à la restructuration cognitive en groupe mais aussi face à l'adjonction des deux méthodes (TE avec contrôle du stimulus et restructuration cognitive) (27). Dans un essai contrôlé randomisé, les résultats ont montré que la TE et la thérapie cognitive sont deux méthodes permettant une diminution du JAP sans montrer de différence d'efficacité entre ces deux approches y compris en ce qui concerne le craving et les cognitions relatives au JAP (28). Les tâches assignées (à réaliser en dehors des séances) proposées dans la thérapie sont également importantes pour l'efficacité de la TE du JAP (13). D'autres recherches ont également montré l'intérêt de la TE pour la prise en charge du JAP (29, 30, 31, 32).

INTERET DE LA REALITE VIRTUELLE DANS LA THERAPIE PAR EXPOSITION DES ADDICTIONS

La TE a souvent été utilisée dans des contextes de laboratoire ou dans des environnements de soins éloignés de la réalité du patient montrant ainsi une efficacité limitée (14, 33). Or, la littérature préconise d'utiliser des indices d'exposition au plus près du contexte d'addiction du patient pour favoriser l'extinction du craving (14) mais la TE in vivo est complexe à réaliser. Pour le JAP en consultation ambulatoire, amener un patient dans un casino ou un autre lieu de jeu pour déployer une TE présente de nombreux obstacles (temps, déplacements, coût humain et financier, présence d'un casino à proximité ou d'un autre lieu de jeu, convention avec les casinos pour la thérapie, etc.). De plus, les conduites addictives sont rarement associées à un seul environnement mais plutôt à un ensemble de situations variées complexifiant la mise en place de la TE in vivo (34). Les possibilités offertes par la Réalité Virtuelle (RV) permettent de nos jours d'amener une plus grande authenticité aux situations d'exposition que nous pouvons proposer aux patients. La Thérapie par Exposition en Réalité Virtuelle (TERV) pourrait être une excellente alternative en simulant l'environnement réel associé à la conduite addictive tout en étant en séance de psychothérapie dans un environnement protégé. La TERV a le potentiel pour devenir un traitement attrayant pour les patients (35).

Plusieurs études sur la RV dans les addictions soulignent que l'environnement virtuel incluant des indices en lien avec l'addiction déclenche le craving chez des participants présentant une addiction à la cocaïne (36), au tabac (37), à l'héroïne (38) ou encore à la méthamphétamine (39). Ces études s'accordent en majorité



sur le fait que la RV est bien acceptée par les participants et peut être adaptée à la thérapie. Cependant, ces études ne montrent pas l'impact réel de la TERV dans la prise en charge des addictions. Concernant l'efficacité de la TERV des addictions, les résultats ne sont pas homogènes en raison de méthodologies disparates. Un exemple avec l'addiction à l'alcool, la TERV amène une efficacité dans la réduction du craving après huit séances d'exposition pour un petit nombre de participants recrutés dans un groupe d'alcooliques anonymes (40). Pour le tabac, une étude évoque pour le craving une tendance non significative à diminuer au cours de six séances de TERV chez des adolescents et jeunes adultes fumant au moins dix cigarettes par jour (41). De rares essais cliniques contrôlés randomisés sur la TERV concernent l'addiction au tabac. Les résultats de ces études montrent qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre une TCC seule en comparaison à une TCC accompagnée d'une TERV (42) ou entre une TCC avec TE en imaginaire et une TCC avec une TERV (43).

LA THÉRAPIE PAR EXPOSITION EN RÉALITÉ VIRTUELLE POUR LE JEU D'ARGENT PATHOLOGIQUE

Concernant les JAH, différentes recherches ont abordé l'intérêt de la TERV pour améliorer la gestion du craving de jeu. En 2013, une étude québécoise utilise un environnement de bar virtuel dans lequel se trouvent des machines à sous (44). Les auteurs visent la réduction du craving de jeu et l'augmentation du sentiment d'efficacité à résister au craving par le biais de l'exposition en RV. La TERV correspond ici à une seule session de 20 minutes d'exposition par habitude. Dans ce protocole, l'extinction est censée survenir sans forcément agir sur les émotions et les cognitions. Les résultats montrent qu'il n'y a pas d'effet de l'exposition. Nous pouvons émettre certaines critiques concernant cette recherche : le nombre de session insuffisant (1 session de 20 minutes), le nombre de participant insuffisant (N = 10), l'absence de groupe contrôle, l'absence d'intégration de la TERV à une thérapie plus complète (par ex., une TCC), l'absence d'intégration des techniques cognitivo-émotionnelles permettant la gestion de la réponse de craving, et un environnement de bar en RV non adapté à certains pays où il n'y a pas de machines à sous dans de tels lieux. Il ne s'agit pas ici d'une population clinique.

Une autre étude de TERV utilisant un environnement de casino montre que le craving perçu des participants diminue (45). Alors que d'autres chercheurs privilégient l'emploi des casques de réalité virtuelle pour immerger le participant dans la RV, ce protocole utilise une projection de l'environnement sur des écrans. Les auteurs précisent que leurs environnements de casino virtuel permettent de déclencher le craving de jeu et que plusieurs séances d'exposition avec un entraînement à la relaxation permettent de diminuer le craving. La relaxation consiste ici à visionner une vidéo de relaxation de 3 minutes et à maintenir une respiration abdominale pour réduire un état de tension résiduel avant et après avoir été exposé aux environnements virtuels de jeu. Il ne s'agit pas d'utiliser des techniques de relaxation pour diminuer le craving pendant l'exposition et d'amener un apprentissage de la gestion du craving. Là encore, le phénomène d'habitude par l'exposition reste central. Même si le protocole propose plusieurs séances d'exposition (5 à 10 séances de 40 minutes), l'exposition n'est toujours pas intégrée à une thérapie plus complète et ne présente pas de prévention de la réponse. De plus, il s'agit ici de participants n'ayant pas de problématique de JAP mais uniquement de joueurs récréatifs avec une absence de groupe contrôle.

Une étude en France a pour objectif d'explorer les possibilités cliniques de la RV pour les joueurs pathologiques (46). Quatre séances d'exposition en RV ont été proposées à 10 patients en soins courants pour une prise en charge du JAP. Cette recherche insiste sur l'ajout de stratégies de restructuration cognitive dans le protocole d'exposition. Cette étude prend également en compte la qualité de l'état de présence dans l'environnement virtuel, c'est-à-dire le sentiment de faire partie de l'environnement (le réalisme, la

possibilité d'agir, la qualité de l'interface, la possibilité d'examiner, l'auto-évaluation de la performance, le système auditif et haptique). Selon les résultats, l'état de présence en RV serait influencé par l'intensité du JAP, l'impulsivité et l'impression positive globale du traitement. Les auteurs concluent que la TERV a participé à la diminution des symptômes du JAP, de l'envie de jouer, de la diminution de la sévérité perçue par les thérapeutes mais aussi à la diminution des distorsions cognitives (les distorsions cognitives du JAP sont plus développées en discussion). Pour eux, la RV permettrait d'améliorer l'efficacité de la restructuration cognitive et de la compréhension de l'envie de jouer. Cependant, cette étude est basée sur un échantillon restreint (N = 10) et même si la population correspond à une population clinique, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'émettre de conclusion concernant l'efficacité majorée par l'exposition en RV en comparaison aux soins courants. La recherche ne précise ni le contenu des expositions ni celui des soins courants proposés aux joueurs pathologiques.

Une publication présente les résultats de trois études exploratoires (47). L'étude 1 montre que la RV permet de déclencher le craving de jeu et les anticipations positives de jeu chez des joueurs réguliers en comparaison à des joueurs non réguliers. La RV est donc viable pour centrer la thérapie sur le craving et les cognitions de jeu. Dans l'étude 2, l'exposition en RV (2 séances d'exposition) est intégrée à un programme de TCC de 28 jours pour des patients hospitalisés souffrant de JAP. Les résultats montrent que l'exposition à la RV permet de faciliter l'identification des situations à risque de jouer et des pensées dysfonctionnelles chez des joueurs pathologiques en comparaison à l'exposition en imaginaire. Les deux modalités (RV et exposition en imaginaire) amènent une réduction significative du craving sans qu'il y ait une supériorité de l'une ou de l'autre en matière d'efficacité. De plus, les auteurs précisent que l'utilisation d'un casque de RV pour immerger les participants dans l'environnement de jeu est bien supporté en ce qui concerne le cybermalaise (problèmes oculomoteurs, désorientation et nausée, cf. (48)). La TERV et la TCC sont donc compatibles pour la prise en charge du JAP. Fondée sur la méthodologie de l'étude 2, l'étude 3 propose d'augmenter les séances d'exposition de 2 à 4 séances. Les résultats avancent que l'exposition en RV serait comparable à l'exposition en imaginaire pour induire le craving. Qu'il s'agisse de la condition en imaginaire ou en RV, les deux types d'exposition amènent une efficacité comparable à réduire les symptômes du JAP. Pour les auteurs, leurs études exploratoires appuient la nécessité de mettre en place des essais cliniques contrôlés randomisés à grande échelle pour valider la TERV dans la prise en charge du JAP.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La TERV semble adaptée et prometteuse pour le traitement des addictions et particulièrement pour le craving. Cependant, avant même d'évoquer la RV, il serait pertinent de se pencher sur l'efficacité de la TE pour les addictions.

L'efficacité de la TE est parfois discutée et remise en cause (10, 14, 34). Certains résultats sur la TE sont mitigés concernant son efficacité à réduire le craving ou la conduite addictive. De ce fait, la littérature met en avant certaines limites dans la validation et l'utilisation d'une telle méthode thérapeutique. De nombreux auteurs utilisent uniquement la TE classique dans leurs protocoles. Il s'agit d'une exposition aux indices avec prévention de la réponse (ne pas consommer) mais sans y adjoindre de stratégies émotionnelles ou cognitives (9, 16, 49). Par exemple, Kavanagh et al. (49) proposent d'évaluer l'efficacité de la TE dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Leurs résultats montrent que l'abandon thérapeutique est plus important et qu'il n'y a pas d'efficacité accrue du traitement en ajoutant une TE à une TCC en comparaison à une TCC seule. Les auteurs de cette recherche utilisent la TE uniquement par le phénomène d'habituation. Le participant doit résister à son envie de boire face à un verre d'alcool et attendre la diminution du craving par habituation. Ils n'utilisent pas de techniques de gestion de l'émotion ou des cognitions alors que le

craving peut prendre la forme de pensées intrusives ou d'images sensorielles en lien avec le comportement addictif (33). En plus du phénomène d'habituation, il semble essentiel d'intégrer à la TE des méthodes de gestion du craving pour faciliter la rupture du lien entre les indices contextuels et la conduite addictive (10, 16, 19, 33, 50). La TERV pour les addictions pourrait bénéficier aussi de l'intégration de ces méthodes au-delà de l'habituation. Ces méthodes peuvent être centrées sur 1) les émotions (par ex., la respiration abdominale), 2) les cognitions (plutôt la restructuration cognitive alors que la suppression des pensées n'amène pas d'efficacité, cf. (51)) et 3) le comportement en développant des stratégies alternatives à la réponse conditionnée. Pour donner un exemple, Niaura et al. (17) proposent pendant la TE d'utiliser différentes stratégies cognitives : distraction, penser aux raisons d'arrêter de fumer, penser aux aspects négatifs de fumer, penser aux aspects positifs d'arrêter de fumer.

Il serait également pertinent pour la TE des addictions de s'intéresser aux avancées effectuées dans les TE des troubles anxieux. Par exemple, Craske et al. (52) proposent différentes stratégies qui ont influencé la TE actuelle des troubles anxieux avec 1) la violation des attentes (tester en s'exposant certaines attentes négatives sur ce qui est redouté), 2) l'extinction en profondeur (après une extinction sur un indice, combiner cet indice avec un autre indice déclencheur), 3) l'extinction renforcée (présenter occasionnellement le stimulus inconditionnel déclenchant la réponse de peur pour faire face à la peur), 4) la variabilité (varier les stimuli et les contextes d'exposition sans forcément respecter la hiérarchie d'exposition), 5) la suppression des comportements de sécurité (diminuer l'utilisation de comportements de sécurité qui réassurent comme la présence d'autrui, avoir ses médicaments, de la nourriture, etc.), 6) la focalisation attentionnelle (maintenir l'attention sur le stimulus déclencheur pendant l'exposition), 7) l'étiquetage affectif (encourager le patient à décrire son expérience émotionnelle pendant l'exposition), 8) les indices de récupération (associer un indice de rappel avec l'exposition ou se rappeler des exposition réussies). Même si cela demande une adaptation, ces principes méritent d'être étudiés dans la TE des addictions.

Autres méthodes inspirées de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et de la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'observation, l'acceptation et laisser passer le craving permet de pointer les aspects éphémère et transitoire de ce phénomène (53). De plus, au-delà de cibler le craving, la TE est une bonne méthode pour identifier les cognitions, y compris dans le JAP (54). D'autant plus que les perceptions erronées sont au cœur du JAP et participent au développement et au maintien des habitudes de jeux (55, 56). Les cognitions reliées au JAP sont multiples et prennent différentes terminologies dans la littérature comme les pensées erronées, pensées dysfonctionnelles, pensées inadéquates ou encore les distorsions cognitives (54, 57-59). La restructuration cognitive est une méthode thérapeutique d'importance en TCC permettant l'identification et la modification de ce type de cognitions (54, 57). L'une des distorsions cognitives centrale du JAP est l'illusion de contrôle (57). L'illusion de contrôle correspond à une surestimation des compétences personnelles à influencer favorablement l'issue du jeu (57, 58). Le joueur pense que ses propres capacités vont lui permettre de gagner tout en ayant pas ou peu conscience de la présence du hasard non contrôlable dans les JAH. Sur le plan clinique, nous pouvons relever l'illusion de contrôle sous forme de pensées et de comportements, par exemple, observer les résultats antérieurs du jeu pensant pouvoir mieux gagner, conserver toujours la même combinaison ou technique de jeu car « cela va payer un jour », ou se dire que l'on avait presque gagné et que l'on peut s'améliorer. Il existe de nombreux autres types de cognitions erronées ou biais cognitifs dans le JAP, par exemple, les superstitions, la personnification de la machine de jeu (par ex., la machine est injuste), le biais mnésique (accès mnésique plus facile aux épisodes de gains par rapport aux souvenirs des pertes de jeu) ou le biais d'attribution (explication des pertes par une cause externe et des gains par une cause interne) (pour des revues sur la question cf. 57-60).

Nous avons pu voir que la TERV a fait l'objet de plusieurs recherches concernant les addictions (35, 61). La majorité des études avancent bien que l'environnement virtuel utilisé dans le protocole est capable de susciter le craving chez les participants. Cependant, les études validant le traitement des addictions par la TERV sont en nombre insuffisant. Les environnements virtuels ont un bon potentiel pour être utilisés en thérapie bien que cela n'a pas encore été suffisamment rigoureusement étudié dans des essais contrôlés randomisés (35, 61). Des questions fondamentales restent en suspens, à savoir le meilleur moyen d'immerger une personne dans un environnement virtuel pour que les apprentissages en RV se généralisent dans le monde réel ou encore si les traitements psychologiques fondés sur la théorie peuvent être efficaces en RV (35).

Concernant la TERV pour le JAP, plusieurs critiques fondamentales peuvent être émises. Le nombre de séances de TERV est pour l'instant insuffisant pour certains protocoles (44, 47). La TERV n'est pas toujours intégrée à une thérapie complète (par ex., TCC) alors que la psychothérapie semble essentielle au complément de la TE seule (14) avec par exemple, le contrôle du stimulus (par ex., le contrôle des moyens de dépenses), la restructuration cognitive et la prévention de la rechute (7). L'efficacité de la TERV sur le craving de jeu est testée avec des participants non pathologiques dans certaines recherches (44, 45). La rigueur des essais cliniques manque encore en ce qui concerne la randomisation des inclusions et la présence d'un groupe contrôle. Les environnements en RV utilisés peuvent être également critiqués puisque certains ne sont pas adaptés à des pays comme la France. En effet, Bouchard et al. (47) présentent en RV des machines à sous dans des bars ce qui n'existe pas en France. De plus, le casino en RV qu'ils proposent permet d'accéder uniquement à des machines à sous et non à un environnement complet de casino (roulette, black jack, poker, etc.) limitant le travail thérapeutique pour l'exposition. En revanche, Rémond et al. (46) proposent des environnements plus variés pour les expositions allant du casino au bar en passant par un appartement et proposant une plus grande variété de types de JAH (par ex., jeux de casino, paris sportifs, loto).

La question du coût financier peut être également abordée (61). La technologie de TERV reste coûteuse nécessitant un ordinateur puissant, bien souvent un casque de réalité virtuelle, et des logiciels pour générer l'environnement virtuel. Cependant, la réalité virtuelle se démocratise progressivement avec l'arrivée des casques de réalité virtuelle grand public la rendant plus accessible financièrement. La multitude d'offres de RV l'amène progressivement à être un produit grand public (47). Il reste une interrogation sur la plus-value apportée de la TERV en comparaison aux techniques classiques d'exposition, son rapport coût/efficacité. Comme nous l'avons évoqué, les expositions in vivo sont complexes à mettre en place en thérapie et présentent de nombreux obstacles. La TERV permet d'inviter en séance de thérapie des expositions proches des conditions in vivo. En revanche, la plus-value est moins évidente en comparaison à l'exposition en imaginaire qui est facilement accessible en thérapie. L'exposition en imaginaire présente tout de même certaines limites. Dans un protocole expérimental sur l'arousal (niveau d'excitation), Sharpe (62) propose aux participants joueurs problématiques et non problématiques de JAH d'imaginer des sessions de jeu évoquant le gain ou la perte. L'auteur pointe que ce protocole n'est pas différent d'une exposition en imaginaire. L'auteur précise que les différences entre la vivacité de l'image, la taille des paris et la récence de l'évènement activées en imaginaire ont pu influencer les résultats. Afin de contrôler ces effets, il serait préférable, selon Sharpe, d'utiliser des sessions de jeu réelles ou simulées. Nous voyons ici une limite de l'exposition en imaginaire consistant au manque de contrôle sur l'image évoquée en exposition. À l'inverse, la RV permet d'effectuer une exposition dans un environnement contrôlable et modulable par le thérapeute. Le participant à une étude ou un patient sont exposés en RV à un environnement perceptif (visuel et auditif dans certains cas) qui est identique à ce que perçoit l'expérimentateur ou le thérapeute facilitant la mise en place du protocole expérimental ou thérapeutique. Certains avantages de la RV en comparaison à l'exposition en imaginaire sont évoqués dans la littérature sur le JAP. En comparaison à l'exposition en

imaginaire, la RV permet d'identifier significativement plus de situations à risque de jouer (47), les thérapeutes demandent significativement plus à leurs patients d'exprimer leurs pensées et émotions avec la RV (47), et les verbalisations concernant les pensées relatives aux jeux sont significativement plus nombreuses et plus variées en RV (63). D'autres avantages à utiliser la RV sont exprimés par les thérapeutes de l'étude de Bouchard et al. (47), comme par exemple une facilité d'accès aux émotions et pensées erronées des patients, le fait de pointer les divergences entre ce qui est énoncé par les patients et leur comportement pendant l'exposition, ou encore une aide à valider ce qui est fait dans la thérapie renforçant le sentiment d'efficacité personnelle. Bouchard et al. (47) précisent que pour la TERV, il revient à chaque thérapeute d'être bien informé sur le craving et de savoir le gérer avec le patient. Nous appuyons fortement ce propos en pointant que la TERV est avant tout une TE et qu'il s'agisse d'une TE in vivo, en imaginaire ou en RV, le thérapeute doit être au fait de ces techniques thérapeutiques.

En conclusion, la littérature sur la TERV dans les addictions et en particulier pour le JAP montre que nous n'en sommes qu'au début concernant l'évaluation et le déploiement d'une telle méthode. L'intérêt pour le patient semble pourtant réel pour amener plus facilement en thérapie des méthodes d'exposition proches de ce qui se fait in vivo. L'environnement virtuel nous semble adapté pour prendre en charge des réactions « à chaud » du patient sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental et se rapprocher ainsi de son vécu réel. Cependant, au-delà de développer de nouveaux environnements pour tester l'efficacité de la TERV, il semble important de se pencher sur la réalité de l'efficacité de la TE en addictologie et l'enseignement que nous pouvons en retirer pour améliorer la TERV.

Liens et/ou conflits d'intérêts :

P.Taquet : aucun lien ou conflit d'intérêt en lien avec la présente étude

O. Cottencin : a été président ou orateur pour les laboratoires Janssen-Cilag, Bouchara-Recordati, Lundbeck, Abbvie, Indivior, Celgène. Il a reçu des fonds pour des recherches académiques de l'IREB, la Fondation Castellotti, trois PHRC et a participé à deux essais cliniques (Ethypharm et Lundbeck)

Citation de l'article : Thérapie par exposition en réalité virtuelle pour le jeu d'argent pathologique, Taquet P, Cottencin O, *Alcoologie et Addictologie*, 2021/2022, 43(1) : 56-65

REFERENCES

- (1) Costes JM, Eroukmanoff V, Richard JB, Tovar ML. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. Les notes de l'Observatoire des jeux. 2015 ; 6 : 1-9.
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed., text rev.). Washington, DC : APA ; 1980.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC : APA ; 2013.
- (4) Tavares H, Zilberman ML, Hodgins DC, El-Guebaly N. Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005 ; 29 (8) : 1427-31.
- (5) Limbrick-Oldfield EH, Mick I, Cocks RE, et al. Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. *Translational psychiatry*. 2017 ; 7 (1) : e992.
- (6) Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *International journal of the addictions*. 1995 ; 30 (3) : 275-89.
- (7) Tolchard B. Cognitive-behavior therapy for problem gambling: a critique of current treatments and proposed new unified approach. *Journal of Mental Health*. 2017 ; 26 (3) : 283-90.
- (8) Tolchard B, Battersby MW. Cognitive behaviour therapy for problem gamblers: a clinical outcomes evaluation. *Behaviour Change*. 2013 ; 30 (1) : 12-23.
- (9) O'Brien CP, Childress AR, McLellan T, Ehrman R. Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive behaviors*. 1990 ; 15 (4) : 355-65.
- (10) Marissen MA, Franken IH, Blanken P, van den Brink W, Hendriks VM. Cue exposure therapy for the treatment of opiate addiction: results of a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007 ; 76 (2) : 97-105.

- (11) Byrne SP, Haber P, Baillie A, Giannopoulos V, Morley K. Cue exposure therapy for alcohol use disorders: What can be learned from exposure therapy for anxiety disorders? *Substance use & misuse*. 2019 ; 54 (12) : 2053-63.
- (12) Kaplan GB, Heinrichs SC, Carey RJ. Treatment of addiction and anxiety using extinction approaches: neural mechanisms and their treatment implications. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2011 ; 97 (3) : 619-25.
- (13) Riley BJ. The role of homework in exposure-based CBT outcome for problem gambling. *International Gambling Studies*. 2015 ; 15 (3) : 394-407.
- (14) Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*. 2002 ; 97 : 155-67.
- (15) De Saint Aubert C, Graziani P, Hautekèete M, Eraldi-Gackiere D, Gibour B. Exposition d'indices in vivo et en imaginaire dans le traitement de la dépendance à l'alcool. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2000 ; 10 (4) : 136-42.
- (16) Drummond DC, Glautier S. A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1994 ; 62 (4) : 809-17.
- (17) Niaura R, Abrams DB, Shadel WG, Rohsenow DJ, Monti PM, Sirota AD. Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction*. 1999 ; 94 (5) : 685-95.
- (18) Jansen A, Broekmate J, Heymans M. Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour research and therapy*. 1992 ; 30 (3) : 235-41.
- (19) Sharpe L. A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review*. 2002 ; 22 (1) : 1-25.
- (20) Wolpe J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*. 1954 ; 72 : 205-26.
- (21) Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*. 1968 ; 3 (4) : 234-40.
- (22) McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A, Allcock C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *The British Journal of Psychiatry*. 1983 ; 142 (4) : 366-72.
- (23) Blaszczynski A, Drobny J, Steel Z. Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: Short-term outcomes. *Behaviour Change*. 2005 ; 22 (1) : 13-21.
- (24) McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling a two-to nine-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. 1991 ; 159 (3) : 390-93.
- (25) Tolchard B, Battersby M. Nurse behavioural psychotherapy and pathological gambling: An Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000 ; 7 (4) : 335-42.
- (26) Tolchard B, Battersby MW. Cognitive behaviour therapy for problem gamblers: A clinical outcomes evaluation. *Behaviour Change*. 2013 ; 30 (1) : 12-23.
- (27) Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1996 ; 24 (1) : 51-72.
- (28) Smith DP, Battersby MW, Harvey PW, Potts RG, Ladouceur R. Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2015 ; 69 : 100-10.
- (29) Kushner MG, Abrams K, Donahue C, Thuras P, Frost R, Kim SW. Urge to gamble in problem gamblers exposed to a casino environment. *Journal of gambling studies*. 2007 ; 23 (2) : 121-32.
- (30) Symes BA, Nicki RM. A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies*. 1997 ; 13 (2) : 145-57.
- (31) Tolchard B, Thomas L, Battersby M. Single-session exposure therapy for problem gambling: A single-case experimental design. *Behaviour Change*. 2006 ; 23 (2) : 148-55.
- (32) Riley B, Smith D, Oakes J. Exposure therapy for problem gambling in rural communities: A program model and early outcomes. *Australian Journal of Rural Health*. 2011 ; 19 (3) : 142-46.
- (33) Kavanagh DJ, Andrade J, May J. Beating the urge: Implications of research into substance-related desires. *Addictive Behaviors*. 2004 ; 29 (7) : 1359-72.
- (34) Havermans RC, Jansen AT. Increasing the efficacy of cue exposure treatment in preventing relapse of addictive behavior. *Addictive behaviors*. 2003 ; 28 (5) : 989-94.
- (35) Freeman D, Reeve S, Robinson A, Ehlers A, Clark D, Spanlang B, Slater M. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*. 2017 ; 47 : 2393-400.
- (36) Saladin ME, Brady KT, Graap K, Rothbaum BO. A preliminary report on the use of virtual reality technology to elicit craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors*. 2006 ; 31 (10) : 1881-94.
- (37) Lee JH, Ku J, Kim K, et al. Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *CyberPsychology & Behavior*. 2003 ; 6 (3) : 275-80.
- (38) Kuntze MF, Stoermer R, Mager R, Roessler A, Mueller-Spahn F, Bullinger AH. Immersive virtual environments in cue exposure. *Cyberpsychology & behavior*. 2001 ; 4 (4) : 497-501.
- (39) Culbertson C, Nicolas S, Zaharovits I, et al. Methamphetamine craving induced in an online virtual reality environment. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2010 ; 96 (4) : 454-60.
- (40) Lee JH, Kwon H, Choi J, Yang BH. Cue-exposure therapy to decrease alcohol craving in virtual environment. *Cyberpsychology & Behavior*. 2007 ; 10 (5) : 617-23.
- (41) Lee J, Lim Y, Graham SJ, et al. Nicotine craving and cue exposure therapy by using virtual environments. *CyberPsychology & Behavior*. 2004 ; 7 (6) : 705-13.
- (42) Pericot-Valverde I, Secades-Villa R, Gutiérrez-Maldonado J. A randomized clinical trial of cue exposure treatment through virtual reality for smoking cessation. *Journal of substance abuse treatment*. 2019 ; 96 : 26-32.
- (43) Malbos E, Borwell B, Cantalupi R, Lancon C. Virtual reality cue exposure for smoking relapse prevention: a comparative trial. *Annual Review of Cybertherapy And Telemedicine*. 2018 ; 16 : 124-30.
- (44) Giroux I, Faucher-Gravel A, St-Hilaire A, Boudreault C, Jacques C, Bouchard S. Gambling exposure in virtual reality and modification of urge to gamble. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2013 ; 16 : 224-31.
- (45) Park CB, Park SM, Gwak AR, et al. The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble. *Addictive Behaviors*. 2015 ; 41 : 61-4.

- (46) Rémond JJ, Hernández-Mora M, Marseille C, Mesure G, Romo, L. Étude de faisabilité d'une exposition thérapeutique en réalité virtuelle pour joueurs pathologiques. *L'Encéphale*. 2020 ; 46 (1) : 23-9.
- (47) Bouchard S, Robillard G, Giroux I, et al. Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: The development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in psychiatry*. 2017 ; 8 : 27.
- (48) Kennedy RS, Lane NE, Berbaum KS, Lilienthal MG. Simulator sickness questionnaire: An enhanced method for quantifying simulator sickness. *The international journal of aviation psychology*. 1993 ; 3 (3) : 203-20.
- (49) Kavanagh DJ, Sitharthan G, Young RM, Sitharthan T, Saunders JB, Shockley N, Giannopoulos V. Addition of cue exposure to cognitive-behaviour therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction*. 2006 ; 101 (8) : 1106-16.
- (50) Khazaal Y, Frésard E, Zullino D. Exposition aux substances addictogènes, réponses conditionnées et traitements d'exposition avec prévention de la réponse. *L'encéphale*. 2007 ; 33 (3) : 346-51.
- (51) Salkovskis PM, Reynolds M. Thought suppression and smoking cessation. *Behaviour research and therapy*. 1994 ; 32 (2) : 193-201.
- (52) Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*. 2014 ; 58 : 10-23.
- (53) Breslin FC, Zack M, McMair S. An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002 ; 9 (3) : 275-99.
- (54) Chrétien M, Giroux I, Goulet A, Jacques C, Bouchard S. Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: A systematic review. *Addictive behaviors*. 2017 ; 75 : 108-21.
- (55) Gaboury A, Ladouceur R. Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1989 ; 4 (4) : 411-20.
- (56) Ladouceur R, Walker M. A cognitive perspective on gambling. In : Salkovskis PM, editeur. *Trends in cognitive and behavioural therapies*. New York : Wiley ; 1996. p.89-120.
- (57) Barrault S, Varescon I. Distorsions cognitives et pratique de jeu de hasard et d'argent: état de la question. *Psychologie française*. 2012 ; 57 (1) : 17-29.
- (58) Goodie AS, Fortune EE, Shotwell JJ. Cognitive distortions in disordered gambling. In : Heinz A, Romanczuk-Seiferth N, Potenza M, editeur. *Gambling disorder*. Cham, Switzerland : Springer ; 2019. p. 49-71.
- (59) Fortune EE, Goodie AS. Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012 ; 26 (2) : 298-310.
- (60) Lucas C, Romo L, Legauffre C, Nichols E, Morvannou A, Adès J. Distorsions cognitives dans le jeu récréatif et problématique. État de la question. *Alcoologie et addictologie*. 2011 ; 33 (4) : 325-31.
- (61) Segawa T, Baudry T, Bourla A, Blanc JV, Peretti CS, Mouchabac S, Ferreri F. Virtual Reality (VR) in assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience*. 2020 ; 13 : 1409. doi: 10.3389/fnins.2019.01409
- (62) Sharpe L. Patterns of autonomic arousal in imaginal situations of winning and losing in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2004 ; 20 (1) : 95-104.
- (63) Chrétien M, Giroux I, Goulet A, Jacques C, Bouchard S. Using virtual reality to elicit dysfunctional thoughts in individuals with gambling disorder. *Journal of Gambling Issues*. 2018 ; 38 : 169-89.

PRATIQUE CLINIQUE

Remédiation de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA) : une étude de cas avec le programme RC2S

Alice Villepoux ^{1,*}, Pierre Maurage ², Nicolas Franck ^{3,4}, Elodie Peyroux ⁴, Julien Cabé ⁵, Georges Brousse ⁵

- 1 CHU Clermont-Ferrand, Psychiatrie B, Centre de Référence en Addictologie CIRCEA, Clermont-Ferrand, F-63003, France, avillepoux@chu-clermontferrand.fr
- 2 Laboratoire de Psychopathologie Expérimentale (LEP), Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain, 10, Place C. Mercier, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique, pierre.maurage@uclouvain.be
- 3 Centre ressource de réhabilitation psychosociale, centre hospitalier Le Vinatier, UMR 5229, CNRS & Université Lyon 1, Université de Lyon
- 4 Centre référent en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive (SUR-CL3R) CH Le Vinatier, 6 rue Jean Sarrazin, 69008 Lyon, elodie.peyroux@ch-le-vinatier.fr
- 5 CHU Clermont-Ferrand, Psychiatrie B, Centre de Référence en Addictologie CIRCEA, Clermont-Ferrand, F-63003, France ; Université Clermont Auvergne, EA7280, F-63000 Clermont-Ferrand, France

* Toute correspondance est à adresser à :

Alice Villepoux, Pôle psychiatrie B, CHU de Clermont Ferrand, 58 rue Montalembert 63000 CLERMONT FERRAND
avillepoux@chu-clermontferrand.fr
Tel : 04 73 75 20 77

Résumé : La cognition sociale est fréquemment altérée chez les personnes ayant un trouble sévère de l'usage d'alcool (TSUA), avec d'importantes répercussions potentielles sur le maintien de l'abstinence et l'atteinte des objectifs de soin. Or ces altérations sont pour l'instant peu prises en compte en pratique courante. Cet article décrit la prise en charge d'un homme de 44 ans souffrant d'un TSUA par un programme de remédiation de la cognition sociale (RC2S). Ce programme, initialement développé pour des personnes atteintes de schizophrénie, permet de pallier les troubles de reconnaissance des émotions et de théorie de l'esprit, ainsi que les biais d'attribution. Le bilan à l'issue de la prise en charge était positif, en termes de ressenti subjectif du patient et de mesures objectives de la cognition sociale. Les résultats de cette étude de cas, qui peut être considérée comme l'illustration de l'article de la rubrique "mise au point" présenté précédemment, sont en faveur du développement de l'utilisation de l'outil RC2S dans la population souffrant de TSUA.

Mots clefs : trouble sévère de l'usage d'alcool ; remédiation cognitive ; cognition sociale

Abstract : Social cognition is frequently altered in patients with Severe Alcohol Use Disorder (SAUD), potentially leading to massive deleterious impact on the maintenance of abstinence as well as on therapeutic objectives. However, these impairments are currently not evaluated or treated in clinical settings. This paper presents the implementation of a remediation program focused on social cognition (RC2S) in a 44-year old man with SAUD. This program, initially developed in schizophrenia, allows to rehabilitate emotion recognition and theory of mind abilities, as well as to reduce attributional biases. This therapeutic approach led to positive outcomes, in terms of subjective experience reported by the patient and of objective social cognition measures. The results of this single-case study, which can be considered as an illustration of the review paper on social cognition presented in this issue, promote the use of the RC2S tool in SAUD.

Keywords : Severe Alcohol Use Disorder , social cognition



INTRODUCTION

Les troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA) sont associés, non seulement à des déficits neurocognitifs largement étudiés, mais aussi à des altérations de la cognition sociale, à l'instar de ce qui a été décrit dans l'autisme et la schizophrénie. On retrouve notamment chez les patients souffrant d'un TSUA des altérations du traitement de l'information émotionnelle [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8], de la théorie de l'esprit (ToM pour theory of mind) [8] [9] [10] [11] ou des biais d'hostilité (Maurage et al., en préparation).

Les altérations des différents processus de cognition sociale sont donc massives dans les TSUA, et ont un impact crucial. En effet, les conséquences fonctionnelles de ces troubles sont majeures, notamment en termes de maintien de l'abstinence et d'atteinte des objectifs de soin [12]. De plus, ils persistent au moins à moyen terme après le début de l'abstinence [6] [3] et ne sont pas sujets à une récupération spontanée dans les premiers mois post-sevrage, qui constituent une période clé quant au risque de rechute [13]. Ces troubles sont peu évalués en pratique courante et leur prise en charge en remédiation cognitive est encore quasi inexistante.

Cet article propose un exemple de prise en charge par un programme de remédiation spécifiquement centré sur les troubles de cognition sociale [14]. Il s'agit donc de l'application thérapeutique, sous forme d'une étude de cas, des données présentées dans l'article de mise au point de ce même numéro.

Présentation du patient : Monsieur S.

Monsieur S. est un homme de 44 ans qui présente un TSUA dont il identifie l'origine à l'année 2002 suite à un divorce difficile, où il serait entré dans une consommation problématique d'alcool (consommations massives solitaires à visée anxiolytique). Monsieur S. souffre d'épisodes dépressifs récurrents depuis la même époque, associés à des manifestations anxieuses, sans autre comorbidité psychiatrique.

Monsieur S. est père de deux enfants issus de sa première union : un fils de 20 ans, qui vit chez sa mère, et une fille de 18 ans dont il a la garde. Il s'est remarié en 2009 et sa compagne a un fils de 14 ans qui vit à leur domicile. Monsieur S. est enseignant dans la restauration, il aime son travail, qui peut cependant être parfois source de stress. De manière générale, les relations familiales sont compliquées, avec des conflits répétés (avec son épouse, sa fille, sa mère), même s'il se sent globalement soutenu par sa famille.

Entre janvier 2012 et novembre 2016, Monsieur S. réalise 11 sevrages institutionnels dans différents services psychiatriques de la ville, le plus souvent suite à une admission aux urgences pour intoxication alcoolique aigüe avec manifestations anxio-dépressives marquées, régulièrement liées à des difficultés relationnelles avec ses élèves, sa conjointe, sa mère ou ses enfants. Sa plus longue période d'abstinence remonte à 2013 où il est resté 8 mois sans consommer d'alcool.

Au cours d'une nouvelle hospitalisation pour sevrage suivie d'un séjour en Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie (SSRA), les difficultés relationnelles et de gestion des émotions sont mieux identifiées chez Monsieur S. Il est alors orienté vers le pôle de référence en Addictologie du CHU de Clermont Ferrand pour une évaluation et une thérapie de remédiation en avril 2017.

Au moment de l'évaluation, Monsieur S. est abstinent (depuis plus de 3 mois), et suit un traitement antidépresseur et stabilisateur d'humeur au long cours (divalproate de sodium, aripiprazole et venlafaxine). Son humeur est stabilisée, et les relations familiales sont un peu apaisées. Il est en arrêt de travail au moment de l'évaluation et le restera tout au long de la prise en charge.

Bilan neuropsychologique pré-remédiation (résultats détaillés en annexe)

Les résultats aux différentes épreuves du bilan sont présentés dans le tableau I. Les tests utilisés pour l'évaluation de la cognition sociale sont décrits dans le tableau II.

Evaluation de la cognition sociale avant prise en charge (Tableau I)

Monsieur S. présente des plaintes subjectives marquées, évaluées à l'aide de l'auto-questionnaire ACSO (Graux et al., soumis, [15]), sur les différentes composantes de la cognition sociale. Il rapporte spontanément avoir des difficultés à repérer et comprendre les intentions (qu'il perçoit souvent comme hostiles) et les émotions des autres ainsi que les siennes, et à y réagir de manière adaptée. Sur le plan fonctionnel, cela se traduit par des relations sociales, en particulier familiales, perturbées et une souffrance importante pouvant rendre difficile le maintien de l'abstinence.

En ce qui concerne la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles, évaluées à l'aide du TREF [17] on note un déficit global de décodage, avec notamment un défaut de reconnaissance de plusieurs émotions (tristesse, colère et mépris), une tendance à la surreprésentation d'autres émotions (dégout et joie) et des seuils de détection (seuil minimal d'intensité permettant une reconnaissance correcte) élevés (tristesse et colère).

On retrouve également des scores déficitaires au MASC [18], épreuve évaluant les capacités de ToM, avec une tendance à un défaut de ToM, malgré quelques surinterprétations. Ces résultats mettent en évidence les difficultés de Monsieur S. à se mettre à la place d'autrui et à imaginer les choses d'un autre point de vue que le sien.

L'interprétation de situations sociales ambiguës proposées dans l'AIHQ [19] ne met pas en lumière de biais d'hostilité. On note cependant un biais d'agressivité significatif (caractérisé par un choix de réponses comportementales plutôt agressives), et une légère tendance à considérer que les autres agissent de manière intentionnelle et sont responsables de ce qui arrive. Ainsi, en situation sociale ambiguë, Monsieur S. a plutôt tendance à demander aux autres de « rendre des comptes » vis-à-vis de la situation.

Evaluation neurocognitive avant prise en charge (Tableau I)

L'évaluation des fonctions neurocognitives, en particulier des fonctions attentionnelles, mnésiques et exécutives laisse apparaître un profil globalement préservé malgré quelques difficultés mnésiques et attentionnelles. Les fonctions exécutives (notamment flexibilité et inhibition) semblent non détériorées. Les difficultés évoquées ne semblent pas avoir de répercussions majeures au quotidien et ne sont pas en mesure d'entraver la prise en charge proposée.

Conclusion de l'évaluation

L'ensemble de ces résultats concordent bien avec les plaintes subjectives du patient et les difficultés qu'il décrit dans sa vie quotidienne. Monsieur S. se dit intéressé pour travailler sur ses difficultés via un outil de remédiation cognitive, et une proposition de prise en charge avec l'outil RC2S lui est donc proposée en accord avec son psychiatre référent.

Remédiation cognitive avec le programme RC2S (Peyroux & Franck, 2014)

Le programme RC2S [14] est une intervention globale de remédiation des troubles de cognition sociale. Développé au départ auprès de patients souffrant de schizophrénie, ce programme souple et très adaptatif se base sur un bilan cognitif fonctionnel du patient, et peut donc s'adapter à des patients présentant des troubles de cognition sociale

dans d'autres pathologies. Il a ainsi été testé dans la schizophrénie [24] et dans les troubles du spectre de l'autisme (Peyroux & Franck, soumis).

Il s'agit d'une prise en charge individuelle sur 12 semaines, à raison de trois séances d'une heure par semaine : deux séances avec le thérapeute (une séance papier crayon et une séance informatisée) et une tâche à domicile visant à faciliter le transfert des compétences à la vie quotidienne. Un exemple d'une semaine de prise en charge avec Monsieur S. est présenté en Figure 1. Une illustration d'un exercice informatisé est présenté en figure 2.

Séances 1 à 3 (semaine 1) : Evaluation des répercussions fonctionnelles, définition des objectifs de prise en charge et psychoéducation

La première phase du programme se centre sur une évaluation des répercussions fonctionnelles des troubles de la cognition sociale, de la psychoéducation et la définition d'objectifs concrets et individualisés de prise en charge. L'analyse s'appuie sur un outil d'évaluation, l'ERF-CS (échelle des répercussions fonctionnelles des troubles de la cognition sociale, [25]) complété par le patient et le thérapeute. Concernant Monsieur S., outre le maintien de l'abstinence qui était l'objectif principal de sa prise en charge pluridisciplinaire, trois objectifs concernant la remédiation cognitive ont été définis :

- 1) Diminuer certains conflits avec son épouse, que Monsieur S. décrits comme basés sur des malentendus et générant frustration et regrets. Ces conflits sont assez fréquents au début de la prise en charge (évalués à 2-3 fois par semaine) et sont source de souffrance et facteur de risque de rechute.
- 2) Diminuer les conflits et l'agressivité dans les relations avec sa mère lors des séjours chez elle (fréquence des conflits également évaluée à 2-3 fois par semaine)
- 3) Augmenter les moments de complicité avec son fils avec qui la relation est assez distante (Monsieur S. ne se sent satisfait de leurs échanges qu'une fois sur 10)

Séances 3 à 12 (semaines 2 à 6) : Travail sur les émotions

Le traitement de l'information émotionnelle étant très problématique chez Monsieur S., la prise en charge a débuté par un travail sur cette thématique. Dans un premier temps, la prise en charge a ciblé individuellement les trois émotions révélées comme les plus problématiques lors de l'évaluation : la tristesse, la colère et le mépris. L'objectif était ici d'associer les émotions ciblées avec les informations faciales, prosodiques et posturales caractéristiques mais aussi avec les sensations corporelles et le vocabulaire liés à ces émotions. Dans un deuxième temps le travail a été étendu à d'autres émotions sur la base d'exercices de catégorisation émotionnelle (photos de visage, de postures et supports animés). L'objectif pour Monsieur S. était de traiter plusieurs émotions en même temps et de repérer les indices pertinents pour différencier les émotions, et ce à des degrés d'intensité émotionnelle variables.

Séances 13 à 24 (semaines 7 à 12) : Travail sur la théorie de l'esprit et les biais attributionnels

La suite du travail de remédiation a été dévolue à développer de meilleures capacités de théorie de l'esprit et à assouplir les biais d'attribution de la responsabilité. Ce travail s'est appuyé sur différents exercices, utilisant des photos puis des vidéos. Il visait l'amélioration des capacités à comprendre des contextes sociaux, la différenciation entre les faits et les interprétations, et le repérage des états mentaux de différentes personnes. Des séances ont également permis de travailler sur les attributions causales, en proposant dans un premier temps le repérage des différents biais, sur des photos, dans des vidéos et dans la vie quotidienne du patient, et dans un deuxième temps la génération de plusieurs explications, tenant compte des trois styles d'attributions (situationnelle, humaine externe et interne) pour des événements positifs et négatifs.

Bilan neuropsychologique post-remédiation (résultats détaillés dans le tableau I)

A l'issue de la prise en charge, sur le plan subjectif, Monsieur S. est très satisfait car il a l'impression d'avoir beaucoup moins de difficultés et des relations familiales grandement améliorées. Il se sent plus serein et déclare plus facilement repérer ses propres émotions. Les objectifs fixés au début de la prise en charge ont tous été atteints. Premièrement, le patient est, à l'issue du programme, toujours abstinent (9 mois d'abstinence ininterrompue). Deuxièmement, la fréquence des conflits a considérablement diminué (évalués à 1 fois par mois après prise en charge), et les moments avec son fils sont plus complices (satisfaisants à 6-7/10).

Parallèlement à ces améliorations subjectives, les résultats de l'évaluation proposée à l'issue de la prise en charge montrent des progrès dans presque tous les domaines de la cognition sociale évalués (Tableau I). En effet, outre la diminution de la plainte subjective dans les différents domaines de la cognition sociale (score ACSO passant de 20 à 10), on remarque également une importante réduction de l'alexithymie. Au niveau des valeurs objectives, on peut noter une normalisation des résultats au niveau du décodage émotionnel, où tous les scores déficitaires se sont améliorés. Les émotions sont mieux reconnues, avec des seuils de détection plus bas, même si quelques difficultés résiduelles persistent (mépris et tristesse). Concernant la théorie de l'esprit, les déficits semblent également atténués même si le score global reste faible. On note une baisse des interprétations extrêmes (sur-interprétation ou à l'inverse absence de théorie de l'esprit). Concernant l'interprétation des situations, le biais d'agressivité s'est également normalisé.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette première étude de cas explorant l'intérêt de l'utilisation de l'outil RC2S auprès d'un patient alcoolo-dépendant présentant un profil de déficit global de la cognition sociale semble très positive. Le patient était très demandeur et s'est facilement impliqué dans les différents exercices. Le bilan neuropsychologique réalisé à l'issue de la prise en charge met en évidence des améliorations claires dans les différents domaines (décodage émotionnel, théorie de l'esprit, biais attributionnels et alexithymie), qui font écho à l'amélioration de la qualité de vie rapportée par le patient.

Cet exemple confirme, d'une part, la similarité entre les troubles des processus de cognition sociale présents dans les TSUA et ceux qui sont associés à d'autres pathologies, et atteste, d'autre part, de l'intérêt de recourir à des outils de remédiation de la cognition sociale tels que RC2S. Cette prise en charge laisse en effet entrevoir des résultats positifs pour le patient, qui y voit un bénéfice réel dans son quotidien et dans l'accompagnement de sa pathologie (confirmé par les mesures objectives). Les outils de remédiation de la cognition sociale sont complémentaires aux outils de remédiation déjà proposés dans les services d'addictologie, usuellement centrés sur les processus cognitifs, et peuvent contribuer à développer une prise en charge intégrative. Cependant, bien que ces résultats soient encourageants, ils doivent encore être approfondis grâce à des études contrôlées et randomisées.

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier Monsieur S.

Conflits d'intérêt : aucun lien ou conflit d'intérêt en lien avec la présente étude

Citation de l'article : Remédiation de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA) : une étude de cas avec le programme RC2S, Villepoux A, Maurage P, Franck N, Peyroux E, Cabé J, Brousse G, Alcoologie et Addictologie, 2021/2022, 43(1) : 66-78

REFERENCES

- 1 Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Den Dulk, A., Le Bon, O., Streeel, E., Hess, U., Pelc, I. & Verbanck, P. (1999). Alcoholics' deficits in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1031-1038.
- 2 Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Dan, B., Foisy, M.-L., Le Bon, O., Pelc, I. & Verbanck, P. (2001a). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared to obsessivecompulsive disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 102, 235-248.
- 3 Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Hess, U., Noël, X., Streeel, E., Le Bon, O., Dan, B., Pelc, I. & Verbanck, P. (2001b). Deficits in recognition of emotional facial expression are still present after mid- to long-term abstinence in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 533-542.
- 4 Kornreich, C., Foisy, M.-L., Philippot, P., Dan, B., Tecco, J., Noël, X., Hess, U., Pelc, I. & Verbanck, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared to normal controls. *Psychiatry Research*, 119, 251-260.
- 5 Frigerio, E., Burt, D., M., Montagne, B., Murray, L., K. & Perrett, D., I. (2002). Facial affect perception in alcoholics. *Psychiatry Research*, 113, 161-171.
- 6 Foisy, M.-L., Kornreich, C., Petiau, C., Parez, A., Hanak, C., Verbanck, P., Pelc, I. & Philippot, P. (2007b). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics: Are these deficits specific to emotional cues? *Psychiatry Research*, 150, 33-41.
- 7 Maurage P, Campanella S, Philippot P, Charest, I., Martin S. & De Timary, P. (2009) Impaired emotional facial expression decoding in alcoholism is also present for emotional prosody and body postures. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 476-85
- 8 Maurage P, Grynberg D, Noël X, Joassin F, Hanak C, Verbanck P, Luminet O, de Timary P, Campanella S. et Philippot P. (2011) The "Reading the Mind in the Eyes" test as a new way to explore complex emotions decoding in alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 190, 375-8.
- 9 Uekerman, J., Channon, S., Winkel, K., Schlebusch, P. & Daum, I. (2006). Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. *Addiction*, 102, 232-240.
- 10 Thoma P, Winter N, Juckel G, et Roser, P. (2013). Mental state decoding and mental state reasoning in recently detoxified alcoholdependent individuals. *Psychiatry Research*, 205, 232-40.
- 11 Maurage, P., D'Hondt, F., de Timary, P., Mary, C., Franck, N. & Peyroux, E. (2016). Dissociating Affective and Cognitive Theory of Mind in Recently Detoxified Alcohol-Dependent Individuals. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(9), 1926-1934
- 12 Rupp, C., Derntl, B., Osthaus, F., Kemmler, G. & Fleischhacker, W., W. (2017). Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 41(12), 2197-2206
- 13 Zywiak WH, Westerberg VS, Connors GJ, Maisto SA (2003) Exploratory findings from the reasons for drinking questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 287-292.
- 14 RC2S : Peyroux, E. & Franck, N. (2014) RC2S: a cognitive remediation program to improve social cognition in schizophrenia and related disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-11. doi: 10.3389/fnhum.2014.00400
- 15 Echelle d'Autoévaluation des troubles de Cognition Sociale (ACSo) GDR3557
- 16 TAS 20 : Bagby, R., M., Parker, J., D., A. & Taylor, G., J. (1994) The twentyitem Toronto alexithymia scale I. Item selection and crossvalidation of the factor structure
Journal of Psychosomatic Research, 38, 23-32 version française : Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M.P. (1995) Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *Encéphale*, 21, 117-22.
- 17 TREF : B. Gaudelus, J. Virgile, E. Peyroux, A. Leleu, J.-Y. Baudouin, N. Franck (2015) Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF) *L'Encéphale*, 41, 251-259

-
- 18 MASC-VF : Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J.K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006) Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623-36.
Version française : Martinez, G., Alexandre, C., Mam-Lam-Fook, C., Bendjema, N., Gaillard, R., ,Garel, P., Dziobek, I., Amado, I. & Krebs, M-O., (2017) Phenotypic continuum between autism and schizophrenia: Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). *Schizophrenia research*, 185, 161-166
- 19 AIHQ version abrégée : Combs, D., R., Penn, D., L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007b) The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating attributional biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychology*, 12, 128-143.
- 20 RL/RI 16 : Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., et les membres du GREMEM (2004). L'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). In M. Van der Linden, S. Adams, A. Agniel, et les membres du GREMEM (Eds.), *L'évaluation des troubles de la mémoire* (pp 25-47). Marseille: Solal.
- 21 Test des portes : Baddeley, A., Emslie, H., & Nimmo-Smith, I. (1994). Doors and People. Oxford : Harcourt Assessment.
- 22 WAIS IV (empans numériques) : Wechsler, D. (2008) Wechsler Adult Intelligence Scale (4th Ed.). San Antonio: The Psychological Corporation
- 23 TAP : Zimmerman, P. & Fimm, B. (1995) Test for Attentional Performance (TAP). PsyTest: Herzogenrath
- 24 Peyroux, E. & Franck, N. (2016). Improving Social Cognition in People with Schizophrenia with RC2S: Two Single-Case Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 7:66, doi: 10.3389/fpsyt.2016.00066
- 25 Gaudelus, B., Peyroux, E., Colson, S. & Franck, N. (2018). L'évaluation des répercussions fonctionnelles des altérations de la cognition sociale favorise-t-elle l'engagement dans les soins des personnes ayant des troubles psychotiques ? *Annales Medico-Psychologiques*, 176,

ANNEXE

Résultats aux tests de neurocognition					
Mémoire verbale					
RL/RI 16 [20]	Rappel immédiat		scores bruts	Z ou Centile	
			16	C50	
	Rappels libres	RL1	7	-1,27	
		RL2	11	-0,22	
		RL3	12	-0,44	
		RLD	12	-0,55	
	Rappels totaux	RT1	15	C50	
		RT2	15	C25	
		RT3	15	C5-C25	
RTD		15	C5-C25		
Reconnaissance		16	Normal		
Mémoire visuelle					
Test des Portes [21]			scores bruts	Centile	
	Partie A		11	C25-50	
	Partie B		5	C5	
	Total A+B		16	C10	
Mémoire de travail					
Mémoire des chiffres (WAIS IV) [22]			scores bruts	Z	
	Ordre direct	Note rute	7	-	
		Empan	4	-1,69	
	Ordre inverse	Note brute	6	-	
		Empan	3	-1,29	
Fonction exécutives et attentionnelles					
TAP [23]	Module Attention divisée			scores bruts	Centile
	Auditive	TR	721 ms	4	
		Ecart type	155 ms	18	
		Omissions	2	10	
	Visuelle	TR	902 ms	21	
		Ecart type	286 ms	18	
		Omissions	4	5	
	Total		Omissions	6	3
	Module Flexibilité (lettre-chiffre)			scores bruts	Centile
	TR	TR	919 ms	31	
		Ecart type	360 ms	21	
		Erreurs	2	69	
	Module Go/No Go (2 dont 1 cible)			scores bruts	Centile
	TR	TR	440 ms	31	
		Ecart type	77 ms	38	
Fausses reconnaissances		1	58		

Résultats aux tests de cognition sociale							
		Résultats pré PeC		Résultats post PeC			
Plainte subjective							
ACSo [15]	Score total		20		10		
	Perception émotionnelle		3		2		
	Perception & Connaissances sociales		5		3		
	ToM		4		2		
	Style attributionnel		8		3		
Alexithymie							
TAS-20 [16]	Score total		73	-2,55	52	-0,55	
	Décrire (mise en mots)		23	-2,14	16	-0,53	
	Identifier (/sensations)		25	-1,94	19	-0,80	
	Pensées orientées vers l'ext.		19	-0,29	14	0,82	
Processus émotionnels							
TREF [17]	Emotions faciales		Scores bruts	DS	Scores bruts	DS	
	% bonnes réponses - Score total		59,26	-2,23	75,93	-0,03	
	Score Dégoût		66,67	-0,51	88,89	1,53	
	Score Mépris		22,22	-2,00	33,33	-1,45	
	Score Joie		88,89	0,17	100,00	1,06	
	Score Peur		88,89	0,73	88,89	0,73	
	Score Tristesse		44,44	-1,69	55,56	-1,13	
	Score Colère		44,44	-2,21	88,89	1,09	
	Seuils de détection - Score total		52,5	-0,65	40	0,14	
	Score Dégoût		45	-0,08	30	1,21	
	Score Mépris		65	-0,80	65	-0,80	
	Score Joie		30	0,36	20	0,99	
	Score Peur		40	-0,25	30	0,45	
	Score Tristesse		60	-1,34	60	-1,34	
Score Colère		75	-2,04	35	0,69		
Théorie de l'esprit (ToM)							
MACS - VF [18]	ToM affective & cognitive		Scores bruts	DS	Scores bruts	DS	
	Score ToM		25	-2,46	28	-1,65	
	Exc ToM		7	1,09	3	-0,73	
	Less ToM		9	1,80	11	2,60	
	No ToM		4	1,57	3	0,86	
	Score ToM affective		7/15		5/15		
Score ToM cognitive		9/18		14/18			
Style attributionnel							
AIHQ [19]	Situations Ambigües	HB	2,4	-0,75	1	0,69	
		IS	3,6				
		AS	2	2,93	1,02	1,4	-1,4
		BS	3,2				
		AB	2,4	-2,05	1	1,45	

Table I : Résultats de l'évaluation neuropsychologique de Monsieur S. avant et après la prise en charge

Nom du test et référence	Fonction évaluée	Description
<p>ACSo</p> <p>Autoévaluation des troubles de la cognition sociale</p> <p>Graux et al. (submitted)</p>	<p>Plainte subjective concernant la cognition sociale</p>	<p>Auto-questionnaire : 12 items cotés sur une échelle de Likert à 5 modalités (« jamais » à « très souvent »).</p> <p>Un score total et quatre sous-scores :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception émotionnelle - Perception et connaissances sociales - Théorie de l'esprit - Biais d'attribution <p>Plus les scores sont élevés, plus la plainte est importante.</p> <p><i>Exemple : « J'ai du mal à comprendre le second degré (par exemple dans une blague) »</i></p>
<p>TAS-20</p> <p>Echelle d'alexithymie de Toronto – Version française</p> <p>Bagby et al. (1994), Version française Loas et al. (1995)</p>	<p>Alexithymie</p>	<p>Auto-questionnaire : 20 items cotés sur une échelle de Likert à 5 modalités (« désaccord complet » à « accord complet »)</p> <p>Trois sous-scores :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à décrire les émotions (les mettre en mots) - Difficultés à identifier les émotions (et les distinguer des sensations corporelles) - Pensées orientées vers l'extérieur <p>Plus les scores sont élevés, plus le niveau d'alexithymie est élevé.</p> <p><i>Exemple : « J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier »</i></p>
<p>TREF</p> <p>Test de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles</p> <p>Gaudelus et al. (2015)</p>	<p>Décodage émotionnel</p>	<p>Présentation de 54 photos de visages (hommes et femmes) exprimant une des 6 émotions de base (colère, tristesse, mépris, joie, peur, dégoût) à des degrés d'intensité allant de 20% à 100%.</p> <p>Le sujet doit identifier l'émotion parmi 6 propositions.</p> <p>Sont analysés les pourcentages de bonnes réponse, global et par émotion, le seuil d'intensité à partir duquel l'émotion est reconnue de façon certaine, les taux de réponse concernant chaque émotion et les confusions.</p> <div style="text-align: center;"> <p>Colère (50%) Peur (60%) Tristesse (40%) Dégoût (80%) Mépris (50%) Joie (70%)</p> </div>



<p>MASC-VF</p> <p>Movie for the Assessment of Social Cognition, version francophone</p> <p>Dziobek et al. (2006)</p>	<p>Théorie de l'esprit</p>	<p>Questions à choix multiples sur les pensées, les émotions et les intentions de quatre protagonistes se retrouvant pour dîner. L'histoire est présentée sous forme d'un film découpé en 46 séquences.</p> <p>Les possibilités de réponse renvoient soit à une réponse correcte (ToM), soit à l'un des trois types d'erreurs suivantes : absence de théorie de l'esprit (i.e. réponse littérale), théorie de l'esprit réduite ou excès de théorie de l'esprit (i.e. réponse surinterprétative).</p> <p><i>Exemple : la soirée se passe chez Anna, Ben l'un des personnages est arrivé en premier et discute avec Anna de son voyage en Suède. Michael arrive et monopolise la conversation en ne parlant qu'à Anna et en vantant ses exploits de la journée. Anna regarde Ben puis Michael et lui demande « Mais dis-moi Michael, es-tu déjà allé en Suède ? »</i></p> <p><i>Pourquoi Anna demande-t-elle cela ?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Pour intégrer Ben à la conversation (réponse correcte)</i> <i>Pour vérifier si Michaël a été en Suède (absence de ToM)</i> <i>Pour reparler de la Suède (ToM réduite)</i> <i>Pour pouvoir comparer les deux garçons (Excès de ToM)</i>
<p>AIHQ</p> <p>Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire</p> <p>Combs et al. (2007) traduction française A. Angelard (données personnelles)</p>	<p>Biais d'attribution</p>	<p>Questionnaire permettant d'évaluer l'attribution spontanée d'intentions – notamment hostiles – l'émotion ressentie et la réponse comportementale face à des situations sociales ambiguës.</p> <p>La tâche du participant est de lire la situation et d'imaginer qu'elle lui arrive. Il doit ensuite répondre à plusieurs questions permettant de mesurer 3 biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biais d'hostilité - Biais d'attribution de la responsabilité - Biais d'agression. <p><i>Exemple : Vous devez rencontrer un(e) nouvel(le) ami(e) pour déjeuner au restaurant mais il/elle ne s'est pas présenté(e).</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Selon vous, quelle est la vraie raison pour laquelle votre nouvel(le) ami(e) ne s'est pas présenté(e) au restaurant ?</i> <i>Pensez-vous que votre nouvel(le) ami(e) vous a fait cela exprès ?</i> <i>A quel point cela vous mettrait-il en colère ?</i> <i>A quel point tiendriez-vous votre nouvel(le) ami(e) pour responsable de ne pas s'être présenté(e) au restaurant ?</i> <i>Que feriez-vous ?</i>

Table II : Description des tests de cognition sociale utilisés dans pour l'évaluation de Monsieur S.

Exemple d'organisation sur une semaine avec RC2S : reconnaissance des émotions	
1. Séance papier/crayon	<ul style="list-style-type: none"> - Sur des photos de visage exprimant la tristesse : décrire les caractéristiques des expressions émotionnelles permettant de réaliser un dessin schématique de l'expression de tristesse - Imaginer des situations pouvant amener chacune des personnes présentes sur les photos à faire l'expression en question : décrire les sensations corporelles associées à la tristesse (au niveau cardiaque, respiratoire, musculaire etc) que l'on peut ressentir dans ces situations
2. Tâches à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Regarder sans le son des émissions courtes (type « plus belle la vie » ou « nos chers voisins ») et détecter les expressions de tristesse, afin de repérer les éléments vus en séances dans un contexte dynamique
3. Séance informatisée	<ul style="list-style-type: none"> - Scène « la rupture » : Tom reçoit une amie qui vient d'être quittée par son compagnon - Réutiliser les stratégies vues en séance papier/crayon pour repérer la tristesse et d'éventuelles autres émotions chez les personnages, et compléter avec d'autres éléments (notamment le ton de la voix ou la gestuelle). - Se représenter les états mentaux des personnages et essayer de les prédire en fonctions des différents choix de réponse possibles.

Figure 1 : Exemple d'une semaine de prise en charge avec RC2S

Légende : Exemple d'une semaine de remédiation cognitive concernant le décodage émotionnel avec une séance papier crayon, une séance informatisée et une tâche à domicile.

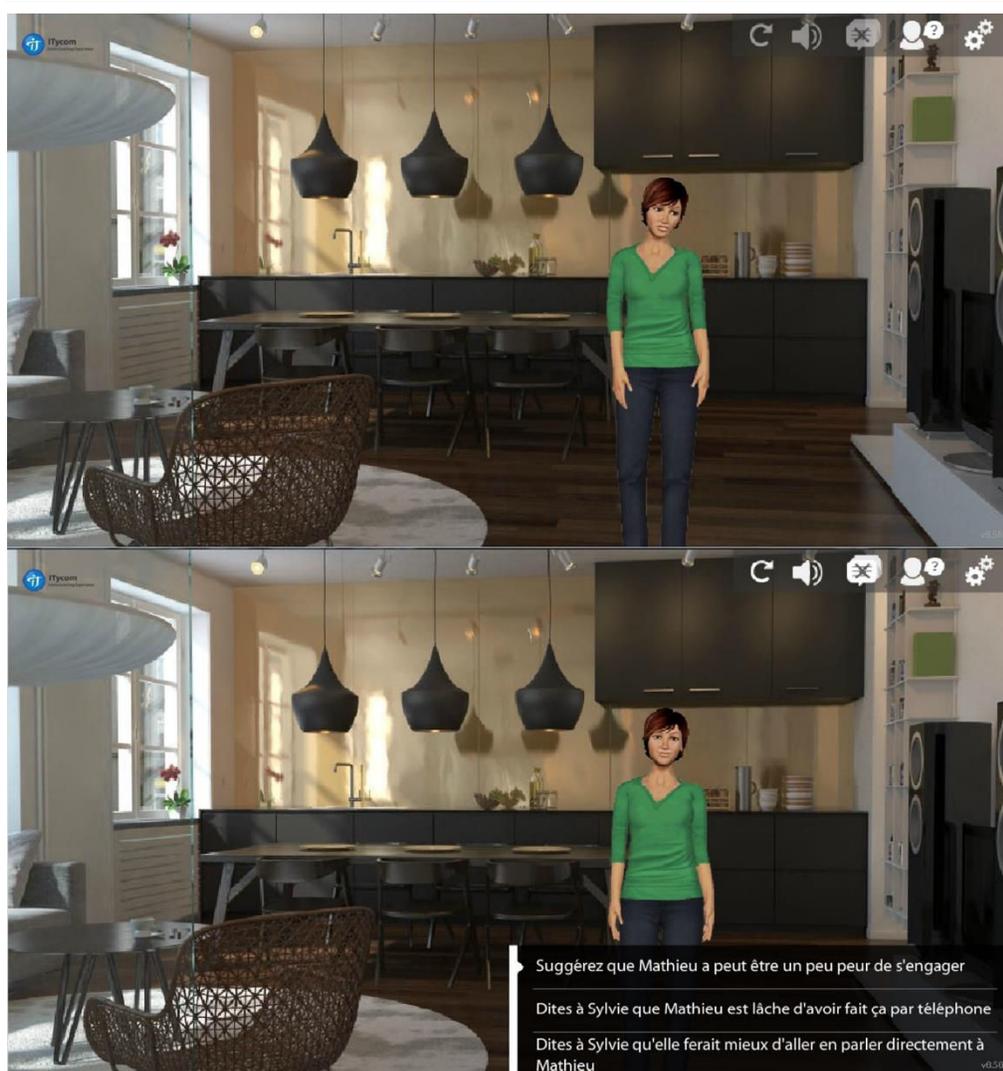


Figure 2 : Exemple d'exercice informatisé de RC2S, scène « la rupture »

Légende : Exercice informatisé, scène « la rupture » : Une amie de Tom, Sylvie, arrive chez lui en pleurs car son petit ami l'a quittée. Le patient doit repérer les indices émotionnels liés à la tristesse et aider Tom à choisir des réponses appropriées.



MISE AU POINT

Altérations de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool

Pierre Maurage ¹, Alice Villepoux ², Fabien D'Hondt ³, Benjamin Rolland ⁴, Georges Brousse ^{2,5}, Elodie Peyroux ⁵

- 6 Laboratoire de Psychopathologie Expérimentale (LEP), Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- 7 CHU Clermont-Ferrand, Psychiatrie B, Centre de Référence en Addictologie CIRCEA, Clermont-Ferrand, France
- 8 Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, Lille, France / CHU Lille, Clinique de Psychiatrie, CURE, Lille, France / Centre national de ressources et de résilience (CN2R), Lille, France
- 9 Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, University Lyon, UCBL, INSERM U1028, CNRS UMR5292, Bron, France / CH Le Vinatier, Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL), Bron, France
- 10 Université Clermont Auvergne, EA7280, Clermont-Ferrand, France

* Toute correspondance est à adresser à :

Pierre Maurage, Université catholique de Louvain, Faculté de Psychologie

Place du Cardinal Mercier, 10, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgium

Tel: +32 10 479245. Fax: +32 10 473774. E-mail: pierre.maurage@uclouvain.be

Résumé : L'exploration expérimentale des déficits associés aux troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA) s'est longtemps focalisée sur la cognition, en documentant en particulier des altérations liées aux processus attentionnels, mnésiques ou exécutifs. Cependant, une nouvelle lignée d'études s'est développée durant la dernière décennie afin d'explorer les variables émotionnelles et interpersonnelles dans cette population, ce qui a permis d'identifier des altérations massives au sein du groupe des patients avec TSUA pour ces habiletés. Cet article vise à souligner l'importance de ces déficits de cognition sociale dans l'émergence et le maintien des TSUA, en proposant une revue de la littérature organisée sur base d'une typologie distinguant cinq sous-composantes (traitement des émotions, théorie de l'esprit, biais d'attribution, perception sociale et connaissances sociales), puis en identifiant les pistes de recherche pouvant conduire à un approfondissement des connaissances concernant la cognition sociale dans les TSUA. Enfin, la perspective d'implémenter l'évaluation et la remédiation de la cognition sociale en contexte clinique est présentée, puisqu'elle pourrait offrir un outil innovant d'amélioration du bien-être des patients et de prévention de la rechute.

Mots clés : cognition sociale; alcoolisme; théorie de l'esprit; empathie; traitement émotionnel.

Abstract : The experimental exploration of the deficits associated with severe alcohol use disorder (SAUD) has long focused on cognition, mostly documenting alterations linked to attention, memory and executive processes. However, a new line of studies has developed over the last decades to explore emotional and interpersonal variables in this population, identifying massive alterations within the SAUD group regarding these skills. This paper aims to highlight the importance of these social cognition deficits in the emergence and maintenance of SAUD, by proposing a review of the literature capitalizing on a typology distinguishing five sub-components (emotion processing, theory of mind, attribution bias, social perception and social knowledge), then identifying avenues of research that could lead to further knowledge concerning social cognition in SAUD. Finally, the perspective of implementing social

cognition assessment and remediation in clinical contexts is presented, as it could offer an innovative tool for improving patient well-being and preventing relapse.

Keywords : social cognition, alcoholism, theory of mind, empathy, emotion processing

1. INTRODUCTION

Les troubles sévères de l'usage d'alcool (TSUA, selon la nomenclature du DSM-5), constituent une pathologie largement répandue puisqu'elle affecte 5 à 10 pourcents des adultes dans les pays Occidentaux et constitue le trouble psychiatrique le plus fréquent [1].

Ces troubles, centralement caractérisés par une compulsion à rechercher la substance, combinée à une perte de contrôle sur la consommation malgré la présence de conséquences négatives marquées [2], constituent l'addiction ayant le plus d'effets délétères pour le consommateur ainsi que pour son environnement relationnel, familial et social [3].

Au vu de l'ampleur de ce phénomène, la recherche fondamentale et appliquée sur les TSUA est devenu un champ majeur pour une vaste gamme de disciplines scientifiques, en ce compris la psychologie et les neurosciences. Au-delà des critères diagnostiques classiques, les propositions théoriques actuellement dominantes dans le champ, à savoir les modèles dual-process [4], proposent que le TSUA est fondamentalement caractérisé par un déséquilibre entre un système automatique sur-activé (sous-tendu par un réseau limbique impliqué dans les réponses appétitives envers les stimulations liées à l'alcool) et un système cognitif sous-activé (sous-tendu par un réseau préfrontal impliqué dans l'évaluation cognitive et le contrôle comportemental).

Ces modèles ont reçu un large support de données empiriques: d'une part, l'activation excessive du système automatique a été démontrée par des études indexant une hausse d'activation du système de récompense face aux stimulations reliées à l'alcool [5] ainsi qu'un craving massif et des biais attentionnels envers ces stimulations [6]. D'autre part, les TSUA sont associés à un dysfonctionnement des lobes frontaux résultant directement de la neurotoxicité de l'alcool¹ [8], qui conduit à des performances réduites dans une large gamme de fonctions cognitives incluant les fonctions exécutives, et singulièrement l'inhibition [9].

La proposition thérapeutique centrale issue de ces données est que les programmes thérapeutiques devraient viser à rétablir l'équilibre entre ces deux systèmes, en réduisant l'attraction automatique et le craving, et/ou en accroissant les capacités d'inhibition et le contrôle cognitif.

Bien qu'offrant une conceptualisation solide, les modèles dual-process ont néanmoins négligé d'autres processus majeurs impliqués dans l'émergence et le maintien des TSUA, parmi lesquels les troubles émotionnels et interpersonnels. En effet, comme souligné dans certaines propositions théoriques récentes [10], les patients présentant un TSUA ne peuvent pas être simplement définis comme des « machines dérégulées » présentant un déséquilibre entre les systèmes cognitifs et réseaux cérébraux impliqués dans les choix comportementaux et la prise de décision.

Le TSUA est, comme observé de manière répétée au plan clinique, également une pathologie affective et relationnelle: la comorbidité entre TSUA et troubles de l'humeur a été établie de longue date, la plupart des patients avec TSUA présentant, à tout le moins aux stades précoces du processus de désintoxication, des affects négatifs intenses ainsi que des symptômes dépressifs et anxieux qui perturbent fortement la prise en charge [11]. En outre, les TSUA sont associés à des difficultés familiales, professionnelles et sociales, la majorité des patients présentant un réseau social réduit, un support social limité, voire un isolement social

persistant, qui réduisent également fortement l'efficacité des programmes de désintoxication. En effet, le support social apparaît comme une composante essentielle pour permettre aux patients de maintenir une abstinence à moyen et long terme [12, 13]. Ces difficultés socio-émotionnelles devraient donc être considérées comme des variables centrales lors de la prise en charge, puisque plus de 40% des rechutes après désintoxication sont directement attribuées par les patients à la présence d'affects négatifs persistants ou d'un réseau social réduit [14].

Les affects négatifs et la perturbation du fonctionnement interpersonnel sont donc au cœur de la pathologie addictive, et une conceptualisation plus exhaustive des TSUA devrait intégrer ces déficits socio-émotionnels.

Cependant, les études empiriquement validées ont longtemps négligé ces facteurs, et leur exploration expérimentale dans les TSUA n'a émergé que durant les deux dernières décennies. Afin de souligner l'importance de la cognition sociale dans les TSUA, cet article propose une description basée sur une typologie des données actuellement disponibles concernant les habiletés socio-émotionnelles dans cette population. En capitalisant sur une revue de la littérature, nous identifierons ensuite les perspectives fondamentales et thérapeutiques majeures dans ce champ, afin d'encourager une exploration empirique approfondie de ces facteurs, ainsi que leur évaluation et réhabilitation en contexte clinique. Cette application thérapeutique sera exemplifiée à travers l'article de pratique clinique associé à la présente mise au point, proposant via une étude de cas une implémentation concrète de la remédiation de la cognition sociale chez un patient présentant un TSUA.

2. UNE REVUE TYPOLOGIQUE DE LA COGNITION SOCIALE DANS LES TSUA²

La cognition sociale peut être globalement définie comme l'ensemble des processus psychologiques associés à l'identification et à l'interprétation des signaux sociaux envoyés par les autres individus dans des contextes interpersonnels, et aux capacités nécessaires pour répondre efficacement à ces signaux [15]. Bien qu'apparues récemment, les études en psychologie et neurosciences ayant exploré la cognition sociale dans les TSUA constituent désormais un champ de recherche florissant, caractérisé par l'évaluation d'une vaste gamme de capacités, utilisant des méthodologies variées. Afin d'offrir la description la plus claire possible de la littérature existante, cette mise au point va se fonder sur la classification des sous-composantes de la cognition sociale récemment proposée dans le champ de la schizophrénie. En effet, la schizophrénie étant caractérisée par de vastes déficits affectifs et interpersonnels, de nombreux travaux ont été conduits afin d'en comprendre les déficits, et un consensus a émergé [16, 17] afin de clarifier ce champ, en divisant ces habiletés en cinq sous-catégories : le traitement des émotions, la théorie de l'esprit, les biais d'attribution, la perception sociale et les connaissances sociales. Bien que ces catégories présentent un certain recouvrement et que certaines tâches expérimentales classiquement utilisées dans les TSUA évaluent simultanément plusieurs processus reliés à des catégories différentes, les données actuellement disponibles dans les TSUA vont être successivement décrites selon cette typologie.

2.1 Traitement émotionnels

L'appellation de traitements émotionnels comprend ici la perception, l'interprétation et la réaction aux états émotionnels exprimés par autrui via les expressions faciales, la prosodie vocale ou les postures corporelles, ainsi que le décodage et la régulation de ses propres états affectifs. Il convient tout d'abord de souligner que l'identification de ses propres émotions est déficitaire dans le TSUA, puisque ce groupe de patients a des

taux plus élevés d'alexithymie (c'est-à-dire à une capacité réduite de ressentir, identifier et exprimer les états affectifs internes [18]) et une réduction de l'intelligence émotionnelle (c'est-à-dire de l'ensemble des capacités utiles pour détecter, catégoriser, interpréter et utiliser les états émotionnels exprimés par autrui ou ressentis personnellement [19]). Cette capacité réduite d'identification de ses propres émotions s'étend à la détection des émotions d'autrui. Sur base d'une étude initiale [20] montrant une capacité réduite des patients avec TSUA pour identifier les états émotionnels exprimés par des visages, de nombreux travaux ont en effet été menés durant ces 20 dernières années pour explorer ces processus dans le TSUA.

Nombre de designs expérimentaux ont été utilisés [21, 22], présentant diverses émotions faciales sur base de procédures variées. La majorité des résultats ont confirmé la présence de ce déficit : les patients présentant un TSUA ont besoin de plus d'intensité émotionnelle exprimée pour détecter correctement l'état émotionnel présenté par autrui lors d'interactions sociales [23].

De manière cruciale, ce déficit apparaît spécifique pour les états émotionnels, puisque d'autres jugements complexes concernant des caractéristiques faciales (par exemple l'identification du genre ou de l'âge) sont préservés [24]. Il est par ailleurs plus intense pour les émotions négatives, en particulier le dégoût et la colère [25], et non lié aux niveaux d'anxiété ou de dépression comorbide [26]. Cependant, ce déficit est généralisé à toute stimulation émotionnelle, les patients étant également déficitaires pour traiter la prosodie émotionnelle et les postures corporelles [27].

Des travaux de neurosciences ont en outre approfondi l'exploration de ce déficit: d'une part, des données de neuroimagerie ont suggéré que le déficit de décodage émotionnel serait lié à une réduction des activations associées aux régions limbiques impliquées dans le traitement émotionnel, centralement dans l'amygdale, l'hippocampe [28] et le cortex cingulaire [29], ce déficit étant même accru chez des patients présentant un nombre plus important de cures de sevrage antérieures [30]. D'autre part, l'électrophysiologie a été utilisée pour montrer que l'activité cérébrale était globalement réduite dans le TSUA lors des traitements de stimuli émotionnels (en particulier pour la colère, [31]) et que ce déficit prend son origine dans des altérations perceptuelles (visuelles et auditives) précoces, perturbant l'ensemble des étapes ultérieures de traitement émotionnel [32].

Etant donné que la capacité à décoder les indices émotionnels au cours des interactions sociales est essentielle pour comprendre efficacement le vécu émotionnel d'autrui, ainsi que pour proposer une réponse comportementale adaptée, il a été proposé que ce déficit général de décodage émotionnel pourrait être impliqué dans la réduction des liens interpersonnels et dans l'isolement social des patients avec TSUA [33].

2.2. Théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit peut être définie comme la capacité à utiliser les signaux interpersonnels provenant d'autres individus pour inférer leurs états mentaux, pensées et affects, ainsi que pour anticiper leurs comportements et actions. Elle constitue une composante complexe de la cognition sociale, dont les frontières sont encore débattues [34] mais qui a été démontrée comme déficitaire dans une large gamme d'états psychopathologiques [35, 36].

Une étude [37], visant à étendre les explorations décrites ci-dessus concernant le décodage émotionnel, a utilisé le "Reading the Mind in the Eyes Test", une tâche de théorie de l'esprit basée sur l'identification d'états affectifs simples ou complexes à partir d'images présentant des photos de regards [38]. Cette étude a montré que le déficit de décodage émotionnel présenté par les patients avec TSUA est non seulement présent pour le décodage d'émotions négatives simples (par exemple la colère ou la peur) mais s'étend

également à la théorie de l'esprit, puisque les patients présentaient des altérations pour détecter les états mentaux positifs (par exemple la joie) mais également complexes (par exemple le doute ou la culpabilité).

En outre, une composante de la cognition sociale proche de la théorie de l'esprit est l'empathie (i.e. la capacité à comprendre la perspective cognitive ou affective d'autrui et à proposer une réponse verbale ou comportementale adaptée aux émotions, sentiments et pensées qu'il/elle exprime). Malgré ces controverses sur les liens entre empathie et théorie de l'esprit [15], il peut être clairement affirmé que l'empathie est une habileté centrale pour développer et maintenir des interactions sociales efficaces et un bien-être interpersonnel, et cette capacité apparaît déficitaire dans les TSUA. Une première étude a en effet observé que les patients présentant un TSUA rapportaient des niveaux d'empathie plus faibles dans des questionnaires auto-rapportés, et en particulier une capacité réduite à prendre la perspective émotionnelle ou cognitive d'autrui en compte [39].

Ce déficit global a ensuite été exploré plus en détail [40], en particulier en dissociant l'évaluation de l'empathie affective (i.e. la capacité à détecter et ressentir les émotions d'autrui) et cognitive (i.e. la capacité à comprendre les états mentaux non-émotionnels d'autrui).

Cette étude a montré que les patients avec TSUA présentent une empathie cognitive assez préservée mais une empathie émotionnelle massivement déficitaire, ce qui est en cohérence avec les déficits marqués pour les traitements émotionnels décrits ci-dessus. Dans le TSUA, plusieurs paradigmes ont été utilisés pour explorer plus directement les capacités de théorie de l'esprit, allant de batteries de tests assez larges [41] à des investigations plus spécifiques utilisant des tâches telles que les fausses croyances ou les faux-pas [42, 43].

Ces travaux ont conduit à des résultats cohérents, démontrant des capacités de théorie de l'esprit réduites chez des patients avec TSUA récemment désintoxiqués, ce déficit étant présent pour toutes les sous-composantes de théorie de l'esprit, à savoir pour les inférences de premier (i.e. comprendre les sentiments d'autrui concernant un événement ou une situation) et second ordre (i.e. comprendre comment une autre personne interprète les comportements verbaux ou non verbaux d'une tierce personne), ainsi que pour la prise de perspective à la première (i.e. identifier ses propres sentiments ou pensées) ou troisième personne (i.e. identifier les pensées ou sentiments d'autrui). En outre, au-delà de cet effet généralisé, d'autres études ont exploré la dissociation entre les composantes cognitive (i.e. états mentaux et pensées d'autrui) et affective (i.e. émotions et sentiments) de la théorie de l'esprit [44]. Ces données ont suggéré que la composante affective pourrait être plus déficitaire, avec a contrario une préservation relative de la composante cognitive, mesurée en l'occurrence comme la capacité à détecter les intentions sociales non-émotionnelles d'autrui [45].

Par exemple, une étude [46] basée sur la "Movie for Assessment of Social Cognition task" (MASC [47], mesurant la capacité à comprendre les interactions sociales quotidiennes exprimées dans des courtes vidéos mettant en scène quatre personnages interagissant lors d'un dîner) a montré que les patients avec TSUA restent capables d'efficacement comprendre les pensées et comportements non émotionnels (p.ex. l'expression d'intérêt d'un personnage envers les propos d'un autre; l'identification des intentions ou décisions d'un personnage), mais sont significativement moins efficaces que des sujets contrôles appariés pour comprendre les émotions (p.ex. les réactions d'agacement ou d'amusement des personnages; les sentiments amicaux ou amoureux exprimés). Ce résultat étend donc la proposition d'une dissociation entre sous-composantes de cognition sociale émotionnelle déficitaire et cognitive préservée dans les contextes sociaux complexes. De manière globale, et malgré certains résultats contradictoires [48], il est possible de conclure que les patients avec TSUA présentent des capacités de théorie de l'esprit réduites, comme cela a été clairement confirmé par deux méta-analyses récentes [25, 49].

2.3. Biais d'attribution

Les biais d'attribution constituent l'unique composante de la cognition sociale qui n'a pas encore été explorée dans le TSUA. De manière générale les événements personnels et interpersonnels apparaissant dans la vie de l'individu, qu'ils soient positifs ou négatifs, peuvent être associés à des causes internes (responsabilité individuelle) ou externes (responsabilité d'autrui ou variables contextuelles).

Les biais d'attribution sont donc des erreurs d'attribution causales, c'est-à-dire une tendance à utiliser de manière systématique un même type d'attribution pour expliquer les événements. De nombreux travaux ont été menés concernant les biais attentionnels ou cognitifs dans le TSUA, et ont indexé une distorsion massive des processus automatiques et mnésiques, menant principalement à une sensibilité accrue envers les stimulations liées à l'alcool [6], mais cette approche n'a pas à ce jour été appliquée à l'étude des biais émotionnels ou interpersonnels. Plusieurs études ont mis en évidence des biais d'attribution dans d'autres pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie ou l'autisme, et ces résultats devraient encourager les travaux à venir à explorer ces processus dans le TSUA, notamment en utilisant des tâches validées d'exploration de ces biais (par exemple le questionnaire d'hostilité envers les intentions ambiguës [50] ou le questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles [51]).

2.4. Perception sociale

La perception sociale, c'est-à-dire la capacité à interpréter les stimuli verbaux et non verbaux pour inférer le rôle de chacun et les relations actuelles dans des contextes interpersonnels équivoques ou complexes, est usuellement évaluée via des tâches expérimentales présentant des images ou vidéos d'interactions sociales proches de celles de la vie quotidienne, sur base desquelles le participant doit interpréter le contenu verbal et non verbal afin de comprendre les comportements et interactions sociales.

Cette sous-composante de la cognition sociale a déjà été partiellement mesurée dans les tâches de théorie de l'esprit décrites ci-dessus [45], mais la mesure des capacités de perception sociale dans les TSUA a été effectuée plus directement dans une étude de neuroimagerie, qui a permis d'explorer les corrélats cérébraux de la perception sociale dans les TSUA, mais aussi les conséquences personnelles des interactions sociales négatives [52].

Cette étude a utilisé le paradigme cyberball [53] comportant un jeu d'échange de balle dans lequel une situation d'exclusion sociale est créée en conduisant deux autres joueurs (guidés informatiquement mais considérés comme des individus réels par le participant) à exclure socialement le patient du jeu.

Cette exploration a montré que, lorsqu'ils sont confrontés à une situation de rejet par autrui, les patients avec TSUA présentent un accroissement de la perception sociale de cet ostracisme (indexé par des sentiments de rejet plus forts et une activité cérébrale accrue dans l'insula et le cortex cingulaire antérieur), combiné à une capacité réduite de régulation de ces sentiments de rejet (indexé par une activation réduite des aires frontales impliquées dans la régulation des comportements), permettant chez le sujet sain d'éviter une réaction agressive face à ce rejet.

Ces résultats suggèrent que les patients présentant un TSUA ont une sensibilité accrue à la perception sociale des pensées et comportements d'autrui quand ces derniers sont directement dirigés contre eux, mettant en péril leur intégration sociale.

Ce déséquilibre dans la perception sociale pourrait être impliqué dans l'agressivité incontrôlée fréquemment observée en contexte social chez les patients avec TSUA lorsqu'ils sont confrontés au rejet social ou à la frustration.

2.5. Connaissances sociales

Les connaissances sociales correspondent à la conscience et à la compréhension des règles et conventions à suivre lors des interactions sociales, ainsi que du rôle assigné à chaque participant dans les contextes sociaux. Des résultats préliminaires suggèrent que le TSUA est associé à des anomalies des connaissances sociales, qui pourraient constituer un déficit central provoquant une cascade de conséquences négatives pour les interactions sociales. Plus spécifiquement, les patients avec TSUA ont une capacité réduite à effectuer correctement une tâche de détection d'humour basée sur des plaisanteries écrites impliquant des contextes interpersonnels [54], ce qui indexe une difficulté à utiliser les connaissances sociales pour identifier la rupture humoristique des règles sociales provoquée par l'apparition d'une incongruité dans les interactions décrites. Dans la même lignée, il a été montré que le TSUA est associé à une capacité réduite de détection de l'ironie dans des scénarios écrits [55], ainsi qu'à une connaissance diminuée des règles sociales et des rôles sous-tendant les interactions humaines, connaissance nécessaire pour détecter les intentions communicationnelles. Cette capacité réduite de perception de l'ironie était fortement corrélée à l'intensité des déficits de capacités sociales, ce qui suggère que les connaissances sociales réduites entretiennent une relation directe avec l'émergence de comportements inadaptés lors d'interactions réelles. Une autre facette des connaissances sociales qui a été mesurée dans les TSUA est la présence d'auto-croyances inadaptées relatives aux standards sociaux à respecter. Sur base d'un questionnaire auto-rapporté initialement développé dans l'anxiété sociale, il a été démontré que les patients avec TSUA présentent, même lorsque les comorbidités psychopathologiques sont contrôlées, une tendance spécifique à la surévaluation des standards sociaux indispensables pour avoir des interactions sociales épanouies [56].

En d'autres termes, le TSUA est associé à une évaluation exagérée de la performance interpersonnelle à produire en contexte social et de la nécessité de constamment agir de manière parfaite (par exemple « Il faut que tout le monde m'apprécie »). Ces connaissances sociales biaisées, qui sont fortement corrélées aux difficultés interpersonnelles, pourraient contribuer à l'émergence d'un cercle vicieux, la surestimation des standards sociaux conduisant à des sentiments négatifs lors d'interactions sociales sub-optimales, ce qui pourrait en retour accroître l'isolement social.

Propositions pour approfondir l'étude de la cognition sociale dans les TSUA :

La littérature actuellement disponible montre l'ampleur des déficits de cognition sociale dans les TSUA, mais ce champ de recherche est encore largement confronté à un manque d'ancrage théorique et de cohérence expérimentale. La tentative offerte dans le présent article de proposer une typologie de la cognition sociale a clairement montré que, alors que la théorie de l'esprit et le décodage émotionnel ont été l'objet d'une grande quantité d'études, les autres composantes de la cognition sociale n'ont pas été explorées en profondeur. Une première perspective majeure de recherche serait donc de capitaliser sur la typologie présentée ici pour développer un programme cohérent de recherche qui pourrait proposer, pour chaque sous-composante de la cognition sociale, une exploration approfondie basée sur des tâches contrôlées et centrées sur une seule sous-composante [15].

En outre, d'autres questions cruciales devront être explorées, parmi lesquelles: (1) Les interactions entre processus socio-émotionnels et cognitifs.

La plupart des études ont exploré la cognition sociale dans le TSUA de manière isolée, mais ces capacités pourraient fortement interagir avec d'autres aptitudes déficitaires, et en particulier les fonctions cognitives telles que la mémoire autobiographique [45] ou la mémoire épisodique et la flexibilité cognitive [57]; (2) La variabilité inter-individuelle des déficits socio-émotionnels. Toutes les études antérieures ont utilisé une



approche de groupe, considérant les patients comme constituant une population homogène. Cependant, des études proposant une analyse des profils individuels de performance ont montré que seulement 50% des patients présentent un réel déficit de théorie de l'esprit [42]. En outre, il a été montré via une étude en clusters [58] que les patients ne forment pas un groupe unitaire pour les déficits affectifs et interpersonnels, mais plutôt une constellation d'individus ayant une grande variété de profils socio-émotionnels.

Ainsi, sur base d'une évaluation par questionnaire de l'alexithymie (pour le versant émotionnel) et de l'ampleur des problèmes interpersonnels (pour le versant social), il a été observé que cinq sous-groupes de patients avec TSUA pouvaient être déterminés, respectivement caractérisés par (1) l'absence totale de déficit socio-émotionnel; (2) la présence d'une alexithymie isolée; (3) des troubles interpersonnels concernant les relations intimes, la sociabilité et l'assertivité; (4) des troubles interpersonnels focalisés sur la difficulté de soumission à l'autorité; (5) une dérégulation socio-émotionnelle générale. Ces résultats montrent donc clairement l'hétérogénéité des patients avec TSUA concernant les habiletés affectives et sociales. Les études futures devraient donc compléter l'approche classique de groupe par des analyses individuelles spécifiant la variation des déficits au sein des participants, ainsi que le rôle différentiel joué par les comorbidités psychopathologiques et addictives; (3) La relation causale entre TSUA et déficits de cognition sociale, et l'évolution durant les étapes successives de la pathologie. Les travaux antérieurs se sont focalisés sur les patients récemment désintoxiqués, ce qui a empêché de déterminer si les déficits socio-émotionnels sont une conséquence de la neurotoxicité de l'alcool ou un facteur causal impliqué dans le développement du TSUA (par exemple via l'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping pour faire face à l'isolement social). Plus globalement, l'évolution des déficits de cognition sociale durant le décours de la pathologie (par exemple après une abstinence de long terme) et durant ses stades successifs devrait être explorée de manière plus approfondie via des études longitudinales ainsi que via des explorations se centrant sur les déficits socio-émotionnels présents avant ou après le TSUA (par exemple dans le binge drinking [59] ou dans le syndrome de Korsakoff [60]); (4) L'inclusion des déficits de cognition sociale dans les modèles actuels du TSUA. Bien que la cognition sociale soit impliquée dans les difficultés rencontrées par les patients, les modèles n'ont pas encore intégré ces capacités émotionnelles et sociales, toujours considérées comme de simples conséquences du déséquilibre entre systèmes automatique et contrôlé. Une proposition théorique plus récente, le modèle triadique [10] postule l'existence d'un troisième système, centré sur l'insula et impliqué dans la détection des signaux intéroceptifs. Ce système insulaire pourrait non seulement jouer un rôle intégrateur entre les systèmes automatique et contrôlé (et donc influencer la prise de décision en situation à risque de consommation), mais aussi réguler l'influence des signaux corporels sur la prise de décision. Etant donné le rôle majeur de l'insula dans les processus affectifs, et notamment dans l'intégration entre inputs physiologiques et cognitifs lors de situations émotionnelles, ce modèle pourrait constituer une base pour l'intégration des capacités socio-émotionnelles dans les modèles actuels. Cependant, les preuves empiriques concernant la validité de ce modèle sont actuellement faibles.

Enfin, ces résultats de recherche devraient urgemment être intégrés dans la pratique clinique, où les déficits de cognition sociale sont encore largement sous-évalués et peu pris en charge. De manière centrale, des propositions concernant l'implémentation de programmes de remédiation cognitive pour les patients présentant des troubles addictifs ont été développées récemment [61] et commencent à avoir un réel impact dans les structures cliniques, notamment via l'instauration d'une approche combinant évaluation [62] et remédiation [63] individualisées. Cependant, ces programmes ont jusqu'ici été exclusivement centrés sur les variables cognitives telles que les fonctions exécutives ou la mémoire [64]. Dans la continuité de ce qui a été proposé dans la schizophrénie [65], une approche neuropsychologique centrée sur l'évaluation et l'entraînement systématiques de la cognition sociale dans les TSUA devrait être urgemment testée en milieu clinique, puisqu'elle pourrait significativement renouveler les approches thérapeutiques et impacter

positivement la prévention de la rechute en rompant le cercle vicieux liant déficits de cognition sociale, isolation sociale et consommation d'alcool.

Remerciements : Pierre Muraige est Chercheur Qualifié (Senior Research Associate) auprès du Fond National de la Recherche Scientifique (F.R.S.-FNRS, Belgique).

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun lien ou conflit d'intérêt en lien avec la présente étude

Citation de l'article : Altérations de la cognition sociale dans les troubles sévères de l'usage d'alcool, Pierre Muraige, Alice Villepoux, Fabien D'Hondt, Benjamin Rolland, Georges Brousse, Elodie Peyroux, *Alcoologie et Addictologie*, 2021 / 2022 0, 43(1) : 79-90

REFERENCES

1. Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C.D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A.V., & Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105, 817-843.
2. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 760-773.
3. Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D., & Independent Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1558-1565.
4. Stacy, A.W., & Wiers, R.W. (2010). Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 551-575.
5. Heinz, A., Beck, A., Grüsser, S.M., Grace, A.A., & Wrase, J. (2009). Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addiction Biology*, 14, 108-118.
6. Field, M., & Cox, W.M. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: a review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 1-20.
7. Norman, A.L., Pulido, C., Squeglia, L.M., Spadoni, A.D., Paulus, M.P., & Tapert, S.F. (2011). Neural activation during inhibition predicts initiation of substance use in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 216-223.
8. Bühler, M., & Mann, K. (2011). Alcohol and the human brain: a systematic review of different neuroimaging methods. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1771-1793.
9. Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18, 203-213.
10. Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A triadic neurocognitive approach to addiction for clinical interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 179.
11. [11] Schuckit, M.A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101, 76-88.
12. Gordon, A.J., & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 143-152.
13. Hunter-Reel, D., McCrady, B., & Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104, 1281-1290.
14. Zywiak, W.H., Westerberg, V.S., Connors, G.J., & Maisto, S.A. (2003). Exploratory findings from the Reasons for Drinking Questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 287-292.
15. Green, M.F., Horan, W.P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 620-631.
16. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1211-1220.
17. Pinkham, A.E., Penn, D.L., Green, M.F., & Harvey, P.D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 494-504.
18. Stasiewicz, P.R., Bradizza, C.M., Gudleski, G.D., Coffey, S.F., Schlauch, R.C., Bailey, S.T., Bole, C.W., & Gulliver, S.B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37, 469-476.

19. De Timary, P., Cordovil de Sousa Uva, M., Cortesi, M., Mikolajczak, M., Du Roy de Blicy, P., & Luminet, O. (2010). Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol dependent subjects undergoing protracted withdrawal. *Personality and Individual Differences*, 48, 16-21.
20. Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Den Dulk, A., Le Bon, O., Streel, E., Hess, U., Pelc, I., & Verbanck, P. (1999). Alcoholics' deficits in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1031-1038.
21. Castellano, F., Bartoli, F., Crocamo, C., Gamba, G., Tremolada, M., Santambrogio, J., Clerici, M., & Carrà, G. (2015). Facial emotion recognition in alcohol and substance use disorders: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 59, 147-154.
22. Donadon, M.F., & Osório, F. (2014). Recognition of facial expressions by alcoholic patients: a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1655-1663.
23. D'Hondt, F., de Timary, P., Bruneau, Y., & Maurage, P. (2015). Categorical perception of emotional facial expressions in alcohol-dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 267-274.
24. Maurage, P., Campanella, S., Philippot, P., Martin, S., & de Timary, P. (2008) Face processing in chronic alcoholism: a specific deficit for emotional features. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 600-606.
25. Bora, E., & Zorlu, N. (2017). Social cognition in alcohol use disorder: A meta-analysis. *Addiction*, 112, 40-48.
26. Freeman, C.R., Wiers, C.E., Sloan, M.E., Zehra, A., Ramirez, V., Wang, G.J., & Volkow, N.D. (2018). Emotion recognition biases in alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42, 1541-1547.
27. Maurage, P., Campanella, S., Philippot, P., Charest, I., Martin, S., & de Timary, P. (2009). Impaired emotional facial expression decoding in alcoholism is also present for emotional prosody and body postures. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 476-485.
28. Marinkovic, K., Oscar-Berman, M., Urban, T., O'Reilly, C.E., Howard, J.A., Sawyer, K., & Harris, G.J. (2009). Alcoholism and dampened temporal limbic activation to emotional faces. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 1880-1892.
29. Salloum, J.B., Ramchandani, V.A., Bodurka, J., Rawlings, R., Momenan, R., George, D., & Hommer, D.W. (2007). Blunted rostral anterior cingulate response during a simplified decoding task of negative emotional facial expressions in alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1490-1504.
30. O'Daly, O.G., Trick, L., Scaife, J., Marshall, J., Ball, D., Phillips, M.L., Williams, S.S.C., Stephens, D.N., & Duka, T. (2012). Withdrawal-associated increases and decreases in functional neural connectivity associated with altered emotional regulation in alcoholism. *Neuropsychopharmacology*, 37, 2267-2276.
31. Maurage, P., Campanella, S., Philippot, P., Vermeulen, N., Constant, E., Luminet, O., & de Timary, P. (2008). Electrophysiological correlates of the disrupted processing of anger in alcoholism. *International Journal of Psychophysiology*, 70, 50-62.
32. Maurage, P., Philippot, P., Verbanck, P., Noël, X., Kornreich, C., Hanak, C., & Campanella, S. (2007). Is the P300 deficit in alcoholism associated with early visual impairments (P100, N170)? An oddball paradigm. *Clinical Neurophysiology*, 118, 633-644.
33. D'Hondt, F., Campanella, S., Kornreich, C., Philippot, P., & Maurage, P. (2014). Below and beyond recognition of emotional facial expressions in alcohol-dependence: from basic perception to social cognition. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 2177-2182.
34. Schaafsma, S.M., Pfaff, D.W., Spunt, R.P., & Adolphs, R. (2015). Deconstructing and reconstructing theory of mind. *Trends in Cognitive Sciences*, 19, 65-72.
35. Bora, E., Bartholomeusz, C., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 46, 253-264.
36. Bora, E., Yücel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 253-264.
37. Maurage, P., Grynberg, D., Noël, X., Joassin, F., Hanak, C., Verbanck, P., Luminet, O., de Timary, P., Campanella, S., & Philippot, P. (2011). The "Reading the Mind in the Eyes" test as a new way to explore complex emotions decoding in alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 190, 375-378.
38. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
39. Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Cundari, S., & Janiri, L. (2009). Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients. *The American Journal on Addictions*, 18, 157-161.
40. Maurage, P., Grynberg, D., Noël, X., Joassin, F., Philippot, P., Hanak, C., Verbanck, P., Luminet, O., de Timary, P., & Campanella, S. (2011). Dissociation between affective and cognitive empathy in alcoholism: a specific deficit for the emotional dimension. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1662-1668.
41. Bosco, F.M., Capozzi, F., Colle, L., Marostica, P., & Tirassa, M. (2014). Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: an analysis of mindreading processes. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 299-307.
42. Maurage, F., de Timary, P., Tecco, J.M., Lechantre, S., & Samson, D. (2015). Theory of mind difficulties in patients with alcohol dependence: beyond the prefrontal cortex dysfunction hypothesis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, 980-988.
43. Thoma, P., Winter, N., Juckel, G., & Roser, P. (2013). Mental state decoding and mental state reasoning in recently detoxified alcohol-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 205, 232-240.
44. Shamay-Tsoory, S.G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149, 11-23.

45. Nandrino, J.L., Gandolphe, M.C., Alexandre, C., Kmiecik, E., Yguel, J., & Urso, L. (2014). Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients: the role of autobiographical memory. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 65-73.
46. Maurage, P., D'Hondt, F., de Timary P., Mary, C., Franck, N., & Peyroux, E. (2016). Dissociating affective and cognitive Theory of Mind in recently detoxified alcohol-dependent individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40, 1926-1934.
47. Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J.K., Wolf, O.T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 623-636.
48. Mátyássy, A., Kelemen, O., Sárközi, Z., Janka, Z., & Kéri, S. (2006). Recognition of complex mental states in patients with alcoholism after long-term abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 512-514.
49. Onuoha, R.C., Quintana, D.S., Lyvers, M., & Guastella, A.J. (2016). A Meta-analysis of Theory of Mind in alcohol use disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 51, 410-415.
50. [50] Combs, D.R., Penn, D.L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 128-143.
51. Kinderman, P., & Bentall, R.P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20, 261-264.
52. Maurage, P., Joassin, F., Philippot, P., Heeren, A., Vermeulen, N., Mahau, P., Delperdange, C., Corneille, O., Luminet, O., & de Timary, P. (2012). Disrupted regulation of social exclusion in alcohol-dependence: an fMRI study. *Neuropsychopharmacology*, 37, 2067-2075.
53. Williams, K.D., & Jarvis, B. (2006). Cyberball: a program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance. *Behavior Research Methods*, 38, 174-180.
54. Uekermann, J., Channon, S., Winkel, K., Schlebusch, P., & Daum, I. (2007). Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. *Addiction*, 102, 232-240.
55. Amenta, S., Noël, X., Verbanck, P., & Campanella, S. (2013). Decoding of emotional components in complex communicative situations (irony) and its relation to empathic abilities in male chronic alcoholics: An issue for treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37, 339-347.
56. Maurage, P., de Timary, P., Moulds, M.L., Wong, Q.J., Collignon, M., Philippot, P., & Heeren, A. (2013). Maladaptive social self-beliefs in alcohol-dependence: a specific bias towards excessive high standards. *PLoS One*, 8, e58928.
57. Quaglino, V., De Wever, E., & Maurage, P. (2015). Relations between cognitive abilities, drinking characteristics, and emotional recognition in alcohol-dependence: A preliminary exploration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, 2032-2038.
58. Maurage, P., de Timary, P., & D'Hondt, F. (2017). Heterogeneity of emotional and interpersonal difficulties in alcohol-dependence: A cluster analytic approach. *Journal of Affective Disorders*, 217, 163-173.
59. Maurage, P., Bestelmeyer, P., Rouger, J., Charest, I., & Belin, P. (2013). Binge drinking influences the cerebral processing of vocal affective bursts in young adults. *Neuroimage: Clinical*, 3, 218-225.
60. Brion, M., D'Hondt, F., Davidoff, D., & Maurage, P. (2016). Beyond cognition: understanding affective impairments in Korsakoff syndrome. *Emotion Review*, 8, 376-384.
61. Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive training for substance use disorders: Neuroscientific mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 270-281.
62. Rochat, L., Maurage, P., Heeren, A., & Billieux, J. (2019). Let's open the decision-making umbrella: A framework for conceptualizing and assessing features of impaired decision making in addiction. *Neuropsychology Review*, 29, 27-51.
63. Rolland, B., D'Hondt, F., Montègue, S., Brion, M., Peyron, E., D'Aviau de Ternay, J., de Timary, P., Nourredine, M., & Maurage, P. (2019). A patient-tailored evidence-based approach for developing early neuropsychological training programs in addiction settings. *Neuropsychology Review*, 29, 103-115.
64. Rupp, C.I., Kemmler, G., Kurz, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W.W. (2012). Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73, 625-634.
65. Grant, N., Lawrence, M., Preti, A., Wykes, T., & Cella, M. (2017). Social cognition interventions for people with schizophrenia: a systematic review focusing on methodological quality and intervention modality. *Clinical Psychology Review*, 56, 55-64.

LEGENDE DES FIGURES

Figure 1.

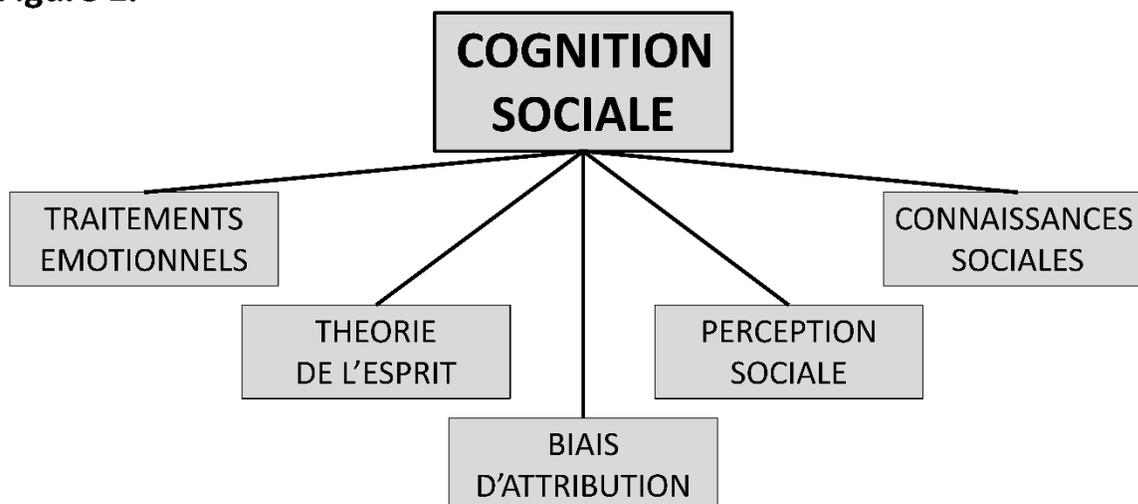


Figure 1. Représentation graphique des cinq sous-composantes de la cognition sociale.

Figure 2.

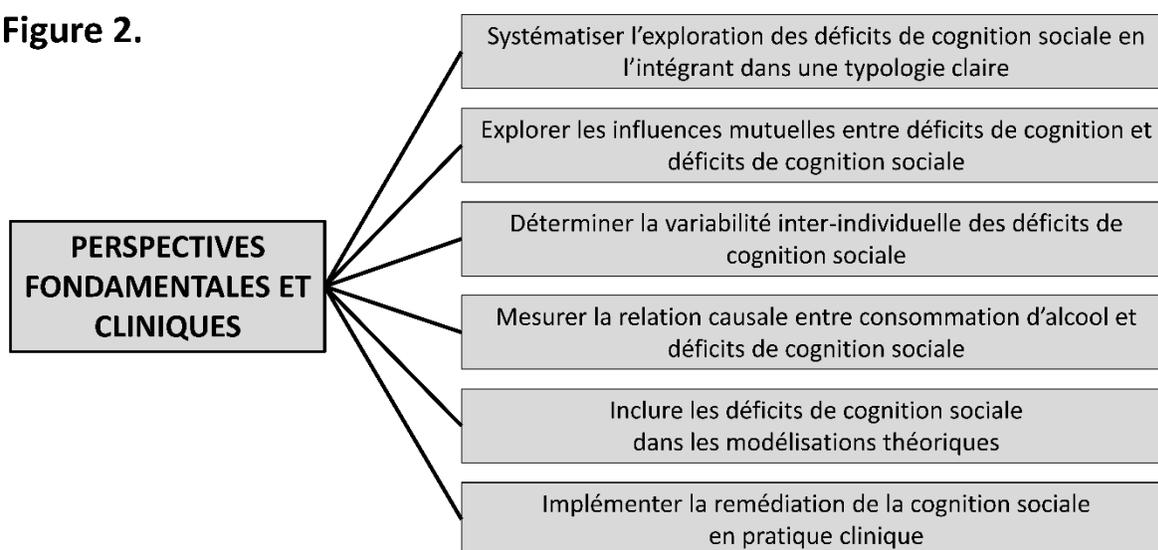


Figure 2. Synthèse graphique des perspectives centrales de recherche proposées pour approfondir la connaissance de la cognition sociale dans les TSUA.



LE PROJET EDITORIAL

Le projet éditorial détaillé est disponible sur le site <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie est une revue scientifique à comité de lecture. Elle publie des articles de recherche et de santé publique, ainsi que des articles offrant des perspectives contribuant à améliorer la qualité de la prévention et des soins pour les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives.

RUBRIQUES

- Recherche (étude originale et revue systématique)
- Mise au point
- Pratique clinique.
- Regard critique, incluant toute opinion constructive.
- Libres propos.
- Compte rendu de congrès.
- Analyses : recherche internationale et livres.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES MANUSCRITS

Les manuscrits sont d'abord évalués par le rédacteur en chef sur la base des critères suivants (quand ils sont applicables) : originalité et actualité, clarté rédactionnelle, adéquation de la méthodologie, validité des données, consistance des conclusions en rapport avec les données, adéquation du sujet au cadre du projet éditorial. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rapidement refusés. Sinon, ils sont adressés à un rédacteur associé chargé d'organiser une double lecture qualifiée du manuscrit. Alcoologie et Addictologie fait en sorte de communiquer une première décision dans les 8 semaines après la soumission. Les auteurs peuvent faire appel de la décision, une décision finale sera transmise aux auteurs après un nouvel examen par le rédacteur en chef.

POLITIQUE ÉDITORIALE

Aucun manuscrit, en tout ou partie, soumis à la revue ne peut être soumis simultanément à un autre journal. Le manuscrit ne doit pas avoir été publié dans autre journal ou sous tout autre support permettant de le citer (site internet). Il revient aux auteurs de s'assurer qu'aucun élément du manuscrit n'enfreint les règles du copyright ou les droits d'un tiers.

ÉTHIQUE

La soumission d'un manuscrit à Alcoologie et Addictologie implique que tous les auteurs ont lu et donné leur accord sur son contenu. Toute recherche expérimentale rapportée doit être réalisée après accord du Comité d'éthique adéquat. Un travail de recherche expérimentale ne disposant pas de l'accord préalable d'un comité d'éthique pour des motifs valables pourra cependant être accepté pour parution sous la rubrique Pratique clinique. Les études chez l'homme doivent être en accord avec la Déclaration d'Helsinki, et les recherches expérimentales chez l'animal suivre les recommandations reconnues au plan international. La mention au doit en figurer expressément dans le paragraphe Méthodes du manuscrit. Lorsqu'un article comporte des informations cliniques ou des photographies de patients, l'auteur doit mentionner l'obtention de leur consentement éclairé et le consentement écrit et signé de chaque patient doit être disponible si le comité de rédaction en fait la demande.



LIENS D'INTÉRÊT

Alcoologie et Addictologie demande aux auteurs de déclarer tout lien d'intérêt potentiel, d'ordre financier ou autre, en relation avec leur travail. Il convient de les lister à la fin de l'article. En l'absence de lien d'intérêt, l'information suivante sera mentionnée : "Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt".

POLITIQUE DE RECHERCHE

Alcoologie et Addictologie encourage les initiatives visant à améliorer la qualité des travaux de recherche biomédicale. Les auteurs sont encouragés à utiliser les références disponibles, par exemple les critères CONSORT pour les essais contrôlés randomisés. Alcoologie et Addictologie soutient l'enregistrement des essais cliniques.

CITATION D'ARTICLES DE ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Il convient de citer les articles publiés dans Alcoologie et Addictologie de la même manière que les articles de tout autre journal, selon le schéma suivant :

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010 ; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans la revue sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 22-5 et L 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Coûts de publication

Les coûts de publication dans Alcoologie et Addictologie sont pris en charge par la revue, aucune participation financière n'est demandée aux auteurs.

Tiré à part

Un tiré à part au format électronique, à diffusion limitée, est envoyé gracieusement à l'auteur correspondant.

Pour toute demande, contacter le secrétariat de rédaction

sfa@sfalcoologie.fr

Redacteur en chef : Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>

ABOUT THE JOURNAL

For further information, please refer to <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie is a peer reviewed scientific journal that provides a forum for clinical and public health, relevant research and perspectives that contribute to improving the the quality of prevention and care for people with unhealthy alcohol, tobacco, or other drug addictive or behaviors.

PUBLICATION

- Research (Original studies and Systematic reviews)
- Reviews.
- Clinical practice includes case reports and case studies.
- Critical eye includes all sound, constructive and contributory reflections and opinions.
- Letters to the editor.
- Meeting reports.
- International research analysis and Book reviews.

PEER-REVIEW POLICIES

Manuscripts are first evaluated by the Editor-in-Chief based on the following criteria (where applicable): originality and timeliness, clarity of writing, appropriateness of 10 research methods, validity of data, strength of the conclusions and whether the data support them, and whether the topic falls within the scope of the journal. Manuscripts that do not meet these criteria are rejected promptly. Otherwise, manuscripts are sent to the Associate Editor entrusted with organizing relevant expertise for evaluation. Alcoologie et Addictologie aims to provide a first decision within 8 weeks of submission. Authors may appeal a decision, and the Editor-in-Chief will normally consider the appeal and make a final decision.

EDITORIAL POLICIES

Any manuscript, or substantial parts of it, submitted to the journal must not be under consideration by any other journal. In general, the manuscript should not have already been published in any journal or other citable form. Authors are required to ensure that no material submitted as part of a manuscript infringes existing copyrights, or the rights of a third party.

ETHICAL GUIDELINES

Submission of a manuscript to Alcoologie et Addictologie implies that all authors have read and agreed to its content. Any experimental research that is reported in the manuscript should be performed with the approval of an appropriate ethics committee. Manuscript reporting experimental research without prior approval from an ethics committee can be considered as Clinical practice if a reasonable justification is provided. Research carried out on humans must be in compliance with the Helsinki Declaration, and any experimental research on animals must follow internationally recognized guidelines. A statement to this effect must appear in the Methods section of the manuscript.

For all articles that include information or clinical photographs relating to individual patients, informed consent should be mentioned, written and signed consent from each patient to publish must also be made available.



COMPETING INTERESTS

Alcoologie et Addictologie requires authors to declare any competing financial or other interest in relation to their work. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles.

Where an author gives no competing interests, the listing will read "The author(s) declare that they have no competing interests"

STANDARDS OF REPORTING

Alcoologie et Addictologie supports initiatives aimed at improving the reporting of biomedical research. Authors are encouraged to make use of checklists available such as CONSORT criteria for randomized controlled trials. Alcoologie et Addictologie also supports prospective registering and numbering of clinical trials.

CITING ARTICLES IN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Articles in Alcoologie et Addictologie should be cited in the same way as articles in a traditional journal. Article citations follow this format:

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Any complete or partial reproduction or representation, by any process, of the pages published in the journal, without the publisher's permission, is prohibited and constitutes an infringement of copyright. Only reproductions strictly reserved for private use and not intended for collective use and brief quotations, justified by the scientific or informative nature of the article from which they are taken, will be authorized (art. L. 122-4, L. 122-5 and L. 335-2 of the french Intellectual Property Act).

Publication costs

The publication costs for Alcoologie et Addictologie are covered by the journal, so authors do not need to pay an article-processing charge.

Offprint

An electronic offprint (PDF format)- limited distribution - is sent free of charge to the corresponding author.

For further information, please contact: sfa@sfalcoologie.fr

Editor-in-Chief: Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - E-mail : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



alcoologie
et
addictologie